

Rapport 2025/38 | For Helse- og omsorgsdepartementet



Analyse av fordeler og ulemper ved Helseplattformen

Økonomiske, samfunnsmessige, kvalitetsmessige og juridiske analyser av fordeler og ulemper for brukere av Helseplattformen

Kristian Roksvaag, Pernille Parmer, Ina Sandaker, Siri Øye, Kari Gimmingsrud, Espen Stranger Seland, Ingeborg Rasmussen

Dokumentdetaljer

Tittel	Analyse av fordeler og ulemper ved Helseplattformen
Rapportnummer	2025/38
Forfattere	Kristian Roksvaag, Pernille Parmer, Ina Sandaker, Siri Øye, Kari Gimmingsrud, Espen Stranger Seland, Ingeborg Rasmussen
ISBN	978-82-8126-749-7
Prosjektnummer	25-KRO-05
Prosjektleder	Kristian Roksvaag
Kvalitetssikrer	Ingeborg Rasmussen
Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet
Dato for ferdigstilling	01.12.2025
Tilgjengelighet	Offentlig
Nøkkelord	Helse- og omsorg, digitalisering, statistisk analyse,

Om Vista Analyse

Vista Analyse AS er et samfunnsfaglig analyseselskap med hovedvekt på økonomisk forskning, utredning, evaluering og rådgiving. Vi utfører oppdrag med høy faglig kvalitet, uavhengighet og integritet. Våre sentrale temaområder omfatter helse, velferd, klima, miljø, energi, samferdsel og næringsutvikling. Våre medarbeidere har meget høy akademisk kompetanse og bred erfaring innenfor konsulentvirksomhet. Ved behov utnytter vi et velutviklet nettverk med selskaper og ressurspersoner nasjonalt og internasjonalt. Selskapet er i sin helhet eiet av medarbeiderne.

Om Vali

Vali AS ble etablert i 2007 med en visjon om å skape et rådgivnings- og teknologiselskap med spisskompetanse innen digitalisering av helsesektoren. I dag er selskapet et ledende kompetansehus med bakgrunn fra teknologi og ledelse. Vali tilbyr tjenester innen analyse, strategiutvikling, ledelse og teknologirådgivning. Vali kombinerer forståelse av politiske, juridiske, organisatoriske og teknologiske utfordringer med omfattende erfaring fra helsesektorens største digitaliserings- og endringsprosesser.

Om Haavind

Advokatfirmaet Haavind AS er et av Norges ledende fullservice advokatfirmaer med 220 ansatte og mer enn 180 advokater. Våre spesialiserte advokater og lange erfaring med helsesektoren, gir oss en god posisjon til å bistå både offentlige og private virksomheter. Kundene våre omfatter en stor andel offentlige virksomheter. Vi kjenner godt til rammebetingelsene og krav til offentlig sektor. Vi bistår jevnlig med komplekse oppdrag i det offentlige som krever tverrfaglig kompetanse, bransjekunnskap og strategisk tilnærming. Bruk av teknologi og digitalisering er i kjernen av vår virksomhet.

Forord

Vista Analyse har, i samarbeid med Vali AS og Advokatfirmaet Haavind AS, gjennomført en analyse av fordeler og ulemper ved Helseplattformen. Prosjektet har vært gjennomført i perioden juni-desember 2025. Taran Borge har vært kontaktperson i Helse- og omsorgsdepartementet.

Analysen beskriver fordeler og ulemper for brukere av Helseplattformen per 2025, men det gjøres ingen kost-nytte analyse av Helseplattformen. Med andre ord gjøres det ingen vurdering av hvorvidt fordelene overstiger ulempene. Analysen forsøker heller ikke å beskrive de svært komplekse årsaks-virkningssammenhengene, men gir kun én beskrivelse av situasjonen slik den er i dag.

Den kvantitative analysen er grundig dokumentert i vedlegg 1 «Statistikk og trendanalyser». I tillegg til å dokumentere analysene i hovedrapporten gir også analysene i vedlegget et solid grunnlag for videre forskning og undersøkelser av eksempelvis samfunnsøkonomisk lønnsomhet og årsakssammenhenger.

Vi takker alle involverte for meget godt samarbeid. Dette inkluderer helsetjenesten i Midt-Norge, Helseplattformen AS og alle informanter som har stilt seg til rådighet i en hektisk hverdag. Til slutt vil vi også takke referansegruppen, som har gitt nyttige innspill underveis

01.12.2025

Kristian Roksvaag

Partner

Vista Analyse AS

Ordliste

HelsaMi	App for pasienter og pårørende som er koblet opp mot journalsystemet Helseplattformen. Appen gir oversikt over personlige helseopplysninger og helsebehandling, og tilbyr dialog med helsepersonell. I HelsaMi kan brukere gjøre timebestillinger, motta prøvesvar, og få besøkssammendrag etter time.
HelseNorge	HelseNorge er den offentlige nettportalen for innbyggere i Norge som gir tilgang til helseinformasjon og selvbetjeningsløsninger. Den kan brukes til å bestille time hos fastlegen, fornye resepter, bytte fastlege, se vaksinasjoner og sjekke digital pasientjournal og prøvesvar.
Helseplattformen Main Project	Innføringen av Helseplattformen i helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune, samt de to fastlegekontorene i Trondheim og Vanylven. Grunnet utfordringer med fastlegeløsningen ble innføringen ved Vanylven legesenter utsatt og organisert som et eget pilotprosjekt.
HP Link	Digital løsning som muliggjør samhandling mellom Helseplattformen og andre journalsystemer, og gir legekontorer og andre aktører sikker tilgang til laboratorietjenester i Midt-Norge. Med HP Link kan man rekvirere prøver, samhandle om prøvetaking og se pasienters prøvesvarshistorikk, også fra sykehuslaboratorier. Ambulansetjenesten har lesetilgang via HP Link, noe som gir tilgang til kritisk informasjon under uttrykning.
Kommunenes oppgavefellesskap	Oppgavefellesskapet for kommunene er et nytt samarbeidsorgan for alle kommuner som bruker Helseplattformen. Oppgavefellesskapet skal være kommunenes felles stemme til HP. Målet er å sikre felles faglig styring og standardisering på tvers mellom kommunene som vil gi tryggere og mer effektive pasientforløp.
Rover	Rover er Helseplattformen sin mobilapp som gir helsepersonell rask og sikker tilgang til Helseplattformen via smarttelefon eller nettbrett. Appen brukes av pleiepersonell på sengeposter, intensivavdelinger og poliklinikker på sykehus, i kommunale institusjoner (sykehjem, helsehus, BOA), og hjemmetjenesten. Med Rover kan man dokumentere målinger, observasjoner og legemiddelhåndtering direkte ved pasienten, bruke kamerafunksjon for å dokumentere sårbehandling, bruke sikker chat og få journalinformasjon i sanntid.
Sikker chat	Verktøy i Helseplattformen som gjør at tekstmeldinger sendes mellom helsepersonell inne i selve løsningen. Det er raskt, enkelt og sikkert, og erstatter tidligere usikre kommunikasjonskanaler. Per august 2025 er det sendt 2,8 millioner sikker chat-meldinger.
Pasientens legemiddelliste (PLL)	PLL er en nasjonal løsning som driftes av Norsk Helsenett, og gir en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling. Opplysningene i pasientens legemiddelliste er tilgjengelig på tvers av helsetjenesten gjennom virksomhetenes journalløsninger, reseptformidleren og kjernejournal. PLL er under utprøving, og nasjonal innføring er planlagt i perioden 2026-2029.
Kjernejournal	Kjernejournal er en digital tjeneste som gir personell tilgang til viktige opplysninger om sykdom, vaksiner og legemidler. Dokumenter i pasientjournalen på sykehus kan deles med andre via kjernejournal. Kjernejournal kan åpnes gjennom Helseplattformen og andre EPJ-systemer.
Sentral forskrivningsmodul (SFM)	Nasjonal legemiddelmodul som gir helsepersonell en sentralisert og oppdatert oversikt over pasientens legemiddelbehandling, direkte i journalsystemet.

Innhold

Sammendrag og konklusjoner	8
1 Innledning	11
1.1 Tidligere utredninger	11
1.2 Formålet med og avgrensning av oppdraget	14
1.3 Organisering av rapporten	15
2 Utredningsdesign og metode.....	17
2.1 Utredningsdesign	17
2.2 Metode og datagrunnlag	19
3 Dagens situasjon	22
3.1 Helseplattformen	22
3.2 Andre løsninger i markedet	25
3.3 Dagens juridiske rammer og forpliktelser	29
4 Oppsummering fra intervjuene	33
4.1 Pasienter	33
4.2 Kommunehelsetjenesten	35
4.3 Spesialisthelsetjenesten	38
4.4 Kort om juridiske konsekvenser	40
5 Statistikk og spørreundersøkelser	43
5.1 Analyse av indikatorer fra Helsedirektoratet, FHI og SSB	45
5.3 Sykefravær i de regionale helseforetakene	52
5.4 Varsler og tilsyn	52
5.5 Andre spørreundersøkelser	53
6 Kostnader.....	55
6.1 Kostnader og finansiering av Helseplattformen	55
6.2 Totale kostnader: Lokale- og sentrale kostnader	59
6.3 Kostnader til IKT i andre regioner og kommuner	60
7 Analyse.....	64
7.1 Helseplattformen har bedret samhandlingen mellom sykehus og kommuner som har tatt i bruk Helseplattformen	64
7.2 Helseplattformen har sannsynligvis hatt positive konsekvenser for deler av pasientforløpet	66
7.3 Kvaliteten i pasientbehandlingen på St. Olavs er trolig tilbake på samme nivå som før innføringen av Helseplattformen	69
7.4 Lav brukervennlighet i systemet reduserer effektiviteten for helsepersonell	71
7.5 Det finnes alternativer i markedet, men ikke med samme funksjonalitet og oppbygging som Helseplattformen	73
7.6 Helseplattformen har store investerings- og driftskostnader	74
7.7 Produktiviteten ved St. Olavs er tilbake på samme nivå som før innføringen av Helseplattformen, men er redusert i Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal	75
7.8 Helseplattformen har flere juridiske konsekvenser	77
Referanseliste	99

Figurer

Figur 2.1	Utredningsdesign.....	18
Figur 3.1	Tidslinje over innføringen av Helseplattformen i kommuner og helseforetak.....	22
Figur 6.1	Utvikling i totale indeksjusterte IKT-kostnader finansiert av helseregionene (inkl. ideelle sykehus og utsatte tjenester) (millioner kroner). Indeksjustert, 2021=100.....	60
Figur 7.1	Avvik meldt til Datatilsynet i perioden 1.1.2023-7.11.2025.....	92

Tabeller

Tabell 3.1	Navn på foretak og kommuner, antall aksjer og eierandel.....	24
Tabell 3.2	EPJ-løsninger i spesialisthelsetjenesten.....	26
Tabell 3.3	EPJ-løsninger i kommunehelsetjenesten.....	27
Tabell 3.4	EPJ-løsninger for fastleger.....	27
Tabell 3.5	Sammenlikning av funksjonalitet mellom Helseplattformen og DIPS Arena.....	29
Tabell 5.1	Et utvalgt eksempel for å forklare hvordan tabellen kan tolkes.....	44
Tabell 5.2	Epikriser - Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå.....	45
Tabell 5.3	Pasientsikkerhet – Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå.....	46
Tabell 5.4	Pakkeforløp for kreftpasienter – Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå.....	46
Tabell 5.5	Vurderingsgaranti – Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå.....	47
Tabell 5.6	Fristbrudd – Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå.....	47
Tabell 5.7	Ventetid – Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå.....	47
Tabell 5.8	Aktivitet og produktivitet – Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå.....	48
Tabell 5.9	Reinnleggelser – Oppsummering av trendanalyser.....	49
Tabell 5.10	Liggedager - Oppsummering av trendanalyser.....	50
Tabell 5.11	DRG-poeng - Oppsummering av trendanalyser.....	50
Tabell 5.12	Antall innleggelser - Oppsummering av trendanalyser.....	51
Tabell 6.1	Oversikt over hva Helseplattformen AS har fakturert og planlegger å fakturere helseforetakene per år, i løpende millioner kroner.....	57
Tabell 6.2	Oversikt over hva Helseplattformen AS har fakturert og planlegger å fakturere Trondheim kommune per år, i løpende millioner kroner.....	57
Tabell 6.3	Oversikt over hva Helseplattformen AS har fakturert og planlegger å fakturere de øvrige kommuner som har innført Helseplattformen per år, i løpende millioner kroner.....	58
Tabell 6.4	Fordeling av fakturerte kostnader fra Helseplattformen AS for de øvrige kommunene i 2025, i tusen 2025-kroner.....	58
Tabell 6.5	Trondheim kommune sine kostnader for Helseplattformen i 2024.....	59
Tabell 6.6	Ålesund kommune sine kostnader for Helseplattformen i 2024.....	59
Tabell 6.7	Samlede årlige kostnader for investering, drift- og forvaltning for DIPS Arena og sentrale IT-systemer i Helse Vest, løpende millioner kroner.....	62
Tabell 7.1	Situasjon per 27. august 2025 og pågående tiltak.....	87
Tabell 7.2	Oversikt over godkjente underdatabehandlere.....	95
Tabell 7.3	Topp 10 risiko - 12 måneder.....	97

Tekstbokser

Tekstboks 1.1	Om Helseplattformen Main Project.....	14
Tekstboks 3.1	Om HP Link.....	23
Tekstboks 4.1	Om HelsaMi.....	34
Tekstboks 4.2	Om HelseNorge.....	35
Tekstboks 4.3	Kommunenes oppgavefellesskap.....	36
Tekstboks 4.4	Om Sikker chat.....	36

Tekstboks 4.5	Mobilversjonen av Helseplattformen (Rover).....	36
---------------	---	----

Sammendrag og konklusjoner

Utredningen viser at Helseplattformen har økonomiske, samfunnsmessige, kvalitetsmessige og juridiske konsekvenser for sykehus, kommuner, fastleger og pasienter. Den har bedret samhandlingen mellom sykehus og kommuner gjennom å tilgjengeliggjøre oppdatert og tilgjengelig informasjon om pasientene. Utredningen viser videre at lav brukervennlighet i systemet reduserer effektiviteten for helsepersonell, særlig på sykehus. Innføringen av Helseplattformen er en av de største IKT-investeringene i norsk helsesektor og de økonomiske konsekvensene for helseforetak og kommuner som har tatt systemet i bruk er store. Det finnes alternativer til Helseplattformen i markedet, men ikke med samme funksjonalitet og oppbygging. Innføringen av Helseplattformen har ført til en ny fordeling av roller og dataansvar, der dataansvaret er fastlagt gjennom et enkeltvedtak fra Helse- og omsorgsdepartementet. Flere helseforetak opplever uklarhet rundt tolkning og rollefordeling, og det er fortsatt noen utfordringer med etterlevelse av personvernregelverket, selv om det er forbedret særlig det siste året.

Utredning av fordeler og ulemper for brukere av journal- og samhandlingsløsningen Helseplattformen

Vi har utredet fordeler og ulemper for brukere av journal- og samhandlingsløsningen Helseplattformen. Formålet med oppdraget er å utarbeide et uavhengig kunnskapsgrunnlag til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), som ledd i å svare ut Stortingets vedtak om å gjennomføre en analyse av fordelene og ulempene med Helseplattformen.

Analysen tar utgangspunkt i dagens situasjon, og nullpunktet for analysen er satt til primo 2025. Unntaket er de juridiske analysene, samt investerings- og driftskostnadene. Analysen vurderer særlig konsekvensene for de store pasientstrømmene, og samhandlingen rundt disse mellom sykehus, kommune og fastlege. Analysen er avgrenset fra å gi anbefalinger eller foreslå tiltak. Vi gir derfor ikke råd om verken videreføring eller avslutning av Helseplattformen. Det er ikke gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse av Helseplattformen, og det gjøres derfor ikke en vurdering av hvorvidt fordelene overstiger ulempene.

Helseplattformen har bedret samhandling mellom sykehus og kommuner

Utredningen viser at Helseplattformen har forbedret samhandling mellom sykehus og kommuner gjennom å understøtte tilgang til oppdatert og relevant informasjon om pasienten. Helseplattformen bidrar til at nødvendige helseopplysninger følger pasienten gjennom hele pasientforløpet. Dette er et av hovedformålene med Stortingsmeldingen én innbygger – én journal.

Økt samhandling mellom sykehus og kommuner, samt tilgang på oppdatert og relevant informasjon har trolig bidratt til å redusere antall reinnleggelser. Andelen reinnleggelser brukes ofte som en indikator på samhandling mellom sykehus og kommuner for pasientgrupper som overføres for videre behandling i kommunehelsetjenesten. En viktig forklaring på reduksjonen i andel reinnleggelser er at Trondheim legevakt bruker Helseplattformen. Helseplattformen har særlig store fordeler for utskrivningsklare pasienter. Fordi kommunene har innsyn i hvem sykehuset behandler og hvilken behandling vedkommende mottar, så kan de forberede seg på mottak av utskrivningsklare pasienter på en helt annen måte enn i andre systemer.

Utredningen viser også at reinnleggelser og liggetider bør sees i sammenheng. Det er politiske forventninger om at større deler av aktiviteten omstilles fra innleggelser til dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. En implikasjon av dette er at pasientene som legges inn på sykehus har større kompleksitet enn tidligere, og dermed økte liggetider. Det faktum at reinnleggelser reduseres og liggetider øker kan tyde på at den faktiske liggetiden er i tråd med pasientens behov

Kvaliteten i pasientbehandlingen er tilbake på samme nivå som før innføringen av Helseplattformen

Et flertall av indikatorene fra både Samdata og Helsedirektoratet viser at kvaliteten i pasientbehandlingen på St. Olavs er tilbake på samme nivå som før innføringen av Helseplattformen. Innenfor enkelte områder, som for eksempel fristbrudd og ventetid, så er St. Olavs blant de beste foretakene.

Det er utfordringer knyttet til legemiddelmodulen i Helseplattformen. Utfordringsbildet er komplekst, men per primo 2025 er det ingen funn som tyder på at pasientsikkerheten påvirkes negativt. Dette forsterkes av at antall varsler både til Helsetilsynet og Statsforvalteren har normalisert seg, og er på nivå med andre helseforetak.

Lav brukervennlighet reduserer effektiviteten for helsepersonell

Det er et sentralt mål i både «én innbygger – én journal» og Helseplattformen at ny løsning skal gi mer brukervennlige løsninger og på den måten sette helsepersonell i stand til å utføre helsetjenestene på en bedre og mer effektiv måte. Helseplattformen har trolig en negativ påvirkning på effektiviteten til helsepersonell, særlig på sykehus. Det skyldes flere forhold, men effektiviteten påvirkes særlig negativt av at systemet oppfattes som lite intuitivt og inneholder mye informasjon som oppleves som lite relevant. Helsepersonell opplever også at legemiddelmodulen har negative konsekvenser for effektiviteten i både sykehus og kommuner. Samtidig ser vi at produktiviteten på St. Olavs i hovedsak er tilbake på samme nivå som før innføringen av Helseplattformen.

Det er forskjell på hvordan brukervennligheten og effektiviteten, oppleves på tvers av arbeidssted og profesjon. Hjemmetjenesten i kommunene opplever en positiv utvikling i effektivitet gjennom tilgang på oppdatert og relevant informasjon.

Det finnes alternativer til Helseplattformen i markedet, men ikke med samme funksjonalitet

Helseplattformen er en omfattende suite-løsning, som er unik i det norske markedet. I spesialisthelsetjenesten er DIPS Arena det eneste alternativet i drift som kan dekke en hel region. DIPS Arena leverer i dag tjenester til de tre andre regionale helseforetakene ved å integrere DIPS Arena med andre løsninger, inkludert nasjonale samhandlingsløsninger. Den statistiske analysen viser i hovedsak også små eller ingen forskjeller mellom helseforetak som bruker DIPS Arena og Helseplattformen hva angår nasjonale kvalitetsindikatorer og samhandlingsindikatorer.

DIPS Arena dekker ikke kommunehelsetjenesten. Et alternativ til Helseplattformen må derfor dekke samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt kommunale behov på en annen måte. Utredningen viser videre at det er stor aktivitet og utvikling i det kommunale leverandørmarkedet. Flere kommuner har gått sammen, og er i anskaffelsesprosesser med det formål å dekke kommunale behov.

Helseplattformen har store investerings- og driftskostnader

Innføringen av Helseplattformen er en av de største IKT-investeringene i norsk helsesektor og de økonomiske konsekvensene for helseforetak og kommuner som har tatt systemet i bruk er store. Helseforetakene og kommunene som har innført Helseplattformen opplever økte kostnader både sammenlignet med sine tidligere systemer, og sammenlignet med kommuner som har valgt alternative løsninger.

Helse Midt-Norge hadde de høyeste totale IKT-kostnadene per innbygger blant helseregionene i 2023, med over 2860 kroner per innbygger. Til sammenligning hadde Helse Vest, som er mest sammenlignbar i størrelse, kostnader på 1700 kroner per innbygger.

I 2025 skal Helseforetakene i Midt-Norge samlet betale 833,4 millioner kroner til Helseplattformen AS for drift og forvaltning og finansieringskostnader. Kommunene faktureres samlet for 109,7 millioner kroner i 2025. I motsetning til helseforetakene så har kommunene finansieringskostnader via egne regnskaper. Ved vurdering av kostnader for andre journalløsninger i kommuner og helseforetak er det viktig å forstå at direkte sammenligninger ikke er mulig grunnet ulik funksjonalitet, omfang og organisering av systemene.

Helseplattformen har betydelige juridiske konsekvenser

Innføringen av en felles journal- og samhandlingsløsning har ført til en ny fordeling av roller og dataansvar, der dataansvaret for personvern er fastlagt gjennom et enkeltvedtak fra Helse- og omsorgsdepartementet. Fordelene med enkeltvedtaket er blant annet at det legger til rette for mer enhetlig juridisk tilnærming, felles prosedyrer og etterlevelse av regelverk, noe som kan bidra til bedre etterlevelse av krav til personvern- og informasjonssikkerhet. Med en felles journal unngås duplisering av opplysninger, og helsepersonell kan forholde seg til en pasientjournal i sanntid. Samtidig er det også ulemper. Flere helseforetak opplever uklarhet rundt tolkning og rollefordeling, og det er fortsatt enkelte mangler og utfordringer med etterlevelse av personvernregelverket i Helseplattformen, selv om det er forbedring på flere områder gjennom 2024 og 2025. Det er også reist spørsmål om eierskap og kontroll over egne data, spesielt når det gjelder tilgang til styringsdata og sekundærbruk. Arkivansvar og avlevering til Norsk helsearkiv, særlig for kommunene, fremstår ikke tilstrekkelig ivaretatt i Helseplattformen.

Bruk av en stor internasjonal leverandør (Epic) reiser i tillegg spørsmål om nasjonal kontroll og avhengighet, selv om helsedata lagres i Norge i dag. Manglende helhetlig exit-plan gjør aktørene i Helseplattformen sårbare dersom det skulle bli nødvendig å bytte system eller leverandør.

1 Innledning

I 2012 la regjeringen frem stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal* (Meld. St. 9, 2012-2013), som tok utgangspunkt i utfordringer knyttet til IKT-løsninger i helsesektoren. Målet om at nødvendige pasientopplysninger skulle følge pasienten gjennom hele behandlingsforløpet ble ikke støttet av daværende IKT-systemer i helsesektoren. Informasjon ble i stor grad produsert og lagret i silobaserte systemer, som gjorde informasjonsutveksling og samhandling mellom helseaktører vanskelig. I stortingsmeldingen foreslo regjeringen å utarbeide en felles, modernisert plattform, som skulle bidra til at helsepersonell fikk enkel og sikker tilgang til nødvendige opplysninger. Økt informasjonsdeling skulle også legge til rette for at innbyggerne selv fikk tilgang til egen helseinformasjon, samt bedre datagrunnlag til styring og forskning. (Meld. St. 9, 2012-2013).

Helseplattformen fikk i oppdrag å være pilot for den nasjonale målsettingen «Én innbygger - én journal». Formålet som ble presentert i stortingsmeldingen var å gi helsepersonell enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, å gi innbyggerne tilgang på enkle og sikre digitale tjenester, og å tilgjengeliggjøre data for kvalitetsforbedring, helseovervåkning, styring og forskning. Det har imidlertid over lengre tid vært ytret kritikk mot Helseplattformen. Kritikken har kommet fra flere aktører, men hovedkritikken har vært at løsningen har truet pasientsikkerheten og redusert effektiviteten i pasientbehandlingen. Kritikken utløste blant annet undersøkelser fra Riksrevisjonen, Statens Helsetilsyn i samarbeid med Statsforvalteren i Trøndelag og kommunerevisjonen i Trondheim kommune. Undersøkelsene konkluderte med at innføringen av Helseplattformen har truet pasientsikkerheten og effektiviteten.

Dette resulterte i at Stortinget ba regjeringen sørge for åpne og uavhengige økonomiske, samfunnsmessige, kvalitetsmessige og juridiske analyser av fordeler og ulemper for sykehus, kommuner, fastleger og pasienter ved journal- og samhandlingsløsningen Helseplattformen (Innst. 134 S, 2024-2025).

1.1 Tidligere utredninger

1.1.1 Riksrevisjonen

Riksrevisjonen gjennomførte fra 2022 til 2024 en undersøkelse av Helseplattformen, med bakgrunn i problemer som ble belyst, blant annet av Helsetilsynet, etter at systemet ble innført i Trondheim kommune og ved St. Olavs Hospital. Undersøkelsen skulle vurdere om Helseplattformen bidrar til effektiv og forsvarlig pasientbehandling. Det er gjennomført intervjuer med sentrale aktører på overordnet nivå og strukturerte samtaler med helsepersonell, samt analyser av relevante dokumenter, statistikk over avvik og regnskapstall. I tillegg er det gjennomført en spørreundersøkelse med leger og sykepleiere ved St. Olavs Hospital.

Riksrevisjonen konkluderer med at Helseplattformen har truet pasientsikkerheten og redusert effektiviteten i pasientbehandlingen. Innføringen har blitt dyrere enn planlagt, og det er urealiserte gevinster fordi flere aktører ikke er koblet på, som fastleger og legevakter, i tillegg til flere kommuner. Videre pekes det på at det er gjort flere tiltak for å utbedre problemene, og at innføringen i Møre og Romsdal har gått bedre grunnet erfaringene fra St. Olavs Hospital. På tidspunktet for undersøkelsens ferdigstilling hadde ikke Helse Nord-Trøndelag HF innført Helseplattformen enda.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet følger opp Helseplattformen for å sikre bedre behandlingskvalitet og ressursbruk, og tettere samarbeid mellom helseregionene. Videre anbefales det at departementet samarbeider med Helse Midt-Norge RHF for å tilrettelegge for bred deltakelse fra kommuner, fastleger og avtalespesialister, samt arbeider for forbedret brukervennlighet i systemet, og bedre drift og organisering av selskapet Helseplattformen AS. (Riksrevisjonen, 2024)

1.1.2 Helsetilsynet og Statsforvalteren i Trøndelag

Tilsyn ved St. Olavs hospital

Helsetilsynet og Statsforvalteren i Trøndelag har hatt stedlig tilsyn ved St. Olavs hospital. Tilsynet ble gjennomført i februar 2023, etter at det ble varslet om hendelser under innføringen av Helseplattformen. Med utgangspunkt i meldinger og varsler knyttet til innføringen la tilsynet vekt på følgende temaer: informasjonsflyt, legemiddeladministrasjon og brukergrensesnitt.

I tilsynsrapporten ble det konkludert med at innføringen ved St. Olavs har ført til økt risiko for svikt i pasientbehandlingen, og at risikoen ved tilsynstidspunktet var pågående idet det ble mottatt nye, alvorlige feilmeldinger i perioden etter tilsynsbesøket. Det understrekes at Helse Midt-Norge RHF har en avgjørende rolle med å skape felles forståelse av behov knyttet til innføring, og at de skal bidra til at St. Olavs hospital utbedrer enkelte kritiske forhold, i samarbeid med Helseplattformen AS. En rekke forhold anses å ha behov for strakstiltak, inkludert låst journal ved samtidig bruk, manglende kontroll på ventelister, henvisninger og meldinger til eksterne og legemiddeladministrasjon. Det anbefales at helseforetak som skal innføre Helseplattformen bruker erfaringene fra St. Olavs hospital som læringspunkter, eksempelvis vedrørende opplæring og bistand til brukerne. (Helsetilsynet, 2023)

Tilsyn i Verdal kommune

Statsforvalteren i Trøndelag og Helsetilsynet har hatt tilsyn med innføringen av Helseplattformen i Verdal kommune. Tilsynet ble gjennomført i september 2023. Formålet var å vurdere hvordan kommunen arbeidet med å avdekke og håndtere risiko ved innføringen av Helseplattformen. Tilsynet er avgrenset til å følge opp temaer som kommer frem i bekymringsmeldinger til Statsforvalteren. Med bakgrunn i dette ble følgende temaer vektlagt: informasjonsflyt, legemiddelhåndtering, brukergrensesnitt og personvern.

Den overordnede konklusjonen fra tilsynet er at innføringen har vært mer krevende enn kommunen forventet, og at kommunen ikke har sikret tilstrekkelig kontroll underveis i prosessen. Tilsynet fant at det er særlig høy risiko på områdene legemiddelhåndtering og meldingsutveksling. Opplæringen av ansatte ble vurdert som utilstrekkelig og oppfølgingen av feil og utbedring av løsningen som mangelfull. Tilsynet presiserer at kommunen har et selvstendig ansvar for å sikre at løsningen ivaretar personvernet. Det vurderes at personvernet ikke er godt nok håndtert, hvilket medfører brudd på forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. § 5-10. (Statsforvalteren i Trøndelag, 2023)

1.1.3 Datatilsynet

Datatilsynet har gjennomført flere tilsyn som gjelder Helseplattformen i 2024. Første tilsyn ble gjennomført med Helseplattformen AS i mai 2024. Deretter ble det gjennomført to tilsyn med henholdsvis St. Olavs hospital HF og Melhus kommune i oktober 2024.¹

¹ Oppfølging av tilsyn med Helseplattformen | Datatilsynet

Datatilsynet har på sin hjemmeside opplyst at det vil undersøke om de tekniske og organisatoriske tiltakene som virksomhetene har iverksatt, oppfyller kravene til personopplysningsikkerhet. Hovedtemaene er tilgangsstyring og avvikshåndtering, og tilsynet vil se på ansvarsforhold, rutiner, teknisk innretning og operativ funksjon på overordnet nivå. I årsrapporten for 2024 opplyser Datatilsynet at det særlig har sett på fordelingen av dataansvaret for løsningen og styringssystemene for tilgangsstyring og avvikshåndtering.²

Datatilsynets tilsynsrapporter fra disse tilsynene foreligger ikke per [11. november 2025].

1.1.4 Tilsynet for universell utforming av IKT

Tilsynet for universell utforming av IKT gjennomførte i 2025 et stikkprøvebasert tilsyn med nettstedet HelsaMi – Helseplattformen AS. Det inkluderte både åpne og innloggede sider rettet mot sluttbrukeren på helsami.no og nettapplikasjonen HelsaMi. HelsaMi er en digital inngang til helse- og omsorgstjenester for deler av Midt-Norge, og er levert av Helseplattformen AS. Brukerne av HelsaMi er innbyggere som har vært i kontakt med kommunal- og/eller spesialisthelsetjenesten, og som ønsker å bruke HelsaMi. I HelsaMi kan innbyggere få oversikt over helse- og omsorgstjenester og samhandle med helsetjenesten. Nettstedet helsami.no gir brukerne informasjon om HelsaMi-applikasjonen. Innbyggere kan bruke HelsaMi for seg selv eller på vegne av andre, da som forelder eller pårørende.

Tilsynet for universell utforming av IKT leverte sin tilsynsrapport 12. august 2025. Rapporten er også åpent tilgjengelig på tilsynets hjemmeside³. I rapporten fremgår det at tilsynet avdekket brudd på 12 av 14 krav som ble testet under tilsynet, jf. Likestillings- og diskrimineringsloven⁴ (Idl.) § 18, jf. Forskrift om universell utforming av ikt-løsninger⁵ § 4 første ledd.

Ifølge tilsynet gjør bruddene som er avdekket det blant annet vanskeligere for personer som har nedsatt motorikk, nedsatt kognisjon, er blinde eller har nedsatt syn å bruke nettstedet.

1.1.5 Eksterne evalueringer

BCG

I 2023 ble det gjennomført en ekstern evaluering av innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital, som er en del av det regionale innføringsprosjektet (Helseplattformen Main Project). Evalueringen ble bestilt av Helse Midt-Norge RHF, og hadde som mandat å avdekke årsaker til at innføringen ble forsinket, samt bidra til læring før innføringen i Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal. Det er gjennomført over 90 intervjuer med representanter fra St. Olavs og Helse Midt-Norge, samt Helseplattformen AS og andre interessenter. I tillegg har relevante saksdokumenter og rapporter fra prosjektarbeidet blitt analysert. I evalueringen anbefales tiltak innen styring og ansvar, løsning og leveranser, og plan og gjennomføring. (Boston Consulting Group, 2023).

² Årsrapport for 2024 | Datatilsynet

³ Tilsynsrapport HelsaMi, Helseplattformen AS | Tilsynet for universell utforming av IKT

⁴ Lov om likestilling og forbud mot diskriminering av 16. juni 2017 nr. 51

⁵ FOR-2013-06-21-732 Forskrift om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske (IKT)-løsninger

Tekstboks 1.1 Om Helseplattformen Main Project

Innføringen av Helseplattformen i helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune, samt de to fastlegekontorene i Trondheim og Vanylven. Grunnet utfordringer med fastlegeløsningen ble innføringen ved Vanylven legesenter utsatt og organisert som et eget pilotprosjekt.

1.1.6 Interne evalueringer

Helseplattformen AS

Helseplattformen AS har utgitt en sluttrapport som oppsummerer resultatene fra Helseplattformen Main Project, som består av innføringen av Helseplattformen hos Helseforetakene i Helse Midt-Norge, Trondheim kommune og to fastlegekontorer. Erfaringen fra prosjektet er at innføringen har vært krevende fordi løsningen er kompleks, og at det har blitt satt av for lite tid mellom innføringsfasene til å rette feil og forberede neste innføring. Mulige forbedringstiltak kunne vært en mer gradvis innføringsplan og større fokus på testing. Samarbeidet med Epic har også vist seg å være krevende til tider. Likevel har Helseplattformen AS tatt lærdom av erfaringene og forbedret prosessene etter de første innføringene, og samarbeidet med kundene har i hovedsak fungert godt til tross for utfordringene. (Helseplattformen, 2025a).

Kommunerevisjonen

Trondheim kommunerevisjon gjennomførte en evaluering av planleggingen, anskaffelsen og innføringen av Helseplattformen. Arbeidet foregikk fra november 2023 til september 2024, og er en del av samme revisjonsprosjekt som *Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt-Norge* (Riksrevisjonen, 2024).

Kommunerevisjonen vurderte at innføringen av Helseplattformen har truet pasientsikkerheten i kommunen, lik som Riksrevisjonen konkluderte om innføringene i Trondheim og ved St. Olavs hospital. Evalueringen finner også at systemet er lite intuitivt og krever mye opplæring. Revisjonen mener at investeringskostnadene har vært i tråd med budsjettammen. Derimot oppgis det at driftskostnadene knyttet til Helseplattformen ville bli høyere enn planlagt, og at kommunen har fått betydelige uforutsette merkostnader. De finner også at gevinster fra samhandling blir betydelig begrenset ved at fastlegene ikke er koblet på Helseplattformen. (Trondheim kommunerevisjon, 2024).

1.2 Formålet med og avgrensning av oppdraget

Formålet med oppdraget er å utarbeide et uavhengig kunnskapsgrunnlag til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), som ledd i å svare ut Stortingets vedtak om å gjennomføre en analyse av fordelene og ulempene med Helseplattformen. ***Analysen er avgrenset fra å gi anbefalinger eller foreslå tiltak.*** Vi gir derfor ikke råd om verken videreføring eller avslutning av Helseplattformen, eller gjennomfører en konsekvensutredning av en eventuell avslutning.

«Stortinget ber regjeringen sørge for åpne og uavhengige økonomiske, samfunnsmessige, kvalitetsmessige og juridiske analyser av fordeler og ulemper for sykehus, kommuner, fastleger og pasienter ved journal- og samhandlingsløsningen Helseplattformen. Analysene må se hen til alternativer med videreføring og forbedring eller løsninger basert på eksisterende alternativer i markedet.» (Innst. 134 S, 2024-2025)

Analysen tar utgangspunkt i dagens situasjon, og nullpunktet for analysen er satt til primo 2025. Unntaket er investerings- og driftskostnadene som må inkluderes siden investeringen er lånefinansiert. Analysen vil særlig vurdere konsekvensene for de store pasientstrømmene, og

samhandlingen rundt disse mellom sykehus, kommune og fastlege. Med de store pasientstrømmene menes:

- Utskrivningsklare pasienter, hvor samhandling mellom sykehus og kommune er kritisk for pasientsikkerhet og ressursbruk
- Pasienter i akuttforløp, der rask og presis informasjonsdeling er avgjørende
- Eldre med sammensatte lidelser som mottar tjenester fra både fastlege, hjemmetjeneste og sykehus
- Kronikere med behov for langvarig oppfølging og tverrfaglig samarbeid

Gitt mandatet som er gjengitt over blir det [ikke](#) gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse. Dette innebærer at vi heller ikke gjør noen forsøk på å analysere forventet markedsutvikling.

Utredningen er gjennomført innenfor en relativt kort tidsramme. Vi har gjennomført en omfattende intervjuundersøkelse med et utvalg kommuner og sykehus der vi har intervjuet ulike fagområder, funksjoner og nivåer. Informantene er rekruttert som fagpersoner der vi har vært ute etter faglige vurderinger og erfaringer fra ulike posisjoner i henholdsvis helseforetak og kommuner. Informantene uttaler seg dermed ikke på vegne av sin arbeidsgiver eller rolle i egen organisasjon. Dette ville krevd lederforankring og godkjenninger som tidsrammene for denne evalueringen ikke har gitt rom for. Denne type godkjenninger ville også kunne begrenset informasjonstilgangen for utredningen. Intervjuene, kombinert med statistiske analyser og tidligere dokumenter danner utredningsgrunnlaget.

1.2.1 Tilgrensende oppdrag

Vista Analyse i samarbeid med Vali har hatt to parallelle utredningsoppdrag. Helsedirektoratet er oppdragsgiver for begge utredningene.

Det første omhandler utredning av [KAD/ØHD](#). Denne utredningen går over en lengre tidsperiode og vil først ferdigstilles i begynnelsen av 2026. Vi har samordnet deler av intervjuene i den forstand at vi har supplert med noen spørsmål som berører KAD/ØHD for deler av utvalget som er intervjuet om Helseplattformen. Tilsvarende, så har vi også inkludert enkelte spørsmål om Helseplattformen i deler av utvalget som er intervjuet i forbindelse med KAD/ØHD. Denne tilnærmingen har gjort det mulig å innhente kunnskap fra flere informanter, men innebærer også at deler av informantgruppen kun har svart på deler av intervjuguidens temaer.

Det andre omhandler evaluering av [utskrivningsklare pasienter \(Vista Analyse og Vali, 2025\)](#). Enkelte av informantene fra dette oppdraget har fått oppfølgende spørsmål med relevans for denne utredningen. Dette har vært særlig viktig for å etablere et kunnskapsgrunnlag om utskrivningsklare pasienter utenfor Midt-Norge.

1.3 Organisering av rapporten

Rapporten begynner med en beskrivelse av utredningsdesign og metode, i kapittel 2. Her gjennomgår vi hvordan vi har innhentet og bearbeidet både kvalitativ og kvantitativ data.

I kapittel 3 gir vi en kort beskrivelse av situasjonen for Helseplattformen i dag, samt gjennomgår relevante evalueringer og tilsyn.

I kapittel 4 beskriver vi funn fra intervjuene, fordelt på fordeler og ulemper for henholdsvis pasienter, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi redegjør også kort om juridiske konsekvenser.

I kapittel 5 gjør vi en statistisk analyse av utviklingen for helseforetak og kommuner som bruker Helseplattformen, sammenliknet med utviklingen i de andre regionale helseforetakene. Vi viser også resultater fra utvalgte regresjonsanalyser. Kapitlet inneholder også en beskrivelse av statistikk fra tilsyn og andre spørreundersøkelser.

I kapittel 6 redegjør vi for kostnadene for helseforetak og kommuner som bruker Helseplattformen. Det gjøres også en sammenlikning med kommuner og helseforetak som *ikke* bruker Helseplattformen.

I kapittel 7 gjør vi en samlet analyse av funnene og svarer på mandatets vurderingsspørsmål. Kapitlet svarer også ut Stortingets behov for åpne og uavhengige økonomiske, samfunnsmessige, kvalitetsmessige og juridiske analyser av fordeler og ulemper for sykehus, kommuner, fastleger og pasienter ved journal- og samhandlingsløsningen

2 Utredningsdesign og metode

Utredningen er en analyse av økonomiske, samfunnsmessige, kvalitetsmessige og juridiske analyser av fordeler og ulemper for sykehus, kommuner, fastleger og pasienter ved journal- og samhandlingsløsningen Helseplattformen. Formålet med utredningen er å utarbeide et uavhengig kunnskapsgrunnlag til Helse- og omsorgsdepartementet. Analysen er avgrenset fra å gi anbefalinger eller foreslå tiltak. Formålet med utredningen danner utgangspunkt for valg av utredningsdesign og metode.

Dette kapitlet presenterer utredningsdesignet som er benyttet, og det redegjøres for de kvalitative og kvantitative datakildene som inngår. Avgrensningen som gjøres i dette kapittel gir forutsetninger for undersøkelsens fokus, samt for valg av metoder og opplegg. Det gir også rammeverket for sluttvurderingene som presenteres i kapittel 7.

2.1 Utredningsdesign

Et utredningsdesign er en plan som viser hvordan utredningen totalt sett er tilrettelagt og gjennomført, og hvilke metoder som er anvendt for å besvare de spørsmål som reises. Utredningens formål og mandat, samt budsjett og tidsramme, er naturlig nok førende for valg av designet.

Spørsmålene som reises i prosjektet er komplekse, og det er nødvendig å anvende mange datakilder for å kunne besvare dem på en dekkende måte. Komplekse spørsmål fordrer et kompleks design, og derfor har vi i denne undersøkelsen benyttet et såkalt multimetodisk design. Dette innebærer bruk av flere ulike metoder i én og samme studie for å få en mer helhetlig forståelse av et fenomen. På denne måten får man samlet sett mer fylldige og rike datasett som underlag, og følgelig også mer fylldige og relevante svar på de spørsmål undersøkelsen reiser. Dette er ikke mulig dersom man kun anvender én enkelt metode (Sverdrup, 2014).

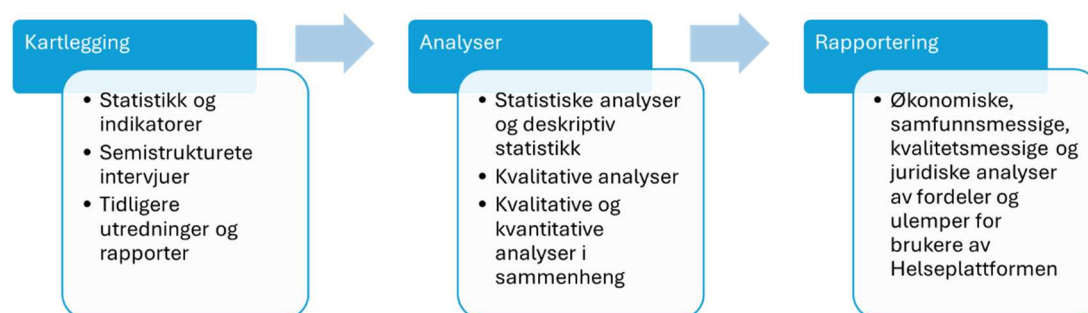
Ved å kombinere kvalitative og kvantitative metoder, slik vi gjør i denne utredningen, kan vi både utforske dybden i individuelle erfaringer og samtidig undersøke bredere mønstre i et større utvalg. I tillegg bruker vi kvantitative metoder basert på statistikk og etablerte indikatorer. Til sammen gir dette mulighet for triangulering, der funn fra én metode kan bekrefte eller utdype funn fra en annen. Dette kan også bidra til å styrke validiteten og nyansere resultatene.

Hensikten med tilnærmingen vi har valgt er at ulike forhold skal belyses best mulig, både i ulike helseforetak og ulike kommunetyper, ulike leverandører, så vel som på aktørnivå i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

I både datainnhenting og i analysene har vi vært opptatt av hvilke økonomiske, organisatoriske, helsefaglige, tekniske og juridiske konsekvenser Helseplattformen har. For å belyse konsekvenser har vi sammenliknet med eksisterende løsninger i markedet. For sykehusene avgrenses dette til erfaringer med DIPS Arena eller Doculive. På kommunesiden er det flere leverandører. Informasjon om alternativer i markedet er i hovedsak hentet inn gjennom intervjuer med kommuner og helseforetak i Helse Vest og DIPS AS. Merk at det metodisk krevende å sammenlikne eksisterende løsninger i markedet med Helseplattformen. EPJ-systemene har ulik funksjonalitet og kapabiliteter, og dermed forskjellige styrker og svakheter. Vi er kjent med at flere kommuner har gått sammen om å kjøpe felles elektronisk pasientjournal-system, samt at enkelte kommuner har anskaffet et moderne journalsystem. For eksempel så har 13 kommuner tatt i bruk Aidn; ti i Nord-Norge og tre i Vestland. Vi har snakket med én kommune som bruker Aidn, men journalsystemet har vært i bruk i kort tid (17.2.2025). Det er derfor ikke mulig å sammenlikne direkte med Helseplattformens kommuner.

Samlet gir dette datatilfanget et bredt datagrunnlag for å trekke konklusjoner i henhold til de spørsmål oppdragsgiver ønsker besvart. Utredningsdesignet er oppsummert i Figur 2.1.

Figur 2.1 Utredningsdesign



Kilde: Vista Analyse

For å belyse problemstillingene har vi delt analysen i fem utredningsområder; Juridisk, økonomisk, teknisk, organisatorisk og helsefaglig. De fem utredningsområdene vil sees opp mot de store pasientstrømmene. Det følgende avsnittet gir oversikt over sentrale spørsmål under hvert utredningsområde.

De *juridiske* problemstillingene i analysen vil omhandle problemstillinger knyttet til helserett, personvern og informasjonssikkerhet. Sentrale problemstillinger er:

- Har Helseplattformen bidratt til bedre samarbeid mellom tjenesteytere, særlig for de store pasientgruppene? (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.).
- Hva er fordeler og ulemper med Helseplattformen med hensyn på plikten til å nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient? Er journalen lett å forstå og inneholder den relevante og nødvendige opplysninger? (Helsepersonelloven, pasientjournalforskriften).
- Ivaretar Helseplattformen informasjonssikkerhet og personvern på en god måte? Blir opplysninger lagret, behandlet og delt på en forsvarlig måte med tilfredsstillende tilgangsstyring? Er informasjonen tilgjengelig for de som trenger det til den tid og på det sted det er behov? Hvordan håndteres og lukkes eventuelle avvik? (Personopplysningsloven/GDPR og Helseregisterloven, Normen for informasjonssikkerhet og personvern i helse)
- Hva er handlingsrommet for fremtidige endringer med tanke på kontraktuelle og anskaffelsesrettslige rammer?

De *økonomiske* problemstillingene handler om både investerings- og drifts- og forvaltningskostnadene til Helseplattformen. Det vil være viktig å synliggjøre de totale kostnadene over hele levetiden.

De *organisatoriske* problemstillingene er knyttet til fordeler og ulemper med organisering i Helseplattformen:

- Er ansvarslinjene presise?
- Blir ledelsen involvert i tilstrekkelig grad?
- Hvordan er samarbeidet mellom kommuner, fastleger og helseforetak organisert?

De *helsefaglige* problemstillingene har vært svært sentrale i oppdraget, og er tett knyttet til de store pasientstrømmene. Har Helseplattformen bidratt til:

- Høyere behandlingskvalitet
- Færre pasientskader
- Økt innbyggerinvolvering
- Bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Økt effektivitet og bedre ressursbruk for helsepersonell
- Bedre styringsinformasjon og beslutningsstøtte

De *tekniske* problemstillingene er knyttet til hvordan Helseplattformen støtter informasjonsdeling, oppgavefordeling og beslutningsstøtte i forløpene til de store pasientstrømmene. Sentrale spørsmål har vært om Helseplattformen:

- Understøtter tilgang til oppdatert og relevant informasjon for alle aktører i pasientens behandlingskjede
- Har varslings- og meldingssystemer som understøtter koordinering og ansvarsoverføring
- Ivaretar brukeropplevelse og arbeidsflyt for helsepersonell i ulike sektorer
- Understøtter tekniske og organisatoriske barrierer for effektiv samhandling

2.2 Metode og datagrunnlag

I dette avsnittet presenteres metodene og datagrunnlaget som er anvendt. Den første delen omhandler den kvalitative undersøkelsen, inkludert kort hvordan vi har søkt etter og brukt tidligere undersøkelser, forskning og annen litteratur på feltet i denne utredningen. Den andre delen omhandler innhenting og analyse av statistikk.

2.2.1 Intervjuer med sentrale nøkkelinformanter

For å få mer inngående kunnskap om fordeler og ulemper med Helseplattformen, samt hvilke erfaringer og refleksjoner brukerne har, har vi gjennomført intervjuer med en rekke informanter på ulike nivåer, i ulike stillinger og i ulike organisasjoner.

I spesialisthelsetjenesten har vi hatt intervjuer med helsepersonell, inkludert foretakstillitsvalgte, med ulike funksjoner innenfor sykehuset. Dette inkluderer informanter innenfor somatikken, medisinske avdelinger og kirurgi, rus og psykiatri, samt klinikere med erfaring fra både poliklinikk, sengepost og akuttmottak.

I kommunehelsetjenesten har vi intervjuet økonomisjefer, jurister/advokater, kommunalsjefer, enhetsledere, helsepersonell i ulike avdelinger, ansatte på tildelingskontor, m.m.

Vi har gjennomført intervjuer med respondenter i Helse Vest, inkludert kommuner og DIPS for å etablere et sammenlikningsgrunnlag. Videre har vi hatt møter med Helseplattformens brukerutvalg, Helseplattformens ledergruppe, Legeforeningen (inkludert fastleger i Midt-Norge), Sykepleierforbundet, Kernel/DIPS, Oracle og Norsk E-helse/Doculive og Værnes respons. Det er ikke gjennomført intervjuer med pasienter, men deres synspunkter er ivare tatt gjennom intervju med brukerutvalget og helsepersonell, samt statistiske analyser (ser nærmere om metoden i de statistiske analysene i kapittel 2.2.3).

Det er gjennomført totalt 43 intervjuer med totalt 104 personer: 48 kommunalt ansatte (28 helsefaglige) og 27 foretaksansatte (23 helsefaglige).

Det er også gjennomført to teamsmøter med referansegruppen med muligheter for å gi innspill i møtet eller skriftlige tilbakemeldinger i etterkant. Referansegruppen fikk også mulighet til å gi innspill på rapport versjon 0.8 for å sikre at rapporten ikke har faktafeil eller misforståelser.

Informantene er valgt ut dels ved at vi har henvendt oss direkte til medlemmene i referansegruppen med konkrete ressurs-/kompetansebehov. Referansegruppemedlemmene har så satt oss i kontakt med relevante personer i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Informantene fikk informasjon om utredningen i forkant, samt en intervjuguide før gjennomføring av intervjuet. Det er også dels benyttet den såkalte snøballmetoden, ved at vi har fått navn på nye informanter via de vi har intervjuet.

Datainnsamlingen er gjort ved å benytte semi-strukturerte intervjuguider. Det er utarbeidet en generisk intervjuguide, men som er tilpasset de ulike respondentene. For eksempel så er det enkelte forskjeller i spørsmål stilt til kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt forskjell i spørsmål stilt til helsepersonell og merkantilt personell. Denne typen datainnsamling er godt egnet til å få fram erfaringer, vurderinger og forhold som er av betydning for de som arbeider i det aktuelle feltet. Metoden gir stor grad av fleksibilitet, og gjør det mulig å fange opp og forfølge forhold som kommer opp underveis i intervjuet.

Intervjuene inkluderer en-til-en intervjuer, og gruppeintervjuer med to eller flere. I sistnevnte tilfelle har gjerne flere funksjoner, ledere, fagressurser fra flere områder, operativt personell, deltatt sammen. Vi har dermed flere informanter enn antall intervjuer. Intervjuguidene er nesten identiske, og er tematisk ordnet etter utredningens temaområder (se kapittel 2.1). Hver enkelt informant ble bedt om å oppgi erfaring med EPJ-systemer, slik at det er mulig å etablere et sammenlikningsgrunnlag.

De fleste intervjuene tok om lag en time, de fleste er gjennomført på Teams, noen over telefon og noen ansikt til ansikt. Informantenes svar ble notert av intervjuer. Det ble, etter godkjenning fra informantene, gjort opptak av enkelte intervjuer på Teams, med påfølgende transkripsjon. Opptak og transkripsjon har i første rekke hatt en funksjon som kvalitetssikring av intervjuers notater for å sikre at alle momenter som er framkommet i intervjuene fanges opp. Informantene er lovet anonymitet, noe som også innebærer at kommuner og sykehus er anonymisert (se nærmere begrunnelse for dette valget i avsnitt 1.2).

Resultatene fra intervjuene ble skrevet ut og analysert slik av tendenser, sammenfall og motsetninger i datamaterialet framkommer. Det er et omfattende intervjumateriale med dels detaljert informasjon. Vi har derfor prøvd å sammenstille på et nivå som kan besvare ut oppdrags hovedproblemstilling.

2.2.2 Dokumentgjennomgang

For å etablere et grunnlag for evalueringen har vi støttet oss på følgende dokumenter

- Styringsdokumenter og offentlige utredninger (NOU). Dette inkluderer meldinger til Stortinget, proposisjoner, rundskriv, lover og forskrifter.
- Forskningslitteratur, evalueringer, tilsyn og utredninger
- Styredokumenter og andre dokumenter fra Helse Midt-Norge og Helseplattformen AS

Utredningens rammer har ikke gjort det mulig eller hensiktsmessig med en full litteraturgjennomgang. Gjennomgått litteratur med særlig relevans for evalueringens mandat (jf. Avsnitt 1.1) er brukt i den samlede evalueringen i kapittel 7.

2.2.3 Statistiske analyser

Som supplement til de kvalitative analysene har vi gjennomført en statistisk analyse av utviklingen i nasjonale indikatorer for helseforetak og kommuner som innførte Helseplattformen i 2022. Ved å sammenligne trendutviklingen før og etter innføringen med utviklingen i andre enheter, vurderer vi om Helse Midt-Norge avviker fra den generelle trenden i norsk helsevesen.

Analysen er primært deskriptiv og bygger på visuell inspeksjon av grafiske tidsserier og enkle regresjonsanalyser. Vi henviser til kapittel 5 for mer informasjon om metodikk.

.

3 Dagens situasjon

Dette kapitlet bygger på en gjennomgang av tilgjengelig dokumentasjon og rapporter. Det beskriver dagens situasjon for Helseplattformen, med særlig vekt på programmet for brukervennlighet og optimalisering, og det pågående arbeidet med å samle ressursene i Helseplattformen AS og Hemit HF. Det beskriver hvilke andre løsninger og funksjonalitet som finnes i markedet, inkludert nasjonale samhandlingsløsninger. Til sist gir det en oversikt over dagens juridiske rammer og forpliktelser.

3.1 Helseplattformen

3.1.1 Innføring

Helse Midt-Norge RHF inngikk i 2019 en kontrakt med Epic Systems Corporation om leveranse og vedlikehold av IT-systemet Helseplattformen. Selskapet Helseplattformen AS ble etablert i 2019 og har ansvaret for innføring og framtidig forvaltning av den nye felles journalløsningen for hele helsetjenesten i Midt-Norge. Helseplattformen AS har også ansvaret for kontraktoppfølging med leverandøren.

I 2022 ble systemet for første gang skrudd på i Trondheim kommune. Figur 3.1 viser tidslinjen for innføring i kommuner og helseforetak. (Helseplattformen, u.å.-b). Ingen nye aktører er koblet på etter november 2024.

Tre år etter at Helseplattformen først ble tatt i bruk er løsningen nå etablert som et felles journalsystem i store deler av helsetjenesten i Midt-Norge. Alle sykehusene i Helse Midt-Norge har innført Helseplattformen. På kommunesiden er 34 kommuner tilknyttet løsningen, av totalt 65 i Trøndelag og Møre og Romsdal. I primærhelsetjenesten er foreløpig kun to fastlegekontorer og to legevakter koblet til systemet, mens de øvrige i regionen bruker andre journalløsninger. Derimot brukes 140 legekontorer HP Link (se tekstboks 3.1), som gjør det mulig å rekvirere prøver til sykehuslaboratoriene og motta prøvesvar fra sykehusene som bruker Helseplattformen. Ambulansetjenesten i Midt-Norge har tilsvarende tatt i bruk HP Link for lesetilgang til pasientjournalen. (Helseplattformen, u.å.-a).

Figur 3.1 Tidslinje over innføringen av Helseplattformen i kommuner og helseforetak



Kilde: (Helseplattformen, u.å.-c)

Tekstboks 3.1 Om HP Link

Digital løsning som muliggjør samhandling mellom Helseplattformen og andre journalsystemer, og gir legekontorer og andre aktører sikker tilgang til laboratorietjenester i Midt-Norge. Med HP Link kan man rekvirere prøver, samhandle om prøvetaking og se pasienters prøvesvarshistorikk, også fra sykehuslaboratorier. Ambulansetjenesten har lesetilgang via HP Link, noe som gir tilgang til kritisk informasjon under uttrykning.

3.1.2 Finansiering og eierskap

For å sikre finansiering av Helseplattformen for spesialisthelsetjenesten har Helse- og omsorgsdepartementet gitt låneramme til Helse Midt-Norge RHF på 2 140 millioner 2019-kroner. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Departementet har i tillegg etablert en tilskuddsordning for å legge til rette for deltakelse fra kommuner og fastleger i Midt-Norge, slik at det regionale helseforetaket og kommunene som går inn i prosjektet, avlastes for risiko dersom ikke alle aktørene i regionen tar Helseplattformen i bruk. Ved behandlingen av Prop. 117 S (Finansdepartementet, 2020) ble tilskuddsrammen satt til 601 millioner 2019-kroner. Siste del av tilskuddsrammen ble utbetalt i 2023. Tilskuddet skal betales tilbake med renter etter hvert som kommuner og fastleger tar i bruk løsningen. I tillegg har bystyret i Trondheim kommune vedtatt at kommunedirektøren kan ta opp lån på inntil 354 millioner kroner til videreutlån til Helseplattformen AS. Lånerammen ble senere utvidet til 418 millioner kroner i juni 2021 og til 498 millioner kroner i november 2022 (Riksrevisjonen, 2024).

Lånene er administrert gjennom Helseplattformen AS, men er knyttet til den enkelte aktør, kommune eller foretak, og deres andel av kostnadene. Kommunene betalte hele sin andel da de tok løsningen i bruk, og har dermed gjort opp sin del av statslånet. Helse Midt-Norge har valgt en modell der foretakene betaler sin andel over en periode på 18 år fra det første foretaket tok løsningen i bruk, fra 2022 til 2040. Helseplattformen AS fakturerer renter og avdrag gjennom tjenesteavtalene. Dette innebærer at Helseplattformen AS har hatt store kostnader til utvikling og innføring i helseforetakene, før inntektene er regnskapsført. Det forklarer hvorfor selskapets regnskap viser underskudd og negativ egenkapital. Gjelden på 3,4 milliarder kroner består i hovedsak av kostnader til utvikling og innføring for helseforetakene. Kommunene er ikke ansvarlige for denne gjelden, og de skal heller ikke skyte inn mer penger for å dekke negativ egenkapital. Kommunenes økonomiske forpliktelser er avklart og gjort opp. De betaler nå et fast årlig beløp for drift, lisenser og videreutvikling (Helseplattformen, 2025c).

Tabell 3.1 viser aksjonærer per 1.6.2024; navn på foretak og kommuner, antall aksjer og eierandel.

Tabell 3.1 **Navn på foretak og kommuner, antall aksjer og eierandel**

Kommune/foretak	Antall aksjer	Eierandel
Helse Midt-Norge RHF	6000	60,00 %
Trondheim	2231	22,31 %
Ålesund	374	3,74 %
Molde	180	1,80 %
Kristiansund	136	1,36 %
Levanger	114	1,14 %
Melhus	94	0,94 %
Verdal	84	0,84 %
Hustadvika	75	0,75 %
Ørland	58	0,58 %
Indre Fosen	57	0,57 %
Sula	52	0,52 %
Skaun	47	0,47 %
Rauma	42	0,42 %
Sunndal	40	0,40 %
Oppdal	39	0,39 %
Vestnes	37	0,37 %
Midtre-Gauldal	35	0,35 %
Heim	34	0,34 %
Surnadal	33	0,33 %
Røros	31	0,31 %
Hitra	28	0,28 %
Åfjord	24	0,24 %
Selbu	23	0,23 %
Aukra	20	0,20 %
Vanylven	18	0,18 %
Tingvoll	17	0,17 %
Fjord	14	0,14 %
Rennebu	14	0,14 %
Smøla	12	0,12 %
Holtålen	11	0,11 %
Rindal	11	0,11 %
Os	11	0,11 %
Tydal	4	0,04 %
SUM	10 000	100 %

Kilde: Helseplattformen

3.1.3 Program for brukervennlighet og optimalisering av Helseplattformen

Erfaringer etter innføringen har vist behov for ytterligere forbedring av løsningen for å gjøre den mer brukervennlig. Med bakgrunn i Riksrevisjonens anbefaling om å forenkle brukergrensesnittet vedtok styret i Helse- Midt-Norge RHF i februar 2025 å etablere Program for brukervennlighet og optimalisering av Helseplattformen (Riksrevisjonen, 2024). Programmet bygger videre på arbeidet i tiltakspakken fra 2024, som ble iverksatt for å følge opp anbefalingene i den eksterne evalueringen fra BCG (2023). Programmets hovedmål er å bedre brukervennligheten, kvaliteten og effektiviteten i Helseplattformen..

Programmet er et regionalt initiativ som skal gå over to år fra mai 2025, med en total kostnadsramme på 200 millioner kroner. Arbeidet ledes av St. Olavs hospital HF på vegne av Helse Midt-Norge, og gjennomføres i samarbeid med helseforetakene og Helseplattformen AS. Programmet består av tiltak som behovskartlegging og utvikling av funksjonalitet og arbeidsflyter, samt utprøving av ny teknologi som kunstig intelligens og automatisering. Det er avsatt midler til SINTEF/NTNU for å drive følgeforskning underveis, og gevinster av tiltakene vil dokumenteres løpende i programperioden.

Et halvt år etter arbeidet startet er det gjort forbedringer på legemiddelområdet, som legemiddelsamstemming og legemiddelliste, i tillegg til at det er gjort opprydningsarbeid i rapporter som ikke er i bruk. Det er gjort forbedringer i ulike arbeidsflyter, eksempelvis forenklet arbeidsflyt for poliklinikk og tiltak for å standardisere arbeidsflyter mellom avdelinger. Det er gjort visse utbedringer knyttet til brukervennlighet, som med mobile enheter for leger, samt at det har vært utvikling i oversiktsverktøy og verktøy for å sammenstille informasjon. (Helse Midt-Norge RHF, 2025b).

3.1.4 Arbeid med å samle ressursene i Helseplattformen AS og Hemit HF

I foretaksmøte med helse- og omsorgsministeren 27. oktober 2023, ba departementet Helse Midt-Norge om å «utrede og vurdere en samling av ressursene i Helseplattformen AS og Hemit HF for å styrke kapasitet og kompetanse og sikre best mulig ressursutnyttelse i det pågående arbeidet med feilretting og forbedring av Helseplattformen».

I forlengelsen av dette vedtok generalforsamlingen i Helseplattformen AS at det settes ned en egen styringsgruppe, bestående av representanter fra Helse Midt-Norge RHF, kommune, administrerende direktør i Hemit HF, administrerende direktør i Helseplattformen AS og tillitsvalgte.

Den 4.juni 2025 vedtok Generalforsamlingen i Helseplattformen AS at det på nåværende tidspunkt ikke er hensiktsmessig å slå sammen Helseplattformen AS og Hemit HF til ett felles selskap. I stedet skal det arbeides videre med tettere samordning mellom de to organisasjonene for å hente ut gevinster i form av kostnadsbesparelser, økt produktivitet og bedre tjenesteleveranser. Generalforsamlingen ba samtidig om at det planlegges for en evaluering innen våren 2027 for å vurdere om tiltakene faktisk har gitt ønskede effekter.

3.2 Andre løsninger i markedet

Norge var tidlig ute med å innføre elektroniske pasientjournaler (EPJ). Mange av løsningene har blitt utviklet i Norge, gjerne som lokale initiativ rundt sykehus og legekontorer og vokst videre til kommersielle produkter (Hauge, 2017).

De siste 10-15 årene har det vært et generasjonsskifte der systemene har blitt oppgradert eller erstattet med moderne arkitektur, som sky og mobilløsninger. Norske og internasjonale selskaper

har innført nye produkter på markedet, samt videreutviklet, avviklet og erstattet gjennom oppkjøp. Det også har kommet nye norske leverandører og produkter på markedet.

Fastlegene har i stor grad vært gjennom generasjonsskiftet. Spesialisthelsetjenesten har gjort sitt skifte med Helseplattformen/Epic og DIPS Arena. Mange kommuner gjennomfører i 2025/2026 anskaffelser av nye systemer.^{6 7}

Kapittelet omhandler i hovedsak EPJ-systemer, og omtaler ikke mer spissede systemer som elektronisk kurve, laboratorium og bildediagnostikk. Kun systemer som er eller nylig har vært i bruk i Norge er omtalt. Noen systemer er også beregnet på ytterligere områder, som avtalespesialister.

Innholdet er basert på Direktoratet for e-helse sin *Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger* (Direktoratet for e-helse, 2023) og leverandørenes nettsider.

3.2.1 Løsninger i spesialisthelsetjenesten

EPJ i spesialisthelsetjenesten ble først innført og driftet på det enkelte sykehus. Nå driftes EPJ i hovedsak felles per region med én felles installasjon. Unntak finnes, som ved private sykehus og enkelte klinikker (f.eks. psykiatri). DIPS Arena benyttes i alle de øvrige regionale helseforetak.

Tabell 3.2 EPJ-løsninger i spesialisthelsetjenesten

Leverandør	Navn	Beskrivelse
DIPS (Kernel)	DIPS Arena	EPJ for spesialisthelsetjenesten.

Kilde: Vista Analyse, basert på Helsedirektoratet og leverandørens nettsider

3.2.2 Løsninger i kommunehelsetjenesten

Pleie- og omsorgssystemer (PLO) blir brukt på sykehjem og institusjoner, hjemmebaserte tjenester, rehabilitering og annen kommunal helsehjelp som rehabilitering, helsevern og rus.

Helsestasjon- og skolehelsetjenestesystemer (HS) bruker til oppfølging av svangerskap, helsestasjon for barn og ungdom og skolehelsetjeneste.

I tillegg finnes det systemer for legevakt/legevaktsentral og øyeblikkelig hjelp døgnplasser (ØHD, ikke med i oversikten).

⁶ Sykepleien: Massiv utskifting av journalsystemer i kommunene <https://sykepleien.no/2025/02/massiv-utskifting-av-journalsystemer-i-kommunene>

⁷ Kommunal Rapport: Intenst kappløp om pasientjournaler <https://www.kommunal-rapport.no/digitalisering/intenst-kapplop-om-pasientjournaler-vi-kan-rulle-ut-i-2024/332781>

Tabell 3.3 EPJ-løsninger i kommunehelsetjenesten

Leverandør	Navn	Beskrivelse
Aidn (Kernel)	Aidn	PLO-system.
Carasent Norge	Ad Curis	PLO-system.
Care it	Care it EPJ	PLO-system.
CGM	CGM Journal Helsestasjon	Helsestasjon/skolehelsetjeneste, m.m.
CGM	CGM Journal Legevakt	Legevakt/sentral, m.m.
DIPS (Kernel)	FastTrak GBD	PLO-system.
DIPS Front (Kernel)	DIPS CosDoc	PLO-system.
EG Software	EG Infodoc	EPJ for fastleger, legevakt/sentral, helsestasjon
HK Data (Vitec Software Group)	HK Velferd	PLO-system.
Tietoevry	Lifecare Elderly Care / Gerica	PLO-system, helsestasjon/skolehelsetjeneste.
Visma	Flyt Omsorg	PLO-system.
Visma	Omsorg HsPro	Helsestasjon/skolehelsetjeneste.
Visma	Profil	PLO-system.

Kilde: Vista Analyse, basert på Helsedirektoratet og leverandørens nettsider

3.2.3 Løsninger for fastlegene

EPJ for private allmennleger og kommunal fastlegetjeneste.

Tabell 3.4 EPJ-løsninger for fastleger

Leverandør	Navn	Beskrivelse
Carasent Norge	Webdoc	EPJ for fastleger.
CGM	CGM Journal Allmenn	EPJ for fastleger, legevakt/sentral, helsestasjon/skolehelsetjeneste, m.m.
CGM	CGM Vision BHT	EPJ for fastleger, legevakt/sentral, m.m.
CGM	CGM Pridok	EPJ for fastleger, legevakt/sentral, m.m.
EG Software	EG Infodoc	EPJ for fastleger, legevakt/sentral, helsestasjon.
EG Software	EG Pasientsky	EPJ for fastleger.
Extensor (Kernel)	Extensor V2	EPJ for fastleger, spesialisthelsetjeneste m.m.
Pridok	Pridok EPJ	EPJ for fastleger.
Prisme (Kernel)	Prisme Fastlegesystem	EPJ for fastleger.
WebMed	WebMed	EPJ for fastleger.

Kilde: Vista Analyse, basert på Helsedirektoratet og leverandørens nettsider

3.2.4 Nasjonale samhandlingsløsninger

Samhandling på tvers av helsetjenesten og innbyggere er i stor grad dekket gjennom nasjonal arkitektur, standarder for e-helse, felles tjenester og samhandlingsløsninger (Helsedirektoratet, u.d.). Helsedirektoratet har ansvaret for den nasjonale arkitekturen i helse- og omsorgssektoren.

Ryggraden for samhandling mellom aktører om pasientforløp er **elektronisk meldingsutveksling** mellom fagsystemer (som EPJ). Eksempler er henvisning og epikrise, rekvisisjon og svar (laboratoriemedisin, bildediagnostikk m.m.), resepter, helsefaglig dialog og pleie- og omsorgsmeldinger (Helsedirektoratet, u.d.).

Helsenettet er navet i infrastrukturen. Norsk helsenett (NHN) drifter tjenester for meldingsutveksling, sikkerhet og overvåkning, publikumsportalen Helsenorge.no og en rekke samhandlingstjenester.

Kjernejournal er en tjeneste som samler og deler utvalgte helseopplysninger (Norsk helsenett, u.d.). Innbyggere får tilgang til kjernejournal gjennom Helsenorge.no, og helsepersonell via en egen portal eller integrasjon i sitt fagsystem.

Kjernejournalen gir tilgang til:

- **Pasientens kritiske informasjon** - Opplysninger som allergier og alvorlige diagnoser
- **Pasientens prøvesvar** - Digitale laboratorie- og bildesvar
- **Pasientens journaldokumenter** - Tidligere journalnotater som epikriser og henvisninger
- **Pasientens måledata** - Helsemålinger som blodtrykk og oksygenmetning
- **Pasientens legemiddelliste** - Felles oversikt over pasientens medisiner

Tjenester som er under utvikling og utprøving er **Digitalt helsekort for gravide** og **Pasientens rekvisisjoner**.

Andre samhandlingstjenester er

- Velferdsteknologisk knutepunkt
- Reseptformidleren
- Sentral forskrivningsmodul

Tjenestene leveres av NHN (Norsk helsenett, u.d.).

3.2.5 Overordnet sammenligning av funksjonalitet

Helseplattformen dekker flere funksjonsområder enn DIPS Arena. Sistnevnte benyttes sammen med andre systemer, som for eksempel elektronisk kurve og laboratorietjenester (LIMS).

DIPS Arena har ikke støtte for kommuner og fastleger. Den overordnede sammenligningen omhandler derfor funksjonalitet med utgangspunkt i de to plattformene som er i bruk i Norge i dag.

Tabell 3.5 Sammenlikning av funksjonalitet mellom Helseplattformen og DIPS Arena

Funksjonalitet	Helseplattformen	DIPS Arena
Kjernefunksjonalitet		
Pasientjournal (EPJ)	Ja	Ja
Legemiddelhåndtering	Ja	Ja
Elektronisk kurve	Ja	Nei
Beslutningsstøtte	Ja	Ja
Spesialisthelsetjenesten		
Laboratorietjenester	Ja	Nei
Operasjonsplanlegging og anestesi	Ja	Ja
Ambulansetjeneste	Delvis	Nei
Radiologi og bildediagnostikk	Ja	Nei
Støttefunksjoner		
Forskning og kvalitetsforbedring	Ja	Ja
Virksomhetsstyring	Ja	Ja
Analyse og kunstig intelligens	Ja	Delvis
Kommunehelsetjenesten		
Helsestasjon og skolehelsetjeneste	Ja	Nei
Hjemmetjeneste / Hjemmesykepleie	Ja	Nei
Hjemmehjelp (Oppdragstyring)	Ja	Nei
Legevakt	Ja	Nei
Fastlegetjenesten		
Pasientjournal (EPJ)	Ja	Nei
Samhandling og kommunikasjon		
Elektronisk samhandling	Ja	Ja
Pasientportal	Ja	Nei
Intern meldingsfunksjon	Ja	Delvis

Kilde: Vista Analyse, basert på Helsedirektoratet og leverandørens nettsider

3.3 Dagens juridiske rammer og forpliktelser

3.3.1 Oversikt over sentrale juridiske forpliktelser

Analysen tar utgangspunkt i sentrale juridiske krav i blant annet helse- og omsorgstjenesteloven⁸, spesialisthelsetjenesteloven⁹, pasientjournalloven¹⁰ og -forskriften, helsepersonelloven¹¹ (journal- og taushetsplikt, regler for deling av informasjon mv.), pasient- og

⁸ Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester mm

⁹ Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten mm.

¹⁰ Lov av 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp

¹¹ Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv.

brukerrettighetsloven ¹², personvernforordningen ¹³ (GDPR) og personopplysningsloven ¹⁴, sikkerhets- og IKT-standardforskrifter i helse- og omsorgssektoren, inkludert Normen for informasjonssikkerhet mm. og tverrgående premisser (gjelder alle modeller). Nedenfor gis en kortfattet oversikt over sentralt lovverk og krav, men denne er ikke uttømmende.

- **Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet:** Ansvar for pasientsikkerhet og forsvarlige helsetjenester er omfattende regulert i Norge. På den ene siden har virksomheten et overordnet ansvar for å organisere og legge til rette for at helsehjelpen som ytes er forsvarlig¹⁵. Dette innebærer blant annet ansvar for systemer, rutiner og tilstrekkelig kompetanse i tjenesten. På den andre siden har det enkelte helsepersonell et selvstendig ansvar for å utøve sitt arbeid forsvarlig i samsvar med faglige normer og lovens krav, jf. helsepersonelloven § 4. Det individuelle ansvaret gjelder uavhengig av virksomhetens tilrettelegging, og innebærer at helsepersonell må vurdere egen kompetanse og forsvarlighet i den konkrete situasjonen.
- **Krav til korrekt og tilgjengelig informasjon:** Flere regelverk stiller krav om at informasjonen skal være korrekt og tilgjengelig. Dette følger blant annet av GDPR art. 5 nr. 1 bokstav d. som slår fast at personopplysninger skal "... være korrekte og om nødvendig oppdaterte; det må treffes ethvert rimelig tiltak for å sikre at personopplysninger som er uriktige med hensyn til formålene de behandles for, uten opphold slettes eller rettes". Pasientjournalforskriften stiller også krav til journalens innhold, blant annet at pasientjournalen skal inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til den enkelte pasient, jf. § 7.
- **Lovfestet taushetsplikt:** Taushetsplikten for helsepersonell her er et grunnleggende prinsipp i helsetjenesten og lovregulert, jf. blant annet helsepersonelloven § 21: "Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell". Det er videre forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i helsepersonelloven § 21 uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift. Lovverket inneholder også regler om samtykke til å gi informasjon, unntak fra taushetsplikten, opplysninger til samarbeidende helsepersonell mv.
- **Krav til journalføring:** Ved helsehjelp er det et lovbestemt krav om at den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i helsepersonelloven § 40 i en journal for den enkelte pasient, jf. § 39. I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen. Virksomheter som yter helsehjelp skal sørge for å ha behandlingsrettede helseregistre for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt, jf. Pasientjournalloven § 8. I Pasientjournalloven § 7 og i Pasientjournalforskriften fremgår med detaljerte krav, blant annet at journalen skal:
 - understøtte pasientforløp i klinisk praksis og være lett å bruke og å finne frem i
 - være utformet og organisert slik at krav fastsatt i lov eller forskrift kan oppfylles, slik som:
 - taushetsplikt,

¹² Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter

¹³ Forordning (EU) 2016/679 om vern av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger osv.

¹⁴ Lov av 15. juni 2018 nr. 38 om behandling av personopplysninger

¹⁵ Se blant annet helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4

- forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger,
 - retten til å motsette seg behandling av helseopplysninger,
 - retten til informasjon og innsyn,
 - helsepersonells dokumentasjonsplikt,
 - tilgjengeliggjøring av helseopplysninger og
 - informasjonssikkerhet og internkontroll
 - baseres på bestemte tildelte tillatelser til å lese, registrere, redigere, rette, slette, sperre eller på annen måte behandle opplysninger
- **Pasientenes og de registrertes rettigheter:** Sentrale rettigheter for pasienter er retten til informasjon, rett til vern mot spredning av opplysninger¹⁶, rett til journalinnsyn, rett til begrensing/sperring, retting og sletting av journal osv. Barn- og andre sårbare gruppers journal og representasjon er også ivaretatt i lovverket.
 - **Dataansvarlig (behandlingsansvarlig)/databehandler:** Klare roller og ansvarsfordeling for hvem som er behandlingsansvarlig(e) per behandlingsaktivitet og prosess. Regelverket for behandling av personopplysninger, roller og ansvar, vil i hovedsak følge av pasientjournalloven- og forskriften, personopplysningsloven og personvernforordningen. **Behandlingsgrunnlag:** All behandling av pasient- og helseopplysninger må ha tilstrekkelig rettslig grunnlag, jf. blant annet GDPR Art. 6(1)(c)/(e) og art. 9(2)(h) for helsehjelp; deling av opplysninger; egne vurderinger ved sekundærbruk (forskning, kvalitetsforbedring, mm.).
 - **Informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og kontroll:** Krav til informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og -kontroll er sentrale krav for å ivareta andre lovbestemte forpliktelser inkludert taushetsplikten jf. blant annet Pasientjournalloven § 22 hvor det fremgår at den dataansvarlige og databehandleren skal gjennomføre tekniske og organisatoriske tiltak for å oppnå et sikkerhetsnivå som er egnet med hensyn til risikoen, jf. personvernforordningen artikkel 32. Den dataansvarlige og databehandleren skal blant annet sørge for tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll. Tiltak, inkludert tilganger og kontroll av tilganger, må etableres slik at det ivaretar både virksomhetenes forpliktelser og helsepersonellens taushetsplikt. Videre følger det av Pasientjournalforskriften § 13 siste ledd at den dataansvarlige skal ha oversikt over hvem som har tilgang til hvilke typer opplysninger og kunne kontrollere i ettertid hvem som har benyttet seg av tilgangen.
 - **Universell utforming av IKT:** Det følger av Forskrift om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske (IKT)-løsninger¹⁷ at nettsted, apper og automater skal være universelt utformet. Nettløsninger omfatter både nettsteder og mange apper til nettbrett og mobil. Kravene er deler av standarden Web Content Accessibility Guidelines (WCAG).
 - **Medisinsk utstyr:** Felles EU-regelverk om medisinsk utstyr er vedtatt og gjelder fra 26. mai 2021. Forordningene er tatt inn i EØS-avtalen og gjennomført i norsk rett. IT-løsninger, inkludert KI-modeller som skal utvikles og brukes som ledd i helsehjelp, kan falle inn under definisjonen av et medisinsk utstyr, men det må vurderes konkret.

¹⁶ Jf. blant annet Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 som lyder: "Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder. Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker. Dersom helsepersonell tilgjengeliggjør opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det, informeres om at opplysningene er gjort tilgjengelige og hvilke opplysninger det dreier seg om "

¹⁷ Forskrift av 21. juni 2013 nr. 732

- **Bruk av data til andre formål enn pasientbehandling:** Bruk av helsedata til andre formål, slik som kvalitetsforbedring, rapportering, forskning mm, reguleres av flere regelverk. For eksempel har helseregisterloven bestemmelser om statistikk (§ 19), helsepersonelloven § 26 (opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer) osv.

3.3.2 Dataansvar - roller og ansvar fordelt gjennom enkeltvedtak

Helseplattformen som pasientjournal og samhandlingssystem er en omfattende løsning for pasientjournal og samhandling i helsetjenesten. Helseplattformen AS har siden 23. mars 2022 i henhold til vedtak fra Helse- og omsorgsdepartementet¹⁸ hatt deler av det totale dataansvaret for pasientjournalen (se mer om dette nedenfor i punkt 7.8). Løsningen i andre løsninger er ofte at leverandøren av journal- eller samhandlingssystemet er databehandler, mens helseforetakene og kommunene er dataansvarlige.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fattet den 23.03.2022 vedtak om Helseplattformen og dataansvar med vilkår for samarbeidet mellom virksomhetene i Helseplattformen, jf. pasientjournalloven § 9. Vedtaket omfatter virksomheter som har tatt i bruk Helseplattformen og nye virksomheter, som tar løsningen i bruk, omfattes av vedtaket etter søknad. Enkeltvedtaket ble sist oppdatert 16.07.2024¹⁹.

I 2025 pågår det et arbeid med å evaluere vedtaket, og HOD arbeider med å videreføre vedtaket med enkelte justeringer for å avhjelpe noen av utfordringene som er påpekt av aktørene²⁰.

¹⁸ Vedtak – Helseplattformen og dataansvar av 23. mars 2022, ref. 20/2985-9

¹⁹ Vedtak – Helseplattformen og dataansvar, fratreddelse datert 16. juli 2024, ref. 20/2985-38

²⁰ Jf. brev fra HOD til Helseplattformen AS 4. september 2025, ref. 20/2985

4 Oppsummering fra intervjuene

Dette kapitlet bygger på de kvalitative intervjuene som er beskrevet i kapittel 2.2.1. Vi har intervjuet informanter på ulike nivåer både ledere, klinikere, tillitsvalgte, personvernombud, merkantilt og administrativ personell for å få med ulike perspektiver.

Vi trekker frem fordeler og ulemper for ulike brukere av Helseplattformen med særlig fokus på helsefaglige, økonomiske, tekniske, organisatoriske og juridiske konsekvenser. Alle påstander i kapitlet er basert på intervjuer, og ikke våre vurderinger. Vår egen analyse fremkommer i kapittel 7.

Kapitlet er organisert slik at under hvert av temaene presenteres først fordeler og ulemper for pasienter, kommunehelsetjenesten og deretter erfaringer fra spesialisthelsetjenesten. Til slutt presenteres juridiske konsekvenser.

Kapitlet beskriver også Vanylven kommune, som den eneste kommunen hvor alle helsetjenester, inkludert fastlegen, har tatt i bruk Helseplattformen.

4.1 Pasienter

Informantene under dette temaet ble bedt om å vurdere fordeler og ulemper av Helseplattformen med særlig fokus på helsefaglige og juridiske konsekvenser for de ulike pasientgruppene. De ble spurt om de har opplevd endringer i behandlingskvalitet og pasientsikkerhet, samt samhandling og informasjonsflyt. Videre ble de spurt om endringer i opplevd personvern og informasjonssikkerhet.

4.1.1 Fordeler for pasienter

Intervjuene viser at det er en høy grad av enighet om at pasientene som benytter et sykehus eller kommune som bruker Helseplattformen i hovedsak er fornøyde, og opplever at løsningen [gir bedre samhandling både med, og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten](#). Informantene gir uttrykk for at det er en betydelig fordel at helsepersonell har oppdatert og tilgjengelig informasjon når pasienter beveger seg mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Det fremheves at pasientene kan være trygge på at helsepersonellet har relevant og oppdatert informasjon, og at de slipper å gjenta informasjon. Informantene svarer videre at tilgang på prøvesvar, radiologiske undersøkelser og legemiddelbruk er viktig for pasientsikkerheten. Dette er særlig viktig for pasientgruppene som benytter både kommune- og spesialisthelsetjeneste.

For [utskrivningsklare pasienter](#) vektlegges det fra kommunenes side at det er særlig positivt at kommunene har innsikt i hva sykehusene gjør i sanntid, og *kan i større grad enn tidligere forberede og tilpasse tjenestetilbudet i kommunene til pasientenes behov*. Informantene opplever dette som en stor fordel, sammenliknet med andre journalsystemer hvor kommunene ikke har tilgang på sanntidsinformasjon fra sykehuset. Informantene som jobber med utskrivningsklare pasienter i kommunene mener også at tilgangen på sanntidsinformasjon gir de større muligheter til å utfordre hvorvidt pasientene faktisk er utskrivningsklare. De mener videre at dersom utfordringen er vellykket, og pasienten forblir på sykehus, gis pasientene bedre behandling, på riktig tjenestenivå.

Respondentene uttrykker bred enighet om at [kronikere og eldre med sammensatte lidelser](#) opplever [økt grad av kontroll over egen helse](#) gjennom å ha lett tilgang på informasjon fra alle deler av helsetjenesten. De kan lett dele informasjon med pårørende og andre slik at oppdatert

informasjon er tilgjengelig for de som har behov. Informantene mener også at Helseplattformen medfører spart tid på booking for pasienter som har hyppig kontakt med helsetjenesten.

Informantene som jobber i [akuttforløpet](#), opplever store fordeler for pasienter²¹. Det trekkes særlig frem som positivt at legevakten har oppdatert informasjon om tidligere og pågående behandlinger og medisiner i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er en klar tendens at respondentene oppgir å ha erfart at dette gir tidsbesparelser for både helsepersonell og pasienter, samt økt kvalitet i behandlingen. Enkelte respondenter mener også at legevakter som er koblet på Helseplattformen [reduserer antall innleggelser](#).

Informantene svarer at HelsaMi er en av de store fordelene med Helseplattformen. Pasienter sparer verdifull tid med digital timebestilling i både kommuner og sykehus. HelsaMi gjør også hverdagen enklere gjennom Pasientoppfølgingsprogram. Dette gir pasienter tilpasset oppfølging fra helsevesenet, uten krav om fysisk tilstedeværelse.

Tekstboks 4.1 Om HelsaMi

HelsaMi gir informasjon til pasienter og behandlere. HelsaMi er koblet opp mot journalsystemet Helseplattformen, og alle oppdateringer skjer i sanntid. Ikke bare for pasienten, men også for behandler. Alle som er pasient et sted Helseplattformen brukes, kan få tilgang til HelsaMi via ID-porten. Bruk av appen er frivillig.

Kilde: Helseplattformen

4.1.2 Ulemper for pasienter

Samtlige klinikere og brukerrepresentanter mener at [legemiddelhåndteringen](#) i Helseplattformen ikke fungerer etter hensikten. De påpeker at legemidler er et kjerneområde for pasientsikkerheten, og det er meget viktig at dette gjøres riktig. De utdyper at ulempene skyldes flere forhold. For det første så kan ikke pasientene være sikre på at legemiddellisten som ligger i Helseplattformen, og dermed HelsaMi, er riktig. Fastleger og legevakt står i hovedsak utenfor Helseplattformen, noe som gjør at legemidler registreres flere steder. Informantene svarer også at medisiner/resepter både forsvinner og dukker dobbelt opp i HelsaMi. Dette oppleves som frustrerende og utrygt.

Respondentene mener det er en betydelig ulempe at fastleger, legevakt og et utvalg kommuner ikke er koblet på Helseplattformen. De peker på at fastlegene og legevakten må være sammen med kommune- og spesialisthelsetjenesten for å oppnå de helhetlige tjenestene brukerne etterspør.

«Riksrevisjonen har en tydelig anbefaling om å legge til rette for størst mulig oppslutning om Helseplattformen fra kommuner, fastleger og avtalespesialister. Status i dag er at det knapt nok er framdrift i forhold til dette og dette kan oppfattes som et svik mot den tillit som brukerutvalgene har vist gjennom sin støtte, hvor fastlegeløsningen er bunnplanken.»

Notat fra Helseplattformens brukerutvalg, 22.08.25

Gjennomgående viser intervjuene at det er uheldig med to løsninger for pasientkommunikasjon. Pasienter opplever fragmentering da de mottar informasjon og påminnelser fra både HelseNorge og HelsaMi. De utdyper videre at det er frustrerende å motta varsler og informasjon i to forskjellige apper. Aktører utenfor Helseplattformen bruker HelseNorge som kommunikasjons- og informasjonsportal, samt selvbetjeningsløsninger.

²¹ Vi definerer legevakt som del av akuttforløpet.

Tekstboks 4.2 Om HelseNorge

HelseNorge er den offentlige nettportalen for innbyggere i Norge som gir tilgang til helseinformasjon og selvbetjeningsløsninger. Den kan brukes til å bestille time hos fastlegen, fornye resepter, bytte fastlege, se vaksinasjoner og sjekke digital pasientjournal og prøvesvar. For å få tilgang til disse personlige helsetjenestene må pasienten logge inn med BankID (eller tilsvarende).

Kilde: HelseNorge.no

4.2 Kommunehelsetjenesten

Informantene under dette temaet ble bedt om å vurdere fordeler og ulemper innenfor alle utredningsområdene. Det er intervjuet respondenter innen både økonomi, helsefag, juss, teknologi og organisasjon innenfor ulike områder og på ulike nivåer. Dette inkluderer legevakt, fastleger²², hjemmetjenesten, psykisk helsehjelp, tildelingskontor, administrasjon, økonomiansvarlige m.m.

4.2.1 Fordeler for kommunehelsetjenesten

Informantene er fornøyd med tilgangen på informasjon, spesielt fra sykehusene. De uttrykker at Helseplattformen *understøtter tilgang til oppdatert og relevant informasjon* for de aktørene som er i pasientens behandlingskjede. Dette gjør at helsepersonell har oppdatert informasjon om pasienter som beveger seg mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Informantene trekker særlig frem at tilgangen letter både planlegging og styring, og øker effektiviteten for både helsepersonell og merkantilt personell. De uttrykker videre at de sparer tid da de tidligere brukte mye tid på å etterspørre dokumentasjon.

En fordel som trekkes frem av de kommunale respondentene er at kommunene kan forberede seg på at pasienten kommer hjem fra sykehus, og at de kan se eventuelle behandlinger i legevakt (der legevakten er koblet på). Gjennom Helseplattformen kan de se hvilken behandling pasienter har mottatt, eventuelt mottar, samt lab- og prøvesvar. Respondentene trekker frem pasientplanen som en styrke for behandlingskvaliteten. Her samles problemstilling, mål, intervensjon og tiltak. Planen oppretter oppgaver dynamisk, og følger pasienten gjennom hele behandlingsløpet. I hovedsak mener de kommunale respondentene at økt tilgang på informasjon *øker behandlingskvaliteten* i kommunene.

De kommunale respondentene trekker særlig frem en betydelig fordel for *utskrivningsklare pasienter*. Gjennom innsikt i sykehusets opphold og behandling kan de utfordre hvorvidt en pasient er meldt utskrivningsklar for tidlig. De uttrykker videre at Helseplattformen har gitt økonomiske besparelser for kommunene gjennom at utskrivningsklare pasienter har lengre opphold på sykehus nå, enn tidligere.

“Helseplattformen har hatt særlig stor betydning for utskrivningsklare pasienter. Etter at Helseplattformen ble tatt i bruk motstrider vi sykehuset oftere enn før. Dette har resultert i færre bøter og bedre pasientsikkerhet.

Intervju med kommunal representant

Samtlige respondenter mener at *samhandlingen mellom sykehus og kommuner*, og på tvers av kommuner har blitt bedre med Helseplattformen. Det trekkes særlig frem at dette er en fordel

²² Vi har intervjuet fastleger som både benytter Helseplattformen, og fastleger som benytter andre journalløsninger

for kommunene. Kommunene har, gjennom oppgavefellesskapet, utarbeidet felles prosedyrer og retningslinjer, felles faglig styring gjennom standarder, og tilgang på spisskompetanse og erfaring på tvers av kommunene. Respondentene mener også det gir kommunene mulighet til å ha en felles kommunikasjon med både Helseplattformen AS og spesialisthelsetjenesten. De mener dette gir *økt forståelse for behov* både mellom kommuner og sykehus, og på tvers av kommuner. Det gir også Helseplattformen AS én kommunal styringsstruktur å forholde seg til.

Tekstboks 4.3 Kommunenes oppgavefellesskap

Alle kommunestyrer i kommunene som bruker Helseplattformen har sagt ja til å opprette et eget organ som skal være en felles faglig og kommunal stemme inn i Helseplattformen. 34 kommuner står nå samlet i oppgavefellesskapet

Kilde: Helseplattformen

Samtlige kommunale respondenter trekker frem *sikker chat* som en stor fordel med Helseplattformen. Gjennom sikker chat kan de kommunisere raskt og enkelt med andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. De uttrykker at de sparer tid sammenliknet med tidligere da sikker chat gjør at de slipper å ringe andre behandlere for å avklare enkeltproblemstillinger eller etterspørre dokumentasjon.

Tekstboks 4.4 Om Sikker chat

Sikker chat er et verktøy i Helseplattformen som gjør at tekstmeldinger sendes mellom helsepersonell inne i selve løsningen. Det er raskt, enkelt og sikkert, og erstatter tidligere usikre kommunikasjonskanaler. Per august 2025 er det sendt 2,8 millioner sikker chat-meldinger. På sykehusene i Midt-Norge bruker 70 prosent av de ansatte sikker chat, mens i kommunene varierer det fra 20-64 prosent.

Kilde: Helseplattformen

Respondenter fra hjemmetjenesten mener Helseplattformen har gitt *økt behandlingskvalitet og effektivitet*. Det gjelder særlig ved bruk av mobilversjonen av Helseplattformen (Rover). Respondentene i hjemmetjenesten mener særlig det er positivt at de kan se og dokumentere pasientinformasjon mens de er på farten og nært pasienten, ta bilder av sår og sårstell og kommunisere med andre enheter i både kommune- og spesialisthelsetjenesten via sikker chat. Respondentene mener de har mer tid med pasientene enn før, og har mindre kontortid. I tillegg uttrykker respondentene at Rover er lett å lære seg for nyansatte og vikarer, og krever lite opplæring.

Tekstboks 4.5 Mobilversjonen av Helseplattformen (Rover)

Rover er en mobilapplikasjon som brukes av helsepersonell i Helseplattformen for å dokumentere pasientinformasjon og utføre arbeidsoppgaver direkte ved pasienten. Den er utviklet av det amerikanske selskapet Epic Systems, som også leverer teknologien Helseplattformen bygger på. Med Rover kan helsepersonell blant annet administrere legemidler, logge vitale målinger, ta bilder til pasientjournalen og kommunisere via sikker chat.

Kilde: Helseplattformen

Respondenter fra tildelingskontorer og andre administrative enheter er fornøyde med mulighetene for rapportering som Helseplattformen gir. Rapporteringsverktøyene i Helseplattformen gir et detaljert innblikk i driften, inkludert kapasiteten på de ulike avdelingene, som gjør det enkelt å fordele arbeidslister på en effektiv måte. Rapportene gir overblikk over status på leveranser og ressursbruk. Selv om de ansatte er positive til rapporteringsverktøyene, oppgir mange at de kun benytter en liten del av funksjonaliteten.

Respondentene på legevakt opplever betydelige fordeler ved å være tilkoblet Helseplattformen. Dette på tross av at kun to legevakter benytter systemet. Respondentene mener at systemet gir økt effektivitet og kvalitet gjennom tilgang på behandlingshistorikk fra både sykehus og hjemmetjenesten. Respondentene trekker særlig frem at tilgang på tidligere lab- og prøvesvar, har medført en *reduksjon i antall reinnleggelser*. Helsepersonell på legevakten kan sammenlikne prøvesvar over lengre tid, og dermed i større grad vurdere om pasientene har behov for innleggelse.

4.2.2 Ulemper for kommunehelsetjenesten

Respondentene uttrykker at det ligger svært mye informasjon i systemet, noe som medfører *reduisert effektivitet*. De mener dette i hovedsak skyldes flere forhold. For det første bruker helsepersonell mye tid på å lete etter relevant informasjon. Det er en «information overload» i Helseplattformen, noe som gjør at brukervennligheten i systemet oppleves som dårlig. Respondentene peker særlig på at *legemiddelmodulen ikke fungerer etter hensikten*. Det er en klar tendens i svarene at helsepersonell ikke stoler på legemiddellisten i Helseplattformen, og at de som har tilgang på Kjernejournal bruker denne for å finne oppdatert legemiddelinformasjon. De oppgir at dette medfører dobbeltarbeid, og dermed redusert effektivitet.

Respondentene bruker også mye tid på å finne ut hvor informasjon skal registreres. Samtlige respondenter mener dette skyldes en kombinasjon av *lav brukervennlighet* og *krevende opplæring*. Det er store forskjeller blant de ansatte med tanke på teknisk kompetanse og interesse, og for enkelte går det med mye tid til å hjelpe kolleger i systemet. Merk at dette i mindre grad gjelder hjemmetjenesten, se kapittel 4.2.1 for ytterligere informasjon.

Respondentene fra kommunehelsetjenesten trekker frem at det er en *betydelig ulempe for informasjonsflyten i plattformen at fastleger og legevakter ikke er koblet på*. De er sentrale elementer for informasjonsflyten i helsetjenesten, og de mener det medfører dobbeltarbeid for helsepersonell at de må sjekke Helseplattformen, samt ringe fastlege og legevakt for å finne informasjon. Enkelte respondenter mener også at det er en ulempe at enkelte kommuner ikke er koblet på. Det reduserer gevinstrealiseringen og utveksling av informasjon på tvers av kommunene.

Samtlige respondenter mener at prosessen for å få til endringer i Helseplattformen er *kompleks og tar u hensiktsmessig lang tid*. De mener dette gjelder både feilretting og ønske om endringer i brukerflaten til systemet. De utdyper at dette skyldes en konsensusbasert beslutningsmodell hvor aktører må være enige om endringer, før endringsønsker sendes til Epic. Respondentene opplever at det til syvende og sist er Epic som prioriterer og beslutter eventuelle oppdateringer og/eller endringer i Helseplattformen, og at disse prioriteringene ikke alltid er i tråd med helsetjenestens ønsker. Respondentene mener dette bidrar til redusert brukervennlighet, effektivitet og kvalitet i arbeidet.

4.2.3 Om Vanylven kommune

Vanylven er en spesiell kommune i Midt-Norge, som den første og eneste som har alle sine helsetjenester på samme journalsystem. Vanylven legesenter, som huser fastleger og legevakten, tok i bruk fastlegemodulen i Helseplattformen i desember 2023, og i april 2025 ble resten av helsetjenestene koblet på. Vanylven legesenter driftes av kommunen, lik som Øya legesenter i Trondheim, og det er kommunen som betaler for Helseplattformen.

I samtale med helsepersonell i Vanylven kommune uttrykkes det at Helseplattformen oppleves som en stor fordel for samhandlingen i kommunen. Tilgang på sanntidsopplysninger fra andre helsetjenester gir grunnlag for å ta gode beslutninger i møte med pasienter. Flyten i

pasienthåndtering går mye raskere med Helseplattformen, og det oppleves at man sparer mye tid på å lete etter informasjon sammenliknet med før innføringen. Kommunikasjon med sykehuset fungerer godt, og bidrar til felles forståelse mellom lege, sykehus og hjemmetjeneste. Sikker chat fremheves som et kroneksempel på at samhandlingen har blitt bedre. Det trekkes frem som en fordel at sykehuset kan be om og lese målinger fra hjemmetjenesten. Lesetilgang i ambulansen bidrar til bedre beslutninger ved at enkelte pasienter kan behandles ute og unngå unødvendige innleggelser. Helsepersonell i Vanylven opplever at HelsaMi fungerer godt for pasientene, både for resepter og å bestille timer, samt å gi pårørende tilgang til helseinformasjon.

“Det er viktig å dele informasjon med pasientene for å gi dem eierskap til egen helse.

Intervju med helsepersonell i Vanylven kommune

I motsetning til annet helsepersonell Vista Analyse har snakket med, er respondenter fra Vanylven fornøyde med legemiddelmodulen. Varsler om feil medisinerings oppleveres som en god sikkerhetsmekanisme som bidrar til økt pasientsikkerhet.

4.3 Spesialisthelsetjenesten

Informantene under dette temaet ble bedt om å vurdere fordeler og ulemper innenfor alle utredningsområdene. Det er intervjuet respondenter innen både økonomi, helsefag, juss, teknologi og organisasjon innenfor ulike områder og på ulike nivåer. Dette inkluderer helsepersonell i både poliklinikk, akuttmottak, sengepost og psykiatri.

4.3.1 Fordeler for spesialisthelsetjenesten

Respondenter i spesialisthelsetjenesten oppgir også at det er en fordel at *understøtter tilgang til oppdatert og relevant informasjon*²³. Det gjelder informasjon om behandling i andre sykehus i regionen, men også lab- og prøvesvar, informasjon om sårstell fra kommunehelsetjenesten og informasjon om rus- og psykiatripasienter. Tilgang på informasjon om rus- og psykiatripasienter trekkes frem som særlig viktig for akuttmottaket. Sykepleiere trekker frem at de nå opplever å være en del av et helhetlig pasientforløp, og mer involvert i pasientbehandlingen.

Deling av informasjon til og fra laboratorietjenester trekkes frem som særlig positivt. Respondentene uttrykker at informasjonsdelingen kan ha ført til *færre undersøkelser, og mer gjenbruk av tidligere undersøkelser*. Videre uttrykker respondenter innen laboratorietjenester at Helseplattformens beslutningsstøtte og veiledningsmekanismer har ført til økt standardisering av prosedyrer. Standardisering av prosedyrer kan ha medført *økt kvalitet i arbeidet på lab*. Respondentene oppgir at det er en stor fordel at *ambulansetjenesten* har tilgang til pasientjournaler gjennom HP Link. Dette gir dem mulighet til å se tidligere og pågående behandlinger, samt annen kritisk informasjon som understøtter behandlingen under utrykning. Dette øker kvaliteten i behandlingen, og legger til rette for videre behandling i både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

4.3.2 Ulemper for spesialisthelsetjenesten

Samtlige respondenter uttrykker frustrasjon ved brukervennligheten i Helseplattformen. Systemet oppleves som tungvint og lite intuitivt. *De opplever å bruke mer tid på skjerm, og mindre tid på pasienter*. De mener at produktiviteten har blitt lavere sammenliknet med tidligere, og at

²³ Tilgangen på informasjon trekkes også frem som en ulempe – se mer om dette i kapittel 4.3.2

kvaliteten på tjenesten har blitt redusert. Merk at respondentene opplyser om en viss grad av variasjon, mellom både sykehus og avdelinger. For det første opplever leger at utfordringene er større enn sykepleierne. Det gjelder spesielt bruk av legemiddelmodulen, men også at andre oppgaver. For det andre uttrykker de at utfordringene er større i Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre-Romsdal, enn på St. Olavs. De mener dette skyldes at St. Olavs har brukt systemet lengre enn de andre sykehusene. For det tredje er utfordringene større på sengepost, enn i akuttmottak og i poliklinikk. På generelt grunnlag viser likevel datagrunnlaget, uavhengig av både stilling, avdeling og geografisk lokasjon, at brukere av systemet opplever følgende utfordringer med brukervennligheten:

- *Systemet krever mange klikk for å utføre enkle oppgaver*

Respondentene opplever at det kreves mange trykk for å utføre oppgaver i systemer. Det gjelder særlig oppgaver hvor det er pasientforløp som krever samhandling mellom ulike enheter i sykehuset, for eksempel fra akutt til sengepost. Respondentene i poliklinikk opplyser at systemet fungerer godt for pasienter som har et enkelt pasientforløp, mens opplyser at det er krevende med inn- og utskrivninger.

“Systemet er veldig rigid, samtidig som det er veldig mange måter å gjøre ting på. Når det krever så mange klikk for å fullføre en oppgave er det stor sannsynlighet for å gjøre feil.

Intervju med helsepersonell i spesialisthelsetjenesten

- *Systemet gir mange varsler som oppleves som irrelevant*

Respondentene opplever at systemet gir varsler som ikke er til hjelp, og oppleves som irrelevante. De uttrykker at varsler kunne vært et nyttig styringsverktøy for å styrke pasientsikkerheten, og støtte personell i utførelsen av oppgaver. For å spare tid rapporterer respondentene at de trykker bort varsler, uten å ta stilling til varslene.

“Mange av varslene er feil eller irrelevante, og det kommer så mange at vi er blitt vant til å trykke dem vekk uten å lese dem. Samtidig savner vi noen varsler som åpenbart ville vært nyttige, hvis de var godt utført.

Intervju med helsepersonell i spesialisthelsetjenesten

- *Legemiddelmodulen er tungvint, og fungerer ikke etter hensikten*

Samtlige respondenter opplyser at legemodulen oppleves som tungvint og lite intuitiv, og at den ikke fungerer etter hensikten. Utfordringene skyldes flere forhold, men de trekker særlig frem at det er vanskelig å finne riktig medikament på grunn av et omfattende kodeverk, at det er for mange klikk og at det gis mange unødige varsler. De opplever også at medisiner/resepter forsvinner eller at det er duplikater i systemet. Respondentene oppgir at det er vanskelig få oversikt over medisiner, og at de bruker mye tid på legemiddelsamstemming. I mange tilfeller er det for mange kontaktpunkter og notater som man må lete gjennom. Det oppgis om at legemiddellister dobles og tredobles når journalen overføres mellom aktører, og må ryddes manuelt.

“Legemiddelsamstemming tar mye tid, spesielt for pasienter med tidligere innleggelser. Eksempelvis er det håpløst å finne legemidler fra sist gang pasienten var på intensiven.

Intervju med helsepersonell i spesialisthelsetjenesten

- *Tidkrevende å både legge inn og finne informasjon*

Respondentene opplever at det er tidkrevende å både legge inn og finne informasjon i Helseplattformen. De uttrykker at det er mange måter å registrere informasjon på, og at det ikke er enkelt å finne ut hvor informasjonen skal legges. Samtidig opplever de at det er krevende å både finne og filtrere relevant informasjon. Informasjonen kan ligge flere steder og det er ikke entydig hvordan de skal finne riktig informasjon. De opplever også en overflod av informasjon da det ligger informasjon i systemet som ikke er relevant for deres oppgaver. De uttrykker at det er mulig å filtrere bort informasjon gjennom å personalisere arbeidsflaten, men at de da er redd for å gå glipp av viktig informasjon. De uttrykker frustrasjon over at det selv etter mange runder med feilrettinger og forbedringer finnes mange muligheter for å gjøre feil i systemet.

“Helseplattformen gir information overload. Man må lese gjennom mye informasjon og klikke gjennom mange faner og dokumenter for å finne det man leter etter. Det gjør at viktig informasjon ikke fanges opp.

Intervju med helsepersonell i spesialisthelsetjenesten

Respondentene trekker frem at innføringen av Helseplattformen har *betydelige økonomiske konsekvenser*²⁴ for sykehusene. De trekker særlig frem at innføringen har kostet mye penger og ressurser, uten at de opplever økt behandlingskapasitet. De opplever også at det brukes mye ressurser på opplæring, både på nye og eksisterende ansatte. Respondentene peker på at mange fikk opplæring før systemet var ferdig tilpasset og testet, noe som gjorde opplæring mindre relevant.

4.4 Kort om juridiske konsekvenser

Nedenfor følger en oppsummering av våre intervjuer og tilbakemeldinger vi har mottatt fra informanter, med særlig vekt på rolleforståelse, tilgangsstyring og rutiner og lovforståelse. Oppsummeringen bygger på innspill fra et bredt spekter av informanter, inkludert kommuneadvokater, personvernombud, helsepersonell og representanter fra ulike kommuner, helseforetak og Helseplattformen AS. For ordens skyld presisere vi at punkt 4.4 kun er en oppsummering av informantenes innspill, og ikke vår analyse. Denne fremkommer i punkt 7.8.

4.4.1 Juridiske fordeler

Flere informanter gir uttrykk for at innføringen av Helseplattformen har gitt flere juridiske fordeler, blant annet knyttet til tydeligere rolleforståelse, fokus på tilgangsstyring, utvikling av felles rutiner og lovforståelse på tvers av helsetjenestenivåer.

Flere informanter, særlig fra kommunesiden, peker på at Helseplattformen har bidratt til en mer strukturert og tydelig fordeling av ansvar mellom aktørene. Gjennom enkeltvedtak fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) er det et fordelt dataansvar, der Helseplattformen AS er gitt et sentralt ansvar, avgrenset mot helsefaglige vurderinger mm. I brev til HOD 26. mai 2025 om evaluering av vedtaket, uttaler kommunene:

“Vårt samlede standpunkt er at samarbeidet er inngripende for en hel region, så dataansvaret bør reguleres av myndighetene enten i vedtak eller forskrift. Vedtaket har etter vårt syn fungert tilfredsstillende på de fleste punkter.

²⁴ Se kapittel 6 for nærmere informasjon om kostnadene

Noen informanter gir også i intervjuene uttrykk for at innføringen av Helseplattformen er en fordel særlig for mindre kommuner med begrenset juridisk kompetanse, som nå får tilgang til felles juridisk tolkning og støtte gjennom fellesskapet.²⁵ Helseplattformen AS trekker også fram at vedtaket innebærer at selskapet slipper administrering av et stort antall avtaler mellom partene.

Med Helseplattformen er det etablert rollebasert tilgangsstyring basert på fastlagte prinsipper. Dette innebærer at helsepersonell i prinsippet kun skal få tilgang til informasjon de har tjenstlig behov for («need-to-know»), og at det finnes mekanismer som «break the glass» for ytterligere tilgang, med krav om begrunnelse. Flere informanter fremhever at dette gir bedre kontroll og sikkerhet enn tidligere systemer.

Flere informanter fremhever at Helseplattformen legger bedre til rette for utvikling av felles prosedyrer og dokumentasjonspraksis på tvers av kommuner og helseforetak. Særlig informanter fra mindre kommuner opplyser at Helseplattformen gir mulighet for å standardisere rutiner og lovforståelse, for eksempel gjennom felles opplæringsplaner, retningslinjer mm. Dette mener de at bidrar til økt rettssikkerhet og pasientsikkerhet, samt bedre etterlevelse av lovpålagte krav.

Helseplattformens organisering og struktur legger til rette for dokumentering i pasientforløpet, noe som ifølge noen informanter gir bedre sporbarhet og et mer helhetlig bilde av pasientforløpene.

Ingen av informantene i helseforetak eller kommuner har gitt uttrykk for at de mener at det er kontraktsrettslige forhold som er til hinder for at helseforetak eller kommuner beslutter å benytte et annet journal- eller samhandlingssystem i fremtiden når kontrakten med Epic utløper.

4.4.2 Juridiske ulemper

Enkelte informanter trakk frem flere juridiske utfordringer knyttet til bruk av Helseplattformen, særlig innen personvern, dataansvar, tilgangsstyring og dokumentasjon.

Våre undersøkelser viser at kommunene og helseforetakene har ulikt syn på HOD-vedtaket om dataansvar. Som det fremgår over, er kommunene er gjennomgående positive²⁶, men helseforetakene ønsker en annen løsning for dataansvar i fremtiden, jf. Helse Midt-Norges brev til HOD den 1. mai 2025. I brevet uttales at helseforetakene primært ønsker bilaterale avtaler som samarbeid om behandlingsrettede helseregistre, jf. Pasientjournalloven § 9.

“Helseforetakene ønsker primært at enkeltvedtaket skal oppheves og at dette erstattes med bilaterale avtaler om samarbeid om behandlingsrettede helseregistre, jf. Pasientjournalloven § 9. Flere av helseforetakene har peker på at på lengre sikt kan en forskrift være en god løsning.

Enkelte informanter gir uttrykk for og viser til avviksmeldinger som gjelder **tilgangsstyring**, eksempelvis at informasjon som ikke er nødvendig for den aktuelle arbeidsoppgaven, likevel er tilgjengelig i systemet. Dette reiser, ifølge informantene, spørsmål om tjenstlig behov og eventuelt brudd på taushetsplikten for helsepersonell. Selv om tilgangsstyringen i Helseplattformen har blitt forbedret, er det fortsatt noe usikkerhet blant enkelte informanter.²⁷ Det er også fortsatt avviksmeldinger til Datatilsynet som gjelder tilgangsstyring.

²⁵ Jf. Brev fra Helse Midt-Norge RHF til HOD den 1. mai 2025

²⁶ Jf. brev fra Trondheim kommune på vegne av deltakerkommunene til HOD 26. mai 2025

²⁷ For ordens skyld vises til enkeltvedtaket fra HOD hvor det på side 3 fremgår at "Helseplattformen AS vil ikke stille krav til metode, frekvens eller systemer for oppfølging av journaloppslag. Helsevirksomhetene må etablere rutiner som er i samsvar med egen bruk av Helseplattformen".

Personvernombudene vi har snakket med, vurderer systemet som trygt, men peker blant annet på manglende kontrollrutiner og utilstrekkelig bruk av loggdata.

[Usikkerhet om dokumentasjonsplikt i journal ved bruk av sikker chat](#) er trukket fram av enkelte informanter. Det er pekt på at Helseplattformen har forbedret dokumentasjonsgrunnlaget generelt, men at det gjenstår å avklare hvordan kommunikasjon via chat skal journalføres i henhold til gjeldende regelverk, og hvem som er ansvarlig for journalføringen.

Brukerutvalget har trukket fram enkelte utfordringer med [deling av sensitiv informasjon med pårørende i HelsaMi](#). Det er vist til usikkerhet om mulighet til å skjerme informasjon og deling av informasjon eksempelvis for minoriteter.

I tillegg har det fra enkelte informanter vært trukket fram diskusjoner med leverandøren Epic om brukervilkår og bruksdata fra HelsaMi til tjenesteutvikling, men her har det vært en utvikling høsten 2025, jf. blant annet møtereferat fra Helseplattformens Brukerutvalg 13. oktober 2025. I referatet vises det til enighet med Epic om nye vilkår for bruk av HelsaMi-appen. Helseplattformen AS har den 21. november 2025 opplyst at nye vilkår for bruk av HelsaMi nå er publisert.

Enkelte informanter har vist til utfordringer med etterlevelse av personvernregelverket, herunder at løsningen per i dag ikke har etablert rutiner for [sletting av pasientdata](#), inkludert i HelsaMi. Alt lagres, og arbeidet med kartlegging og etablering av slettemuligheter er ikke påbegynt ifølge enkelte informanter. Fra andre er det vist til at den enkelte aktør må utarbeide rutiner i sin organisasjon, og det er brukerveileder i Helseplattformen på hvordan dette skal meldes inn til Helseplattformen AS.

Selv om Helseplattformen har fått forbedret løsninger for [logging og tilgangskontroll](#), er det fortsatt mangler i hvordan loggene brukes og forstås ifølge informantene.

[Grensegangen mellom helsefaglige- og personvernrettslige vurderinger](#) skaper ifølge noen informanter utfordringer. Det gjelder eksempelvis rollefordelingen hvor dataansvaret ligger hos Helseplattformen AS, mens ansvaret for forsvarlig behandling og pasientsikkerhet ligger hos helseforetak, kommuner mv. Dette fremgår eksempelvis av kommunenes brev til HOD 26. mai 2025.

Det er fra enkelte informanter også nevnt utfordringer rundt sletting og arkivering av informasjon.

5 Statistikk og spørreundersøkelser

Vi beskriver statistikk og trendutvikling av ulike nasjonale indikatorer for helseforetakene og kommunene som har innført Helseplattformen. Ved å sammenligne trendutviklingen før og etter Helseplattformen for flere kvalitetsindikatorer og andre relevante indikatorer, kan vi vurdere om utviklingen i helsetjenesten i Helse Midt-Norge avviker fra den generelle trenden i norsk helsevesen. Det er relevant å vite om trendutviklingen er lik eller om den avviker i positiv eller negativ retning. Dersom flere indikatorer viser samme trendmønster, kan det si noe om utviklingen i helsetjenesten i Helse Midt-Norge sammenliknet med resten av landet.

Datakilder og utvalgte indikatorer

Analysen baserer seg på nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet, SAMDATA, Samhandlingsbarometeret, Folkehelseinstituttet og SSB. Det er valgt ut indikatorer som er relevante for oppdraget, men utvalget er begrenset til indikatorer som har data til og med 2024. For ventetider og fristbrudd har vi data tom. andre tertial 2025. Utvalgte indikatorer er i stor grad tilknyttet utvikling i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg har vi hentet statistikk om sykefravær fra årsberetningene fra de regionale helseforetakene.

Metode

Analysen av statistikken er primært deskriptiv og baserer seg på en kombinasjon av visuell inspeksjon av grafiske fremstillinger av tidsserier og regresjoner.

Vi gjør følgende vurderinger av indikatorene:

1. **Trendutvikling relativt til andre:** Viser om St. Olavs har hatt en bedre, dårligere eller lik utvikling sammenliknet med andre helseforetak etter 2022. Visuelt fremstilt, men også basert på regresjonsanalyser.
2. **Indikatornivå i 2024:** Viser om indikatorene for St. Olavs ligger høyt, middels eller lavt sammenliknet med gjennomsnittet i andre regionale helseforetak.
3. **Utvikling i indikatorverdi før og etter 2022:** Viser om St. Olavs har forbedret seg, forverret seg eller ligger på samme nivå som før 2022.

Analysen er gjort for helseforetak og kommuner som innførte Helseplattformen i 2022. Årsaken til dette er at vi ønsket å få med hvertfall to år med erfaring etter innføringen. Vi gjør derfor følgende:

- **For indikatorer på HF-nivå:** Sammenlikner St. Olavs Hospital HF med andre helseforetak
- **For indikatorer på kommune-nivå:** Indikatorene hentet fra Samhandlingsbarometeret gir også informasjon om spesialhelsetjenesten, selv om dataene er på kommunenivå. Vi har valgt å sammenlikne kommuner som innførte Helseplattformen i 2022 med andre kommuner.

For å vurdere trendutviklingen sammenliknet med andre har vi kjørt enkle **regresjoner** for å teste signifikans og for å kontrollere for systematiske forskjeller mellom helseforetakene og kommunene. Vi henviser til vedlegg for mer om resultater og spesifikasjoner for regresjonene.

Utviklingen i indikatorene for helseforetak og kommuner som koblet seg på i 2023 er fremstilt grafisk i vedlegg 1 *Statistikk og trendanalyser*, men analysene presenteres ikke i dette kapittelet.

Analysene presenteres i tabeller med ulike fager og forklaringer

Resultatene er oppsummert i Tabell 5.2 til Tabell 5.13 under. Tabellene gir en forenklet visuell oppsummering av indikatorene, der hver celle er fargekodet for å indikere retning i utviklingen:

- **Grønn** indikerer positiv utvikling, som nedgang i ventetid, infeksjoner eller fristbrudd, eller økning i epikriser sendt i tide.
- **Oransje** indikerer negativ utvikling, som økning i kostnader, nedgang i sendte epikriser innen en dag eller nedgang i andel pakkeforløp.
- *Hvit* brukes der utviklingen er lik.
- **Grå** brukes der utviklingen ikke er konkludert, for eksempel ved store variasjoner eller andre mangler.

Vi henviser til vedlegg 1 Statistikk og trendanalyser for mer detaljer og grafiske fremstillinger av indikatorene.

Hvordan tolke tabellene

Det anbefales å se alle tre kolonner i sammenheng. For eksempel kan en indikator ha negativ trendutvikling (oransje), men fortsatt ligge på et høyt indikatornivå (grønn). Dette betyr at St. Olavs presterer godt, men at andre helseforetak har forbedret seg enda mer etter 2022. Dette er vist i eksempelet under.

Tabell 5.1 Et utvalgt eksempel for å forklare hvordan tabellen kan tolkes

Variabler	Trendutvikling vs. andre HF	Nivå i 2024 vs. andre HF	Endring i indikatorverdi før og etter 2022
Eksempel 1: Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra TSB	Mindre oppgang	Høyest	Samme nivå

Begrensninger og usikkerhet i analysen

Resultatene fra analysen må tolkes med varsomhet. Endringer i indikatorene kan være relatert til Helseplattformen, men også til andre samtidige forhold. Rapporten gir ikke grunnlag for å trekke konklusjoner om årsak og virkning.

Datagrunnlaget i analysen har noen viktige begrensninger. Siden Helseplattformen ble innført i 2022, har vi kun to år med tilgjengelige data etter innføringen. Dette gir korte tidsserier, som gjør det vanskelig å vurdere langsiktige trender og stabile utviklingsmønstre. I tillegg kan datakvaliteten være påvirket av endringer i rapporteringspraksis.

Pandemien bidrar også til usikkerhet i analysen, og er en særlig utfordring ettersom flere indikatorer har relativt korte tidsserier. Flere av årene i datasettet er preget av at helsevesenet var i en unormal situasjon, som kan ha påvirket flere av indikatorene. I regresjonsanalysen er

pandemien delvis kontrollert for ved hjelp av tidsfaste effekter. Ettersom det er rimelig å anta at noen helseforetak ble hardere rammet av pandemien enn andre, justerer ikke analysen for den fulle effekten av pandemien.

5.1 Analyse av indikatorer fra Helsedirektoratet, FHI og SSB

Analysen av indikatorene fra Helsedirektoratet, FHI og SSB viser et sammensatt bilde av utviklingen etter 2022. Sammenlignet med andre helseforetak har St. Olavs hatt en relativt lik utvikling på mange indikatorer, men det er også flere områder der trenden avviker.

Flere indikatorer som viste forverring i 2022-2023 har begynt å vise forbedring i 2024. Dette kan tyde på at organisasjonen har passert den mest krevende implementeringsfasen, men de korte tidsseriene gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om langsiktige effekter.

5.1.1 Epikriser

For indikatorer knyttet til andel epikriser sendt innen hhv. en og syv dager etter utskrivning, har St. Olavs hatt en relativt lik utvikling sammenlignet med andre Helseforetak. Nivået sammenlignet med gjennomsnittet i RHFene utenfor Helse Midt-Norge er varierende. For flere indikatorer har St. Olavs en høyere andel sendte epikriser i 2024 enn de hadde før 2022.

Tabell 5.2 Epikriser - Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå

Variable	Trendutvikling vs. andre HF	Nivå i 2024 vs. andre HF	Endring i indikatorverdi før og etter 2022
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste	Lik	Lavest	Høyere nivå
Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste	Lik	Lavest	Høyere nivå
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra TSB	Mindre oppgang	Høyest	Samme nivå
Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB	Mindre oppgang	Høyest	Samme nivå
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra PHV	Lik	Midt på	Høyere nivå
Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra PHV	Lik	Blant de laveste	Lavere nivå

Merknad: I analysen har vi lagt størst vekt på trendutviklingskolonnen. Grønn skrift indikerer bedre nivå eller forbedret utvikling. Rød skrift indikerer dårligere nivå eller forverret utvikling. Grå skrift indikerer hverken høyt eller lavt nivå, lik utvikling, eller at datagrunnlaget ikke har gitt grunnlag for å konkludere.

5.1.2 Pasientsikkerhet

Innen temaet pasientsikkerhet har vi to indikatorer – andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus og andel utsettelse av planlagte operasjoner.

Tabell 5.3 Pasientsikkerhet – Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå

Varabler	Trendutvikling vs. andre HF	Nivå i 2024 vs. andre HF	Endring i indikatorverdi før og etter 2022
Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus	Større nedgang	Midt på	Lavere nivå
Andel utsettelser av planlagte operasjoner	Ikke konkludert	Midt på	Høyere nivå*

Merknad: I analysen har vi lagt størst vekt på trendutviklingskolonnen. Grønn skrift indikerer bedre nivå eller forbedret utvikling. Rød skrift indikerer dårligere nivå eller forverret utvikling. Grå skrift indikerer hverken høyt eller lavt nivå, lik utvikling, eller at datagrunnlaget ikke har gitt grunnlag for å konkludere.

** Indikatoren har forverret seg sammenliknet med før 2022, men utviklingen i 2024 viser forbedring og kan indikere at verdien er på vei tilbake til nivået før 2022.*

5.1.3 Pakkeforløp for kreftpasienter

Et område som har en mindre positiv utvikling til og med 2024 er pakkeforløp for kreftpasienter. Her har St. Olavs hatt en svakere utvikling enn andre helseforetak på flere indikatorer knyttet til tidsbruk og oppfølging.

Tabell 5.4 Pakkeforløp for kreftpasienter – Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå

Varabler	Trendutvikling vs. andre HF	Nivå i 2024 vs. andre HF	Endring i indikatorverdi før og etter 2022
Andel gjennomførte diagnostiske pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid	Ikke konkludert	Høyest	Store variasjoner - ikke konkludert
Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for 22 kreftformer	Ikke konkludert	Lavest	Lavere nivå*
Andel 24 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid, medikamentell behandling	Større nedgang	Midt på	Lavere nivå
Andel 24 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid, strålebehandling	Ikke konkludert	Høyest	Store variasjoner - ikke konkludert
Andel pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer gjennomført innen standard forløpstid, kirurgisk behandling	Større nedgang	Lavest	Lavere nivå

Merknad: I analysen har vi lagt størst vekt på trendutviklingskolonnen. Grøn skrift indikerer bedre nivå eller forbedret utvikling. Rød skrift indikerer dårligere nivå eller forverret utvikling. Grå skrift indikerer hverken høyt eller lavt nivå, lik utvikling, eller at datagrunnlaget ikke har gitt grunnlag for å konkludere.

** Indikatoren har forverret seg sammenliknet med før 2022, men utviklingen i 2024 viser forbedring og kan indikere at verdien er på vei tilbake til nivået før 2022.*

5.1.4 Vurderingsgaranti

For indikatorer knyttet til vurderingsgaranti, leverte St. Olavs blant de beste nivåene i 2024, med lav andel brudd på vurderingsgarantien innen somatikk og PHV, og høy andel barn og unge til vurdering innen ti dager, sammenlignet med gjennomsnittet i RHFene utenfor Helse Midt-Norge.

Tabell 5.5 Vurderingsgaranti – Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå

Variabler	Trendutvikling vs. andre HF	Nivå i 2024 vs. andre HF	Endring i indikatorverdi før og etter 2022
Andel brudd på vurderingsgarantien i somatisk helse	Større nedgang	Lavest	Lavere nivå
Andel brudd på vurderingsgarantien i PHV	Lik	Lavest	Høyere nivå
Barne- og ungdomsgarantien: Andel til behandling innen 65 dager, PHBU	Ikke konkludert	Midt på	Lavere nivå*
Barne- og ungdomsgarantien: Andel til vurdering innen 10 dager, PHBU	Ikke konkludert	Høyest	Lavere nivå*

Merknad: I analysen har vi lagt størst vekt på trendutviklingskolonnen. Grønn skrift indikerer bedre nivå eller forbedret utvikling. Rød skrift indikerer dårligere nivå eller forverret utvikling. Grå skrift indikerer hverken høyt eller lavt nivå, lik utvikling, eller at datagrunnlaget ikke har gitt grunnlag for å konkludere.

** Indikatoren har forverret seg sammenliknet med før 2022, men utviklingen i 2024 viser forbedring og kan indikere at verdien er på vei tilbake til nivået før 2022.*

5.1.5 Fristbrudd og tilgjengelighet

For indikatorer knyttet til fristbrudd og tilgjengelighet viser analysen at St. Olavs hadde en forverring rundt 2022-2023, men at dette for de fleste indikatorene har normalisert seg i 2024 og/eller 2025. I 2025 ligger sykehuset blant de beste på fristbrudd, med lavere andel fristbrudd enn gjennomsnittet for øvrige helseforetak. Dette representerer en positiv utvikling innen dette området.

Tabell 5.6 Fristbrudd – Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå

Variabler	Trendutvikling vs. andre HF	Nivå i 2025 vs. andre HF	Endring i indikatorverdi før og etter 2022
Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i TSB ved periodeslutt	Ikke konkludert*	Lavest	Samme nivå
Andel fristbrudd for ventende pasienter i TSB ved periodeslutt	Ikke konkludert*	Lavest	Samme nivå
Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHBU	Ikke konkludert*	Midt på	Samme nivå
Andel fristbrudd for ventende pasienter i PHBU ved periodeslutt	Ikke konkludert*	Midt på	Samme nivå
Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatisk helsetjeneste	Ikke konkludert*	Lavest	Noe høyere nivå*
Andel fristbrudd for ventende pasienter i somatisk helsetjeneste ved periodeslutt	Ikke konkludert*	Lavest	Noe høyere nivå*
Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHV	Ikke konkludert*	Midt på	Noe høyere nivå*
Andel fristbrudd for ventende pasienter i PHV	Ikke konkludert*	Midt på	Samme nivå

Merknad: I analysen har vi lagt størst vekt på trendutviklingskolonnen. Grøn skrift indikerer bedre nivå eller forbedret utvikling. Rød skrift indikerer dårligere nivå eller forverret utvikling. Grå skrift indikerer hverken høyt eller lavt nivå, lik utvikling, eller at datagrunnlaget ikke har gitt grunnlag for å konkludere.

** Indikatoren hadde en midlertidig forverring i 2022 og 2023, men går mot normalisering i 2025.*

5.1.6 Ventetider

Også for gjennomsnittlige ventetider, er St. Olavs blant de beste per 2. tertial 2025, med lave eller middels nivåer sammenliknet med gjennomsnittet i RHFene utenfor Helse Midt-Norge.

Tabell 5.7 Ventetid – Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå

Variabler	Trendutvikling vs.	Nivå i 2025 vs.	Endring i
-----------	--------------------	-----------------	-----------

	andre HF	andre HF	indikatorverdi før og etter 2022
Gjennomsnittlig ventetid i TSB i antall dager	Ikke konkludert*	Lavest	Lavere nivå
Gjennomsnittlig ventetid i PHBU i antall dager (usikker datakvalitet)	Ikke konkludert*	Midt på	Samme nivå
Gjennomsnittlig ventetid i somatikk i antall dager	Ikke konkludert*	Lavest	Samme nivå
Gjennomsnittlig ventetid i PHV i antall dager	Ikke konkludert*	Blant de laveste	Samme nivå

Merknad: I analysen har vi lagt størst vekt på trendutviklingskolonnen. Grøn skrift indikerer bedre nivå eller forbedret utvikling. Rød skrift indikerer dårligere nivå eller forverret utvikling. Grå skrift indikerer hverken høyt eller lavt nivå, lik utvikling, eller at datagrunnlaget ikke har gitt grunnlag for å konkludere.

**Indikatoren hadde en midlertidig forverring i 2022 og 2023, men går mot normalisering i 2025.*

5.1.7 Aktivitet og produktivitet

I dette kapittelet har vi valgt å vise en samling av flere indikatorer som kan fortelle noe om aktivitet og produktivitet. Analysen av disse indikatorene viser et blandet bildet av utviklingen i aktivitet og produktivitet for St. Olavs etter 2022 og frem til 2024. Merk at indikatorene må tolkes med forsiktighet og at endringer og verdier kan påvirkes av flere faktorer.

Tabell 5.8 Aktivitet og produktivitet – Oppsummering av trendanalyser og indikatornivå

Variabler	Trendutvikling vs. andre HF	Nivå i 2024 vs. andre HF	Endring i indikatorverdi før og etter 2022
Andel avviste henvisninger	Lik	Høyest	Høyere nivå
Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser (2024-kroner)	Svakere nedgang	Midt på	Høyere*
Kostnader per ISF-poeng – psykisk helsevern og TSB samlet, faste priser (2024-kroner)	Svakere nedgang	Høyere	Noe høyere*
DRG-poeng per årsverk – somatikk	Lik	Midt på	Samme nivå
ISF-poeng per årsverk – psykisk helsevern og TSB	Ikke konkludert	Midt på	Lavere nivå*
Kostnader per oppholdsdøgn – somatikk (inkl. overliggerdøgn), faste priser	Lik	Høyere	Høyere nivå
Kostnader per oppholdsdøgn – psykisk helsevern og TSB (ekskl. overliggerdøgn), faste priser	Lik	Lavere	Høyere nivå
Overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter - somatikk, regnskapsførte	-	-	Lavere nivå**
Overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter – psykisk helsevern og TSB, regnskapsførte	-	-	Høyere nivå
Antall avtalte årsverk - somatikk	-	-	Relativt stabil
Antall avtalte årsverk - psykisk helsevern for barn og unge	-	-	Relativt stabil
Antall avtalte årsverk - tverrfaglig spesialisert rusbehandling	-	-	Relativt stabil
Antall avtalte årsverk - psykisk helsevern for voksne	-	-	Relativt stabil

Kilde: Vista Analyse.

Merknad: I analysen har vi lagt størst vekt på trendutviklingskolonnen. Grøn skrift indikerer bedre nivå eller forbedret utvikling. Rød skrift indikerer dårligere nivå eller forverret utvikling. Grå skrift indikerer hverken høyt eller lavt nivå, lik utvikling, eller at datagrunnlaget ikke har gitt grunnlag for å konkludere.

** Indikatoren har forverret seg sammenliknet med før 2022, men utviklingen i 2024 viser forbedring og kan indikere at verdien er på vei tilbake til nivået før 2022.*

***Indikatoren har forbedret seg sammenliknet med 2021, men er fremdeles på et høyere nivå sammenliknet med 2017-2020.*

5.2 Analyse av indikatorer fra Samhandlingsbarometeret

Indikatorene hentet fra Samhandlingsbarometeret gir også informasjon om spesialhelsetjenesten, selv om dataene er på kommunenivå. Ettersom noe av hensikten med Helseplattformen er bedre samhandling, er det interessant å se om kommunene som innførte Helseplattformen i 2022 har fulgt samme utvikling i indikatorer som reinnleggelser, liggetid og innleggelser som kommunegrupper uten HP. Analysen av indikatorene for kommuner som innførte Helseplattformen i 2022 viser at disse kommunene har hatt en utvikling som på mange indikatorer er lik andre kommuner. Samtidig er det enkelte områder som skiller seg ut, både i positiv og i mer usikker retning.

De mest tydelige positive funnene er knyttet til reinnleggelser, der kommunene som innførte Helseplattformen i 2022 har hatt en bedre utvikling enn sammenlignbare kommuner, særlig for pasientgrupper med komplekse og kroniske tilstander. Utviklingen innen liggetid og innleggelser er mer sammensatt og krever forsiktig tolkning.

5.2.1 Reinnleggelser og liggetid

Innen reinnleggelser har kommunene som innførte Helseplattformen i 2022 hatt en mer positiv utvikling enn sammenlignbare kommuner for flere nøkkelindikatorer:

- **Voksne med flere kroniske lidelser:** Kommunene har hatt en større nedgang i antall reinnleggelser per 1000 innbyggere sammenlignet med andre kommuner. I 2024 ligger disse kommunene også blant de laveste på denne indikatoren.
- **Pasienter over 70 år:** Tilsvarende positiv utvikling observeres for pasienter over 70 år, der kommunene har hatt en større nedgang i reinnleggelser og ligger lavest i 2024.
- **Skrøpelige eldre (75+):** For både noe skjøpelige og skjøpelige eldre pasienter viser tallene færre reinnleggelser.

Færre reinnleggelser kan være et tegn på bedre oppfølging av pasienter og mer effektiv informasjonsdeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette er spesielt relevant for pasientgrupper med komplekse og kroniske tilstander som krever koordinert behandling på tvers av tjenestenivåer.

For skjøpelige eldre ser vi en interessant kombinasjon av funn: Det er en forbedring i antall reinnleggelser, samtidig som liggetiden har økt. En mulig forklaring kan være forbedret samhandling.

For liggetid er trenden og nivået for St. Olavs variert. Det er en reduksjon for skjøpelige eldre og voksne med alvorlige psykiske lidelser. Mens det har vært en økning i median liggetid for voksne med flere kroniske lidelser.

Tabell 5.9 Reinnleggelser – Oppsummering av trendanalyser

Variabler	Trendutvikling vs. andre HF	Nivå i 2024 vs. andre HF	Endring i indikatorverdi før og etter 2022
Reinnleggelser per 1000 innbygger - noe skjøpelige pasienter (75+)	Ikke konkludert	Blant de laveste	Lavere nivå
Reinnleggelser per 1000 innbygger - skjøpelige pasienter (75+)	Lik	Blant de laveste	Lavere nivå
Reinnleggelser per 1000 innbygger for voksne med flere kroniske lidelser	Større nedgang	Lavest	Lavere nivå

Reinnleggelser per 1000 innbygger for pasienter 0-69 år	Lik	Midt på	Samme nivå
Reinnleggelser per 1000 innbygger for pasienter 70+ år	Større nedgang	Lavest	Lavere nivå

Kilde: Vista Analyse.

Merknad: I analysen har vi lagt størst vekt på trendutviklingskolonnen. Grønn skrift indikerer bedre nivå eller forbedret utvikling. Rød skrift indikerer dårligere nivå eller forverret utvikling. Grå skrift indikerer hverken høyt eller lavt nivå, lik utvikling, eller at datagrunnlaget ikke har gitt grunnlag for å konkludere.

Tabell 5.10 Liggedager - Oppsummering av trendanalyser

Variabler	Trendutvikling vs. andre HF	Nivå i 2024 vs. andre HF	Endring i indikatorverdi før og etter 2022
Skrøpelige eldre - liggedager per 1000 innbygger	Større nedgang*	Blant de høyeste*	Lavere nivå*
Voksne (18+) med flere kroniske lidelser - liggedager per 1000 innbygger	Større økning*	Høyest*	Høyere nivå*
Voksne (18+) alvorlige psykiske lidelser - liggedager per 1000 innbygger	Ikke konkludert	Blant de laveste*	Lavere nivå*
Barn og unge (somatikk) - liggedager per 1000 innbygger	Ikke konkludert	Midt på	Store variasjoner – ikke konkludert
Barn og unge (0-20 år) psykisk helsevern - liggedager per 1000 innbygger	Lik	Lavest*	Høyere nivå*

Kilde: Vista Analyse.

Merknad: I analysen har vi lagt størst vekt på trendutviklingskolonnen. Grønn skrift indikerer bedre nivå eller forbedret utvikling. Rød skrift indikerer dårligere nivå eller forverret utvikling. Grå skrift indikerer hverken høyt eller lavt nivå, lik utvikling, eller at datagrunnlaget ikke har gitt grunnlag for å konkludere.

*Det er ikke hensiktsmessig å tolke om trenden er positiv (grønn) eller (negativ), endringer i antall liggedager kan tolkes på flere måter. Variablene er derfor satt i grå.

5.2.2 DRG-poeng

Analysen viser en økning i kirurgiske og medisinske DRG-poeng per 1000 innbyggere for kommunene som innførte Helseplattformen i 2022. Økningen i DRG-poeng per 1000 innbygger kan skyldes flere forhold:

- Økt operasjonskapasitet ved sykehusene
- Hyppigere henvisninger fra kommunehelsetjenesten
- Endringer i pasientsammensetning
- Endret registreringspraksis

Det er ikke mulig å fastslå årsaken til denne utviklingen ut fra datagrunnlaget alene.

Tabell 5.11 DRG-poeng - Oppsummering av trendanalyser

Variabler	Trendutvikling vs. andre HF	Nivå i 2024 vs. andre HF	Endring i indikatorverdi før og etter 2022
Kirurgiske DRG-poeng per 1000 innbygger	Større økning	Høyest	Høyere nivå
Medisinske DRG-poeng per 1000 innbygger	Større økning	Blant de høyeste	Høyere nivå

Kilde: Vista Analyse.

Merknad: I analysen har vi lagt størst vekt på trendutviklingskolonnen. Grønn skrift indikerer bedre nivå eller forbedret utvikling. Rød skrift indikerer dårligere nivå eller forverret utvikling. Grå skrift indikerer hverken høyt eller lavt nivå, lik utvikling, eller at datagrunnlaget ikke har gitt grunnlag for å konkludere.

*Det er ikke hensiktsmessig å tolke om trenden er positiv (grønn) eller (negativ), endringer i antall innleggelser kan tolkes på flere måter. Variablene er derfor satt i grå.

5.2.3 Akuttmedisinske innleggelser og innleggelser

Når det gjelder innleggelser, er bildet mer sammensatt. Kommunene ligger blant de laveste eller lavere enn gjennomsnittet på de fleste indikatorer. En nedgang i antall innleggelser kan tolkes på ulike måter:

- Negativ tolkning: Redusert antall innleggelser kan være et tegn på mindre effektivitet, der pasienter ikke får nødvendig behandling eller opplever redusert tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten.
- Positiv tolkning: Det kan også tyde på bedre samhandling, der kommunehelsetjenesten fanger opp behandlingsbehov tidligere og forebygger unødvendige innleggelser.

På grunn av denne tolkningsusikkerheten er det vanskelig å konkludere entydig om utviklingen er positiv eller negativ.

Tabell 5.12 Antall innleggelser - Oppsummering av trendanalyser

Variabler	Trendutvikling vs. andre HF	Nivå i 2024 vs. andre HF	Endring i indikatorverdi før og etter 2022
Skrøpelige eldre - Innleggelser per 1000 innbygger	Større nedgang	Lavest	Nedgang
Voksne 18+ med flere kroniske lidelser - Innleggelser per 1000 innbygger	Lik	Midt på	Nedgang
Voksne med alvorlige psykiske lidelser - innleggelser per 1000 innbygger	Større nedgang	Lavest	Nedgang
Barn og unge (somatikk) - innleggelser per 1000 innbygger	Ikke konkludert	Blant de høyeste	Økning
Barn og unge (0-20 år) psykisk helsevern - innleggelser per 1000 innbygger	Lik	Lavest	Relativt stabil

Kilde: Vista Analyse.

Merknad: I analysen har vi lagt størst vekt på trendutviklingskolonnen. Grønn skrift indikerer bedre nivå eller forbedret utvikling. Rød skrift indikerer dårligere nivå eller forverret utvikling. Grå skrift indikerer hverken høyt eller lavt nivå, lik utvikling, eller at datagrunnlaget ikke har gitt grunnlag for å konkludere.

**Det er ikke hensiktsmessig å tolke om trenden er positiv (grønn) eller (negativ), endringer i antall innleggelser kan tolkes på flere måter. Variablene er derfor satt i grå.*

Tabell 5.13 Akuttmedisinske innleggelser - Oppsummering av trendanalyser

Variabler	Trendutvikling vs. andre HF	Nivå i 2024 vs. andre HF	Endring i indikatorverdi før og etter 2022
Akutt medisinske innleggelser (0-2 døgn) for pasienter 0-79 år, per 1000 innbygger	Lik	Blant de laveste	Nedgang
Akutt medisinske innleggelser (0-2 døgn) for pasienter 80+ år, per 1000 innbygger	Lik	Lavest	Nedgang
Akutt medisinske innleggelser for pasienter 0-79 år, per 1000 innbygger	Lik	Blant de laveste	Nedgang
Akutt medisinske innleggelser for pasienter 80+ år, per 1000 innbygger	Ikke konkludert	Blant de laveste	Store variasjoner – ikke konkludert

Kilde: Vista Analyse.

Merknad: I analysen har vi lagt størst vekt på trendutviklingskolonnen. Grønn skrift indikerer bedre nivå eller forbedret utvikling. Oransje skrift indikerer dårligere nivå eller forverret utvikling. Grå skrift indikerer hverken høyt eller lavt nivå, lik utvikling, eller at datagrunnlaget ikke har gitt grunnlag for å konkludere.

**Det er ikke hensiktsmessig å tolke om trenden er positiv (oransje) eller (negativ), endringer i antall innleggelser kan tolkes på flere måter. Variablene er derfor satt i grå.*

5.3 Sykefravær i de regionale helseforetakene

Det er innhentet statistikk over sykefravær fra de regionale helseforetakene sine årsberetninger. Sykefraværet i Helse Midt-Norge RHF har ligget relativt stabilt over tid og var 9,1 prosent i 2023 og 8,9 prosent i 2024. Det er sammenlignbart med øvrige helseregioner. Helse Nord RHF hadde et gjennomsnittlig sykefravær på 9,5 prosent, Helse Vest RHF på 7,98 prosent, og Helse Sør-Øst RHF på 7,7 prosent i 2024.

5.4 Varsler og tilsyn

Statistikk og beskrivelser om varsler og tilsyn knyttet til innføringen av Helseplattformen er hentet fra Datatilsynet, Helsetilsynet, Statsforvalteren og Norsk pasientskadeerstatning (NPE) gjennom intervjuer og tilgjengelig statistikk på deres nettsider. Vi henviser til vedlegg 2 tilsyn og varsler for mer detaljer.

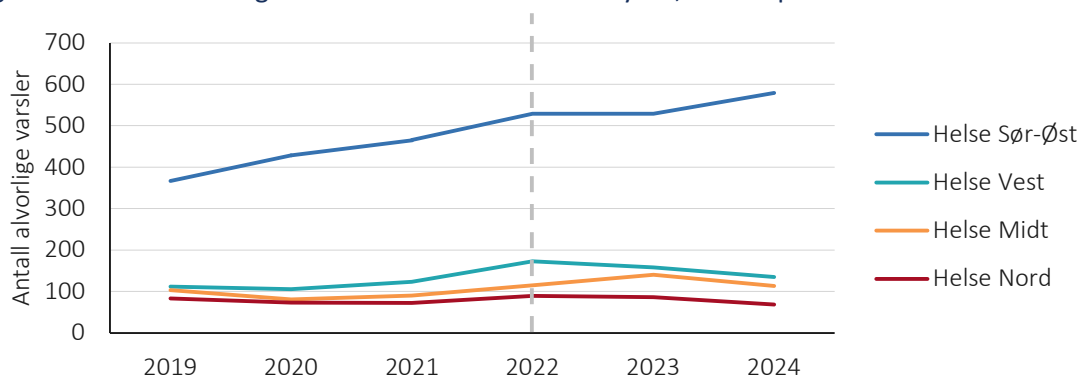
5.4.1 Datatilsynet

Antall varsler om brudd på personopplysningssikkerheten til Datatilsynet har økt fra 2022 til 2024. Mens det var relativt få varsler i 2022, økte antallet betydelig i 2023 og holdt seg høyt i 2024. Økningen kan både skyldes flere faktiske brudd i forbindelse med innføringen av et nytt og komplekst system, og/eller en forbedret rapporteringskultur. De vanligste typene brudd er knyttet til tilgangsstyring og uautorisert tilgang til personopplysninger. Datatilsynet opplyser om at Helseplattformen AS i stor grad har forbedret sin oppfølging og håndtering av avvik, og at mange av varslene som kommer i dag er mindre alvorlige, og ofte skyldes menneskelig svikt heller enn systemet, for eksempel knyttet til oppsett av tilganger.

5.4.2 Helsetilsynet

Antall varsler om alvorlige hendelser til Helsetilsynet fra Helse Midt-Norge har holdt seg relativt stabilt og på linje med andre helseregioner i perioden 2019-2024. Det var imidlertid en liten midlertidig økning i 2023, særlig ved St. Olavs Hospital, som innførte Helseplattformen i november 2022. Økningen kan tyde på utfordringer i innføringsfasen, men kan også reflektere bedre varslingssystem og økt bevissthet om varslingsrutiner. I 2024 har varslene normalisert seg igjen.

Figur 5.1 Alvorlige hendelser meldt til Helsetilsynet, fordelt på RHF.



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsetilsynets nettsider (2025).

5.4.3 Statsforvalteren

Statsforvalteren mottok mange varsler i starten av innføringen, med en markant økning i 2023. Antall saker har gått ned i 2024. Utfordringsbildet har endret seg over tid, men statsforvalteren uttrykker at de viktigste bekymringsområdene som utpeker seg i 2025 er:

- **Legemiddelhåndtering:** Særlig utfordringer med samstemming av legemidler, hjemforordninger og forskrivningsmodulen ved pasientoverføringer.
- **Personvern og tilgangsstyring:** Bekymringer om at helsepersonell har tilgang til mer informasjon enn nødvendig.

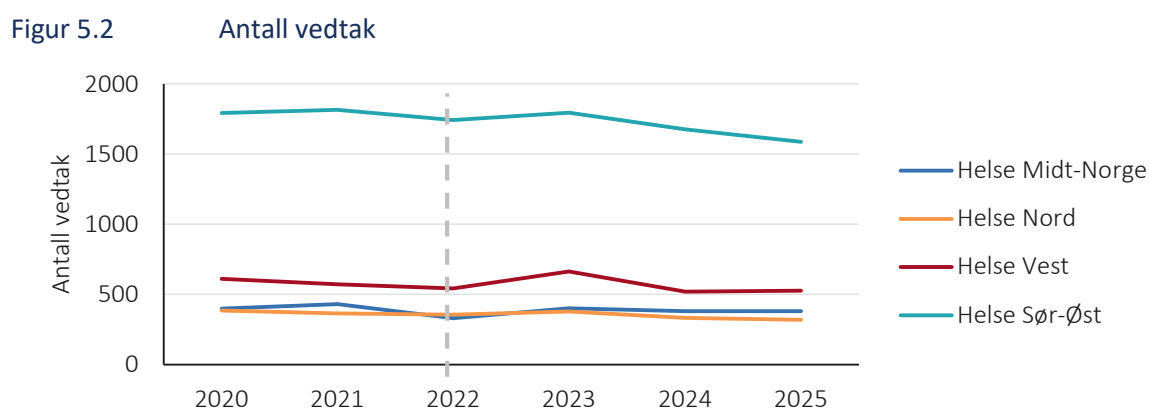
5.4.4 Pasient- og brukerombudet

Pasient- og brukerombudet (POBO) skal bidra til å sikre at pasienter får ivarett sine rettigheter og at deres erfaringer brukes til å forbedre helse- og omsorgstjenestene. POBO mottar varsler og henvendelser fra pasienter, pårørende og helsepersonell. Typiske henvendelser om Helseplattformen til ombudet er

- Varsler om forsinket behandling på grunn av innføring av Helseplattformen.
- Brudd på rett til journalinnsyn og brudd på taushetsplikten.
- Spørsmål om brudd på forsvarlighet og prognosetap.

5.4.5 Pasientskadeerstatning

Data fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) viser at Helse Midt-Norge har fulgt samme utvikling som andre helseregioner når det gjelder antall mottatte saker, antall vedtak og andel medhold. Det er ingen indikasjoner på at innføringen av Helseplattformen har ført til en avvikende utvikling i behandlingsrelaterte skader sammenlignet med øvrige regioner.



Kilde: Vista Analyse basert på statistikk fra Norsk pasientskadeerstatnings statistikkportal. Merk at 2025 ikke kan sammenlignes med øvrige år, ettersom det ikke foreligger data for hele året.

5.5 Andre spørreundersøkelser

Det er gjennomført en rekke spørreundersøkelser som er relevant for å vurdere fordeler og ulemper ved Helseplattformen. Undersøkelsene er gjennomført av ulike aktører og institusjoner, inkludert Helsedirektoratet, helseforetak, kommuner, forskningsinstitusjoner og fagforeninger. De ulike spørreundersøkelsene er gjennomført med ulike metoder, med ulike utvalg, til ulike tider

og med ulike formål. Vår oppsummering av hovedfunn på tvers av undersøkelsene må derfor tolkes med varsom.

I spesialisthelsetjenesten presenteres Helsepersonellundersøkelsen, ForBedring 2025, Legeforeningens EPJ-termometer, Riksrevisjonens undersøkelse ved St. Olavs, og Sintef/NTNU-analyse. I kommunehelsetjenesten presenteres undersøkelser fra Levanger og Ålesund kommuner, Øya Legesenter, samt Statsforvalterens kartlegging blant sykehjemsleger.

Hovedfunn på tvers av undersøkelsene er:

- **Brukervennlighet:** De fleste undersøkelser viser at helsepersonell opplever systemet som tidkrevende, lite intuitivt og med mye ikke-relevant informasjon. Administrative oppgaver tar lengre tid enn før.
- **Positiv utvikling over tid:** Både Helsepersonellundersøkelsen og ForBedring viser at negative erfaringer blir mindre utbredte og mindre sterke over tid.
- **Informasjonstilgang:** Et positivt funn er forbedret tilgang til informasjon på tvers av tjenestenivåer. Dette fremheves særlig i kommuneundersøkelsene fra Levanger og Ålesund.
- **Legemiddelhåndtering:** Flere undersøkelser trekker frem utfordringer med medisinlister, legemiddelsamstemming og dosering. Statsforvalterens undersøkelse blant sykehjemsleger viser at et flertall mener pasientsikkerheten ved legemiddeladministrasjon ikke er bedret.
- **Opplæring:** Gjennomgående misnøye med opplæringen, særlig i kommunehelsetjenesten.

6 Kostnader

Dette kapitlet gir en oversikt over kostnadene knyttet til Helseplattformen fra oppstart i 2019 til i dag, og viser hvordan kostnadene fordeler seg mellom helseforetak og kommuner.

Det oppdaterte kostnadsbildet er basert på Helseplattformens årsberetning for 2024, samt intervjuer og tilsendt informasjon fra Helseplattformen AS, Trondheim kommune, Ålesund kommune og Helse Vest RHF.

For å bygge kunnskap og forståelse har vi også innhentet kostnadsdata fra Helse Vest og kommuner som ikke er tilknyttet Helseplattformen. Dette er ikke ment som direkte sammenligninger, ettersom systemene er svært ulike i omfang, funksjonalitet og organisering. Formålet er å gi kontekst og øke forståelsen for kostnadsnivået på tvers av ulike regioner og kommuner.

6.1 Kostnader og finansiering av Helseplattformen

Ifølge årsberetningen til Helseplattformen AS for 2024 (Helseplattformen AS , 2024) oppsummerer de totale investeringer seg til 3.302,5 millioner kroner ved utgangen av 2024. Selskapets langsiktige gjeld var på 3.444 millioner kroner og er statlige lån som betales tilbake over tid.

Selskapet hadde for 2024 et underskudd på 270,6 millioner kroner og en negativ egenkapital på 31.12 på 682,8 millioner kroner. Den negative egenkapitalen er planlagt og reetableres gjennom positive resultater fra tjenesteavtalene i årene fremover. Ifølge Helseplattformen AS forventer de at regnskapet skal vise overskudd fra og med 2026. Overskuddet skal brukes til nedbetaling av lån og oppbygging av egenkapital.

Helseplattformen AS leverer én felles digital journalløsning til kommuner og helseforetak i Midt-Norge. Finansieringen baseres på statlige lån som administreres av Helseplattformen AS. Hvert helseforetak og hver kommune betaler sin andel av kostnadene. Statslånet konverteres til tilskudd for den andel av kommuner og fastleger som eventuelt ikke tar løsningen i bruk.

Kommuner og helseforetak har valgt ulike betalingsmodeller:

- Helseforetakene, representert ved Helse Midt-Norge RHF, har valgt å fordele investeringskostnadene frem til 2040 og betaler gradvis ned sin andel gjennom årlige avdrag og renter gjennom tjenesteavtalen.
- Kommunene betaler hele investeringsbeløpet som engangsbetaling når de tar systemet i bruk. Kommunene som har innført Helseplattformen har derfor kapitalkostnader via egne regnskaper.

6.1.1 Tjenesteavtaler og kostnadstyper

Tjenesteavtalene er grunnlaget for Helseplattformens langsiktige økonomi. Avtalene er inngått mellom Helseplattformen AS og helseforetak og kommuner som har tatt løsningen i bruk. Avtalene faktureres forskuddsvis for å sikre driftslikviditet.

Kostnadstyper i avtalen dekker:

- **Årlig lisenspris** (avdrag lån – gjelder kun HF'ene): Helseforetakene nedbetaler sin investering til hovedprosjektet via tjenesteavtalen over en periode på 18 år, løsningen skal være nedbetalt i 2040.
- **Vedlikeholdsavgift på programvare**: Vedlikeholdskostnader til Epic og IBM.
- **Vedlikeholdsavgift på teknisk driftsplattform**: Vedlikeholdskostnader som betales til Hemit HF for teknisk plattform.
- **Årlige utgifter til tjenesteleveranse**: Dette er kostnader til bemanning, driftskostnader som understøtter tjenesteleveransene som husleie, IT- og kontorkostnader, reise- og kurskostnader, drift av støttesystemer og øvrige indirekte kostnader for å drifte og vedlikeholde løsningen for kundene.

Opprinnelig skulle felleskostnader fordeles 70/30, mellom helseforetak og kommuner. Helseforetakene dekker 70 prosent og kommunene dekker 30 Prosent.

Den tekniske infrastrukturen som Helseplattformen bygger på, driftes av Hemit HF. Dette skjer gjennom en avtale der Helseplattformen AS kjøper driftstjenester fra Hemit. For den tekniske driftsplattformen er det lagt til grunn en egen fordelingsnøkkel på 80/20, der helseforetakene finansierer 80 prosent av kostnaden – også for aktører som ikke tar løsningen i bruk.

6.1.2 Kostnader for helseforetakene per år

Tabell 6.1 viser hva Helseplattformen AS har fakturert, og kommer til å fakturere, helseforetakene. Dette er avtalt i tjenesteavtalene. For årene 2025 til 2029 er det oppgitt budsjetterte og estimerte kostnader. For år 2025 er det estimert at helseforetakene skal betale 833,4 millioner kroner til Helseplattformen AS.

Årlig lisenskostnad til avdrag av lån gjelder kun for helseforetak.

Kostnadsfordeling mellom de tre helseforetakene bygger på nøkkeltall Helseplattformen AS mottar fra Helse Midt-Norge RHF hvert år. Fordelingsnøkklene for 2025 har vært:

- St. Olavs: 50,52 prosent
- HMR: 32,72 prosent
- HNT: 16,76 prosent

Helseforetakene vil også ha lokale kostnader tilknyttet drift og forvaltning av Helseplattformen, disse kostnadene er ikke kartlagt.

Tabell 6.1 Oversikt over hva Helseplattformen AS har fakturert og planlegger å fakturere helseforetakene per år, i løpende millioner kroner.

Kategori	2023	2024	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*
Drift og forvaltning							
Vedlikeholdsavgift på programvare	99,5	111,6	114,7	114,7	114,7	114,7	114,7
Vedlikeholdsavgift på teknisk driftsplattform	68,1	74,9	79,2	79,2	79,2	79,2	79,2
Årlige utgifter til tjenesteavtale	146,3	237,2	260,1	260,1	260,1	260,1	260,1
Forbruksbaserte tjenester	0,0	0,0	9,4	12,0	12,0	12,0	12,0
Vedlikeholdsavgift av utvikling	0,0	0,0	2,8	6,0	9,0	12,0	15,0
Sum drift og forvaltning under tjenesteavtale	314,0	423,7	486,2	472,0	475,0	478,0	481,0
Finansieringskostnader							
Årlig lisenspris (avdrag lån)	158,6	158,6	178,6	190,9	190,9	190,9	190,9
Finanskostnader (HMP** investering)	46,5	135,0	155,8	121,0	95,6	87,4	80,4
Sum finansieringskostnader	205,1	293,6	334,4	311,9	287,4	278,3	271,3
Tilleggsbestillinger							
Omgjøringer og utvikling	0,0	0,0	32,8	34,0	50,7	52,8	53,0
Sum tjenesteavtale og bestillbare prosjekter	0,0	0,0	32,8	34,0	50,7	52,8	53,0
Sum tjenesteavtale inkl. finansiering og tilleggsbestilling	519,1	717,3	833,4	817,9	813,1	809,1	805,3

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helseplattformen AS (per e-post).

* Budsjetterte og estimerte kostnader.

**HMP: Helseplattformen hovedprosjekt (Helseplattformen Main Project).

6.1.3 Kostnader for kommunene per år

Tabell 6.2 og Tabell 6.3 gir en oversikt over hva Helseplattformen AS har fakturert og planlegger å fakturere kommunene per år i perioden 2023 til 2026. Til sammen vil Helseplattformen AS fakturere kommunene for 67,5 millioner kroner i 2025.

Tabell 6.2 Oversikt over hva Helseplattformen AS har fakturert og planlegger å fakturere Trondheim kommune per år, i løpende millioner kroner.

Kategori	2023	2024	2025*	2026*
Vedlikeholdsavgift på programvare	9,9	10,0	10,5	10,5
Vedlikeholdsavgift på teknisk driftsplattform	3,7	4,0	4,5	4,8
Årlige utgifter til tjenesteleveranse	16,0	24,8	27,3	29,6
Sum	29,6	38,8	42,2	44,9

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helseplattformen AS.

* Budsjetterte kostnader.

Tabell 6.3 Oversikt over hva Helseplattformen AS har fakturert og planlegger å fakturere de øvrige kommune som har innført Helseplattformen per år, i løpende millioner-kroner.

Kategori	2023	2024	2025*	2026*
Vedlikeholdsavgift på programvare	6,5	13,5	16,8	17,2
Vedlikeholdsavgift på teknisk driftsplattform	2,6	5,4	7,2	8,1
Årlige utgifter til tjenesteleveranse	16,1	33,4	43,6	44,4
Sum	25,2	52,3	67,5	69,7

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helseplattformen AS.

* Budsjetterte kostnader.

Tabell 6.4 Fordeling av fakturerte kostnader fra Helseplattformen AS for de øvrige kommunene i 2025, i tusen 2025-kroner.

Kommune	Beløp	Kommune	Beløp	Kommune	Beløp	Kommune	Beløp
Aukra	763	Levanger	4 307	Røros	1 200	Vanylven	684
Fjord	570	Melhus	3 578	Selbu	889	Verdal	3 202
Haram	1 960	Midtre Gauldal	1 356	Skaun	1 789	Vestnes	1 504
Heim	1 288	Molde	6 837	Smøla	478	Ørland	2 196
Hitra	1 094	Oppdal	1 515	Sula	1 994	Åfjord	928
Holtålen	442	Os	442	Sunndal	1 515	Ålesund	12 147
Hustadvika	2 849	Rauma	1 527	Surnadal	1 276		
Indre Fosen	2 163	Rennebu	547	Tingvoll	672		
Kristiansund	5 173	Rindal	444	Tydal	182		

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helseplattformen AS.

I tillegg kommer lokale kostnader for å drifte og forvalte Helseplattformen i hver enkelt kommune.

6.1.3.1 Totale kostnader for Trondheim og Ålesund kommune

Vi har innhentet erfaringstall fra Trondheim og Ålesund, som gir et innblikk i kommunenes kostnadsbilde etter innføringen av Helseplattformen. Informasjonen viser at begge kommuner har fått betydelige kostnadsøkninger. Det understrekes at det er snakk om to ulike systemer før og etter innføringen, og at kostnadene derfor ikke er direkte sammenlignbare. Fremstillingen er deskriptiv og inkluderer både sentrale kostnader til Helseplattformen og lokale kostnader knyttet til drift og forvaltning.

Trondheim kommune

Trondheim kommunen innførte Helseplattformen i mai 2022. Ifølge Trondheim kommune medfører Helseplattformen en økning i årlige driftskostnader sammenliknet med før

Helseplattformen. For 2024 er de totale driftskostnadene beregnet til 77,7 millioner kroner²⁸. Dette gir en årlig kostnad per innbygger på 359 kroner.

Oppgavefelleskapet, som består av fageksperter som støtter brukerne på tvers av kommunene, har en samlet kostnad på rundt 10 millioner kroner. Denne kostnaden fordeles mellom deltakende kommuner og representerer en stordriftsfordel gjennom samlet ressurspool. Trondheim betalte 4,4 millioner kroner for dette i 2024.

En observasjon av Trondheim kommune er at forventningene om reduserte lokale drifts- og vedlikeholdskostnader ikke har blitt realisert. Personellbehovet for drift og support er tilnærmet uendret sammenliknet med tidligere systemer.

Tabell 6.5 Trondheim kommune sine kostnader for Helseplattformen i 2024

Trondheim kommune	2024
Kapitalkostnader (avskrivningsperiode 15 år)	32,7 millioner kroner
Lisenskostnader til Epic og underleverandører	40,6 millioner kroner
Lokale driftskostnader	4,4 millioner kroner
Totale driftskostnader	77,7 millioner kroner
Kostnader per innbygger for 2024*	359 kroner per innbygger

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Trondheim kommune.

* Trondheim kommune hadde om lag 216 500 innbyggere (per 1. januar 2025, SSB).

Ålesund kommune

Ålesund kommune innførte Helseplattformen i april 2023. Også Ålesund kommune rapporterer om økte kostnader sammenliknet med tidligere. Til sammen hadde Ålesund drift- og forvaltningskostnader lik 25,1 millioner kroner i 2024. Dette gir en årlig kostnad per innbygger på 425 kroner. I tillegg har de rundt 3 årsverk som jobber sentralt med Helseplattformen.

Tabell 6.6 Ålesund kommune sine kostnader for Helseplattformen i 2024

Ålesund kommune	2024
Kapitalkostnader (avskrivningsperiode 15 år)	9,1 millioner kroner
Lisenskostnader til Epic og underleverandører	12,9 millioner kroner
Lokale driftskostnader	3 millioner kroner
Totale driftskostnader	25,1 millioner kroner
Kostnader per innbygger for 2024*	425 kroner per innbygger

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Ålesund kommune.

* Ålesund kommune hadde litt over 59 000 innbyggere (per 1. januar 2025,SSB).

6.2 Totale kostnader: Lokale- og sentrale kostnader

De totale kostnadene for å innføre Helseplattformen består av både lokale og sentrale kostnader. Riksrevisjonen anslo at de samlede kostnadene til forberedelser, utvikling og innføring av Helseplattformen i helseforetak, kommuner og fastleger var om lag 6,7 milliarder kroner per oktober 2024. Riksrevisjonen estimerte at det for primærhelsetjenesten hadde kostet over 1,75 milliarder kroner, fordelt på 165 millioner kroner i lokale innføringskostnader og 1,59 milliarder sentrale innføringskostnader. For spesialisthelsetjenesten hadde det per oktober 2024 kostet

²⁸ Send til Vista Analyse på mail oktober 2025.

4,94 milliarder kroner, fordelt på 971 millioner i lokale innføringskostnader. 3,48 milliarder kroner i sentrale innføringskostnader og 487 millioner i anskaffelsesprosessen.

Riksrevisjonen understreker at de totale kostnadene til investeringer og utvikling av Helseplattformen er usikre og at det er usikkert hva som er gjenstående behov for ytterligere investeringer.

6.3 Kostnader til IKT i andre regioner og kommuner

Formålet med dette kapittelet er å gi innsikt i kostnadsnivåer til ulike elektroniske pasientjournalssystemer i kommuner og helseregioner. Eksempelene skal bidra til å bygge kunnskap, men er ikke ment som direkte sammenligningsgrunnlag, da systemene varierer i omfang, funksjonalitet og brukergrunnlag. Kostnadsbildet påvirkes av organisering, teknologivalg og lokale forutsetninger, og må derfor tolkes i en større kontekst.

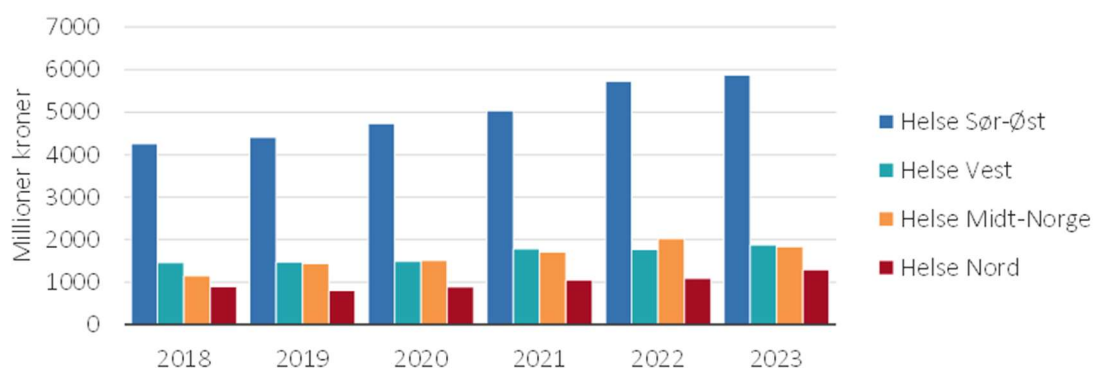
6.3.1 Totale IKT-kostnader på tvers av helseregionene

Kostnadene til journalsystemet er bare en del av det totale IKT-budsjettet i en helseregionene. For å kunne vurdere og sammenligne kostnader på en meningsfull måte, må hele organiseringen av IKT-tjenester sees i sammenheng.

Helsedirektoratet gjennomfører årlig en kartlegging av IKT-ressursbruk i helseregionene, (Helsedirektoratet, 2025). Oversikten over totale IKT-kostnader for helseregionene inkluderer alle utgifter knyttet til drift, forvaltning og utvikling av IKT-tjenester. Dette omfatter kostnader til applikasjoner, infrastruktur og nettverk, IT-drift og sikkerhet, styring og tjenesteledelse, samt sluttbrukertjenester som utstyr og brukerstøtte. Summen gir et helhetlig bilde av regionenes samlede IKT-investeringer og driftskostnader.

Tallene fra Helsedirektoratet i Figur 6.1 bekrefter at alle helseregioner har hatt økende IKT-kostnader de senere årene.

Figur 6.1 Utvikling i totale indeksjusterte IKT-kostnader finansiert av helseregionene (inkl. ideelle sykehus og utsatte tjenester) (millioner kroner). Indeksjustert, 2021=100.



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Helsedirektoratet.

De totale IKT-kostnadene per innbygger i de ulike regionene er:

- Helse Midt-Norge hadde IKT-kostnader lik 1 842 millioner kroner i 2023. Grovt regnet blir det en **kostnad per innbygger på litt over 2 860 kroner**.

- Helse Vest, som er den regionen som er mest sammenlignbar med Helse Midt-Norge i størrelse og befolkningsgrunnlag²⁹, hadde IKT-kostnader på 1 878 millioner kroner i 2023. Grovt regnet blir det en **kostnad per innbygger på litt over 1 700 kroner**.
- Helse Sør-Øst³⁰ hadde IKT-kostnader lik 5 875 millioner kroner i 2023. Grovt regnet blir det en **kostnad per innbygger på litt nesten 1 900 kroner**.
- Helse Nord³¹ hadde IKT-kostnader lik 1 293 millioner kroner i 2023. Grovt regnet blir det en **kostnad per innbygger på nesten 2 650 kroner**.

Basert på disse tallene kan det se ut til at totale kostnader for IKT per innbygger varierer på tvers av de ulike regionene i 2023. Helse Midt-Norge har den høyeste kostnaden per innbygger, trolig mye grunnet innføringsarbeid med Helseplattformen. Totale IKT-kostnader for Helse Midt-Norge gikk noe ned fra 2022 til 2023. Det er per november 2025 ikke offentliggjort statistikk for år 2024.

Rapporten fra Helsedirektorektoratet viser også at Helse Midt-Norge har hatt den kraftigste veksten for andel IKT-driftskostnader av totale driftskostnader, fra 4,9 prosent i 2018 til en topp på 7,9 prosent i 2022, før en nedgang til 7,1 prosent i 2023. Helse Vest, derimot, har hatt en langt mer moderat utvikling og lå på 6,1 prosent i 2023. De andre regionene ligger på mellom 5,5-6,1 prosent i 2023.

Også andelen av IKT-årsverk av totalt antall årsverk har økt i alle helseregioner. Helse Midt-Norge har vokst fra 2,2 prosent i 2018 til 3,6 prosent i 2023, mens Helse Vest har vokst fra 2,6 prosent til 3,1 prosent samme periode. De andre regionene ligger mellom 2,8-3,1 prosent i 2023.

6.3.2 Eksempler på kostnader fra Helse Vest RHF

Vi har innhentet kostnadsdata fra Helse Vest, som er den helseregionen med lignende størrelsesmessige egenskaper som Helse Midt-Norge.

Vi har fått innsikt i aggregerte kostnadstall fra Helse Vest for investerings- og driftskostnader for DIPS Arena og fire andre sentrale IT-systemer fra 2022 til og med 2024.

I tillegg til DIPS Arena har Helse Vest sendt oss kostnader for kurveløsninger (i all hovedsak Meona), labsystemer (i all hovedsak Unilab), røntgensystem (i all hovedsak Sectra) og pasientflytsystem (i all hovedsak Imatis). Helse Vest understreker at det er enkelte utfordringer med å hente ut kostnadstallene for alle systemene. Dette skyldes at regnskapet ikke føres på systemnivå, men på tjenestenivå (som gjerne inneholder flere ulike system), noe som gjør det krevende å gi en fullstendig økonomioversikt.

Tallene fra Helse Vest viser årlige kostnader på 482 millioner kroner i 2024 for de fem sentrale IT-systemene. Kostnadene inkluderer årlige investeringer, personalkostnader til drift og forvaltning, server- og databasekostnader for Dips Arena³², årlige support- og vedlikeholdsavtaler, bistand fra leverandører, samt avskrivinger på investeringer i nye moduler og servere. Kostnadsdataene gir et bilde av at Helse Vest har betydelige kostnader til drift og forvaltning av IT-systemer.

Kostnadstallene inkluderer ikke lokale kostnader i helseforetakene.

²⁹ Helse Vest og Helse Midt-Norge er ganske like i størrelse og er de to helseregionene som ligner mest på hverandre. Helse Vest er likevel noe større med over 1,1 millioner innbyggere (Helse Vest RHF, 2025) sammenlignet med Helse Midt-Norges 700.000 innbyggere (Helse Midt-Norge RHF, 2025c).

³⁰ Helse Sør-Øst hadde rund 3,1 millioner innbyggere i 2024 (Helse Sør-Øst RHF, 2025).

³¹ Helse Nord hadde litt over 488 tusen innbyggere i 2024 (Helse Nord RHF, 2025).

³² For de øvrige tjenestene er det kun delvis med

Tabell 6.7 Samlede årlige kostnader for investering, drift- og forvaltning for DIPS Arena og sentrale IT-systemer i Helse Vest, løpende millioner kroner.

System	Hva systemet dekker	2022	2023	2024
DIPS Arena	Pasientjournal og pasientadministrasjon i sykehus	180,1	173,8	213,1
Kurveløsning (Meona)	Legemiddelordinering og administrering	88,6	83,5	73,6
Labsystem (Unilab)	Laboratorieprøver og analyser	37,0	37,4	38,6
Røntgensystem (Sectra)	Medisinsk bildediagnostikk	60,7	67,5	71,9
Pasientflytssystem (Imatis)	Pasientlogistikk og ressursstyring	62,4	79,0	84,6
Sum		428,8	441,2	481,9

Kostnadsestimatene fra Helse Vest kan ikke sammenliknes direkte med Helseplattformen

Kostnadene fra Helse Vest er ikke direkte sammenlignbare med Helseplattformen av flere årsaker:

- Kostnader som ikke er inkludert for Helse Vest:
 - *Kapitalkostnader*: "Kapitalkostnader henføres ikke til tjenestenivå (eller systemnivå), det føres som en selskapskostnad" – den totale kapitalkostnaden for alle systemene er derfor ikke kartlagt
 - *Integrasjonskostnader*: Helse Vest har ingen økonomisk oversikt på system eller tjenestenivå for integrasjonskostnader per system, i hovedsak kommer integrasjonskostnader i tillegg til kostnadene som er presentert.
 - *Historiske implementeringskostnader*: DIPS ble innført i 2008, data fra denne fasen er ikke tilgjengelig
 - *Helseplattformen har funksjonalitet som ikke Dipps Arena har, og følgelig er ikke disse kostnadene medregnet.*
- Til forskjell fra Helse Vest RHF inkluderer Helseplattformen kostnader for samhandling mellom sykehus, kommuner, fastleger og avtalespesialister i samme pasientjournalssystem.
- Til forskjell fra Helse Vest RHF er Helseplattformen i en innføringsfase med kostnader til implementering og opplæring. DIPS Arena og de andre systemene i Helse Vest RHF er mer modent.

For mer sammenlignbare tall på tvers av regioner er det mer nærliggende å se på tallene fra Helsedirektoratets i forrige kapittel, som inkluderer IT-driften til hele helseregionen.

6.3.3 Eksempler på kostnader i kommuner utenfor Helseplattformen

Det kan være en nyttig øvelse å se på nivåforskjellen mellom ulike kommunale EPJ-systemer. Det er viktig å understreke at kostnadene ikke kan sammenlignes direkte. Tallene må forstås i lys av at pasientjournalløsningene er forskjellige i omfang, funksjonalitet og kompleksitet.

Markedet for kommunale EPJ-løsninger gjennomgår store endringer: KS kartla i 2023 at 2/3 av kommunene skulle starte med anskaffelse av nytt pasientjournalssystem de kommende årene. Få kommuner har fullført anskaffelsesprosessen, og nye erfaringer med kostnader for kommunene er derfor begrenset.

Kostnadseksempel fra Søre Sunnmøre IKT

I Søre Sunnmøre har seks kommuner – Hareid, Herøy, Sande, Ulstein, Volda og Ørsta – i flere år samarbeidet gjennom det interkommunale samarbeidet Søre Sunnmøre IKT. Kommunene har valgt å stå utenfor Helseplattformen, og benytter i stedet journalsystemene Gerica og HsPro. Samarbeidet omfatter felles drift, utvikling og kompetansebygging knyttet til disse løsningene.

På bestilling fra kommunene i samarbeidet vurderte Søre Sunnmøre IKT (2024) kostnader for å stå utenfor Helseplattformen. Ifølge Søre Sunnmøre IKT var det to alternativer som ble vurdert for drift av elektronisk pasientjournal (EPJ):

1. Videreføre dagens fellesløsning via SSiKT: Fortsatt bruk av Gerica og HsPro i interkommunal regi. Dagens løsning innebærer felles lisenskostnader og fagkonsulenter, med en total årlig kostnad på ca. kr 3,96 millioner 2024-kroner fordelt på seks kommuner. Dette har en årlig kostnad per innbygger lik 82 kroner³³.

Etablere egne EPJ-systemer utenfor Helseplattformen: Kommunene kan anskaffe og drifte Gerica og HsPro. Egen drift krever investeringer i innkjøp, prosjektledelse og migrering, estimert til kr 1,48 millioner 2024-kroner per kommune, men dette er en engangskostnad og vurderes som moderat. For eksempelkommunene Volda har dette en årlig kostnad per innbygger på 140-150 kroner³⁴.

Kommunene har fortsatt et samarbeid i dag og har derfor gått for alternativ 1. Søre Sunnmøre IKT oppgir at det per i dag ikke er store kapitalkostnader, men at også de skal anskaffe nye avtaler innen et par år og at de da forventer at kostnadene skal øke. De understreker også at det er lokale kostnader tilknyttet systemene i kommunene og at kostnadene ikke inkluderer drift av fastlegenes elektroniske pasientjournalssystemer.

³³ Pris per innbygger i fellesmodellen er beregnet ved å dele totalbeløpet (kr 3.961.360) på det samlede innbyggertallet for de seks kommunene (47 737), som gir kr 81,96 per innbygger. Kilde for innbyggertall: SSB.

³⁴ For egen drift er Volda brukt som eksempel, med en årlig kostnad på kr 1.548.853,63 og 11 043 innbyggere, som gir kr 140,26 per innbygger. I tillegg kommer det kapitalkostnader for engangskostnaden, som kan fordeles over f.eks. 15 år. Kilde for innbyggertall: SSB.

7 Analyse

I dette kapitlet gjør vi en samlet analyse av funnene og svarer på mandatets vurderingsspørsmål (jf. Kapittel 1.2). Kapitlet svarer også ut Stortingets behov for åpne og uavhengige økonomiske, samfunnsmessige, kvalitetsmessige og juridiske analyser av fordeler og ulemper for sykehus, kommuner, fastleger og pasienter ved journal- og samhandlingsløsningen. Kapitlet beskriver ikke årsaks-virkningssammenhenger, men beskriver fordeler og ulemper med Helseplattformen per 2025. Videre gjøres det ingen analyse av hvorvidt fordelene overstiger ulempene.

Vi starter med en vurdering av hvorvidt Helseplattformen har bedret samhandlingen mellom sykehus og kommuner som har tatt i bruk Helseplattformen. Vi viser at Helseplattformen har bedret samhandlingen og medført en nedgang i antall reinnleggelser. Samtidig viser utredningen at gevinstene trolig reduseres av at flere kommuner, legevakter og fastleger ikke har tatt i bruk Helseplattformen.

I kapittel 7.2 beskriver vi at Helseplattformen sannsynligvis har hatt positive konsekvenser for pasienter med stort samhandlingsbehov mellom kommuner og sykehus. Det gjelder særlig eldre med sammensatte lidelser, kronikere med behov for langvarig oppfølging, pasienter i akuttforløp og utskrivningsklare pasienter.

I kapittel 7.3 beskriver vi at Helseplattformen har redusert pasientsikkerheten innen enkeltområder. Vi viser at legemiddelmodulen trolig bidrar til redusert pasientsikkerhet, samt at det er en særlig negativ utvikling på kvalitetsindikatorer innen pakkeforløp for kreftpasienter.

I kapittel 7.3.4 viser vi at det er lav brukervennlighet i systemet, noe som reduserer effektivitet for helsepersonell. Vi beskriver at systemet oppfattes som lite intuitivt og tungvint, da særlig legemiddelmodulen, men at opplevelsen av brukervennlighet varierer avhengig av arbeidssted og profesjon.

I kapittel 7.5 beskriver vi at det finnes alternativer i markedet, men ikke med samme oppbygging som Helseplattformen. Vi beskriver at det finnes realistiske alternativer for spesialisthelsetjenesten, men ikke for kommunehelsetjenesten.

I kapittel 7.6 viser vi at Helseplattformen har store investerings- og driftskostnader, herunder at Helse Midt-Norge har høyere kostnader til IKT-kostnader enn de andre regionale helseforetakene. Vi viser også at produktiviteten i Helse Midt-Norge har falt, samt at St. Olavs har lavere produktivitetsutvikling enn gjennomsnittet for helseforetak i de andre regionale helseforetakene.

Til sist beskriver vi at Helseplattformen har betydelige juridiske konsekvenser, både positive og negative.

7.1 Helseplattformen har bedret samhandlingen mellom sykehus og kommuner som har tatt i bruk Helseplattformen

Et av hovedmålene med én innbygger – én journal og Helseplattformen er at nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). For å lykkes med dette er det nødvendig at ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten har tilgang på den samme, oppdaterte informasjonen. Utredningen viser at Helseplattformen har forbedret samhandling mellom sykehus og kommuner gjennom å understøtte tilgang til oppdatert og relevant informasjon om pasienten. Den viser videre at samhandlingen har blitt bedre, både sammenliknet med før

innføringen av Helseplattformen, og sammenliknet med andre helseregioner, for kommuner som bruker Helseplattformen. Dette understøttes av både kvalitative og kvantitative funn.

7.1.1 Etablering av oppgavefellesskap har forbedret koordineringen mellom kommuner og sykehus

På overordnet nivå viser utredningen at etableringen av *oppgavefellesskapet for Helseplattformen* har forbedret koordineringen både på tvers av kommuner, og mellom sykehus og kommuner. Etableringen har skapt en ny arena hvor kommuner kan utarbeide felles prosedyrer, retningslinjer og standarder, samt utveksle erfaringer og kompetanse. Oppgavefellesskapet framstår som særlig viktig for kommunene. Det gir kommunene en sterkere, felles stemme for utvikling og prioritering i Helseplattformen, samtidig som det bidrar til større forståelse for kommunale behov. Dette gjelder både mellom kommuner, og med sykehus. Undersøkelsen viser også at oppgavefellesskapet er en fordel for spesialisthelsetjenesten og Helseplattformen AS. Tidligere har de måtte kommunisere med opptil 34 kommuner, men oppgavefellesskapet har gitt de én felles front å kommunisere og koordinere med.

Vi har ikke informasjon om at det per 2025 eksisterer lignende oppgavefellesskap i helse- og omsorgssektoren. Vi er kjent med at det i forbindelse med anskaffelse av felles kommunale journalløsninger i for eksempel Digi Agder, Digi Vestland og Digi Telemark og Vestfold er inngått samarbeid mellom kommuner for å sikre god kvalitet og effektiv bruk av felles ressurser. Dette arbeidet er imidlertid i anskaffelsesfasen, og er ikke prøvd ut på samarbeid mellom sykehus og kommuner. Det er derfor ikke mulig å sammenlikne dette samarbeidet med Helseplattformens oppgavefellesskap. Helsefellesskapene, som ble opprettet i forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 7, 2019-2020) har som mål å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Samhandling mellom tjenestenivåene er en viktig del av helsefellesskapenes arbeid, men journalløsninger er så vidt vi er kjent med ikke blant temaene det arbeides med. Helsefellesskapene er derfor ikke sammenlignbare med oppgavefellesskapet selv om det kan være noe tematisk overlapp.

7.1.2 Helseplattformen har trolig redusert andelen reinnleggelser

En indikasjon på god samhandling mellom sykehus og kommuner er andelen reinnleggelser. Med andelen reinnleggelser menes hvor mange pasienter som legges inn på sykehus igjen innen 30 dager etter en tidligere utskrivning. Andelen reinnleggelser kan være en omstridt indikator, blant annet fordi noen reinnleggelser er uunngåelige. Samtidig kan det også være en indikasjon på samhandlingen mellom sykehus og kommuner, samt for kvalitet i behandlingsforløpet (for eksempel tidlig utskrivning, mangelfull oppfølging mm). [Utredningen viser at tilgang på oppdatert og relevant informasjon trolig har bidratt til å redusere antall reinnleggelser.](#) Dette har både intervjuer og den statistiske analysen bekreftet. De statistiske analysene av indikatorer for reinnleggelser for voksne med kroniske lidelser og pasienter over 70 år, viser at kommuner og foretak som tok i bruk Helseplattformen i 2022 har en mer positiv utvikling enn de som benytter andre journalsystemer.

En mulig forklaring på reduksjonen i andel reinnleggelser kan være at Trondheim legevakt benytter Helseplattformen. Legevakten er viktig for å sikre informasjonsflyt innad i kommunen og mellom kommuner og sykehus. Utredningen viser at det er en stor fordel at sykehus og legevakt har tilgang på oppdatert og relevant informasjon fra hverandre. Det gjelder særlig lab- og prøvesvar. Legevakten er et viktig ledd i det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus, og mange reinnleggelser, særlig for eldre pasienter, skjer via legevakten.

“ Jeg mener at Helseplattformen har redusert andelen reinnleggelser. Tidligere ville jeg lagt inn pasienter med prøvesvar utenfor normalen. Men nå kan jeg sjekke tidligere lab- og prøvesvar og gjøre en ytterligere vurdering. Jeg kan se om pasientens vanligvis har prøvesvar utenfor normalen, og dermed ikke legge vedkommende inn.

Lege på legevakt

En annen nærliggende forklaring er felles informasjon om pasienten er kommunehelsetjenesten kan følge pasientforløp og pasientens tilstand og utvikling under innleggelse. I tillegg til at dette gir kommunen bedre muligheter til å planlegge tjenestetilbudet i det videre pasientforløpet, gis de også større muligheter til å påvirke utskrivningstidspunktet. Intervjuene viser at denne muligheten brukes, og også kan resultere i en dag eller to ekstra på sykehus.

7.1.3 Gevinstene reduseres trolig av at flere kommuner, legevakter og fastleger ikke bruker Helseplattformen

Per 2025 er det flere kommuner, legevakter og fastleger som ikke benytter Helseplattformen. For å lykkes med målsettingen om at nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet er det nødvendig at alle aktører deler informasjon. Vi gir verken råd eller anbefalinger om hvordan informasjon skal deles eller hvilket system som skal benyttes, men utredningen viser at samhandlingsgevinstene trolig reduseres når sentrale aktører ikke benytter plattformen.

For det første så er fastlegene på mange måter helsetjenestens informasjonsnav. Ved at fastlegene ikke deler informasjon reduseres gevinster for både sykehus, kommuner og pasienter. De fastlegene vi har snakket med er fornøyde med egne journalsystemer, og vil trolig ikke ta i bruk Helseplattformens fastlegeløsning. Samtidig har 140 legekantor tatt i bruk HP link, noe som gir fastlegene mulighet til å rekvirere prøver elektronisk til sykehuslaboratoriene, og få lesetilgang til lab- og prøvesvar. Fastlegene opplever at HP link er svært nyttig, og at det gir merverdi. Fastlegenes bruk av HP-link gir imidlertid ikke sykehus eller kommuner mulighet til å se fastlegenes dokumenter eller annen informasjon.

For det andre så reduseres gevinstene både for sykehus, kommuner og pasienter når legevakt ikke er koblet på. Som tidligere beskrevet er deling av informasjon til og fra legevakt trolig en av årsakene til at andelen reinnleggelser har gått ned.

For det tredje så reduseres gevinstene til sykehus ved at kommuner ikke er koblet på. Sykehusene må derfor samhandle med kommuner som benytter både Helseplattformen og andre løsninger. Samhandling med kommuner utenfor Helseplattformen skjer via nasjonale samhandlingsløsninger, som per i dag tilbyr mindre funksjonalitet enn Helseplattformen.

7.2 Helseplattformen har sannsynligvis hatt positive konsekvenser for deler av pasientforløpet

Helseopplysninger skal behandles på en måte som gir pasienter helsehjelp av god kvalitet ved at relevante og nødvendige opplysninger raskt og effektivt blir tilgjengelige for helsepersonell. Utredningen viser at Helseplattformen har bidratt til å tilgjengeliggjøre oppdatert og tilgjengelig informasjon om pasientene, særlig når pasienter beveger seg mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Helseplattformen muliggjør dette i større grad enn andre journalsystemer som er i bruk per i dag.

7.2.1 Helseplattformen gir særlige fordeler for pasienter med stort behov for samhandling mellom sykehus og kommuner

Det er en stor fordel for pasientene at helsepersonell har oppdatert og tilgjengelig informasjon. Dette gjelder spesielt pasienter med stort behov for samhandling mellom sykehus og kommuner. Utredningen viser at Helseplattformen har bidratt til å sikre sømløs informasjonsflyt og koordinering mellom sykehus og kommuner. Dette gjelder særlig eldre med sammensatte lidelser, kronikere med behov for langvarig oppfølging, pasienter i akuttforløp og utskrivningsklare pasienter.

Funnet samsvarer med en metaanalyse der sammenhengen mellom kommunikasjonstiltak ved utskrivning fra sykehus og hyppigheten av reinnleggelse ble studert. Resultatene tyder på at kommunikasjonstiltak ved utskrivning er signifikant assosiert med færre reinnleggelser på sykehus, høyere behandlingsetterlevelse og høyere pasienttilfredshet (Becker, et al., 2021).

7.2.2 Eldre med sammensatte lidelser og kronikere med behov for langvarig oppfølging opplever økt kontroll over egen helse

Utredningen viser at eldre med sammensatte lidelser og kronikere med behov for langvarig oppfølging opplever økt kontroll over egen helse gjennom tilgang på informasjon i sanntid. Etter vår forståelse så er tilgang på informasjon i sanntid kun tilgjengelig gjennom HelsaMi, og ingen andre selvbetjeningsløsninger som for eksempel HelseNorge. Utredningen viser også at det er en betydelig fordel for pasientene at de kan booke timer med både sykehus og kommuner i HelsaMi. For pasienter med hyppig kontakt med helsetjenesten innebærer det trolig en effektiviseringsgevinst. HelsaMi legger også til rette for dialog med fastlegene, men krever da at fastlegekontoret bruker HelsaMi. Booking av timer, i kommuner og sykehus er også tilgjengelig i HelseNorge, men krever at de har tatt i bruk timebestillingsfunksjonaliteten. Utredningen viser at fordelene med HelseNorge kontra HelsaMi er at flere fastleger har tatt i bruk HelseNorge, men på den andre siden er det større usikkerhet rundt hvilke sykehus og kommuner som bruker den nasjonale løsningen. Det er imidlertid rask utvikling på kommunesiden, og HelseNorge er nå i pilot-bruk i Oslo, Bergen og Haugesund og klargjøres for videre nasjonal utbredelse (Norsk Helsenet, u.d.).

7.2.3 Helseplattformen har fordeler for pasienter i akuttforløpet

Utredningen viser at Helseplattformen bidrar til bedre pasientforløp for pasienter i akuttforløp, der rask og presis informasjonsdeling er avgjørende for god behandling. Ambulansetjenesten i Midt-Norge har lesetilgang til Helseplattformen gjennom HP link. Dette gir trolig økt kvalitet og effektivitet i akuttforløpet da det gir ambulansesarbeiderne tilgang til informasjon fra både sykehus og kommunale tjenester, inkludert legevakten. I regioner utenfor Helse Midt-Norge tilbys også lesetilgang til DIPS Arena, men etter vår forståelse så tilbys ikke lesetilgang til kommunale tjenester.

Utredningen viser også at det er positivt for pasienter i akuttforløpet at legevakten er koblet på. Akuttsituasjonen oppstår ofte hos legevakten, og er derfor en del av akuttforløpet. Gjennom tilgang på oppdatert og relevant pasientinformasjon kan legevakten fatte beslutninger raskere og med høyere kvalitet. Dette gir høyere behandlingskvalitet og effektivitet i behandlingen for pasienter i akuttforløpet.

7.2.4 Helseplattformen har store fordeler for utskrivningsklare pasienter

Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i somatiske sykehus er et virkemiddel som ble innført som en del av Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det følger av forskriften at kommunene må betale en døgnpris for pasienter som blir liggende på sykehus etter de er meldt utskrivningsklare. Flere evalueringer, blant annet Riksrevisjonen (Riksrevisjonen, 2016) og Vista Analyse (Vista Analyse, 2022) konkluderer med at kapasitetsveksten og kompetansesammensetningen i tjenestene ikke har vært i samsvar med etterspørselen og behovene som følger med oppgaveoverføringen i samhandlingsreformen og den demografiske utviklingen. Dette har bidratt til store forskjeller mellom kommunene.

Utredningen viser at Helseplattformen har store fordeler for utskrivningsklare pasienter. Fordi kommunene har innsyn i hvem sykehuset behandler og hvilken behandling vedkommende mottar, så kan de forberede seg på mottak av utskrivningsklare pasienter på en helt annen måte enn i andre systemer. For eksempel så kan de, før pasienten meldes utskrivningsklar, se status på behandling, forventet utskrivning og bestilte prøver og behandling. Utredningen viser at dette trolig gir økt kvalitet i behandlingen av utskrivningsklare pasienter.

I evalueringen av utskrivningsklare pasienter (Vista Analyse og Vali, 2025), vises det blant annet at sykehusene ofte savner informasjon om hva pasientene skrives ut til, og hvilke tjenester de som mottok tjenester før innleggelsen hadde. Med bedre innsikt i planene for det videre pasientforløpet etter utskrivning, kan sykehusene også tilrettelegge utstyr som må følge med pasienten, og/eller tilby oppfølging og veiledning i prosedyrer og bruk av utstyr tilpasset kommunehelsetjenestens behov. Helseplattformen gir muligheter for bedre overganger og reell samhandling i pasientforløpet fra sykehus og over til kommunehelsetjenesten.

Utredningen viser også at det er en fordel at kommunene i større grad kan utfordre hvorvidt pasienten faktisk er utskrivningsklar. Kommunene kan spare betydelig på at pasientene behandles i sykehus, og ikke i kommunen. Dette er ikke en samfunnsøkonomisk fordel da pengene flyttes fra et budsjett til et annet. Det som imidlertid er en samfunnsøkonomisk fordel, er at pasienten i større grad mottar behandling på rett sted til rett tid på riktig tjenestenivå. Dersom kommunene utfordrer hvorvidt pasienten er utskrivningsklar, og sykehuset anerkjenner det, så er det rimelig å anta at behandlingen skjer på rett sted når utfordringen er gjort på et faglig grunnlag.

Utredningen viser også at Helseplattformen gjør det enklere for kommunene å holde kontroll og styring på sengeplasser og ressurser når det kommer til utskrivningsklare pasienter. Direkte innsyn i sykehusenes behandling gjør at administrasjon og tildelingskontor kan styre kommunens ressurser på en mer effektiv måte og med høyere kvalitet.

Det hadde vært ønskelig å bekrefte at Helseplattformen har store fordeler for utskrivningsklare pasienter ved hjelp av statistiske analyser. Dette er imidlertid ikke mulig da Helsedirektoratet og FHI har trukket tilbake statistikken på grunn av kvalitetsutfordringer. Den eneste relevante indikatoren er regnskapsførte overliggenderdøgn for utskrivningsklare pasienter. Den bekrefter at antall overliggenderdøgn har gått ned.

Funnene bekreftes også av funn i evaluering av utskrivningsklare pasienter (Vista Analyse og Vali, 2025) hvor de finner at Helseplattformen «gir kommunene innsikt i pasientforløpet under innleggelse. Dette bidrar til at kommunene kan starte planleggingen tidligere, men gir dem også et bedre faglig grunnlag for å utfordre hvorvidt en utskrivning er i henhold til vilkårene i forskriften»

Vi vil påpeke at det er en rask utvikling i EPJ-systemer i kommunale sektor, herunder samhandling med sykehus. Flere av anskaffelsene på området skal etter planen løse den digitale kommunikasjonen mellom sykehus og kommuner. Anskaffelsene er imidlertid pågående, og det vil sannsynligvis ta flere år før nye EPJ-systemer innføres.

7.2.5 Det er trolig forskjeller mellom helseforetakene og tilhørende kommuner

Utredningen viser at det er forskjeller mellom de ulike foretakene. St. Olavs har mer positive resultater enn Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag. Vi klarer ikke å finne igjen forskjeller mellom foretakene i statistikken, men det er høy validitet i det kvalitative materialet. Vi vil ikke spekulere i årsaken til forskjellene, men funn i utredningen viser klare indikasjoner på at det skyldes at Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag tok i bruk Helseplattformen senere enn St. Olavs.

Samtidig er det flere kommuner tilknyttet Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag som ikke benytter Helseplattformen. Dette reduserer trolig gevinstene for pasienter med stort samhandlingsbehov mellom kommuner og sykehus.

Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste, og skal koordinere de medisinskfaglige tjenestene. Det følger også av dette at fastlegen skal samarbeide med andre relevante tjenesteytere. Utredningen viser at gevinstene for pasienter med stort samhandlingsbehov mellom kommuner og sykehus reduseres av at fastlegene ikke benytter Helseplattformen.

7.3 Kvaliteten i pasientbehandlingen på St. Olavs er trolig tilbake på samme nivå som før innføringen av Helseplattformen

Riksrevisjonen (2024) konkluderer med at implementeringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF og i Trondheim kommune har truet pasientsikkerheten. Helsetilsynet og Statsforvalteren i Trøndelag konkluderte også med at innføringen ved St. Olavs har ført til økt risiko for svikt i pasientbehandlingen.

Vår analyse viser at Helseplattformen har hatt fordeler for enkelte pasientgrupper, jf. kapittel 7.2, og den statistiske analysen og intervjuene viser at behandlingskvaliteten varierer innenfor enkeltområder. Innenfor enkelte områder som for eksempel fristbrudd og ventetid så er St. Olavs blant de beste foretakene. Utredningen viser også at St. Olavs har hatt større nedgang innenfor andelen helsetjenesteassosierte infeksjoner enn andre helseforetak.

Det har ikke fremkommet informasjon som tilsier at verken sykehus eller kommuner tilbyr tjenester som ikke er forsvarlige. Et flertall av indikatorene fra både Samdata og Helsedirektoratet viser at nivået er tilbake på samme nivå som før innføringen av Helseplattformen.

Det er videre ingen indikasjoner på at migreringen av data fra Doculive til Helseplattformen har medført utfordringer for pasientsikkerheten. Våre funn viser at det er tatt komplett backup av alt innhold som lå i Doculive, og at innholdet er tilgjengelig i systemet.

7.3.1 Utfordringer med legemiddelmodulen ser ikke ut til å ha påvirket kvaliteten i pasientbehandlingen

Legemidler er en viktig del av medisinsk behandling. Brukt riktig er legemidler med på å redde liv, gi bedre helse, livskvalitet og leveutsikter til mange pasienter. Gjennomføring av legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang i klinisk praksis kan bidra til tryggere og mer effektiv legemiddelbehandling. Men det er også store utfordringer knyttet til bruk av legemidler. Legemidler er en av de hyppigste årsakene til uønskede hendelser og pasientskader.

Digitalisering av legemiddelområdet er et viktig tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk og øke pasientsikkerheten, men våre intervjuer og gjennomgang av tidligere spørreundersøkelser viser at legemiddelmodulen til Helseplattformen ikke fungerer etter hensikten.

Vår datainnsamling viser at årsakene til utfordringene er sammensatt:

- Intervjuer viser at legemiddellistene i Helseplattformen ofte inneholder feil ved at medisiner/resepter forsvinner eller at det dukker opp duplikater i systemet. Det er uklart for oss om akkurat denne feilen skyldes Helseplattformen eller integreringen med sentral forskrivningsmodul (SFM) og Reseptformidleren (RF). På nasjonalt nivå håndteres legemiddelbehandling gjennom pasientens legemiddelliste (PLL). Den er under utprøving i Helse Nord, og har hatt begrenset utprøving i Helse Vest. PLL ser ut til å fungere godt i utprøvningsområdene, men det rapporteres mye av de samme problemene med tanke på integrasjon med SFM og RF.
- Det er vanskelig å få oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. Dette skyldes trolig en kombinasjon av lav brukervennlighet og svakhet i utvekslingen av informasjon og meldinger gjennom Helseplattformen. Utredningen har også vist at enkelte leger velger å bruke kjernejournal, og ikke Helseplattformens egen legemiddelmodul, til å få oversikt over pasientens legemiddelbruk. Kjernejournal inneholder en legemiddelliste som viser hvilke legemidler som er skrevet ut til pasienten, men gir ikke informasjon om hvilke som faktisk er i bruk.
- Statsforvalterens kartleggingsundersøkelse blant sykehjemsleger ved korttidsavdelinger i kommuner i Helseplattformen viser at legemiddelsamstemming oppfattes som krevende, og at pasientsikkerheten ikke har blitt bedre. Våre intervjuer understøtter dette. Legemiddelsamstemming er også krevende på sykehus.
- Beslutningsstøtten i legemiddelmodulen bidrar til varslingstretthet blant helsepersonell. Helsepersonell opplever så mange varslinger knyttet til legemiddelhåndtering at de velger å se bort fra varslene. Våre funn viser at dette kan være uheldig, og kan medføre at viktige varsler om for eksempel legemiddelinteraksjoner overses.

Det må også hensyntas at Helseplattformen har innført lukket legemiddelsløyfe for inneliggende pasienter på sykehus. En lukket legemiddelsløyfe er en helhetlig, elektronisk prosess for legemiddelhåndtering som sikrer at pasienter får rett legemiddel, riktig dose, til riktig tid. Prosessen strekker seg fra legemiddelet forskrives av lege til det gis til pasienten, og involverer sømløs dataoverføring mellom systemer, elektronisk identifisering av pasient og medisin, og digital verifisering av hvert trinn. Dette kan blant annet bidra til å avdekke feil som ikke ble avdekket tidligere.

På tross av betydelige utfordringer så er det ingen indikasjoner på at pasientsikkerheten påvirkes negativt. Dette forsterkes av at antall varsler både til Helsetilsynet og Statsforvalteren har normalisert seg, og er på nivå med andre helseforetak. Utprøvingen av PLL i Helse Nord opplever de samme utfordringene som Helseplattformen, da det viser seg at samhandling om legemiddelarbeid med kommunehelsetjenesten er komplekst.

7.3.2 Negativ utvikling for indikatorer innen pakkeforløp for kreft

Pakkeforløp for kreft skal bidra til at utredning og behandling starter rask, og at man unngår unødvendig ventetid. Pakkeforløpene er nasjonale og standardiserte, og beskriver prosessene som skal gjennomgå fra mistanke om kreft oppstår til eventuell behandlingsstart. Formålet med dette er at pasientene skal oppleve helhetlige, forutsigbare og velorganiserte forløp.

Vår statistiske analyse viser at St. Olavs har hatt en mer negativ utvikling innenfor pakkeforløp for kreftpasienter enn andre foretak i landet. Det er med andre ord en negativ trend på St. Olavs etter at Helseplattformen ble innført. Det er særlig andelen pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid innen medikamentell behandling og kirurgisk behandling som har mer negativ utvikling enn de andre helseforetakene. I tillegg har andelen kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for 22 kreftformer gått ned etter 2022. Regresjonsanalysene viser at resultatene er

signifikante på 1 prosent signifikansnivå. Dette er en uheldig utvikling som ikke er i samsvar med overordnede mål.

Det er viktig å bemerke at utredningen ikke viser at det har vært en reduksjon i behandlingskvaliteten for pasienter som skal inn i pakkeforløp for kreft. Den observerte nedgangen i andel pakkeforløp kan også skyldes manglende eller endret registreringspraksis som følge av innføringen av Helseplattformen. Det er ingen indikatorer, eksempelvis pasientskader eller avvik, som tyder på redusert pasientsikkerhet. Helse Midt-Norge RHF rapporterer at det er bedring i tallene gjennom 1. tertial i 2025.

7.3.3 Forskjell mellom St. Olavs og de andre foretakene

De statiske analysene og intervjuene viser at det er forskjell mellom de virksomhetene som tok i bruk Helseplattformen i 2022, og de som tok den i bruk senere. På grunn av de korte tidsseriene har vi lite statistiske analyser på utviklingen i pasientsikkerhet i Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal, men intervjuene og deskriptiv statistikk indikerer at de følger utviklingen til St. Olavs. Det er imidlertid vanskelig å konkludere da variasjonen i perioden er høy.

7.3.4 Endringer i liggetid og reinnleggelser bør sees i sammenheng

Gode pasientforløp forutsetter at riktig og nødvendig informasjon følger pasientene ved henvisninger, innleggelser og utskriving (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024) Helsedirektoratet (2024 a) viser at for pasientgruppen utskrivningsklare pasienter, så er kort gjennomsnittlig oppholdstid i sykehus assosiert med høy andel reinnleggelser.

Riksrevisjonen bruker liggetid som mål på produktivitet. Sykehusene har også insentiver til å redusere liggetiden. Vår vurdering er likevel at liggetid på sykehus er et for snevert mål på produktivitet sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Produktivitet bør, ideelt sett, ta hensyn til hele pasientforløpet, der også ressursbruk knyttet til endret sannsynlighet for reinnleggelser og eventuell annen ressursbruk i det videre behandlingsforløpet sees i sammenheng. Det er godt dokumentert gjennom et stort antall analyser at tidlig utskriving øker sannsynligheten for reinnleggelser for pasienter som har behov for videre behandling i kommunehelsetjenesten. Samtidig har både liggetid og reinnleggelser flere andre forklaringsfaktorer som kompliserer bruk av disse indikatorene som mål på produktivitet. I et samhandlingsperspektiv bør uansett indikatorene vurderes i sammenheng der spørsmålet heller bør være hva som er en optimal liggetid framfor kortest mulig liggetid.

En samlet vurdering når vi ser våre kvalitative og kvantitative analyser i sammenheng, er at økt liggetid og redusert sannsynlighet for reinnleggelser henger sammen for gruppen skrale eldre. Økt liggetid kan samlet sett ha gitt produktivetsgevinster over pasientforløpet for denne pasientgruppen.

7.4 Lav brukervennlighet i systemet reduserer effektiviteten for helsepersonell

Det er et sentralt mål med Helseplattformen at det skal gi mer brukervennlige løsninger og på den måten sette helsepersonell i stand til å utføre helsetjenestene på en bedre og mer effektiv måte. Helse Midt-Norge RHF hadde et mål om at systemene skulle være intuitive og fjerne unødvendig tidsbruk. Likevel konkluderte Riksrevisjonen i 2024 med at implementeringen av Helseplattformen har redusert effektiviteten i pasientbehandlingen, blant annet på grunn av lav brukervennlighet mange steder.

Vår utredning viser at Helseplattformen trolig har hatt en negativ påvirkning på effektiviteten til helsepersonell, særlig på sykehus. Vi vil bemerke at det er forskjell på hvordan brukervennligheten, og dermed effektiviteten, oppleves på tvers av arbeidssted og profesjon. Se kapittel 7.4.4 for nærmere detaljering.

Utredningen viser at program for brukervennlighet og optimalisering er innrettet for å håndtere utfordringene med lav brukervennlighet, og dermed redusert effektivitet. Respondentene mener imidlertid at det for tidlig å kunne si noe om resultater av tiltakene i programmet.

7.4.1 Systemet oppfattes som lite intuitivt og tidkrevende å bruke

Våre funn viser at Helseplattformen inneholder mye informasjon som oppleves som lite relevant. Det reduserer effektiviteten til Helsepersonell da de bruker mye tid på å lete etter relevant informasjon. Informasjon kan være registrert forskjellige steder og på forskjellige måter. Utredningen viser at dette i hovedsak gjelder sykehusene, hvor helsepersonell opplever at de bruker stadig mer tid på skjerm, og mindre på pasientene.

Helsepersonell som også har erfaring fra bruk av for eksempel DIPS opplever at brukervennligheten er lav i Helseplattformen. Dette bekreftes også av andre undersøkelser, for eksempel Legeforeningens EPJ-termometer, hvor brukervennligheten oppleves som svært dårlig i Helseplattformen, sammenliknet med andre systemer. Dette på tross av at brukervennligheten i Helseplattformen har hatt en signifikant økning fra 2022-2024. EPJ-termometeret viser en urovekkende stor forskjell i brukervennlighetsscoren i Helseplattformen (17,3) sammenliknet med DIPS (57,2). Intervjuene viser at lav brukervennlighet påvirker effektiviteten for helsepersonell negativt. Utredningen viser også at administrative oppgaver som ut-/og innskrivninger og pasientflyt mellom avdelinger på sykehus har blitt mindre effektivt. Både sammenliknet med tidligere og andre sammenliknbare systemer.

Våre funn understøttes også av funn i spørreundersøkelsen i regi av program for brukervennlighet og optimalisering av Helseplattformen. Der finner de at helsepersonell opplever at arbeidsflaten inneholder mye ikke-relevant informasjon, samt at merkantilt personell har en dårlig opplevelse av verktøyene for inn- og utskriving.

7.4.2 Legemiddelmodulen har negative konsekvenser for effektiviteten i både sykehus og kommuner

Utredningen viser at både kommuner og sykehus opplever redusert effektivitet som følge av Helseplattformens legemiddelmodul. Helsepersonell bruker mye tid på å finne ut hvilke medisiner pasienter går på, gjennomføre legemiddelsamstemming og håndtere dosering. Funksjonalitet og brukervennlighet i legemiddelhåndtering er utfordrende for alle journalsystemer, og enkelte leverandører har begrenset eller mangelfull funksjonalitet. Imidlertid så viser utredningen at de nasjonale løsningene på området med pasientens legemiddelliste, kjernejournal og sentral forskrivningsmodul legger til rette for mer effektiv legemiddelhåndtering enn Helseplattformen.

Utfordringene med legemiddelhåndtering, herunder legemiddelsamstemming, trekkes frem som utfordrende i flere andre undersøkelser. Både Statsforvalteren, program for brukervennlighet og optimalisering av Helseplattformen og Riksrevisjonen peker på legemiddelmodulen til Helseplattformen oppleves som krevende og lite effektiv.

Det må i denne sammenhengen påpekes at digital legemiddelbehandling medfører store endringer i arbeidsprosessen for helsepersonell, i både kommuner og sykehus. Endringer i arbeidsprosesser oppleves som krevende, både i og utenfor Helseplattformen.

7.4.3 For hjemmetjenesten har det vært positiv utvikling i effektiviteten

Utredningen viser at deler av kommunehelsetjenesten opplever en positiv utvikling i effektiviteten. Dette gjelder særlig hjemmetjenesten og tildelings-/administrasjonskontorene. Hjemmetjenesten opplever effektiviseringsgevinster ved at de kan se og dokumentere informasjon om pasientene fortløpende. Til sammenlikning måtte de tidligere registrere i journalen i ettertid av besøket. Respondentene mener dette er en betydelig effektiviseringsgevinst.

Utredningen viser også at tildelingskontorene og administrasjonsenhetene i kommunene har fått økt effektivitet som følge av Helseplattformen. Tilgang på informasjon gjør at ressurser, både personal og andre ressurser, kan styres mer effektivt. Det er ikke kjent for oss at dette er mulig i andre journalsystemer.

7.4.4 Brukervennligheten oppleves som forskjellig, avhengig av hvor du jobber og hvilken profesjon du har

Utredningen viser at det er forskjell på hvordan brukervennligheten oppfattes, avhengig av arbeidssted og profesjon.

Leger og sykepleiere opplever brukervennligheten forskjellig, og leger er gjennomgående mer misfornøyde enn sykepleiere. Det betyr ikke at sykepleiere er fornøyde med brukervennlighet og effektivitet da de også opplever betydelig utfordringer. Utredningen viser at sykepleierne opplever brukervennligheten som bedre fordi Helseplattformen gjennom kodeverk og terminologi (Snomed CT og ICNP) legger til rette for høyere kvalitet på sykepleie-dokumentasjonen. Videre opplever sykepleierne at de er en del av et fellesskap, og har innsikt i større del av pasientens behandlingsforløp. Dette er også hovedbudskapet i en artikkel i Sykepleien hvor de konkluderer med at strukturerte og standardiserte data gir bedre sykepleiedokumentasjon. Hvis sykepleieprosessen ikke er fullt ut integrert i EPJ systemet, kan det svekke sykepleiernes mulighet til å dokumentere viktige kliniske observasjoner og beslutninger som fremmer «beste praksis» (Lene Laukvik, 2025).

Det er også forskjell i hvordan brukervennligheten oppfattes på tvers av poliklinikk, sengepost og i akuttmottaket. Utredningen viser at helsepersonell på poliklinikk i hovedsak er fornøyde med brukervennlighet og effektivitet, så lenge pasienten har et «enkelt» forløp. Brukervennlighet og effektivitet faller når pasienten beveger seg på tvers av behandlingstilbud i sykehuset. Personell på sengepost er gjennomgående mindre fornøyde. Utredningen viser at dette skyldes utfordringer med legemiddelmodulen, verktøy for pasientflyt og at systemet inneholder mye ikke-relevant informasjon.

7.5 Det finnes alternativer i markedet, men ikke med samme funksjonalitet og oppbygging som Helseplattformen

Helseplattformen er en omfattende suite-løsning, som er unik i det norske markedet. I spesialisthelsetjenesten er DIPS Arena det eneste alternativet i drift som kan dekke en hel region. DIPS Arena leverer i dag tjenester til de tre andre regionale helseforetakene ved å integrere DIPS Arena med andre løsninger, inkludert nasjonale løsninger. Utredningen viser at brukervennligheten i DIPS Arena vurderes som høyere enn i Helseplattformen. Den statistiske analysen viser i hovedsak også små eller ingen forskjeller mellom helseforetak som bruker DIPS Arena og Helseplattformen hva angår nasjonale kvalitetsindikatorer og samhandlingsindikatorer.

DIPS Arena dekker ikke kommunehelsetjenesten. Et alternativ til Helseplattformen må derfor dekke samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt kommunale behov på en annen måte. Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten dekkes i regioner utenfor Midt-Norge i hovedsak gjennom nasjonale samhandlingsløsninger. Nasjonale samhandlingsløsninger er et marked i rask utvikling, og flere tjenester er under utprøving³⁵.

Utredningen viser videre at det er stor aktivitet og utvikling i det kommunale leverandørmarkedet. Flere kommuner har gått sammen, og er i anskaffelsesprosesser med det formål å dekke kommunale behov. Intervjuer viser at fastlegene er fornøyde med sine journalsystemer, og at det ikke er aktuelt å ta i bruk Helseplattformens fastlegemodul.

7.6 Helseplattformen har store investerings- og driftskostnader

Innføringen av Helseplattformen er en av de største IKT-investeringene i norsk helsesektor og de økonomiske konsekvensene for helseforetak og kommuner som har tatt systemet i bruk er store. Alle kommuner og helseforetak har opplevd økte utgifter sammenlignet med tidligere systemer.

Ved vurdering av kostnader for andre journalløsninger i kommuner og helseforetak er det viktig å forstå direkte sammenligninger ikke er mulig grunnet ulik funksjonalitet, omfang og organisering av systemene.

7.6.1 Helse Midt-Norge har høye IKT-kostnader sammenliknet med andre regioner

Statistikk fra Helsedirektoratet viser at Helse Midt-Norge hadde de høyeste totale IKT-kostnadene per innbygger blant helseregionene i 2023, med over 2860 kroner per innbygger. Til sammenligning hadde Helse Vest, som er mest sammenlignbar i størrelse, kostnader på 1700 kroner per innbygger. Helse Sør-Øst lå på nesten 1900 kroner per innbygger, mens Helse Nord hadde kostnader på nesten 2650 kroner per innbygger.

Helsedirektoratets kartlegging viser også at Helse Midt-Norge har hatt den kraftigste veksten i andel IKT-driftskostnader av totale driftskostnader, fra 4,9 prosent i 2018 til 7,1 prosent i 2023, etter en topp på 7,9 prosent i 2022. Dette representerer en markant høyere vekst enn de andre regionene.

Helseforetakene i Midt-Norge skal i 2025 samlet betale 833,4 millioner kroner til Helseplattformen AS. Disse kostnadene omfatter drift og forvaltning, finansieringskostnader inkludert avdrag på lån, samt tilleggsbestillinger. Helseforetakene har valgt en betalingsmodell hvor investeringskostnadene fordeles frem til 2040, og betales gradvis ned gjennom årlige avdrag via tjenesteavtalen.

7.6.2 Kommunene opplever økte kostnader sammenliknet med tidligere

Kommunene faktureres samlet for 109,7 millioner kroner i 2025. I motsetning til helseforetakene, betaler kommunene hele investeringsbeløpet som engangsbetaling når de tar systemet i bruk, og har derfor kapitalkostnader via egne regnskaper i tillegg til de årlige driftskostnadene.

Trondheim kommune, som var tidlig ute med innføring, rapporterer at forventningene om reduserte lokale drifts- og vedlikeholdskostnader ikke har blitt realisert. Personellbehovet for drift

³⁵ For en komplett oversikt over nasjonale digitale samhandlingsformer se <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/nasjonal-arkitektur/oversikt-over-digitale-samhandlingsformer>

og support har forblitt tilnærmet uendret sammenlignet med tidligere systemer. Dette indikerer at de forventede effektiviseringsgevinstene fra systemkonsolideringen har uteblitt, og at kommunen nå bærer både høye lisens- og kapitalkostnader samtidig som de lokale driftskostnadene vedvarer.

Helseforetakene og kommunene som har innført Helseplattformen opplever økte kostnader både sammenlignet med sine tidligere systemer, og sammenlignet med kommuner som har valgt alternative løsninger.

7.7 Produktiviteten ved St. Olavs er tilbake på samme nivå som før innføringen av Helseplattformen, men er redusert i Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal

Utredningen viser at produktiviteten innen somatikk på St. Olavs er tilbake på samme nivå som før innføringen av Helseplattformen. Samtidig viser den at produktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) trolig er noe redusert.

Produktiviteten, både innen somatikk og psykisk helsevern og TSB, er redusert for Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal. Utredningen viser også at utviklingen disse helseforetakene følger samme kurve som St. Olavs.

7.7.1 Ulike mål for produktivitet i spesialisthelsetjenesten

Produktivitet i offentlig sektor, herunder i helsetjenesten, er vanskelig å måle fordi tjenestene vanligvis ikke selges til markedspriser. Det gjør det vanskelig å verdsette verdien av produksjonen. Men det er like fullt avgjørende for helsetjenesten at ressursene brukes på en effektiv. Økt produktivitet kan bidra til både høyere tjenesteproduksjon og bedre kvalitet, uten at ressursbruken øker.

Ulike utredninger og evalueringer bruker forskjellige mål på produktivitet i helsetjenesten, da særlig i spesialisthelsetjenesten. Mål på produktivitet vil avhenge av hvordan man definerer og måler aktivitet og hvilken metodisk tilnærming som brukes. Det finnes ikke ett generelt måltall som er egnet for å måle produktivitetsutvikling for hele spesialisthelsetjenesten.

Riksrevisjonen bruker gjennomsnittlig liggetid fra innleggelse til utskrivning som indikator på produktivitet. De argumenterer med at et sykehus er effektivt når det har kort liggetid og ikke har dårligere kvalitet på behandlingen enn landsgjennomsnittet. Liggetiden genererer en så stor andel av kostnadene i pasientbehandlingen at den indikerer om det er vesentlige produktivitetsforskjeller mellom sykehusene (*Riksrevisjonen*, 2013).

Helse Sør-Øst RHF har over lengre tid benyttet *ISF-produktivitet*, definert som ISF-poeng per brutto årsverk, som mål på produktivitet innen somatikken. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling består produktivitetsmålet av en vekting av liggedøgn, dagbehandling og polikliniske opphold (*Helse Sør-Øst RHF*, 2025). *Helse Midt-Norge RHF* benytter samme mål for produktivitet innen somatikk som *Helse Sør-Øst RHF* (*Helse Midt-Norge RHF*, 2025a).

Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens avgrenser begrepet produktivitet til å omhandle forholdet mellom aktivitet i form av pasientbehandling og kostnader til pasientbehandling (*Helse- og omsorgsdepartementet*, 2024). Økt produktivitet betyr at aktiviteten øker mer enn kostnadene i en gitt tidsperiode, eller at kostnadene går mer ned enn aktiviteten. Redusert produktivitet betyr tilsvarende at kostnadene til pasientbehandling øker mer enn aktiviteten i en gitt periode, eller at aktiviteten reduseres mer enn kostnadene. Som indikator på produktivitet innen somatikken benytter de utvikling i kostnad per DRG-poeng. Dette

er samme indikator som Helsedirektoratet bruker i Samdata-rapporteringen. For psykisk helsevern og TSB definerer de ikke et samlemål på aktivitet, men bruker et vektet aktivitetsmål innen psykisk helsevern og TSB, hvor polikliniske konsultasjoner er regnet om til oppholdsdøgn.

I det videre tar vår analyse utgangspunkt i hvordan indikatorene ovenfor samlet har utviklet seg for henholdsvis somatikk og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. Merk at å bruke liggetid som en enkeltindikator på produktivitet fremstår som lite hensiktsmessig, se kapittel 7.3.4.

7.7.2 Produktivitet innen somatikken på St. Olavs er på samme nivå som før innføringen, men den er redusert i de andre helseforetakene

Utredningen viser at indikatorene for produktivitet varierer, avhengig av hvilke indikatorer det sees på. Ved å se på kostnader per DRG-poeng kan det se ut som produktiviteten på St. Olavs har blitt dårligere. St. Olavs har hatt en svakere utvikling, og ligger på et marginalt høyere nivå enn andre helseforetak. Beregningene viser imidlertid at indikatoren er i ferd med å normalisere seg, og nærmer seg nivået i 2022. En ulempe med å bruke kostnad per DRG-poeng er at den også fanger opp større investeringer, herunder investeringene i Helseplattformen og tilhørende kapitalkostnader. Produktiviteten kan derfor se kunstig lav ut sammenliknet med de andre helseforetakene, da de ikke har gjort tilsvarende investeringer. Det kan derfor være mer hensiktsmessig å se på DRG-poeng per årsverk i somatikken. Denne indikatoren viser at både utviklingen og nivået ved St. Olavs er likt som for andre helseforetak. Samtidig viser den at produktiviteten har økt sammenliknet med nivået før 2022. Dette kan tyde på økt produktivitet. Videre viser utredningene at indikatorene for liggetider varierer på tvers av pasientgrupper, og at det ikke er mulig å konkludere med verken økt eller redusert effektivitet. Våre statistiske analyser viser at produktiviteten innen somatikk på St. Olavs trolig er tilbake på samme nivå som før innføringen av Helseplattformen. Dette er i tråd med Helseplattformens egne funn, hvor de vurderer at «St. Olavs hospital er nå oppe i samme produktivitet som i 2019, og dette gir også et mål på at sykehuset kan drive like effektivt med Helseplattformen som med tidligere IKT-systemer» (Helseplattformen, 2025b).

Utredningen viser videre at produktiviteten innen somatikk ved Helse Møre og Romsdal³⁶ og Helse Nor-Trøndelag har gått ned. Kostnad per DRG-poeng har økt, mens DRG-poeng per årsverk er redusert. Statistikken viser videre at Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag ser ut til å følge samme kurve som St. Olavs. Det var også et betydelig produktivetsfall ved St. Olavs etter innføring, men dette ser ut til å ha normalisert seg.

7.7.3 Produktiviteten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling er trolig blitt noe lavere

Produktiviteten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling er trolig blitt noe lavere. Det er særlig en negativ utvikling når det sees på kostnader per ISF-poeng. Utredningen viser at St. Olavs har negativ utvikling sammenliknet med andre helseforetak og sammenliknet med nivået før innføringen. Samtidig viser utredningen at St. Olavs er blant de helseforetakene som har færrest antall liggedager, både for barn og unge og voksne. De statistiske analysene viser at produktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling på St. Olavs trolig er noe redusert etter innføringen av Helseplattformen.

Utredningen viser videre at produktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling er redusert ved Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag. Det kan også på

³⁶ Det nye sykehuset i Møre og Romsdal vil påvirke kostnad per drg-poeng i stor grad.

dette området se ut som Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag følger samme utviklingskurve som St. Olavs.

7.8 Helseplattformen har flere juridiske konsekvenser

7.8.1 Roller og ansvarsfordeling

7.8.1.1 Dataansvaret er fastlagt og fordelt gjennom vedtak fra Helse- og omsorgsdepartementet

Helseplattformen som pasientjournal og samhandlingssystem er en omfattende løsning for pasientjournal og samhandling i helsetjenesten. Helseplattformen AS har siden 23. mars 2022 i henhold til vedtak fra Helse- og omsorgsdepartementet³⁷ (HOD) hatt deler av det totale dataansvaret for Helseplattformen (se mer om dette nedenfor). Løsningen i andre løsninger er ofte at leverandøren av journal- eller samhandlingssystemet er databehandler, mens helseforetakene er dataansvarlige.

For å vurdere de juridiske konsekvensene, er utgangspunktet de ulike rollene og ansvaret for involverte foretak, kommuner mv. Dette oppsummeres nedenfor.

Helse Midt-Norge RHF inngikk i 2019 en kontrakt med Epic Systems Corporation (USA) om leveranse og vedlikehold av IT-systemet Helseplattformen. Selskapet Helseplattformen AS³⁸ ble etablert i 2019 og har ansvaret for innføring og forvaltning av den felles journalløsningen for helsetjenesten i Midt-Norge. Helseplattformen AS har også ansvaret for kontraktoppfølging med leverandøren. Hemit HF er ikke direkte omfattet gjennom avtale om bruk av Helseplattformen, men er en sentral aktør gjennom infrastrukturen som leveres til Helse Midt-Norge (HMN) og til Helseplattformen.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fattet den 23.03.2022 vedtak om Helseplattformen og dataansvar med vilkår for samarbeidet mellom virksomhetene i Helseplattformen, jf. pasientjournalloven § 9. Vedtaket omfatter virksomheter som har tatt i bruk Helseplattformen. Nye virksomheter som tar løsningen i bruk, omfattes av vedtaket etter søknad. Enkelt-vedtaket ble sist oppdatert 16.07.2024³⁹. I 2025 pågår det et arbeid med å evaluere vedtaket, og HOD arbeider med å videreføre vedtaket med enkelte justeringer for å avhjelpe noen av utfordringene som er påpekt av aktørene⁴⁰.

Enkeltvedtaket plasserer dataansvar (behandlingsansvar) ved behandling av person- og helseopplysninger i Helseplattformen. Det fremgår av vedtaket at tilgang til pasient- og brukerinformasjon skal være i samsvar med reglene om taushetsplikt og baseres på individuelle autorisasjoner med grunnlag i konkrete vurderinger av tjenstlige behov. Brukerflatene skal tilpasses det enkelte helsepersonelllets rolle og oppgaver. Denne rollen er knyttet til oppgavene vedkommende skal utføre og virksomheten vedkommende arbeider i.

I vedtaket fremgår blant annet følgende om dataansvaret:

³⁷ Vedtak – Helseplattformen og dataansvar av 23. mars 2022, ref. 20/2985-9

³⁸ Helseplattformen AS eies som et samarbeid av Helse Midt-Norge RHF, Trondheim kommune og kommuner som bruker Helseplattformen, se informasjon her [Om oss - Helseplattformen AS](#).

³⁹ Vedtak – Helseplattformen og dataansvar, fratreddelse datert 16. juli 2024, ref. 20/2985-38

⁴⁰ Jf. brev fra HOD til Helseplattformen AS 4. september 2025, ref. 20/2985

“ I henhold til dette vedtaket, og som følge av Helseplattformen AS' ansvar og oppgaver med å gjennomføre samarbeidet om en helhetlig, felles pasientjournal i Midt-Norge, forvalte den tekniske løsningen som pasientjournalen kjører på og forvalte tilgangsstyringen til pasientjournalen, skal Helseplattformen AS ha deler av det totale dataansvaret for pasientjournalen.

Helseplattformen AS sitt dataansvar er generelt avgrenset mot behandling av personopplysninger som forutsetter helsefaglige vurderinger.

Enkeltvedtaket fastsetter i det videre Helseplattformen AS og helsevirksomhetenes respektive plikter for oppfyllelse av dataansvaret.

Helseplattformen AS og den enkelte helsevirksomhet er selvstendige dataansvarlige virksomheter. Helsevirksomhetene skal også i relasjon til hverandre anses som samarbeidende, selvstendige dataansvarlige virksomheter.

Med dataansvarlig menes den virksomhet som er ansvarlig for behandling av helseopplysninger etter personvernforordningen artikkel 4, jf. Pasientjournalloven § 2 bokstav e. I enkeltvedtaket er det videre fastsatt at Helseplattformen AS skal ha:

- Det overordnede ansvaret for informasjonssikkerheten i Helseplattformen. I dette ligger et ansvar for å gjennomføre tekniske og organisatoriske tiltak for å oppnå et sikkerhetsnivå som er egnet med hensyn til risikoen, inkludert følge Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse og omsorgstjenesten.
- Ansvar for sikker autentisering av brukere
- Ansvar for autorisering og tilgjengeliggjøring av pasientjournaler. Helseplattformen AS har ansvar for å autorisere brukere som skal ha tilgang til Helseplattformen, herunder opprettelse og vedlikehold av et autorisasjonsregister. De enkelte helsevirksomhetene er ansvarlig for informasjonsgrunnlaget i sine bestillinger av autorisasjoner. Helsevirksomhetene er ansvarlig for at bestilte autorisasjoner knytter seg til personer som har et tjenstlig behov i kraft av arbeidsoppgavene vedkommende har i virksomheten, jf. pasientjournalforskriften § 13.
- Sørge for at relevante og nødvendige opplysninger i pasientjournalen kan gjøres tilgjengelig for helsepersonell utenfor Helseplattformen, jf. Pasientjournalloven § 19. Dette skal primært søkes gjort gjennom de nasjonale samhandlingsløsningene, med opprettholdelse av full samhandlingsfunksjonalitet.
- Helseplattformen AS har ansvar for at alle oppslag i journalopplysninger loggføres. Dokumentasjonen skal være i samsvar med gjeldende regelverk og Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse og omsorgstjenesten.
Helseplattformen AS skal tilgjengeliggjøre loggen for den aktuelle helsevirksomheten. Den enkelte helsevirksomhet har ansvar for å gå gjennom loggene og følge opp helsepersonellet og pasientene ved mistanke om brudd på pasientjournalloven § 16 og helsepersonelloven § 21a.
Helseplattformen AS skal arbeide for at helsevirksomhetene får et verktøy for automatisert logganalyse som forenkler arbeidet med gjennomgang og oppfølging av logger.
- Rapportering og oppfølging av brudd på personopplysningssikkerheten.
- Internkontroll, inkludert protokoll etter GDPR art. 30, personvernkonsekvensvurderinger.

- Ansvar for databehandleravtaler med leverandører og oppfølging av databehandlere.

Helseplattformen AS og helsevirksomhetene har etter enkeltvedtaket fordelt og hver for seg selvstendig ansvar for de registrertes rett til informasjon, innsyn, retting, sletting og sperring av opplysninger, jf. vedtaket punkt 3. Den enkelte helsevirksomhet er det primære kontaktpunktet for sine pasienter og brukere og er ansvarlige for å imøtekomme henvendelser som forutsetter helsefaglige vurderinger.

Når det gjelder bruk av helse- og personopplysninger til andre formål enn helsehjelp, følger det av punkt 6 at det er helsevirksomhetene som beslutter om og hvordan helse- og personopplysninger i Helseplattformen skal brukes til andre formål enn helsehjelp, jf. Pasientjournalloven § 20. Helseplattformen AS skal bistå virksomhetene med uttrekk og overføring av helse- og personopplysninger til sekundære formål og er ansvarlig for at informasjonssikkerheten ivaretas i den forbindelse. Helseplattformen AS skal kun effektivere forespørsler som kommer fra avsender som har formell beslutningskompetanse.

Helseplattformen inneholder helsedata som forvaltes på tvers av ansvarlige organisasjoner (helseforetak og kommuner). Det er derfor opprettet en Data Access Committee (DAC HP) som kan tillate bruk av data fra Helseplattformen til forskningsformål på vegne av alle eiere av Helseplattformen. Alle forskningsprosjekter som skal benytte seg av opplysninger fra Helseplattformen skal ha godkjenning til dette fra DAC HP.⁴¹

I Tjenesteavtalene mellom Helseplattformen AS og den enkelte part i samarbeidet er det tydeliggjort hvordan forpliktelser og oppgaver/aktiviteter er fordelt mellom Helseplattformen AS og den andre part, for samlet å oppfylle dataansvaret slik det er definert i enkeltvedtaket.

7.8.1.2 Dataansvar - fordeler og ulemper

Våre undersøkelser viser at kommunene og helseforetakene har ulikt syn på HOD-vedtaket. Kommunene er gjennomgående positive⁴², men helseforetakene ønsker en annen løsning for dataansvar med bilaterale avtaler⁴³. Helseplattformen AS har på sin side gitt uttrykk for at selskapet vanskelig kan se for seg en annen løsning som ville fungert bedre for å ivareta regelverket på en kvalitetsmessig, kostnadseffektiv og kontrollert måte⁴⁴.

Fordelene med å plassere et dataansvar ved et vedtak er for det første at enkeltvedtaket har etablert overordnede rammer for dataansvar, hvor Helseplattformen AS har system- og dataansvar for løsningen. Dette inkluderer blant annet ansvar for informasjonssikkerhet, leverandøravtaler og dokumentasjon.

Rettslig dataansvar for et pasient- og journalsystem er omfattende og med betydelige juridiske konsekvenser etter flere lovverk, særlig helseregisterloven og personopplysningsloven/GDPR. Å legge mye av dette ansvaret på Helseplattformen AS, inkludert ansvar for informasjonssikkerhet, er en fordel særlig for mindre kommuner som trolig har mer begrensede ressurser til å ta ansvar for et system, sørge for etterlevelse og følge opp en eller flere leverandør(er). Økende digitalisering, mer data og flere behandlinger gjør det mer krevende, særlig mindre aktører, å ha oversikt over og kontrollere alle behandlingene av person- og helseopplysninger som skjer.

I forlengelsen av dette er det også gevinster ved at flere aktører slipper arbeidet med å vurdere og dokumentere at personopplysninger og pasientdata behandles og lagres i samsvar med lovverket, inkludert vurderinger av eventuelle overføring til tredjeland ved support mm, jf. GDPR

⁴¹ Kilde: EQS dokument: Tilgang til forskningsdata fra Helseplattformen – Data Access Committee

⁴² Jf. brev fra Trondheim kommune på vegne av deltakerkommunene til HOD 26. mai 2025

⁴³ Jf. brev fra Helse Midt-Norge RHF til HOD den 1. mai 2025

⁴⁴ Jf. brev fra Helseplattformen til HOD 30. april 2025

kap. V. I tillegg unngår Helseplattformen AS administrasjon og oppfølging av et stort antall databehandleravtaler med flere dataansvarlige.

Rollebasert tilgangsstyring og stor grad av felles rutiner i et og samme system gir også et godt utgangspunkt for mer enhetlig praktisering av lovverket, kontroll og sikkerhet i tjenesten, blant annet ved at helsevirksomhetene får tilgang til felles juridisk tolkning, prosedyrer, enhetlig håndtering av avvik osv. I 2024 ble det etablert et juridisk forum som skal bidra til at partene i samarbeidet får mulighet til reell medvirkning og innflytelse i prinsipielle juridiske vurderinger som rådgivende for Felles faglig beslutningsstruktur.

I vår analyse ser vi også at det er noen [ulemper eller svakheter](#) ved fordelingen av dataansvaret i Helseplattformen.

Helseplattformen involverer mange aktører og behandlingskjeder, noe som stiller høye krav til den dataansvarlige. Vi ser at det fra helseforetakene fortsatt uttrykkes en erklæring om klarhet i praktisk rolleforståelse og etterlevelse. Utfordringer som er trukket fram av helseforetakene er blant annet at det har vært krevende å etablere en felles forståelse for ansvar, roller og myndighet for dataansvar, informasjonssikkerhet og personvern innenfor den reguleringen som er valgt i enkeltvedtaket fra HOD.⁴⁵

Flere helseforetak stiller også spørsmål ved hjemmelsgrunnlaget for enkeltvedtaket og ønsker overgang til bilaterale avtaler eller forskrift. Uklarhet om hjemmelsgrunnlag og lovlighet er en klar ulempe ved Helseplattformen. Som et svar på dette, har HOD i brev av 4. september 2025 uttalt at dataansvaret er "uttømmende definert i enkeltvedtaket", og departementet mener det er "utvilsomt" at det foreligger tilfredsstillende hjemmel.⁴⁶ For ordens skyld presiseres at vi i analysen ikke har foretatt en uttømmende vurdering av hjemmelsgrunnlaget og lovligheten av vedtaket, men påpekt at usikkerhet/uenighet om dette er en ulempe.

Når det gjelder innholdet i enkeltvedtaket er det også noen ulemper som særlig trekkes fram av særlig helseforetakene.

Helseplattformen AS sitt dataansvar er i enkeltvedtaket fra HOD avgrenset mot behandling av personopplysninger som krever helsefaglige vurderinger. En aktør som ikke har noen rolle i pasientbehandlingen, har en viktig rolle som dataansvarlig for person- og helseopplysningene. Særlig helseforetakene har vist til at det er krevende å etablere en felles forståelse og tolkning knyttet til praktisering av denne avgrensningen⁴⁷. Enkeltvedtaket utforming og innhold gir dermed rom for ulike oppfatninger/tolkninger.

Det kan rettslig sett i noen sammenhenger være en utfordring å skille mellom dataansvar for systemet og de helsefaglige vurderingene. Disse vurderingene kan henge sammen. For eksempel følger det av pasientjournalloven § 5 og helseregisterloven § 5 at helseopplysninger skal behandles i samsvar med prinsippene for behandling i personvernforordningen artikkel 5. Dette er en bestemmelse som legger ansvaret på den dataansvarlige (Helseplattformen AS). Videre fremgår det at graden av personidentifikasjon ikke skal være større enn nødvendig for det aktuelle formålet, og graden av personidentifikasjon skal begrunnes. Formålet vil i stor grad bestemmes av helsevirksomhetene, mens graden av identifikasjon vil kunne avhenge av systemets funksjonalitet mm. Tilsynsmyndigheten kan kreve at den dataansvarlige legger frem begrunnelsen. Siden det er skilt mellom ansvar for helsefaglige vurderinger og annet dataansvar, kan det være vanskelig for Helseplattformen AS å ivareta ansvar og plikter etter § 5.

⁴⁵ Jf. Blant annet udatert notat fra St. Olavs Hospital HF til Helse Midt-Norge RHF i forbindelse med evalueringen av enkeltvedtaket (ref. 2022/2151)

⁴⁶ Jf. brev fra HOD til Helseplattformen AS 4. september 2025, ref. 20/2985

⁴⁷ Jf. Brev fra Helse Midt-Norge til Helse- og omsorgsdepartementet datert 1. mai 2025

Grensen mot helsefaglige vurderinger gjør det også utfordrende å avklare hvem som har det faktiske ansvaret for å sikre rettighetene til pasienten.

I takt med helsevirksomhetens behov og den teknologiske utviklingen, er det nødvendig å vurdere flere forhold ved dataansvaret for Helseplattformen. Et eksempel er hvis, og i den grad, Helseplattformen vil legge til rette for bruk av kunstig intelligens eller mer automatiserte prosesser⁴⁸, vil dette reise juridiske problemstillinger som ikke er løst gjennom vedtaket, og hvor det fordelte dataansvar kan bli utfordret i enda større grad. Kommuner, helseforetak og Helseplattformen AS deler i dag data og funksjonalitet, men har forskjellige juridiske roller. Hvis systemet legger til rette for mer automatiserte prosesser (f.eks. legemiddelsamstemming), kan det være vanskelig å avgjøre om beslutningen er et resultat av systemets logikk eller helsepersonellens faglige skjønn, og derved hvem som har dataansvaret, eventuelt om det er et felles dataansvar, jf. GDPR art. 26. Dette kompliserer vurderingen av hvem som er ansvarlig for kvalitet og sikkerhet, ved avvik osv., og krever tydelige avgrensninger og dokumentasjon for å klargjøre ansvar, unngå brudd på taushetsplikt og personvern.

I tillegg er det i vedtaket fra HOD ikke vurdert om deler av leveransene fra Helseplattformen AS til kommuner og helseforetak er databehandleroppgaver som faller utenfor dataansvaret slik det er fastlagt i enkeltvedtaket.

Ved enkeltvedtaket utfordres også foretakenes og kommunenes dataansvar, kontroll eller "eierskap" til data i noen sammenhenger.

Som Helseplattformen AS også påpeker, er en stor del av innholdet i felles pasientjournal skapt i løsningen basert på opplysninger nedtegnet av helsevirksomhetene som benytter den, eksempelvis kliniske dashbord⁴⁹. Dataansvaret knyttet til denne informasjonen er vanskelig å utlede av enkeltvedtaket, og det har ført til diskusjoner mellom partene i enkeltvedtaket.

Når det gjelder bruk av helse- og personopplysninger til andre formål enn helsehjelp, er dette er regulert i vedtaket punkt 6:

"6 – Bruk av helse- og personopplysninger til andre formål enn helsehjelp

6.1 Bruk av helse- og personopplysninger til forskning mv.

Helsevirksomhetene beslutter om og hvordan helse- og personopplysninger i Helseplattformen skal brukes til andre formål enn helsehjelp, jf. pasientjournalloven § 20. Virksomhetene er ansvarlige for vurderinger knyttet til hjemmelsgrunnlaget. Det skal foreligge skriftlige prosedyrer om beslutningskompetanse i virksomhetene for bruk av helse- og personopplysninger til slike sekundære formål.

Helseplattformen AS skal bistå virksomhetene med uttrekk og overføring av helse- og personopplysninger til sekundære formål og er ansvarlig for at informasjonssikkerheten ivaretas i den forbindelse. Helseplattformen AS skal kun utføre forespørsler som kommer fra avsender som har formell beslutningskompetanse."

Helse Midt-Norge uttrykker i brev til HOD den 1. mai 2025 følgende:

⁴⁸ Jf. Eksempelvis Pasientjournalloven § 11 første ledd som lyder: "Ved saksbehandling, administrasjon, oppgjør og gjennomføring av helsehjelp, kan det treffes avgjørelser som utelukkende er basert på automatisert behandling av helseopplysninger eller andre personopplysninger, når avgjørelsen er lite inngripende overfor den enkelte."

⁴⁹ Jf. Brev fra Helseplattformen AS til HOD 30. april 2025

“ *Foretakenes eierskap til data utfordres, samarbeid rundt datauttrekk og datatilgangen har ikke fungert i samsvar med foretakenes forventninger. Foretakene sliter med å få tilgang til «egne data», dette gjelder både oppdaterte data for aktivitet- og styring samt data til forskningsformål og annen sekundærbruk. Dette innebærer utfordringer med å oppfylle krav som påhviler foretakene i tilknytning til ansvar for b.la. forsvarlige helsetjenester*

Dette er utdypet av enkelte av helseforetakene, blant annet Helse Møre og Romsdal⁵⁰ som uttaler:

“ *HMR opplever at helseforetaket har blitt fratatt kontrollen (ofte kalt “eierskapet”) til data som behandles i HP uten entydig hjemmel for dette i enkeltvedtaket eller tjenesteavtalen. Utlevering av data fra HP til helseforetak er utfordrende, spesielt for oppdaterte aktivitets- og styringsdata, data for kvalitetskontroll og feiltesting, samt tilgang til data for forskning og annen sekundærbruk.*

Samarbeidet rundt datauttrekk og datatilganger har ikke fungert i samsvar med helseforetakets forventninger til nytt regionalt journalsystem, mye på grunn av at praksis etter enkeltvedtaket ikke har vært i tråd med forventningene våre eller ordlyden i vedtaket.

Hemit HF har også trukket fram utfordringer med Helseplattformens dataansvar i brev til Helse Midt-Norge RHF 1. april 2025 i forbindelse med evalueringen av vedtaket fra HOD. Hemit uttaler at

“ *Hemit har erfart at Helseplattformens dataansvar har gjort det vanskelig for Hemit å bistå helseforetakene med deres rapporteringsbehov. Helseplattformen har ikke klart å levere den rapporteringen som helseforetakene har behov for, og Hemit har ikke hatt mulighet til å hente ut og bruke data for å møte dette rapporteringsbehovet hos helseforetakene*

Personvernombudet i Helseplattformen AS løfter også fram utfordringer med styringslinjer og mandat i sin årsrapport for 2024 fra mars 2025:

“ *I tillegg ble problemstillinger i forbindelse med styringslinjer og mandat på området informasjonssikkerhet og personvern løftet. Det er av Statens helsetilsyn rapport 2/2021 pekt på at uklare ansvarsforhold mellom helseforetak og IKT-driftsleverandør er en risikofaktor for pasientsikkerhet. Dette er også riktig for HPAS selv om vi ikke er en IKT driftsleverandør. Vi har imidlertid fått tildelt dataansvar gjennom et enkeltvedtak. For å sikre at dataansvaret ivaretas i den riktige styringslinjen, som er Styret og eiermøte, er det viktig at det ikke besluttes føringer fra andrestyringsstrukturer som påvirker eller er i motstrid med HPAS sine egne styringslinjer. Et eksempel på styring som påvirker dataansvaret til HPAS er beslutninger i styringsstrukturen til det regionale helseforetaket. Der besluttes det føringer for eksempel om dataforvaltning utenfor Helseplattformen, som påvirker vurderinger rundt personvern og informasjonssikkerhet som ligger til HPAS sitt dataansvar å sikre.”*

Oppsummert er det både fordeler og ulemper ved dataansvaret for Helseplattformen, og det er forskjellig syn mellom aktørene.

7.8.1.3 Arkivansvar mv.

I vedtaket fra HOD om dataansvar er det også et punkt om arkiv. Dette lyder:

⁵⁰ Jf. Brev til Helse Midt-Norge RHF 1. april 2025

7.1 Oppbevaring av pasientjournaler

Helseplattformen AS har ansvar for at pasientjournaler i Helseplattformen og tilhørende logger oppbevares til det ikke lenger antas å bli bruk for dem, jf. pasientjournalloven § 25. Helseplattformen AS skal sørge for sikker avlevering til arkivdepot/Helsearkivregisteret.

Både helseforetak og kommuner er offentlige virksomheter som er underlagt arkivplikt. Reglene er imidlertid forskjellige på en del punkter, blant annet når det gjelder avlevering til Norsk helsearkiv, jf. helsearkivforskriften⁵¹.

Helseplattformen AS opplyser at Helseplattformen er godkjent som arkivsystem. Arkivverket besluttet i 2024 å gi dispensasjon fra kravet om å journalføre og arkivere etter Noark-standarden:

Helseplattformen er et felles pasientjournalssystem. I tillegg gjøres det saksbehandling knyttet til helse- og omsorgstjenester i løsningen. Tidligere har dokumentasjon om slik saksbehandling ofte blitt arkivert i et separat arkivsystem.

Helseplattformen har nå blitt godkjent som et fagsystem som i seg selv har tilstrekkelig innebygd arkivering. Dette betyr at det ikke er nødvendig å tilleggsarkivere dokumenter i et arkivsystem for å etterleve arkivloven.⁵²

Arkivverket har i brev til HOD den 23. mai 2025⁵³ redegjort for sine innspill til departementet vedrørende vedtaket om dataansvar. Også kommunene har vist til at de rettslige rammene for bevaring og kassasjon er uklare. I brevet til HOD 26. mai 2025 uttaler kommunene blant annet at:

“ *Kommunene opplever de rettslige rammene for bevaring og kassasjon av opplysninger i Helseplattformen som uklare. Dette skyldes dels ulikt regelverk for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten knyttet til arkiv, samt at Helseplattformen inneholder en kombinasjon av elektronisk pasientjournal og forvaltningssaker knyttet til ytelsen av helsehjelpen (f.eks. tildeling av tjeneste).*

Tilrettelegging for avlevering fra større pasientjournalssystemer er tidkrevende for den som skal avlevere og den som skal motta (Norsk Helsearkiv), og det er nødvendig å få klarlagt rammene for avlevering før teknisk tilrettelegging kan gjøres.

Innspillene fra både kommunene og Arkivverket bygger til dels på utredningen "Norsk helsearkiv som felles depot for felles journalssystem fra Helseplattformen", ref. 2021/9053. I uttalelsen fra Arkivverket trekkes det særlig fram to forhold som Arkivverket mener er utilstrekkelig håndtert i dag gjennom Helseplattformen og enkeltvedtaket:

1. Mangler hjemmel for avlevering til Norsk helsearkiv fra primærhelsetjenesten

For det første løser ikke vedtaket, etter Arkivverkets syn, problemet rundt avlevering til Norsk helsearkiv fra primærhelsetjenesten, da pasientjournalloven ikke har hjemler til å bestemme hvor kommunalt arkiv skal avleveres. Et vedtak med hjemmel i pasientjournallova § 9 innebærer ikke at Norsk helsearkiv har hjemler til å ta imot og forvalte arkivene fra kommunene, da § 9 i pasientjournallova ikke vil kunne overføre råderetten for kommunens arkiv.

En avlevering fra Helseplattformen vil inneholde pasientarkiver fra både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Siden opplysningene er underlagt forskjellig regelverk er det etter

⁵¹ FOR-2026-03-18-268

⁵² Ref. Helseplattformen - <https://www.helseplattformen.no/nyheter/helseplattformen-godkjent-som-arkivsystem/#hva-er-noark>

⁵³ Ref. 2025/6335

dagens regelverk nødvendig å holde disse opplysningene fra hverandre. Arkivverket skriver i sitt brev at dette vil skape utfordringer og kostnader. Arkivverket foreslår at dette løses gjennom en endring i helsearkivforskriften.

2. Arkivansvar er noe annet enn dataansvar. Vedtaket regulerer kun dataansvaret.

Det fremgår av Arkivverkets brev av 23. mai 2025 at det "får gjennom tilsyn og veiledning stadig kunnskap om at dataansvar og arkivansvar blandes sammen når det gjelder dokumentasjon i Helseplattformen". Arkivverket fremhever at arkivansvaret ikke er løst med enkeltvedtaket fra HOD, og viser til at det blant annet må fastsettes ansvar for overordnet arkivansvar, praktisk arkivansvar, tilsyn, fastsettelse av uttrekksfunksjonalitet og bevarings- og kassasjonsbestemmelser. Arkivverket trekker frem at en del av dette kan løses, men at det er flere elementer som må utredes:

Fastsettelse av uttrekksfunksjonalitet vil løses ved at man legger § 11 i helsearkivforskrifta til grunn. Bevarings- og kassasjonsbestemmelser kan reguleres igjennom helsearkivforskrifta, men vil kreve endring både i riksarkivarens forskrift og helsearkivforskrifta, og må derfor utredes.

Det vil for øvrig ikke være mulig å løse alt vedrørende arkivansvaret igjennom endring av helsearkivforskrifta. Det praktiske arkivansvaret kan avtalefestes mellom kommunen og Helseplattformen, men som vi pekte på i utredningen av 12.5.21, må det etableres samarbeid om arkivene som skapes i Helseplattformen. Dette samarbeidet må ha kontroll på hvilke prosesser og hvilken dokumentasjon som faktisk skapes i den nye omgivelsen og det nye mandatet som Helseplattformen er. På samme måte som man nå har fastsatt behandlingsansvar iht. pasientjournalloven og personopplysningsloven, må man fastsette arkivansvaret iht. arkivloven.

7.8.2 Informasjonsdeling og samhandling - helsepersonell

I helselovgivningen har helsepersonell en grunnleggende taushetsplikt. Dette følger blant annet av Helsepersonelloven og i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 er det uttrykkelig fastsatt at pasienter har et vern mot spredning av opplysninger:

"Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.

Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker.

Dersom helsepersonell tilgjengeliggjør opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det, informeres om at opplysningene er gjort tilgjengelige og hvilke opplysninger det dreier seg om."

Samtidig legger lovverket til rette for og pålegger både informasjonsdeling og samhandling for å sikre forsvarlig pasientbehandling mm. Dette følger blant annet av Helsepersonelloven § 25 og § 25 a om deling til samarbeidende personell, i helsefaglige arbeidsfelleskap mv., samt pasientjournalloven § 19 som fastslår at den dataansvarlige innenfor rammen av taushetsplikten skal sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og

annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til den enkelte.

En fordel ved Helseplattformen er at den gir helsepersonell med tjenstlig behov tilgang til pasientopplysninger i sanntid. Tjenesten legger til rette for oppdatert og tilgjengelig informasjon i store deler av behandlingskjeden. Helsepersonell har tilgang til relevant og oppdatert informasjon når pasienter beveger seg mellom ulike nivåer i helsetjenesten. For å gi god behandling, må helsepersonell ha relevant informasjon om pasienten. Dette reduserer behovet for å gjenta og sende informasjon mellom helsepersonell i ulike deler av helsetjenesten.

I forlengelsen av dette har kommunene innsikt i sanntid, noe som gir bedre mulighet til å tilpasse tjenestetilbudet, motta utskrivningsklare pasienter og utfordre om pasienter faktisk er utskrivningsklare. Dette er et bidrag til økt pasientsikkerhet og forsvarlig helsehjelp, jf. blant annet Pasientjournalloven § 19. I forlengelsen av dette kan også nevnes at Helseplattformen legger til rette for bedre samhandling i akuttforløp, for de legevakter som er koblet på Helseplattformen og har tilgang til pasientens journal og medisinerings.

Tjenesten HP Link er en tjeneste som gir grunnlag for informasjonsdeling. Den gir mulighet for at helsevirksomhetene kan tilgjengeliggjøre journaldata for aktører med tjenstlig behov utenfor Helse Midt Norge, for eksempel med Oslo universitetssykehus HF. Også fastleger, legevakter og andre i helsetjenesten kan koble seg på HP Link for tilgang til journalinformasjon om pasienter i behandling.

Sikker chat i Helseplattformen vurderes som et effektivt og sikkert kommunikasjonsverktøy mellom aktørene, noe som erstatter andre kanaler. Den brukes aktivt mellom kommuner og sykehus, og gir raskere arbeidsprosesser og informasjons/kunnskapsdeling om pasienter.

Det stilles flere lovkrav til dokumentasjon og kvalitet i helsetjenesten. Helseplattformen er en såkalt strukturert journal, noe som innebærer at pasientdata i stor grad vil lagres på en strukturert måte, selv om pasientinformasjon også kan inkluderes i fritekst. Helsepersonell ledes gjennom flere steg for å registrere informasjon om pasienten og behandlingen. Dette bidrar til dokumentasjon av helsehjelpen, jf. Pasientjournalloven. En felles løsning vil også bidra til å redusere duplisering av pasientopplysninger, noe som kan gjøre det enklere å holde opplysningene oppdaterte og korrekte, jf. GDPR art. 5. Helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven (krav til forsvarlighet).

En av de klare ulempene ved Helseplattformen er manglende deltakelse av fastleger og flere legevakter. Disse står i stor grad utenfor Helseplattformen, noe som gir brudd i informasjonsflyten mellom aktørene i helsetjenesten. Informasjonsflyten for disse ivaretas gjennom andre løsninger, eksempelvis nasjonale samhandlingsløsninger.

7.8.3 Informasjonsdeling og samhandling - Pasientportalen HelsaMi

I dag er HelsaMi og Helsenorge to uavhengige innbyggerportaler med delvis overlappende og delvis utfyllende funksjoner og tjenester. HelsaMi er innbyggerportalen i Helseplattformen, til bruk for kommunikasjon mellom både innbyggere, pasienter, pårørende og helsepersonell. Den leveres både via en egen App på mobil, og som en web-portal. Helsenorge.no er nasjonal innbyggerportal som leverer flere av de samme tjenestene som HelsaMi.

Fordeler

Pasientportalen HelsaMi gir pasienter tilgang til egne helseopplysninger, digital timebestilling og oppfølging/dialog med helsetjenesten. Dette gir mer tilpasset oppfølging og lett tilgang til informasjon for brukerne (pasientene). Denne tjenesten bidrar til å både å gi informasjon og medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3.

Som det fremgår i punkt 7.2.2 over, viser utredningen at eldre med sammensatte lidelser og kronikere opplever økt kontroll over egen helse gjennom tilgang på informasjon i sanntid. Etter vår forståelse er tilgang på informasjon i sanntid kun tilgjengelig gjennom HelsaMi, og ingen andre selvbetjeningsløsninger som for eksempel Helsenorge. Utredningen viser også at det er en betydelig fordel for pasientene at de kan booke timer med både sykehus og kommuner i HelsaMi. For pasienter med hyppig kontakt med helsetjenesten innebærer det trolig en gevinst.

Ulemper

Bruk av HelsaMi forutsetter digital kompetanse, noe som kan ekskludere enkelte pasientgrupper, men det er også tilfellet med andre digitale løsninger. I rapporten fra Tilsynet for universell utforming av IKT (se punkt 1.1.4) fremgår det at tilsynet har avdekket brudd på 12 av 14 krav som ble testet under tilsynet, jf. Likestillings- og diskrimineringsloven (Idl.) § 18, jf. Forskrift om universell utforming av ikt-løsninger § 4 første ledd. Ifølge tilsynet gjør bruddene som er avdekket det blant annet vanskeligere for personer som har nedsatt motorikk, nedsatt kognisjon er blinde eller har nedsatt syn å bruke nettstedet.

En ulempe som trekkes fram er at helsetjenestens bruk av både HelsaMi og den nasjonale løsningen Helsenorge gir fragmentert pasientkommunikasjon, noe som kan innebære risiko for viktig informasjon ikke fanges opp av pasienten.

To forskjellige og delvis overlappende tjenester kan også oppleves forvirrende for innbyggerne, se blant annet Helseplattformen AS, styresak 56/25 - Underlag til strategi for samhandling mellom HelsaMi og Helsenorge. Det uttales i dokumentet at det ikke er tydelig for innbyggerne når de skal bruke hvilken portal. Helseplattformen har fått tilbakemeldinger fra innbyggere og kunder om behov for en bedre brukeropplevelse og samarbeid mellom de to portalene.

Det fremgår også av styredokumentasjonen som nevnt over, at Helse Midt-Norge har avvik på noen områder på forskriftskravet om at helseforetak skal gjøre tjenester for selvbetjening, dialog og innsyn tilgjengelig for pasienter og brukere på helsenorge.no.⁵⁴ Det følger av Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger beskriver en plikt for virksomhetene til å gjøre tilgjengelig tjenester på en nasjonal innbyggerportal (helsenorge.no). Med tjenestene selvbetjening, dialog og innsyn menes:

- a. Selvbetjening: Tjenester for administrasjon av avtaler og kontakt med helse- og omsorgstjenesten.
- b. Dialog: Informasjon om innbyggers kontaktpunkter i helse- og omsorgstjenesten og mulighet for digital dialog med helse- og omsorgstjenesten.
- c. Innsyn: Innsyn i de deler av pasientjournalen dataansvarlig har gjort tilgjengelig.

Det er et pågående arbeid hvor Helseplattformen AS samarbeider med Norsk Helsenet HF (Helsenorge), blant annet om å forbedre brukeropplevelser og lukke juridiske avvik⁵⁵. For at helseforetakene skal ivareta sine lovpålagte forpliktelser, er det nødvendig å løse de juridiske avvikene:

⁵⁴ Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger beskriver i §12

⁵⁵ Se Helseplattformen AS styresak 56/25, styremøte 27. august 2025

Tabell 7.1 **Situasjon per 27. august 2025 og pågående tiltak**

Tjeneste	Hva menes	Status i Helseplattformen
Selvbetjening	Tjenester for administrasjon av avtaler og kontakt med helse- og omsorgstjenesten.	Visning av <u>timeavtaler</u> er integrert med HelseNorge. Helseplattformen AS vurderer integrasjon for <u>timebestilling</u> som krevende (ref. mulighetsstudie).
Dialog	Informasjon om innbyggers kontaktpunkter i helse- og omsorgstjenesten og mulighet for digital dialog med helse- og omsorgstjenesten.	Ikke oppfylt. Helseplattformen AS vurderer integrasjon med <u>Helsekontakter</u> som krevende (ref mulighetsstudie). Helseplattformen AS vurderer integrasjon med <u>pasientmeldinger</u> som krevende (ref mulighetsstudie).
Innsyn	Innsyn i de deler av pasientjournalen dataansvarlig har gjort tilgjengelig.	Helseplattformen er i oppstart med prosjektet Pasientens Journaldokumenter. Forskriften vil dekkes når denne er levert. Innsyn i journal tilbys i HelsaMi. En mulig midlertidig løsning er uthopp fra HelseNorge til HelsaMi.

Kilde: Helseplattformen AS styresak 56/25, styremøte 27. august 2025

En nærmere faktabeskrivelse om HelsaMi og Helsenorge er inntatt i styresaken.

I forlengelsen av at det er to til dels overlappende tjenester, nevnes også at brukere i HelsaMi kan gi samtykker og representere barn eller andre de er pårørende for. Dette kan også gjøres i Helsenorge. Samtykker og representasjonsforhold i de to portalene er pr i dag ikke integrert eller synkronisert. Dermed kan pasienter oppleve å ha tilgang for eksempel på vegne av foreldre i HelsaMi men ikke på Helsenorge. Det fremgår av styredokumentasjonen at Helseplattformen AS ønsker å utnytte den nasjonale løsningen personvernkomponenten (PVK) slik at alle samtykker og representasjonsforhold kan ivaretas nasjonalt⁵⁶.

Diskusjoner vedrørende brukerdata fra HelsaMi appen

Personvernombudet i Helseplattformen AS har i sin årsrapport for 2024 fra mars 2025 trukket fram at databehandler (Epic) behandlet bruksdata (ikke pasientdata) om HelsaMi til eget formål. Etter det vi forstår har det høsten 2025 vært en utvikling i dialogen med Epic, jf. blant annet møtereferat fra Helseplattformens Brukerutvalg 13. oktober 2025. I referatet vises det til enighet med Epic om nye vilkår for bruk av HelsaMi-appen. Helseplattformen AS har i november 2025 opplyst at nye vilkår for bruk av HelsaMi ble signert 23. oktober 2025 og at HelsaMi appen ble oppdatert 31. oktober 2025⁵⁷. Ny personvernerklæring opplyses å være under arbeid. I brukervilkårene fremgår det nå at Epic kan samle inn, lagre og bruke ikke-identifiserbare tekniske data til forbruksforbedring mv.

Basert på ovennevnte, forstår vi et slik at de forholdene som gjelder brukerdata fra HelsaMi-appen nå er avklart.

7.8.4 Etterlevelse krav til personvern og informasjonssikkerhet

I dette punktet ser vi på etterlevelsen av krav til personvern og informasjonssikkerhet med fokus på internkontroll og oppfyllelse av sentrale forpliktelser som dataansvarlig. Etterlevelse av krav til

⁵⁶ Jf. Helseplattformen AS styresak 56/25, styremøte 27. august 2025

⁵⁷ Jf. Informasjon mottatt fra Helseplattformen AS v/juridisk leder 28. november 2025

personvern og informasjonssikkerhet er basert på et omfattende regelverk, inkludert personopplysningsloven, helseregisterloven og pasientjournalloven.

Fordeler ved en felles journal- og samhandlingsløsning er at arbeid med standardisering og felles prosedyrer gir bedre grunnlag for enhetlig lovforståelse og internkontroll. Ansvar for informasjonssikkerhet og internkontroll er plassert hos Helseplattformen AS, jf. enkeltvedtaket til fra HOD, se punkt 7.8.1.1.

Det har tatt tid for Helseplattformen AS å få på plass systemer og dokumentasjon for etterlevelse av regulatoriske krav til personvern og informasjonssikkerhet i Helseplattformen. Det har vært arbeidet mer systematisk med etterlevelse de siste to årene, men fortsatt er det flere forhold som utestående, og hvor det pågår arbeid for å sikre etterlevelse.

Personvern er løftet inn som en del av Helseplattformen AS (HPAS) sin overordnede strategi for 2025⁵⁸. Det er vedtatt egne policies for personvern, informasjonssikkerhet og tilgangsstyring, og personvernombudets rolle er tydelig definert. Fra våren 2024 ble det gjennomført et omfattende GDPR-prosjekt for å kartlegge og forbedre etterlevelsen. Dette inkluderte innleie av eksterne konsulenter og involvering av flere interne seksjoner. Prosjektet resulterte i en forbedret dokumentasjon, jf. blant annet Policy for personvern og rollebeskrivelse for personvernombudet⁵⁹. Ytterligere rutiner og dokumentasjon er etablert gjennom 2025, se blant annet styresak 45 i 2025. Dette inkluderer Policy for back up, Policy for identitets- og tilgangsstyring, Policy for logging mv.

Helseplattformen AS har også etablert et forum for informasjonssikkerhet og personvern, og det er økt involvering av personvernombudet i interne prosesser og beslutninger, jf. Policy for personvern og Personvernombudets rollebeskrivelse.⁶⁰ I 2024 ble det også etablert et juridisk forum som skal bidra til at partene i samarbeidet får mulighet til reell medvirkning og innflytelse i prinsipielle juridiske vurderinger som rådgivende for Felles faglig beslutningsstruktur.

Ulemper ved Helseplattformen er at etterlevelse av regelverk innenfor personvern og informasjonssikkerhet fortsatt er ufullstendig, herunder at aktørene har forskjellig syn og tolkning av enkeltvedtaket fra HOD⁶¹ om dataansvar, og at de registrertes rettigheter til retting og sletting ikke fremstår tilstrekkelig ivarettatt i tråd med lovverket.

Personvernombudet i Helseplattformen AS har i sin årsrapport for 2024 fra mars 2025 trukket fram manglende etterlevelse av GDPR:

*"Det er identifisert flere regulatoriske avvik i forhold til oppfyllelse av GDPR som lovlighetsvurderinger, oppfyllelse av rettigheter ovenfor den registrerte."*⁶²

⁵⁸ Se Rapport fra Personvernombudet i Helseplattformen AS for 2024, fra mars 2025

⁵⁹ Se Helseplattformen AS styresak 49.24, 27. juni 2024

⁶⁰ Jf. Helseplattformen styresak 49.24, 27. juni 2024

⁶¹ Jf. innspill til HOD i 2025.

⁶² Med henvisning til "lovlighetsvurderinger" forstår vi det slik at ombudet sikter til vurderinger etter GDPR i Helseplattformen, og ikke enkeltvedtaket til HOD

Overordnet vurdering av etterlevelse GDPR

● Fleste krav er tilfredsstilt ● Krav er delvis tilfredsstilt ● Fleste krav er ikke tilfredsstilt

BEHANDLINGSPROTOKOLL	Des 24	STYRINGSSYSTEM/INTERNKONTROLL	Des 24
FORMÅLSBEGRENSNING	Des 24	PERSONVERNOMBUD	April 24, Des 24
BEHANDLINGSGRUNNLAG	Des 24	[Sett inn]	
LAGRINGSBEGRENSNING	Des 24	[Sett inn]	
PERSONVERNKONSEKVENSVURDERING (DPIA)	Des 24	[Sett inn]	
DATABEHANDLERE	April 24, Des 24	[Sett inn]	
MELDING OG INFORMERING OM BRUDD	Des 24	[Sett inn]	
DE REGISTRERTES RETTIGHETER	Des 24	[Sett inn]	

Tilsvarende oversikt finnes ikke per november 2025, men vi har fått følgende oppdaterte opplysninger fra Helseplattformen AS (oppsummert):

Helseplattformen AS opplyser at selskapet har arbeidet systematisk med forbedringer innen personvern og avvikshåndtering gjennom 2025, blant annet gjennom organisatoriske tiltak og nyansettelse av personvernrådgiver i 2024. Dette har, etter selskapets syn, ført til økt kapasitet og mer systematisk forbedringsarbeid. Eksempler på tiltak som er innført:

1. Tiltak rettet mot aktørene:
 - Et nytt skjema for innmelding av personvernavvik er tilgjengelig på Kundeportalen, noe som forenkler prosessen og samarbeidet med aktørene.
 - Økt transparens og dialog gjennom månedlige møter og tilgjengelig oversikt over meldte avvik til Datatilsynet.
 - Fysiske samlinger for aktørene (deltakere i Forum for Informasjonssikkerhet og personvern) sikrer felles forståelse for prosesser og rutiner.
 - Statistikker over personvernavvik blir delt med aktørene.
2. Internt i Helseplattformen AS:
 - Påstartet arbeid med forbedring av avviksprosessen. Gjennomgang av prosess, roller og prosedyrer.
 - Tettere samarbeid mellom relevante funksjoner internt (personvernrådgiver, Incident-/Problem Manager og Risk Manager).
 - Skjema for avviksmelding er forbedret, noe som gir bedre oversikt og rapportering.
 - Opplæring og etterlæring er styrket både internt og eksternt.
 - Personvernavvik lukkes først når tiltak er implementert og følges deretter opp i risikoregisteret.

Selskapet opplyser også at det har høy prioritet på utestående personvernoppgaver, og har styrket ressursene for å håndtere disse. Arbeidet vil fortsette i 2026. Alle mangler er ikke fullstendig rettet p.t. men det arbeides med dette også opp mot leverandøren Epic ifølge Helseplattformen AS.

Det arbeides også fortsatt med etablering av prosedyrer som er relevant for personvern og informasjonssikkerhet⁶³.

Et stort antall avvik (brudd på personopplysningssikkerhet) gjennom 2025 indikerer også at det fortsatt gjenstår en del arbeid med å sikre etterlevelse av sentrale rettslige krav, selv om både rapportering til Datatilsynet og informasjon fra våre informanter viser at utviklingen er positiv og går i riktig retning. Se mer om avvik i punkt 7.8.6 nedenfor.

Når det gjelder personvernombudets stilling, vedtok styret i Helseplattformen AS den 27. juni 2024⁶⁴ en policy for personvern og rollebeskrivelse for personvernombudet. Personvernombudet rapporterer i personvernspørsmål til administrerende direktør, og skal også i samsvar med policy konsulteres og delta i styrets behandling av personvernspørsmål. Vi har fått opplyst at det i organisasjonen er to ledelsesnivåer mellom administrerende direktør og ombudet, noe som kan utfordre den reelle muligheten for uavhengighet i organisasjonen. Det gjenstår trolig noe arbeid for å sikre fullstendig uavhengighet knyttet til ansettelsesforholdet til Personvernombudet i Helseplattformen AS.

7.8.5 Tilgangssikring og kontroll

Helseplattformen har etablert rollebasert tilgang, med utgangspunkt i tjenstlig behov, funksjonalitet for skjerming, sperring⁶⁵ og logging. Prinsipper for tilganger er etablert⁶⁶, men det er stort system med mange aktører og roller.

Helseplattformen har løsningen "Bryt glasset" som innebærer at helsepersonell må begrunne ytterligere innsyn om det ikke er innenfor det rollebaserte systemet. Det er også funksjonalitet for å ivareta særlige behov, slik som skjerming og sperring⁶⁷.

Vår analyse er at Helseplattformen i hovedsak ivaretar lovfestede krav til taushetsplikt og tjenstlig behov, og skiller seg ikke i vesentlig grad fra andre løsninger, men det gjenstår fortsatt noen utfordringer:

- Feil i tilgangsstyring har vært en vedvarende utfordring over tid, selv om trenden meldte brudd på personopplysningssikkerheten til Datatilsynet nå viser en positiv utvikling, se mer i punkt 7.8.6.
Manglende logganalyse, bruk av logger i helsevirksomhetene og etterlevelse av krav til logging er fortsatt ikke fullstendig

Personvernombudet påpeker i sin årsrapport for 2024 fra mars 2025 at:

“ *Rapporteringsmodulen i journalløsningen tilfredsstiller ikke krav til konfidensialitetskrav i GDPR og helselovgivningen. Risikoen er avdekket gjennom 2024 basert på gjentakende møter med seksjon rapportering, som har involvert personvernombudet i sin revisjon av rapporteringsprodukter i modulen. Det må gjennomføres avklaring av formål med rapporteringsproduktene, systematisk forvaltning av endringer fra Epic i et personvernperspektiv, tilgangsstyring og logg (analyse) i modulen*

Vi har fått følgende oppdaterte opplysninger fra Helseplattformen AS i november 2025, oppsummert: Når det gjelder tilgangsstyring opplyser Helseplattformen AS at det er gjort et

⁶³ Kilde: Helseplattformen AS, epost fra juridisk leder 28. november 2025

⁶⁴ Styresak Helseplattformen AS 49.24 vedlegg 2

⁶⁵ Jf. udatert notat om skjerming og sperring av opplysninger.

⁶⁶ Jf. Dokumentet "Prinsipper for tilgangsstyring i Helseplattformen" Trondheim, februar 2021

⁶⁷ Jf. Udatert notat fra Helseplattformen AS mottatt 31. oktober 2025

omfattende arbeid med kartlegging av logging og forbedring av verktøy for loggrapporter. Dette har etter Helseplattformen AS' syn bedret kvaliteten på rapportene og senket saksbehandlingstiden betraktelig. Selskapet opplyser at det har god oversikt over hva som er gjenstående mangler og jobber systematisk og målrettet for å få dette lukket. Per november 2025 jobbes det med innsynslogger for pasient, "snokellogger" og granskningslogger.

Oppsummert er vår oppfatning at det fortsatt gjenstår noe arbeid i Helseplattformen for å ha etablert et fullstendig oppsett for tilgangsstyring og kontroll.

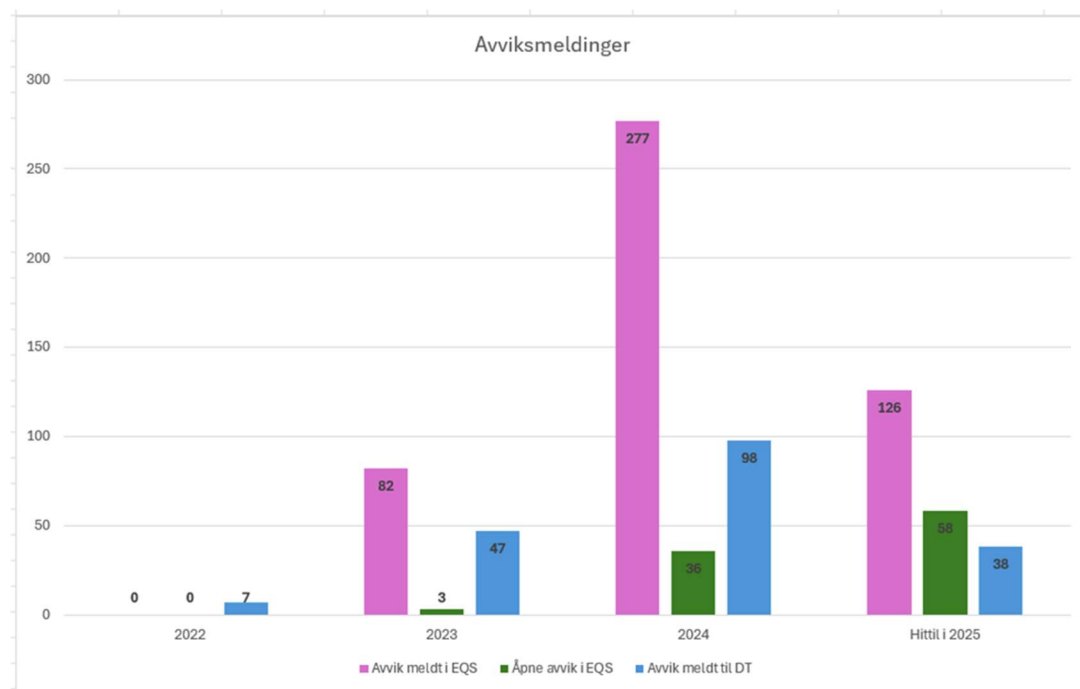
7.8.6 Avvik knyttet til personopplysningssikkerhet

Avvikshåndteringen i Helseplattformen AS har vært en utfordring over tid. Personvernombudet har i sin årsrapport for 2024 fra mars 2025 skrevet at:

"Utfordringsområder for avvikshåndteringen i HPAS:

- Gjentakende avvik som ikke blir rettet. Årsaken er at tiltak ikke følges opp i organisasjonen. At tiltak blir tatt tak i og gjennomført må forbedres i 2025. En årsak er manglende forankring av ansvarlig for å lukke avvik i organisasjonen.
- EQS som verktøy er et verktøy som krever tilpasning, og det bør i 2025 være en prioritert oppgave å forbedre verktøyet slik at det gir oss en bedre oversikt over avvik og tiltak. I tillegg må verktøyet utvikles slik at det også fungerer for å sikre en oversikt over iboende risiko for at nye avvik kan oppstå.
- Forståelse for at avvik må prioriteres, og at oppgaven ikke slippes før risikoen er redusert til et akseptabelt nivå. Hva akseptabelt nivået er må også avklares i løpet av 2025. Hvilken risiko kan organisasjonen leve med innenfor de enkelte personvernomsrådene."

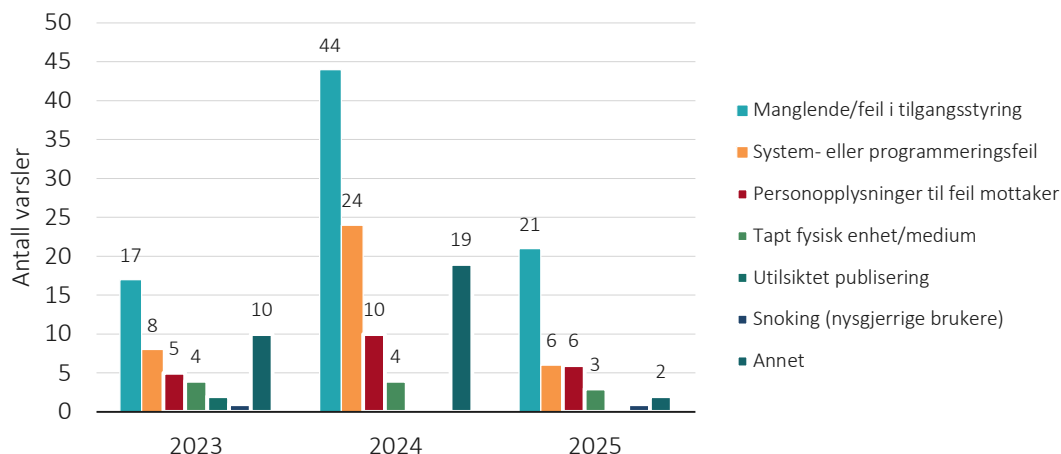
Helseplattformen AS har oversendt informasjon om omfanget av avvik meldt i styringssystemet (EQS) og til Datatilsynet (DT) årlig for perioden 2023 – 28. november 2025.



Kilde: Helseplattformen AS

Vi har også mottatt oversikt fra Datatilsynet over meldte avvik fra Helseplattformen AS i perioden 23.09.2022 til 07.11.2025. Disse tallene viser at det over tid har vært utfordringer ved Helseplattformen og avvik knyttet til personopplysningsikkerhet.

Figur 7.1 Avvik meldt til Datatilsynet i perioden 1.1.2023-7.11.2025



Kilde: Vista Analyse basert på tall fra Datatilsynet

Hovedtrender i avvikene er:

- Manglende/feil i tilgangsstyring har klart flest avvik. Den øker kraftig fra 2023 til 2024 (fra 17 til 44), men reduseres til 21 i 2025 (per 7. november).
- System- eller programmeringsfeil øker markant i 2024 (fra 8 til 24) og holder seg relativt høyt i 2025 (6).
- Andre typer avvik (uspesifisert) er det flest av i 2024 (19) og faller til kun 2 per 7. november i 2025.

Datatilsynet har i møte med Vista Analyse opplyst at Helseplattformen AS har forbedret sin oppfølging og håndtering av avvik, og at mange av varslene som kommer i dag er mindre alvorlige, og ofte skyldes menneskelig svikt heller enn systemet, for eksempel knyttet til oppsett av tilganger. Per 30. november 2025 foreligger ikke Datatilsynets endelige rapport etter tilsynet med Helseplattformen.

Status høsten 2025 er at Helseplattformen AS har tatt tak i utfordringene vedrørende avvik og etablert et system for avvikshåndtering. Dette bekreftes også av Datatilsynet og vises i tallene over reduserte aviksmeldinger. Videre har Helseplattformen AS gjennomført veiledningsmøte med Datatilsynet den 20. november 2025, hvor tema blant annet var ny prosedyre for avvikshåndtering for personvern, og hvordan selskapet jobber med kategoriseringer av avvik for blant annet å forstå rotårsaker. ⁶⁸

Vi har også fått følgende oppdaterte opplysninger fra Helseplattformen AS (oppsummert):

Helseplattformen AS opplyser at selskapet har arbeidet systematisk med forbedringer innen personvern og avvikshåndtering gjennom 2025, blant annet gjennom organisatoriske tiltak og nyansettelse av personvernrådgiver i 2024. Dette har, etter

⁶⁸ Kilde: Helseplattformen AS v/juridisk leder

selskapets syn, ført til økt kapasitet og mer systematisk forbedringsarbeid. Eksempler på tiltak som er innført:

1. Tiltak rettet mot aktørene:
 - Et nytt skjema for innmelding av personvernavvik er tilgjengelig på Kundeportalen, noe som forenkler prosessen og samarbeidet med aktørene.
 - Økt transparens og dialog gjennom månedlige møter og tilgjengelig oversikt over meldte avvik til Datatilsynet.
 - Fysiske samlinger for aktørene (deltakere i Forum for Informasjonssikkerhet og personvern) sikrer felles forståelse for prosesser og rutiner.
 - Statistikker over personvernavvik blir delt med aktørene.
2. Internt i Helseplattformen AS:
 - Påstartet arbeid med forbedring av avviksprosessen. Gjennomgang av prosess, roller og prosedyrer.
 - Tettere samarbeid mellom relevante funksjoner internt (personvernrådgiver, Incident-/Problem Manager og Risk Manager).
 - Skjema for avviksmelding er forbedret, noe som gir bedre oversikt og rapportering.
 - Opplæring og etterlæring er styrket både internt og eksternt.
 - Personvernavvik lukkes først når tiltak er implementert og følges deretter opp i risikoregisteret.

7.8.7 Kontrakten med Epic og leverandøroppfølging

Kontrakten med leverandøren er omfattende og kompleks. Store deler av avtalen er også unntatt offentlighet, slik at vi ikke har hatt en samlet oversikt over de kontraktsrettslige betingelsene som er avtalt med leverandøren Epic. Dette innebærer at det ikke er mulig å gjøre en dekkende juridisk vurdering av fordeler og ulemper.

Vi vil likevel peke på noen forhold:

Personvernombudet i Helseplattformen AS har i sin årsrapport for 2024 fra mars 2025 opplyst at mangelfull oppfølging av de største databehandlerne var et risikoområde. Ombudet uttalte at oppfølgingen er ikke tilstrekkelig, som fører til brudd på kravet om valg av leverandør som kan oppstille tilstrekkelige garantier for personvernet GDPR artikkel 24 og art 28 nr 1. Det er en risiko for at databehandlere ikke etterlever instruks, og risiko for at databehandler blir dataansvarlig uten et lovlig behandlingsgrunnlag.

Gjennom våre intervjuer har vi også oppfattet at Helseplattformen AS i mindre grad har hatt en systematisk oppfølging av leverandører. Leverandøroppfølging er etablert på noen områder, men uten at det er satt i et helhetlig system. Vi har fått opplyst av Helseplattformen AS at det jobbes med leverandøroppfølging og regeletterlevelse.

7.8.8 Nasjonal kontroll – avhengigheter av amerikanske skytjenester og leverandører?

Vurderingen av behovet for nasjonal kontroll er i stor grad en sikkerhets- og beredskapsmessig vurdering. Bruk av en stor internasjonal leverandør har – i et juridisk perspektiv – likevel noen fordeler og ulemper.

En stor leverandør som leverer flere tjenester på samme plattform, kan ha flere fordeler sammenliknet med flere tjenester og forskjellige leverandører, blant annet når det gjelder lovbestemte krav til informasjonssikkerhet, oppfølging og revisjon, eksempelvis GDPR art. 28. I forlengelsen av dette har en stor internasjonal leverandør, gjerne også større kapasitet til å håndtere sikkerhet og teknologisk utvikling. For eksempel viser Helseplattformen AS til at den innhenter kontinuerlig erfaringer fra Epic-fellesskapet i Europa (sju land)⁶⁹.

Det skal samtidig nevnes at bruk av internasjonale leverandører også kan innebære noen juridiske utfordringer eller ulemper, særlig knyttet til nasjonal kontroll, dataoverføring til tredjeland og avhengighet av eksterne aktører.

Kontrakten med Epic er også omfattende, noe som stiller krav til oppfølgingen fra Helseplattformen AS og helsevirksomhetene, særlig når det gjelder ansvarsforhold, sanksjoner ved brudd og håndtering av endringer i regelverk. Det kan være vanskelig å få gjennomslag for nasjonale særkrav, noe for eksempel diskusjonen om Epics analyse av bruksdata viser (løst per høsten 2025).

Dataoverføring til tredjeland

Overføring av personopplysninger til tredjeland fremstår ikke i dag som en utfordring i Helseplattformen, selv om overføring kan skje, hovedsakelig ved support. Helseplattformen driftes, utvikles og forvaltes av det norske selskapet Helseplattformen AS. Helsedata og personopplysninger er lagret i Norge hos databehandler Hemit HF. Epic er leverandøren av programvaren til Helseplattformen. Programvare, oppdatering og utvikling leveres fra Epic, samt teknisk support på løsningen. Helseplattformen har per november 2025 ikke lagring eller andre skybaserte tjenester fra Epic.

I databehandleravtalen med Epic vedlegg 1⁷⁰ er det oppgitt en liste over godkjente underdatabehandlere. Vi har mottatt en oppdatert liste fra Helseplattformen AS høsten 2025 som er inntatt nedenfor. Oversikten viser at underleverandørene i stor grad er Epic-selskaper som er basert i USA eller Europa. Overføringsgrunnlag etter GDPR kap. V er etablert der det er nødvendig som følge av tilgang ved support. Vår analyse er at denne løsningen ikke skiller seg fra andre internasjonale leverandører. Hvorvidt informasjonssikkerheten er tilstrekkelig ivaretatt, er spørsmål som må vurderes i risikovurderingen som Helseplattformen AS og helsevirksomhetene utfører.

⁶⁹ <https://www.helseplattformen.no/Fakta/#kunstig-intelligens-ki>

⁷⁰ Bridging Contract Helse Midt Norge RHF, Appendix C8 – Data Processing Agreement

Tabell 7.2 **Oversikt over godkjente underdatabehandlere**

Underdatabehandler	Behandlings-aktivitet	Lokasjon	Overførings-grunnlag Data som behandles (GDPR kap. V)	
Epic Hosting, LLC	Hosting services	1979 Milky Way, Verona, Wisconsin, USA 53593	EU Standard Contractual Clauses HP – Epic_2022.12.27	Produksjonsmiljø for systemer/løsninger som benyttes i dialog med deres kunder. For eksempel Sherlock som er saksflytsystem hvor det meldes feil, behov for support, rådgivning mm. Personopplysninger som kan bli lagret i forbindelse med supportsaker som opprettes i Sherlock
EpicCorps International, Inc	Implementation and maintenance services	1979 Milky Way, Verona, Wisconsin, USA 53593	EU Standard Contractual Clauses HP – Epic_2022.12.27	Personell hos Epic kan få tilgang til personopplysninger i forbindelse med support/feilretting av Helseplattformen
Boost, Inc.	Supplemental services such as customer staff augmentation	1979 Milky Way, Verona, Wisconsin, USA 53593	EU Standard Contractual Clauses HP – Epic_2022.12.27	Internt konsultentselskap hos Epic. I forbindelse med eventuell innleie fra Helseplattformen AS kan personell fra selskapet få tilgang til personopplysninger ved utførelse av bistand til Helseplattformen
Epic Bristol Limited	Implementation and maintenance services	<i>Freshford House, Bristol BS1 6NL, United Kingdom</i>	UK adequacy decision	Personell hos Epic kan få tilgang til personopplysninger i forbindelse med support/feilretting av Helseplattformen
Epic Den Bosch B. V	Implementation and maintenance services	<i>Building 60, Pettelaarpark 63, 5216 PP Den Bosch, The Netherlands</i>	Within EEA	Personell hos Epic kan få tilgang til personopplysninger i forbindelse med support/feilretting av Helseplattformen
Epic Copenhagen ApS	Implementation and maintenance services	<i>Vandtårnsvej 83A, 2860 Søborg, Denmark</i>	Within EEA	Personell hos Epic kan få tilgang til personopplysninger i forbindelse med support/feilretting av Helseplattformen
Epic Helsinki Oy	Implementation and maintenance services	<i>Itämerentori 2, FI-00180, Helsinki, Finland</i>	Within EEA	Personell hos Epic kan få tilgang til personopplysninger i forbindelse med support/feilretting av Helseplattformen
Epic Trondheim AS	Implementation and maintenance services	<i>Havnegata 9, 7010, Trondheim, Norway</i>	Within EEA	Personell hos Epic kan få tilgang til personopplysninger i forbindelse med support/feilretting av Helseplattformen

Epic Systems Melbourne Pty. Ltd.	Implementation and maintenance services	3/1-9 Sackville Street, Collingwood VIC 3066 Australia	EU Standard Contractual Clauses HP – Epic_2022.12.27	Personell hos Epic kan få tilgang til personopplysninger i forbindelse med support/feilretting av Helseplattformen
Accenture AS	Implementation and maintenance services	Rolfsbuktveien 2, 1364, 1326 Fornebu, Norway	Within EEA	Underleverandør av konsulentttjenester, hovedsakelig lokalisert i Norge/norden. I forbindelse med eventuell innleie fra Helseplattformen AS kan personell fra selskapet få tilgang til personopplysninger ved utførelse av bistand til Helseplattformen
InterSystems Corporation	Sublicensed software	1 Memorial Drive, Cambridge, Massachusetts 02142, United States of America	EU Standard Contractual Clauses HP – Epic_2022.12.27	Er Epic sin underleverandør av databaseløsning i Helseplattformen. Personell hos leverandøren kan få tilgang til personopplysninger i forbindelse med support/feilretting av Helseplattformen
Capsule Technologie SAS	Sublicensed software	76-78 Avenue de France, Paris, 75013, France	Within EEA	Er Epic sin underleverandør av løsning for å scanne strekkoder mm. Personell hos leverandøren kan få tilgang til personopplysninger i forbindelse med support/feilretting av Helseplattformen
Microsoft	Internal business purposes, cloud- based tools (e.g., third party infrastructure)	1 Microsoft Way, Redmond, Washington 98052, United States	EU Standard Contractual Clauses HP – Epic_2022.12.27	Epic sin underleverandør i forbindelse med deres skybaserte løsningsplattform Nebula. Helseplattformen AS opplyste i oktober 2025 at den pt. Ikke har tatt i bruk løsninger på denne plattformen.

Kilde: Databehandleravtalen med Epic, Bridging Contract Helse Midt Norge RHF, Appendix C8 – Data Processing Agreement.

Når en internasjonal leverandør står for systemleveranse og utvikling, kan det være vanskeligere for norske myndigheter og helseforetak å sikre full kontroll over tjenesten, blant annet ved at leverandøren er underlagt utenlandsk lov og myndighet (USA), inkludert kontroll på programvaren. Dette kan blant annet skape utfordringer med å tilpasse løsningen til nasjonale behov.

Helse Midt Norge RHF har i Tertialrapport per 2. tertial for Helse Midt Norge RHF⁷¹ som nr. 6 i topp 10 risiko:

⁷¹ sak 147-2025 Tertialrapport Vedlegg 1 Tertialrapport 2.pdf

Tabell 7.3 Topp 10 risiko - 12 måneder

Rang	Forrige Risiko rang	Risiko	Risiko, rest	Sannsynlighet etter tiltak	Konsekvens etter tiltak
1	1	Manglende økonomisk bærekraft i foretaksgruppen		Svært høy	Alvorlig
2	2	Langvarig bortfall av elektronisk kommunikasjon og/eller omfattende brudd på informasjonssikkerhet		Lav	Svært alvorlig
3	3	Mangel på personell med nødvendig kompetanse		Høy	Alvorlig
4	4	Lange ventetider		Moderat	Alvorlig
5	5	Høy arbeidsbelastning på ansatte		Høy	Moderat
6	6	Avhengighet av amerikanske skytjenester og leverandører		Lav	Alvorlig
7	7	Mangelfull samhandling med primærhelsetjenesten		Moderat	Moderat
8	9	Svikt i leveranse av kritisk utstyr/materiell/legemidler		Moderat	Moderat
9	NY	Mangelfull kvalitet på indikatorer		Lav	Moderat
10	NY	Uberettiget variasjon i behandlingstilbud mellom regionens sykehus		Lav	Moderat

Kilde: Helse Midt-Norge RHF, Tertialrapport per 2. tertial, tabell 10.

Risikoen er uforandret fra rapport fra juni 2025, styresak 93/2025. Her er denne risikoen beskrevet på følgende måte:

"Det foreligger usikkerhet rundt hvordan regjeringen i USA vil håndtere personvernspørsmål og aktører/personer som ikke anses som vennlige mot nåværende ledelse. Dette medfører igjen usikkerhet om amerikanske aktører vil etterleve relevant personvernlovgivning i EU. Det juridiske grunnlaget for overføring av personopplysninger kan falle bort.

Dersom både tillit og overføringsgrunnlag faller bort, vil det kunne oppstå en situasjon hvor det i Norge blir et krav om at det må migreres bort fra amerikanske skytjenester og tilhørende leverandører som vi i dag er svært avhengige av. Sannsynligheten for at det blir behov for slike tiltak vurderes pr. i dag som lav, men det vil ha alvorlige konsekvenser da det vil være tid- og ressurskrevende og bli kostbart.

Hemit angir dels på bakgrunn av disse problemstillingene en økt risiko for svikt i leveranse av kritisk utstyr eller tjenester, og har kartlegging av avhengigheter til amerikanske leverandører av tjenester og applikasjoner på sin tiltaksliste. Foreslått risikoreduserende tiltak på regionalt nivå er en innledende utredning av hvordan en exit-strategi fra amerikanske skytjenester og leverandører kan se ut."

Den rettslige situasjonen når det gjelder bruk av internasjonale tjenester og selskaper, har vist seg å innebære noe usikkerhet. Eksempelvis fikk EU-domstolens avgjørelse i den såkalte Schrems II dommen⁷² stor betydning for overføring av personopplysninger til USA. Overføringsbegrepet omfattet også tilgang til personopplysninger fra USA, eksempelvis ved fjernsupport. I dag er EU-US Data Privacy Framework gjeldende og bidrar til rettslig avklaring⁷³.

Ved bruk av internasjonale kommersielle leverandører følger det også usikkerhet knyttet til eierskap. I Nasjonal skytjeneste – konseptvalgutredning fra 2023 uttaler NSM at mulighet for

⁷² EU-domstolen sak C-311/18 – dom av 16. juli 2020

⁷³ Ref. EU Kommisjonens adekvansbeslutning, EU 2023/1795

oppkjøp og fusjoner i verdikjeden gjør det utfordrende å beholde kontroll og oversikt over tid. Det gjelder etter vårt syn ikke bare de internasjonale leverandørene. Også eierskapsstrukturer i det norske markedet er sårbare for strategiske oppkjøp fra utenlandske aktører.⁷⁴

Videre uttaler NSM at markedskonsentrasjonen gir også en risiko for at store mengder beskyttelsesverdige data og systemer samles hos én eller få leverandører⁷⁵.

Nå er dette likevel ikke direkte sammenlignbart for Helseplattformen. Helseplattformen driftes, utvikles og forvaltes av det norske selskapet Helseplattformen AS. Helsedata og personopplysninger er lagret i Norge under kontroll av Helseplattformen AS. Epic er leverandøren av programvaren til Helseplattformen. Programvare, oppdatering og utvikling leveres fra Epic, samt teknisk support på løsningen. Helseplattformen har per høsten 2025 ikke lagring eller andre skybaserte tjenester fra Epic.

Ved en eventuell konflikt med leverandøren eller andre forhold som medfører at leverandøren ikke lenger kan eller vil utføre tjenester, vil det imidlertid på kort sikt innebærer manglende oppdateringer av programvaren og manglende support. Konsekvensene på kort og lang sikt må vurderes av helsevirksomhetene, inkludert plan for exit, om etter det vi er kjent med ikke eksisterer per i dag.

Vi har fått opplyst at det for Helseplattformen ikke er utarbeidet en helhetlig exit-plan, dvs. en strukturert plan for hvordan man kan avslutte avtalen/tjenesten og gå over til en annen løsning. Manglende exit-plan for Helseplattformen har potensielt flere konsekvenser for aktørene, for eksempel:

- Dersom det skulle oppstå konflikt med leverandøren (Epic) eller andre forhold som gjør at leverandøren ikke lenger kan eller vil levere tjenester, vil det på kort sikt føre til manglende oppdateringer av programvaren og manglende support. På lengre sikt kan det bli nødvendig å migrere til et annet system, noe som kan være svært tid- og ressurskrevende og medføre betydelige kostnader. Uten en plan for dette står aktørene dårlig rustet til å håndtere en slik situasjon.
- Sårbarhet for regulatoriske endringer og sikkerhetskrav: Eventuelle endringer i regelverk (for eksempel knyttet til nasjonal kontroll over helsedata), kan utløse behov for tilpasninger eller endringer i Helseplattformen.
- Uten en exit-plan vil trolig avhengigheten av dagens leverandør og teknologi øke. Dette kan svekke forhandlingsposisjonen, og gjøre det vanskeligere å stille krav om forbedringer, sikkerhet eller pris.
- Uten en exit-plan er det vanskelig å estimere hvor mye tid og ressurser som vil kreves for å migrere til et nytt system, og hvilke konsekvenser dette vil ha for tjenestene.

Oppsummert innebærer manglende exit-plan at aktørene står i en sårbar situasjon dersom det skulle bli nødvendig eller ønskelig å forlate Helseplattformen.

⁷⁴ Konseptvalgutredning for nasjonal skytjeneste - Nasjonal sikkerhetsmyndighet, 3. oktober 2023

⁷⁵ Dette kan ifølge NSM føre til at store mengder beskyttelsesverdige data er konsentrert hos en eller noen få aktører utenfor norsk kontroll øker også sårbarheten for ytre politisk press. Dette kan potensielt føre til redusert styringsevne og handlefrihet i en krise eller ved væpnet konflikt. Dette kan skje enten ved at norske virksomheter aktivt utestenges fra systemene, slik tilfellet har vært for Russland i kjølvannet av invasjonen i Ukraina, eller ved at norske virksomheter nedprioriteres i en internasjonal krise.

Referanseliste

- Becker, C., Zumbrunn, S., Beck, K., Vincent, A., Loretz, N., Müller, J., . . . Hunziker, S. (2021). Interventions to Improve Communication at Hospital Discharge and Rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021 Aug 2;4(8):e2119346. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.19346.
- Boston Consulting Group. (2023). *Ekstern evaluering av Helseplattformen*.
- Direktoratet for e-helse. (2023). *Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger*. Oslo: Direktoratet for e-helse.
- Finansdepartementet. (2020). *Prop. 117 S (2019–2020)*.
- Hauge, H. N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse Midt-Norge RHF. (2025a). *Forutsetninger for økonomisk langtidsplan 2026–2031*. Sak 009-2025.
- Helse Midt-Norge RHF. (2025b). *Status for arbeidet med brukervennlighet og optimalisering av Helseplattformen*. <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%20151-2025%20Status%20Program%20Brukervennlighet%20og%20optimalisering%20av%20Helseplattformen.pdf>. Sak 114-2025.
- Helse Midt-Norge RHF. (2025c). *Styrets årsberetning og årsregnskap for 2024*. Sak 056-2025. Hentet fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmter/%C3%85rsrapport%20Helse%20Midt-Norge%20RHF%202024.pdf>
- Helse Nord RHF. (2025). *Nøkkeltall*. Hentet fra <https://www.helse-nord.no/om-oss/nokkeltall/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St. Meld nr. 47. Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Meld. St. 9 (2012-2013). Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Prop. 1 S (2018–2019)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Meldt. St. 9 Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Rapport fra teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi*.
- Helse Sør-Øst RHF. (2025). *Økonomisk langtidsplan 2026-2029*. Sak 073-2025.
- Helse Sør-Øst RHF. (2025). *Årsberetning for 2024*. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/49dfee/siteassets/documents/arsrapport/2024---arsrapport-helse-sor-ost-rhf.pdf>
- Helse Vest RHF. (2025). *Årsberetningen og årsregnskapet for 2024*. Hentet fra <https://www.helse-vest.no/4a3774/siteassets/rapporter/arsrapportar/arsberetning-2024.pdf>
- Helsedirektoratet. (2025). *Kostnader fordelt på ulike IKT-områder og IKT-ressurstyper*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ressursbruk-pa-ikt-i-helseregionene-og-nasjonale-virksomheter-20222023/overblikk-pa-utviklingen-i-ikt-ressursinnsats/kostnader-fordelt-pa-ulike-ikt-omrader-og-ikt-ressurstyper>

- Helsedirektoratet. (2024 a). *Utskrivningsklare pasienter Utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og forløp etter utskrivning*.
- Helsedirektoratet. (u.d.). *Nasjonal arkitektur*. Hentet 10 2025 fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/nasjonal-arkitektur>
- Helsedirektoratet. (u.d.). *Referansekatalogen for e-helse*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/referansekatalogen-for-e-helse>
- Helseplattformen. (2025a). *Sluttrapport - Helseplattformen Main Project*.
- Helseplattformen. (2025b). *Vurderinger og erfaringer knyttet til effekter og potensial i bruk av Helseplattformen*.
- Helseplattformen. (2025c). Hentet oktober 2025 fra Økonomien i Helseplattformen - fakta bak tallene: <https://www.helseplattformen.no/om-oss/helseplattformen-i-media/nodvendig-fakta-om-helseplattformen/okonomien-i-helseplattformen/>
- Helseplattformen AS. (2024). *Helseplattformen.no*. Hentet fra <https://www.helseplattformen.no/49beca/siteassets/dokumenter/20250604-vedlegg-ordinar-generalforsamling-helseplattformen-as-endelig-versjon-1.pdf>
- Helseplattformen. (u.å.-a). Hentet fra Hvem bruker Helseplattformen?: <https://www.helseplattformen.no/Fakta/hvem-bruker-helseplattformen/>
- Helseplattformen. (u.å.-b). *Tidslinje for innføring*. Hentet fra <https://www.helseplattformen.no/tidslinje-innforing>
- Helseplattformen. (u.å.-c). Hentet fra Tidslinje for innføring av Helseplattformen: <https://www.helseplattformen.no/nar-kommer-helseplattformen/>
- Helsetilsynet. (2023). *Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen*. <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynssaker/2023/rapport-fra-tilsyn-ved-st-olavs-hospital-etter-innfoering-av-helseplattformen/#>.
- Helsetilsynet. (2025, januar 24). Hentet fra Statistikk – varsel om alvorlig hendelse i helse- og omsorgstjenestene: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-alvorlige-hendelser/statistikk/#toc-header-2>
- Innst. 134 S. (2024-2025). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om å stanse videre utrulling av Helseplattformen og representantforslag om å starte en prosess med å bytte ut Helseplattformen og avsette styret i Helse Midt-Norge RHF*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2024-2025/inns-202425-134s/?all=true>.
- Lene Laukvik, A. B. (2025). *Strukturerte og standardiserte data gir bedre. Sykepleien*.
- Meld. St. 7. (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet (Regjeringen Solberg).
- Meld. St. 9. (2012-2013). *Én innbygger – én journal*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>.
- Norsk helsenett. (u.d.). *Alle tjenester*. Hentet fra <https://www.nhn.no/tjenester>
- Norsk helsenett. (u.d.). *Kjernejournal*. Hentet November 2025 fra Helsenorge.
- Norsk Helsenett. (u.d.). *nhn.no*. Hentet fra <https://www.nhn.no/nyheter/okt-bruk-av-helsenorge>.

- Riksrevisjonen. (2013). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus*. Dokument 3:4 (2013–2014).
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av Samhandlingsreformen*. . Dokument 3:5.
- Riksrevisjonen. (2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt-Norge*. Dokument 3:3 (2024-2025).
- Statsforvalteren i Trøndelag. (2023). *Rapport etter tilsyn med innføringen av Helseplattformen i Verdal kommune 2023*.
<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/trondelag/2023/verdal-kommune-tilsyn-med-innfoeringen-av-helseplattformen-2023/>.
- Sverdrup, S. (2014). *Evalueringsmetoder, modeller og eksempler*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Søre Sunnmøre IKT. (2024). *Kostnadsestimat - kommuner som vel å stå utanfor Helseplattformen*. Hentet fra Volda kommune: https://www.volda.kommune.no/_f/p39/i5357bd35-deef-44c4-b67d-e014f6b56d38/vedlegg-15-ssikt_kostnadsestimat-epj-utanfor-helseplattformen.pdf
- Trondheim kommunerevisjon. (2024). *Helseplattformen i Trondheim kommune*. Rapport 12/2024-F.
- Vista Analyse. (2022). *Tapere og vinnere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av alder og bosted?*
- Vista Analyse og Vali. (2025). *Evalueringsmodell for utskrivningsklare pasienter. Å enes om hastighet og timing er selve kjernen i en effektiv samhandling*. Rapport 2025-41. Av Ingeborg Rasmussen, Annbjørg E. Gentenaar, Siri Bråten Øye, Sidsel Sverdrup, Kristian Roksvaag, Pernille Parmer.