



Helsereformutvalget

Vår referanse: 26/01044-1
Arkivkode:
Saksbehandler: Stian Rugsveen Engen
Deres referanse:
Dato: 20.03.2026

Til helsereformutvalget - KS sitt innspill til koordinering, samordning og utvikling av digitaliseringsarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Vi viser til møte i KommlT-rådet med Gunnar Bovim den 23. januar 2026 og takker for invitasjonen om å gi innspill til Helsereformutvalget om digitalisering i helsesektoren. Innspillene tar utgangspunkt i innbyggerperspektivet og hvordan vi mener digitaliseringsarbeidet bør styres, organiseres og finansieres for å bidra til økt bærekraft i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for bedre samhandling mellom aktørene.

Notatet er ment å være et utfyllende underveisinnspill fra KS med vekt på tema knyttet til digitalisering i helse- og omsorgstjenesten, som er del av utvalgets oppdrag. Dette er ikke et endelig innspill fra KS — det vil komme som en del av det pågående arbeidet i KS.

Vi har valgt å ta med så mange områder som mulig, da det er viktig å få frem alle fasetter i en ellers kompleks og omfattende reform som berører så mange parter, innretninger og strukturer. Notatet er forankret i den kommunale samstyrringsstrukturen for digitalisering med endelig forankring i KommlT-rådet. Selv om notatet er omfattende har det vært KS sin vurdering at det er svært viktig for å unngå generalisering og komprimering som kan kunne føre til å underkommunikasjon og misforståelser.

KS ønsker å kunne gi ytterligere innspill til Helsereformutvalget senere i prosessen, og ser frem til videre dialog.

Med hilsen

Kristin Weidemann Wieland
Områdedirektør

Terje Wistner
Avdelingsdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Oppsummering

Norsk helse- og omsorgstjeneste står foran en krevende tid hvor personellmangel, demografiske endringer og stramme økonomiske rammer vil utfordre evnen til å levere gode tjenester til befolkningen. Mye av det innbyggerne opplever som kvalitet i dagens helse- og omsorgstjeneste – nærhet, trygghet og kontinuitet – skapes i kommunen. Det store flertallet av innbyggernes berøringer med helsetjenesten skjer lokalt, og det er primærhelsetjenesten som følger dem gjennom hele livet. Og det er her det gode samspillet mellom helsetjenestene og de øvrige tjenestene innbyggerne er avhengige av skapes – samspill som er avgjørende ikke bare i det forebyggende arbeidet, men også for kronikere og andre innbyggere med sammensatte behov. Reformarbeidet bør derfor begynne med spørsmålet: *Hvordan sikrer vi at innbyggeren får helhetlige, trygge og tilgjengelige tjenester – der de faktisk lever sine liv?* Det betyr ikke at det ikke finnes forbedringer, ikke minst i samhandlingen mellom kommuner og sykehus for de få som beveger seg mye mellom nivåene. Men de få kan ikke være utgangspunktet for svarene vi leter etter for organisering av helheten.

KS mener at dagens utfordringer i liten grad skyldes feil i strukturen, men i desto større grad svikt i tilretteleggingen for samhandlingen rundt innbyggeren. Når helseopplysninger ikke følger innbygger, når fagfolk må bruke tid på å lete etter relevant informasjon, og når tjenester på ulike nivåer ikke har innsikt i hverandres vurderinger, er det innbyggerne som opplever konsekvensene gjennom brudd i forløp, unødvendige gjentakelser og risiko for feil. Reformens viktigste mål må derfor være å skape helhetlige tjenester slik innbyggerne forventer og har behov for – uavhengig av om ansvaret ligger i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.

Utfordringer i arbeidet med digitalisering av helse- og omsorgstjenesten kan oppsummeres kort:

- Staten er ikke godt nok koordinert på digitalisering, og RHF-ene opptrer for fragmentert.
- Kommunal sektor er formelt gitt innflytelse i statens digitaliseringsarbeid, men dette gjenspeiles ikke alltid i praksis i statlige prosesser.
- Finansieringsmodeller og dagens regelverk hindrer gevinstrealisering og effektiv samhandling.

Digitalisering er helt avgjørende for å skape en sammenhengende og bærekraftig tjeneste. Teknologi som gir sanntidsdeling av helseopplysninger, og som er integrert i arbeidsflatene til helsepersonell, er en forutsetning for at innbyggeren skal møte en helsetjeneste som henger sammen. Innbyggeren skal slippe å være budbringeren mellom aktørene – informasjonen skal være tilgjengelig der den trengs, når den trengs. Samtidig må teknologien frigjøre tid hos helsepersonellet, slik at møter mellom innbygger og tjeneste kan få den kvaliteten som skaper trygghet og tillit.

Kommunal sektor har de siste årene etablert en robust samhandlingsmodell som har bidratt til økt gjennomføringskraft: felles journalløft, samstyringsstrukturer, standardiserte anskaffelser, koordinert innføring og felles krav til kvalitet og sikkerhet. Over 300 kommuner arbeider nå etter samme prinsipper, og resultatet er raskere innføring av nye løsninger, mindre variasjon og bedre forutsetninger for å kunne gi god digital støtte i arbeidet med å tilby innbyggerne et helhetlig og moderne tjenestetilbud. Dette er strukturer som virker – og som bør styrkes videre.

For at innbyggerne skal få de tjenestene de har behov for, må staten samtidig samordne seg langt bedre enn i dag. Fragmenterte prioriteringer, ulik praksis mellom regionene og manglende felles styring gjør at nasjonale tiltak ofte lander sent, ulikt eller med liten effekt for dem som bruker tjenestene. Dette skaper et avvik mellom innbyggernes forventning om helhet og systemets evne til å levere den. Det er ikke bærekraftig.

Et bærekraftig tjenestetilbud forutsetter også bærekraftige finansieringsmodeller. Kostnadene til teknologi forventes å øke med opp mot fem gangeren fram mot 2050, og kommunene kan ikke bære denne økningen alene uten at det går ut over tjenestene innbyggerne mottar. Staten må påta seg en tydeligere finansieringsrolle, både gjennom friske midler, bedre samfinansiering og ordninger som dekker de betydelige pukkelkostnadene ved innføring av nye løsninger. Finansiering må knyttes til faktisk nytte, ikke kun til sektorinteresser.

Reformens viktigste valg ligger derfor i å styrke samhandlingen som innbyggerne er avhengige av, fullføre tiltakene som allerede er i gang, og sørge for finansiering som gjør det mulig å ta nye løsninger i bruk. Med riktige grep kan vi sikre en helse- og omsorgstjeneste der innbyggeren møter et samlet system – ikke et system av separate aktører. Det er dette som vil gi høyest kvalitet, størst trygghet og best bærekraft i tiårene som kommer.

Hovedbudskap

- Behold dagens struktur – styrk samhandlingen. KS mener at utfordringene ikke primært skyldes organisasjonsmodellen, men manglende gjennomføring av digitaliserings- og samhandlingstiltak.
- Digitalisering er en viktig innsatsfaktor for bærekraft. Bedre datadeling, journalløsninger, helseteknologi og KI kan redusere personellbehov og styrke kvalitet.
- Kommunal sektor har allerede gjennomført mye samordning for økt gjennomføringskraft, blant annet gjennom felles journalløft, felles innføringsmodeller og nasjonale standardiseringsprosesser.

Anbefalinger fra KS

- Fullfør og realiser gevinster av tiltak som allerede er i gang.
- Styrk nasjonal styring med utgangspunkt i de vedtatte samstyringsprinsippene der kommunal sektor skal sikres tidlig, representativ og reell innflytelse.
- Øk finansieringen av digitalisering, særlig for å dekke pukkelkostnader.
- Prioriter teknologi som frigjør personellressurser (KI, digitalt tilsyn, automatiserte prosesser).
- Moderniser regelverket slik at datadeling blir enklere og mer pliktfestet.
- Bedre samarbeid gjennom helsefellesskap og kommunenes fylkesvise og nasjonale strukturer.

Innretningen i dette innspillsnotatet

Dette notatet er ment som et underveis innspill til Helsereformutvalget med særlig vekt på digitalisering av helse- og omsorgstjenesten. Innspillene oversendes etter oppfordring fra utvalgsleder Gunnar Bovim i møte med KommiT-rådet 23. januar. KommiT-rådet er KS strategisk rådgivende organ på digitaliseringsområdet, der KS har blitt gitt en formell rolle både av KS' medlemmer (alle landets kommuner og fylkeskommuner) på KS Landsting i februar 2020, og som regjeringens formelle samarbeidspartner på digitalisering av offentlig sektor siden 2019.

Notatet er ikke å anse som et endelig notat til Helsereformutvalget – dette vil komme som en del av det pågående arbeidet i KS frem mot juni.

Vi har valgt å ta med så mange områder som mulig, da det er viktig å få frem alle fasetter i en ellers kompleks og omfattende reform som berører så mange parter, innretninger og strukturer. Notatet er omfattende med mange detaljer for å få frem nyanser og unngåmisforståelser.

Innspillsnotatet er utformet etter en bred forankringsprosess i den kommunale samstyringsstrukturen for digitalisering og smart bruk av teknologi, inklusive i Fag- og prioriteringsutvalg eHelse, Digitaliseringsutvalget, Programråd for felles journalløft og KommiT-rådet.

KS vil sammen med kommuner og fylkeskommuner videreutvikle vårt innspill frem til neste innspillsrunde i mai/juni 2026. Parallelt viderefører vi det gode samarbeidet i kommunal sektor der samordning og samstyring av digitaliseringsområdet går for fullt med utprøving og innføring av digitale samhandlingsløsninger, felles journalløft, standardisering, skalering av velferdsteknologi, anskaffelsesbistand, godkjenningsordninger, ikke minst KS Digital som potent operasjonaliserende redskap for alle kommuner og fylkeskommuner. Dette er tiltak som løfter kommunal sektor i fellesskap og bidrar til reell verdi for helsepersonell og innbygger.

Innledning

En rapport publisert i 2026 rangerer Norge øverst av 38 OECD-land- på samlet pasientsikkerhet¹. Samtidig viser perspektivmeldingen i 2025 at vi blir færre helsepersonell per innbygger, noe som vil legge et betydelig press på helsetjenestene fremover. I tillegg er den økonomiske situasjonen i kommuner og fylkeskommuner svært presset, noe som reduserer handlingsrommet for å opprettholde høy kvalitet og dermed kunne møte innbyggernes forventninger til helsetjenestene. Det betyr at pasientsikkerheten, men også kvaliteten i tjenestetilbudet kan bli svekket dersom vi ikke iverksetter tiltak nå. Tiltakene må være både langsiktige og bærekraftige for helse- og omsorgstjenesten som helhet.

For å lykkes med dette kreves det midler og ressurser som tjenestene, og spesielt kommuner og fylkeskommuner, ikke har tilgang på i dag. Helsepersonellkommisjonen pekte i sin rapport på behovet for å dele ressurser på tvers av tjenestene på en annen måte som et mulig tiltak for å bidra til å motvirke personellmangelen. Men dette vil ikke være nok. Det er og behov for å se på muligheten for å benytte andre ressurser i større grad slik at vi tar ned byrden på allerede presset helsepersonell.

En innbygger lever sitt liv i kommunene, og får de fleste av sine tjenester fra det offentlige her, et livsløp som spenner fra fødsel til død. I noen tilfeller er det behov for mer spesialiserte helsetjenester og da er samspillet med spesialisthelsetjenesten avgjørende. Manglende helhetlige forløp eller usammenhengende tjenester skaper uheldige situasjoner som fører til dobbeltarbeid, potensielt redusert livskvalitet eller andre langtrekkende konsekvenser.

Helsereformutvalget har som mandat å utrede modeller for en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Ambisjonen om bedre sammenheng og bærekraft deler vi. Samtidig mener vi at utfordringene ikke primært skyldes dagens organisasjonsmodell og vil advare mot store kostnadskrevende omorganiseringsprosesser. Snarere bør det bygges videre på eksisterende struktur, med målrettede tiltak og virkemidler for bedre samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten samt tiltak for å styrke bærekraften innad i de respektive.

Det er samtidig veldokumentert gjennom arbeidet med Én innbygger – en journal og påfølgende utredninger at det også er betydelig behov for å styrke samhandlingen internt mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene i kommunen, og mellom dem og den lange rekken av kommunale tjenester helse- og omsorgstjenesten samspiller med (barnehage, skole, barnevern, sosialtjenesten, PPT, bolig, kultur og fritid, integrering og samfunnsutvikling – for å nevne de viktigste). Dette er viktig både for det forebyggende arbeidet og ikke minst for den lille andelen innbyggere med store behov for bistand og som mottar fleste tjenester fra det offentlige. For dem er samspillet mellom tjenester helt avgjørende for samlet opplevd kvalitet i tjenestetilbudet.

For å møte disse utfordringene er bruk av eksisterende og nye digitale løsninger og mer omfattende bruk av helseteknologi vesentlig.

Utfordringsbildet er allerede godt kjent; for få personer med for få virkemidler til å løfte sektoren, ikke minst i retning av bedre samhandling. Mange av de pågående tiltakene rundt digital samhandling og

¹ [\[imperial.ac.uk\]](https://imperial.ac.uk)

normering vil bidra til å løse noen av utfordringene som ble pekt på i «en innbygger en journal», men vi må sikre at tiltakene gjennomføres og ferdigstilles i tråd med virksomhetenes behov slik at det er mulig å realisere gevinster. I tillegg må selve satsingen på samhandling styrkes slik at den bidrar til tilpassede tjenester for alle de ulike profesjonsgruppene og tjenesteområdene som er avhengig av dette for å kunne arbeide effektivt. Hittil er det særlig innbyggerrettede tjenester, samt samhandling i den behandlingsrettede delen av tjenesten – legers samhandling med leger – som har blitt prioritert. Fremover må arbeidet styrkes og breddes til flere helsepersonellgrupper og tjenesteområder for å få full effekt og større samlet samfunnsøkonomisk nytte.

Mange kommuner opplever allerede mangel på helsepersonell og står foran et tiår med store demografiske omveltninger og større forskjeller mellom kommunene. Tiden for handling er nå. Spørsmålet er om det riktige grepet er tid- og ressurskrevende radikale endringer i organisasjonsstrukturer, eller om vi kan bygge videre på mye av det gode arbeidet som allerede gjøres.

I kommunesektoren er arbeidet de senere årene samordnet og vesentlig forsterket gjennom samstyringsstrukturer, etablering av felles løsninger, anskaffelsessamarbeid, nettverk for kompetanseheving og økt ibruktakelse av digitale løsninger m.v.

KS mener at det er viktig å bygge videre på alt det gode arbeidet som er gjort og som gjøres i kommunesektoren og i samarbeid mellom nivåene. Vi er enige i at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten må forbedres og forsterkes til fordel for både helsepersonell og innbygger, og for å spare tid. Men det må også gjennomføres målrettede teknologisatsinger for økt bærekraft i helsetjenesten – ikke minst ved bruk av KI, sensor og velferdsteknologi

Gitt den ressursknappheten på særlige kompetanse og arbeidskraft vi står overfor, er det essensielt at nye digitale løsninger bidrar til å redusere behov for arbeidskraft og/eller redusere eller utsette behov for tjenester.

Arbeidet med digitalisering i helse og omsorgstjenestene er på rett vei – bevar og forsterk det som fungerer.

Norge har en av verdens beste helsetjenester, mye takket være en sterk primærhelsetjeneste. De fleste møter med helse- og omsorgstjenestene skjer der folk bor – i kommunen.

Helsereformen gir en mulighet til å bygge en mer bærekraftig, mer helhetlig og mer samordnet helsetjeneste. Men det krever at reformen tar utgangspunkt i pasientenes og innbyggernes behov, kommunenes og sykehusenes kunnskap, og det som faktisk fungerer i norsk helsetjeneste i dag.

Primærhelsetjenesten er fundamentet i helse- og omsorgssystemet. Et sterkt lokalt tjenestetilbud er avgjørende for forebygging, kvalitet, nærhet, beredskap og trygghet.

KS vil bidra aktivt til en reform som ivaretar dette – og som gir kommunene reelle rammer til å lykkes i fremtidens helse- og velferdsoppdrag.

KS mener digitalisering, datadeling, og bruk av helseteknologi gir store muligheter. Digitalisering kan være motoren og verktøyet for reelt sammenhengende helsetjenester og redusere behovet for organisatoriske grep for å øke bærekraften i vår felles helsetjeneste

En sterk og integrert primærhelsetjeneste er selve fundamentet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, og innbygger må stå i sentrum for hvordan vi organiserer tjenestene våre

Innbyggerne lever sine liv i kommunen. Det er der de mottar langt de fleste tjenester fra det offentlige, også helsetjenester. Noen av innbyggerne er av og til innom spesialisthelsetjenesten, særlig mot slutten av livet – og da brukes det ofte mange ressurser – men det store flertall er sjelden og i liten grad på sykehuset, og da stort sett på korte besøk før de drar hjem til kommunen.

Fundamentet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste må derfor være en sterk og integrert primærhelsetjeneste, med samspill med det øvrige kommunale tjenesteapparatet for å sikre helhetlige tjenester til innbygger. Her er fastlegen en sentral aktør som må arbeide som en integrert del av kommunenes arbeid.

I tillegg må vi sikre at kommunen og sykehuset samspiller godt for de få innbyggerne som bruker sykehuset mye, og når andre innbyggere er innom spesialisthelsetjenesten på kortere besøk.

Organiseringen av digitaliseringsarbeidet må bygge opp under dette.

En omfattende re-organisering av hele helsesektoren vil føre til merkostnader og forsinkede gevinster

All erfaring tilsier at andre lands helse- og digitaliseringsmodeller må brukes til refleksjon og ikke nødvendigvis til etterfølgelse. Det er viktig å ikke undervurdere forskjellen i rammebetingelser, demografi, ressurstilgang, regelverk og teknologisk modenhet.

Forskning fra Simula Research Laboratory understreker at omfattende digitalisering i offentlig sektor er ressurskrevende og preget av stort behov for tid, kapital og begrenset tilgang på spesialkompetanse. Dette gjør investeringer i IKT til en av de største innsatsfaktorene og kostnadsdriverne i store omstillingsprosjekter, ofte på grunn av kompleksiteten i teknologisk og organisatorisk endring².

Det er mange argumenter fra KS sin side for hvorfor en omfattende reorganisering av helsetjenesten nå ikke er best bruk av ressurser. Men KS er også isolert sett bekymret for konsekvensene en omfattende reform ville få for den helt nødvendige økte satsingen på bruk av teknologi for bedret samhandling og avlastning av helsepersonell siden konsekvensene av omfattende strukturendringer vil være at alle ressurser vil måtte innrettes på selve organisasjonsendringene. Samarbeidet om digitalisering i kommunal sektor har utviklet seg betydelig siden helsereformen i 2001, ikke minst siden 2019. Samarbeid, koordinering, felles løsninger, standardisering og deling av ressurser står nå i førersetet for svært mange digitaliseringsinitiativ. En storstilt re-organisering av helsetjenestene der samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten har hovedfokus, noe som utgjør kun en mindre andel av forløpene til innbygger, ville medføre en betydelig risiko for forsinkelser og merkostnader på disse innsatsområdene og dermed også reduserte og forsinkede gevinster.

De siste fem årene er det mange tiltak som har kommet i gang på digitaliseringsområder som gir bedre tilgang på helseinformasjon både for innbygger og helsepersonell. Det er mer som har skjedd de siste fem årene enn de siste tjue årene til sammen. Men mange av innsatsområdene er forsinket. Årsakene til dette

² [Fremtidens digitale Norge - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

skyldes dels uklare roller og ansvar, og ikke minst manglende felles prioritering og koordinering mellom de ulike helsevirksomhetene og spesielt mellom stat og kommune.

Kommunale virksomheter er på ingen måte fritatt fra behovet for å øke kvaliteten i sitt arbeid, bli mer effektive eller få til bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten. Vi er fortsatt et stykke fra helhetlig forløp og bærekraftige helsetjenester, men digitalisering kan være en avgjørende innsatsfaktor for gevinster på både kort og lang sikt.

Nasjonale e-helseløsninger må være trygge i bruk og gi reelle gevinster

Mange nasjonale e-helsetiltak blir gjort tilgjengelige for kommunene uten at det er vurdert godt nok om løsningene er faglig forsvarlige slik de er innrammet eller gir reelle gevinster i tjenestene. For kommunene er det avgjørende at digitale løsninger faktisk sparer personell, øker effektiviteten og bidrar til å utsette eller redusere behovet for tjenester. Nettopp derfor har kommunal sektor selv satt i gang arbeidet med nullpunktsmålinger av brukervennlighet, slik at effekter kan dokumenteres på en trygg og systematisk måte.

Samtidig viser forskriften for nasjonale e-helseløsninger (tilknyttet Pasientjournalloven) at kommunene både skal betale for og ta i bruk statlige løsninger – selv når de ikke er tilpasset kommunenes behov. Stortinget har tidligere vært tydelig på at kommunenes andel av kostnadene skal bygge på en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har likevel ikke hatt kunnskapsgrunnlag for å gjøre slike nyttevurderinger, og kostnadsfordelingen mellom stat og kommune mangler dermed et empirisk fundament og har blitt gjort sjablonmessig.

Forventningene fra Stortinget om trygge, effektive og nyttige nasjonale e-helseløsninger er derfor ikke oppfylt. Konsekvensen er en unødvendig økonomisk belastning for kommuner og fylkeskommuner, som årlig utgjør rundt en halv milliard kroner før grunnkompensasjon. Dette reduserer handlingsrommet i en sektor som allerede står i store kapasitets- og ressursutfordringer.

Vi må forsterke samhandlingen i stedet for en radikal omorganisering

Hadde vi realisert samhandling på innbyggers premisser slik at opplysninger følger innbygger når de har behov for tjenester, og nødvendig og tilpasset informasjon er tilgjengelig i sanntid for de som skal yte tjenester – hadde noen av hovedargumentene for å vurdere annen organisering falt bort.

Hva mangler vi for å få det til? Det handler både om å gjøre ting tilgjengelig i arbeidsflaten i journalverktøyene og andre løsninger, men også at samhandlingskomponenter som trengs i overgangene må prioriteres og at disse må tas i bruk av alle aktører i tjenesten. Og da snakker vi ikke bare om det behandlingsrettede – som samhandling om medikasjon i legetjenesten – men også om komponenter som News2, pasientens måledata og oversikt kommunale tjenester – og det som trengs for å dele informasjon mellom tjenesteområder. Der har vi to selskap i dag å ta utgangspunkt i – KS Digital A/S og Norsk Helsennett SF.

Mye av dagens digitale samhandling bygger fortsatt på meldinger, ikke på tjenesteorienterte løsninger. Dette gjør det vanskelig å få ut de store gevinstene i et helhetlig pasientforløp. Meldinger fungerer som

enkeltstående dokumenter, der hver løsning for å utveksle dem har sin egen forskrift – som e-resept, pasientens legemiddelliste og kjernejournal – og de henger i liten grad sammen på tvers av tjenesten.

For å skape reell gevinst må helseinformasjon være strukturert, relevant og tilgjengelig når den trengs. Det betyr at vi må gå bort fra løsninger som i praksis bare har «satt strøm på papir» eller gjort notater om til PDF-er. I stedet må vi ta i bruk samhandlingsløsninger som gjør informasjonen tilgjengelig i sanntid og direkte i arbeidsflaten til helsepersonell, slik at den faktisk kan brukes i gjennomføringen av et helhetlig pasientforløp.

Staten må samordne sitt arbeid bedre enn i dag

Et viktig budskap fra oss er at selv om kommunal sektor gjennom de siste årene har samordnet sitt arbeid, møter vi en stat som i langt mindre grad er samordnet. Dette skaper utfordringer for effektivt samspill og god bruk av ressursene. Særlig er det en utfordring at de ulike RHFene ikke har etablert felles tilnærming til å ta i bruk nasjonale løsninger, og ikke har samordnet sitt nasjonale arbeid tett nok seg imellom. Det er også en betydelig utfordring at roller og ansvar for de nasjonale statlige aktørene på digitaliseringsområdet fremstår dels overadministrert og overlappende. Her kreves det en tydeliggjøring av roller og ansvar, og bør vurderes en ekstern gjennomgang.

Kommunal sektor involveres ikke godt nok i statens digitaliseringsarbeid

Selv om KS/kommunal sektor formelt sett og regjeringsforankret er gitt en posisjon for reell innflytelse, omsettes dette ofte ikke i praksis hos de ulike statlige aktørene. Konsekvensen er at prioriteringen av tiltak ikke alltid vektlegger kommunenes behov, eller at løsninger ikke tilpasses kommunenes oppgaver og arbeidsprosesser slik at det er krevende å realisere gevinster. I verste fall utløser statlige tiltak i stedet ikke-kompenserte merkostnader og økt ressursbruk. Dette innebærer behov for å se på styringsmekanismene slik at kommunal sektors innflytelse blir likeverdig og reell i tråd med politisk vedtatte prinsipper.

Reformen må derfor legge til rette for en sterkere og mer samordnet styring – der rådsmodellen er et av redskapene, basert på prinsippene om felles prioritering og koordinert innsats

Kommunal sektor samler seg rundt felles modeller for samstyring og samordning til beste for innbygger

På KS Landsting 2020 – oppnevnt av landets lokale og regionale folkevalgte - fikk KS et utvidet mandat på digitaliseringsområdet. KS sine oppgaver på digitaliseringsområdet:

- Samordning og samstyring
- Representere sektor og dens interesser

KS skal være en pådriver for:

- Kompetanse, utvikling og utbredelse av felles løsninger
- Et digitaliseringsvennlig regelverk og premissleverandør av felles standarder.

KS har siden 2019 også vært regjering(enes) formelle samarbeidspartner på digitaliseringsområdet. Dette gjelder også i helse- og omsorgstjenesten der vi har et tett samarbeid med HOD og de ulike nasjonale aktører.

KS rolle er fundert i felles politisk vedtatte strategier og samarbeidsavtaler og regjeringens digitaliseringsrundskriv. KS oppgave er å samordne og representere landets kommuner og bidra til at involvering i arbeidet fra kommunal side er representativt ved at det er KS som peker ut deltakere i nasjonalt digitaliseringsarbeid og representerer sektoren. Regjeringen har samtidig forpliktet seg til at kommunal sektor skal sikres reell og tidlig innflytelse i arbeidet, og involveres hele veien.

KS samler altså kommunesektoren i digitaliseringsarbeidet og fremmer deres interesser. Kommunesektorens behov defineres gjennom samstyringsstrukturen for digitalisering. Med bakgrunn i KS sitt mandat, er det etablert en robust samstyringsstruktur med organer som KommIT-rådet, Digitaliseringsutvalget, fag- og prioriteringsutvalg (eget på eHelse) og regionale digitaliseringsnettverk. Viktig strategisk arbeid forankres i KS ordinære medlemsorganer på administrativt og politisk nivå.

Det er også etablert direkte sammenheng mellom hvem som representerer kommunal sektor i statlige råd og utvalg, og representasjon i råd og utvalg innad i kommunal sektor. Denne strukturen gjør det mulig for over 350 kommuner og 15 fylkeskommuner å opptre som én aktør og med legitim stemme når det gjelder prioriteringer, statlig dialog og kontakt med leverandørmarkedet.

KS og kommunene etablerte KS Digitale fellestjenester AS (KS Digital) 1. september 2023 som et datterselskap av KS. Selskapet skal øke farten på digitaliseringen i kommunesektoren ved å utvikle og forvalte fellesløsninger for å sikre mer effektive, trygge og brukervennlige digitale tjenester.

Gjennom samstyringsstrukturen, selskapet KS Digital og effektive utprøvings og innføringsløp har kommunene og fylkeskommunene etablert sterk digitaliseringskraft som allerede har, men forventes å øke takten i digitaliseringsarbeidet ytterligere i årene fremover.

Et felles journalløft i kommunal sektor er i full gang og erstatter behov for ett nasjonalt og overgripende system

Over 300 kommuner har allerede gjennomført, er i gang med eller planlegger å anskaffe nye journalløsninger i løpet av de nærmeste par årene, 80% i samarbeid med andre – og med felles utgangspunkt.

Etter Akson tok KS i samarbeid med flere kommuner, ansvaret for et felles kommunalt journalløft. Formålet var å legge til rette for at kommuner og fylkeskommuner kunne anskaffe nye journalløsninger, alene eller i samarbeid med andre, basert på en felles nasjonal tilnærming og med tydelig budskap til næringslivet og nasjonale myndigheter om ønsket innretning for fremtidige journaler.

Det ble utviklet arkitekturprinsipper som la vekt på 1) løsningene skal være intuitive i bruk og bidra til effektive og sikre arbeidsprosesser, 2) fri tilgang til egne data, også ved leverandørskifte, 3) legge til rette for videre innovasjon og utvikling og samspill med andre leverandører, der 4) helseinformasjon deles i sanntid, mellom aktører og med innbygger. Sentralt her er at løsninger for samhandling om helseopplysninger må være nasjonale – og integreres i arbeidsverktøyene hos alle aktører i helse- og omsorgstjenesten – også kommunene. Samhandlingsløsningene må støtte behovene for deling av informasjon mellom aktørene – og reflektere samtlige aktørers behov, også bredden i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Arbeidet er blitt støttet av nasjonale felles innsatsområder i regi av KS, som felles rammer og anbefalinger, felles leverandørdialog, felles prioriteringer, felles risikovurdering, felles utprøvings- og innføringsmodeller og anskaffelsesbistand, for å nevne noen. Gjennom felles godkjenningsordninger (utviklet i samarbeid med nasjonale myndigheter), selvdeklareringer og anskaffelsesstøtte får kommunene langt lettere tilgang til trygge og kvalitetssikrede løsninger. Dette kutter tid, kostnad og risiko i anskaffelser, samtidig som det øker innføringsevnen betraktelig. Samordnede innføringsløp for PLL, kjernejournal, DHO og kritisk informasjon gjør at kommunene kan rulle ut nasjonale løsninger på en koordinert og faglig sterk måte.

Denne felles innretningen er selve katalysatoren og grunnlaget for at over 300 kommuner nå er ferdig med eller i gang med sine anskaffelsesprosesser. Mange kommuner har valgt å samarbeide – flere anskaffelser omfatter alle kommuner i et fylke. Mange har fått støtte av midler fra Helseteknologiordningen.

Ett nasjonalt og overgripende journalsystem vil verken gi mangfold eller sunn konkurranse i markedet, og de lokale behovene vil undertrykkes til fordel for nasjonale prioriteringer med ytterst komplekse styringsstrukturer. Nøkkelen er å skille mellom informasjonen som må deles mellom aktørene (samhandlingsfunksjonalitet) – og funksjonalitet for å understøtte arbeidsprosesser i tjenestene. Det pågående arbeidet i felles journalløft er et godt eksempel på hvordan kommunal sektor opprettholder lokal bestemmelsesrett basert på lokale behov, samtidig som man samarbeider der det gir størst gevinst for alle. Ikke minst gir denne innretningen grobunn for et mangfold i markedet og et sunt og innovativt næringsliv.

KS mener derfor at felles journalløft er et viktig eksempel på hvordan digitalisering bør gjennomføres, på flere områder.

Storskala gevinstrealisering i velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

Innen velferdsteknologi og DHO har KS og kommunene utviklet en modell som kombinerer utprøving, innføring og gevinstarbeid i én sammenhengende kjede. Felles kompetansetiltak, standardisering av måldata og nasjonale rammeavtaler bidrar til at teknologien faktisk tas i bruk og gir dokumenterte gevinster. Hele 346 kommuner deltar i prosjekter gjennom Helseteknologiordningen i 2025/26 – et sterkt bevis på sektorens samlede mobilisering.

KS har gjort en analyse på hvor mange som mottar hjemmetjenester og hvor stor andel som benytter seg av velferdsteknologi.

Totalt antall brukere av helse- og omsorgstjenester: 399 461 (7,14 % av befolkningen), der 173 147 har helsetjenester i hjemmet.

Andel av alle brukerne som har:

- Trygghetsalarm: 31,63 %
- GPS (lokalisering): 1,10 %
- Elektronisk medisindispenser: 2,83 %
- Digitalt tilsyn: 4,57 %

Dette viser et stort potensial, ikke minst muligheten for å ta ut gevinster ved innføring av helseteknologi. KS er i gang med innføringsløp for velferdsteknologi skal tilrettelegge for at kommunene effektivt kan ta i bruk velferdsteknologi med høyest mulig nytteverdi for brukere, ansatte, ledelse og samfunnet som helhet. Formålet er å forenkle implementeringen av løsninger som gir reell merverdi og fremmer bærekraftige tjenester. Strategien bygger på helhetlig tjenestemodell og er integrert med gjeldende nasjonale og regionale strukturer.

Utfordringene blir gjeldende når både spesialisthelsetjenesten og kommunene skal innføre velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging (hjemmesykehus), hver for seg. Dette er spesielt belyst i riksrevisjonen vurdering av digital hjemmeoppfølging³, der helseforetakenes samhandling og samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester omtales som mangelfull.

Vi må sikre trygg og praktisk anvendelse av kunstig intelligens

Kommunenes KI-arbeid innen helse er systematisert (og sett i sammenheng med øvrig KI-arbeid i kommunal sektor) gjennom et felles FoU-prosjekt som leverer ROS og DPIA-maler, juridiske vurderinger og innføringsveiledning. Dette gjør at kommunene kan ta i bruk KI-verktøy – som tale til tekst i journalføring – på en trygg, etisk og effektiv måte. Sektoren bygger dermed kompetanse og rammeverk som gir både sikkerhet og innovasjonskraft.

KS, sammen med kommuner og fylkeskommuner, arbeider nå med å vurdere skalering av KI-løsninger som gir gevinster i kommunene. Formålet er å sikre at alle kommuner og fylkeskommuner kan ta del i KI-løsninger, uavhengig av lokal kompetanse og kapasitet.

Kunnskapsdeling og nasjonal standardisering som multipliserer effekten

Kommunal sektor er tungt involvert i nasjonalt standardiseringsarbeid og utvikling av samspillsnormer, arkitektur og spesifikasjoner – helt avgjørende for å realisere EHDS og sikre sømløs digital samhandling. Kunnskapsdeling gjennom webinarer, dokumentasjonsbiblioteker og erfaringsnettverk sørger for at ingen kommune trenger å starte fra bunn. I tillegg arbeides det med å se på hvordan nasjonale og regionale beste-praksis senter, med lokal kunnskap, kan bidra til raskere skalering og gevinstrealisering av nasjonale løsninger.

Digital samhandling i helse- og omsorgstjenesten er på riktig vei, men samhandlingen må forbedres og forsterkes

Dette gjelder både for samhandling internt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og med de tjenestene de samspiller med samt innbygger, og for samhandling mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette er særlig synlig gjennom følgende utviklingstrekk:

- Leverandørmarkedet i et felles journalløft tilbyr i stor grad skybaserte løsninger med begrenset rom for lokal hardkodet skreddersøm. Det blir derfor enklere å innføre API-er og lignende for å utveksle informasjon. I tillegg tar de nye løsningene i bruk KI og et langt mer moderne brukergrensesnitt, noe som muliggjør en helt annen sortering av informasjon, så informasjonen gjøres relevant i den enkelte brukssituasjonen.

³ [Digital sjukehusoppfølging blir for lite brukt](#)

- Helsefellesskapene har et potensial for å bli viktige arenaer for samhandling mellom kommuner og helseforetak, både overordnet strategisk, i arbeidet med pasientforløp og ved behov for dialog mellom fagpersoner på tvers av nivåene. Rekrutterings- og samhandlingsmidlene⁴ skal bidra til å forsterke samarbeidet mellom kommuner og helseforetak om tjenesteutvikling og gode pasientforløp og legge til rette for et godt desentralisert helsetilbud, med god kvalitet og riktig arbeidsdeling. Helsefellesskapene er også de regionale strukturene som best er tilpasset kommunenes fellesorganisering som tar utgangspunkt i fylkesvis og nasjonalt nivå. Men de fungerer ulikt, og ikke alle fungerer like godt. Evnen til å organisere seg for mer likeverdig samspill mellom nivåene er avgjørende for at de skal fungere etter intensjonen. Det er behov for en videreutvikling av helsefellesskapene for å løse utfordringer knyttet til tilgang på styringsinformasjon og analysekapasitet og knyttet til digitale, juridiske og økonomiske rammer. KS har en FoU knyttet til videreutvikling av helsefellesskapene med forventet leveranse ultimo april. Helsefellesskapene skal verken utvikle eller anskaffe digitale løsninger og helseteknologi, men de skal bidra inn i arbeidet med premissgivingen for nye informasjonskomponenter som kan bedrer samhandlingen lokalt og kan også være viktige i utprøving av nye digitale løsninger for å bidra til bedre samspill og ressursutnyttelse mellom kommuner og sykehus
- Nasjonalt arbeides det med viktige samhandlingsløsninger i satsing for digital samhandling. Disse løsningene skal innføres gradvis i perioden 2026-2029, der KS legger til rette for koordinert utprøving og innføring sammen med alle kommuner og fylkeskommuner. Høyest prioritert er innføring av pasientens legemiddel-liste. For full samfunnsøkonomisk effekt er det sentralt at det også tilrettelegges for effektiv og trygg klargjøring og administrasjon av legemidler. Dette er kritisk viktige oppgaver i den kommunale helse og omsorgstjenesten,
- Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten handler om mer enn digital utveksling av informasjon. Selv om samhandlingen ikke er god nok for enkelte pasientgrupper, er det også mange gode eksempler på at samhandlingen fungerer godt i dag. For eksempel har innføringen pasientforløp innenfor kreftbehandlingen bidratt til god samhandling om kreftpasienter. Prosjekt X som bygger på et samarbeid mellom regjeringen og KS, innebærer at utvalgte prosjekter følges tett for å identifisere barrierer og mulige gevinster, og evt. nasjonal overføringsverdi. Erfaringene fra Prosjekt X er viktige sammen med erfaringene fra øvrige samhandlingsprosjekter som en del av kunnskapsgrunnlaget i helsereformen.

Oppsummert er det viktig for KS å understreke at det er et stort omfang av pågående initiativ som allerede begynner å gi positive resultater for samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten men også for å styrke bærekraften i de respektive delene av tjenesten.

Dette underbygges av de foreløpige funnene i KS sitt FoU arbeide om organisering og utvikling av digitaliseringsarbeidet med forventet leveranse ultimo april, som gjennomføres av Oslo Economics. Her er det foreløpige resultatet at en bør styrke det pågående arbeidet – som i stort ser ut til å ha god effekt –

⁴ [Nytt rekrutterings- og samhandlingstilskudd for helsetjenesten - Hjem](#)

fremfor å finne helt nye og alternative modeller. Det er altså grunn til å være optimistisk på vegne av den videre utviklingen.

Det er således ikke nødvendigvis behov for omfattende strukturelle endringer. KS ser likevel behov for å styrke arbeidet på flere områder og enkelte mindre justeringer, som vil kunne øke gjennomføringskraft og hastigheten i arbeidet. I det videre har vi beskrevet noen avgjørende prinsipper og konkrete forbedringspunkter. Ikke minst må samordningen og koordineringen mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten videreutvikles både nasjonalt, regionalt og lokalt. Helsefellesskapene, i samarbeid med de fylkesvise samarbeidsstrukturene på kommunal side – bør gis en sentral rolle i tjenesteutviklingen mellom kommuner og sykehus, understøttet av felles digitale løsninger og Helseteknologi med et nasjonalt utgangspunkt – men med rom for lokal innovasjon.

Disse endringene kan skje uten endring av den grunnleggende strukturen, der dagens ansvarsforhold og oppgavedeling beholdes.

Finansielle virkemidler er avgjørende for et felles løft

Tilbake i 2023, på oppdrag for KS, har Oslo Economics og Bearingpoint undersøkt kommunenes e-helsekostnader⁵. Kartleggingen viste at norske kommuner brukte om lag 4,5 mrd. kroner på e-helse i 2021, tilsvarende 2,6 % av de totale helse- og omsorgskostnadene. Beregningene peker på at dette kostnadsnivået vil mer enn dobles fram mot 2050, som følge av økt digitalisering, nye krav og bredere anvendelse av e-helseløsninger på tvers av tjenestene.

Denne utviklingen gjør det avgjørende at kommunene settes i stand til å håndtere kostnadsveksten. Rapporten anbefaler at framtidig finansiering enten skjer gjennom tilførsel av friske statlige midler, eller ved at kommunene realiserer gevinster tilsvarende kostnadene for nye løsninger. Særlig ved innføring av løsninger som involverer flere aktører, som digital hjemmeoppfølging (eller digitalt hjemmesykehus), vil det være nødvendig med gode samfinansieringsmodeller. Selv om DHO fra sykehus er viktig for innbygger og mulighet for likeverdige tjenester, er det sjelden gevinster å hente i kommunene. Dette gjenspeiles i FoU gjennomført av Menon Economics og Kvale Advokatfirma som bekrefter at det *«finnes en rekke utfordringer rundt estimering, fordeling og realisering av kostnader og gevinster knyttet til digitale løsninger i kommunal sektor»*⁶.

Oslo Economics gjorde i 2024 på vegne av KS en ⁷⁸,undersøkelse om de nåværende tiltakene og teknologien faktisk bidrar til å realisere ambisjonen om bedre helse- og omsorgstjenester. Undersøkelsene baserer seg på to ulike forsknings- og utviklingsprosjekter der alle peker på flere utfordringer som må overvinnes for at teknologien skal kunne bidra til de ønskede forbedringene i helse- og omsorgstjenester.

FOU rapport om Helseteknologi⁹ gir forventede gevinster viser et stort potensial – men at gevinstuttak krever sterkere ledelse og systematikk. Kartleggingen viser at helseteknologi kan være et sentralt virkemiddel for å møte økt behov, personellmangel og økonomisk press. Men gevinstene kommer ikke automatisk. De krever:

- klar politisk og administrativ forankring og prioritering
- tydelige krav til måling og dokumentering av effekter
- dedikert arbeid med gevinstrealisering der særlig virksomhetsstyring for å oppnå ønskede effekter er avgjørende
- bedre verktøy, prosesser og kompetanse

⁵ [Rapport-KS-scenarioer-for-e-helse.pdf](#)

⁶ [Konsekvenser av at staten leverer digitale løsninger til kommunal sektor - Hjem](#)

⁷ [Gir helseteknologi forventede gevinster?](#)

⁸ [Digital samhandling for helhetlige pasientforløp, kvalitet og effektivitet](#)

⁹ [Gir helseteknologi forventede gevinster?](#)

Med riktige grep kan sektoren realisere langt større gevinster og samtidig sikre bedre tjenester for innbyggere og økt bærekraft i helse- og omsorgssektoren.¹⁰

Oslo Economics' utredning for KS viser at **digital samhandling er en av de mest avgjørende driverne for å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og bærekraft i framtidens helse- og omsorgstjenester**. Samtidig realiseres ikke gevinstene av dagens digitale løsninger i tråd med ambisjonene.

Digital samhandling vil være helt avgjørende for å:

- redusere tid brukt på informasjonsinnhenting
- gi tryggere og bedre tjenester til pasienter og pårørende
- avlaste helsepersonell i en sektor med økende knapphet på arbeidskraft

Men gevinstene realiseres **ikke automatisk**. De krever:

- tydelig politisk prioritering
- at løsninger er tilpasset kommunenes behov
- styring i form av krav, insentiver og oppfølging
- ledelse og kapasitet i tjenesten
- en helhetlig, koordinert nasjonal og kommunal innsats

Det viktigste anbefalte strategiske grepet er å fullføre og realisere gevinster av tiltak som allerede er i gang – før nye løsninger settes i gang.

Det er derfor essensielt at det utvikles finansieringsmodeller på følgende tre hovedområder:

- Videreutvikle Helseteknologiordningen til å støtte kommuner og fylkeskommuner i anskaffelse og ibruktakelse av helseteknologi
- Utvikle finansieringsmodell som reduserer behovet for økning i drift og forvaltningskostnader ved investering av helseteknologi, og som bidrar til å håndtere pukkalkostnader
- Utvikle finansieringsmodeller som gir reell fordeling av kost og nytte mellom helseforetak og kommuner, og som gir insentiver for helhetlig samhandling og trygge og effektive forløp.

¹⁰ [Gir helseteknologi forventede gevinster?](#)

KS foreslår følgende prinsipper og forbedringspunkter

Kort sagt så må politikerne sørge for et styrings- og virkemiddelapparat som gjør at teknologien faktisk brukes og gir ønskede effekter for tjenesten og innbyggere – ikke bare eksisterer.¹¹

1. **Ansvar for digitalisering av den enkelte virksomhet, må følge sørge-for-ansvaret**

Digitalisering er virksomhetsutvikling og må forankres der tjenesten faktisk utøves. Endring av arbeidsprosesser, organisering, ledelse og virksomhetsstyring av arbeidet inkl. styring av gevinstuttak - kan ikke løses av eksterne aktører alene, men må eies i linjen av den enkelte virksomhet. I praksis betyr det at helseforetakene må ha ansvar for teknologien som understøtter deres tjenesteområder, og kommunene for teknologien som understøtter tjenestene nær innbygger. Dersom sørge-for-ansvaret endres og nye konstellasjoner etableres, må også digitaliseringsansvaret følge de nye strukturene. Her er det helt avgjørende at like virksomheter med like behov kan samarbeide og at samarbeid mellom virksomheter må stimuleres. Ikke minst må ansvaret for nasjonale løsninger ligge nasjonalt der kommunal sektor sikres likeverdig innflytelse.

2. **Ansvar for løsninger for å samhandle digitalt på tvers av virksomheter og med innbygger, må ligge nasjonalt. Bruk må være pålagt, og deling insentiveres.**

For at helsetjenesten skal fungere som én sammenhengende kjede, må samhandlingsløsninger være nasjonale, forplikte alle og sikre sanntidsdeling av nødvendige opplysninger. Opplysningene som er tilpasset den enkelte helsearbeiders behov, må gjøres tilgjengelige direkte i arbeidsflaten til helsepersonell. Vi må sikre smidige modeller for utprøving og dokumentasjon av klinisk nytte og andre effekter, og tilpasse løsningene til ulike målgruppers behov. Når løsninger er klare og innføringen kommet langt bør bruk gjøres obligatorisk for å sikre full effekt. Teknisk implementering er ikke bruk. Bruk krever støtte til reell innføring, at løsningene er tilpasset arbeidsprosessene og integrert i arbeidsflatene - og klare insentiver for vilje til deling. Når mange ikke deler, så blir løsningene rett og slett ikke til å stole på og da reduseres også motivasjonen til å bruke dem.

Land som Estland viser at når innbygger eier egne helseopplysninger og virksomheter plikter å tilgjengeliggjøre data, øker både bruk, tillit og kvalitet. Innbygger kan styre tilgang, og helsepersonell får den informasjonen de trenger i sanntid. Mer om det under juridiske grep.

3. **Kommunal sektor må sikres reell innflytelse i tråd med vedtatt nasjonal politikk. Dette innebærer at muligheten for innflytelse må formaliseres sterkere enn i dag overfor statens underliggende virksomheter, for å kompensere for staten som sykehuseier.**

Ta utgangspunkt i samstyringsprinsippene – som er lagt til grunn av regjeringen både i den nasjonale digitaliseringsstrategien som gjelder for ALLE sektorer, digitaliseringsrundskrivnet og i KS samarbeidsavtale med HOD. Vi opplever i dag at prinsippene ikke er forankret gjennom oppdragene til helseforvaltningens underliggende etater (NHN og RHF) – noe som gir utfordringer i samarbeidet. Av og til gis oppdrag til disse og/eller Helsedirektoratet som berører digitalisering av kommunale helse- og omsorgstjenester, uten at KS i tråd med samstyringsprinsippene involveres og sikres reell

¹¹ [Digital samhandling for helhetlige pasientforløp, kvalitet og effektivitet](#)

innflytelse slik at man er trygg på at oppdragene reflekterer helheten.

KS mener disse punktene må legges til grunn:

- Bygge på prinsippene om tidlig involvering, involvering underveis, representativitet, likeverdighet, reell innflytelse og transparens
- Behov for mer samordnet koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor
- Sørge for enhetlig og mer samordnet spesialisthelsetjeneste inn mot kommunal sektor på digitaliseringsområdet, både regionalt og nasjonalt
- Skape rom for felles prioritering og samlet innsats og styring av ressurser, på virksomhetenes egne premisser (ikke på statens)
- Tyngre vektlegging av kommunal sektors behov – der bærekrafts utfordringene jmf. helsepersonellkommisjonen allerede er og ventes å forbli størst
- Bygge på det fellesskapsarbeidet vi har utarbeidet i kommunal sektor, og som vi fortsetter å videreutvikle
- Ta utgangspunkt i samstyingsstrukturen for digitalisering i kommunal sektor og sørg for at denne har tilstrekkelige ressurser og virkemidler til å gjennomføre og fullføre prioriterte nasjonale innsatsområder
- Forsterke den nasjonale rådsmodellen og arbeide videre med å redusere antall råd og utvalg og rydde mellom dem; strategisk, taktisk og operasjonelt nivå
- Etabler et fylkesvise samlingspunkt mellom RHFene og kommunal sektor – gjerne ved aktiv bruk av helsefellesskapene - for bedre samordning, spesielt når det gjelder samordnet prioritering av utvikling, utprøving og innføring av digitale løsninger. Det er imidlertid helt vesentlig at dette har en nasjonal overbygning og ikke skjer i fire parallelle siloer. Det er her vesentlig å merke seg at kommunal sektors fellesressurser og muligheter til å bidra i fellesskap, i all hovedsak er samlet nasjonalt.
- Kommunenes rolle i helsefellesskapene må også forsterkes. Behovet for organisatorisk videreutvikling knyttet til styringsinformasjon, analysekapasitet og digitale, juridiske og økonomiske rammer bør vurderes, for å sikre at helsefellesskapene kan være en likeverdig samarbeidsarena for samhandling og digital samhandling med utgangspunkt i de nasjonale løsningene

4. Roller og ansvar i statsforvaltningen må tydeliggjøres og styring av det nasjonale digitaliseringsarbeidet forsterkes

Det er viktig for KS å understreke at det er et stort omfang av pågående initiativ som allerede begynner å gi positive resultater for samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten men også for å styrke bærekraften. Ikke minst har KS, sammen med alle medlemmer, tatt et ansvar for å samle og koordinere sektoren innen digitaliseringsarbeidet. Dette har allerede gitt gode resultater som det er viktig å bygge videre på.

Dette underbygges av de foreløpige funnene i KS sitt FoU arbeide om organisering og utvikling av digitaliseringsarbeidet med forventet leveranse ultimo april, som gjennomføres av Oslo Economics. Her er foreløpig hovedkonklusjon at en bør styrke det pågående arbeidet med digitalisering av helse-

og omsorgstjenesten – som i stort ser ut til å ha god effekt – fremfor å finne helt nye og alternative modeller. Det er rett og slett mye bra som skjer både i kommunal sektor – og i samspillet i helse- og omsorgstjenesten i stort. Det er altså grunn til å være optimistisk på vegne av den videre utviklingen.

RHF-ene har egne samarbeidsstrukturer som AD- møter, fagdirektørmøter etc som gjennom sine prosesser bidrar til strategisk samordning i spesialisthelsetjenesten. I tillegg har RHF sine egne IKT-selskap. Disse strukturene har ingen tilsvarende samarbeidsstruktur med kommunene, slik som vi har i helsefelleskapene og i det nasjonale og fylkesvise digitaliseringsarbeidet. Så mens kommunen og sykehusene driver tjenesteutvikling «i det små, lokalt og pasient nært» og gjennom utvikling av felles løsninger og retninger nasjonalt og fylkesvis, så driver RHF-ene strategisk samarbeid internt i RHF-strukturen og seg imellom – uten at kommunene har arenaer for å påvirke dette. Større strategiske beslutninger kan sparke bena – eller understøtte- viktig utviklingsprosjekter lokalt og nasjonalt.

Særlig utfordrende oppleves det derfor at RHFene ikke i tilstrekkelig grad samordner sin inngang til nasjonalt arbeid seg imellom. Selv om kommunene er godt samordnet nasjonalt i digitaliseringsarbeidet og har felles modeller for innføring, har de for liten reell innflytelse. Kommunesektorens digitale ressurser er færre enn i spesialisthelsetjenesten og er organisert nasjonalt og delvis fylkesvis, ikke regionalt.

I dag er ubalansen mellom kommuner og sykehus i helsefelleskapene en utfordring, og at helsefelleskapene mangler tilstrekkelige ressurser

En sterkere samordning av kommunene innad i det enkelte fylket vil kunne bidra til større balanse i samarbeidet innad i helsefelleskapet.

KS mener det ikke er behov for omfattende strukturelle endringer i arbeidet med digitalisering av helse- og omsorgstjenesten i kommunal sektor. Vi må heller styrke det gode arbeidet som er i gang. Det er imidlertid behov for å redusere fragmenteringen i statlig sektor og sikre en mer helhetlig samordning av nasjonale og regionale digitaliseringsløp. Ikke minst må staten samordnes bedre inn mot kommunal sektors nasjonale arbeid og med de fylkesvise samarbeidsstrukturene, der kommunal side sikres en sentral rolle i tjenesteutviklingen mellom kommuner og sykehus, understøttet av felles digitale løsninger og helseteknologi.

En styrket samhandling mellom kommunal sektor og statlige aktører, på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, vil også kunne forsterke det lokale eierskapet til samhandling i praksis. Dette er under forutsetning av at samhandling og samordning mellom stat og kommunal sektor bygger på prinsippene om likeverdighet og reell innflytelse. Dette gjelder også inn mot statlige etater og leverandører, som Norsk helsenett, der kommunal sektor må sikre tidlig involvering og likeverdig innflytelse i oppdrag og prioriteringer – men at de også involveres i tråd med vedtatte prinsipper underveis i arbeidet. Dette er fullt mulig uten å gå på akkord med felles ønsker om stegvis fremrykning, det som er vesentlig er at de som har sørge-for-ansvar for helsetjenestene gis anledning til å utøve den innflytelsen de har behov for – noe som er samlet koordinert i tråd med de vedtatte samstyringsprinsippene for samarbeidet mellom stat og kommune.

Helsefellesskapene samsvarer i stort bedre med den fylkesvise strukturen for samarbeid mellom kommuner, og kan dermed være enklere å ta utgangspunkt i enn en organisering med utgangspunkt i dagens regioner for spesialisthelsetjenesten.

5. *Incentiver til samarbeid må forsterkes! Vi må stimulere til samarbeid – mellom kommuner – og mellom kommuner og sykehus.*

Dette gjelder både lokalt, regionalt (kommunenes fylkesstrukturer og helsefellesskapene) – og nasjonalt. Å stimulere til økt samarbeid mellom kommuner for økt robusthet er særlig viktig gitt dagens digitale trusselbilde og geopolitiske situasjon.

Vi ønsker samtidig å bemerke at det noen ganger foreslås at spesialisthelsetjenestens IKT-selskaper kan ta over ansvaret også for kommunene. Gitt dagens rolle og ansvarsdeling vurderes det at dette er en oppgave disse organisasjonene ikke er modne og rigget for, og at det først vil være aktuelt å vurdere dersom det gjennomføres omfattende flytting av helsetjenesteansvar fra kommuner til sykehus.

Samtidig som vi stimulerer til lokal innovasjon, må vi stimulere til nasjonal skalering. Og når ting må skje nasjonalt i utgangspunktet – må vi støtte oppunder det.

- Digitalisering krever midler som kommunene ikke har, spesielt med hensyn til pukkalkostnader. FoU om kostnadsframskrivning viser 5 ganger fra 4,5 mrd til 20 mrd.

En styrking av finansieringen, for å muliggjøre fortsatt raskt tempo i innføring av viktige løsninger. For aktørene vil det være betydelige pukkalkostnader før det kan realiseres betydelige gevinster, og det vil da oppstå et finansieringsgap i en periode. Ordninger som Helseteknologiordningen er godt egnet for å yte slike bidrag, men ordningen må utvides med betydelig økt ramme.

- Helseteknologiordningen må i enda stekerke grad støtte felles initiativ i kommunal sektor og støtte opp under samordning og det må gis nok støtte til skalering og utbredelse av løsninger
- KS anbefaler videre at det jobbes med å innføre nye finansieringsmodeller der kommunene kan anskaffe ny helseteknologi, uten at det har store konsekvenser for drift og forvaltningsbudsjetter.
- Finansieringsmodellen mellom spesialist og kommuner er ikke tilrettelagt for helhetlig forløp
- Oppdater eller reverser pasientjournalloven som pålegger kommunene å betale for løsninger som ikke utviklet for kommunens tjenester
- Sørg for en modell der kommunene kan betale for løsninger som de kan faktisk bruke og realisere gevinster fra
- Sørg for en pris og finansieringsmodell som dokumenterer og hensyntar kost-/nyttefordeling mellom spesialist og kommuner

6. *Regulatoriske hindre for å realisere effektiv samhandling må fjernes, og juridiske mekanismer som forsterker plikt til samhandling på innbyggers premisser må på plass.*

Vi må videreutvikle digitaliseringsregleverket slik at det understøtter samhandling med innbygger og

pasient i sentrum, og ivaretar det tverrsektorielle. Her er det viktig med velfungerende nasjonal infrastruktur som sikrer sanntidsdata av korrekt informasjon hos alle aktører.

Her kan det være noe å lære fra land som Estland og Ukraina (mfl). Der det er lovfestet at det er innbygger, og ikke virksomhetene, som er eier av opplysninger om innbygger. Der alle har plikt til å avlevere til de nasjonale registrene for samhandlingsinformasjon – og der private blir kompensert for å gjøre det. Men med sterk tilgangsstyring av hvem som får tilgang til registrene, transparent logging av hvem som gjør oppslag – og enkel og samordnet mulighet for innbygger til å sperre virksomheter og enkeltpersoner ute.

Det er viktig å legge til rette for digitaliseringsvennlig regelverk som forsterker gjennomføringskraften i utvikling og innføring av nasjonale samhandlingsløsninger, og som samtidig tilrettelegger for å øke takten med lokal innovasjon og som ikke krever regelverksendring for å skalere (ved vellykkede prosjekter)

Forskriftsfesting av tillitsrammeverket som tydeliggjør roller og ansvar, og som øker utviklings og innføringstakten – kan være et viktig grep. Det er allerede i lovverket lagt til rette for deling av helseopplysninger mellom samarbeidende helsepersonell, forutsatt tjenstlig behov i helsepersonelloven. KS mener det må legges til rette for en nasjonal målarkitektur med strenge krav til standarder der deling av helseopplysninger skjer gjennom nasjonale samhandlingstjenester med et tillitsrammeverk som gir trygghet for at autorisert helsepersonell får tilgang til relevante helseopplysninger.

Utfordringen med tillitsrammeverket i dag er at det må inngås bilaterale avtaler om bruk av tjenestene, uten at det er krav til deltakelse. Det betyr at behandlingsansvarlig kan velge å ikke delta i samhandlingen om kritisk helseinformasjon. Dette fører til betydelige utfordringer med skalering nasjonalt, og ikke minst en kompleks forvaltning av samhandlingstjenestene. I praksis skalerer det ikke når det er 8000 helsevirksomheter som må inngå bilaterale avtaler seg imellom. Det er derfor behov for å forskriftsfeste tillitsrammeverket, med NHN som tillitsanker og tiltrodd tredjepart, for å legge til rette for nasjonal digital samhandling. Dette vil gjøre samhandlingen enklere, samtidig som behandlingsansvaret beholdes lokalt og dataansvaret for løsningene legges nasjonalt.

En videreutvikling av dagens lovverk knyttet til -deling av data, som tydeliggjør handlingsrom og de ulike aktørenes plikt til å legge til rette for datautveksling, er nødvendig. En slik utvikling av lovverk og tilhørende veiledningsmateriell, i kombinasjon med gode standarder og nasjonal arkitektur og regelverket som innføres med EHDS, vil kunne redusere viktige barrierer som i dag hindrer utveksling av informasjon, samtidig som det legger til rette for sunn konkurranse i leverandørmarkedet.

7. **Vi trenger ikke felles journal for å realisere god samhandling.**

Store komplekse og integrerte journalløsninger vil ofte gå på bekostning av muligheten til å gi tilpassede løsninger for de ulike tjenestene som skal bruke dem. I stedet må journalløsningene tilgjengeliggjøre den samhandlingsinformasjonen som den enkelte helsetjenesten/profesjonen har behov for, integrert i arbeidsflaten. Og kilden for dette må være nasjonale samhandlingstjenester. Det

gjelder mellom kommuner og sykehus, men det gjelder også mellom de ulike tjenestene i kommunen.

Gode standarder, gjennomtenkt lovverk og nasjonale samhandlingsløsninger vil være tilstrekkelig for god samhandling. Bruk av API-er mellom systemer gir en bedre fleksibilitet og evne til å nyte godt av markedets innovasjonskraft enn omfattende helhetsløsninger.

- Nasjonale plattformer for informasjonsdeling, i samspill mellom KS digital og NHN
- Løsninger som legger til rette for oversikt over helhetlig forløp og som tydeliggjør roller og ansvar (DBEP)
- All informasjon må være relevant, lett tilgjengelig og strukturert

8. Strategisk tilnærming til leverandørnæringen i samarbeid med kommunesektoren

KS mener at tettere dialog med leverandørnæringen legger til rette for, sunn konkurranse og innovasjonskraft i leverandørmarkedet. Arbeidet med godkjenningsordninger og normering, blant annet ved EHDS, vil bidra til å øke forutsigbarhet for digitale løsninger som er intuitive i bruk og som støtter effektive og sikre arbeidsprosesser. Dette er tiltak som det er viktig at staten og KS i samarbeid følger opp for å øke gjennomføringskraften og gevinstrealiseringen. Her er KS Digital som felles selskap en viktig aktør i arbeidet på kommunal side.

9. Det er nødvendig å prioritere økt effektivitet fremfor økt kvalitet, for å sikre bærekraftige tjenester

Gitt utfordringene helsesektoren står overfor, er det helt nødvendig å prioritere økt effektivitet fremfor økt kvalitet i årene fremover. Det betyr at alle virkemidler må rettes tydeligere inn mot å innføre løsninger som reduserer behovet for personell. Mangel på personell er svært stor i årene fremover. Vi må derfor styrke satsingen på teknologi som faktisk reduserer behovet for personell, og ikke bare helseteknologi som er ønskelig i et innbyggerperspektiv fordi det bidrar til å redusere innbyggers ressursbruk og øke kvalitet for innbygger.

Digitalt hjemmesykehus og digitalt helsekort for gravide er gode og verdifulle tiltak sett fra innbygger side, men eksempler på satsinger som i litengrad bidrar til å redusere behovet for personell i kommunene. Satsinger som digitalt tilsyn/digital hjemmesykepleie, KI-løsninger – og samhandlingsløsninger som sparer helsepersonell (og da alle grupper helsepersonell) for jobben med å lete etter informasjon, er eksempler på personellbesparende teknologi og bør prioriteres høyere.

10. Vi må bedre legge til rette for skalering av vellykkede prosjekter, der nasjonale nettverk står sentralt i utprøving og innføring

- Sørg for at det finnes prosesser, incentiver og metoder for at lokal innovasjon kan skalere
- Forsterk incentiv for samarbeid mellom kommuner og kommunal sektor i fellesskap slik at det kan skapes løsninger som gagnar alle
- Stimulere samarbeidet i helsefellesskap koordinert opp mot kommunenes egne fylkesvise og nasjonale strukturer som tydeliggjør samarbeid og felles innsats som bestiller av nye

samhandlingsløsninger eller informasjonskomponenter. Det er samtidig viktig at det også i helsefellesskapene tas utgangspunkt i de nasjonale løsningene og initiativ som allerede er etablert eller pågår slik at vi sikrer en sammenhengende tjeneste (ikke 1000 blomstrer som ikke er skalerbare) og best mulig bruk av de samlede ressursene.

- Gjenbruk av kommunal sektors nettverk for skalering av løsninger som gir reell verdi, og på kommunenes premisser

11. Forsterk omstillingsevnen med økt digital kompetanse

- Legge til rette for å redusere byrden ved å ta i bruk nye systemer
- Gevinster er produkt av brukervennlighet og kompetanse og klar plan for hvilke gevinster som skal oppnås og virksomhetsstyring for å realisere dem. Uten gode og intuitive systemer får vi ikke ut gevinstene
- Forsterk satsning på digital omstilling og kompetanseheving

Avslutningsvis

Norsk helse- og omsorgstjeneste står i økende press som følge av personellmangel, demografiske endringer og stramme økonomiske rammer. For å sikre kvalitet og pasientsikkerhet må sektoren jobbe smartere og ta i bruk teknologi som avlaster helsepersonell og reduserer eller utsetter behov for tjenester. Kommunesektoren spiller en nøkkelrolle, siden de fleste tjenester leveres lokalt.

KS mener at dagens organisasjonstruktur i hovedsak fungerer, men at **samhandling og digitalisering må styrkes**. Flere analyser viser at helseteknologi og digital samhandling har stort potensial, men gevinstene tas ikke ut fordi tiltak ikke fullføres, løsningene ikke er tilpasset behovene i tjenestene, informasjon ikke deles godt nok, støtte til innføringsarbeidet ikke finnes og ledelsesforankring mangler. Det viktigste nå er å **gjennomføre og hente ut gevinster av eksisterende tiltak**, ikke starte store nye organisasjonsreformer.

KS peker på at kommunene allerede har etablert sterke samarbeidsstrukturer for felles innsats for digital transformasjon – felles innføringsmodeller, samstyringsstrukturen, journalløftet og omfattende bruk av velferdsteknologi. Dette gir raskere innføring, lavere risiko og bedre kvalitet. Samarbeidet med staten og spesialisthelsetjenesten må samtidig forbedres.

KS anbefaler:

- tydeligere roller og ansvar i nasjonal styring
- sterkere kommunal innflytelse i det nasjonale og regionale digitaliseringsarbeidet
- bedre finansiering og insentiver for å ta i bruk teknologi
- forenkling av dagens råd og utvalg
- mer brukervennlige og samhandlingsrettede løsninger
- satsing på effektivitetsgevinster og teknologi som sparer personell

KS oppsummerer det slik:

Behold strukturen, styrk samhandlingen, fullfør tiltakene, realiser gevinstene – og sett kommunene og fylkeskommune i stand til å levere bærekraftige helse- og omsorgstjenester, og i tillegg bli gode samspillspartnere for spesialisthelsetjenesten.

Vedlegg 1

Dette er en forklaring av de viktigste tiltakene og strukturer som ligger til grunn for kommunal sektors arbeid med digitalisering, e-helse og samordning gjennom KS.

1. KS' mandat for samordning og samstyring

KS har ansvar for å samordne digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor, dette gjelder også helse. Dette inkluderer koordinering av prioriteringer, felles innspill til staten og strukturering av leverandørdialog. Mandatet sikrer helhetlig retning og reduserer dobbeltarbeid.

2. Samstyringsstrukturen for digitalisering

Samstyringen skjer gjennom organer som KommIT-rådet, Digitaliseringsutvalget, FPU e-helse, Programråd for Felles Journalløft og regionale digitaliseringsnettverk. Disse bidrar til felles prioriteringer, samordning og påvirkning av nasjonale beslutninger.

KS samler kommunesektoren i digitaliseringsarbeidet og fremmer deres interesser. Kommunesektorens behov defineres gjennom samstyringsstrukturen for digitalisering. Med bakgrunn i KS sitt mandat, er det etablert en robust samstyringsstruktur med organer som KommIT-rådet, Digitaliseringsutvalget, fag- og prioriteringsutvalg (eget på eHelse) og regionale digitaliseringsnettverk. Viktig strategisk arbeid forankres i KS ordinære medlemsorganer på administrativt og politisk nivå. Det er også etablert direkte sammenheng mellom hvem som representerer kommunal sektor i statlige råd og utvalg, og representasjon i råd og utvalg innad i kommunal sektor. Denne strukturen gjør det mulig for over 350 kommuner og 15 fylkeskommuner å opptre som én aktør og med legitim stemme når det gjelder prioriteringer, statlig dialog og kontakt med leverandørmarkedet.

Samstyringsstrukturen gir en felles kraft i sektoren som legger til rette for økt gjennomføringskraft:

- en samlet, koordinert og profesjonalisert struktur for samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner og felles retning i arbeidet
- sterkere forhandlingskraft og felles stemme inn mot interessenter; statlige, andre interesseorganisasjoner og næringsliv
- raskere utvikling og innføring av nasjonale løsninger
- høyere kvalitet og lavere risiko i anskaffelser
- reell og raskere skalering av Helseteknologi, inklusive velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging
- trygg og effektiv skalering av KI og annen lokale innovasjonssatsninger
- felles innsats for realisering av gevinster for innbyggere, tjenester og ansatte
- mer koordinert utvikling av digitale løsninger og infrastruktur på tvers av landet

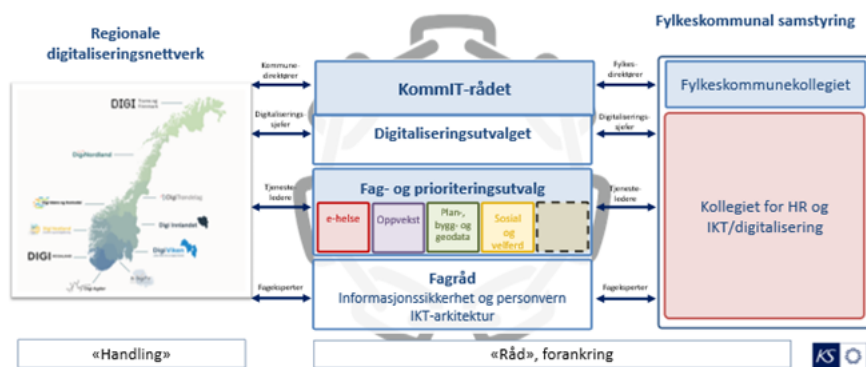
- kommunal sektor arbeider i retning av større enheter og flere nasjonale fellestiltak for å styrke sikkerhet og sårbarhet, inklusive HelseCERT, og med enda sterkere satsing på tiltak fremover i tid for å styrke beredskapsevnen på IKT

Dette viser at kommunene – gjennom KS og samstyringsstrukturen – faktisk har etablert en av Norges mest omfattende og effektive samarbeidsmodeller for digital transformasjon mellom selvstendige virksomheter.

Som en del av samarbeidsavtalen med Helse- og omsorgsdepartementet om utbredelse av nasjonale e-helseløsninger og som en del av rapporteringen på nasjonale tilskudd i 2023, skulle KS i samarbeid med Norsk helsenett SF (NHN), foreslå en felles modell for innføringsnettverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Modellen ble etablert 2024 og er videreutviklet slik at den i dag består av Felles modell for utprøving, innføring og nettverk e-helse. Arbeidet finansieres over

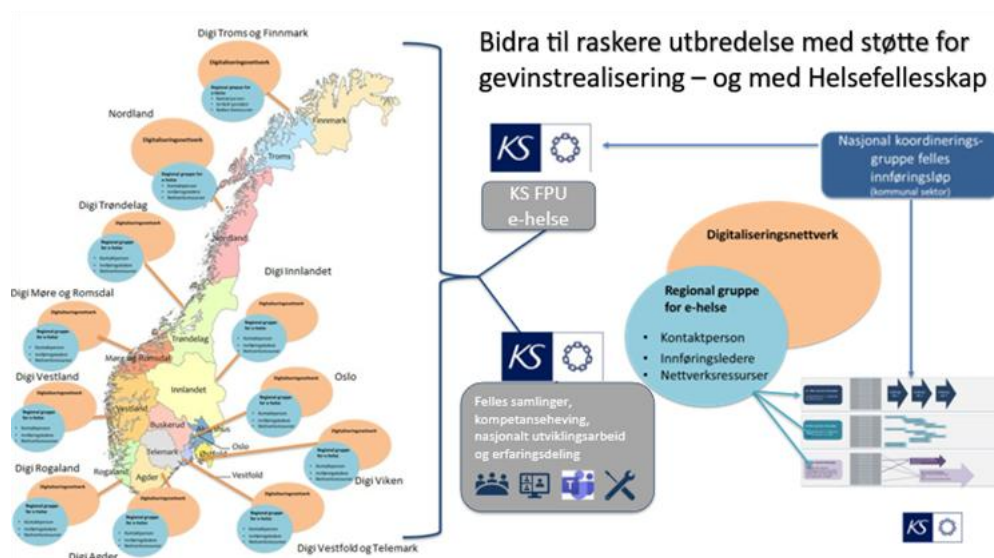
Helseteknologiordningen og målgruppe er samtlige 357 kommuner og fylkeskommuner. Hittil har nesten alle deltatt eller deltar på felles innføringsløp innen Digihelse, Digihelsestasjon, Velferdsteknologisk knutepunkt, helhetlig tjenestemodell og persontjenesten. Videre jobbes det nå med felles utprøving og innføring av Digitalt helsekort for gravide, pasientens legemiddelliste og andre løsninger innen digital samhandling og helseteknologi. Erfaringer viser at innføring gjennom felles innføringsløp går opptil 5 ganger raskere, enn om løsningene blir tatt i bruk av hver enkelt for seg.

Den kommunale samstyringsstrukturen for digitalisering



3. KS' felles modell for innføring

Modellen består av nasjonale og regionale innføringsnettverk, utprøving av nye tjenester, felles kvalitetsvurderinger og gevinstanalyser. Målet er å sikre trygg, effektiv og lik innføring av nasjonale løsninger.



4. Kommunal sektors felles portefølje og prioritering

Porteføljen samler satsinger innen legemidler, journalløsninger, innbyggertjenester, samhandling, DHO og velferdsteknologi. Gjennom KS vurderes hva som bør utvikles, testes eller anbefales for innføring.

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



[Løsninger under utvikling og utprøving - Hjem](#)

[Innføringsklare løsninger - Hjem](#)

5. Felles journalløft

Dette er sektorens største moderniseringsløft, med felles krav, anskaffelsesrammer og samhandlingstjenester. Over 200 kommuner deltar. Målet er moderne, sammenhengende og fremtidsrettede journalløsninger.

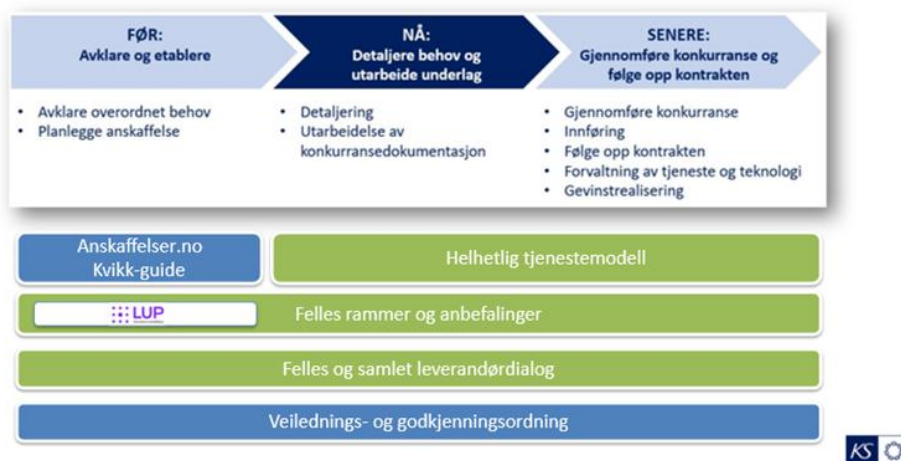
6. Godkjenningsordning / selvdeklarerer

Felles skjema for leverandører gir enklere anskaffelser. Kommunene får bedre grunnlag for vurdering av sikkerhet, personvern og arkitektur, og leverandørene slipper gjentatte vurderinger.

7. Felles anskaffelsesstøtte og leverandørdialog

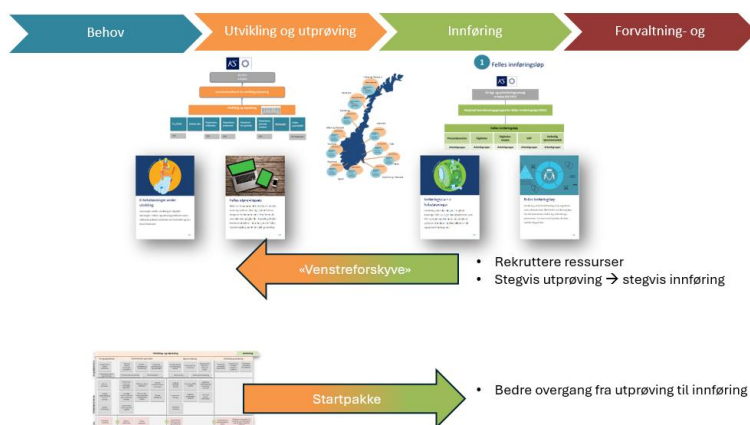
KS koordinerer anskaffelser, markedsdialoger og styrker kommunenes bestillerkompetanse. Dette gir bedre avtaler og samordnede anskaffelser.

Modell for bistand ved anskaffelser



8. Koordinerte innføringsløp

KS støtter kommunene i innføringen av PLL, Kjernejournal, Helsekort for gravide, prøvesvar og digital hjemmeoppfølging. Dette inkluderer opplæring, gevinstrealisering og samordning mot NHN og Helsedirektoratet.



9. Velferdsteknologi og DHO – skalering og gevinster

KS tilrettelegger for standardisering av sensordata, kompetanseprogrammer, rammeavtaler og innføring av DHO-løsninger. Målet er trygg og effektiv bruk av teknologi.

10. Arbeid med kunstig intelligens (KI)

KS leder utviklingen av trygg KI-bruk i helse. Prosjektet inkluderer maler for ROS, DPIA, juridiske vurderinger og implementeringsveiledning. Første case er tale-til-utkast for journalføring.

11. Standardisering – kodeverk, terminologi og arkitektur

Kommunene deltar i nasjonalt standardiseringsarbeid og forberedelser til EUs EHDS. KS utvikler felles spesifikasjoner og bidrar til samspill og struktur.

12. Informasjonsdeling og kunnskapsbank

KS arrangerer webinarer, drifter kunnskapsgrunnlag, porteføljeoversikter og dokumentasjonsbibliotek for å sikre at kommunene har tilgang til kvalitetssikret og oppdatert informasjon.

13. Helseteknologiordningen

KS koordinerer søknader, fremmer samarbeid mellom kommuner og helseforetak og støtter utviklingsprosjekter. 346 kommuner deltar i prosjekter som har fått støtte for 2025/26.

14. KS Digital

KS Digital skal bidra til å øke farten på digitalisering i kommuner og fylkeskommuner. Selskapet utvikler og leverer tjenester og løsninger på behov i kommuner og fylkeskommuner, og legger til rette for at tjenestene kan bli tatt i bruk og skape en felles gevinst for kundene, som er kommuner og fylkeskommuner..

KS Digital er et aksjeselskap som er 100 prosent eid av Kommunesektorens Organisasjon (KS), men gjennom egne eierorganer representativt kontrollert av fylkeskommuner og kommuner. Selskapet har et ikke-økonomisk formål, og skal ikke skaffe aksjeeier økonomisk utbytte.

Forholdet mellom KS og KS Digital



KS Digital leverer ulike tjenester



09.03.2026

