

Q1 2026 (Versjon 1,0)

Innhold

Kapittel 1	3
1. Sammen drag	4
Kapittel 2	7
2. Veikart for hvert strategimål	8
Mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse	8
Mål 2: Enklere arbeidshverdag	26
Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring	48
Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling	58
Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft	65
Kapittel 3	70
3. Prosess for oppdatering av Veikartet til Q1 2026.	71

Kapittel 1

Innledning

1. Sammendrag

Veikart for nasjonal e-helsestrategi viser pågående og planlagte aktiviteter i helse- og omsorgssektoren for å realisere målene i e-helsestrategien.

Bakgrunn

Et samlet e-helseråd stilte seg bak en ny nasjonal e-helsestrategi gjeldende fra januar 2023. Strategien er helse- og omsorgssektorens felles strategi for digitalisering fra 2023 og frem mot 2030 som skal bidra til felles overordnede prioriteringer og økt gjennomføringsevne på e-helseområdet i Norge. Strategien har fem mål som dekker innbyggere, helsepersonell, helsedata, samhandling og virkemidler. Mål 4 og 5 som dekker samhandling og virkemidler er understøttende til de 3 andre målene. Les mer om [strategien på helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no/strategien-pa-helsedirektoratet.no).



Veikart + målindikatorer = plan for realisering av nasjonal e-helsestrategi

For å realisere e-helsestrategien følger man opp delmål med nyttemålsetninger, som viser hvilke aktiviteter som gjøres for å komme nærmere målene og indikatorer som viser hvor langt man er kommet på måloppnåelsen. Delmålene og indikatorer utgjør sammen Plan for realisering.

Delmålene, tilhørende hvert mål, består av strategisk aktivitet som pågår eller er planlagt i helse- og omsorgstjenesten og er samlet i veikartet. Veikartet viser dermed status og planer i helse- og omsorgssektoren for å realisere hvert av målene i e-helsestrategien. Veikartet blir jevnlig oppdatert og videreutviklet. Veikart for nasjonal e-helsestrategi bygger på erfaringer fra veikart for nasjonale e-helseløsninger som ble utarbeidet høsten 2020 av Direktoratet for e-helse på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Veikartet tok da for seg de nasjonale e-helseløsningene og prioriterte samhandlingsløsninger, og hvordan de bidro til å oppnå ønsket nytte.

Veikartet er et verktøy for beslutningstakere og andre interessenter til helse- og omsorgssektoren. Eksempler er myndigheter med behov for oversikt over aktivitet som foregår, for helseforetak og kommunal sektor som skal ta i bruk nye teknologiske løsninger og for annet helsepersonell og ansatte i helse- og omsorgssektoren som ønsker å vite når de får tilgjengelig nye funksjoner og teknologier som gir bedre tjenester eller en enklere arbeidshverdag. Nasjonal rådsmodell for e-helse behandler oppfølging av nasjonal e-helsestrategi.

Strukturen er illustrert i figuren under. Veikartet finnes på helsedirektoratet.no



Figur 1 illustrerer hvordan Veikart for nasjonal e-helsestrategi sammen med Strategiske indikatorer utgjør plan for å realisere Nasjonal e-helsestrategi

Veikartets verdikjede

For å få en oversikt over hvor langt sektoren har kommet med de ulike aktivitetene og leveransene i veikartet, er det etablert en verdikjede som består av flere faser. Verdikjeden er en forenkling av den faktiske gjennomføringen, og i praksis vil en endringsprosess gjennomføre aktiviteter som tilhører flere faser samtidig. Samhandlingstjenester som berører mange aktører vil ofte i større grad følge alle fasene i verdikjeden mens lokale løsninger ofte har forenklinger.

Fasene i veikartets verdikjede er:



KONSEPT / MANDAT

Utredning av konsepter for løsning, som beslutningsunderlag før oppstart av nasjonal utvikling.

UTVIKLING OG BEGRENSET
UTPRØVING

Utvikling av nasjonal tjeneste/regler, inkludert vurdering av nytte og begrenset utprøving med relevante aktører.

TILPASNING OG UTVIDET
UTPRØVING

Videreutvikling og utvidet utprøving, ofte tilpasning i ulike relevante journalløsninger for brukergrupper i helse- og omsorgssektoren.

INNFØRING

Aktørene tar i bruk tjenesten, gjennom endring i virksomhetene med endrede arbeidsprosesser, opplæring og innføring av bruk.

NY PRAKSIS I BRUK

Ny praksis i bruk betyr at aktørene har implementert den nye tjenesten. Her skjer realisering av nytte.

Aktivitet i Veikartet som er tentativ er markert med stiptet linje.



Aktivitet i Veikartet som er planlagt er markert med en heltrukken linje.



Figur 2: Verdikjeden til Veikart for nasjonal e-helsestrategi

I de to første fasene, konsept og utvikling og begrenset utprøving, gjennomføres som regel leveranser fra tiltak i nasjonal regi med tett involvering av interessentene i sektoren. I de etterfølgende fasene er det de ulike virksomhetene i sektoren som har fremdriftsansvaret, og i veikartsammenheng ser man på hvor langt majoriteten av aktørene har kommet når det konkluderes hvilken fase tjenesten er i.

Som nevnt er verdikjeden en forenkling av virkeligheten. Det vil for eksempel gjøres endringer i en nasjonal e-helsetjeneste i fasen tilpasning og utvidet utprøving i helse- og omsorgstjenesten, fordi man lærer underveis og videreutvikling er en del av forvaltning. Det kan også jobbes med å innføre en versjon av en tjeneste, mens en ny versjon er i fasen utvikling og begrenset utprøving. Verdikjeden legger også til rette for smidig utvikling, men ettersom det oftest er behov for å prøve ut og kvalitetssikre leveranser før de breddes i stort, er det i praksis likevel behov for fasene.

Kapittel 2

Veikart for hvert strategimål

2. Veikart for hvert strategimål

Oversikt over delmål og tilhørende aktivitet i helse- og omsorgssektoren beskrives per strategisk mål i delkapitler som følger.

Mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Digitale helse- og omsorgstjenester gir en mangfoldig befolkning likeverdige og sammenhengende tjenester uavhengig av bosted, og bidrar til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Digitale helse- og omsorgstjenester skal tilrettelegge for at innbyggere og pårørende, uavhengig av sosial bakgrunn, enkelt kan involvere seg i forebygging, behandling og oppfølging av egen og næres helse og mestring. Når, hvor og hvordan helse- og omsorgstjenester utføres skal i større grad tilpasses innbyggers behov. Dette vil bidra til bedre utnyttelse av kompetanse og kapasitet.

Utfyllende beskrivelse av mål 1 finnes på helsedirektoratet.no og pågående aktivitet innenfor hvert delmål er vist i kapitlene som følger.

Delmål 1.A: Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge



Innbyggere har enkel tilgang til informasjon og tjenester som setter dem i stand til å ta gode helsevalg og gjøre mer selv.

Helsenorge er hovedinngangen til helse- og omsorgstjenester på nett, dette forutsetter at tjenester fra hver enkelt aktør i helse- og omsorgstjenesten er tilgjengelig via den nasjonale portalen. Delmålet skal ivareta innbyggers behov for helhet og oversikt, og videre støtte regjeringens mål om å gjøre det enklere for pasienter og pårørende å delta i beslutninger om egen helse og behandling, samt øke helsekompetansen i befolkningen. Helsevalg tas hver dag hele livet, både når man er frisk og mens man er syk. Gode helsevalg er en forutsetning for at innbygger holder seg så

frisk som mulig og dermed belaster helsetjenesten minst mulig. Skal innbygger settes i stand til å ta gode helsevalg er helsekompetanse og digital helsekompetanse en forutsetning for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Helsekompetanse er evnen en person har til å finne frem, forstå, vurdere og bruke helseinformasjon for å kunne gjøre kunnskapsbaserte valg relatert til egen helse. Dette gjelder valg knyttet til både livsstil, tiltak for forebygging av sykdom, mestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten. Skal samfunnet kunne ha et bærekraftig helsetilbud må innbygger settes i stand til å ta tjenestene i bruk. Det er derfor en viktig oppgave for alle helse- og omsorgstjenester å bistå pasienter og brukere til å håndtere.

Helsenorge har et stort potensial for å styrke helsekompetansen. Gjennom å tilby kvalitetssikret og tilgjengelig informasjon om helse, sykdom, behandling og rettigheter, kan Helsenorge bidra til at innbyggere får bedre forutsetninger for å ivareta egen helse¹. Plattformen kan også brukes mer aktivt som et folkehelseverktøy, og bør inngå som en strategisk komponent i arbeidet med å fremme helsekompetanse på tvers av befolkningen.

Tilbudet på Helsenorge er fremdeles fragmentert, og det er geografiske ulikheter og manglende sammenheng i tilbudet. Det er et viktig mål å sikre at vår felles helse- og omsorgstjeneste åpner for at innbyggere finner tjenester på Helsenorge, som inngår i et økosystem med andre digitale dialogtjenester. Prinsipper for innbyggertjenester beskriver hvordan Helsenorge bør spille sammen med andre e-helseløsninger. Det kan leses mer om [innbyggerprinsippene på helsedirektoratet.no](https://helsenorge.no/innbyggerprinsippene-pa-helsedirektoratet.no)

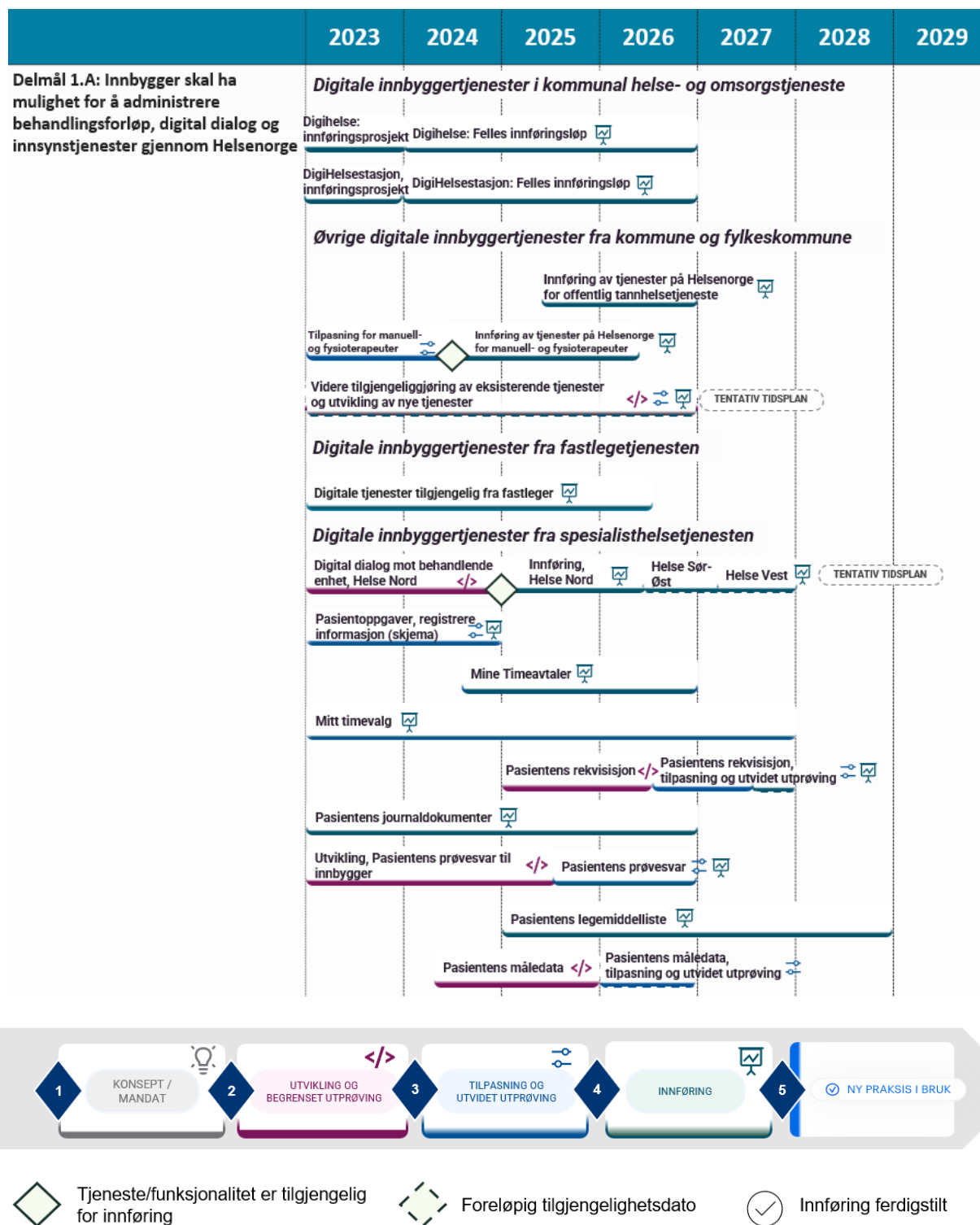
I Meld. ST. 24(2022- 2023) Felleskap og meistring – Bu trygt heime, vektlegges at digitale helse- og omsorgstjenester skal gi en mangfoldig befolkning likeverdige, trygge og sammenhengende tjenester av høy kvalitet, og bidra til mer geografisk likeverdige tjenester uavhengig av bosted. Innbyggere skal settes i stand til å være aktive i egen og næres helse, ta gode helsevalg, gjøre mer selv og være hjemme mest mulig ved hjelp av for eksempel digital hjemmeoppfølging.

Delmålet innebærer at innbyggere, pasienter og pårørende får tilgang til å administrere mest mulig av sitt behandlingsforløp, som inkluderer å se status på henvisninger, følge med på timeavtaler og endre disse. Innbygger

¹ [Meld. St. 9 Nasjonal helse- og samhandlingsplan \(2024–2027\)](#)

skal også ha mulighet til å starte en digital dialog med helsekontaktene sine, foreta oppgaver som reseptfornyelse, og motta varsler eller brev når det skjer endringer eller når det foreligger prøvesvar. Innbygger skal også kunne lese journaldokumenter som er relevante for behandlingsforløpet, og kunne gi fullmakt til sine nære. Innbygger skal kunne gjennomføre oppgaver i forbindelse med all helsehjelp som mottas fra den offentlige helsetjenesten, samt ha kontroll på hvem og hvordan de nærmeste involveres.

Helse Midt-Norge RHF arbeider med tilpasning av informasjonsdeling mellom Helseplattformen og Helsenorge.no. Helse Midt-Norge dekker i stor grad ønsket funksjonalitet regionalt for de aktørene som har tatt i bruk Helseplattformen.



Figur 3 Veikart for tilgjengeliggjøringen av lokale og regionale tjenester via Helsenorge. Siden variasjonen i status og planer er store for ulike aktører på Helsenorge, er også de ulike tjenestene illustrert med flere av fargene på fasene

Digitale innbyggertjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste

DigiHelse gir brukere av hjemmebaserte tjenester og deres pårørende med fullmakt mulighet til å ha dialog med helsetjenestene i sin kommune, via Helsenorge. Formålet med DigiHelse er å forbedre samarbeidet mellom pasienter, pårørende og helsepersonell. DigiHelse gjør at innbygger kan kommunisere digitalt med helse- og omsorgstjenestene i kommunen via Helsenorge. Innbygger får mulighet til å sende og motta meldinger, se avtaler

om hjemmebesøk, og få varsler om utførte hjemmebesøk. Meldingene går direkte inn i den elektroniske pasientjournalen (EPJ), som sikrer god og trygg dokumentasjon og kommunikasjon.

Les mer [om DigiHelse på Norsk Helsenett sine hjemmesider](#)

KS inviterer til felles innføringsløp for DigiHelse, som gjennomføres puljevis. Puljene gjennomføres etter et standardisert innføringsløp, hvor sentrale aktiviteter og datoer illustreres i en felles fremdriftsplan. Pulje 1 og pulje 2 er gjennomført, pulje 3 har oppstart i januar 2026.

Les mer om [Felles innføringsløp på KS sine hjemmesider](#)

DigiHelsestasjon gjør det mulig for innbyggere i alle aldre – fra småbarnsforeldre til ungdom – å kommunisere direkte med helsestasjon, skolehelsetjenesten eller helsestasjon for ungdom via Helsenorge. Med løsningen kan innbyggerne enkelt sende meldinger, bestille og avbestille timer, få varsler og motta kvalitetssikret helseinformasjon, alt via en trygg digital plattform med høy sikkerhet. For helsepersonell gir løsningen en effektiv arbeidsflyt der henvendelser registreres direkte i det elektroniske pasientjournalen (EPJ). Dette sikrer både bedre dokumentasjon og mer tid til faglig arbeid.

Les mer [DigiHelsestasjon på Norsk Helsenett sine hjemmesider](#)

KS inviterer til felles innføringsløp for DigiHelsestasjon, som gjennomføres puljevis. Puljene gjennomføres etter et standardisert innføringsløp, hvor sentrale aktiviteter og datoer illustreres i en felles fremdriftsplan. Pulje 1 og pulje 2 er gjennomført, pulje 3 har oppstart i januar 2026.

Les mer om [Felles innføringsløp på KS sine hjemmesider](#)

Felles innføringsløp er en ny modell for innføring av helseteknologi og nasjonale e-helseløsninger i kommunesektoren. En ny samordnet struktur for nettverk innen e-helse vil bidra til at innføringen av e-helseløsninger går raskere. Den nye modellen er laget i samarbeid med KS, Norsk helsenett og ressurspersoner fra ulike nettverk, og målet er å understøtte felles innføringsløp innen nasjonale e-helseløsninger og helseteknologi, samt bruk av kompetanse og kapasitet i nettverket i større grad. Kommuner kan melde seg på felles innføringsløp for Kjernejournal, VKP, DigiHelsestasjon, og DigiHelse.

Les mer om [modell for innføring av helseteknologi og innføringsløp](#) på KS sine hjemmesider.

Øvrige digitale innbyggertjenester fra kommune og fylkeskommune

Journal leverandør for tannlegemarkedet planlegger integrasjon med Helsenorge høsten 2025, det vil tilgjengeliggjøre digitale løsninger på Helsenorge for offentlige tannleger.

Det er nå tilgjengelig digital løsning på Helsenorge for fysio- og manuellterapeuter. Løsningen tilrettelegger for trygg og fleksibel kommunikasjon med pasientene, samtidig som den bidrar til å redusere administrativt arbeid. I første omgang innebærer dette at innbygger kan se og bli varslet om timer og får mulighet til å avbestille time. Det vil også være mulig å sende meldinger til innbygger. For øyeblikket er Helsenorge for fysio- og manuellterapeuter tilgjengelig for alle med Pridok journalsystem.

I tillegg til tjenestene som er innført på Helsenorge gjennom større satsninger, finnes det flere kommuner som har valgt å i tillegg gi innbyggere tilgang til helsekontakter på Helsenorge for ulike tjenester i kommunen. Eksempler er helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, hjelpemidler, ergoterapi og frisklivstilbud. Noen kommuner har åpnet for

digital kontakt for helsetjenester som demensteam, koordinator med/uten individuell plan, medisinerer, krefteam, rus og psykiatri, dagtilbud/aktivitetssenter og ulike bolig, og bo-støtte tilbud.

Det er også en del kommuner som har tjenester for bistand til oppgaver som: hjelpemidler, velferdsteknologi, trygghetsalarm, parkering og TT-kort via Helsenorge.

Digitale innbyggertjenester fra fastlegetjenesten

Digital Dialog Fastlege (DDFL) gir den enkelte innbygger mulighet til å kommunisere med og administrere avtaler med fastlegetjenesten. De digitale tjenestene bidrar til bedre ressursutnyttelse ved at innbygger gis anledning til å administrere timebestillinger og reseptfornyelser via Helsenorge. Tjenestene bidrar til spart tid og reisevei, i tillegg bidrar de til bedre informasjonsflyt og økt tilgjengelighet.

90 prosent av fastlegene har nå koblet seg til en eller flere DDFL- tjenester. De fleste tilbyr e-konsultasjon, e-kontakt, digital fornyelse av resept og timeadministrasjon via Helsenorge.no. Enkle verktøy for kartlegging og veiledning er inkludert. Regjeringen har vedtatt endringer i regelverket for fastlegene med krav om at alle fastleger skal tilby digitale konsultasjoner i form av video, tekst og telefon, [les mer på Regjeringens hjemmesider](#).

Tjenestene for fastleger er under kontinuerlig utvikling basert på identifiserte behov i sektoren, og egne prosjekter med særskilt finansiering, som for eksempel EPJ-løftet. Tjenester for fastleger drives videre i forvaltning hos Norsk Helsennett SF, og videre innføring vil skje ved at fastlegene inngår avtaler om digitale tjenester med sin journalleverandør. De fleste leverandører har gjort nødvendige tilrettelegginger. Norsk Helsennett har tilgjengeliggjort informasjon om hvordan tjenestene fungerer, hvordan komme i gang og hvordan fastlegene kan tilpasse egen informasjon på Helsenorge.

Digitale innbyggertjenester fra spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har kommet lengst i å tilby digitale helse- og omsorgstjenester.

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger ga helseforetak plikt til å gjøre tjenester for selvbetjening, dialog og innsyn tilgjengelig for pasienter og brukere på Helsenorge fra 1. januar 2023. Det gjenstår litt før dette er innfridd i alle fire regionene.

Helseregionene har som mål å fortsette samarbeidet med å utvikle og bredde digitale innbygger tjenester for å bidra til at pasientene får en likeverdig helsetjeneste og at forskjellene i det digitale tjenestetilbudet i Norge reduseres. De regionale helseforetakene samarbeider og fordeler ansvar mellom seg for å få på plass nasjonale løsninger. Viktige prosjekter er [Digitale pasienttjenester i Nord \(Helse Nord\)](#) og [Digitale innbyggertjenester - Mine timeavtaler \(Helse Sør-Øst\)](#). Videreutvikling av innbyggertjenestene utover dette i spesialisthelsetjenesten foregår i det enkelte regionale helseforetak.

Digital dialog (ledes av Helse Nord RHF) blir en del av alle digitale pasienttjenester, for å unngå økt telefonbelastning til helseforetakene. Tjenesten vil gjøre det enklere for pasienten, som slipper telefonkø. Det vil trolig også bli enklere for helsepersonell, som enkelt kan henvende seg til pasienten når det passer best.

Digitale skjema brukes i kommunikasjon med pasienten, i mange tilfeller kan skjema erstatte eller fremskynde besøk på sykehusene, det kan også føre til at pasienter slipper unødvendige reiser til sykehus. [Les mer om digitale skjema på Helse Nord sine hjemmesider](#).

Mine Timeavtaler (ledes av Helse Sør-Øst RHF) vil gi innbygger en forbedret timetjeneste på Helsenorge som gjør det mulig å legge til informasjon basert på alder, kjønn, timetype, hvor undersøkelsen og behandlingen skal foregå. Dette vil også legge til rette for bedre og mer relevant informasjon til innbygger. Dette vil trolig også bidra til at

innbygger møter bedre forberedt til avtalen på sykehuset. Les mer [om Mine timeavtaler i Helse Sør-Øst sin siste rapportering til Nasjonal e-helseportefølje på Helsedirektoratets hjemmeside](#).

Pasientens rekvisisjoner (ledes av Helse Vest RHF) er en løsning for elektronisk deling av rekvisisjoner på tvers av helsetjenestene. Tjenesten er under utvikling, med brukerfunksjonalitet på Helsenorge.

I Helse Midt-Norge pågår det et arbeid sammen med Norsk Helsenett med å unngå duplikate varsel mellom de to innbyggerportalene HelsaMi og Helsenorge, samt aktivitet for å tilfredsstille forskrift til bruk av Helsenorge.

Tjenestene Pasientens journaldokumenter, Pasientens legemiddelliste Pasientens prøvesvar og Pasientens måledata er tjenester som kan gi innbygger et større eierskap til egen helse, slik at de kan bli mer aktive i egen helse og helsehjelp.

Tjenestene blir tilgjengelig gjennom Helsenorge.

- Deling av Pasientens journaldokumenter gir innbygger og helsepersonell sikker tilgang til informasjon om epikriser og sammenfatninger. [Les mer om Pasientens journaldokumenter på Helsedirektoratets hjemmeside](#).
- Pasientens legemiddelliste er en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling. [Les mer om Pasientens legemiddelliste på Helsedirektoratets hjemmeside](#).
- Pasientens prøvesvar gir helsepersonell tilgang til og oversikt over laboratorie- og radiologisvar digitalt, uavhengig av hvem som har rekvirert undersøkelse og hvor den er utført. Innbygger får en samlet oversikt over sine prøver på Helsenorge.no. [Les mer om Pasientens prøvesvar på Helsedirektoratets hjemmeside](#).
- Pasientens måledata skal samle og tilgjengeliggjøre medisinske måledata for pasienter som er i behandling og har tatt oppfølging av ulike aktører på tvers av helse- og omsorgstjenesten. [Les mer om Pasientens måledata på Helsedirektoratets sine hjemmesider](#).

Tjenestene omtales også under delmål 1B (Pasientens måledata), [2E](#) (Pasientens legemiddelliste) og [2F](#) (Pasientens journaldokumenter og Pasientens prøvesvar)

Fra innbyggerundersøkelsen 2024, fremkommer det at innbyggere som ønsker seg flere digitale heletjenester ønsker seg oftest tilgang til journaldokumenter fra fastlege og prøvesvar.²

² [Innbyggerundersøkelsen om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten 2024](#)

Delmål 1.B: Innbyggere skal ha tilgang på velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

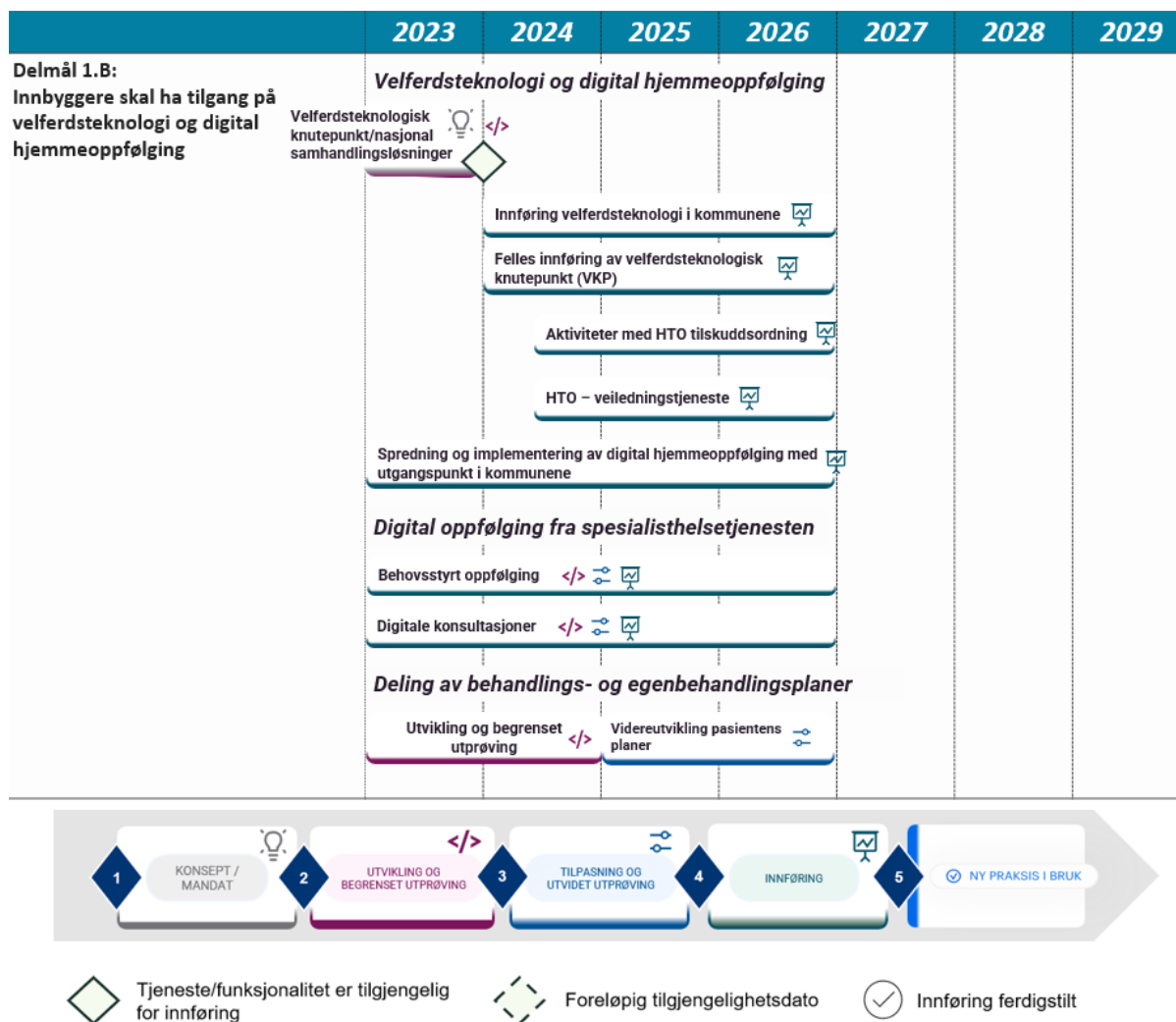


Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging vil gi gevinster både for innbyggere og for helsetjenesten. Det forventes en økning av antall innbyggere som trenger helse- og omsorgstjenester fremover. Innbyggernes tilgang til velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging vil tilrettelegge for en mer aktiv medvirkning i egen og næres helse. Økt bruk av velferdsteknologi skal bidra til å forbedre brukernes mulighet til å mestre egen hverdag,

- øke brukernes og pårørendes trygghet,
- avlaste pårørende for bekymring
- øke brukernes og pårørendes deltakelse i brukernettsverk og mulighet til å holde løpende kontakt med hverandre og med hjelpeapparatet.

Ved bruk av digital hjemmeoppfølging overføres helseinformasjon fra innbygger til kommune, fastlege og sykehus. For innbygger betyr dette oppfølging med behandlere uten at de må reise til sykehus eller legekontor, der hele eller deler av behandlingen kan gjennomføres digitalt.

Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging vil også tilrettelegge for en mer målrettet bruk av helsepersonell ut fra innbyggerens behov (fra kalenderbasert til brukerstyrt kontakt). I tillegg viser forskjellige rapporter, herunder gevinstrapporten som Oslo Economics ga ut i 2024 på oppdrag fra KS, at velferdsteknologi sparer tid og penger for helse- og omsorgstjenesten. Dette kan øke omsorgskapasiteten og demme opp for noe av mangelen på helsepersonell framover, gitt at bruken av velferdsteknologi øker fra dagens nivå. Nasjonalt velferdsteknologiprogram har siden 2014 arbeidet med tilrettelegging for innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging i helse- og omsorgstjenesten. Programmet ble avsluttet i 2023. Fra nasjonale myndigheters ståsted fortsetter satsningen nå i helseteknologiordningen, som gjennom flere virkemidler skal stimulere kommunene til å innføre velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging i tjenestene (samt fasiliteter bedre anskaffelser av journalsystemer). I figuren under er pågående og planlagte aktiviteter innen velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging synliggjort.



Figur 4 Veikart med oversikt over pågående og planlagt aktivitet innen velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging i kommunene. I tillegg foregår det aktiviteter i helseregionene.

Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

"Velferdsteknologi (VFT) er teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykososial eller fysisk nedsatt funksjonsevne" (Helsedirektoratet, 2023).

"Digital hjemmeoppfølging (DHO) innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler skjer digitalt (Helsedirektoratet, 2023)".

Målet med å innføre velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging er at det skal bidra til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling.

Økt bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging i helse- og omsorgstjenestene skal bidra til at:

- Pasienter og brukere opplever økt trygghet og bedre helse.
- Pasienter og brukere opplever økt mestring og bedre evne til å ivareta egen helse.
- Pasienter og brukere er mer tilfreds med oppfølgingen fra helse- og omsorgstjenestene.
- Det er økt kvalitet i helse- og omsorgstjenestene på tvers av tjenestenivåer.
- Spart tid og unngåtte kostnader i helse- og omsorgstjenestene gir samfunnsøkonomiske gevinster og økt omsorgskapasitet.

Antall registrerte mottakere av en eller flere velferdsteknologitjenester har økt fra 95 718 personer i 2017 til 133 731 personer i 2024.

Helseteknologiordningen gir drahjelp til kommuner som tar initiativ til å investere i helseteknologi som journalløsninger og velferdsteknologi. Den skal stimulere kommuner til å gå foran, og til å samarbeide med andre kommuner om digitaliseringsarbeidet. Helseteknologiordningen skal bidra til stabile rammebetingelser for leverandører av helseteknologi, og øke investeringene i markedet.

I arbeidet med å tilrettelegge for datadeling innen velferdsteknologi (VFT) og digital hjemmeoppfølging (DHO) har det spesielt vært arbeidet med infrastruktur, standardisering og juridiske rammebetingelser for deling av journalnotater og måledata mellom VFT/DHO utstyr og EPJ-system innenfor samme virksomhet. Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) er i daglig bruk i 72 kommuner.

Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) er en løsning som sikrer dataflyt mellom velferdsteknologiske systemer og EPJ-systemer ([KS – FoU 244004, Gir helseteknologi forventede gevinster](#)). VKP ble overført fra Direktoratet for e-helse til Norsk helsenett høsten 2022, og inngår nå i den nasjonale e-helseløsningen Helsenettet. Det er mange kommuner som ønsker å benytte VKP, så det forventes at utbredelsen vil øke. Helseplattformen har VKP integrasjon mot 25 av kommunene som har tatt i bruk Helseplattformen. Se Norsk helsenett sine hjemmesider for oversikt over [kommuner som har tatt i bruk VKP](#).

KS inviterer til felles innføringsløp for velferdsteknologisk knutepunkt som gjennomføres puljevis. Puljene gjennomføres etter et standardisert innføringsløp, hvor sentrale aktiviteter og datoer illustreres i en felles fremdriftsplan. Les mer om [Felles innføringsløp på KS sine hjemmesider](#).

Digital hjemmeoppfølging fra spesialist

Det er stort fokus på å øke andelen av konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten som ytes digitalt. Nasjonal helse- og samhandlingsplan viderefører satsningen fra Nasjonal helse- og sykehusplan om å flytte flere spesialisthelsetjenester hjem til bruker/pasient ved hjelp av teknologi.

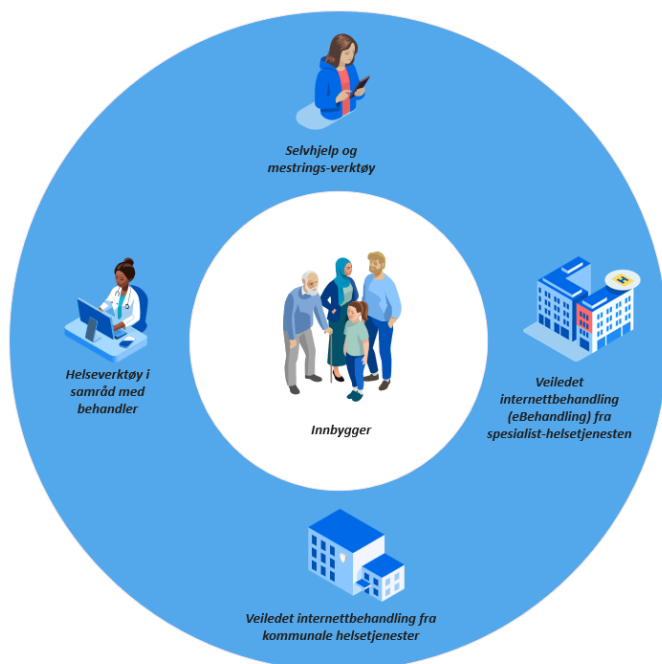
Digital hjemmeoppfølging er omfattet av innsatsstyrt finansiering. Gjennom denne ordningen, og rapporteringen til den, blir digital hjemmeoppfølging både monitorert og finansiert med økonomiske incentiver. Av elementer innen digital hjemmeoppfølging som er berørt av innsatsstyrt finansiering kan nevnes telefonkonsultasjoner, videokonsultasjoner, meldinger og annen asynkron oppfølging, pasientregistrerte data, data fra sensorer eller medisinsk teknisk utstyr og nettbasert behandlingsprogram.

Deling av behandlings- og egenbehandlingsplaner / Pasientens planer

Å tilrettelegge for endring og deling av digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner (DBEP) mellom involverte behandlere er også et høyt prioritert behov ved bruk av digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet har, sammen med Norsk helsenettarbeidet med konsept som møter disse behovene (DBEP prosjektet). Et konsept, basert på masterlagring av planene i Kjernejournal, var under utprøving i Helse Nord i 2023. Vurderingen etter utprøvingen er at integrasjoner mot pasientjournalssystem, og noe mer funksjonalitet, må på plass før dette er klart for bredding. I 2024 besluttet Norsk helsenett å finansiere videreutvikling av løsningen under navnet Pasientens planer, som en del av sin "Satsning for fart". Helse Nord bidrar med innsiktsarbeid i den første fasen.

Les mer om [Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner på Helsedirektoratets hjemmesider](#), og om [Norsk helsenett sin videreutvikling av løsningen på Norsk helsenett sin hjemmeside](#).

Delmål 1.C: Innbygger skal ha tilbud om relevante digitale selvhjelp, - lærings- og mestringsressurser

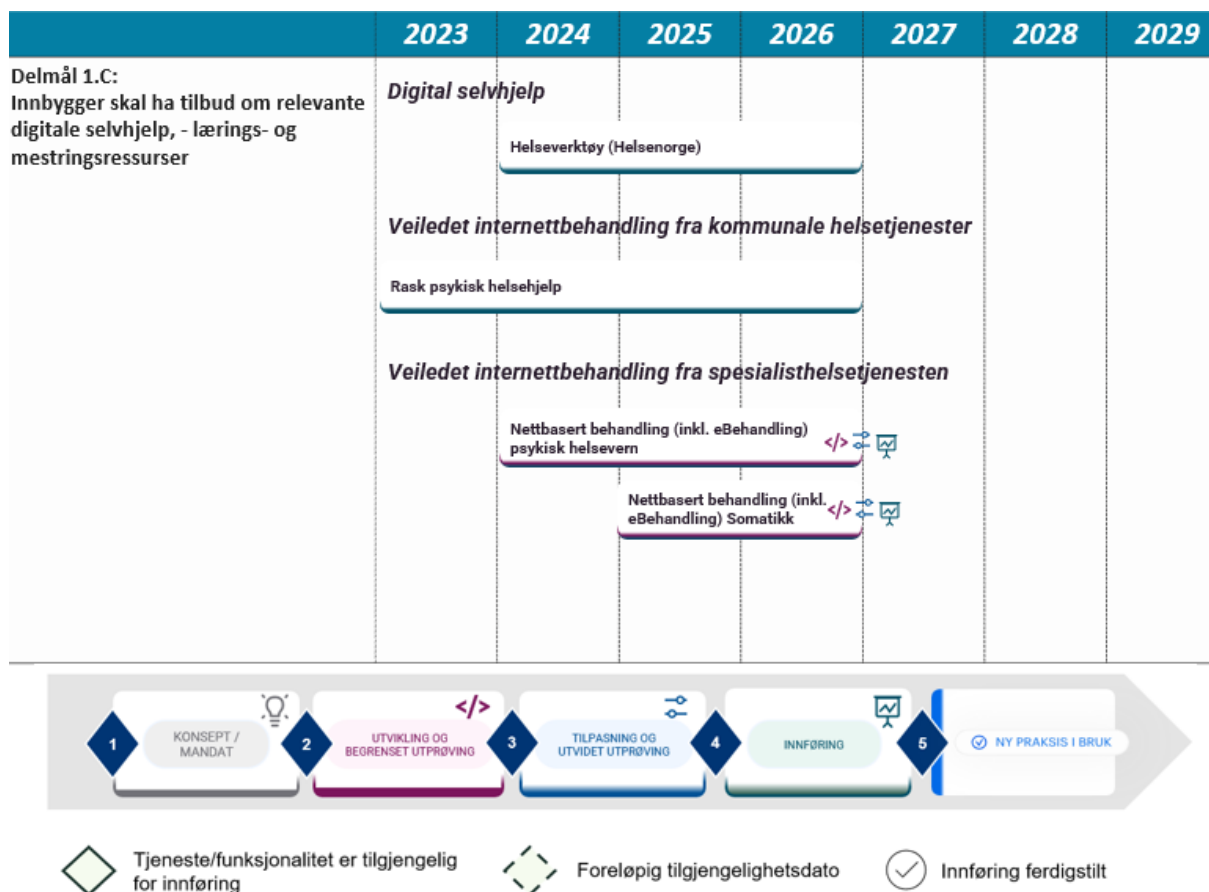


Digitalisering og helseteknologi gjør det mulig for innbygger å ta en mer aktiv rolle i egen helse, og følge opp og mestre mer selv. Økt bruk av digitale verktøy kan bidra til å opprettholde en robust helse- og omsorgstjeneste i fremtiden. Det er godt dokumentert at digitale tilbud er effektive og trygge tilbud, men tilbudene er lite kjent hos helsepersonell og innbyggere.

Informasjon og digital selvhjelp, lærings- og mestringsressurser, digitale selvhjelpsverktøy og veiledet internettbehandling kan bidra til økt helsekompetanse og mestringsatferd. Hjelpen kan tilbys raskere enn en til en behandling. Økt bruk av internettveiledet kartlegging og behandling kan gjøre hjelpen mer tilgjengelig

og mer fleksibel for pasienter og redusere ressursinnsatsen per behandler. Det kan også bidra til å redusere uønsket variasjon i tilgang på tjenester.

Helse- og omsorgstjenestene må i økende grad vektlegge forebygging og tidlig innsats. Digitale løsninger skal legge til rette for et bedre samspill om forebygging, læring og mestring mellom tjenestene og innbygger. Veiledet internettbehandling inneholder de samme elementene som kognitiv atferdsterapi. Tilbudet finnes i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten, for innbyggere med utvalgte psykiske lidelser og kan være et nyttig alternativ til tradisjonell terapi for angst og depresjon. Helsedirektoratet har levert en rapport på



Figur 5 viser veikart med oversikt over digitale helseverktøy, og veiledet internettbehandling fra kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt selvhjelpsverktøy

Digital selvhjelp

Digitale selvhjelp er digitale løsninger som brukes på egenhånd for å mestre blant annet vanlige psykiske utfordringer. Helseverktøy er digitale hjelpemidler som innbygger kan bruke til å meste og forbedre egen helse på egen hånd eller i samråd med behandler. Det finnes en rekke verktøy på Helsenorge.no som kan brukes via nettleser eller via app på telefonen. [Les mer på Helsenorge.no](https://helsenorge.no)

Veiledet internettbehandling fra kommunale helsetjenester

Rask psykisk helsehjelp er et lavterskeltilbud for voksne med lettere til moderat angst og depresjon. Tilbudet er gratis og krever ingen henvisning fra lege. Studie gjennomført av FHI viser at veiledet internettbehandling gav vesentlig bedring i symptomer på angst og depresjon, i tillegg er det betydelige tidsbesparelse som kan bidra til at flere med behov kan få hjelp ([Veiledet internettbehandling kan hjelpe flere med angst og depresjon - FHI](#))

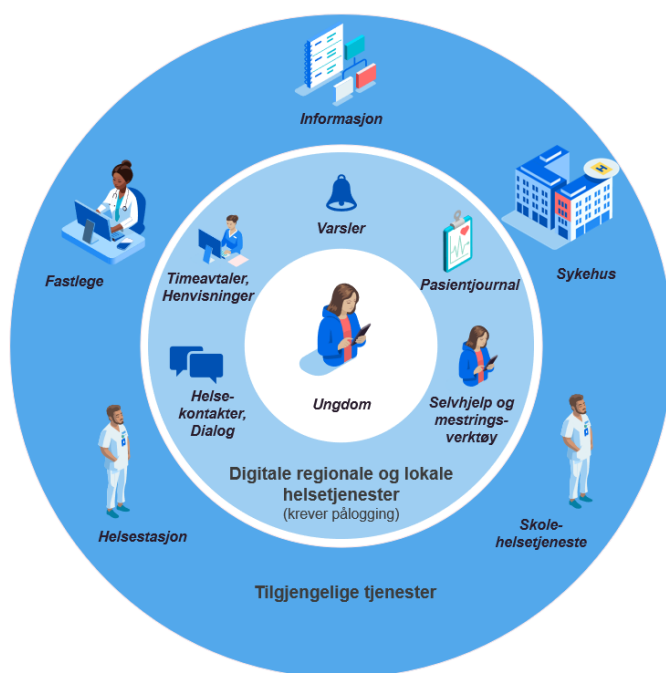
Veiledet (eBehandling) internettbehandling fra spesialisthelsetjenesten

eBehandling er veiledet internettbehandling og bygger på kognitiv atferdsterapi, som har vist seg å være effektiv behandling av psykiske helseplager.³ ([Felles plan 2024 IKT-utvikling og digitalisering](#)) eBehandling / veiledet internettbehandling for depresjon, sosial angst og panikklidelse er nå tilgjengelig ved alle sykehus i Norge. Behandlingen foregår via internett der innbygger får tilgang til kunnskapsbasert behandlingsprogram via PC, skjerm Brett og mobil. Mottakere av eBehandling får oppfølging av behandler fra spesialisthelsetjenesten, i form av tekstlige meldinger hver uke gjennom meldinger i behandlingsprogrammet. Interregionalt kompetansenettverk

³ [Felles plan 2024 IKT-utvikling og digitalisering](#)

arbeidet med forslag til hvordan veiledet internettbehandling kan utvikles og forvaltes nasjonalt. ⁴ Les mer på [Oslo universitetssykehus sine hjemmesider](#), på [Helse Bergen sine hjemmesider](#) og [Helse Nord sine hjemmesider](#).

Delmål 1.D: Ungdom skal ha tilgang på digitale tjenester



Ungdom ønsker tjenester som er tilgjengelige der de er, på de plattformer de foretrekker. Det finnes mange tilbud og informasjonstjenester i dag, men det er problematisk at tjenestene ikke når frem til ungdommene som har behov for hjelp eller søker informasjon.

Ungdommer er en svært heterogen pasientgruppe, men de har en del felles også. De gjennomgår store endringer både fysisk og psykisk, og det finnes stort potensial for forebygging og tidlig intervensjon i denne målgruppen. Dessverre benytter ungdom seg i altfor liten grad av allmennlegetjenesten. Brukerinnsikt viser at mange ungdommer kvier seg for å ta kontakt med fastlegen, det er utfordrende for dem å komme seg frem til

fastlegekontorer, de er usikre på hva de kan spørre om/få hjelp til og de vet generelt for lite om tilbudet. Ungdommer representerer ca. 10 prosent av konsultasjonene hos fastlegen (totalt 400 000 pasienter i året). I Nasjonal e-helsestrategi (2023-2030) trekkes det frem flere brukergrupper, særlig aldersgruppen 12-16 år som per nå ikke har noen digitale tjenester på Helsenorge.

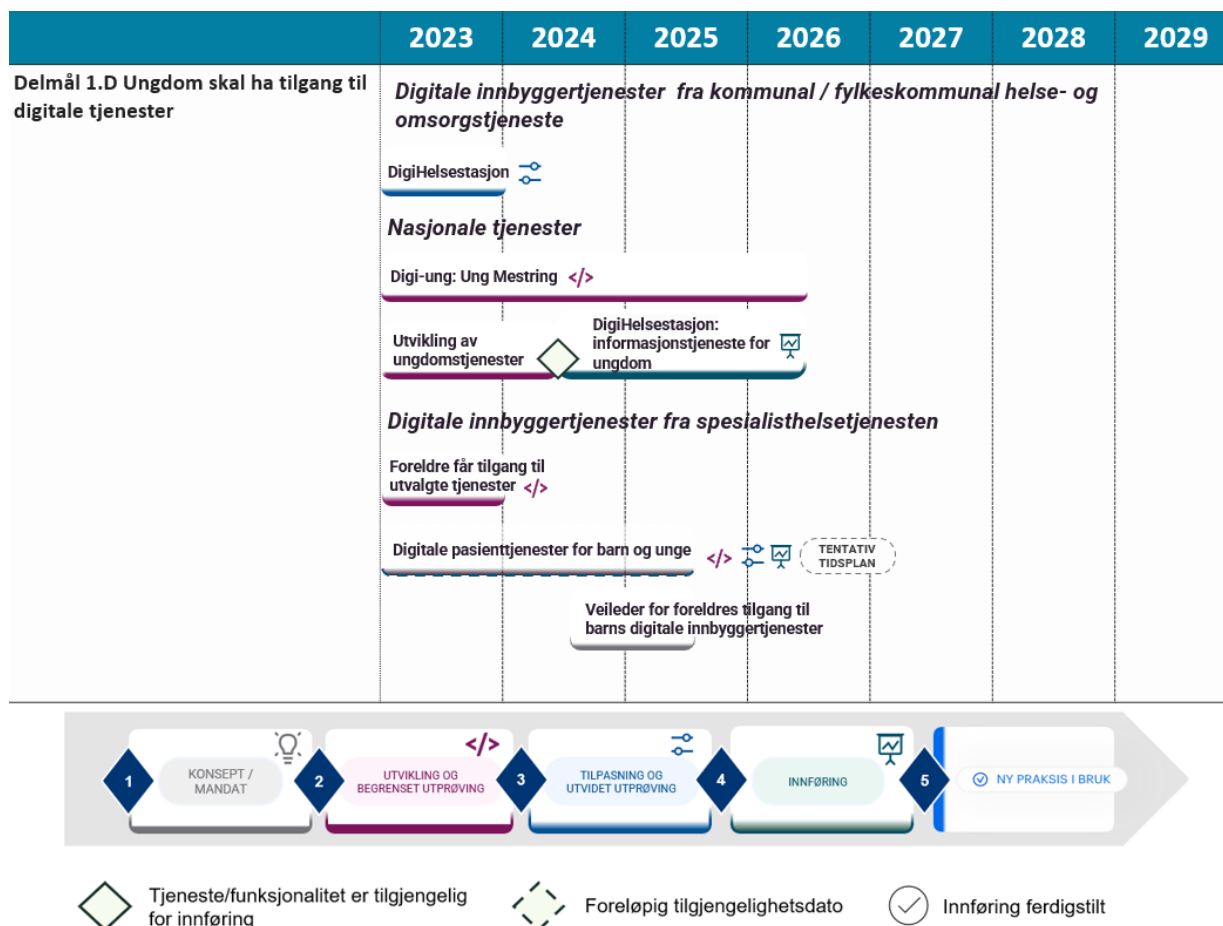
Digitale innbyggertjenester fra kommunal / fylkeskommunal helse- og omsorgstjeneste

DigiHelsestasjon som er beskrevet under 1A har også en ungdomsløsning. Ungdomsløsningen gir ungdom fra og med 13 år mulighet til å ta kontakt med skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom via Helsenorge-appen. Ungdom får tilgang til funksjonaliteten via Helsenorge-appen ved innlogging med MinID. Her får de tilgang til tjenester som gjør det mulig å få informasjon om og fra skolehelsetjenesten på egen skole. De kan be om, og få tildelt time hos skolehelsetjenesten på egen skole, og finne nærmeste helsestasjon for ungdom (HFU) i kart (nærmest der ungdommens mobiltelefon befinner seg), med mulighet for å finne informasjon om HFU også andre steder i Norge. Dette er et lavterskeltilbud som tilbyr ungdom tjenester direkte, uten foreldreinvolvering.

Det er ikke timebestilling til helsestasjon for ungdom

Erfaringer fra pilotprosjektet viser at ungdom får enkel tilgang på kvalitetssikret helserelatert informasjon, som vil bidra til å gi ungdom mer kunnskap og større trygghet rundt egenhelse.

⁴ [Felles plan 2024 IKT-utvikling og digitalisering](#)



Figur 6 Veikarter synliggjøre pågående og planlagt tilgjengeliggjøring av lokale og regionale tjenester for ungdom

KS avventer at aktørene skal etablere nødvendig funksjonalitet som sikker innlogging samt timebestilling før det kan anbefales innføringsløp i kommunal sektor av DigiHelsestasjon med både basis- og ungdomsfunksjonalitet. Kommunene kan selv velge hvilken funksjonalitet de vil ta i bruk. For å lykkes med å nå ut til ungdommen, bør den enkelte skoleeier (kommune/fylkeskommune) i tett samarbeid med kommunens helsestasjons- og skolehelsetjeneste, sørge for god informasjon om hvordan ungdommene kan ta i bruk tjenesten.

Les mer om [DigiHelsestasjon for ungdom på Digiung.no](https://digiung.no).

Nasjonale tjenester

Regjeringen besluttet i 2022 at ung.no skal være statens primære tverrsektorielle kanal for digital informasjon, dialog og digitale tjenester til barn og unge. Dette skjer blant annet gjennom realisering av samarbeid gjennom DigiUng⁵. DigiUng skal levere lett tilgjengelig, og kvalitetssikret informasjon, veiledning og tjenester til ungdom, gjennom et helhetlig tverrsektorielt digitalt tilbud som bidrar til mestring og selvhjelp. Alle programmets tjenester samles på ung.no, som er statens primære kanal for digital informasjon, dialog og digitale tjenester til barn og unge (Digiung, 2024).

Ungdom er en gruppe som benytter helsetjenester i liten grad. Et eksempel er allmennlegetjenesten. Brukerinnsikt viser at mange ungdommer kvier seg for å ta kontakt med fastlegen, det er utfordrende for dem å komme seg frem til fastlegekontorer og de er usikre på hva de kan spørre om/få hjelp til. De vet også generelt for lite om tilbudet. Ungdommer representerer ca. 10 prosent av konsultasjonene hos fastlegen (totalt 400 000 pasienter i året).

⁵ [Meld. St. 9 Nasjonal helse- og samhandlingsplan \(2024–2027\)](#)

Ungdom er en gruppe som ikke har fått tilgang til digitale helsetjenester på Helsenorge, for denne gruppen skyldes ikke utenforskapet digitale ferdigheter, men at det ikke har vært løsninger som dekker kravene for denne brukergruppen.

Det er behov for at ungdom i alderen 13 til 16 år får tilgang til tjenester på Helsenorge. Det er viktig å sikre at ungdom får tilgang til tjenester som gir de mer kontroll over egen helseinformasjon og enklere tilgang til helsehjelp, samt redusere digitalt utenforskap.

Det er prosjekter som har tatt tak i dette og jobbet frem tjenester for ungdom, eksempler er Digi helsestasjon, ungdomsløsningen og prosjektet "Fastlegetjenester for ungdom, som nå er samlet i prosjektet Helsenorge for ungdom. Dette prosjektet jobber for å utvikle tjenester for ungdom på Helsenorge. Prosjektet skal sørge for at ungdom har tilgang til nødvendige tjenester på Helsenorge, som informasjon om sin fastlege, timebestilling, oversikt over resepter og vaksiner, tilgang til selvhjelpsverktøy, med mer. Målet er at ungdom tidlig skal lære seg å benytte Helsenorge.no slik at de enklere kan oppsøke helsehjelp. Prosjektet har allerede fått på plass flere tjenester for ungdom på Helsenorge.

Ungdom fra og med 13 år kan nå bruke Helsenorge med og uten foreldresamtykke. Med foreldrenes samtykke kan ungdom logge inn med BankID og bruke Helsenorge. Tjenester som tilbys er å se oversikt over sine resepter, se kontaktinformasjonen til fastlegen, se liste over hvilke vaksiner de har tatt og selvhjelpsverktøy (apper, videoer og kurs). Flere funksjoner er under utvikling. Planlagte tjenester er for eksempel bestille time hos fastlegen og fornye resepter.

Ungdom kan også gjøre enkelte ting på Helsenorge uten å ha foreldresamtykke, dette er beskrevet over i ungdomsløsningen.

Les mer om [ungdomstjenester på Helsenorge sine hjemmesider](#).

Digitale innbyggertjenester fra spesialisthelsetjenesten

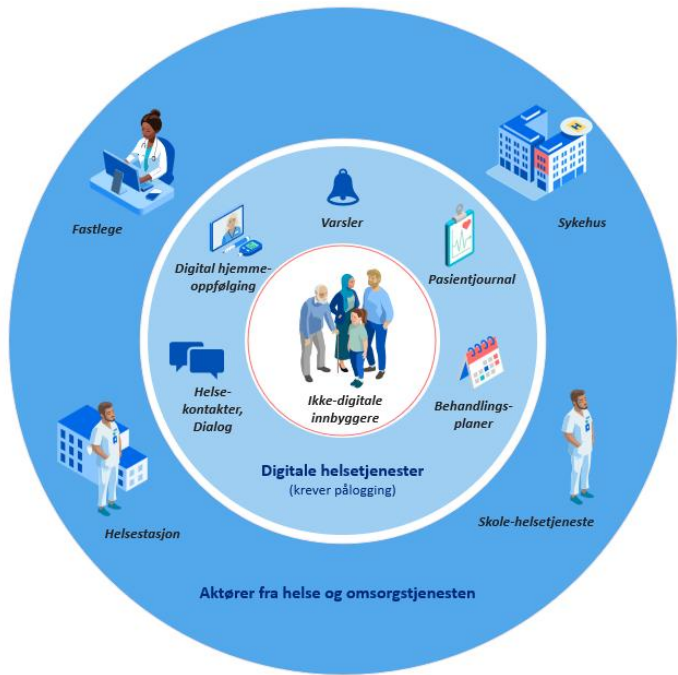
De regionale helseforetakene arbeider med tilgjengeliggjøre av innbyggertjenester for ungdom i aldergruppen 12 - 16 år. Det dreier seg blant annet om tilgang til dokumenter for barn og unge og deres foreldre. Ungdom i Helse Midt-Norge har tilgang til innbyggertjenester som blant annet vaksinasjon gjennom HelsaMi.

Tjenester for ungdom (ledes av Helse Nord RHF) skal gi ungdom mellom 12 og 16 år tilgang til utvalgte helsetjenester på Helsenorge.

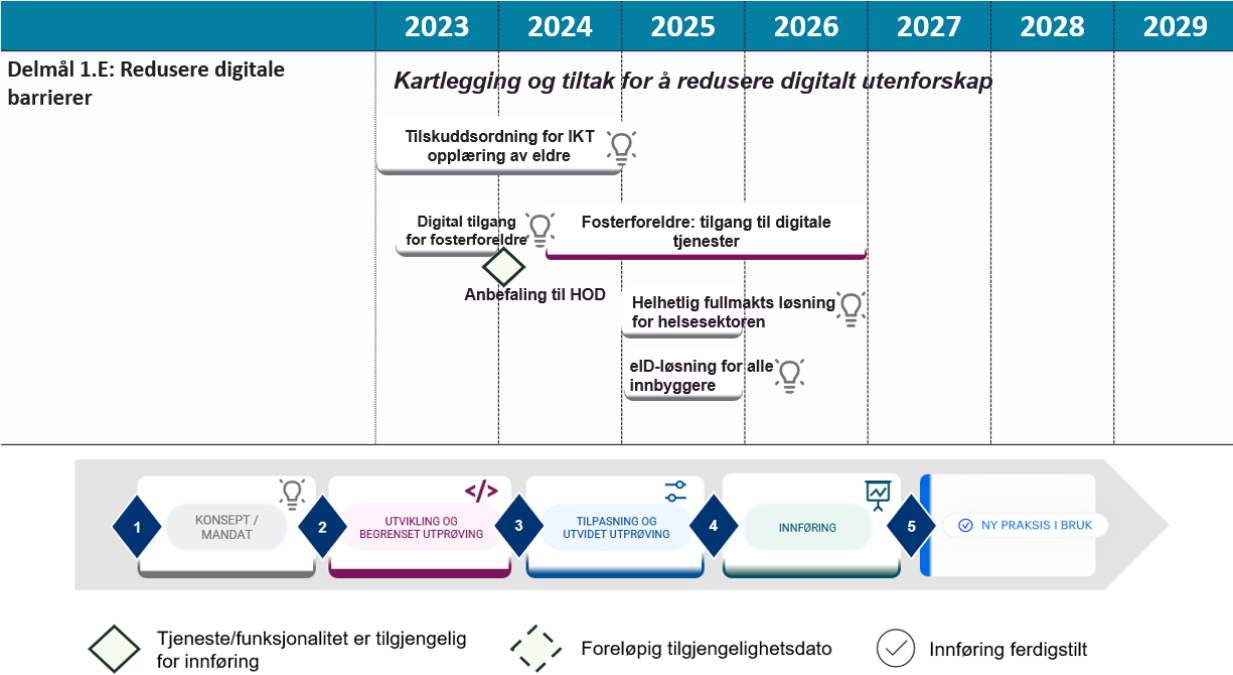
Tjenester for foreldre til ungdom mellom 12 og 16 år (ledes av Helse Nord RHF). Etter hvert som barn og ungdom modnes, skal de involveres mer og mer i helsehjelpen selv i tillegg til foreldrene. I noen særlige tilfeller skal også ungdom kunne kontakte helsetjenesten uten at foreldrene involveres. Helse Nord etablerer funksjonalitet i EPJ der kliniker kan gi og holde tilbake informasjon fra foreldre i tråd med barns bestevurdering. Arbeid er satt på vent i påvente av nødvendige avklaringer.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder "Foreldres tilgang til barns digitale innbyggertjenester fra helse og omsorgstjenesten", for å redusere uønsket variasjon i om og hvordan foreldre får tilgang til digitale tjenester fra helse- og omsorgstjenesten. [Les mer om veilederen på Helsedirektoratets hjemmesider](#).

Delmål 1.E: Redusere digitale barrierer



Det er behov for økt fokus på digitalt utenforskap og barrierer. Innbyggere har ulike forutsetninger for digital deltagelse, og digitalt utenforskap innebærer manglende mulighet eller tilganger til å benytte nødvendige digitale tjenester (Digitaliserings direktoratet, 2024). For å kunne ta i bruk de offentlige digitale tjenestetilbudet forutsettes det digitale ferdigheter, en kartlegging visert at om lag 600 000 nordmenn er ikke har eller har svake digitale ferdigheter.



Figur 7 Veikartet synliggjøre pågående aktiviteter som skal bidra til å redusere digitale barrierer

Kartlegging og tiltak for å redusere digitalt utenforskap

En start på arbeidet med å motvirke digitalt utenforskap er å utføre innsiktsarbeid for å kartlegge digitalt utenforskap innenfor helsesektoren. I tillegg har Helsedirektoratet etablert en tilskuddsordning som har som målsetning å gi IKT-opplæring og veiledning som kan heve den digitale kompetansen blant eldre. Ved å legge til

rette for møteplasser og samhandling som motvirker ensomhet og redusere digitalt utenforskap, bedre den digitale helsekompetansen slik at eldre kan tilegne seg helseinformasjon, og gjøre eldre i stand til å motta digitale helsetjenester (Helsedirektoratet, 2023).

Helsedirektoratet og Norsk helsenett har sammen med Bufdir og Skatteetaten fått i oppdrag å realisere løsninger for å gi fosterforeldre tilgang til digitale helse- og omsorgstjenester for barn de har ansvar for. Plan for realisering ble levert november 2024. Dette tiltaket kan bidra til at utsatte barn får bedre helsehjelp og at fosterforeldre får en enklere hverdag.

I dagens helse- og omsorgstjeneste har mange behov for å bli representert av pårørende eller andre i korte eller lengre perioder av livet pga. lav alder, dårlig helse, manglende samtykkekompetanse, manglende digital kompetanse, manglende tilgang på eID-løsninger eller av andre grunner. Det er derfor behov for å kunne opptre på vegne av andre i digitale løsninger, noe som kan løses gjennom digital representasjon og fullmakts løsninger. På den måten vil flere kunne involvere seg i forebygging, behandling og oppfølging av næres helse og mestring. Dette vil også være en god, mulighet for ikke- digitale innbyggere slik at de kan få hjelp av personer de har tillit til og dra nytte av digitale løsninger i helse- omsorgstjenesten.

Les mer om [hvordan fullmaktsløsningen kan løse floken på digdir sine hjemmesider](#).

Elektronisk identitet (eID) benyttes som et digitalt bevis på en person er den vedkommende utgir seg for å være. Ved innlogging i løsninger som krever høy sikkerhet, er det ønskelig at andre skal være så sikker som mulig på din påståtte identitet. [Les mer om eID på Digdir sine hjemmesider](#). En eID på sikkerhetsnivå høyt kan anskaffes gjennom private eID-leverandører som BankID, Bypass og Commfides, staten tilbys løsningen MinID. For å få tilgang til Helsenorge kreves det i dag eID på høyt nivå for alle tjenester. I dag tilbys dette kun av private leverandører og er flere brukergrupper som har problemer med å få utstedt eID, eksempelvis utenlandske borgere og ungdom. En del fratas også BankID hvis de etter hvert trenger hjelp til bruk f.eks. pga. Høy alder. Tilgang til Helsenorge og helseopplysningene for innbygger er derfor avhengig av private leverandørers vurdering. Staten kan ikke tilby alternativer til denne gruppen, noe som er problematisk for innbygger rent praktisk og prinsipielt problematisk for forvaltningen.

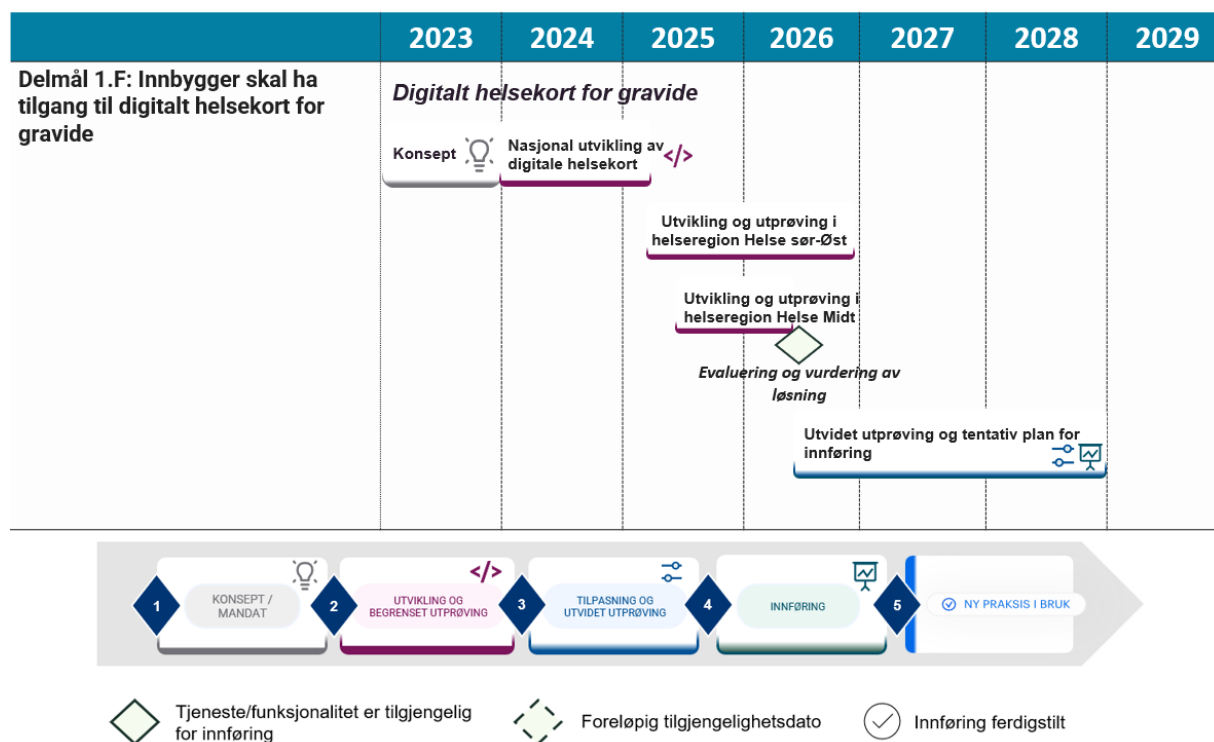
Delmål 1.F: Gravide skal ha tilgang på digitalt helsekort for gravide



Dagens gravide bærer med seg opplysninger om svangerskapet i papirformat gjennom hele svangerskapet. Dette utgjør en risiko for at informasjon kan gå tapt i form av at papiret glemmes eller at ikke alle opplysninger er dokumentert. Digitalt helsekort for gravide skal erstatte dagens papirbaserte helsekort. Et digitalt helsekort vil bidra til økt kvalitet i svangerskapsomsorgen, redusere dobbeltarbeid og dobbeltføringer for helsepersonell og gi bedre ivaretagelse av personvern og informasjonssikkerhet. Målet er å tilby helsepersonell og den gravide digitale informasjonstjenester som støtter forløpet for svangerskap, fødsel og barsel mer helhetlig.

Etablering av et digitalt helsekort for gravide skal bidra til å løfte kvaliteten i svangerskaps- og fødselsomsorgen,

gjennom økt digital informasjonsdeling mellom virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten. Tiltaket innebærer at informasjon fra dagens papirhelsekort for gravide blir digitalt tilgjengelig for den gravide og for helsepersonell i svangerskaps- og fødselsomsorgen.



Figur 8 Veikart viser planer for utvikling, tilrettelegging og innføring av Helsekort for gravide

Digitale helsekort for gravide

Det legges opp til en trinnvis utvikling og innføring av Digitalt helsekort for gravide, der første trinn er test av konsept.

I mai 2025 startet utprøving av første versjon med et begrenset utvalg gravide og helsepersonell fra fastlege, kommunal jordmortjeneste og sykehus i Helse Sør-Øst (Vestre Viken). Det er også startet utprøving av første versjon i helseregion Midt-Norge (Ålesund), samt kommunal jordmor og fastlege i helse vest (Stavanger). Formålet er å teste teknisk løsning, for å innhente læring og erfaring som kan brukes til å videreutvikle konseptet og forbedre løsningen i samarbeid med helsetjenesten. Fokus i begrenset utprøving har vært å teste ut arbeidsflyt, samhandling og samsvar mellom papirhelsekort og digitalt helsekort. Alle aktuelle roller som følger opp den gravide som del av den ordinære svangerskapsoppfølgingen har deltatt.

[Les mer om utprøving på Norsk helsenett sine hjemmesider.](#)

Erfaring med funksjonalitet i løsningen er grunnlaget for planlegging av videre utvidet utprøving og innføring. Erfaringer fra 2025 viser at løsningen oppleves som brukervennlig og at den gir merverdi. Det planlegges for utvidet utprøving i 2026. Den vil følge to strategier i parallell:

- koordinert utprøving der alle aktørene som følger opp den gravide som del av ordinær svangerskapsoppfølging deltar
- enkeltaktører som kobler seg på tjenesten sammen med gravid i områder der ikke har tatt løsningen i bruk.

Forutsetning for strategiene for utvidet utprøvingen er at papirhelsekortet fortsatt fylles ut og benyttes til å yte helsehjelp. Helsedirektoratet vil gi beskjed om når digitalt helsekort kan erstatte papirhelsekortet

Mål 2: Enklere arbeidshverdag

Helsepersonell skal ha tilgang til nødvendig informasjon og brukervennlige digitale arbeidsverktøy som gir god beslutningsstøtte og støtter og bidrar til videreutvikling av deres arbeidsprosesser. Dette vil bidra til styrket pasientsikkerhet, reduksjon i uønsket variasjon i helsehjelp og en mer attraktiv arbeidssituasjon for helsepersonell. Utfyllende beskrivelse av mål 2 finnes på helsedirektoratet.no og pågående arbeid på delmål er vist nedenfor.

Delmål 2.A: Helsepersonell skal ha tilgang til effektive pasientjournalssystemer som er tilpasset helsehjelpen



Pasientjournalssystemer (EPJ-systemer, pasientjournalen) er blant helsepersonells viktigste IT-systemer. For å yte god helsehjelp og sikre sammenhengende pasient- og brukerforløp med effektiv bruk av ressurser er det nødvendig å ha effektive og brukervennlige EPJ-systemer, elektroniske medikasjons- og kurvesystemer og andre pasientrettede IT-systemer, og at de fungerer som et hele innenfor en virksomhet.

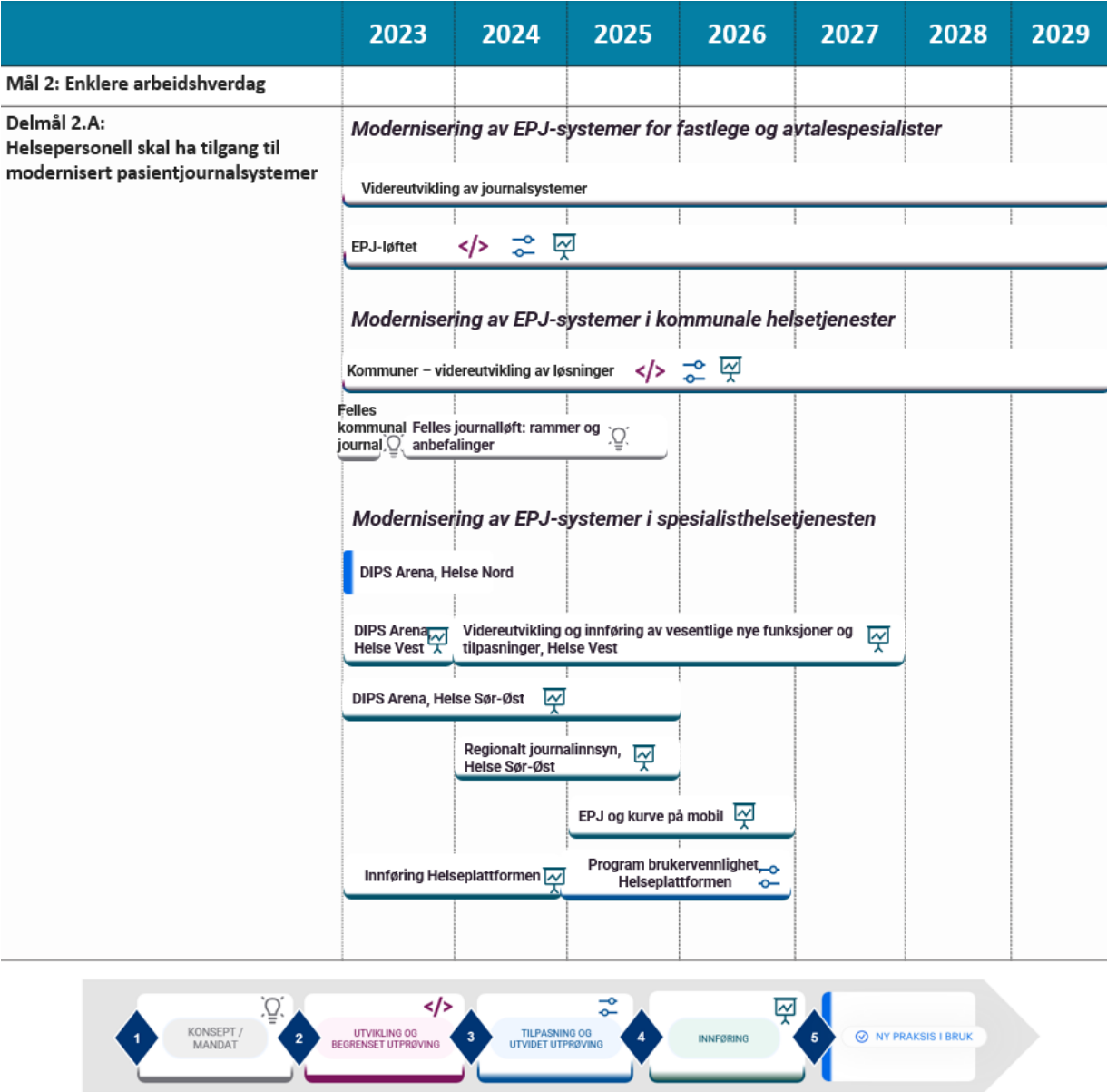
Når pasient- og brukerforløp inkluderer ulike virksomheter, er EPJ-systemers støtte for samhandling avgjørende for å innhente nødvendige helseopplysninger, koordinere forløpene og bidra til gode overganger.

Dette innebærer at EPJ-systemene må legge til rette for å innhente, strukturere og tilgjengeliggjøre helseopplysninger, samt å ha støtte for samhandling gjennom dokumentdeling og datadeling, gjerne med åpne grensesnitt (API'er). Mange yrkesgrupper og spesialiteter har særskilte behov som kan løses med tilpasning av EPJ-systemenes egen funksjonalitet eller ved integrasjon av spesialiserte fagsystemer. Alt dette setter store krav til EPJ-systemene, og forutsetter at teknologien de baserer seg på er oppdatert.

Mål 2 *enklere arbeidshverdag* er avhengig av informasjonsflyten som beskrives i mål 4. Strukturerte data gir gode muligheter for bruk og gjenbruk i form av søk og oversikter, beslutningsstøtte, automatiserte prosesser og bruk i nye teknologier som kunstig intelligens (KI). Samtidig spiller fritekst fortsatt en sentral rolle i effektiv dokumentasjon, ikke minst ved hjelp av KI. Teknologien åpner for nye samarbeidsformer mellom helsepersonell og pasienter, som vist i digital hjemmeoppfølging, behovsstyrte poliklinikker og innbyggerstyrte hjemmetjenester. God arbeidsflyt og beslutningsstøtte krever systematisk involvering av klinikere slik at løsningene til enhver tid er

tilpasset arbeidsprosessene. Mer strukturerte og mer standardiserte data vil i større grad kunne utnyttes til sekundære formål, som omfattes av [mål 3](#).

[Meld.St. 9 \(2023-2024\)](#) påpeker at hovedansvaret for digitalisering ligger hos aktørene i helse- og omsorgssektoren. Spesialisthelsetjenesten har gjennom mange år arbeidet med å modernisere sine EPJ-systemer og andre IT-systemer, den kommunale helse- og omsorgstjenesten er på samme måte i ferd med å modernisere sine EPJ-systemer og legge bedre til rette for samhandling, og fastlegetjenesten oppdaterer sine EPJ-systemer blant annet via EPJ-løftet.



Figur 9 Veikartet viser aktiviteter for innføring av moderniserte pasientjournalssystemer i helse- og omsorgstjenesten

Modernisering av EPJ-systemer for fastlege og avtalespesialister

Fastleger og avtalespesialister har en rekke ulike journalløsninger som i varierende grad er tilrettelagt for samhandling og strukturering av data.

EPJ-løftet er et samarbeidsprosjekt som i over 10 år har arbeidet med å forbedre funksjonaliteten i journalløsningene til fastleger, avtalespesialister og fysio- og manuellterapeuter. Hovedtilnærmingen i arbeidet har vært å samle helseaktører og leverandører av journalløsninger, kartlegge og spesifisere funksjonelle løsninger, og gjennomføre offentlige anskaffelser av IKT-utvikling. I 2024 har aktiviteten fokusert på enklere oppfølging av kliniske oppgaver, digital dialog med pasient og bruk av legemidler, mens i 2025 har aktiviteten fokusert på tilpasning til tjenester for digital samhandling. Les mer [om EPJ-løftet på helsedirektoratet sine hjemmesider](#).

Modernisering av EPJ-systemer i kommunale helsetjenester

De største leverandørene av EPJ-systemer til kommunale helse- og omsorgstjenester er godt i gang med å utvikle moderniserte utgaver som i mye større grad er tilrettelagt for samhandling og strukturering av data. Kommunesektoren har til nå hatt de største utfordringene med EPJ-systemer som verken støtter helsepersonells arbeidshverdag eller utvikling av helse- og omsorgstjenester i tilstrekkelig grad ⁶ ([Meld. St. 9 \(2024–2027\)](#)). Noen kommuner har allerede byttet EPJ-system, blant annet har flere kommuner i Midt-Norge valgt Helseplattformen. Ellers i landet planlegger de fleste kommunene å bytte ut sine gamle EPJ-systemer, eller er i gang med det. Helseteknologiordningen bidrar med støtte og veiledning til disse kommunene, i samarbeid med KS. KS har sammen med utvalgte kommuner utformet felles rammer og anbefalinger, som vil gi kommunene støtte i anskaffelsesprosessen. Felles rammer og anbefalinger vil også synliggjøre hva som forventes av leverandørene. Felles leverandørdialog og utvikling av de nasjonale e-helseløsningene i kommunal sektor er viktig for å gi helsepersonell helhetlige digitale verktøy. I første omgang brukes kjernejournalportalen, men kommunene ønsker at leverandørene i større grad tar i bruk API'ene og at helsepersonell kan bruke egne EPJ-systemer til flest mulig av de kliniske arbeidsprosessene. Les mer [om Felles rammer og anbefalinger på KS.no](#).

Modernisering av EPJ-systemer i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er i ferd med å ferdigstille moderniseringen av sine EPJ-systemer. Helse Nord og Helse Vest har modernisert og regionalisert EPJ-systemet DIPS Arena, og fokuserer på å utnytte mulighetene som finnes her. DIPS Arena bruker leverandøruavhengige informasjonsmodeller for helseopplysninger, basert på arketyper (OpenEHR). Dette har gitt bedre mulighet til å strukturere og standardisere helseopplysninger, slik at helseopplysningene lettere kan gjenbrukes eller deles. Helse Vest forventer å se nytte for klinisk behandling og forbedring av helsetjenesten i dette arbeidet.⁷ ([Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering 2023](#))

Helse Sør-Øst er i ferd med å avslutte en omfattende modernisering av IT-systemer gjennom innføring av DIPS Arena som regionens sentrale EPJ-system. Alle helseforetakene i regionen har innført DIPS Arena innen utgangen av 2025. DIPS Arena regnes som en forutsetning for å ta i bruk strukturert journal med felles språk i Helse Sør-Øst.⁸ ([Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering 2023](#))

I Midt-Norge er Helseplattformen innført i alle tre helseforetakene og 34 kommuner, to legekantor og to legevakter. Alle innbyggere i Midt-Norge er dekket av Helseplattformen i kontakt med spesialisthelsetjenesten, 71% av innbyggerne bor i en Helseplattformen kommune. Helseplattformen er et felles EPJ-system på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten der helseopplysninger om innbyggerne i regionen er samlet, og som dekker funksjonaliteten som finnes i frittstående medikasjons- og kurvesystemer. En stor del av helseopplysningene er strukturert, og blir lettere tilgjengelig for gjenbruk i andre sammenhenger.

Helseplattformen har opparbeidet seg mye læring, og det er viktig at denne gjenbrukes hos andre aktører, for eksempel knyttet til samhandling, strukturering av journal og bruk av nasjonalt standardisert språk. Innføringen har

⁶ [Meld. St. 9 Nasjonal helse- og samhandlingsplan \(2024–2027\)](#)

⁷ [Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering 2023](#)

⁸ [Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering 2023](#)

Kapittel 2

omfattet store endringer i arbeidsprosesser, og har vært opplevd som krevende både teknisk og organisatorisk. Det arbeides i tillegg fortsatt med å gjøre EPJ-systemet enklere å bruke for helsepersonell. Helseplattformen tilbyr funksjonalitet på en del områder som ellers dekkes av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal og Helsenorge, og dette gir behov for tilpasset koordinering med disse løsningene.

Et viktig tiltak for å gi helsepersonell en enklere arbeidshverdag er å gjøre pasientjournalen tilgjengelig på mobiler og nettbrett. Helsepersonell utfører ofte arbeidet sitt på ulike rom eller steder i løpet av en arbeidsdag. Om helsepersonellet hverken har tilstrekkelig tilgang på stasjonære PC'er eller mobile løsninger, må de ofte vente på ledige pc-er og overføre midlertidige notater på papir. Innføring av mobil EPJ forventes å gi betydelig gevinst i form av økt kvalitet og spart tid.⁹ ([Tar i bruk journal på mobil - Helse Sør-Øst RHF](#)). I Helse Midt har helsepersonell sikker tilgang til Helseplattformen på mobil.¹⁰ ([Analyse av fordeler og ulemper ved Helseplattformen](#)) Helse Sør-Øst har vedtatt å gjennomføre prosjektet regional EPJ på mobil, og forventer også at tiltaket vil gi betydelige gevinster. [Les mer om regional EPJ på mobil på Helse Sør-Øst sine hjemmesider](#). Helse Vest har anskaffet Arena Mobil og er i ferd med å innføre denne.

Delmål 2.B: Helsepersonell skal ha tilgang til IT-støtte for legemidler, og strukturerte kliniske målinger og observasjoner

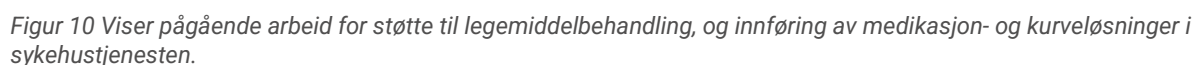


Legemiddelhåndteringskjeden står sentralt i helsetjenesten, består av mange prosesser som involverer flere aktører. En rekke faktorer i kjeden kan føre til alvorlige avvik som for høy dosering forordnet, feil legemiddel eller feil dose utdelt, eller riktig legemiddel utdelt til feil pasient. Flere av stegene i kjeden må sikres med dobbeltkontroll. Legemiddelområdet er høyt prioritert gjennom kommunal sektors ambisjoner, i spesialisthelsetjenesten og nasjonalt, og plan for digitalisering på legemiddelområdet er et viktig virkemiddel for å bidra til trygg og effektiv bruk av legemidler. Digital legemiddelhåndtering er ett av tiltaksområdet i plan for legemiddelområdet, og tiltaket skal sikre riktig legemiddelbruk og øke pasientsikkerheten i kommunal helse- og

omsorgssektor. Her legges det særlig vekt på behovet for bedre systemer knyttet til klargjøring og utdeling av legemidler. Les mer [om plan for legemiddelområdet på Helsedirektoratets hjemmesider](#).

⁹ [Tar i bruk journal på mobil - Helse Sør-Øst RHF](#)

¹⁰ [Analyse av fordeler og ulemper ved Helseplattformen](#)

[illegible]

KS og kommunal sektor har gjennomført tre utredninger i perioden 2022-2024 som belyser behov og utfordringer tilknyttet legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten. Her gir de anbefalinger om å få på plass digital funksjonalitet i EPJ for å støtte tilberedning og utdeling av legemidler, i tråd med lovkrav og i et strukturert og standardisert format. I tillegg er det nylig utarbeidet og forankret en kravspesifikasjon med brukerhistorier for legemiddeladministrasjon. Kravspesifikasjonen er tilgjengeliggjort i [Felles rammer og anbefalinger](#), som skal støtte anskaffelser av nytt EPJ system i kommunene og ved utvikling av funksjonalitet hos EPJ leverandørene. Les mer om funksjonelle behov [på KS sine hjemmesider](#).

Kapittel 2

Medikasjon- og kurvesystemer i sykehustjenesten

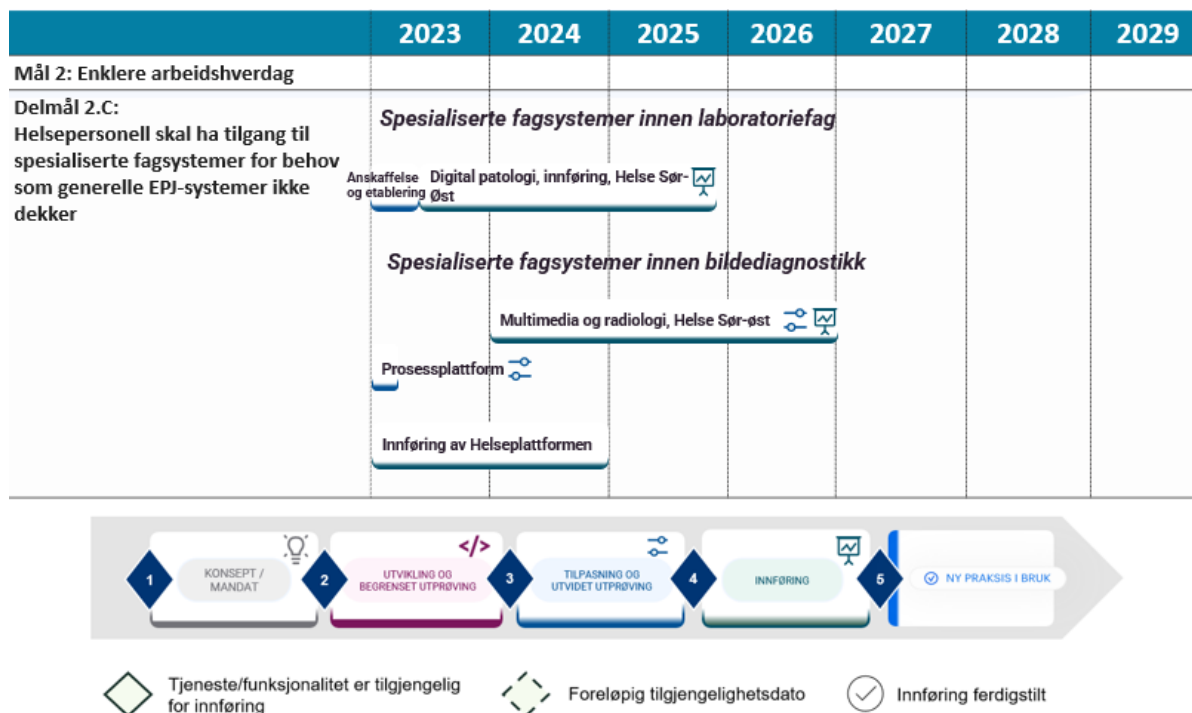
Helseregionene har innført regionale medikasjon- og kurvesystemer. Dette bidrar til å kvalitetssikre behandling og legemiddelhåndtering, slik at dataene følger pasienten gjennom pasientforløpet i hver helseregion.

- Helse Nord har også tatt i bruk ny medikasjonsløsning (DIPS Arena Medikasjon) i samtlige helseforetak i regionen.
- Helse Sør-Øst har innført flere IT-systemer med strukturerte helseopplysninger, blant annet MetaVision som elektronisk medikasjons- og kurvesystem og Partus som fødejournall. Gjennom prosjektet klinisk legemiddelsamhandling arbeides det med å legge til rette for mer enhetlig samhandling mellom disse.
- Helse Vest har innført Meona som medikasjon- og kurvesystem.
- I Helse Midt tilbyr Helseplattformen innbygd funksjonalitet for legemidler og kurve.

Delmål 2.C: Helsepersonell skal ha tilgang til spesialiserte fagsystemer for behov som generelle EPJ-systemer ikke dekker

Det pågår flere tiltak i virksomhetene i helse- og omsorgstjenestene for å modernisere og forbedre helsepersonells digitale arbeidsflater. Målsetningen er at helsepersonell skal ha enklere tilgang til relevant og nødvendig informasjon om pasienten, uavhengig av hvor i landet og på hvilket behandlingsnivå vedkommende har fått helsehjelp tidligere. Løsningene skal støtte helsepersonellens arbeidshverdag, bidra til mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester og redusere behov for å registrere informasjonen gjentatte ganger.

Ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten har ulike behov. Sykehusene er for eksempel store enheter med mange spesialiteter, der det er behov for et større utvalg spesialiserte fagsystemer enn for eksempel på fastlegekontorene. Med spesialisert fagsystem mener vi her et behandlingsrettet helseregister som dekker utvalgte sider av helsehjelpen, for eksempel for en spesialitet, profesjon, tjeneste, behandling eller undersøkelse. Virksomhetene har behov for å utveksle deler av disse helseopplysningene med andre, ettersom ansvaret for pasientene flyttes gjennom pasient- og brukerforløpene. I tillegg vil det være behov for å håndtere helseopplysninger fra IT-systemer og utstyr som brukes av pasienten.



Figur 11 Veikartet for spesialiserte fagsystemer viser pågående aktiviteter fra helse- og omsorgstjenesten

Spesialiserte fagsystemer innen laboratoriefag

I helse- og omsorgstjenesten benyttes mange ulike spesialiserte fagsystemer, og noen av dem er særlig tilpasset laboratorietjenester. Innenfor patologi er digitalisering et av de store paradigmeskiftene. Her skannes objektglass med vevssnitt, og dette gir muligheter for nye arbeidsmåter på tvers av fysiske lokaler, og økt støtte fra kunstig intelligens. Helse Sør-Øst etablerer en regional løsning og innfører den i alle avdelinger i Helse Sør-Øst. [Les mer om Digital patologi og innføring av løsningen på Sykehuspartner sine hjemmesider.](#)

Spesialiserte fagsystemer innen bildediagnostikk

Helse Sør-Øst innfører en moderne regional løsning for radiologi på en felles teknisk plattform, noe som legger til rette for mer effektive radiologitjenester gjennom økt deling av data og metadata knyttet til undersøkelsene, og felles arbeidsprosesser. [Les mer om radiologi på Sykehuspartner sine hjemmesider.](#) Helse Nord har innført Digitalt mediearkiv, en del av FRESK-programmet, hvor blant annet bilder fra radiologiske undersøkelser er tilgjengelig i hele regionen.

Kapittel 2

Delmål 2.D: Helsepersonell i akuttmedisinsk kjede, herunder prehospitale tjenester, skal lettere kunne koordinere helsehjelp og oppnå effektive pasientforløp



Et godt akuttmedisinsk tilbud gir innbyggere trygghet for at de får rask og forsvarlig helsehjelp ved akutt sykdom og skade. Helseforetakene og kommunene har ansvar for den akuttmedisinske beredskapen, og sørger sammen for god og forsvarlig helsehjelp ([Meld. St. 23 \(2024–2025\)](#))¹¹.

Et stort antall aktører organisert på to forvaltningsnivåer gir imidlertid utfordringer med å utvikle en akuttmedisinsk tjeneste, og IT-systemer benyttet i de akuttmedisinske tjenestene har i liten grad vært tilpasset tjenestens behov for informasjonsdeling, beslutningsstøtte, dokumentasjon og styringsinformasjon.¹²

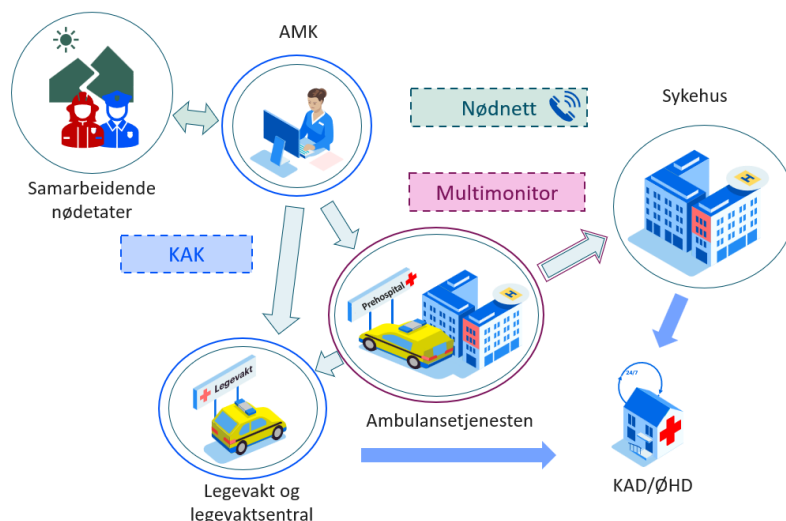
Tjenesten inkluderer transport av pasienter, og har et omfattende behov for samhandling med andre i helsetjenesten, men også med andre nødetater som brann og redning, og politi.

Tjenesten består av ulike virksomheter som har ulike roller. Litt forenklet tar akuttmedisinsk kommunikasjonssentraler (AMK) og kommunale legevaktsentraler imot nødmeldinger og andre henvendelser fra befolkningen, og sørger for medisinsk rådgivning, varsling og koordinering av ambulanser og legevaktsleger. Her er det både behov for flåtestyring og kart- og navigeringsløsninger. Underveis brukes ulike mobile kommunikasjonsteknologier, for eksempel nødnett, til å koordinere innsatsen i helsetjenesten og samvirke med andre etater som brann- og redning og politi. Deretter gjennomføres blant annet behandling og eventuelt transport av pasientene til behandlingsstedene, som kan være kommunale legevakter eller akuttmottak på nærmeste sykehus. Disse prosessene støttes av AMK-systemer. Oppdrag og helseopplysninger knyttet til ambulansetransport blir dokumentert i prehospital pasientjournal (ambulansesjournal), og multimonitorer og annet utstyr brukes til vitale målinger under transporten. Det er behov for å kommunisere begge deler effektivt til neste ledd i kjeden for å sikre rask behandling.

¹¹ [Meld. St. 23 Fremtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus \(2024–2025\)](#)

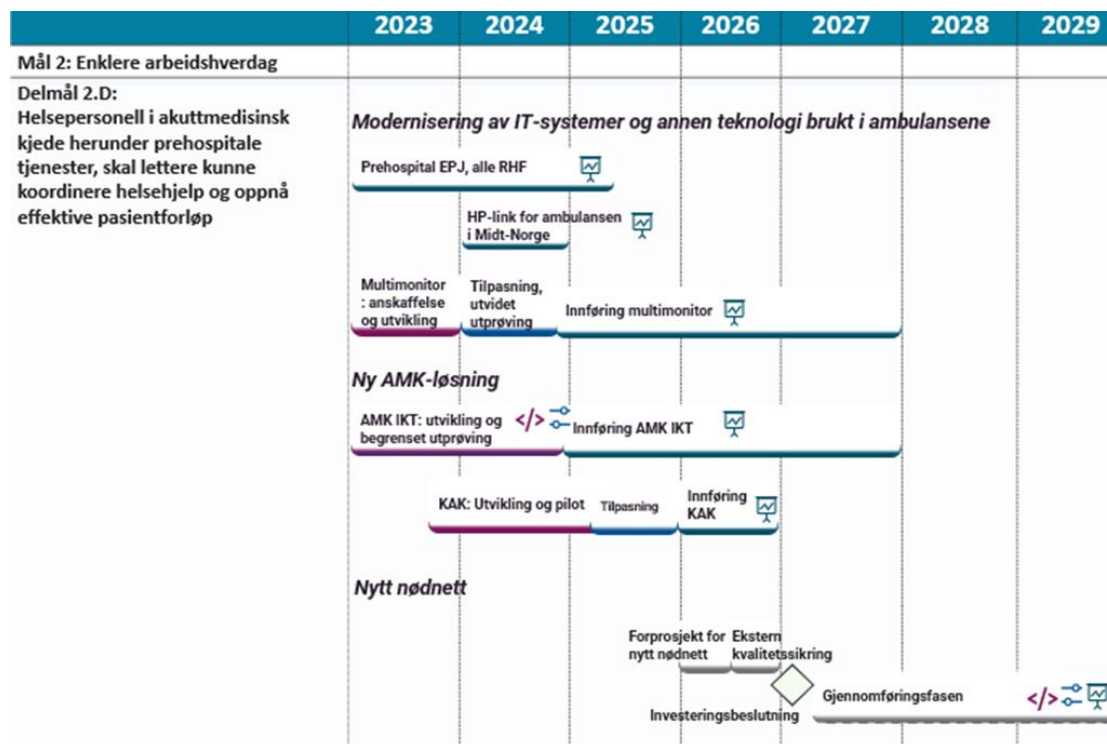
¹² [Meld. St. 23 Fremtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus \(2024–2025\)](#)

Informasjonsflyt og bruk av IT-systemer innen prehospital akuttmedisinsk kjede



Figur 12 viser informasjonsflyt prehospitalt, samt hvilke IT-systemer de ulike aktørene benytter.

Dagens IT-løsninger i akuttmedisinsk kjede støtter ikke disse pasientforløpene godt nok. IT-systemene i de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene (AMK) er fragmenterte, og muligheten til arbeidsflyt på tvers av sentralene er begrenset. Ambulansene har hatt utilstrekkelig støtte for å innhente bakgrunnsinformasjon om pasientene på forhånd, til å dokumentere funn, behandling og andre helseopplysninger, og til å formidle disse effektivt sammen med målinger og andre undersøkelser til neste ledd i kjeden.



Modernisering av IT-systemer og annen teknologi brukt i ambulansene

De regionale helseforetakene har anskaffet felles IT-system for prehospital pasientjournal (ambulansesjournal, P-EPJ). Ved bruk av P-EPJ ønskes det å oppnå effektivisering og kvalitetsforbedring i ambulansetjenesten, og å gi øvrige deler av behandlingskjeden et bedre og mer oppdatert underlag for pasientbehandling (Helse Nord IKT, 2023) (Ambulanseforum, 2023). I Helse Midt-Norge har ambulansespersonalet tilgang til felles pasientjournal for sykehus og primærhelsetjenesten gjennom en integrasjon mellom Helseplattformen og prehospital pasientjournal via Helseplattformen Link. Muligheten til å innhente prehospitalt helseopplysninger styrker pasientsikkerheten og kan redusere tid til igangsatt behandling.

Prosjektene for innføring av nye multimonitorer og etablering av multimonitoren sin plattform er avsluttet. Status er at alle regioner bortsett fra Helse Nord har tatt i bruk ny nasjonal løsning. Forvaltning av løsningen foregår i produktområde ambulanse, sammen med prehospital ambulansejournal. Målsetningen er å utvikle multimonitorløsningen i tråd med felles målbilder på prehospitalt område. Dette inkluderer muligheter for at primærhelsetjenesten kan ta i bruk løsningen i fremtiden. Les mer om [multimonitor på Sykehuspartner sine hjemmesider](#).

Ny AMK- og legevaktsentral løsning

For å imøtekomme behovet for en effektiv og fremtidsrettet AMK-løsning, gjennomføres det et prosjekt for interregional AMK IKT, som ledes av Helse Vest. Ny AMK-løsning vil bidra til at helsepersonell er bedre rustet til å besvare medisinske nødsamtaler, og AMK-sentralene vil kunne avlaste hverandre i større grad enn i dag ([Nasjonal IKT-løsning for AMK i Helse Sør-Øst - Sykehuspartner HF](#)). Landets AMK og legevaktsentraler får gjennom denne løsningen og nytt nødnett bedre teknologistøtte, økt fleksibilitet og fremtidsrettet funksjonalitet. Dette skal blant annet gjøre det lettere å bruke ulike former for kommunikasjon effektivt, og utnytte ressursene som finnes tilgjengelig på tvers av kommuner og helseregioner.

"Kommunikasjonsløsning for Akuttmedisinsk Kjede (KAK)" er et prosjekt for anskaffelse, etablering og utskifting av betjeningsløsningen (ICCS) for telefoni og nødnett til en ny og moderne løsning. For å møte dagens - og fremtidens behov har Helsetjenestens Driftsorganisasjon (HDO) inngått kontrakt med Frequentis AG om leveranse av produktet LifeX 3020. Denne løsningen har bedre fleksibilitet og mulighet til å tilpasse brukergrensesnittet til ulike brukeres behov, er mer fremtidsrettet, samt at den vil bli mer konstandseffektiv å forvalte. Innføring av LifeX gjennomføres som et samarbeid mellom lokale prosjekter i regi av kommunene og de regionale helseforetakene. Les mer om KAK på HDO sine hjemmesider, [Kommunikasjonsløsning for Akuttmedisinsk Kjede \(KAK\) - HDO HF](#).

Nytt nødnett

Dagens nødnett har vært i drift i hele landet siden 2015, og brukes på alle landets AMK, legevaktsentraler, akuttmottak, ambulansetjenesten og av legevaktsleger. Det fungerer godt for tale, men er basert på utgående teknologi og må på sikt erstattes med en ny løsning for å opprettholde og videreutvikle beredskap og samvirke, samt imøtekomme fremtidens utfordringer og mulighetsrom. En ny, effektiv kommunikasjonsbærer på tvers av nødetatene vil spille en avgjørende rolle for fremtidens nød- og beredskapsarbeid, og blir for helsetjenesten en viktig forutsetning for å kunne yte trygge, effektive og gode akuttmedisinske tjenester. Prosjektet i helsetjenesten ledes av HDO i tett samarbeid med Helsedirektoratet. [Les mer om Nødnett på HDO sine hjemmesider](#).

Kapittel 2

Delmål 2.E: Helsepersonell skal ha tilgang til en felles oppdatert legemiddelliste, pasientens legemiddelliste (PLL)

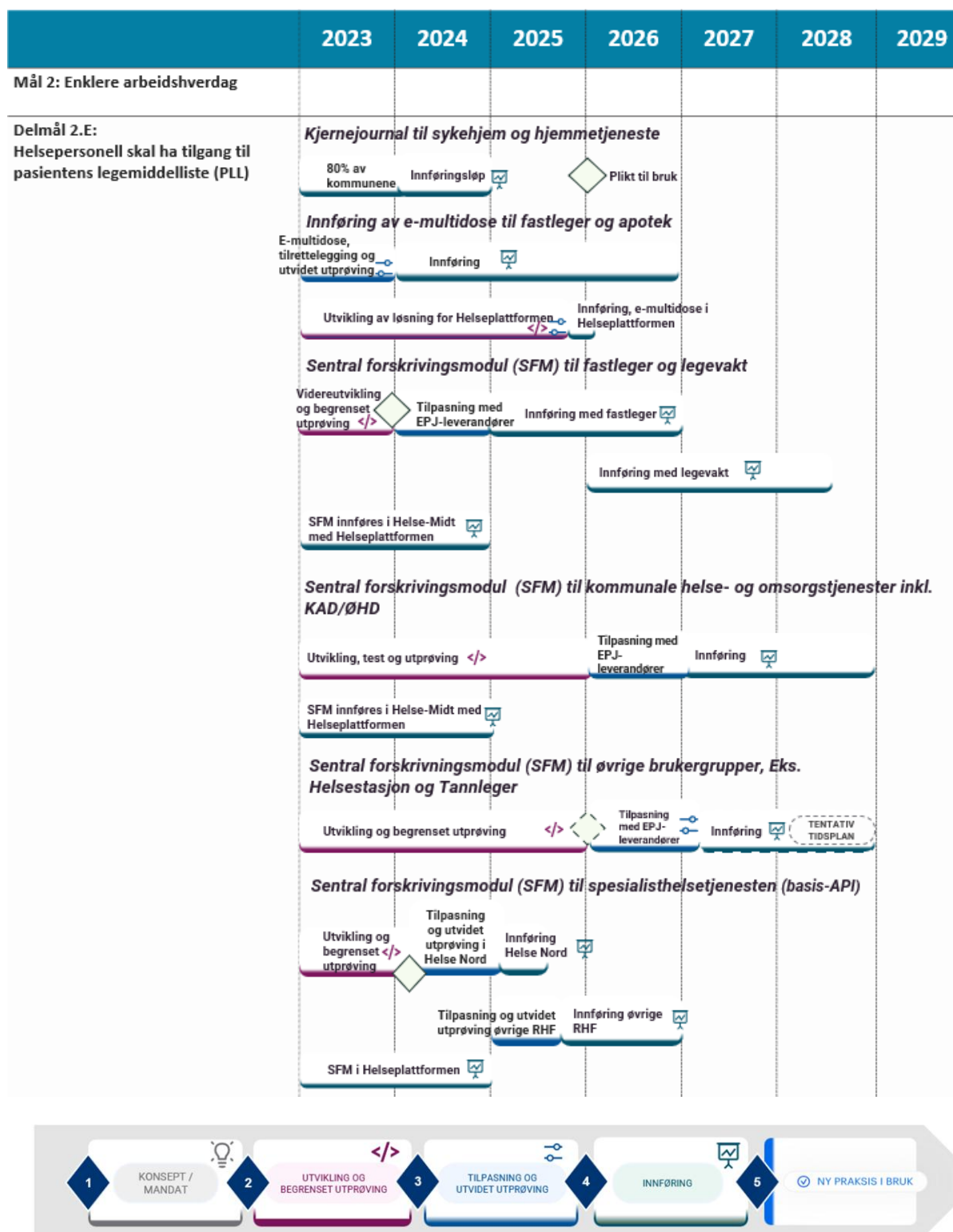


Pasientens legemiddelliste (PLL) er en samlet og oppdatert oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. PLL får informasjon fra hele helsetjenesten, både fastlege, sykehuslege, sykehjemslege og andre rekvirenter. Dette skal bidra til tryggere legemiddelbehandling og mer effektive arbeidsprosesser, spesielt i ansvarsoverganger mellom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Årlig fører feil ved bruk av legemidler til flere dødsfall, pasientskader og innleggelser på sykehus. Manglende legemiddelinformasjon eller svikt i informasjonsoverføring er en stor utfordring for pasientsikkerheten, for eksempel når pasienter flyttes mellom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Dersom helsepersonell ikke har et godt grunnlag for å ta beslutninger om legemiddelbehandlingen, vil det

kunne føre til feilmedisinering og i verste fall pasientskade.

I PLL vil leger kunne utføre legemiddelsamstemming, og dermed rydde og oppdatere legemiddellisten, slik at korrekte helseopplysninger om legemidler kan utveksles via reseptformidleren og kjernejournal. Da kan for eksempel hjemmesykepleier hente PLL direkte inn i hjemmetjenestens EPJ-system, og sørge for at brukeren får utdelt riktige legemidler. Pasienten får tilgang til PLL via Helsenorger, og slipper å måtte formidle disse opplysningene selv mellom ulike helsevirksomheter. Legemiddelsamstemming må jevnlig gjentas for å opprettholde kvaliteten i PLL.

Dette tiltaket er høyt prioritert av aktørene i helse- og omsorgstjenesten, og vil være nyttig for både spesialisthelsetjeneste, kommunal helse- og omsorgstjeneste, pasient og innbyggere gjennom spart tid og økt pasientsikkerhet. En viktig forutsetning for realisering av PLL er at helse- og omsorgstjenestens EPJ-systemer blir teknisk tilrettelagt for PLL. Mange leverandører av EPJ-systemer har valgt å integrere sentralisert forskrivningsmodul (SFM) for å oppnå dette. En annen forutsetning for å hente ut nytte er at innføringen gjøres samtidig hos flest mulig av helsevirksomhetene som følger opp de samme pasientene. Tilgang på kjernejournal er en forutsetning for at helsepersonell i pleie- og omsorgstjenesten skal få tilgang til pasientens legemiddeloversikt. Les mer [om tiltaket Pasientens legemiddelliste](#), og om [krav og anbefalinger i Reguleringsplanen](#) på Helsedirektoratet.no.



Figur 14 viser veikart pågående og planlagt aktivitet for innføring av kjernejournal, E-multidose og SFM, som er forutsetninger for at helsepersonell skal kunne lese og oppdatere PLL.

Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenesten

Nasjonal kjernejournal er et sentralt virksomhetsovergrepende behandlingsrettet helseregister, som deler helseopplysninger på tvers i helsevesenet (Helsenorge, 2023). Kjernejournal er tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten, hos fastleger og i de fleste kommuner. Tilgang til kjernejournal er viktig også for de andre nasjonale e-helseløsningene. Eksempelvis vil kjernejournal være sykepleieres mulighet til å få tilgang til oversikt over pasientens resepter, og på sikt PLL. KS kompetansenettverk for e-helse har bidratt til utbredelse av løsningen (KS, 2020). Fra 01.01.2026 trer plikt til bruk av kjernejournal i kraft. [Les mer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger på lovdata.no.](#)

Innføring av e-multidose (eMD)

Multidose er maskinell pakking av legemidler i poser til pasienter som trenger hjelp til å få tatt legemidlene sine. Spesialiserte multidoseapoteker har utstyr til å produsere remser av slike poser, med en pose for hvert doseringstidspunkt. Fastlege eller lege på institusjon blir utpekt til å være såkalt multidoseansvarlig lege, som oppdaterer og formidler fullstendig legemiddelliste til multidoseapoteket via reseptformidleren. Funksjonaliteten for e-multidose er knyttet til legens EPJ-system, for eksempel ved integrasjon av SFM. Multidoseapotek pakker legemidler i multidose basert på legemiddellisten og eventuelt tilhørende resepter. E-multidose forutsetter i likhet med PLL at det vedlikeholdes en oversikt over pasientens legemidler, og kan fungere som en forberedelse til å vedlikeholde legemiddellisten for alle pasienter. Overgang til elektronisk multidose krever endringer i arbeidsprosesser for lege og kommune. [Les mer om multidose på Helsedirektoratets hjemmesider](#), og [om elektroniske multidose på Norsk helsenett siden hjemmesider](#).

E-multidose er under utprøving og innføring i tett samarbeid med fastlegene, leverandører av EPJ-systemer for fastlegene, multidoseapotekene og kommunenes hjemmetjeneste. Innføring av e-multidose forventes å følge innføring av SFM. Ambisjonen er at 70% av legekantorene har tatt i bruk SFM / PLL og e-multidose i løpet av 2026. Les mer [om erfaringer knyttet til bruk av e-multidose på Norsk helsenett sine hjemmesider](#), og [i Norsk helsenett sin siste rapportering på Pasientens legemiddelliste til Nasjonal portefølje](#).

Sentral forskrivningsmodul (SFM)

Sentral forskrivningsmodul (SFM) er en legemiddelmodul som leverandører av EPJ-systemer kan velge å integrere for å få dekkende funksjonalitet innen e-resept, multidose og pasientens legemiddelliste. Leverandører av EPJ-systemer til sykehus har valgt å bygge brukergrensesnitt selv, med en teknisk integrasjon med SFM, via basis API. Helseplattformen tok i bruk denne løsningen for sending av e-resept i april 2022. De fleste leverandørene av EPJ-systemer til andre deler av helsetjenesten planlegger å bruke SFM fullversjon. Les mer [om SFM på Norsk helsenett sine hjemmesider](#).

Sentral forskrivningsmodul til fastleger og legevakt

En rekke leverandører for fastleger, legevakt og avtalespesialister prøver ut integrasjon av Sentral forskrivningsmodul (SFM) fullversjon ([se Leverandøroversikt](#)), mens andre velger å utvikle funksjonalitet for Pasientens legemiddelliste (PLL) selv. SFM til fastleger ble godkjent i 2024, og alle EPJ-leverandører for fastleger er godkjent for SFM fullversjon. Alle EPJ-leverandører som leverer til kommuner er innen utgangen av 2025 godkjent for bruk av SFM fullversjon. Leverandørenes integrasjon med SFM har tatt lengre tid enn planlagt, noe som forsinker utprøvingen av løsningen. Flere kommuner i nord og Bergen kommune gjennomfører utprøving av PLL hos fastleger.

Les mer om utprøving og innføring av SFM og PLL til fastleger [i EPJ-løftets siste rapportering til Nasjonal e-helseportefølje](#), og [Norsk helsenett sin rapportering på Pasientens legemiddelliste til Nasjonal e-helseportefølje](#) på Helsedirektoratets hjemmesider.

Sentral forskrivningsmodul til kommunale helse- og omsorgstjenester inkl. KAD/ØHD

Sentral forskrivningsmodul (SFM) skal også dekke behovet til brukergrupper som sykehjem, hjemmetjeneste og kommunal akutt døgnenhet (KAD). Uprøving av SFM i kommunal helse- og omsorgstjeneste er i gang og fortsetter i 2026:

- Bergen kommune fortsetter som utprøvkommune for PLL, pilotering av SFM fortsetter i 2026
- Flere kommuner i Nord (blant annet Tromsø, Rana, Bodø og Hammerfest kommune planlegger innføring av PLL til kommunenes pleie- og omsorgstjenester
- Sarpsborg kommune fortsetter som utprøvkommune for SFM
- Oslo kommune starter utprøving av SFM
- Ullensvang kommune leder arbeidet med erfaringsdeling og kunnskapsoverføring mellom SFM utprøvkommuner
- 34 kommuner i Midt Norge benytter SFM gjennom Helseplattformen

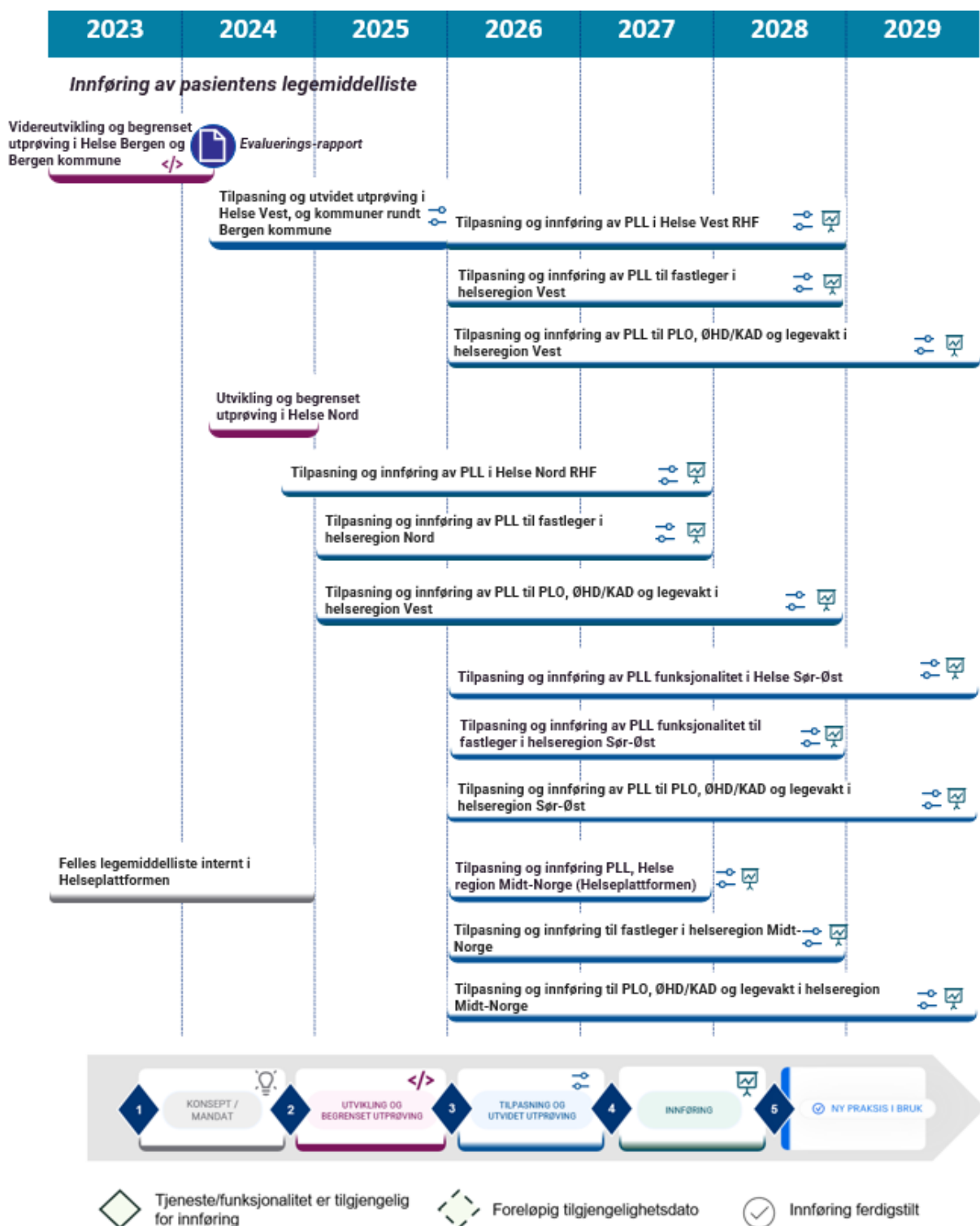
Les mer [om SFM på Norsk helsenett sine hjemmesider](#) og [Norsk helsenett sin rapportering på Pasientens legemiddelliste til Nasjonal e-helseportefølje](#) på Helsedirektoratets hjemmesider

Sentral forskrivningsmodul til øvrige brukergrupper, f.eks. helsestasjon og tannleger

Sentral forskrivningsmodul (SFM) vil på sikt også dekke behovet til andre brukergrupper som tannlegeklinikker og helsestasjoner. Les mer [om SFM på Norsk Helsenett sine hjemmesider](#) og [Norsk helsenett sin rapportering på Pasientens legemiddelliste til Nasjonal e-helseportefølje](#) på Helsedirektoratets hjemmesider

Sentral forskrivningsmodul til spesialisthelsetjenesten (basis API)

Støtte for pasientens legemiddelliste er løst på ulike måter i helse- og omsorgssektoren. Leverandører av EPJ-systemer til sykehus har til nå valgt å bygge brukergrensesnitt for e-resept og PLL selv, med en teknisk integrasjon med SFM (SFM basis API). DIPS Arena er godkjent for e-resept med SFM Basis API. Alle som har tatt i bruk Helseplattformen i Midt-Norge bruker nå SFM daglig, noe som fører til økt kvalitet på legemiddelinformasjon og bedre pasientsikkerhet.



Figur 15 viser planer for tilpasning og innføring av Pasientens legemiddelliste i Helse- og omsorgstjenesten

Innføring av Pasientens legemiddelliste (PLL)

Pasientens legemiddelliste (PLL) vil som tidligere nevnt gi helsepersonell digital tilgang til oppdatert informasjon om pasientens bruk av legemidler på tvers av helsetjenesten. Full nytte av PLL realiseres når alle helseaktører bruker EPJ-systemer som benytter PLL. Innføring av PLL skjer koordinert i samarbeid mellom kommuner og sykehus. I utprøvingen jobbes det stegvis og arbeidsprosesser og konsekvenser for samhandling vurderes løpende. Innføringsområdene defineres rundt helsefellesskapene og omfatter sykehus, kommunale helse- og

Kapittel 2

omsorgstjenester, fastlege, avtalespesialister og apotek. Det er kommuner og sykehus som har ansvar for utprøvingen i området, med støtte fra Helsedirektoratet, Norsk helsenett og KS.

Utfyllende informasjon om PLL kan leses på [prosjektets hjemmesider på helsedirektoratet.no](https://prosjektets.hjemmesider.på.helsedirektoratet.no), og i RHFene sin [Felles Plan 2025 Digital samhandling og tilrettelegging for bedre bruk av helsedata](#)

Utpøringsprosjektet i Helse Vest ble avsluttet i mars 2024. Den begrensede utprøvingen har vært et samarbeid med fastleger, avtalespesialister, Helse vest og Bergen kommune. Nå pågår videre utprøving i helsefellesskapet bergensområdet, som dekker 18 kommuner og alle sykehus i Helse Bergen.

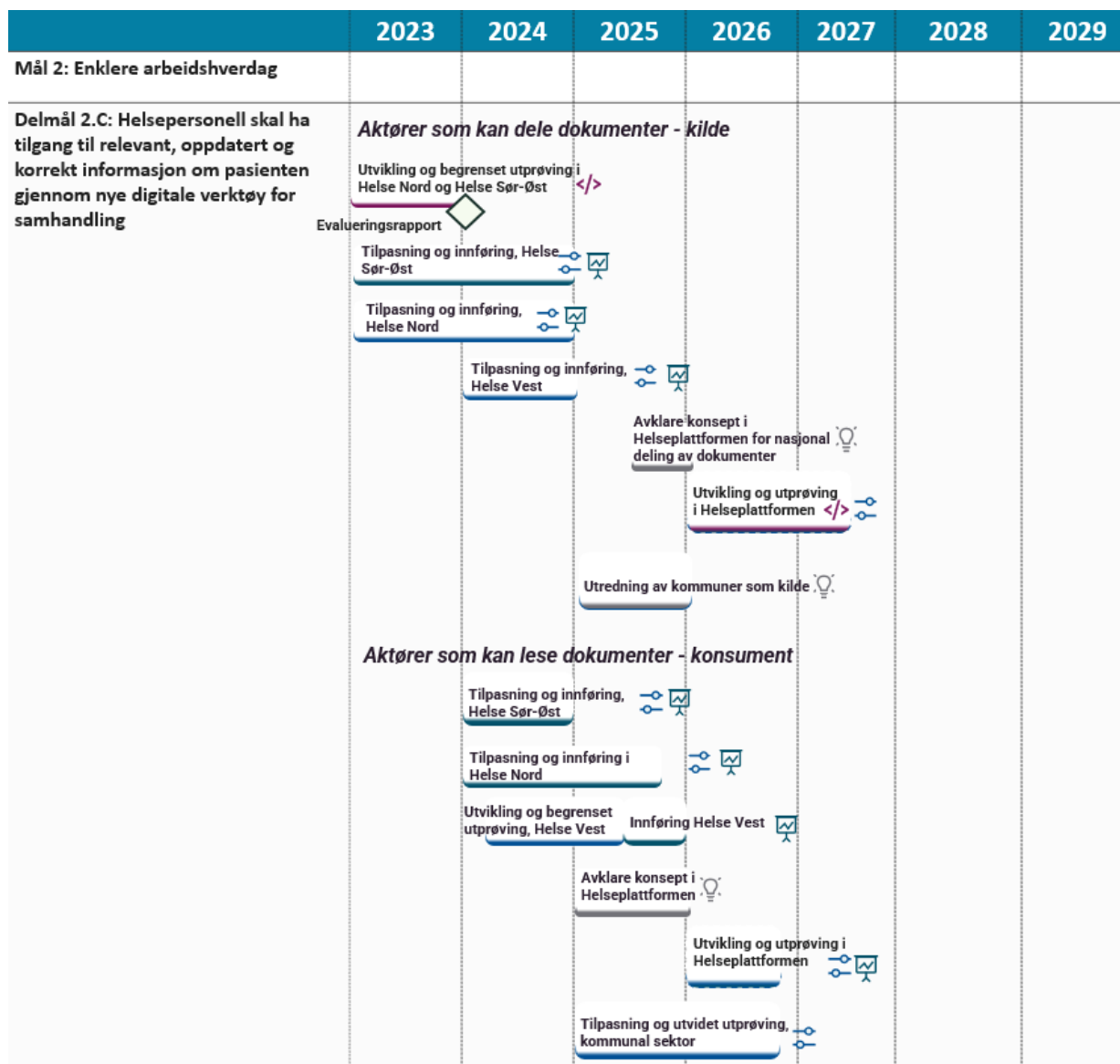
Helse Nord leder samarbeidet rundt utviklingen av PLL-funksjonalitet i DIPS Arena, og utprøvingen med utvalgte aktører i Helse Nord sitt nedslagsfelt. PLL-funksjonaliteten bygger på eksisterende funksjonalitet i DIPS Arena, nasjonale tjenester som reseptformidler, kjernejournal, SFM basis API, og erfaringer fra utprøvingen i Helse Vest. Utviklingen skjer tett på klinikere for å sikre en brukervennlig løsning som understøtter behov og arbeidsprosesser. Prosjektene i de fire helsefellesskapene i Nord-Norge samarbeider om forberedelser til og utprøving av PLL samme med Helse Nord. Prosjektene dekker ca. 80 kommuner. Les mer [om PLL i Nord på Helse-Nord sine hjemmesider](#). Les også mer [om innføring av PLL i de ulike helseregionene i nasjonal portefølje, der de ulike aktørene inkludert kommuner rapporterer status](#).

Delmål 2.F: Helsepersonell skal ha tilgang til relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasienten gjennom nye digitale verktøy for samhandling.



Digital samhandling skal bidra til at helsepersonell får enkel og sikker tilgang til relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasienter, slik at de kan gi best mulig helsehjelp. Dette gjelder gjennom hele forløpet, på tvers av virksomheter og omsorgs- og tjeneste nivå. Fokus i strategiperioden vil være innføring og bruk av nye informasjonstjenester som deling av pasientens journaldokumenter, pasientens prøvesvar og pasientens kritiske informasjon. En forutsetning er at helsepersonell har tilgang til og bruker kjernejournal, eller at journalløsningen integrerer seg med informasjonstjenestene via API. Helseplattformen vil være viktig for regional samhandling i Midt-Norge. Felles tillitstjenester

som beskrives under [mål 4](#) er en av flere forutsetninger for måloppnåelse av delmål 2.C.



Figur 16 viser planer for aktører som deler og kan lese pasientens journaldokumenter

Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens journaldokumenter på tvers av virksomheter



Helsepersonells tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp er et av de viktige digitaliseringstiltakene som trekkes frem i Meld. St 7 (2019-2020), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 og [Meld. St 9 \(2023-2024\) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027](#).

Deling av pasientens journaldokumenter er en av flere former for deling av informasjon mellom virksomheter. Produsentene samler strukturert eller ustrukturert informasjon i godkjente dokumenttyper, og legger disse tilgjengelig for innsyn for helsepersonell med tjenstlig behov. Informasjonen som deles gjennom tjenesten pasientens journaldokumenter er ferdig og godkjent av helsepersonell.

Pasientens journaldokumenter skal bidra til frigitt tid for helsepersonell, mer effektive behandlingsforløp, og færre unødvendige undersøkelser og innleggelser. Tjenesten vil bidra til bedre behandlingskvalitet i pasientforløpene.

Les mer [om Pasientens journaldokumenter på Helsedirektoratets hjemmesider](#).

Aktører som kan dele pasientens dokumenter - kilde

Helseforetakene i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest, Lovisenberg diakonale sykehus, Oslo kommune (legevakt og kommunal akutt døgnerhet) samt Nasjonalt ankomstsenter i Råde, deltar som kilder i pasientens journaldokumenter og tilgjengeliggjør sine journaldokumenter¹³. I Midt-Norge brukes Helseplattformen til dokumentdeling mellom sykehus og kommuner i regionen, og skal etter planen tilgjengeliggjøre journaldokumenter via pasientens journaldokumenter til helsetjenesten i andre deler av landet fra og med 2026.

De regionale helseforetakene er ansvarlig for å legge til rette for at avtalespesialistene kan dele journaldokumenter og skal i 2025 anbefale løsningsarkitektur for avtalespesialister og følge opp at avtalespesialistene deler relevante journaldokumenter med helse- og omsorgstjenesten.

KS er ansvarlig for å legge til rette for at kommuner kan tilgjengeliggjøre journaldokumenter, og skal anbefale løsningsarkitektur og følge opp at kommunale helsevirksomheter som legevakt, ØHD/KAD, sykehjem og hjemmetjenesten tilgjengeliggjør journaldokumenter. KS er i gang med å utrede hvordan kommuner vil dele sine journaldokumenter.

Kommuner som allerede er med i Helseplattformen følges opp av Helse Midt-Norge og EPJ-samarbeidet i regionen.

Helsedirektoratet har i 2025 jobbet med informasjons- og kommunikasjonsaktiviteter til helse- og omsorgstjenesten og innbyggere, oppdaterte nyttevurderinger for pasientens journaldokumenter og en veileder¹⁴ for beslutningstakere, for å bidra til økt bruk. Norsk Helsenett SF vil være pådriver for at leverandørene av journalsystemer legger til rette for at helsepersonell kan gjøre oppslag i pasientens journaldokumenter.

Aktører som kan lese pasientens dokumenter - konsument

Flere virksomheter har tatt i bruk pasientens journaldokumenter som konsument.

- Fastlegene¹⁵ kan lese journaldokumenter
- Helsepersonell i helseforetakene i Helse Sør-Øst, Lovisenberg og Diakonhjemmet kan lese journaldokumenter. Det samme kan helsepersonell i helseforetakene i Helse Vest og Helse Nord.
- Noen kommuner har tatt i bruk oppgradert versjon av sitt journalsystem¹⁶ og kan lese journaldokumenter.
- Helsepersonell i Midt-Norge skal etter planen kunne lese journaldokumenter fra andre virksomheter fra 2026.

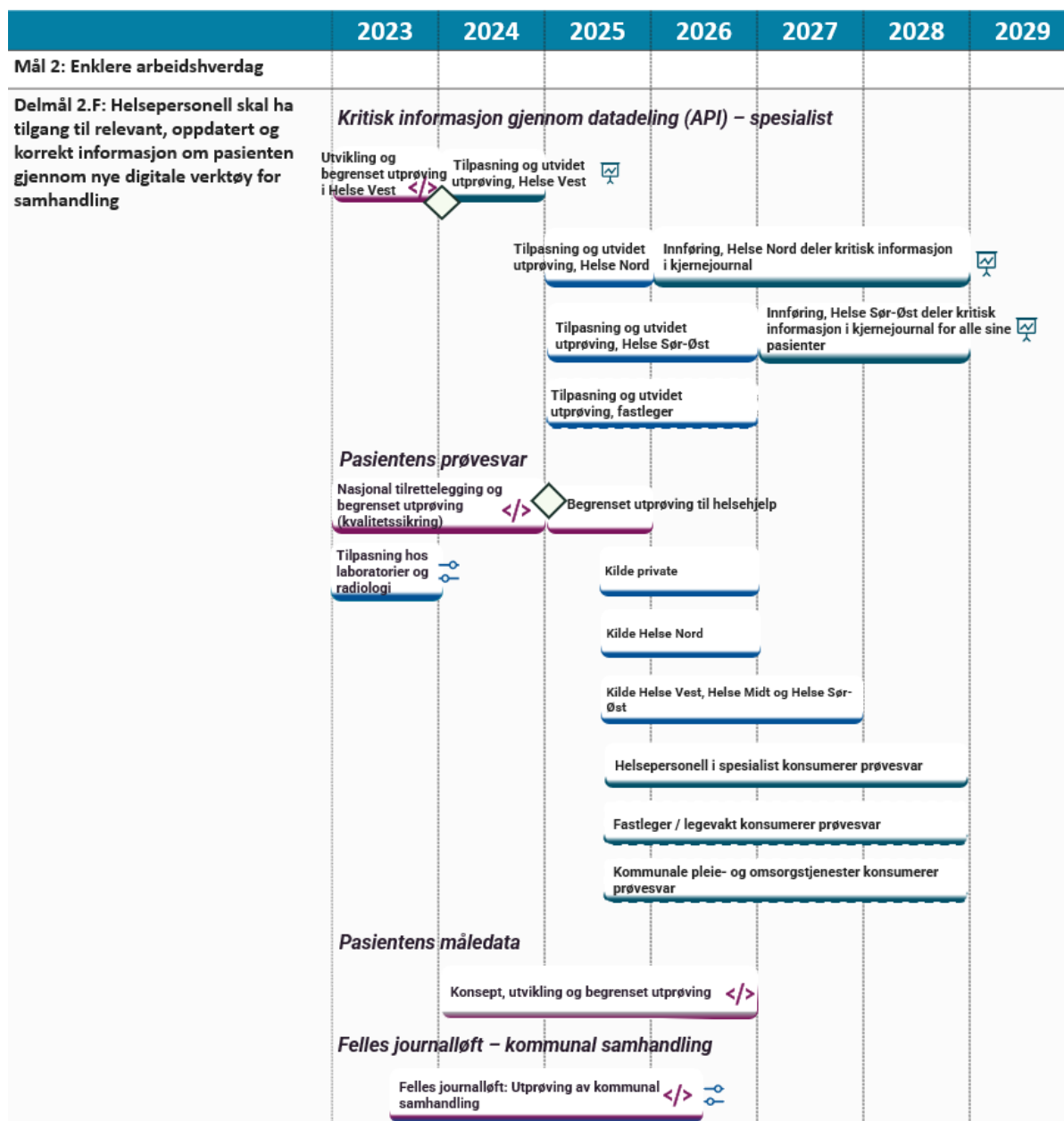
Helsepersonell som deltok i utprøvingen av deling av Pasientens journaldokumenter forteller at de har hatt stor nytte av løsningen. De mener at løsningen bidrar til økt pasientsikkerhet, er effektiv og tidsbesparende, og bidrar til god dialog med pasienter. Spørreundersøkelse og intervjuer i forbindelse med evaluering i 2025 bekrefter dette. Innbyggere opplever at helsepersonellet de møter i større grad har tilgjengelig nødvendige og relevante journaldokumenter fra tidligere kontakt med helse- og omsorgstjenesten. Pasienten slipper dermed å være bærer av egen informasjon, og å oppgi samme informasjon flere ganger.

¹³ I pasientens journaldokumenter gis helsepersonell tilgang til helseopplysninger i en annen virksomhet via referanser til utvalgte dokumenter i kjernejournal. Dokumentreferansene er en del av kjernejournal jf. pasientjournalloven § 13, jf. kjernejournalforskriften § 4 første ledd nr. 8 referanse til ytterligere informasjon, herunder epikriser, prøvesvar, billedundersøkelser og henvisninger

¹⁴ [Pasientens journaldokumenter \(PJD\) - Helsedirektoratet](#)

¹⁵ Forutsetter at fastlegene har signert bruksvilkår for pasientens journaldokumenter

¹⁶ NHN vedlikeholder oversikt over leverandører som har tatt i bruk tillitsrammeverket og kan tilby tjenesten til flere av sine kunder.



Figur 17 viser planer for utvikling, begrenset utprøving og innføring av samhandlingstjenester

Helsepersonell skal ha tilgang til oppdatert og autorativ beskrivelse av kritisk informasjon



I en behandlingssituasjon er det viktig for helsepersonell å vite om det er registrert informasjon om pasienten som medfører behov for å velge annen behandling eller utredning enn det som er rutine. Eksempler på kritisk informasjon er allergier, overfølsomhet overfor legemidler, spesielle sykdommer, eller tidligere komplikasjoner ved anestesi. Kjernejournal skal være en felles autorativ kilde for kritisk informasjon. Kritisk informasjon gir nytte for helsepersonell både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Før kjernejournal ble innført var det ingen mulighet for elektronisk deling av slik informasjon på tvers av behandlingssteder, annet enn ved en-til-en-meldinger og varselkort som pasienten bar på seg.

Kritisk informasjon gjennom datadeling (API)

Praksisen med å registrere kritisk informasjon i helsepersonellportalen i kjernejournal er ikke tilstrekkelig utbredt. En av grunnene er at helsepersonell, på grunn av sin journalføringsplikt, må registrere kritisk informasjon i pasientjournalen på behandlingsstedet, og deretter registrere det igjen i helsepersonellportalen i kjernejournal. Denne dobbeltregistreringen medfører en administrativ byrde for helsepersonell, som ofte resulterer i manglende registrering av kritisk informasjon i kjernejournal. Dette fører til at informasjonen ofte ikke er tilgjengelig i kjernejournalen for innbyggere som burde hatt en slik registrering.

I 2020 utviklet Norsk helsenett et API som muliggjør datadeling mellom kritisk informasjon i Kjernejournal og lokale kliniske fagsystemer. Ved at Kjernejournal og lokale fagsystemer synkroniseres, vil helsepersonell slippe dobbeltregistrering av kritisk informasjon. En begrenset utprøving av kritisk informasjon gjennom datadeling (API) er gjennomført i Helse Vest. I februar 2024 tok Helse Vest i bruk Kritisk Informasjons APIet, før dette hadde helsepersonell som deltok i utprøvingen tilgang til tjenesten via Kjernejournal. Helse Nord og Helse Sør-Øst har tilrettelagt teknisk for å registrere kritisk informasjon i eget EPJ-system i 2025. Det planlegges for smidig innføring i helseforetakene i Nord og Sør-Øst fra 2026. Kritisk informasjon skal være ferdig implementert innen utgangen av 2028. Les mer [om Kritisk informasjon på Helsedirektoratets hjemmesider](#).

Helsepersonell skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt



Pasientens prøvesvar skal gi helsepersonell oversikt over og tilgang til laboratorie- og radiologisvar digitalt, uavhengig av hvem som har bestilt undersøkelsen og hvor den er utført. Helseopplysningene blir tilgjengelig i kjernejournal Portal, men kan også integreres via API inn i for eksempel EPJ-systemer. Tilgjengeligheten vil kunne bidra til å redusere feil, legge til rette for gjenbruk av prøvesvar og gi raskere tilgang på informasjon som kan sikre gode helsefaglige beslutninger. Pasientens prøvesvar vil også kunne bidra til å unngå kostnader til unødvendig prøvetaking. Pasientens prøvesvar bygger på erfaringer som er gjort ved tilgjengeliggjøring av prøvesvar om Covid-19-virus i kjernejournal og Helsenorge. Erfaringene fra Helseplattformen er også nyttige. Pasientens prøvesvar vil tilgjengeliggjøre prøvesvar innen alle

fagområder (medisinsk biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin, klinisk farmakologi, medisinsk mikrobiologi, genetik, patologi, radiologi og nukleærmedisin), og inngår som del av satsingen Digital samhandling. Dette innebærer at det etableres en nasjonal informasjonstjeneste som følger:

- laboratorie- og radiologisystemene ved alle landets laboratorier og radiologiske virksomheter tilpasses, slik at kopi av alle svarrapporter sendes til kjernejournal.
- nødvendige tilpasninger i kjernejournal gjennomføres for å håndtere søk etter og visning av prøvesvar
- Helsenorge tilpasses slik at innbygger kan se sine prøvesvar og får ivarettatt sine rettigheter, herunder logg over bruk, sperringer, mv.

. I juni 2025 ble det startet opp utprøving med formål helsehjelp basert på en minimumsløsning, dvs. eksternt rekvirerte laboratorieundersøkelser fra ett laboratoriesystem (Furst). I løpet av 2025 er utprøvingen blitt utvidet med flere rekvirenter i primærhelse og analyser hos flere offentlige laboratorier. Helsedirektoratet gjorde en evaluering av utprøvingen i september 2025. EPJ-løftet har bidratt med midler slik at blant annet EPJ-leverandøren WebMed har tilpasset sin EPJ til Pasientens prøvesvar. De deltar nå i utprøvingen, og disse fastlegene ser delte prøvesvar

direkte i sin EPJ og de kan selv også dele prøver som er tatt og analysert lokalt på fastlegekontoret. Støtte for registrering av rekvisisjon på papir forventes å bli en del av utprøvingen tidlig i 2026.

Utprøvingen har så langt hatt fokus på at det er fastleger som er rekvisiter. Neste fase i utprøvingen vil være at prøver som rekvisiteres hos andre også kan bli delt i Pasientens prøvesvar. I løpet av 2026 er planen å gjøre omfattende tilpassinger i rekvisisjonssystemer, EPJ og LIMS hos spesialisthelsetjenesten, slik at prøvesvar fra dem kan bli en del av utprøvingen. Tilsvarende er det et mål å få med flere kommunale tjenester, både som rekvisiter og konsumenter. Her bidrar HTO med støtte til DPIA, innsiktarbeid og behovsavklaring hos noen utvalgte utprøvkommuner. Et siste mål i 2026 er å få mer helsepersonell til å bruke de delte prøvesvarene i pasientbehandlingen. At prøvesvar fra spesialist og kommunale tjenester også blir tilgjengelig vil i seg selv bli en tung bidragsyter til dette. Denne fasen av utprøvingen planlegger vi å kunne evaluere medio 2027. Etter dette vil arbeidet med nasjonal innføring måtte få hovedfokus.

Helsepersonell skal ha tilgang til Pasientens måledata



Pasientens måledata samler og tilgjengeliggjør resultater fra kliniske målinger som blodtrykk, puls, pulsoxymetri og kroppsvekt for pasienter som er i behandling og har tett oppfølging av ulike aktører på tvers av helse- og omsorgstjenesten. [Les beskrivelse av tiltaket pasientens måledata](#) og om [krav og anbefalinger for Pasientens måledata i Reguleringsplanen](#) på Helsedirektoratets hjemmesider. Det er planlagt oppstart av utprøving av pasientens måledata i 2025. Norsk helsenett SF er ansvarlig for teknisk utvikling, utprøving av tiltaket, og drift og forvaltning av løsningen. Helse Sør-Øst RHF skal på vegne av de regionale helseforetakene ha en lederrolle i arbeidet med pasientens måledata.

En utprøving av tiltaket innebærer at målinger på en pasient gjort av en helsevirksomhet skal gjøres tilgjengelig for og anvendes av helsepersonell i en eller flere andre helsevirksomheter. Et eksempel på dette er vitale målinger foretatt i forbindelse med digital hjemmeoppfølging, hvor en kommune har ansvaret for den digitale hjemmeoppfølgingen og hvor det er behov for at fastlege og spesialist får tilgang til måledataene som en del av pasientoppfølgingen. Dette betyr at virksomhetene som skal delta i utprøving av pasientens måledata har gjennomført eller planlegger å gjennomføre en tjenesteutvikling hvor prosesser og ansvar for pasientoppfølgingen på tvers av virksomhetene blir definert.

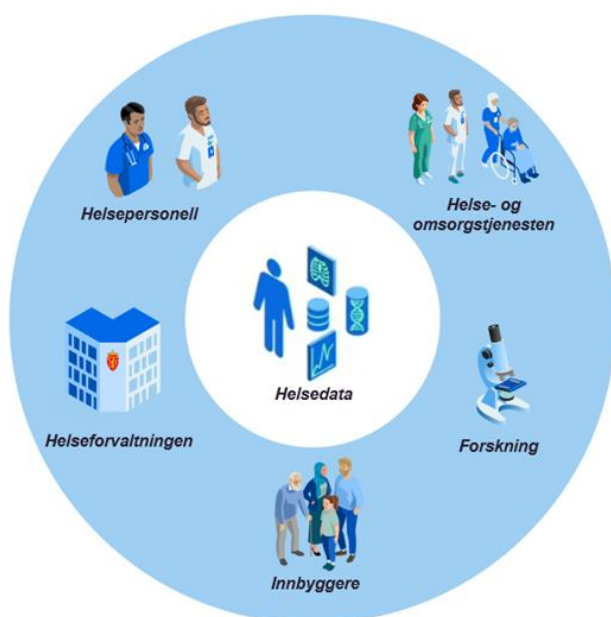
Målsetningen for utprøvingen i 2025 har vært at medisinske måledata blir utvekslet mellom helsevirksomheter som samarbeider om pasienten dvs. at både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten skal kunne sende og motta måledata. Ett eksempel her er kommuner som har DHO for KOLS-pasienter og som deler måledata med sykehus. Helsepersonell på sykehus kan da få tilgang til måledata fra DHO når de trenger det, typisk når pasienten kommer til konsultasjon eller poliklinisk behandling. Utprøvingen skal vurdere om tjenesten er moden nok til å rulle ut videre. Ambisjoner og planer for videre utrulling skal baseres på erfaringene herfra. Les mer [om tiltaket Pasientens måledata og utprøving på Norsk helsenett sine hjemmesider](#).

Den nasjonale utprøvingen av Pasientens måledata skjer i Vestre Viken HF sammen med kommunene Asker og Drammen, samt i OUS Ullevål sykehus sammen med Oslo kommune. I Midt-Norge har aktørene som har tatt i bruk felles pasientjournaløsning mulighet for å dele og motta pasientens måledata. Høsten 2025 planlegges det å koble målinger til HelsaMI Oppfølgingsprogram.

Felles journalløft – kommunal samhandling

Felles journalløft inkluderer en kommunal satsning for utprøving av samhandlingstjenester, der Norsk Helsenett i samarbeid med KS, legger til rette for å prøve ut samhandlingstjenester innad og på sikt mellom kommuner. Målet er å gi helsepersonell tilgang til relevant helseinformasjon direkte i sine arbeidsverktøy. I første fase foreslås to parallelle utprøvingsprosjekter, deling av pasientens NEWS 2- målinger (National Early Warning Score) og en oversikt over hvilke kommunale tjenester innbygger mottar. I tillegg til plattform består målbildet av en markeds plass som skal bidra med innovasjons- og erfaringsdeling, innkjøpssamarbeid og felles anskaffelser, og test- og utprøvingsarena for leverandørene. Tiltakene skal kunne delfinansieres gjennom Helseteknologiordningen (HTO). Les mer om KS sitt videre arbeid med [Felles journalløft, samhandlingstjenester på KS sine hjemmesider](#)

Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring



Helsedata kan gi oss verdifull innsikt som kan forbedre helse- og omsorgstjenester, forskning, helseovervåkning, beredskap og folkehelse. Innsikt fra helsedata skal bidra til å utnytte ressurser effektivt og redusere uønsket variasjon i kvalitet. Helse- og omsorgstjenestene, helsepersonell og helseforvaltningen skal i økende grad ta beslutninger basert på data. Mer datadrevne beslutninger vil bidra til bedre ressursutnyttelse, økt kvalitet og innovasjon i tjenesten, samt bedre forskning, helseovervåkning, beredskap og folkehelse. Det vil også gjøre sektoren bedre forberedt i møte med kriser.

Ved hjelp av kunstig intelligens (KI) kan helsedata brukes til å gi raskere og mer nøyaktig diagnostikk, samt bedre behandling,

administrative prosesser, ressursutnyttelse og forebygging. Utfyllende beskrivelse av mål 3 finnes på helsedirektoratet.no mens pågående aktivitet er vist nedenfor.

Innsamling av helsedata dekkes i sammenheng med mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse og mål 2: Enklere arbeidshverdag da det er interaksjon mellom innbygger og helsepersonell disse dataene kommer fra, enten direkte fra utstyr (for eksempel måledata og bilder), via registrering i journal eller egne grensesnitt. En ønsket utvikling på helsedatafeltet er at modernisering av journalsystemene gir nødvendig kvalitet på data og mulighet for beslutningsstøtte i helsehjelpen, og automatisert innrapportering til helseregistre og data- og analyseplattformer, som samler data til styring og oppfølging. Til slutt kan helsedata som blir tilgjengelig brukes til dataanalyse, forskning og annen utvikling, såkalt sekundærbruk (Helse- og omsorgsdepartementet). Utfyllende beskrivelse av Mål 3 er beskrevet på helsedirektoratet.no og pågående delmål er vist nedenfor.

Innsamling av helsedata dekkes i sammenheng med [mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse](#) og [mål 2: Enklere arbeidshverdag](#) da det er interaksjon mellom innbygger og helsepersonell disse dataene kommer fra, enten direkte fra utstyr (for eksempel måledata og bilder), via registrering i journal eller egne grensesnitt. En ønsket utvikling på helsedatafeltet er at modernisering av journalsystemene gir nødvendig kvalitet på data og mulighet for beslutningsstøtte i helsehjelpen, og automatisert innrapportering til helseregistre og data- og analyseplattformer, som samler data til styring og oppfølging. Til slutt kan helsedata som blir tilgjengelig brukes til dataanalyse, forskning og annen utvikling, såkalt sekundærbruk (Helse- og omsorgsdepartementet). Utfyllende beskrivelse av Mål 3 er beskrevet på helsedirektoratet.no og pågående delmål er vist nedenfor.

Delmål 3.A: Utvide bruk av data- og analyseplattformer for å fornye og forbedre helse- og omsorgstjenesten



Data og analyseplattformer er viktige utgangspunkt for forbedringer og fornying av helse- og omsorgstjenesten. I spesialisthelsetjenesten favner videreutvikling av de regionale data- og analyseplattformene bredt. De kan bli sentrale i å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk, og for å utnytte ressurser effektivt. De ulike helseregionene har per i dag pågående eller etablerte data- og analyseplattformer.

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring							
Delmål 3.A: Utvide bruk av data- og analyseplattformer for å fornye og forbedre helse- og omsorgstjenester	Utvidet bruk av data- og analyseplattformer i spesialisthelsetjenesten Regional data- og analyseplattform Helse Sør-Øst Etablering av Helsedatacenter, Helse Midt SanntidsHub i regional data- og analyseplattform, Helse Vest						



Figur 18 viser aktiviteter knyttet til data- og analyseplattformer i spesialisthelsetjenesten.

Utvide bruk av data- og analyseplattformer i spesialisthelsetjenesten

Helse Sør-Øst har etablert Regional data- og analyseplattform som en regional løsning for uthenting, behandling, lagring og utlevering av data i Helse Sør-Øst. Plattformen vil fungere som en «motorvei» for uthenting, behandling,

lagring og utlevering av data til en rekke bruksområder, deriblant for å sikre kontinuerlig tjenesteforbedring (Helse Sør-Øst, 2024).

Helse Midt-Norge har etablert første versjon av regionalt Helsedatasenter (Midt-Norge, 2024) som legger til rette for mer og bedre bruk av helsedata fra journal, registre og andre datakilder. Helsedatasenteret vil gi større mulighet til forskningsarbeid i regionen, nasjonalt og internasjonalt (Helse Midt-Norge, 2022). For å videreutvikle bruken av data i Helse Midt-Norge er man nå i ferd med å godkjenne en egen datastrategi som vil synliggjøre den videre utviklingen.

I Helse Vest samles data fra ulike fagsystem og gjøres tilgjengelig gjennom en regional data- og analyseplattform. Plattformen består av flere løsninger som organiserer og strukturerer informasjon, slik at den kan brukes på en trygg og effektiv måte. Avhengig av hvilken type data det er snakk om, lagres de i ulike datavarehus. Gjennom denne plattformen får både medarbeidere og ledere tilgang til oppdatert og relevant informasjon, som pasientbelegg, ventetider, ressursbruk og kapasitetsutnyttelse. Målet er å støtte god virksomhetsstyring, kvalitet og forbedringsarbeid. Løsningene er utviklet med fokus på enkel og trygg bruk.

I tillegg er det utviklet en løsning for automatisert dataleveranse til lokale og regionale kvalitetsregistre fra datavarehus slik at man unngår dobbeltregistrering og sparer klinikere for tid. Det leveres også ut data til forskning. Virksomhetene i Helse Vest har i fellesskap utviklet en rekke tilrettelagte rapporter/dashbord med hyppig oppdatert statistikk og analyser, som gjør informasjon lett tilgjengelig for alle. Ledere og medarbeidere i Helse Vest har tilgang på et bredt utvalg lokale og regionale rapporter som bidrar til at beslutninger kan baseres på rett innsikt. Helse Vest er også i gang med å etablere en hub for nær sanntidsdata som skal gi løpende oversikt over sykehusdrift gjennom dagen.

Helse Nord har et felles regionale datavarehus som videreutvikles, og er en sentral kilde for datagrunnlag i beslutningsstøtte og forbedringsarbeid (Helse Nord, 2018).

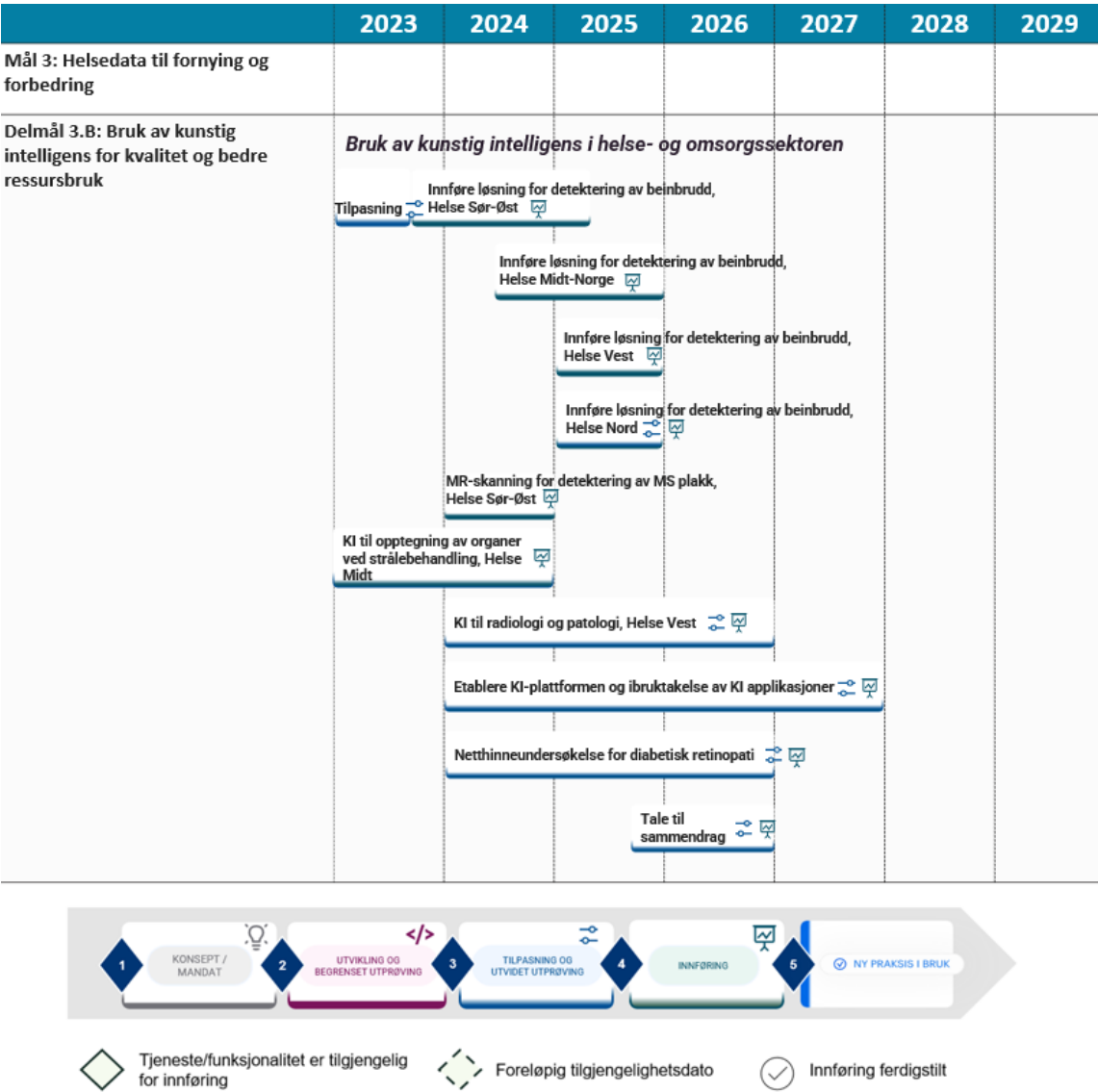
Delmål 3.B: Bruk av kunstig intelligens for kvalitet og bedre ressursbruk



I Nasjonal helse- og samhandlingsplan for 2024-2027 understrekes det at KI vil kunne utgjøre et betydelig bidrag til en bærekraftig utvikling av vår felles helsetjeneste. I planen slås det fast at det er et stort potensial for å etablere en mer hensiktsmessig oppgavedeling og organisering av arbeidsprosesser i helsetjenestene. Det påpekes at det kontinuerlig må vurderes om oppgaver kan løses på andre og mer personellbesparende måter, for eksempel ved bruk av kunstig intelligens, ved å automatisere arbeidsoppgaver og endre arbeidsprosesser som tidligere er gjort manuelt. Det forventes videre at kunstig intelligens og annen personellbesparende teknologi vil kunne bidra til at vi kan opprettholde kvaliteten i tjenesten i årene framover, i tillegg til at det kan bidra til å redusere ventetidene på de

stedene der det er tatt i bruk i dag.

Det er stor interesse for kunstig intelligens i sektoren og det finnes mange forskningsprosjekter og noen eksempler på implementering av KI i arbeidsprosessene i helse- og omsorgstjenestene.



Figur 19 viser noen pågående aktiviteter knyttet til bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring							
Delmål 3.B: Bruk av kunstig intelligens for kvalitet og bedre ressursbruk	Rammer og retning for kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten						
	Sektorsamarbeid om KI ✓						
	Tverretattlig informasjonsside om KI ✓						
	Tverretattlig regulatorisk veiledning ✓						
	Rammer for bruk av KI i helse- og omsorgstjenester    TENTATIV TIDSPLAN						
	Bruk av store språkmodeller    TENTATIV TIDSPLAN						
	Styrke kompetanse på KI    TENTATIV TIDSPLAN						



Figur 20 viser etablert og pågående arbeid med rammer og retninger for kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten

Bruk av KI i helse- og omsorgstjenesten

De siste årene har tolkning av bilder gjennom bruk av KI blitt bedre og bedre, og er lovende innen flere medisinske spesialiteter. Brukertilpasset anvendelse av KI for å analysere medisinske bilder kan redusere arbeidsbelastningen til helsepersonell, bidra til å redusere strålingsdose og redusere tiden det tar for pasienten å gjøre en undersøkelse. Vestre Viken har tatt i bruk KI-systemet «Bone View» for å detektere beinbrudd til klinisk bruk. Bærum Sykehus gikk i drift i august 2023 med plattform for kunstig intelligens innen bildediagnostikk. De andre sykehusene i Vestre Viken HF implementerte denne løsningen høsten 2023. Plattformen som er installert har tilgang til over 100 KI-modeller fra mer enn 30 leverandører. Kontrakten gir tilgang til 5 KI-modeller.

Beinbruddmodellen er implementert ved flere helseforetak i Helse Sør-Øst. Resterende helseregioner innfører samme løsning for detektering av beinbrudd. Les mer om [bruk av KI for å diagnostisere beinbrudd på Helse Vest sine hjemmesider](#).

I løpet av høsten vil Vestre Viken HF ta i bruk andre KI-modeller innenfor bildediagnostikk. I første omgang planlegger foretaket å innføre en CE-merket modell for MR-skanninger i kontroller av pasienter med multiple sklerose.

Ålesund sykehus hatt tatt i bruk kunstige intelligens som kan tegne organ og strukturer (segmentere) slik at kun det riktige området blir strålebehandlet. Første løsning som er tatt i bruk er for pasienter med kreft i bryst. Å tegne inn strukturene manuelt er en tidkrevende prosess som utgjør en betydelig del av den totale tidsbruken i planleggingen. Løsningen sparer personellet for mye tid. Løsning videreutvikles til å kunne segmentere flere organ. Les mer om [bruk av KI i til opptegning av organer til strålebehandling på Helse Møre og Romsdal sine hjemmesider](#).

Helse Sør-Øst har gjennom et interregionalt samarbeid anskaffelse av KI plattformer. Helse Midt-Norge, Helse Nord og Helse Vest kan gjøre avrop på avtalen som ble inngått i 2024.

Regelmessig netthinneundersøkelse for diabetisk retinopati er et regionalt prosjekt i Helse Sør-Øst. Helseforetakene skal i samarbeid etablere programmet for regelmessige netthinneundersøkelser. For å håndtere det økte pasientvolumet kreves det organisatoriske endringer og effektiviseringstiltak. Dette inkluderer etablering av netthinnefotografering nær pasientens bosted, et regionalt henvisningsmottak, automatisert innkalling og en funksjon for bildetolkning med kunstig intelligens der flere helseforetak samarbeider om denne oppgaven. Kunstig intelligensbasert maskinell gradering, forbedret arbeidsflyt og automatisering vil redusere behovet for personell. Oppgaveglidning fra øyelege til annet personell med bildetolkningskompetanse vil frigjøre øyelegeressurser. Les mer om [prosjektet på Sykehuspartner sine hjemmesider](#).

Rammer og retning for kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten

Nasjonale helse- og samhandlingsplan 2024-2027 peker på at kunstig intelligens (KI) vil kunne utgjøre et betydelig bidrag til en bærekraftig utvikling av vår felles helsetjeneste. KI kan bidra til å automatisere arbeidsoppgaver og forbedre arbeidsprosesser, noe som er essensielt for å møte fremtidige utfordringer innen helsepersonellkapasitet og tjenestekvalitet.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å lede arbeidet med å tilrettelegge for trygg innføring av KI i helse- og omsorgstjenesten. Dette skjer i samarbeid med Direktoratet for medisinske produkter, Helsetilsynet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene og KS.

Det overordnede målet med planen er å øke bruken av trygge og effektive KI-systemer i helse- og omsorgstjenesten. Dette skal bidra til tjenester av like god eller bedre kvalitet og frigjøre tid for helsepersonell. Planen omfatter både kliniske og ikke-kliniske bruksområder, med vekt på å realisere gevinster gjennom effektiv implementering av KI-teknologi. Hovedretning for planen:

- **Understøtte behov i tjenesten:** Tiltakene skal støtte behovene i kommuner og helseforetak. Involvering av pasienter og helsepersonell er viktig for å velge relevante KI-bruksområder.
- **Helsefaglig forsvarlig, etisk og trygg bruk** er avgjørende for å sikre tillit blant helsepersonell og pasienter. Dette inkluderer å forhindre skjevheter i KI-systemer som kan føre til urettferdige behandlingsutfall.
- **Økt bruk av KI:** Planen vektlegger økt klinisk bruk av KI og risikoreduserende tiltak for å sikre trygg bruk. Det er også stort potensial for bruk av KI i administrative funksjoner, som dokumentasjon og planlegging.
- **Bruk av kommersielle KI-produkter:** Anskaffelse og bruk av kommersielle KI-produkter anses som en rask vei til å hente ut gevinster i helsetjenesten. Planen prioriterer mindre forskning og utvikling av KI-produkter.
- **Beregne og realisere gevinster:** Det legges vekt på å tydeliggjøre og synliggjøre gevinster ved bruk av KI, inkludert å lære av andre sektorer og land.
- **Økt kompetanse:** Økt kompetanse om digital transformasjon og KI er nødvendig for både ledere, helsepersonell og innbyggere for å oppnå tillit og hensiktsmessig bruk av KI-løsninger.
- **Europeisk samarbeid:** Det er viktig med samarbeid innen EU og Norden for å tilpasse seg, bidra til og dra nytte av erfaringer og ressurser.
- **Tydelige myndigheter:** Fra myndighetssiden er tydelige rammeverk, felles retningslinjer, veiledning, veiledere, standarder og kompetanse viktig for å bygge tillit til teknologien.

Planen er strukturert i følgende innsatsområder og tiltak for å oppnå de overordnede målene:

- **Sektorsamarbeid om KI:** Opprettelse av et KI-råd som skal gi strategiske råd. Arrangere temabaserte seminarer for å dele erfaringer og tydeliggjøre behov, tiltak og ansvar. Vurdere behovet for endringer i ansvarsområder og styrke europeisk samarbeid.
- **Tverretattlig informasjonsside om KI:** Videreutvikle tverretattlig informasjonsside som publiserer veiledningsmateriale, kunnskapsoppsummeringer og annen relevant informasjon.
- **Tverretattlig regulatorisk veiledning:** Fortsette veiledning om dagens regelverk og forberede for kommende EU-reguleringer som KI-forordningen og European Health Data Space (EHDS).

- **Rammer for bruk av KI:** Utarbeide rapport om kvalitetssikring av KI og engasjere helsesektoren i relevant standardiseringsarbeid. Anbefalte tema om validering, gevinster, finansiering, tilgang til data og infrastrukturer, som drøftes og konkretiseres i seminarrekken.
- **Bruk av store språkmodeller:** Utarbeide kunnskapsgrunnlag. Risikovurderinger for bruk av store språkmodeller. Tilpasse språkmodeller til norske forhold. Anbefalte tema om bruk, utvikling og finjustering av store språkmodeller og som drøftes og konkretiseres i seminarrekken.
- **Styrke kompetanse på KI:** Videreutvikle kunnskap og kompetanse, og utarbeide rapport med anbefalinger om for å dekke kompetansebehov for digital transformasjon med KI.

Planen legger vekt på en smidig tilnærming, hvor tiltak blir jevnlig prioritert og igangsatt basert på behov og strategiske mål for helsesektoren. Tiltakene skal støtte opp under behovene i primær- og spesialisthelsetjenesten, sikre trygg og effektiv bruk av KI, og realisere gevinster gjennom kompetanseheving og europeisk samarbeid. Samtidig skal planen være fleksibel nok til å tilpasses den raske teknologiutviklingen, nye utfordringer og muligheter som oppstår i løpet av planperioden.

Denne felles KI-planen for 2024-2025 er en helhetlig plan for å sikre trygg og effektiv bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom samarbeid, kompetanseutvikling og tydelige rammer og veiledninger for implementering, skal planen bidra til å forbedre tjenestekvaliteten, effektivisere arbeidsprosesser og møte fremtidige utfordringer innen helsesektoren. Samtidig vil økt oppmerksomhet knyttet til etisk bruk og økt europeisk samarbeid kunne sikre at teknologien brukes på en ansvarlig måte som bygger tillit blant både helsepersonell og pasienter.

Prosjektet Rammer og retning for kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten ble startet 1.1. 2023, med Helsedirektoratet som ansvarlig etat.

Les [mer om KI planene på Helsedirektoratets hjemmeside](#).

Delmål 3.C: Bedre styring, kvalitetsforbedring, forskning, helseovervåking, beredskap og krisehåndtering gjennom helseregistrene

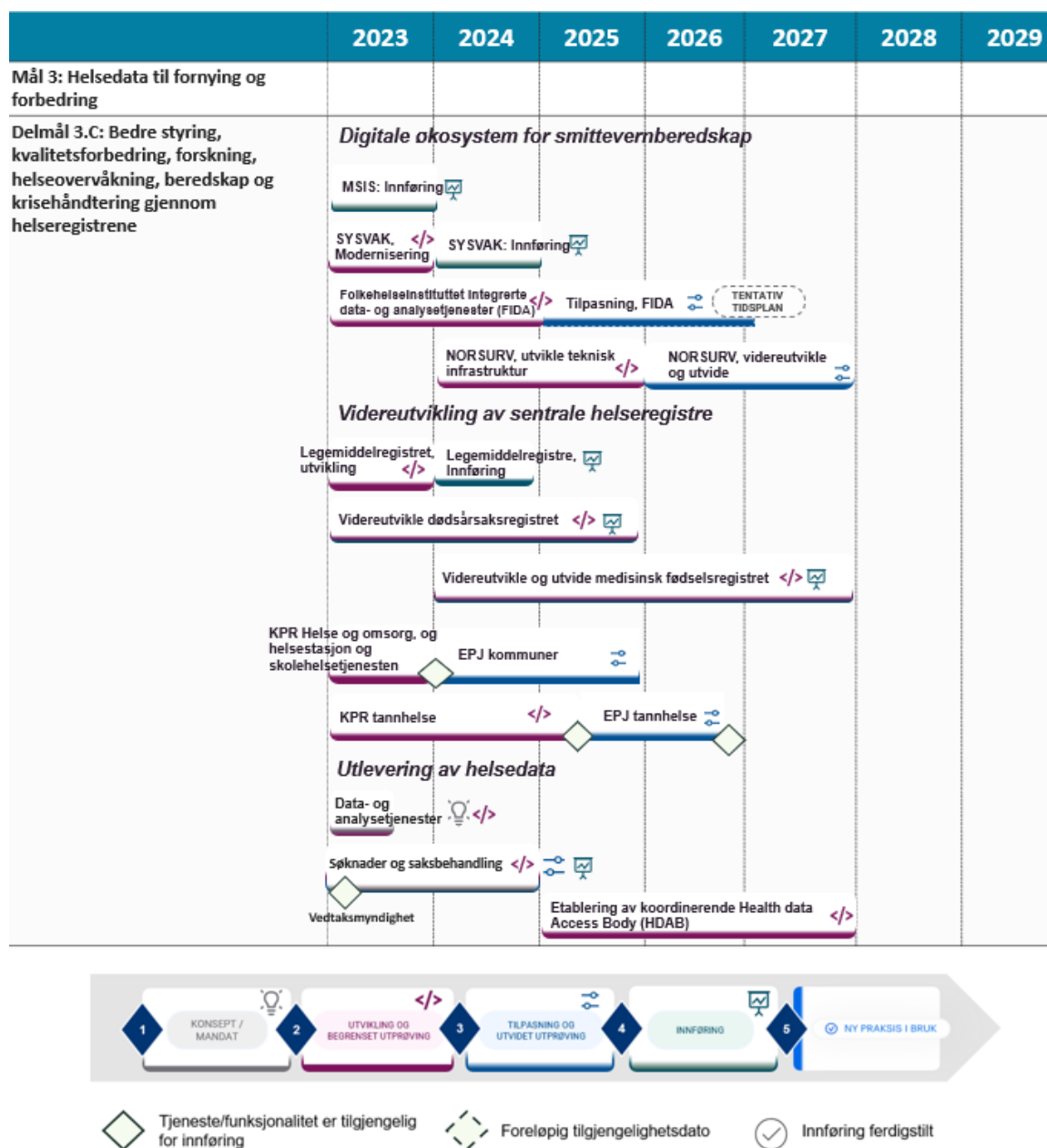


Helseregistrene er sentrale i kvalitetsforbedring, helseovervåking, beredskap og krisehåndtering, styring og forskning. Det er en målsetning i nasjonal e-helsestrategi (2023-2030) om at helsedata skal brukes til bedre utnyttelse av ressurser og redusere uønsket variasjon i kvalitet. Det synliggjøres et behov for å legge til rette for å utvikle målrettede tiltak for kvalitetsforbedring samt forbedre beredskap og forebyggende- og helsefremmende arbeid.

Fra 1.1.2024 ble ansvaret for nasjonale helseregistre og helseundersøkelser, samt Helsedataservice samlet i Folkehelseinstituttet. Dette innebar blant annet at Norsk pasientregister, Kommunalt pasient og brukerregister og

Kreftregistret ble innlemmet i Folkehelseinstituttet. Samling av nasjonale helseregistre i Folkehelseinstituttet gir nye rammebetingelser og muligheter for å hente ut synergier i den videre utviklingen av et samlet helsedatafelt. Det pågår en rekke tiltak for videreutvikling av helseregistrene for å forbedre og profesjonalisere registerdriften og for å møte behovene for kvalitet, aktualitet, datadeling og samhandling. Dette skal videreføres og styrkes for å bidra til å styrke personvern og informasjonssikkerheten i registrene, øke kvaliteten på data og metadata, samt å berike og utvide datagrunnlaget i registrene.

Helsedataservice skal videreutvikles som nasjonal tilgangsforvalter og som nasjonal inngang til helsedata til sekundærbruk (Nasjonalt kontaktpunkt) i tråd med forordningen om det europeiske helsedataområdet (EHDS). Målet er bedre utnyttelse av eksisterende data- og analyseinfrastrukturer for å effektivisere tilgangen til helsedata til forskning, innovasjon og næringsutvikling både nasjonalt og på tvers av landegrenser i Europa. De medisinske kvalitetsregistrene samler informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper, der hovedformålet er å bidra til bedre kvalitet på pasientbehandlingen og redusere uberettiget variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet. De medisinske kvalitetsregistrene etableres av fagmiljøer i helsetjenesten, og nasjonal status gis av Helsedirektoratet etter gitte [kriterier](#).



Figur 21 viser pågående utvikling av- og tilpasning til ulike helseregistre.

Digitalt økosystem for smittevernberedskap

Formålet med smittevernberedskap er å verne om liv og helse, og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig medisinsk behandling, pleie, omsorg og smitteverntiltak.

Les mer om smittevernberedskap på [FHI.no](https://fhi.no)

MSIS (Meldingssystem for smittsomme sykdommer) databasen øker kvaliteten på innrapportert helsedata og få mer av dataene i sanntid. Dette skal gi et bedre grunnlag for vurdering av hendelser, eksempelvis oppdage utbrudd av smittsomme sykdommer raskere. Les mer om MSIS på [FHI.no](https://fhi.no)

SYSVAK (Nasjonalt vaksinasjonsregister) har primært vært knyttet til barnevaksinasjonsprogrammet, men behovet har endret seg de senere årene til også å dekke koronavaksinasjonsprogrammet, influensa- vaksinasjonsprogrammet og andre vaksineforebyggbare sykdommer som det er viktig å ha oversikt over, både for enkeltindivid og befolkningen. SYSVAK skal være en god datakilde for overvåking og beredskap, for publisering og håndtering data til helse- og omsorgssektoren, samt til innbyggerne via Helse Norge, media og andre publiseringskilder. Registeret er under kontinuerlig videreutvikling for å forbedre registeret og styrke datagrunnlaget. Les mer om SYSVAK på [FHI.no](https://fhi.no)

Folkehelseinstituttet (FHI) har sammen med Kommunesektorens organisasjon (KS) fått midler fra medfinansieringsordningen i Digitaliseringsdirektoratet til prosjektet **Folkehelseinstituttets integrerte data- og analysetjenester (FIDA)** for overvåking og statistikkproduksjon. Prosjektet skal utvikle og ta i bruk en infrastruktur som skal benyttes til helseovervåking, analyse, statistikkproduksjon samt deling av statistikkprodukter. Dette skal styrke den digitale helseberedskapen i Norge gjennom systemer, tjenester, ressurser, rutiner og prosesser som skal benyttes i normaltid og kunne skaleres opp raskt i krisetider. Målet er at man skal kunne lagre, behandle og analysere data fra de aktuelle kildene for å kunne produsere, publisere og dele kunnskap i form av statistikk til relevante konsumenter (som f.eks. kommuneleger) enklere, raskere, hyppigere og sikrere enn i dag. Dette skal bidra til at både FHI, myndigheter, helsesektoren og kommunene vil være bedre forberedt og i stand til å håndtere smitteutbrudd i normal- og krisetid.

Les mer om [FIDA i rapportering på tiltaket til Nasjonal e-helseportefølje](#).

De neste fire årene skal overvåking av smittsomme sykdommer ved FHI forbedres i prosjektet NORSURV, som er delfinansiert av EUs helseprogram. Prosjektet skal styrke systemene for infeksjonsovervåking slik at myndigheter og helsetjenesten kan ha et oppdatert og detaljert bilde av smittesituasjonen til enhver tid.

Les mer om [NORSURV på FHI sine hjemmesider](#)

Videreutvikling av sentrale helseregistre

Legemiddelregisteret (LMR) ble etablert i 2022 og er den fremste kilden til legemiddeldata i Norge for sekundærformål som forskning og helseanalyse. Det jobbes med å utvikle og etablere gode og effektive løsninger for tilgjengeliggjøring av data til forskere, myndigheter, helsepersonell og andre aktører. Legemiddelregisteret skal videreutvikles til å kunne ta imot og behandle opplysninger om legemiddelbruk i institusjon på individnivå ved at data skal hentes fra behandlingsstedenes elektroniske kurveløsninger med avtalt frekvens. Det skal etableres en løsning for å gi legemiddelrekvirenter tilgang til rapport om egen forskrivning av antibiotika sammenlignet med andre rekvisitter, med formål om forbedret antibiotika forskrivning og redusert antibiotika resistensutvikling.

Dødsårsaksregisteret (DÅR) skal videreutvikles med innføring av elektronisk innmelding av obduksjoner. Dette vil erstatte dagens papirløsning med en digital løsning noe som vil bidra til raskere og enklere innmelding for helsepersonell, ressursbesparelser og bedre kvalitet på data.

Medisinsk fødselsregister (MFR) skal utvide datagrunnlaget med innhenting av nye data om kunstig befruktning (ART) og fosterdiagnostikk. Det har lenge vært et ønske fra det medisinske fagmiljøet i klinikken om bedre data knyttet til ART i MFR. Dette vil også bidra til at helsemyndighetene kan følge med på konsekvensene av nylige endringer i bioteknologiloven. De nye elektroniske meldingene vil også bidra til bedre personvern.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) skal utvides med data fra helsestasjon- og skolehelsetjenesten, tannhelsetjenesten samt oppdatert innhold og økt frekvens på innsending fra helse- og omsorgstjenestene. Knyttet

til denne utvidelsen piloterer innsending av data på ny plattform tilpasset daglig innsending fra journalsystemer og som enkelt kan skaleres med nye tjenestekområder. KPR er også beriket med data fra KUHR, og via tjenesteportalen for helseaktører får leger tilgang på statistikk for allmennlegetjenester fra KPR og statistikkene brukes aktivt i allmennlegers kvalitetsarbeid.

I veikartet for nasjonal e-helsestrategi synliggjøres flere sentrale registre der det er pågående videreutvikling, disse er også fulgt opp som [tiltak i Nasjonal e-helseportefølje](#).

Utlevering av helsedata

Helsedataservice skal videreutvikles som koordinerende Health data Access Body (HDAB) i tråd med forordningen om det Europeiske helsedataområdet (EHDS).

Helsedataservice med helsedata.no skal være den naturlige og foretrukne inngangen for de som trenger tilgang til helsedata. Dette kan for eksempel være forskere, offentlige og private virksomheter, journalister, studenter på høyere nivå mm. Helsedataservice vil som kontaktpunkt for de som trenger disse opplysningene gi en enklere og mer forutsigbar prosess og søkere å data slipper å forholde seg til mange ulike aktører. Helsedataservice vil, som navet i prosessen fra søknad til utlevering, ha mulighet til å drive med kontinuerlig forbedring til glede for brukerne. Viktige trinn i tjenesten er helsedata.no med veiledere, variabelliste og felles søknadskjema, helsedataservice som sentralt mottak som kan gi råd og fatte vedtak for søknader og helsedataservice som front i en mer effektiv og sikker utleveringsprosess i samarbeid med registerforvalterne og leverandører av analyserom. Det pågår arbeid i EU for å definere krav til sikre analyserom og datatransport i tråd med forordningen om det Europeiske helsedataområdet (EHDS).

Tilgang til søknadsfrie data er en viktig tjeneste og samarbeid med microdata.no som eies av SSB og Sikt er en satsning som på sikt vil kunne mange synergier.

Tverrsektorielt samarbeidsprosjekt jobber med å etablere et felles veikart som viser prioriterte tiltak i utvikling av tjenester innenfor bruk av helsedata.

Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Digital samhandling, styrket informasjonsforvaltning og økt standardisering skal sørge for at oppdaterte helseopplysninger er sikre, av god kvalitet og lett tilgjengelig ved behov. Dette vil legge til rette for en mer aktiv innbygger, bedre og mer effektiv helsehjelp samt bedre datanalyser til kvalitetsforbedring, helseovervåking og styring.

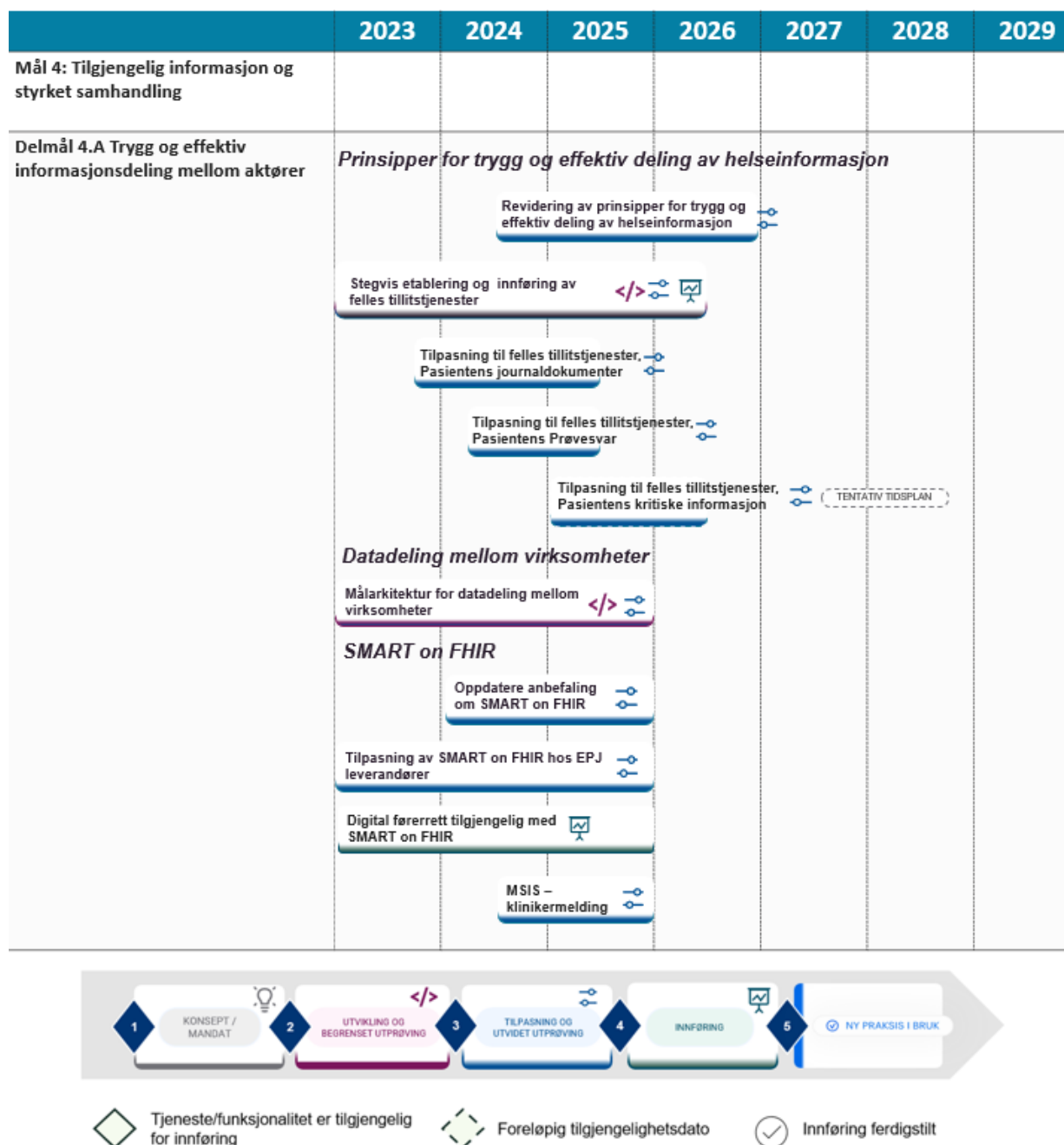
Det er etablert et solid grunnlag for digital samhandling i helse- og omsorgssektoren, men det er fortsatt utfordringer knyttet til kvalitet, strukturering, tilgjengelighet og helhetlig informasjonsforvaltning. Sammen med bestemmelser i regelverk, påvirker dette deling og utnyttelse av helsedata. Brudd på digital sikkerhet kan skape alvorlige forstyrrelser i helse- og omsorgssektorens evne til å levere trygge tjenester. Helseberedskap blir derfor viktigere fremover. Det er flere sentrale pågående programmer og prosjekter, både nasjonalt og internasjonalt, som adresserer en del av disse problemstillingene.

Utfyllende beskrivelse av Mål 4 er beskrevet på helsedirektoratet.no og pågående delmål er vist nedenfor.

Delmål 4.A: Trygg og effektiv informasjonsdeling mellom aktører



Digital samhandling, styrket informasjonsforvaltning og økt standardisering skal sørge for at helseopplysninger kan deles mellom aktørene. Dette vil legge til rette for en mer aktiv innbygger, og bidra til at helsepersonell får enkel og sikker tilgang til relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasient og bruker. Beredskap og krisehåndtering vil få et bedre datagrunnlag. I tillegg vil det legge til rette for bedre dataanalyser til kvalitetsforbedring, helseovervåking og styring.



Figur 22 viser utvalgte aktiviteter som bidrar til trygg og effektiv informasjonsdeling

Prinsipper for trygg og effektiv deling av helseinformasjon

Samhandlingstjenester hvor helseinformasjon utveksles mellom virksomheter på forespørsel, som deling av pasientens journaldokumenter, forutsetter etablering av felles tillitstjenester. Felles tillitstjenester utvikles i tråd med prinsipper for trygg og effektiv deling av helseinformasjon beskrevet av Helsedirektoratet, som beskriver omforente behov, rammer og retning for utviklingen av tillitstjenester. Helsedirektoratet gjennomfører en revisjon av prinsipper for trygg og effektiv deling av helseinformasjon basert på erfaringene fra etablering og utprøvingen av informasjonstjenester og tillitstjenester i sektoren.

Deling av pasientens journaldokumenter via kjernejournal har blitt prøvd ut i Helse Sør-Øst RHF (med Oslo universitetssykehus som dokumentkilde) og Helse Nord RHF (med samtlige helseforetak som dokumentkilde) i perioden november 2020 til februar 2021 (Norsk Helsennett, 2021). Enkelte leger og sykepleiere ved utvalgte

legevakter, kommunal akutt døgnettenhet, sykehus og fastleger fikk tilgang til ulike typer journaldokumenter fra sykehus i sin region

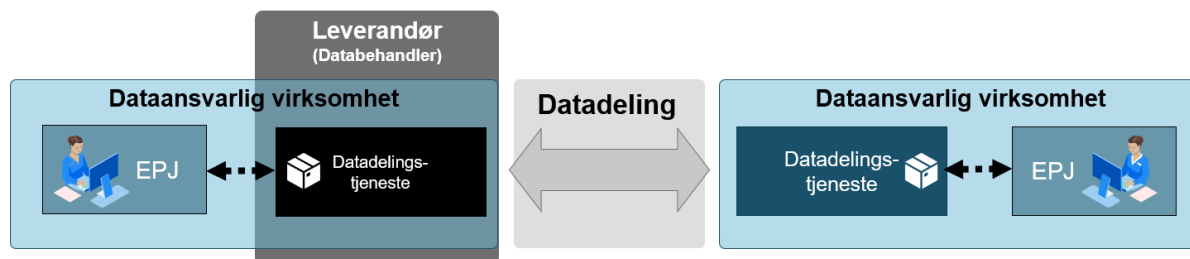
Felles tillitstjenester som utvikles av Norsk helsenett blir tilpasset slik at HF og andre kilder som produserer dokumenter kan ivareta sin rolle som dataansvarlige. For å verifisere at kun helsepersonell med tjenstlige behov, og behandlerrelasjon til pasienten får gjøre oppslag, er det behov for å sende ytterligere informasjon av betydning for tilgangen. Målet er at felles tillitstjenester skal understøtte ulike tjenester hvor det kreves tillit mellom aktørene. Det er Pasientens journaldokumenter som har gjennomført utprøving og har tatt i bruk felles tillitstjenester først, i løpet av 2024. EPJ-leverandørene må tilpasse løsningene sine for bruk av felles tillitstjenester før utprøving kan starte på hvert samhandlingsområde.

Felles tillitstjenester utvikles i tråd med prinsipper for trygg og effektiv deling av helseinformasjon beskrevet av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet vil innrette det videre arbeidet som nasjonale prinsipper for trygg og effektiv digital samhandling, og tar sikte på å slutføre arbeidet, når det pågående lovarbeidet om endringene i bestemmelsene om taushetsplikt er avklart. Aktørene blir involvert i dette.

Datadeling mellom virksomheter

Innen digital hjemmeoppfølging er det et stort behov for bedre samhandling. Helsedirektoratet anbefaler at datadeling vurderes for å dekke nye samhandlingsbehov. Målarkitekturen gir råd og anbefalinger om hvordan datadeling kan tas i bruk. Målet er å bidra til at dette blir enklere og raskere for aktørene. Dokumentet er særlig nyttig for beslutningstakere, arkitekter og tekniske prosjektledere.

Den enkelte aktør har ansvaret for å dele informasjon med andre, og vi ser at mange har behov for hjelp for å etablere datadeling. Det er derfor avklart at de dataansvarlige virksomhetene kan bruke en tredjepart til å etablere datadelingstjenester, uten å flytte dataansvaret. For aktører som har behov for dette, anbefaler vi å vurdere tjenesten Pasientens måldata fra Norsk helsenett. [Les mer om utprøving av Pasientens måldata under delmål 2.C.](#)



Figur 23 Datadeling mellom helsepersonell i ulike virksomheter.

Grunnlaget for målarkitekturen

Samhandlingsbehovet er ofte størst på tvers av helsevirksomheter innen et avgrenset geografisk område, for eksempel et helsefelleskap. Derfor ser vi ikke behov for å sentralisere dataansvaret i forbindelse med utprøving av Pasientens Måldata så lenge anvendelsesområdet begrenser seg til digital hjemmeoppfølging. Behov for endring av dataansvar og regelverksutvikling bør vurderes på nytt etter hvert som Pasientens måldata tas i bruk innenfor andre typer pasientforløp og anvendelsesområder.

Helsevirksomhetene har ulike forutsetninger og behov. I tillegg er datadeling innen digital hjemmeoppfølging et såpass nytt fagområde at det er for tidlig å beslutte ett løsningsmønster. Det må derfor være åpent for utprøving av ulike måter som samhandlingsbehovene kan løses på. Dette legger også grunnlaget for å komme raskt i gang med datadeling og skaffe oss flere erfaringer.

Målarkitekturen forutsetter felles spesifikasjoner av informasjonsmodeller og grensesnitt, og at noen fellestjenester utvikles og tas i bruk.

Helsedirektoratet oppfordrer aktørene i helse- og omsorgssektoren til å prøve ut arkitekturen, enten ved å utvikle egne løsninger, benytte seg av tilbud fra markedet eller tjenester fra NHN. Vi vil sørge for å revidere arkitekturen etter hvert som aktørene gjør seg erfaringer og gir tilbakemeldinger om hva som bør justeres.

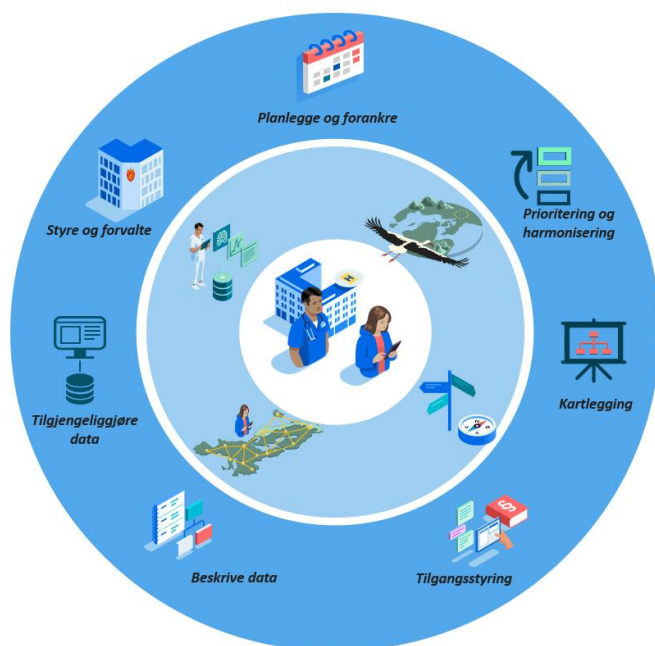
SMART on FHIR

SMART on FHIR er et integrasjonsrammeverk basert på åpne spesifikasjoner som ble utviklet i samarbeid mellom Boston Children's Hospital og Harvard Medical School, med støtte fra amerikanske myndigheter (ONC).

Rammeverket brukes nå av mange sykehus i USA, og ser samtidig ut til å øke populariteten blant europeiske aktører. Rammeverket er basert på velkjente teknologier fra internett og helse, inkludert HTML, JavaScript, OAuth, REST og HL7 FHIR. SMART on FHIR bruker FHIR API for å utveksle data mellom webapplikasjonen og pasientjournalsystemet. Disse kan potensielt gjenbrukes av andre integrasjoner enn webapplikasjoner, med eventuelle tilpasninger i sikkerhetsmekanismene. SMART on FHIR gjør det mulig for kliniske fagsystemer å tilrettelegge for at eksterne webapplikasjoner kan bli integrert inn i brukerflaten, med felles pålogging, delt pasientkontekst og dataintegrasjon for å få tilgang til pasientens helseopplysninger i fagsystemet. Fra sluttbrukers perspektiv, vil da webapplikasjonen oppleves som en del av EPJ-systemet. Det blir mulig for en applikasjonsleverandør å lage applikasjoner som kjører på EPJ systemer fra forskjellige leverandører, uten å måtte utvikle spesielt for det enkelte EPJ system. SMART-applikasjonen kan hente ut og vise data fra EPJ systemet og andre datakilder, og gir mulighet til å tilpasse brukerflaten til spesifikke brukerbehov. Rammeverket legger til rette for at en slik dataintegrasjon kan skje enklere og på tvers av forskjellige leverandører. Med SMART on FHIR kan man åpne for at eksterne miljø kan tilby verktøy og visualiseringsmodeller direkte integrert med kliniske fagsystemer som del av forskningsprosjekt, for eksempel vekstkurver, risikokalkulatorer og andre nye diagnoseverktøy.

SMART on FHIR tilbys av flere leverandører og er i kommersiell bruk i flere land, inkludert Norge. Erfaring og undersøkelser fra disse prosjektene kan brukes til å tilpasse rammeverket og gi viktig læring for åpning av integrasjon med eksterne applikasjoner i EPJ i Norge. I dag brukes SMART on FHIR i Norge i Digital førerrett, og MSIS klinikermelding.

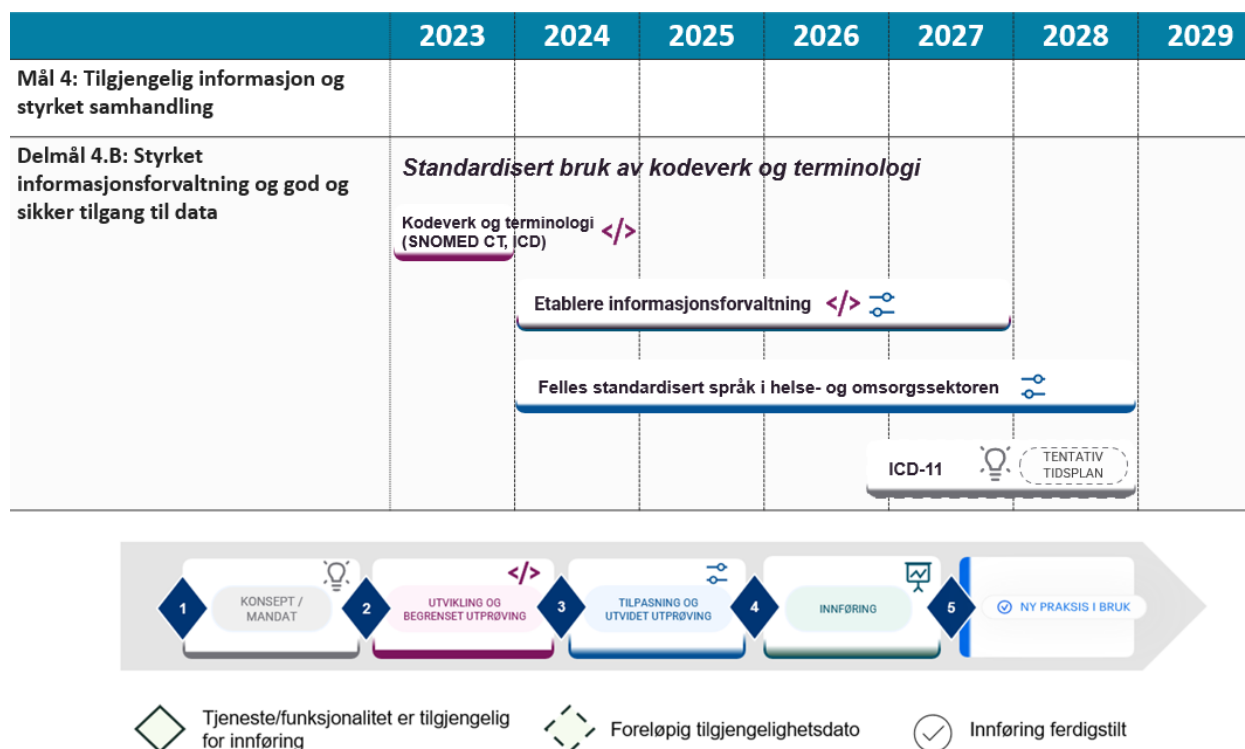
Delmål 4.B: Styrket informasjonsforvaltning og god og sikker tilgang til data



For å lykkes med de strategiske målene og delmålene er det nødvendig med en helhetlig informasjonsforvaltning som sikrer enhetlig og god bruk av data på tvers. Informasjonsforvaltning legger til rette for samhandling og økt datakvalitet gjennom forutsigbar forvaltning av begrepsdefinisjoner, modeller, kodeverk og terminologier. Det pågår arbeid med informasjonsforvaltning, automatisert innrapportering og tilgang til data for sekundærbruk hos flere aktører i sektoren. Gjennom 2023 og 2024 er det gjort et omfattende arbeid på å etablere informasjonsforvaltning som funksjon hos aktørene i helse- og omsorgssektoren. Først som et konsept, og deretter oppstart av en operasjonalisering av konseptet.

Fokus har først og fremst vært på "Orden i eget hus" fra Digitaliseringsdirektoratet, og en presisering av virksomhetsansvaret, for å ha kontroll på virksomhetens data med hensyn til alle aspekter av informasjonsforvaltning. Behovet for å forsterke arbeidet rundt kvalitet på data springer ut av det store endringsarbeidet som ligger foran helse- og omsorgssektoren, knyttet til overgang til ICD-11 og krav fra EU gjennom EHDS (European health data space). I tillegg blir det økt fokus på å betrakte data som ressurs framfor dagens vurderinger hvor datautveksling er en teknisk oppgave. Dette vil være krevende for mange av systemene i tjenesten, siden de i stor grad ikke er anskaffet eller integrert med henblikk på den type internasjonale og nasjonale føringer som kommer i årene framover.

Det videre arbeidet vil være knyttet til ytterligere å definere og forsterke myndighetsrollen som kravstiller og tilrettelegger, samt tydelig definere virksomhetenes eget ansvar med hensyn til datakvalitet, dataintegritet og egen informasjonsforvaltning. Disse to områdene eksisterer ikke i et vakuum, det vil være behov for utstrakt samordning og koordinering fra Helsedirektoratet sin side.



Figur 24 viser pågående og planlagte aktiviteter kodeverk og terminologi

Standardisert bruk av kodeverk og terminologi

I 2025 skal myndighetsrollen utvikles videre, samt at funksjonen for informasjonsforvaltning skal implementeres hos de sentrale aktørene. Sammen skal vi videreutvikle et kompetansenettverk som er en arena for å drøfte og foreslå felles løsninger på felles utfordringer i forbindelse med de store endringsoppgavene som ligger foran oss. I parallell vil det være forvaltning av nasjonale kodeverk og terminologier som før. Denne forvaltningen må også ses opp mot virksomhetenes ansvar slik at det også her i større grad blir en felles utfordring og en felles oppgave, både i forhold til nasjonale behov og internasjonale krav.

Det er et pågående prosjekt i Helsedirektoratets regi, som legger til rette for overgangen fra ICD-10 til ICD-11. Dette inkluderer blant annet oversettelse til norsk og teknisk tilgjengeliggjøring. Det er sektorens aktører som har ansvaret for selve innføringen av ICD-11, med tentativ ibruktagelse 2028-2029. For mer informasjon, [les mer på Helsedirektoratets hjemmesider](#).

Delmål 4.C: Samhandling på tvers av landegrenser i EU



EU har tydelige ambisjoner om å styrke det europeiske samarbeidet på e-helseområdet. Motivasjonene er blant annet å kunne håndtere fremtidige helseberedskapssituasjoner bedre, gi helsepersonell bedre tilgang til data om pasienter de behandler (også på tvers av landegrenser), styrke innbyggers tilgang og kontroll på egne helsedata, tilrettelegge for sikker og effektiv deling helsedata til f.eks. forskning, innovasjon og politikkutforming, og fremme et indre marked for digitale helsetjenester og -produkter.

[illegible]

Figur 25 viser planer tilpasning til grensekryssende digital infrastruktur for utveksling av helseopplysninger

MyHealth@EU

MyHealth@EU er en grensekryssende digital infrastruktur for utveksling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp. Det pågår arbeid med Norges tilknytning til MyHealth@EU. Ambisjonsnivået i minimumsløsningen omfatter etablering av en nasjonal infrastruktur (NCP-B: norsk kontaktpunkt) for å koble Norge til den europeiske infrastrukturen for innhenting av helseopplysninger knyttet til EU-borgere.

For å komme i gang med norsk deltakelse i det europeiske samarbeidet er det etablert en minimumsløsning hvor norsk helsepersonell kan bruke myHealth@EU for å spørre om helseopplysninger tilhørende EU-borgere. I første omgang vil dette være helseopplysninger knyttet til tjenestene ePrescription og Patient Summary. I Q1 2026 startet Bodø og Stjørdal kommune begrenset utprøving med mottak av pasientopplysninger fra Tsjekkia og Portugal i første omgang.

Utenlandsk helsepersonell i EU sin tilgang til helseopplysninger om norske pasienter, inngår ikke i omfanget av det pågående prosjektet, men det er planer om å starte et arbeid knyttet til dette for tjenestene ePrescription og Patient Summary. Les mer om [MyHealth@EU på Helsedirektoratets hjemmesider](#).

HealthData@EU

HealthData@EU er en kommende desentralisert infrastruktur for helsedata til sekundærformål som skal gjøre det mulig å dele data på tvers av landegrenser i EU. Det europeiske helsedataområdet er et sett av felles regler, standarder og infrastrukturer for deling av helsedata til primærbruk (til helsehjelp) og til sekundærbruk (til forskning og formål av offentlig interesse).

Arbeidet med infrastruktur på sekundær området bygger på erfaringer. I perioden 2022 - 2024 gjennomførte EU en pilot under navn EHDS2/HealthData@EU pilot prosjekt, hvor Norge deltok. Formålet med denne piloten var å kartlegge og teste modenhet og rammer for en europeisk infrastruktur for helsedata til sekundære formål, og knytter sammen et nettverk av nasjonale noder med europeisk institusjoner og forskningsinfrastruktur. Les mer om [HealthData@EU pilot på Europa kommisjonens hjemmesider](#).

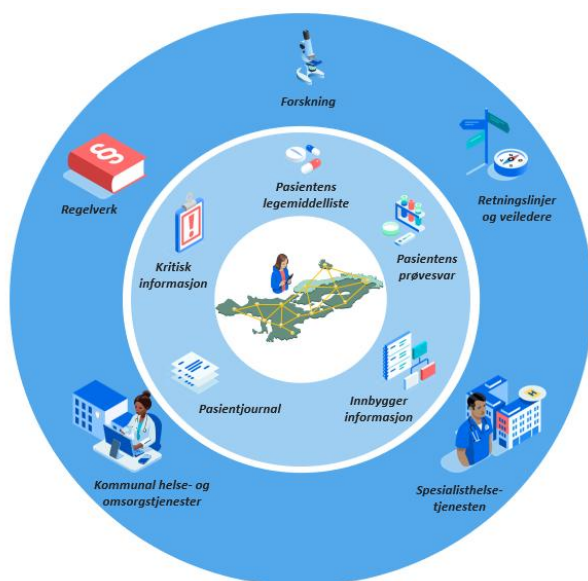
Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

Gjennomføringskraften på e-helseområdet skal styrkes gjennom økt samarbeid og bedre bruk av virkemidler som regelverk og finansieringsmodeller. Dette vil gi en samordnet og helhetlig e-helseutvikling som gir gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

Samarbeid på e-helseområdet har utviklet seg de siste årene, med etablering av flere viktige samarbeidsarenaer. Disse må videreutvikles og brukes målrettet, også med strukturert involvering av innbyggere og helsepersonell. Det er utviklet samstyringsprinsipper som innebærer at samarbeidet mellom stat og kommune må bygge på likeverdighet slik at kommunal sektor har reell innflytelse. Det bør legges til rette for bedre samarbeidsmodeller og økosystem på tvers av offentlige sektorer, næringsliv og med sivilsamfunn.

E-helseutviklingen har i for liten grad vært basert på dokumentert kunnskap, og forskningsmiljøer har ikke blitt systematisk involvert. Det har de siste årene vært økt internasjonalt innsats på e-helseområdet og det blir nødvendig å styrke innsatsen på det internasjonale samarbeidet fremover, spesielt med EU og Norden. Videre er det behov for at det arbeides aktivt med at regelverk i større grad utvikles i takt med nye digitaliseringsbehov og at finansieringsmodeller skaper forutsigbarhet for aktørene samt gir fleksibilitet og insentiv for effektivisering. Utyllende beskrivelse av Mål 5 er beskrevet på helsedirektoratet.no og pågående delmål er vist nedenfor.

Delmål 5.A: Forordningsforslaget Europeiske helsedataområdet (EHDS), fremme sikker tilgang og utveksling av helsedata på tvers av landegrenser



Forordningen om det europeiske helsedataområdet (EHDS) - er en del av EUs datastrategi fra 2020 og er det første av per nå 14 planlagte europeiske dataområder.

Forordningen om det europeiske helsedataområdet (European Health Data Space - EHDS) skal gjøre det mulig å dele helseopplysninger mellom aktører i Norge og på tvers av landegrenser til Europa, med formål om å forbedre pasientbehandling, fremme forskning og støtte helsepolitikk. EHDS vil kunne styrke helseberedskapen ved fremtidige krisesituasjoner, og for å kunne øke den europeiske konkurransekraften i den globale dataøkonomien.

EHDS-forordningen etablerer et sett av felles regler, standarder og infrastrukturer til deling av helsedata til

primærbruk (til helsehjelp) og til sekundærbruk (til forskning, myndighetsutøvelse og andre formål).

Formålet er tredelt:

- Gi innbyggere tilgang og kontroll på egne helsedata og gi helsepersonell tilgang til data på de pasienter de behandler
- Fremme et indre marked for digitale helsetjenester- og produkter
- Tilrettelegge for sikker og effektiv deling av helsedata til bl.a. forskning, innovasjon og politikkutforming.

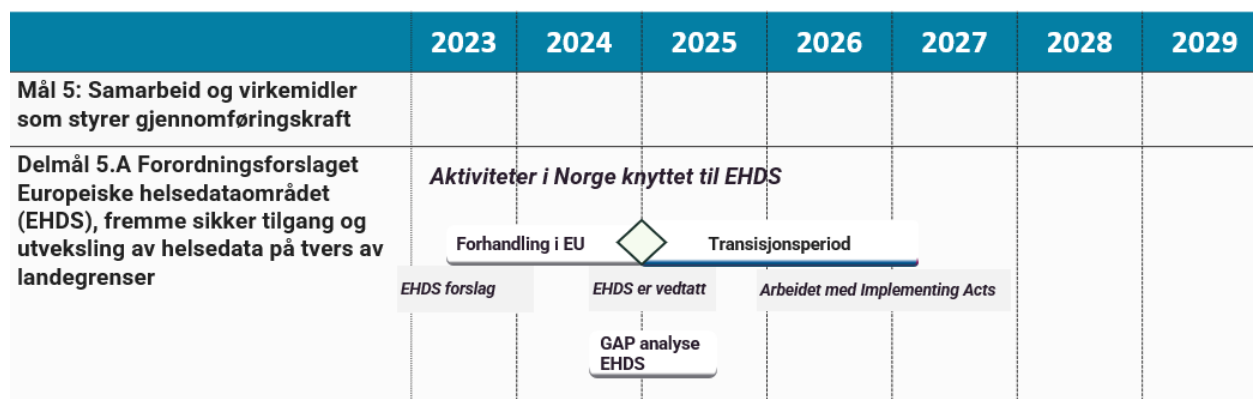
Over de neste årene vil det være en rekke aktiviteter og tiltak som må gjennomføres for å bli klar til implementering av EHDS.

Tidslinje for implementering av EHDS

- Mars 2025: Forordningen trer i kraft i EU. Den formelle EØS-behandlingen kan starte.
- Mars 2025–mars 2027: Kommisjonen utarbeider og vedtar sentrale gjennomføringsrettsakter
- Mars 2027: Regelverket blir gjeldende i EU (og EØS, forutsatt behandling iht. ambisjon og plan).
- Mars 2029–mars 2031: Trinnsvis innføring av krav på primærbruk av helseopplysninger og sekundærbruk av helsedata samt krav til EHR-systemer.

[Les mer om forordningen og lovforslaget på nettsidene til ec.europa.eu](#)

[Se faktaark om forordningen \(PDF, ec.europa.eu\)](#)



Figur 26 viser pågående aktivitet knyttet til EHDS i Norge

Aktiviteter i Norge knyttet til EHDS

Norge deltar i en rekke europeiske myndighetssamarbeid knyttet til EHDS, hvor det er mulig å bidra aktivt til spesifikasjoner og utviklingen av EHDS ved blant annet å gi innspill på underlag til gjennomføringsrettsaktene som skal utarbeides over de neste to årene (mars 2025- mars 2027)

Myndighetssamarbeid på primærbruk av helsedata:

- [Xt-EHR](#) (Extended Electronic Health Record Joint Action), jobber bl.a. med spesifikasjoner for europeiske utvekslingsformater og krav til pasientjournalssystemer.
- [eHealth Network](#) med undergrupper for semantikk og teknisk interoperabilitet, bidrar i arbeidet med å utarbeide guidelines for [utveksling av helsedata](#)
- [Les også mer om internasjonalt samarbeid om standardisering](#)

Myndighetssamarbeid på sekundærbruk av helsedata:

- [TEHDAS2](#) (Towards the European Health Data Space), jobber med guidelines og tekniske spesifikasjoner for å tilrettelegge for sekundærbruk av helsedata.
- [QUANTUM](#) (Quality, Utility and Maturity Measured) utarbeider et datakvalitet- og brukbarhets merke.
- [SPUHiN](#) (FAIR Secure Provision and Use of Health Data in Norway) ser på trygg datatransport, utbedring av metadata og utvikling av krav til sikre analyserom i samarbeid med [NORTRE](#).

[HDABs-CoP](#) (Health Data Access Bodies – Community of Practice), et samarbeid mellom myndigheter og relevante aktører, med formål å styrke arbeidet med implementering av EHDS-kravene for sekundærbruk av helsedata.

Delmål 5.B: Regulatorisk veiledning for økt gjennomføringskraft



Manglende og ulik forståelse av regelverk om behandling av helseopplysninger oppleves av sektor som et hinder for digitalisering og samhandling. Regelverket oppleves som krevende å sette seg inn i og det legges til grunn ulike tolkninger. Det gjelder blant annet ved digital samhandling og deling av helseopplysninger ved helsehjelp mellom ulike virksomheter.

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrer gjennomføringskraft							
Delmål 5.B Regulatorisk veiledning for økt gjennomføringskraft	Veiledning innen deling av helseopplysninger						
	Publisere veiledning						
	Samarbeidsmøter mellom jurist i Hdir og NHN						



Figur 27 viser pågående aktivitet knyttet til regulatorisk veiledning

Veiledning innen deling av helseopplysninger

For å sikre felles forståelse av handlingsrommet i gjeldende rett, er det behov for mer veiledning om regelverket til helse- og omsorgstjenesten. Dette vil også kunne bidra til å avdekke behov for regelverksendringer. Det er utarbeidet en temaside om regelverket om digital deling av helseopplysninger [på Helsedirektoratets hjemmesider](#). Denne vil bli utvidet med mer informasjon om nye regelendringer. Helsedirektoratet arbeider løpende med veiledning og vurderer tiltak som kan være egnet til å øke forståelsen av handlingsrommet i eksisterende regelverk og samtidig avdekke behov for regelverksendringer på et tidlig tidspunkt.

Delmål 5.C: Bedre journal- og samhandlingsløsninger i kommunene gjennom Helseteknologiordningen



Målet med Helseteknologiordningen er å gi drahjelp til og avlaste risiko for kommuner som går foran og tar initiativ til å investere i helseteknologi som journalløsninger og velferdsteknologi, sammen med andre kommuner. Ordningen skal bidra til å stimulere kommunene til å samordne seg, bidra til mer forutsigbarhet for leverandørene og legge til rette for teknologiinvesteringer. Helseteknologiordningen kan være en viktig støtte til arbeidet i kommunene med å ta i bruk arbeidsbesparende helseteknologi, og til å løse noen av utfordringene på å ta i bruk helseteknologi. Den viderefører ambisjonene på velferdsteknologiområdet og digital hjemmeoppfølging skal styrke arbeidet med standardisering. Standardisering, normering og

veiledning skal bidra til at kommuner og leverandører har tydelige krav og rammer å forholde seg til. Ordningen videreutvikles med etablering av en veilednings- og godkjenningsordning som lanseres 1. oktober 2025. Helseteknologiordningen omfatter en rekke tilskudd som skal gi drahjelp til kommuner som tar i bruk ny teknologi. Tilskuddsordningen Uprøving og innføring av digitale samhandlingsløsninger har som mål å gi raskere utbredelse av den nasjonale satsingen og prioriterte områder. Disse områdene er Pasientens legemiddelliste, Pasientens journaldokumenter, Pasientens prøvesvar, Deling av kritisk informasjon og Pasientens måldata. Les mer om [Helseteknologiordningen på Helsedirektoratets hjemmesider](#).

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrer gjennomføringskraft							
Delmål 5.C Bedre journal- og samhandlingsløsninger i kommunene og innføring av (arbeidsbesparende teknologi) Helseteknologiordningen	Bruk og videreutvikling av helseteknologiordningen 						



Figur 28 viser utredning og bruk av Helseteknologiordningen

Bruk og videreutvikling av helseteknologiordningen

Helseteknologiordningen skal bygges ut over tid, og den skal bidra til at helseteknologi kommer i drift heller enn å starte nye piloteringer. Helseteknologiordningen består av ulike virkemidler, blant annet etablering av en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi, søknadsbasert tilskuddsordning for kommunene, tilskudd til nettverk i kommunene, støtte til standardiseringsarbeid og prosessveiledning.

Les mer om [Helseteknologiordningen på Helsedirektoratets hjemmesider](#).

Kapittel 3

Prosess for oppdatering av Veikartet til Q1 2026

3. Prosess for oppdatering av Veikartet til Q1 2026.

Veikartet for nasjonal e-helsestrategi viser pågående og planlagt aktivitet fra helse- og omsorgssektoren. Veikartet oppdateres to ganger per år basert på innspill fra sektoren og Nasjonal rådsmodell for digitalisering.

Versjonen av veikartet som publiseres i januar 2026, er oppdatert basert på innspill fra KS, HDO, RHFene og FHI, samt aktørens rapportering på tiltak til nasjonal e-helseportefølje. Nasjonalt porteføljekontor, som forvalter og videreutvikler nasjonal e-helseportefølje og Veikart for nasjonal e-helsestrategi, tilstreber gjenbruk av rapportering fra aktørene og involverer der det er behov for innspill som ikke kan hentes fra aktørenes egen rapportering.

I versjonene til Q1 er det gjort endringer i delmålene under mål 1 og mål 2 basert på behandling i rådsmodellen i Q3 2025. Forslag til endringen er sendt KS og RHFene for innspill, og justert basert på mottatte tilbakemeldinger.

Det planlegges for en større revidering av veikartet i Q2 med fokus på EHDS, med egen arbeidsmøter med aktørene som eier aktiviteter i veikartet, med påfølgende publisering av ny versjon i 2. halvår 2026.

For innspill på Veikartet for nasjonal e-helsestrategi kontakt nasjonalt.portefoljekontor@helsedir.no