

Referat fra HelseDirektoratets Brukerråd #2- 03.06.2026

Tidspunkt: 3. juni kl. 10.00-15.00

Sted: HelseDirektoratets lokaler, Ytringsrommet, Vitaminveien 4, Oslo.

Dagsorden

10.00 Velkommen v/Brukerrådets leder Tone P. Torgersen

10.10 Aktuelt fra HelseDirektoratet v/assisterende helsedirektør Olav Valen Slåttebrekk

10.25 Sak 13/26– **Mulighet til aktiv medvirkning i pasientens legemiddelliste**, fremmet av divisjon digital transformasjon, avdeling for digitale helsetjenester v/saksbehandler Trine Lind.

11.15 Pause

11.30 Sak 14/26 – **Faglige råd for bruk av Digitalt tilsyn i Helse- og omsorgssektoren**, fremmet av divisjon digital transformasjon, avdeling helseteknologi v/ saksbehandler Bjørnar Alexander Andreassen og Øygunn Sunde.

12.20- 12.50 Lunsj

12.50 Sak 15/26 – **Oppfølgingsmodeller "Grønn resept"**, fremmet av divisjon folkehelse og forebygging, avdeling folkesykdommer v/saksbehandler Inger Merete Skarpaas

13.40 Pause

13.55 Sak 16/26 – **Avviste henvisninger- god henvisningspraksis**, fremmet av divisjon kommunale tjenester og beredskap, avdeling helse og omsorgstjenester v/saksbehandler Hilde Skyvulstad.

14.45 Evaluering og tilbakemelding på dagens møte v/Ida Olsen

14.55 Takk for i dag

15.00 Møteslutt

Velkommen ved Brukerrådets leder Tone P. Torgersen

Tone ønsket velkommen til nye medlemmer av Brukerrådet:

Ny vararepresentant fra Sametinget: Nanna Susanne Elisabeth Siri

Ny hovedrepresentant fra LIN: Mari Helene Flaathen.

Det er et fulltallig Brukerråd i dag der alle organisasjoner er representert med hovedrepresentant eller vara.

Asgeir Fagerli Langberg er utnevnt som representant i Nasjonalt råd for digitalisering i helse og omsorgssektoren.

Aktuelt fra HelseDirektoratet ved assisterende helsedirektør Olav Valen Slåttebrekk

Olav Valen Slåttebrekk orienterte om aktuelle saker i og utenfor direktoratet, herunder internasjonalt arbeid i WHO i en krevende global situasjon, der Norge bidrar aktivt til å styrke samarbeid og globale helsetjenester. Det ble også vist til økt oppmerksomhet om nasjonal beredskap og behovet for å planlegge for krisesituasjoner i helsetjenesten. Andre temaer fra ledelsen var utprøving av kommunal nettlege, vurdering av aborttilbud i kommunene, ny vurdering av innsendte krav om dekning av helseutgifter, arbeid med kompetansekrav i tjenestene, utvikling av ny retningslinje for sykemeldingsarbeid og etableringen av et nytt nasjonalt prioriteringsråd.

sak 13/26

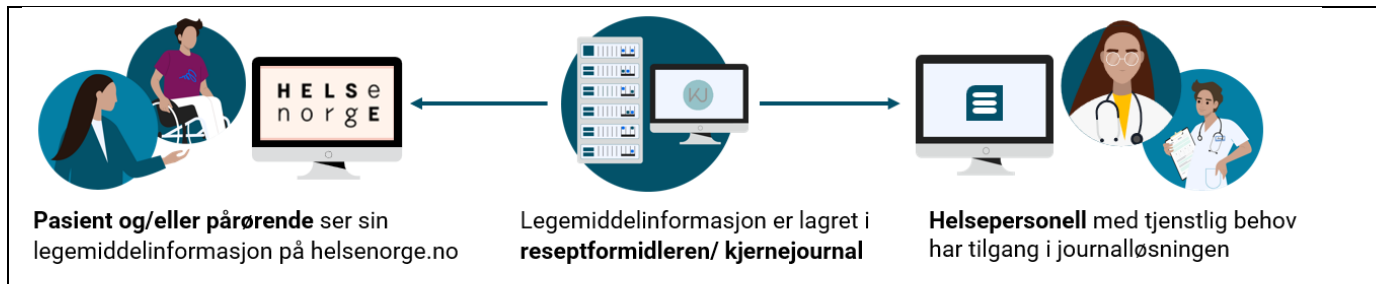
Sak fremmet av	Elin Kindingstad
Divisjon	Digital transformasjon
Avdeling	Avdeling for digitale helsetjenester
Ansvarlig saksbehandler	Trine Lind

Mulighet til aktiv medvirkning i pasientens legemiddelliste

Bakgrunn for saken

Pasientens legemiddelliste (PLL) er etablert for å gi én samlet og oppdatert oversikt over pasientens legemiddelbehandling på tvers av helsetjenesten. PLL vil være tilgjengelig på tvers av helsetjenesten gjennom helsevirksomhetenes journalløsninger, reseptformidleren (RF) og kjernejournal (KJ). Innbygger vil se sin egen PLL på Helsenorge. Målet med PLL er økt pasientsikkerhet, bedre samhandling og redusert risiko for legemiddelfeil. Ordningen er under utprøving og planlegges innført nasjonalt i perioden 2026–2029.

En enkel skisse som viser pasient og/eller pårørendes tilgang til legemiddelinformasjon i PLL er vist i Figur 1.



Figur 1 Skisse som viser pasients tilgang til legemiddelinformasjon i PLL

Erfaringer fra både forskning og praksis viser imidlertid at det ofte forekommer avvik mellom registrert legemiddelliste og pasientens faktiske bruk. Slike avvik kan utgjøre en betydelig risiko for pasientsikkerheten, særlig ved overganger mellom behandlingsnivåer. I tillegg medfører uoverensstemmelser ekstraarbeid for pasienter, pårørende og helsepersonell. Dagens løsning for PLL gir pasienter og pårørende innsyn i legemiddellisten via Helsenorge, men tilbyr i liten grad mulighet til å bidra aktivt til å avdekke og korrigere uoverensstemmelser.

Retten til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven, og forutsetter at tjenestene legger til rette for reell og meningsfull deltakelse. Innsikt fra utredninger, brukerundersøkelser og intervjuer viser at pasienter og pårørende ofte sitter med viktig kunnskap om faktisk legemiddelbruk, men mangler enkle måter å formidle denne informasjonen på. Mange pasienter opplever det belastende å måtte være budbringer for egen helseinformasjon. Pårørende beskriver et stort ansvar for koordinering og kvalitetssikring av legemiddelbehandlingen. Samtidig uttrykker helsepersonell behov for løsninger som kan bedre datakvaliteten uten å påføre uforholdsmessig økt arbeidsbelastning eller uklare ansvarsforhold.

Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

På bakgrunn av det identifiserte utfordringsbildet, har Helsedirektoratet fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere nytten ved å gi pasienter og pårørende mulighet til mer aktiv medvirkning i egen legemiddelbruk innenfor rammen av PLL. Arbeidet følger Utredningsinstruksen, som setter krav til en tydelig problembeskrivelse, vurdering av relevante alternativer og analyse av konsekvenser, nytte og kostnader. Dette innebærer at vurderingen legger vekt på pasienter og pårørendes nytte, men må også vekte andre perspektiver som utviklingskostnad, tidsbruk for helsepersonell og antatt risiko knyttet til gjennomføring. Utredningen skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet i juni. Innspill fra Brukerrådet tas med videre i utredningen som leveres i juni samt det videre arbeidet med PLL.

Problemstillinger til drøfting

- 1) I hvilken grad reflekterer de identifiserte behovene innbyggers utfordringer som kan løses gjennom Pasientens legemiddelliste og tilhørende digital funksjonalitet?
- 2) Hva er Brukerrådets innspill til de foreslåtte funksjonalitetene til innbygger på Helsenorge?
- 3) Vurderer Brukerrådet at Pasientens legemiddelliste kan være sentralt bidrag til økt brukermedvirkning innenfor legemiddelområdet?
- 4) Har Brukerrådet andre sentrale innspill Helsedirektoratet bør ta med seg videre i endelig anbefaling.

Innspill fra Brukerrådet

- Bestemme selv hvem som skal ha tilgang
- Avvik - hvordan dokumentert? Feil bruk – eller manglende kommunikasjon?
- Skrøpelige pasienter – hvor sikres deres rettigheter
- Kvalitet er viktig – men livssituasjoner kan gjøre at ikke alle opplysninger legges inn
- **Ikke-digitale brukere**
- **Hva med pårørende – og deres tilgang**
- Chat-funksjon kan være bra
- Mulighet for reservasjon på avdelingsnivå
- Mulighet til å kunne dele kun deler av listen
- Tydelig hvilken informasjon som bør legges inn
- **Bra med offline mulighet**
 - Viktig i beredskap
- Ulik medikamentbruk mellom nivåene i tjenestene (eksempel rus)
- Viktig at listen er oppdatert mellom nivåene
- Brukermedvirkningen må skje på individnivå
- Reseptfrie legemidler – hva skal det bety?
- Utskrift – pårørende – kan være risiko
 - kommer det med dato?
 - også ved offline versjoner = tydelig dato
- Språk – risiko for feiloversettelse – ønsker flere språkversjoner
- Like medikamenter har forskjellig navn – må forklares
- Vil risikoområder komme frem? – f.eks. allergier, diabetes

Tilbakemelding fra HelseDirektoratet

Det er stor deltakelse fra legene og alle regioner er med, og en forventet økning fremover. PLL vurderes som viktig for pasientsikkerheten, og legene er gjennomgående positivt innstilt, men det er de praktiske sidene som oppleves som mest krevende.

Det er behov for muligheten for å benytte en offline-versjon eller skrive ut dokumentasjon, og sikre gode løsninger for bruk i beredskap. Det er usikkerhet knyttet til om en offline-versjon med gyldigstempel lar seg realisere.

Automatisk oversettelse kan være nyttig, men innebærer økt risiko for feil, og chat-funksjonalitet anses ikke som hensiktsmessig.

Saken reiser noen dilemmaer, særlig knyttet til reservasjonsrett, som har fått betydelig oppmerksomhet. Reservasjonsrett bør løftes som en egen sak, da problemstillingen ikke er unik for denne saken.

Sak 14/26

Sak fremmet av	Norunn Saure
Divisjon	Digital transformasjon
Avdeling	Helseteknologi
Ansvarlig saksbehandler	Bjørnar Alexander Andreassen og Øygunn Sunde

Faglige råd for bruk av Digitalt tilsyn i Helse- og omsorgssektoren

Bakgrunn for saken

Retningslinjerådet i Helsedirektoratet ga våren 2025 tilslutning til at normering for bruk av digitalt tilsyn igangsettes, i form av et nasjonalt faglig råd.

Digitalt tilsyn

Velferdsteknologi er en samlebetegnelse på teknologiske løsninger som bidrar til økt trygghet, mestring og selvhjelpenhet for brukere, samt støtte for pårørende og helsepersonell. Digitalt tilsyn er en av flere teknologier innenfor dette området. Fra 2018 har kommuner rapportert inn brukere av digitalt tilsyn til Kommunalt pasientregister (KPR). Helsedirektoratets veileder for registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen definerer digitalt tilsyn som «... sensorteknologi som varsler automatisk, uten at bruker gjør noe for å varsle selv». ¹

Eksempler på digitalt tilsyn:

- sensorer som sengematter/sensorkladden som registrerer fravær fra seng eller epilepsianfall
- bevegelsessensorer i rom som detekterer bevegelse
- døralarm som varsler ved passering
- falldetektorer som registrerer brå bevegelser etterfulgt av stillstand
- kameratilsyn utløst av sensorer ved hendelser (for eksempel fall, passering)
- kameratilsyn som åpnes/settes på av personale ved avtalte tidspunkt

Problemstillinger til drøfting

- 1) Har Brukerrådet noen overordnede innspill til rådene?
- 2) Er det problemstillinger som Brukerrådet mener bør ivaretas i et slikt nasjonalt råd fra bruker og pårørende perspektivet?

Innspill fra Brukerrådet

- Risikovurdering av å ta personlig risiko hos pasient - fall, medisinbruk
- For mye fokus på økonomi – kvalitet nedprioriteres
- Gir en falsk trygghet

¹ [Rapportering av velferdsteknologi - Helsedirektoratet](#)

- **Digitalt tilsyn er ikke for alle - må vurderes for hver enkelt ut fra den enkeltes situasjon**
- Manglende konsekvens for kommuner som ikke leverer kvalitet
- **Tilsyn må forklares**
- Techleverandør -markedsfører
- **Beredskap - modus – hva er planen hvis det digitale svikter (pasientsikkerhet)**
- **Må bestemme selv - må være et tilbud**
- Ensomhet kan løses av eksempelvis frivillighet -> kommune samarbeid
- Godt å bruke både personlig + digitalt tilsyn
- Personvern må være tydeligere
- Må kunne skruses av - tydelig om kamera er på
- Tetter samarbeid med pårørende
- **Hvem er tjenestene til for? digitalt tilsyn må være til pasientens/brukerens beste -> brukerens behov må være i fokus**
- Store forskjeller blant kommuner
- Sensor teknologi for ulike kroniske sykdommer vil kunne ha stor effekt
- For stor vekt på besparelser – målet er kvalitet, brukerens behov - og digitalt tilsyn kan være bra for pasienten – det må tilpasses den enkelte
- Frihets teknologi - Vri rådene til mer trygghet for pasienten
- Bør være en forskrift, ikke bare faglige råd

Tilbakemelding fra Helsedirektoratet

I kommunikasjonen er det viktig å ikke starte med mulige kostnadsbesparelser, men heller vektlegge kvalitet og konkrete fordeler for brukere og pårørende. Gevinster knyttet til kvalitet bør synliggjøres tydeligere, og tiltaket følges opp med individuell dialog for å sikre at løsningene treffer den enkeltes behov.

Hensynet til personvern, GDPR og beredskap er sentralt, blant annet ved håndtering av scenarioer som strømbrydd. Teknologi skal være et supplement til, og ikke erstatte menneskelig kontakt. Det er videre enkelte gråsoner mot andre områder, som bruk av sensorer innenfor eksempelvis diabetesoppfølging, som i dag ligger under digital hjemmeoppfølging, men også berører digitalt tilsyn. Når det gjelder risiko for avvik, er det positiv utvikling i nye løsninger hvor teknologien i større grad varsler selv. Spørsmålet om hvorvidt dette bør reguleres gjennom forskrift eller retningslinjer; forskrift gir sterkere føringer gjennom bruk av «skal» fremfor «bør» og «kan», og kommunene er opptatt av å følge faglige råd. Saken skal på høring, og det er ønskelig med videre tilbakemeldinger i prosessen.

Sak 15/26

Sak fremmet av	May Cecilie Lossius
Divisjon	Folkehelse og forebygging
Avdeling	Folkesykdommer
Ansvarlig saksbehandler	Inger Merete Skarpaas

Oppfølgingsmodeller "grønn resept"

Bakgrunn for saken

HelseDirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å

«utrede hvordan øke bruken av «grønn resept», for eksempel med mer veiledet aktivitet og kosthold og nye oppfølgingsmodeller til grønn resept.»

Oppdraget inngår i arbeid med oppfølging av nasjonal helse- og samhandlingsplan 2025-2029, og skal ses i sammenheng med oppdrag TB2024-45 om evaluering av frisklivssentraler og oppdrag i TB2024 om finansieringsordninger som understøtter en helsefremmende og forebyggende helse- og omsorgstjeneste»

Konkret skal direktoratet foreslå hvordan oppfølging av levevaner kan styrkes i behandling, rehabilitering og forebygging i helse- og omsorgstjenesten.

Målgruppen er personer som har økt risiko for sykdom eller etablert sykdom og som trenger veiledning og støtte for å få til varig endring av levevaner (kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, alkohol) og mestring av helseutfordringer (søvn, psykiske plager, smerter mm).

Oppdraget inngår i oppfølging av målene satt i Nasjonal helse og samhandlingsplan om å dreie oppmerksomheten i helse- og omsorgstjenesten til i større grad å bistå personer med levevaneendringer, tidlig innsats mot risikofaktorer, opprettholde funksjon, bremse sykdomsutvikling, samt styrke egenmestring og arbeidsdeltakelse.

Målet er en helse- og omsorgstjeneste som systematisk benytter støtte til endring av levevaner som en del av behandling, rehabilitering og forebygging, og som samarbeider med hverandre og aktører utenfor helsetjenesten om dette. På denne måten skal brukerne bli i bedre i stand til å endre levevaner, mestre egen helse bedre, få bedre helse (psykisk og fysisk) og livskvalitet, blir mer selvhjulpne, forebygge frafall fra arbeidslivet og redusere behovet for helse- og omsorgstjenester.

Oppdraget skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet medio oktober 2026.

Problemstillinger til drøfting

1) Har Brukerrådet kommentarer og innspill til generiske modellen og/eller utviklingsområder og rammer som må være på plass for at endring av levevaner i større grad skal bli en integrert del av forebygging, behandling og rehabilitering?

2) Hvilken type oppfølging bør skje i helsetjenesten og hva kan skje via andre lokale aktører (frivillige organisasjoner, kommunale tilbud etc.)?

3) Hvilke muligheter ser Brukerrådet for at oppfølging av levevaner kan skje gjennom digitale tilbud og/eller digital kontakt med tjenestene, både med tanke på hva som finnes i dag og eventuelt utnyttede muligheter?

Tilbakemelding fra HelseDirektoratet

- **Motivering -respekt og forståelse for ulikheter, at folk er forskjellige**
- Utfordring med å nå personer som ikke er motiverte, - som også kan være helserelatert
- **De fleste vet hva de burde gjøre, men får det ikke til alene/selv**
- Uklare ansvarsforhold og manglende sammenheng i tjenester
- Variasjon i prioritering mellom kommuner
- Behov for tydelig ansvar og bedre koordinering
- Sammensatte behov, ikke sammenhengende tjenester- ikke tydelig hvem som har ansvaret.
- Anonymitet i ettervern? Sett opp mot likeperson.
- **Tettere samarbeid med organisasjoner og frivillighet- må integreres i utredningene**
- **Frivillighet krever ressurser og må verdsettes. Frivillighet er ikke gratis**
- Tydeliggjøre målgruppe
- Overganger i livsløpet (f.eks. barn til voksen) må ivaretas bedre
- Fattigdomsperspektivet bær tydeliggjøres, påvirker levekår og helse. Barn og unge påvirkes.
- Økt innsikt i holdninger og motstand i tjenestene
- Få til levevaneperspektivet fra somatikk -for å få mer effekt
- Integrere temaet i utdanningene – endring i levevaner
- Kartlegge tilbud fra frivillige/organisasjonene
- Første konsultasjon er viktig- må møtes med respekt
- Involvere og få perspektivet inn i arbeidsliv og fagforeninger
 - grønn resept inn på usunne arbeidsplasser
- Hva betyr de ulike ord innen mestringstilbud- gjør det enklere å få oversikt
- **Tilbud må tilpasses individuelt behov og situasjon, og ta høyde for evt. sykdom**
- Bedre samspill mellom psykisk og somatisk helse
- Bedre oversikt og kartlegging av tilgjengelige tilbud som er søkbar
- Gjør det enklere å finne og forstå tilbud
- Behov for kvalitetssikring og mulig bruk av KI
- Noen behov kan være knyttet til medisinbruk
- Skille de som har kortvarig behov og kroniske tilstander
- Større fokus hvordan løfte problemene på en god måte overfor pasienter
- Takster hos fastlege angående kompleksitet
- Hvordan forebygge neste diagnose – sekundærdiagnose
- Bruke gyldne øyeblikk i tjenesten – for eksempel at må være røykfri før operasjon, prerehabilitering.

Tilbakemelding fra Helsedirektoratet

Det er behov for helhetlig tilnærming som ivaretar både psykiske og sosiale dimensjoner, og som samtidig gir nødvendig fleksibilitet i systemet og tar i bruk overgangene, gode pasientforløp og "gylne øyeblikk". Kompetansen til helsepersonell er sentral, og i hvordan de kommuniserer med pasienter.

Det er utarbeidet faglige råd om pasientkommunikasjon, som nå er ute på åpen høring.

Det er gjennomført et omfattende arbeid med å kartlegge behov, samt vurdere inngang og løsning på Helsenorge. Det er gjenkjennbart at det er et stort behov, og at det er komplekst.

Videre arbeides det med å avklare sentrale rammebetingelser, herunder lovgrunnlag, finansiering, indikatorer, EPJ-løsninger, samhandling, involvering av private og frivillige aktører, samt implementering. At det er viktig å integrere levevaneperspektivet.

Sak 16/26

Sak fremmet av	Helga Katharina Haug
Divisjon	Kommunale tjenester og beredskap
Avdeling	Helse og omsorgstjenester
Ansvarlig saksbehandler	Hilde Skyvulstad

Avviste henvisninger – god henvisningspraksis

Bakgrunn for saken

I tildelingsbrevet for 2026 har Helsedirektoratet fått i oppdrag å lede et arbeid hvor målet er bedre kvalitet på henvisninger og bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de som henviser, blant annet for å redusere andelen avviste henvisninger.

Oppdraget er et deloppdrag under Ventetidsløftet² som regjeringen lanserte i 2024, med mål om å få ned ventetidene i sykehusene. Oppdragsteksten for arbeidet følger som vedlegg.

Helsedirektoratet har innledet arbeidet med oppdraget med å få mer innsikt i dagens henvisningspraksis, hva som hemmer og hva som fremmer god henvisningspraksis. Prosjektet har innhentet innsikt om pasientflyten mellom nivåene og sett på andel avviste henvisninger pr. fagfelt. Variasjon i kommuners henvisningsrate og fastleger ulike henvisningspraksis, skal kartlegges nærmere. Videre ser prosjektet på hvordan digitaliseringen kan understøtte praksis.

På bakgrunn av innsiktsarbeidet skal prosjektet i løpet av høsten 2026 foreslå et system for bedre å kunne følge med på henvisningspraksis og tiltak for å redusere uønsket variasjon i henvisningspraksis gjennom målsettingene om:

² [Ventetidsløftet - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

- Flest mulig pasienter følges opp gjennom god kapasitet og kvalitet i allmennlegetjenestene
- Henvisninger har god kvalitet og gir et godt grunnlag for rettighetsvurderinger og oppfølging i spesialisthelsetjenesten
- God og riktig henvisningspraksis
- Reduksjon i andel avviste henvisninger

Problemstillinger til drøfting

- 1) Hvordan kan brukermedvirkning i henvisningsprosessen og pasientenes forventninger ivaretas samtidig som man har en praksis i tråd med LEON prinsippet og som understøtter fastlegens portvokterfunksjon?
- 2) Å få en henvisning avvist, er ofte en stor belastning for den aktuelle pasienten. Hvordan kan henvisningspraksis og rutiner ved avvising av henvisninger innrettes slik at konsekvensene for pasientene reduseres og pasienten får nødvendig oppfølging

Innspill fra Helsedirektoratet

- Lav kompetanse om hørsel hos fastleger fører til feilhenvisninger.
 - Rundt 30 % av henvisninger til ØNH/hørsel er unødvendige.
- Henvisninger ved ADHD mangler ofte beskrivelser av funksjon og symptomer.
- Hovedutfordringen i psykisk helse er ofte kapasitet, ikke feilhenvisninger.
- Mange avvisinger oppleves likevel som feil for pasienten.
- Bedre struktur i kommunikasjon mellom pasient og fastlege er nødvendig.
- Pasienter bør involveres og få lese henvisningen før innsending.
- Språket i henvisninger må være klart og forståelig.
- God informasjon til pasient om egen tilstand og henvisningsprosess er viktig.
- Helsenorge og lignende kan styrkes som informasjonskilde.
- Tidlig oppdagelse og henvisning kan hindre forverring av sykdom.
- Avvisning av henvisning må ikke avslutte pasientforløpet.
 - Pasienten må få oppfølging og informasjon om videre tilbud.
- Fastlegen har rutine på hva som vil avvises
- Mange opplever tomrom og blir sykere mens de venter.
- Ungdom rammes særlig hardt av avvising og manglende oppfølging.
- Det er behov for bedre oversikt over alternative tilbud og tjenester.
- Samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten må styrkes.
- Felles gjennomgang av henvisninger gir bedre kvalitet.
- «Én vei inn» og helsefellesskap kan gi gode resultater.
- Portvokter er et triggerord
- Spesialisthelsetjenesten må også ta ansvar, ikke bare skyldes på fastleger.
- Henvisningskriterier og forventninger bør gjennomgås.
- Fastlegen har en tung rolle og trenger bedre støtteverktøy.
- Avvisningsprosesser og klagemuligheter må bli enklere.
- Private helseforsikringer skaper ulik tilgang og kulturforskjeller.
 - Kan svekke fastlegenes rolle som inngang til helsetjenester.
- Må ha insentiver til å gjøre primærhelsetjenesten bedre

Tilbakemelding fra HelseDirektoratet

Helsefelleskapet har tatt initiativ til å løfte dette som et felles problem, med behov for en mer samordnet tilnærming og styrking av opplæring og utvikle gode støtteverktøy, samt sikre bedre funksjonsvurderinger og et tydelig pasientperspektiv, slik at pasientene er godt forberedt.

Fastlegenes forståelse av landskapet er sentral, og det er behov for en felles problemforståelse og oppfølging når henvisning avvises.

Det er behov for mer dialog og veiledning mellom fagfolk, det må avklares hvem som har ansvar for videre oppfølging dersom pasienten ikke får et tilbud. Avvisningsbrevet bør gjennomgås sammen med fastlegen. Det pekes også på behovet for å gjøre klageprosessen enklere.

Evaluering av Brukerrådets møte

Tone oppfordret til å gi tilbakemelding på sakspapirene, AU bruker mye tid på sakene i forkant.

Organisasjonene kan også spille inn saker, kom med innspill til saker og ta gjerne utgangspunkt i oppsummering fra workshopen i januar.

Det ønskes at saker kommer opp tidlig til ledermøtet.

Menti ble besvart, resultatet ettersendes sammen med referatet.

Deltakelse 3.6.26

Brukerorganisasjon/ sammenslutning	Medlem	Vara
FFO /Diabetesforbundet	Britt Inger Skaanes	
FFO/Hørselshemmedes landsforbund	Bernt-Aksel Jensen	
FFO/Hiv Norge	Halvor Frihagen	
FFO/ADHD Norge	Gry Lunde	
FFO/FFO- sjeldne sykdommer	Anette Remme	
Pensjonistforbundet		Anne Hanshus
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Tone Poulsson Torgersen	
Unge funksjonshemmede	Asgeir Fagerli Langberg	
Voksne for barn	Tora Smith Aulie	
SAFO	Janne Skei	
Pårørendealliansen		Anita Vatland
Utvalget for flerkulturelle minoriteter	Sadia Jabeen Iqbal	
LIN Likestilling, Inkludering, Nettverk	Mari Helene Flaathen	
BrukerRop/ Foreningen human ruspolitikk	Tonje Jevari	
BrukerRop/ Spiseforstyrrelseforeningen	Elin Olsen	
Oppnevnt fra Sametinget		Nanna Susanne Elisabeth Siri
FRI	Christine Marie Jentoft- Teigland	
Kreftforeningen		Mario Gaarder
Pasient- og brukerombudet	Jannicke Bruvik	
NAV Brukerutvalg	Avbud	
Ledelsen i Helsedirektoratet	Cathrine M Lofthus Olav Valen Slåttebrekk Helen Brandstorp Bente Andersen Sundlo Lucie Aunan Kari Annette Os Helga Katharina Haug May Cecilie Lossius	
Sekretariatet i Helsedirektoratet	Karin Yan Kallevik Ida Olsen Anne Hartvedt Haakon Steen	