Helsedirektoratet

Møte i Fagrådet

Velkommen til Temadagen – 29. oktober 2026

Scandic St Olavs plass, Oslo

Helsedirektoratet

Sak 28/26: Temadagen – KS og kommunene

Temadag – Samarbeid om digitalisering i kommunal sektor

29.10.2026

Tid	Tema	Innleder
09.00-09.05	**Velkommen til Temadagen**	Hans Löwe Larsen
09.05-09.10	**Agenda og praktisk info**	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
09.10-10.05	**Kommunal sektor** • Samstyring innen digitalisering • Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet • Felles modell for utprøving, innføring og KS nettverk e-helse	 Stian Rugsveen Engen Stian Rugsveen Engen Kjetil Løyning
10.05-10.20	**Pause**	
10.20-11.30 	**Tema 1: Når er en digital løsning faglig forsvarlig å ta i bruk?** Innledning Case Pasientens prøvesvar (PPS) Case Sentral forskrivningsmodul (SFM) Gruppe-refleksjon	 Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne Oslo kommune v/ Gerd Marit Eng Oslo kommune v/ Mette Gjengstø
11.30-12.30	**Lunsj**	
12.30-12.55	**Tema 2: Hvordan lykkes med stegvis utprøving og stegvis innføring?** Innledning Case Digitalt helsekort for gravide (DHG) Case Pasientens journaldokumenter (PJD)	 Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne Stavanger v/ Anne von Erpecom Stavanger v/ Eva Tone Fosse
12.55-13.20	**Tema 3: EIF modellen som grunnlag for sammenhengende nye løsninger?** Innledning Case Felles EPJ for den offentlige tannhelsetjenesten (Digi Dot) Case Helseplattformen (HP)	 Jørn Andre Jørgensen Jørn Andre Jørgensen Soudabeh Khodambashi
13.20-13.35	**Pause**	
13.35-14.15 	**Gruppereffleksjon tema 2 og tema 3** Gruppe-refleksjon	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
14.15-14.25	**Oppsummering og avslutning**	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
14.25-14.30	Avslutte dagen	Hans Löwe Larsen

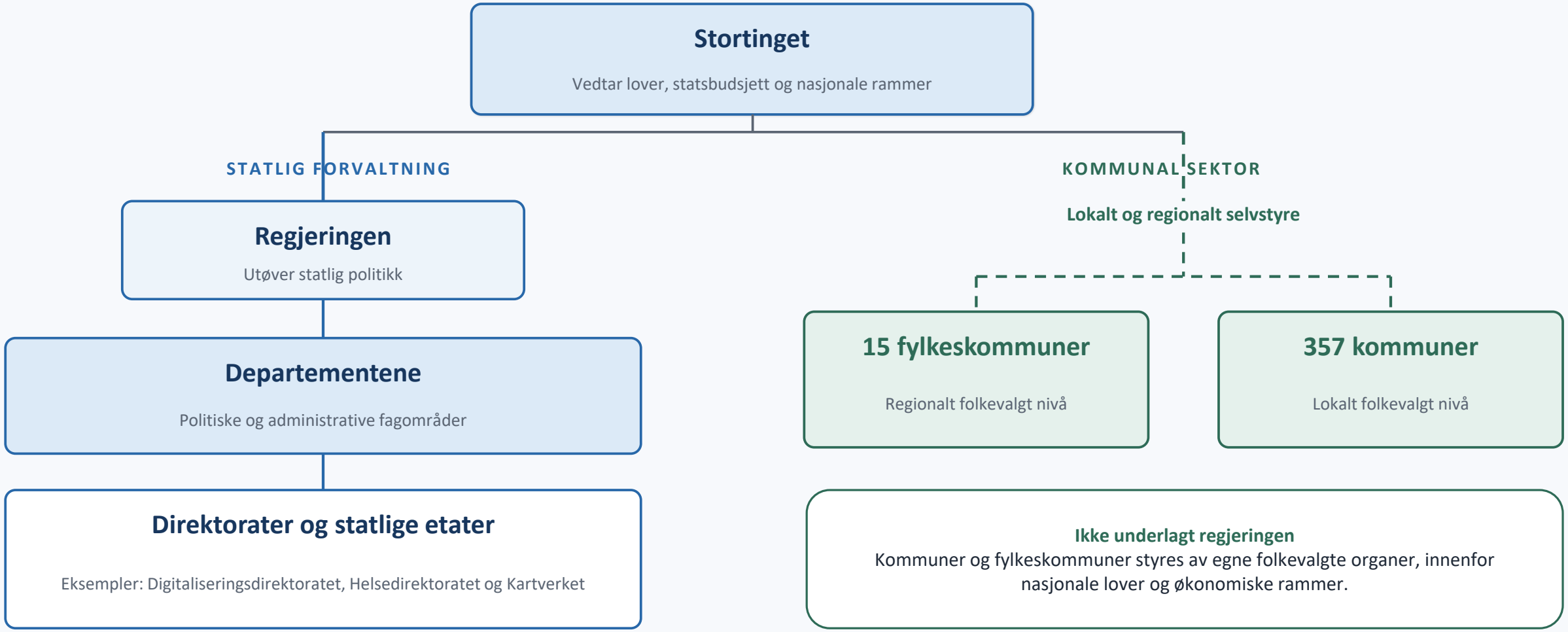
Kommunal sektor

- Samstyring innen digitalisering
- Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet
- Felles modell for utprøving, innføring og KS nettverk e-helse

Stian Rugsveen Engen
Kjetil Løyning

Offentlig forvaltning i Norge

Tre nivåer med **ulike roller og demokratisk ansvar**



Nasjonal styring med et sterkt lokalt og regionalt selvstyre.

Hvem er KS?

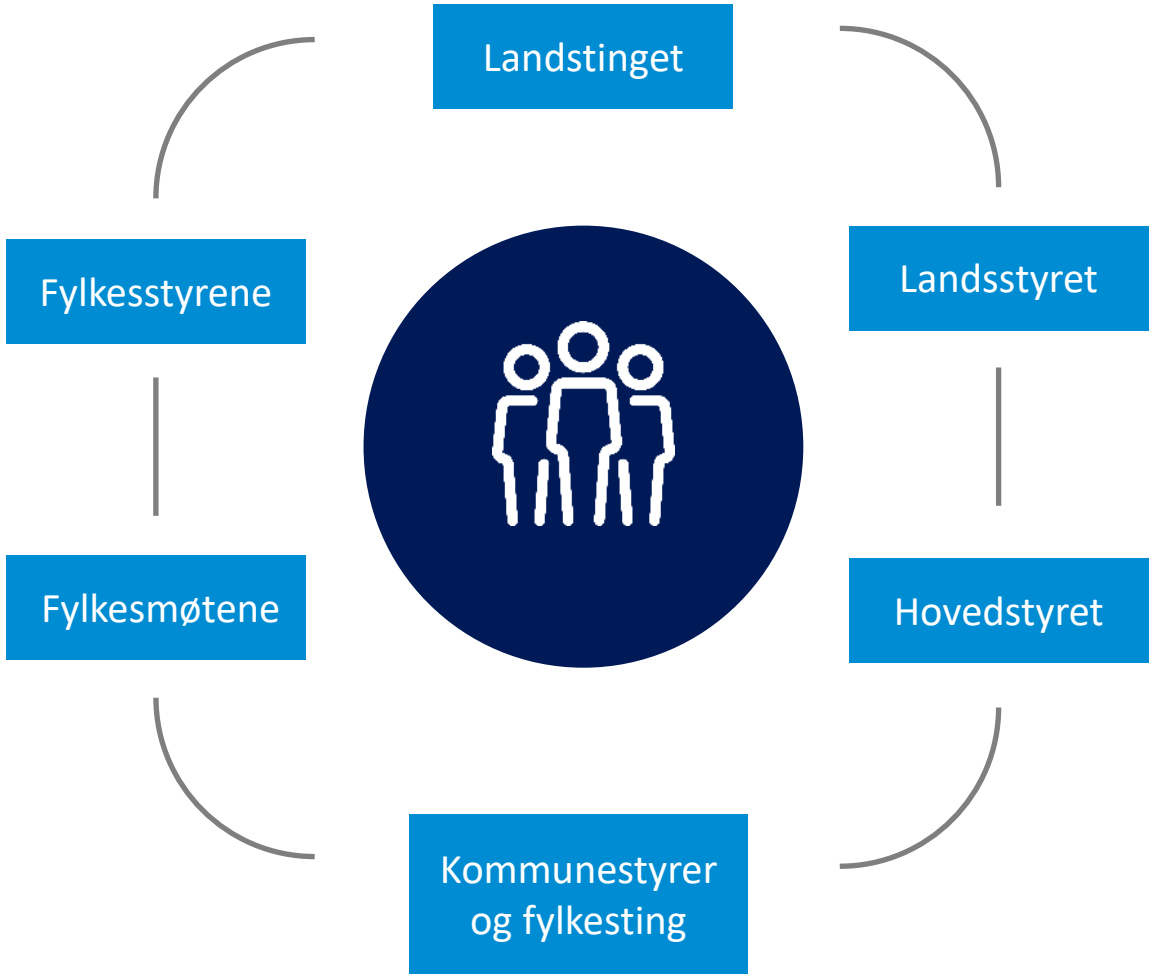


Hva er KS til for?

KS arbeider sammen med medlemmene for å utvikle en selvstendig, effektiv og nyskapende kommunesektor.



KS styres av medlemmene



Våre roller


Interessepolitisk aktør
KS
Arbeidsgiverorganisasjon
Utviklingspartner



Landstinget 12. februar 2020
KS oppgaver på digitaliseringsområdet:

Samordning og samstyring

Representere sektor og dens interesser

Pådriver for:

- kompetanse, utvikling og utbredelse av felles løsninger
- digitaliseringsvennlig regelverk og premissleverandør av felles standarder

Den kommunale samstyringsstrukturen for digitalisering

Regionale digitaliseringsnettverk



Fylkeskommunal samstyring

Kommune-direktører

Digitaliserings-sjefer

Tjeneste-ledere

Fageksperter

KommIT-rådet

Digitaliseringsutvalget

Fag- og prioriteringsutvalg

e-helse | Oppvekst | Plan-, bygg- og geodata | Sosial og velferd | [ ]

Fagråd

Informasjonssikkerhet og personvern

IKT-arkitektur

Fylkes-direktører

Digitaliserings-sjefer

Tjeneste-ledere

Fageksperter

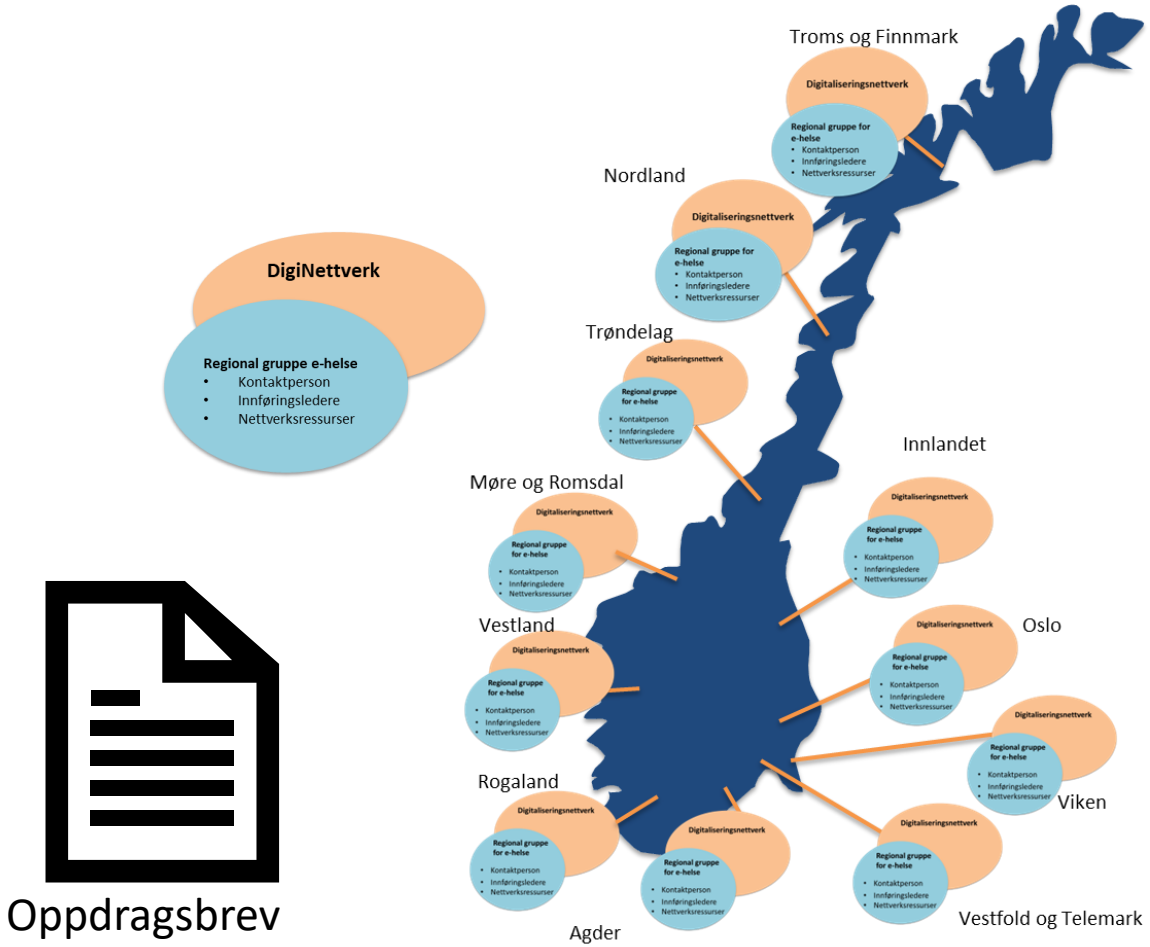
Fylkeskommunekollegiet

Kollegiet for HR og IKT/digitalisering

«Handling»

«Råd», forankring

KS nettverk e-helse



Forholdet mellom KS og KS Digital



KS Digital leverer ulike tjenester



Tjenester til folk

Innbyggertjenester

Fag- og støttesystemer



Tjenester til maskiner

Deling av data

Meldingsformidling

Standardisering og integrasjon



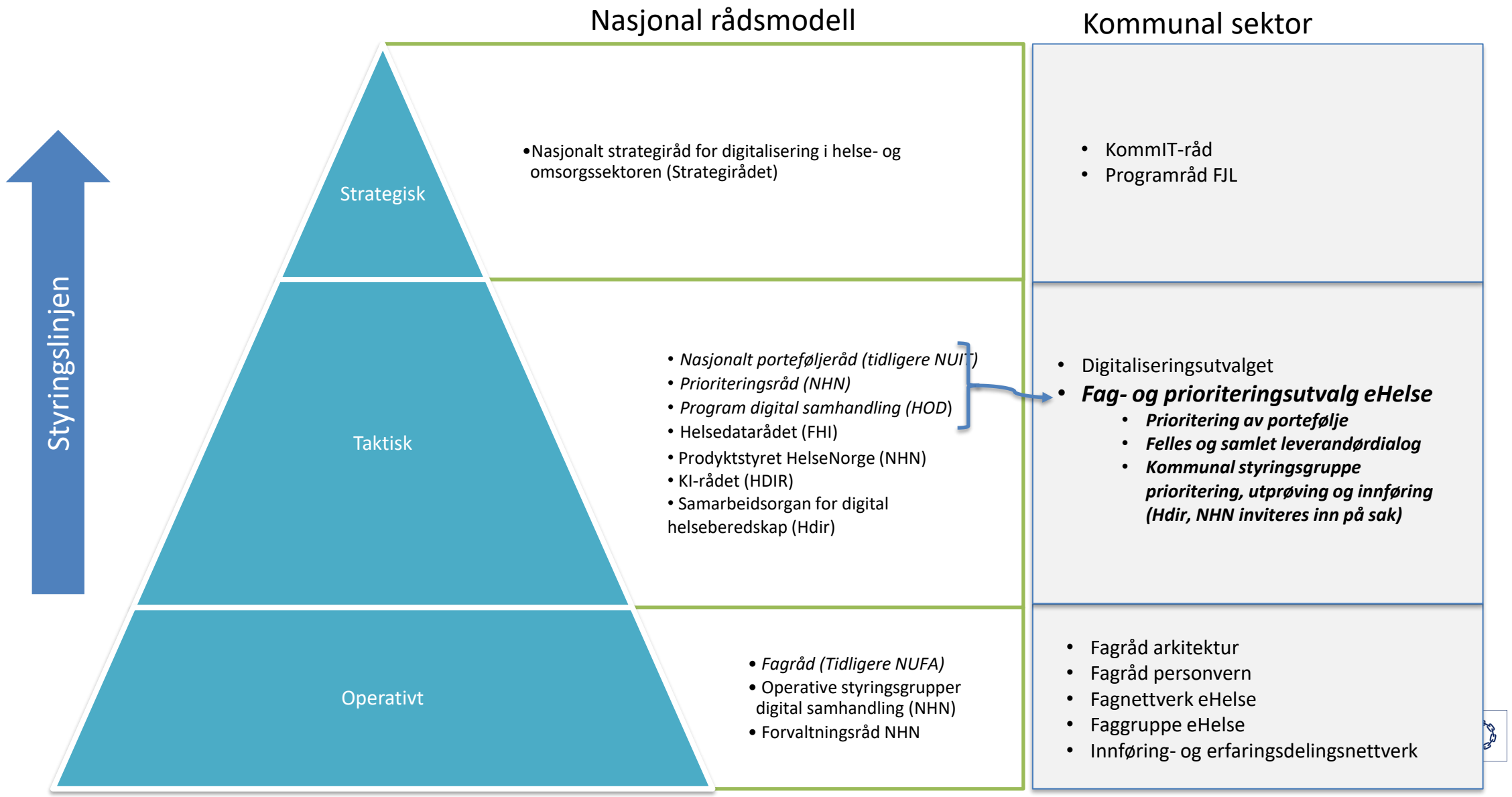
Andre tjenester

Koordinering og oppfølging

Anskaffelser

Veiledning

Kommunal sektor sett inn mot nasjonal rådsmodell og andre nasjonale råd/utvalg



Kommunal sektor sett inn mot nasjonale rådsmodell

Nasjonal rådsmodell

(NEHR++)

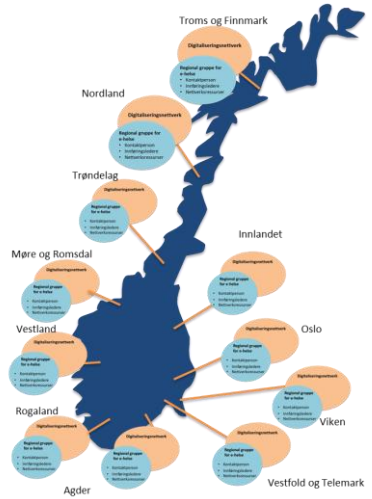
Nasjonalt porteføljeråd, Digital samhandling, TBU, Prioriteringsråd

Samstyringsstruktur i kommunal sektor

(KommIT-rådet++)

Fag- og prioriteringsutvalg eHelse

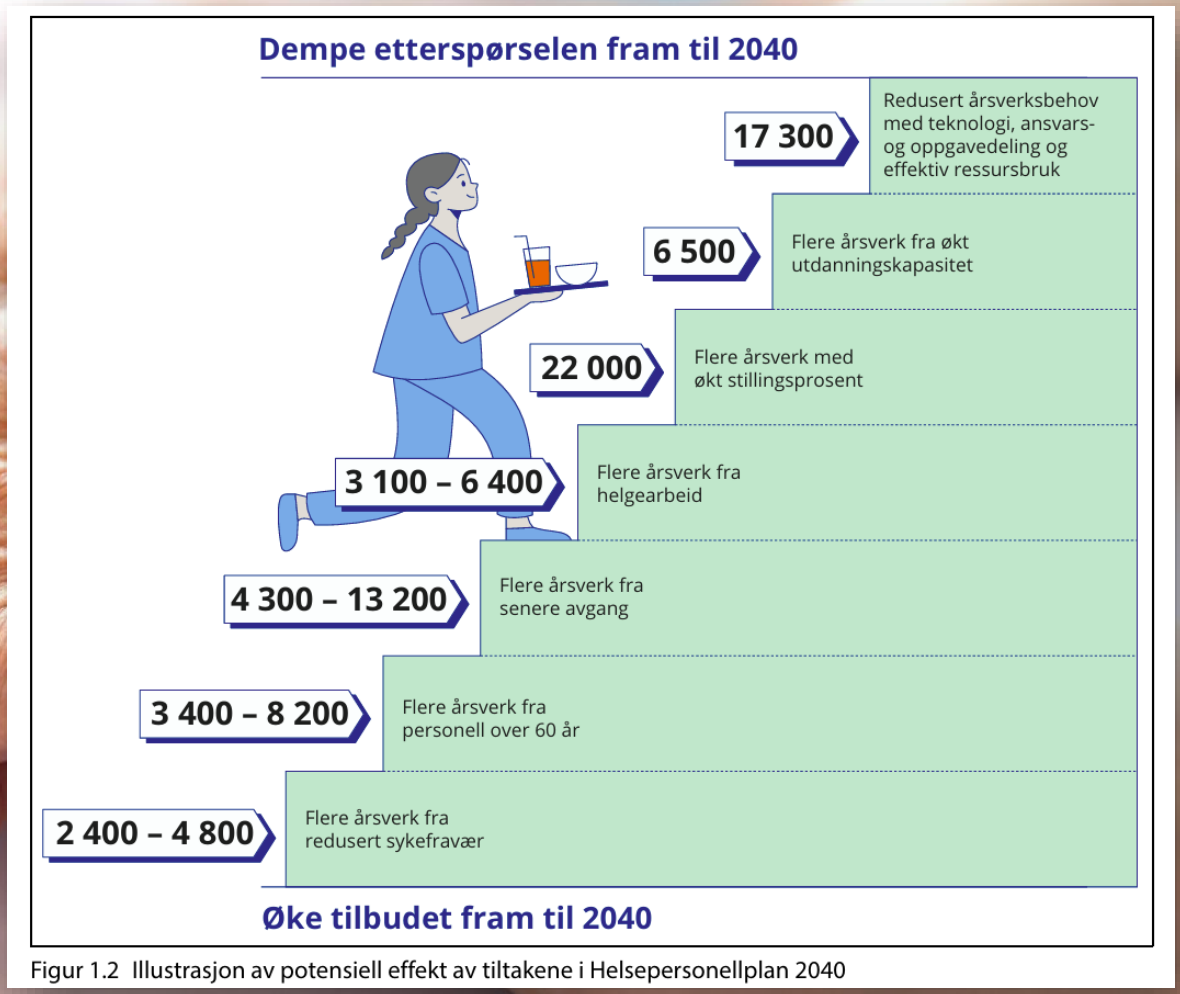
Regionale digitaliseringssamarbeid



Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet

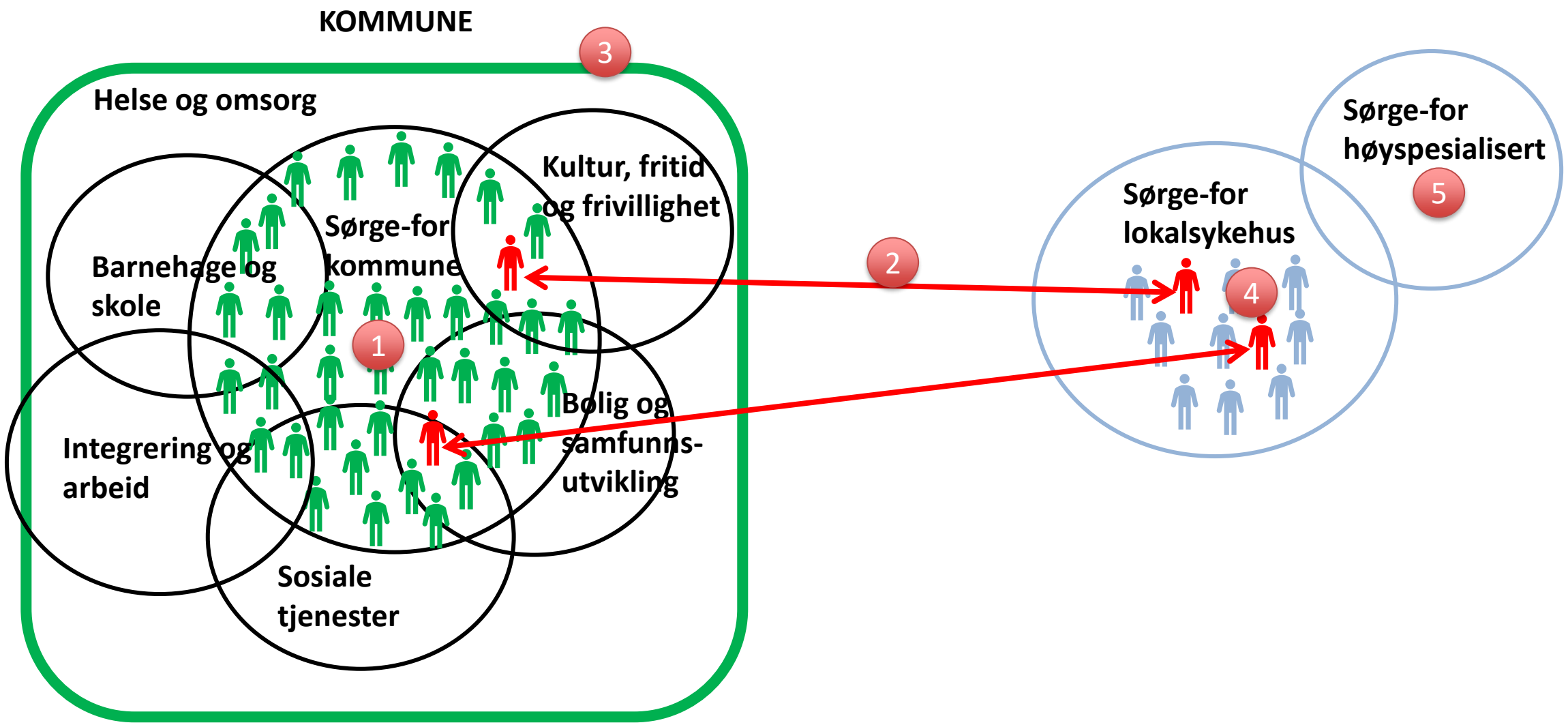


Et godt, rettferdig og likeverdig helsetilbud



Figur 1.2 Illustrasjon av potensiell effekt av tiltakene i Helsepersonellplan 2040

Primærhelsetjenesten er integrerte helsetjenester

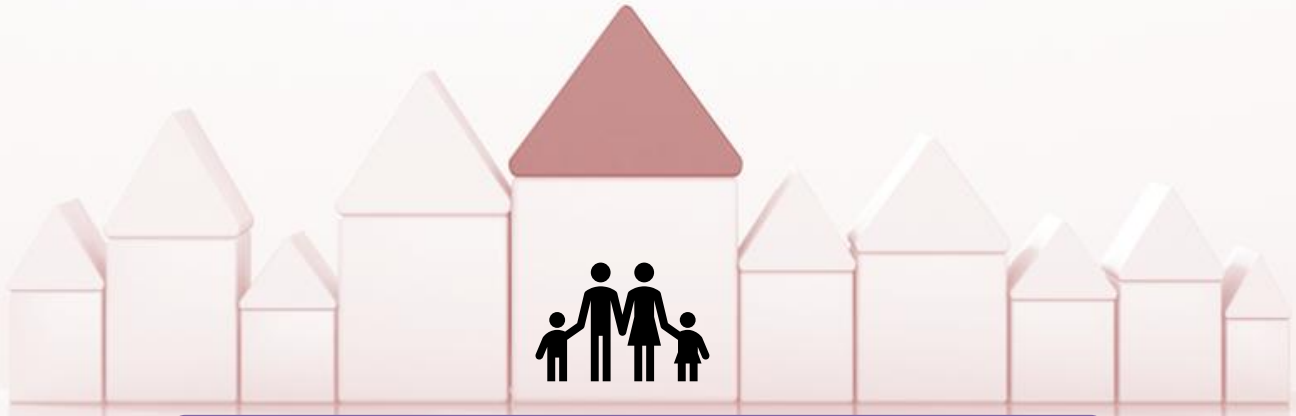


Et felles målbilde – intuitive brukerflater i helhetlig samhandling

Helsenorge

Elektronisk Pasientjournaler

Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging



Kunstig intelligens

Digital samhandling

Videreutvikling av kommunal sektor ambisjoner på eHelseområdet

Retning og prinsipielle veivalg → Ambisjoner og tiltak → Rammer og virkemidler







Fra fem til syv innsatsområder

Digitale fellesløsninger

Samordnede fellesløsninger og sterkere leverandørdialog skal redusere kostnader, øke gjennomførings-kraften og sikre løsninger som møter kommunenes behov

Digital samhandling

Tjenester og løsninger skal sikre at relevant helseinformasjon deles trygt og effektivt, og faktisk tas i bruk i hele sektoren

Velferds-teknologi og DHO

Teknologi skal skaleres i drift for å styrke egenmestring, øke kapasitet og avlaste personell

Innbygger-tjenester

Innbyggere skal møte én samlet, sømløs og brukervennlig digital inngang til helse- og omsorgstjenestene

Legemiddel-området

Helsedata skal standardiseres og deles sikkert for bedre behandling, samhandling og bruk av data til utvikling og forskning

KI helse

Tas i bruk på en trygg og målrettet måte som frigjør tid og gir bedre kvalitet i tjenestene

EHDS

Helsedata skal standardiseres og deles sikkert for bedre behandling, samhandling og bruk av data til utvikling og forskning

Hovedhensikten

Samle sektoren om hva som skal prioriteres, og hvordan ambisjonene skal realiseres

1 Felles retning

Kommuner og fylkeskommuner skal stå samlet om prioriteringer, rekkefølge og forventninger til staten og markedet.

2 Reelle gevinster

Digitalisering skal gi bedre ressursutnyttelse, økt kvalitet, sammenhengende tjenester og personellavlastning.

3 Økt gjennomføringskraft

Felles modeller, virkemidler og samstyring skal gjøre utprøving, innføring og skalering raskere og tryggere.

Kjernen: Vi skal skalere helsetjenester med teknologi, ikke teknologi alene.

Hovedbudskapet

Kommunal sektor har etablert retning og strukturer. Neste fase handler om å omsette dette til varig omstilling og dokumenterte gevinster i hele sektoren.

- Prioriter løsninger som frigjør personell og forbedrer tjenester.
- Gi kommunene forutsigbare rammer for investering, drift og skalering.
- Koble teknologi, tjenesteutvikling, kompetanse og standardisering.

Målet er ikke flere piloter, men løsninger som virker i ordinær drift og i stor skala.



Felles modell for utprøving, innføring og KS nettverk e-helse

KS nettverk e-helse

FØR

KS kompetanse-nettverk e-helse (KS e-Komp)

Regionale digitaliseringsnettverk (Diginettverk)

Diverse prosjekter

KS Kommune-nettverk for VT* og DHO*

Andre nettverk og aktører

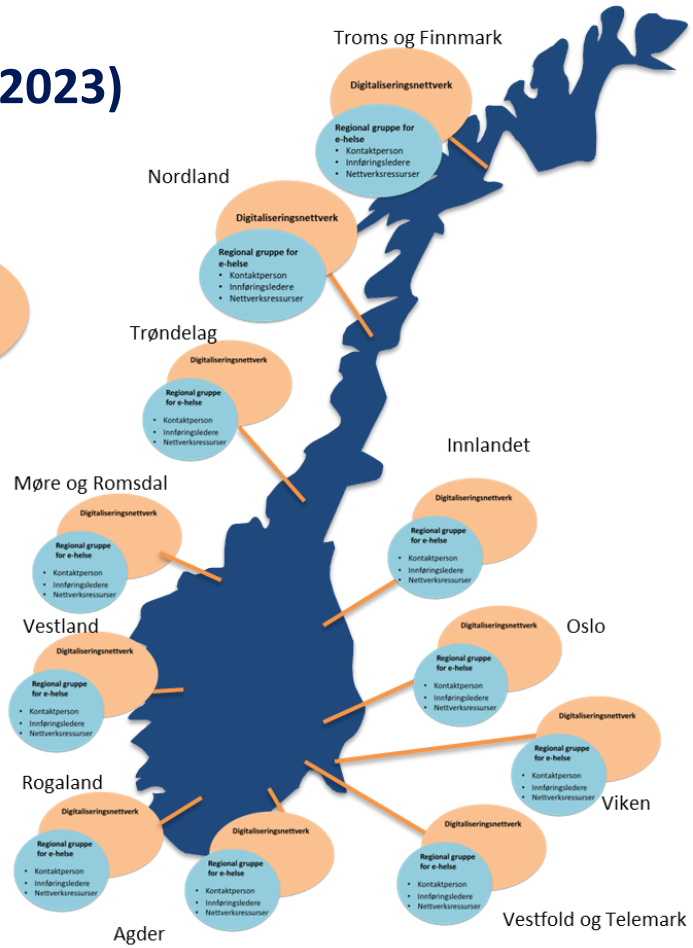
Regionale samarbeid

Oppdragsbrev

NÅ (etter 2023)

DigiNettverk

Regional gruppe e-helse
- Kontaktperson
- Innføringsledere
- Nettverksressurser



Tilskuddsregelverk Helseteknologiordningen (HTO)-nettverkstilskuddet

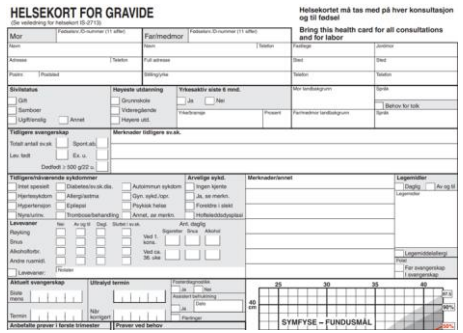
Helseteknologiordningen

Tilskuddsordning: Nettverk for innføring av helseteknologi

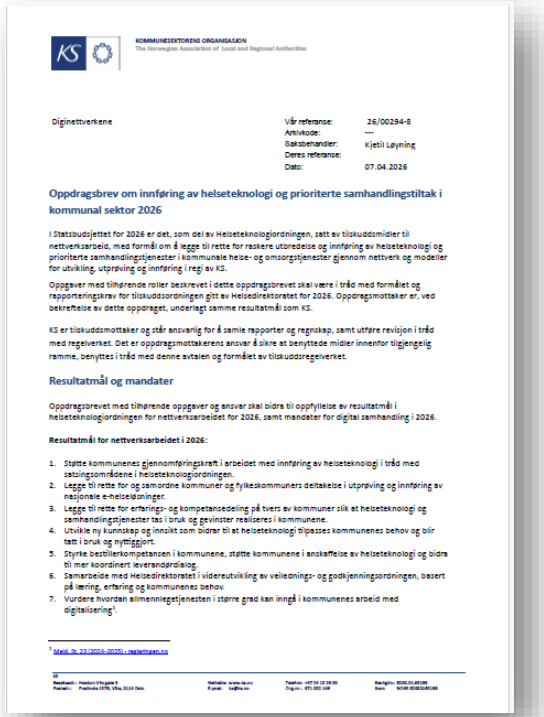
Mandater Digital samhandling 2026

- Pasientens legemiddelliste
- Pasientens prøvesvar
- Pasientens kritiske informasjon
- Pasientens måledata
- Pasientens journaldokumenter

Digitalt helsekort for gravide



Oppdragsbrev 2026



KS

KOMMUNESEKTORENS ORGANISASJON
The Norwegian Association of Local and Regional Authorities

Diginettverkene

Vår referanse: 26/00294-8
Arkivkode: ---
Saksbehandler: Kjetil Løyning
Deres referanse:
Dato: 07.04.2026

Oppdragsbrev om innføring av helseteknologi og prioriterte samhandlingstiltak i kommunal sektor 2026

I Statsbudsjettet for 2026 er det, som del av Helseteknologiordningen, satt av tilskuddsmidler til nettverksarbeid, med formål om å legge til rette for raskere utbredelse og innføring av helseteknologi og prioriterte samhandlingstjenester i kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom nettverk og modeller for utvikling, utprøving og innføring i regi av KS.

Oppgaver med tilhørende roller beskrevet i dette oppdragsbrevet skal være i tråd med formålet og rapporteringskrav for tilskuddsordningen gitt av Helsedirektoratet for 2026. Oppdragsmottaker er, ved bekreftelse av dette oppdraget, underlagt samme resultatmål som KS.

KS er tilskuddsmottaker og står ansvarlig for å samle rapporter og regnskap, samt utføre revisjon i tråd med regelverket. Det er oppdragsmottakerens ansvar å sikre at benyttede midler innenfor tilgjengelig ramme, benyttes i tråd med denne avtalen og formålet av tilskuddsregelverket.

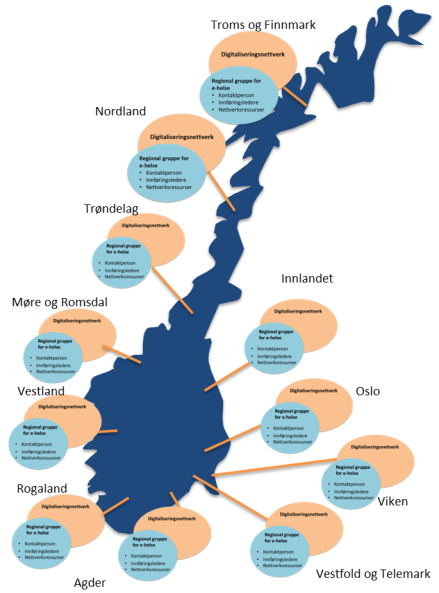
Resultatmål og mandater

Oppdragsbrevet med tilhørende oppgaver og ansvar skal bidra til oppfyllelse av resultatmål i helseteknologiordningen for nettverksarbeidet for 2026, samt mandater for digital samhandling i 2026.

Resultatmål for nettverksarbeidet i 2026:

1. Støtte kommunenes gjennomføringskraft i arbeidet med innføring av helseteknologi i tråd med satsingsområdene i helseteknologiordningen.
2. Legge til rette for og samordne kommuner og fylkeskommuners deltakelse i utprøving og innføring av nasjonale e-helseløsninger.
3. Legge til rette for erfarings- og kompetansedeling på tvers av kommuner slik at helseteknologi og samhandlingstjenester tas i bruk og gevinster realiseres i kommunene.
4. Utvikle ny kunnskap og innsikt som bidrar til at helseteknologi tilpasses kommunenes behov og blir tatt i bruk og nyttiggjort.
5. Styrke bestillerkompetansen i kommunene, støtte kommunene i anskaffelse av helseteknologi og bidra til mer koordinert leverandørdialog.
6. Samarbeide med Helsedirektoratet i videreutvikling av veiledning- og godkjenningsordningen, basert på læring, erfaring og kommunenes behov.
7. Vurdere hvordan allmennlegetjenesten i større grad kan inngå i kommunenes arbeid med digitalisering[1].

[1] Meld. St. 23 (2024-2025) - regjeringen.no



KommIT-rådet

Digitaliseringsutvalget

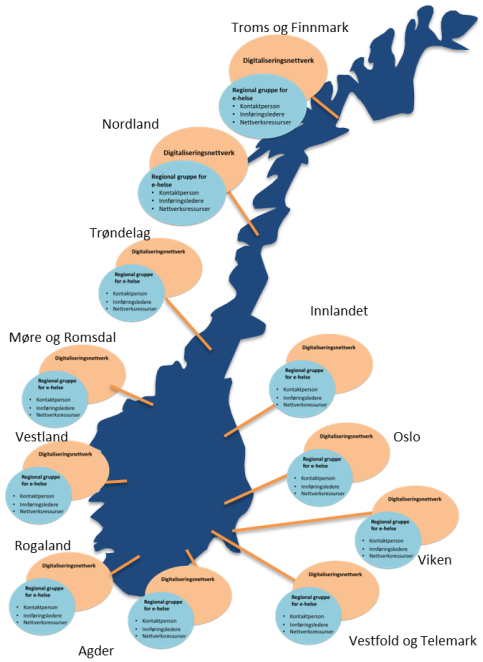
Fag- og prioriteringsutvalg

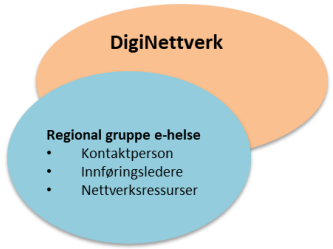
e-Helse | Oppvekst | Teknisk | Sosial og velferd | Admin

Fagråd

Informasjonssikkerhet og personvern
IKT-arkitektur

KS
Samstyringsstruktur

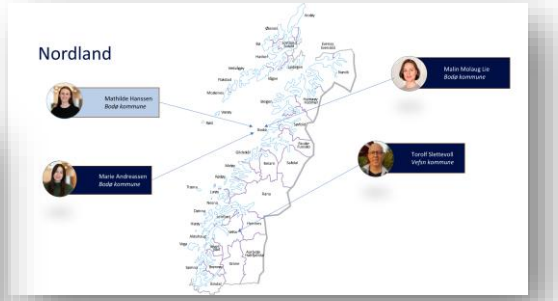


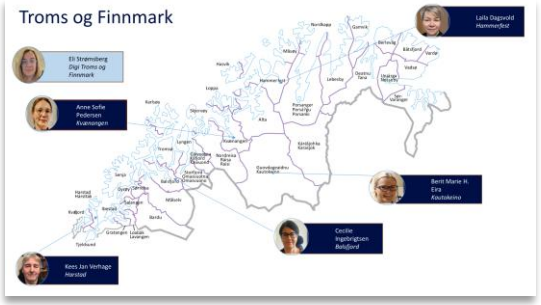


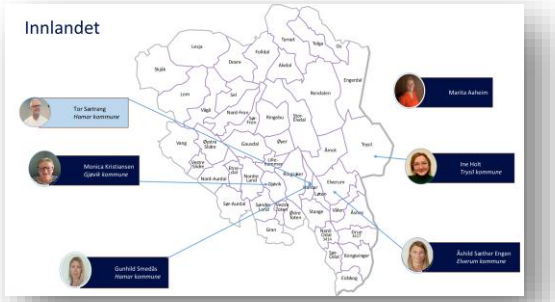
Regionalt/fylkesvis	Kommunalt/ fylkeskommunalt
KDU	Kommunedirektør
Ledernettverk	Ledernivå
Fagnettverk	Fagnivå

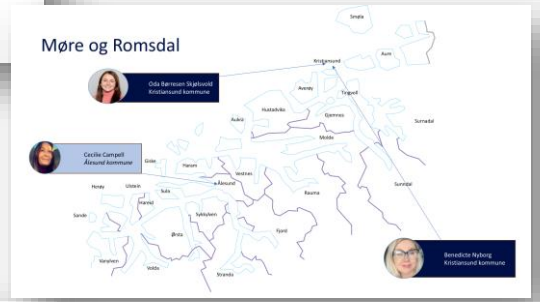
Erfaringsdeling og beste praksis på tvers av nettverkene

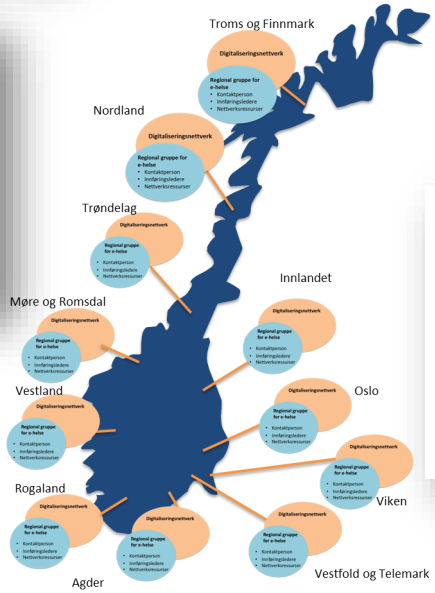






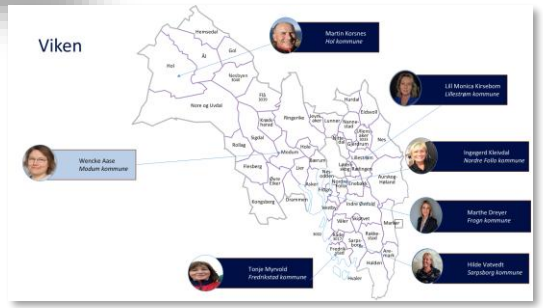


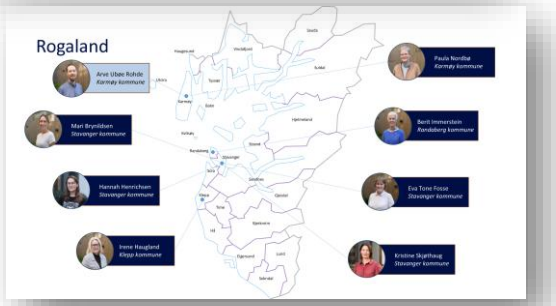


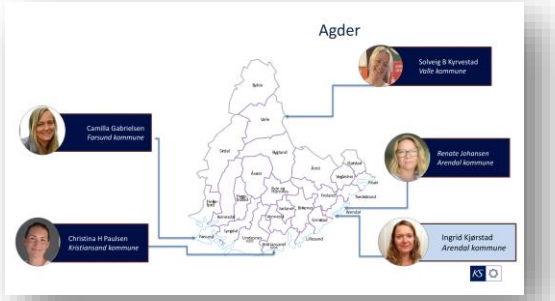


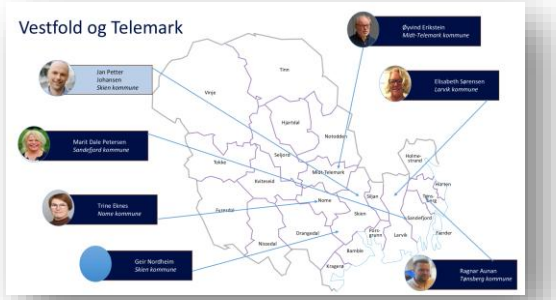














Behov

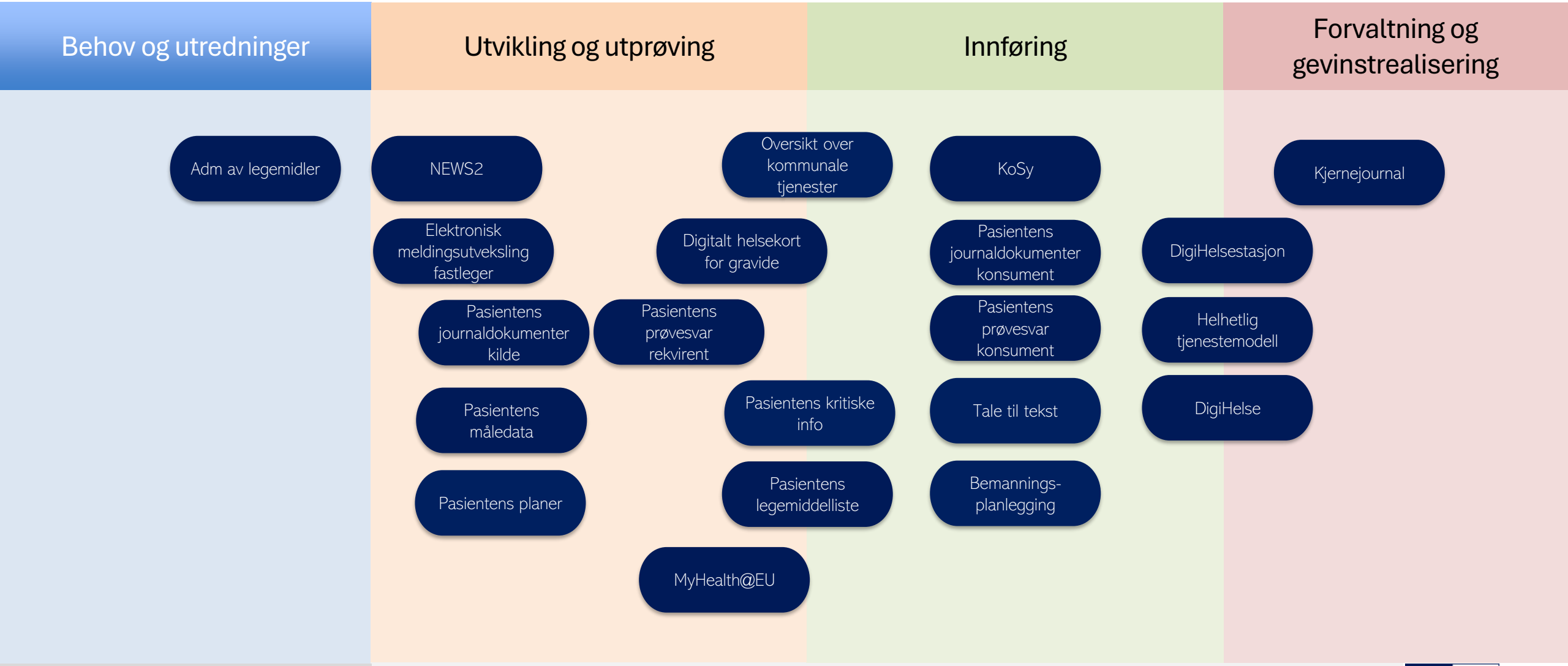
Utvikling- og utprøving

Innføring

Forvaltning og gevinstrealisering

Ikke uttømmende

Nasjonal kommunal portefølje



Felles modell for utprøving, innføring og nettverk e-helse



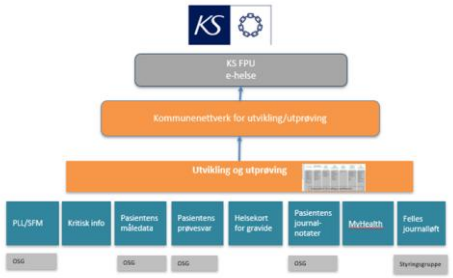
Behov

Utvikling- og utprøving

Innføring

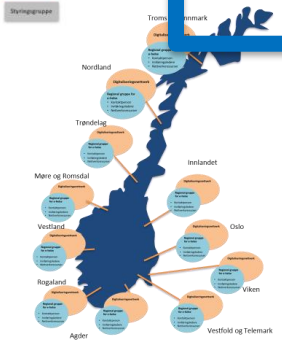
Forvaltning og gevinstrealisering

Felles utprøvingsløp



Felles innføringsløp





KS nettverk e-helse

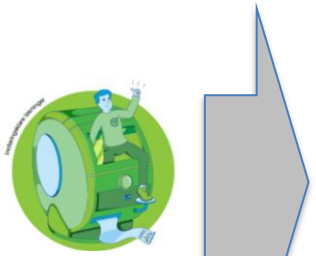
Helseteknologiordningen

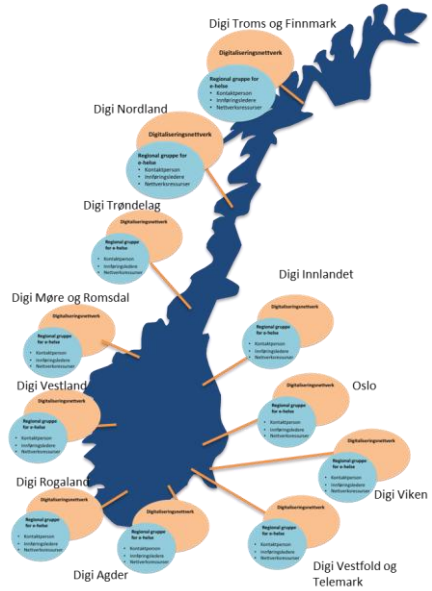
Tilskuddsordning: Nettverk for innføring av helseteknologi

Felles innføringsløp

Nasjonal utprøvings- og innføringsledelse 2026

KS fag- og prioriteringsutvalg e-helse (KS FPU)





Nasjonal koordineringsgruppe Felles ut[illegible]



Utprøvingsområdet
Stine Drengsrud Eivindson
KS



Felles modell for innføring og nettverk e-helse
Kjetil Løyning
KS



Felles modell for innføring og nettverk e-helse
Sekretariat
KS



DigiHelsestasjon
Eli Konstanse Strømsberg
Nasjonal utprøvingssleder
Digi Troms og Finnmark



Helhetlig tjenestemodell
Irene Haugland
Nasjonal innføringsleder
E-helse Rogaland



Velferdsteknologi
Martin Korsnes
Midlertidig leder
Viken



Digitalt helsekort for gravide
Eli Konstanse Strømsberg
Nasjonal innføringsleder
Digi Troms og Finnmark



PLL
Styrk Matre Grimstad
Innføringsleder
KS Digital



PPS
Shandell Tellevik
Innføringsleder
KS Digital

Digi Troms og Finnmark
Eli Konstanse Strømsberg



DigiHelsestasjon og DHG
Stine Eie Nilsen
Nestleder
Oslo kommune



Helhetlig tjenestemodell
Cecilie Campbell
Nestleder
Digi Møre og Romsdal

Velferdsteknologi
Nestleder



Digitalt helsekort for gravide
Marit Øverengen
Nestleder
DigiTrøndelag

Oppdatert 09.10.2026



Norsk helsenett
Kristine Hoel Smestad



Norsk helsenett
Jørgen Worum



Helsedirektoratet
Per Ludvig Skjerven



Helsedirektoratet
Kine Markman



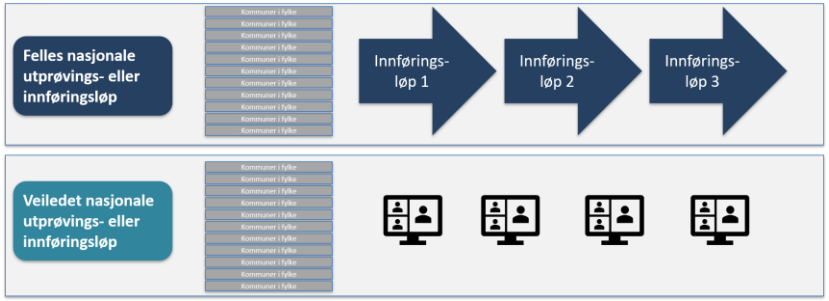
Utprøvingsområdet KS
Stine Drengsrud Eivindson



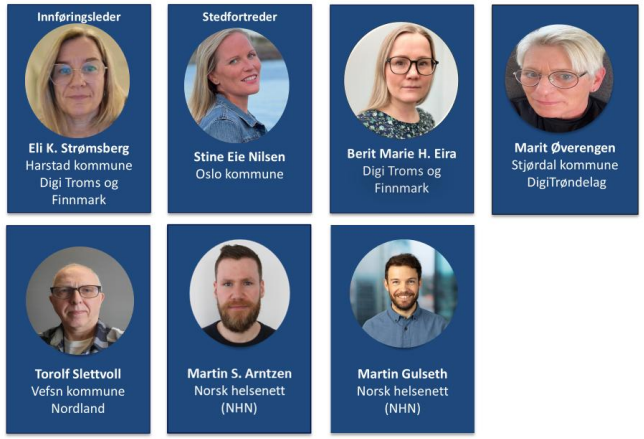
Felles modell for innføring og nettverk e-helse KS
Kjetil Løyning



Felles modell for innføring og nettverk e-helse KS
Silje Skeie Stray
Sekretariat



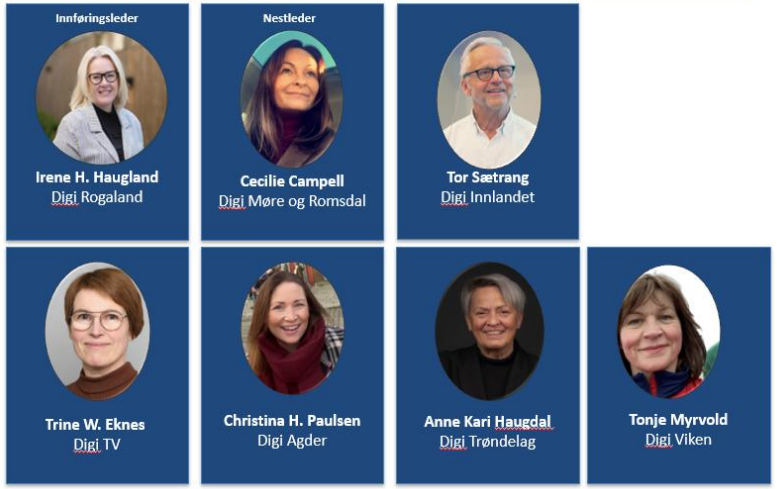
Arbeidsgruppe Digihelsestasjon



Arbeidsgruppe Velferdsteknologisk knutepunkt



Arbeidsgruppe HTM



Veiledet felles innføringsløp for «Ny funksjonalitet i kjernejournal»





Pasientens legemiddelliste



Pasientens prøvesvar

Veiledet felles innføringsløp for Kommunens Sykdomsoversikt (KoSy)

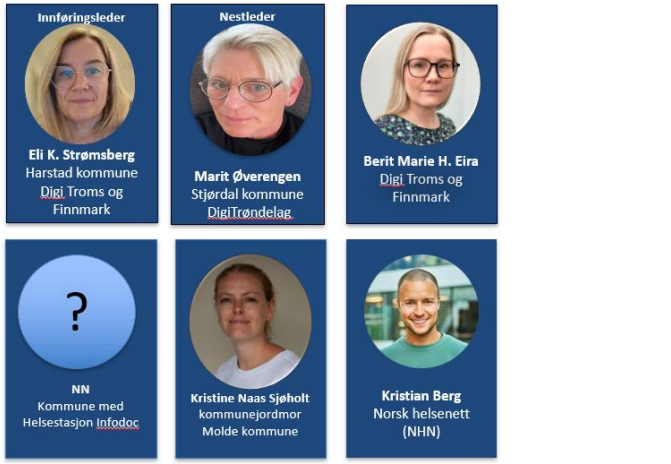


FHI KoSy

Nasjonal arbeidsgruppe Velferdsteknologi



Arbeidsgruppe Digitalt helsekort for gravide



KS

Oppdatert 01.06.2026

Følgende felles utprøvings- og innføringsløp har blitt gjennomført/pågår:

- Felles innføringsløp Kjernejournal
- Felles innføringsløp Digihelse
- Felles innføringsløp Digihelsestasjon
- Felles innføringsløp velferdsteknologisk knutepunkt
- Felles kompetanseløft Helhetlig tjenestemodell
- Felles veiledet innføringsløp Økt funksjonalitet i Kjernejournal (pasientens prøvesvar (PPS), pasientens journaldokumenter (PJD), pasientens legemiddelliste (PLL))
- Felles veiledet innføringsløp Persontjenesten
- Felles veiledet innføringsløp for Kommunenes sykdomsoversikt (KoSy) i samarbeid med FHI
- Felles utprøvingsløp Digitalt helsekort for gravide
- Felles veiledet innføringsløp velferdsteknologi – Digitalt tilsyn (høsten 2026)
- Felles veiledet innføringsløp velferdsteknologi – elektronisk medisineringsstøtte (høsten 2026)
- Felles innføringsløp Pasientens legemiddelliste – PLL i pleie og omsorg og fastlegeforløpet
- Felles utprøvings-/ innføringsløp for Pasientens prøvesvar

500-600 kommuner (?) har deltatt på flere utprøvings- og innføringsløp

Høsten 2026

KS Fag- og prioriteringsutvalg e-helse







KS Faggruppe e-helse









Nasjonal koordineringsgruppe for utprøving- og innføringsløp









Møte med utprøvings- og innføringsleder

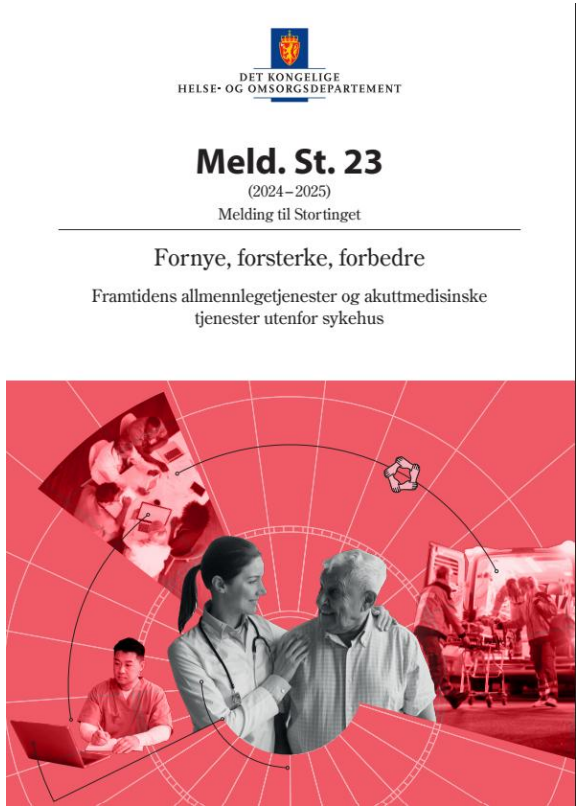








Vurdere hvordan **allmennlegetjenesten** i større grad kan inngå i kommunenes arbeid med digitalisering.



- *Regjeringen vil fortsatt støtte digitaliseringsnettverkene i regi av KS og kommunene. Helseteknologiordningen omfatter allerede tilskudd til utvikling og innføring og nettverk i regi av KS. Regjeringen vil i samarbeid med KS utrede om og på hvilken måte kommunal sektors modeller og nettverk kan benyttes og eventuelt videreutvikles, slik at allmennlegetjenesten i større grad kan inngå i kommunenes arbeid med digitalisering. Som en del av arbeidet skal det vurderes tiltak for å styrke bestillerkompetansen i kommunene og også bidra til koordinert dialog med leverandørene.*
- *Regjeringen (Meld. St. 23) vil legge til rette for å øke takten i utvikling og innføring av digitale løsninger i allmennlegetjenesten gjennom følgende tiltak:*
  - *videreutvikle helseteknologiordningen i samarbeid med KS og helsenæringen*
  - *utrede, i samarbeid med KS, om og på hvilken måte kommunal sektors modeller og nettverk for digitalisering kan benyttes og videreutvikles*

Organisering av arbeidet

HOD

Orienteres fortløpende og ved behov

Pragmatisk tilnærming

(pågår)

Case 1: PLL

Ida Normann

Case 2: DHG

Ellen Normannseth

Case 3: PPS

Stine Drengsrud Eivindson

Pilotering, læring og justering

Styringsgruppe:

- KS e-helse: Terje Wistner
- DNLF: Eirik N Arnesen
- Hdir: Norunn Elin Saure
- NHN: Odd Martin Solem
- Kommune: Jan Petter Johansen
- Kommune: Kathrine Paulsen

Arbeidsgruppe:

- KS e-helse: Kjetil Løyning
- DNLF: Ingrid Bjerring
- NHN: Jørgen Worum
- KS Hev: Miert Skjoldborg Lindboe
- Hdir: Ole Kristian Storli
- PLL: Ingrid Cathrine Søraas Kimmestad
- DHG: Eli Konstanse Strømsberg
- Kommunerep: PPS (Under avklaring)

Følge med-evaluering

Oppdrag:

Dokumentere:
Innspill til generisk modell

Tid	Tema	Innleder
09.00-09.05	**Velkommen til Temadagen**	Hans Löwe Larsen
09.05-09.10	**Agenda og praktisk info**	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
09.10-10.05	**Kommunal sektor** • Samstyring innen digitalisering • Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet • Felles modell for utprøving, innføring og KS nettverk e-helse	 Stian Rugsveen Engen Stian Rugsveen Engen Kjetil Løyning
10.05-10.20	**Pause**	
10.20-11.30 	**Tema 1: Når er en digital løsning faglig forsvarlig å ta i bruk?** Innledning Case Pasientens prøvesvar (PPS) Case Sentral forskrivningsmodul (SFM) Gruppe-refleksjon	 Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne Oslo kommune v/ Gerd Marit Eng Oslo kommune v/ Mette Gjengstø
11.30-12.30	**Lunsj**	
12.30-12.55	**Tema 2: Hvordan lykkes med stegvis utprøving og stegvis innføring?** Innledning Case Digitalt helsekort for gravide (DHG) Case Pasientens journaldokumenter (PJD)	 Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne Stavanger v/ Anne von Erpecom Stavanger v/ Eva Tone Fosse
12.55-13.20	**Tema 3: EIF modellen som grunnlag for sammenhengende nye løsninger?** Innledning Case Felles EPJ for den offentlige tannhelsetjenesten (Digi Dot) Case Helseplattformen (HP)	 Jørn Andre Jørgensen Jørn Andre Jørgensen Soudabeh Khodambashi
13.20-13.35	**Pause**	
13.35-14.15 	**Gruppereflekjson tema 2 og tema 3** Gruppe-refleksjon	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
14.15-14.25	**Oppsummering og avslutning**	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
14.25-14.30	Avslutte dagen	Hans Löwe Larsen


Pause
Til kl. 10:20
Gode
pauser
skaper
nye ideer

Tema 1:
Når er en digital løsning faglig forsvarlig å ta i bruk?

Case Pasientens prøvesvar (PPS)
Case Sentral forskrivningsmodul (SFM)

Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne
Mette Gjengstø
Gerd Marit Eng

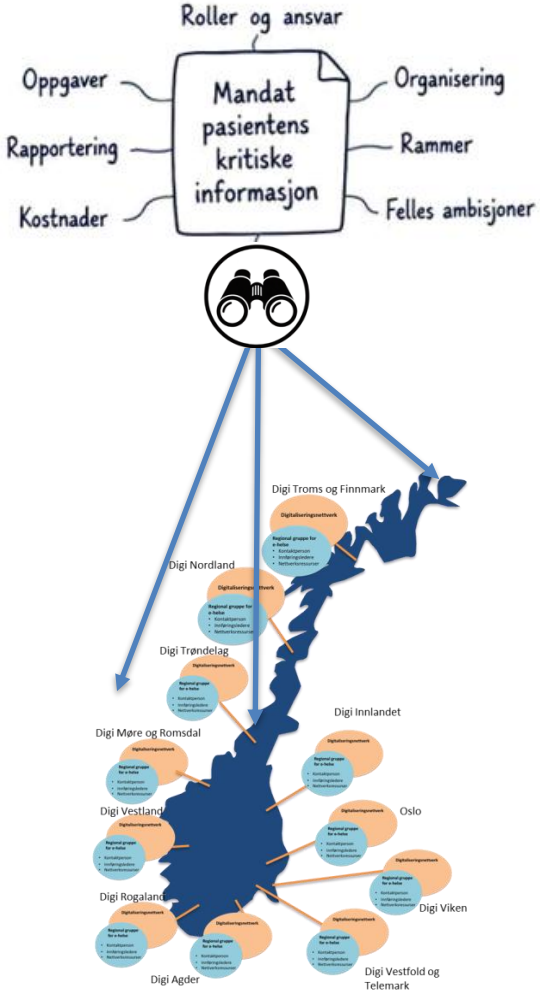
Tema og gruppereflekjoner:

Digital førstelinje: fremtidsbilde, forutsetninger og veien mot **sammenhengende digitale og fysiske tjenester**

Neste generasjon digital samhandling **– fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning**

Helhetlig personverninnstillinger på tvers av aktører og systemer

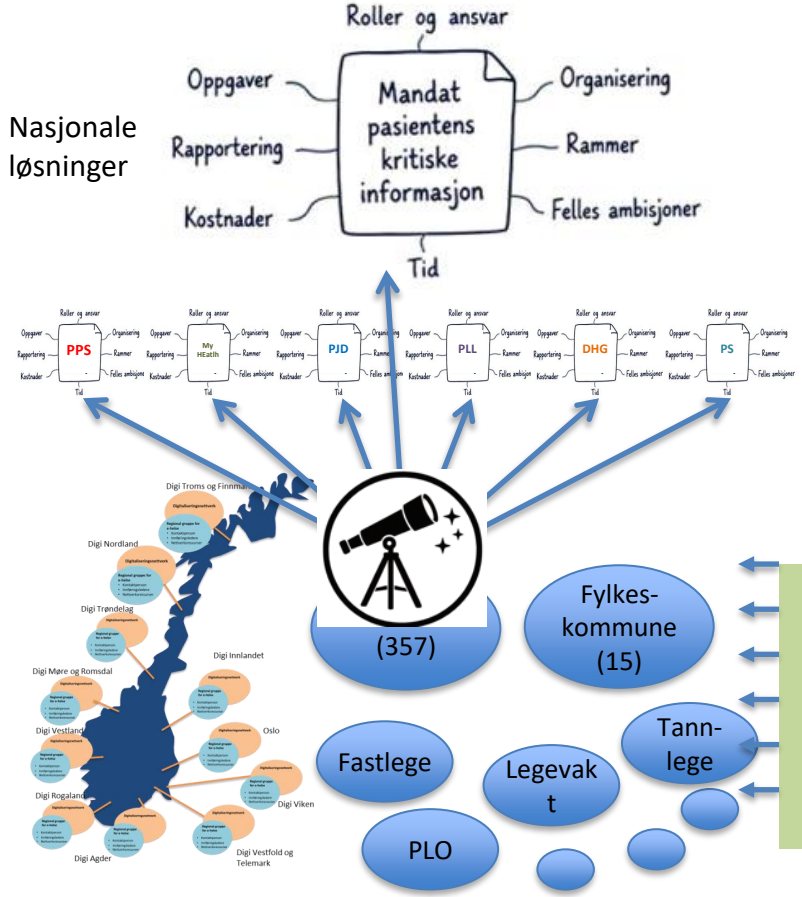
Utfordringer med meldingsutveksling



1. **Når er en digital løsning faglig forsvarlig å ta i bruk?**
2. **Hvordan lykkes med stegvis utprøving og stegvis innføring?**
3. **EIF modellen som grunnlag for sammenhengende nye løsninger?**

Hvordan kan vi samarbeide bedre og gjøre det enklere?
(å ha virksomhetsansvar og å være helsepersonell)

Nasjonale løsninger



EPJ



Når er en nasjonal samhandlingsløsning klar til bruk?

Samhandlingsløsninger må fungere på tvers av aktører og systemer, gi gevinster og være trygge i bruk – *før* bredding/innføring

Faglig forsvarlighet må vurderes før bredding/innføring

- Samhandling fungerer teknisk og semantisk
- **Retningslinjer** for bruk i helsetjenester i og på tvers av virksomheter
- Ikke innføre **risiko** for pasientsikkerhet, personvern eller informasjonssikkerhet – tydelige tiltak
- Etablert styring og forvaltning
  - Håndtering av feil og avvik
  - Prosesser for logg- og etterkontroll på tvers av virksomheter



Teknisk klar – betyr ikke klar til bredding/innføring



Utprøving for å sikre at løsninger blir faglig forsvarlig å ta I bruk

Utprøving «teknisk klar»

- Utprøving av **løsning** hos NHN, **integrasjon** med leverandører og **leverandørløsninger**
- Utprøving med **noen** helseaktører og leverandører
- Teste **teknisk dataflyt** og at dataflyt fungerer på tvers

Utprøving «klar til bruk i helsetjenestene»

- Utprøving av løsning og nye funksjoner i **EPJ-systemer** av helsepersonell
- Utprøving i **arbeidsprosesser** med helsepersonell på tvers av virksomheter
- **Vurdere** løsningen i bruk i tjenestene

Evaluere forsvarlighet og nytte

- evaluere risiko og tiltak
- nytte og gevinster
- organisatoriske endringer
- Endrede oppgaver for virksomheter og helsepersonell

⇒ Forberedebeslutning og bredding/innføring

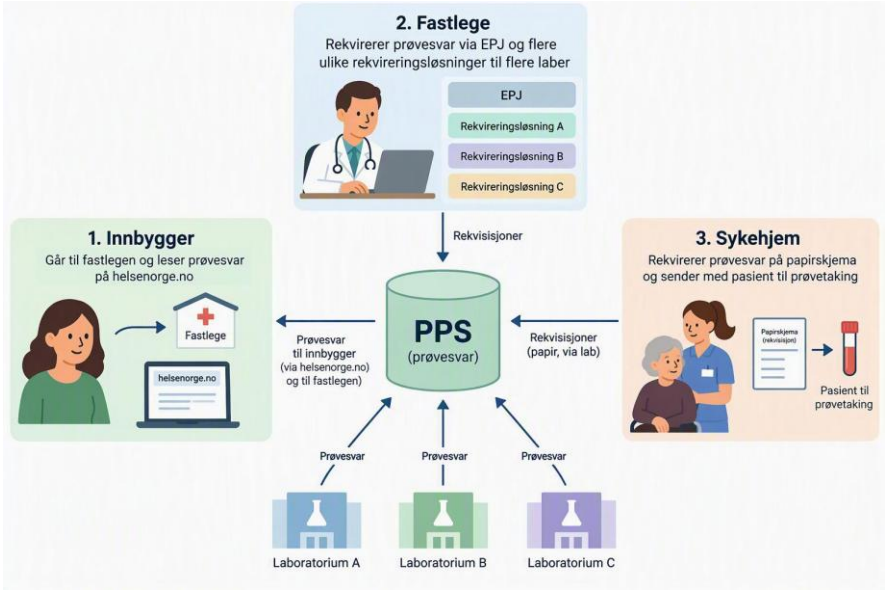
Hva må være på plass?

På plass for faglig forsvarlighet FØR bredding/innføring?

*Digitalisering handler først og fremst om **organisasjonsutvikling, arbeidsprosesser og mennesker**, og ikke bare om teknologi. Dette omtales noen ganger som en **«80/20-regel»**: 80 prosent organisasjon og endring, 20 prosent teknologi.*

Utprøving på tvers av virksomheter, systemer og helsepersonell før bredding/innføring

- **Nasjonale retningslinjer** for bruk av løsningen i og på tvers av helsetjenestene
- Vurdere **risiko**, utilsiktede konsekvenser og nødvendige **tiltak**
- Tydeliggjøre hvordan **personvern**, informasjonssikkerhet og tilgangsstyring ivaretas
- Felles krav til EPJ-systemene
- Avklare **roller** og **ansvar**



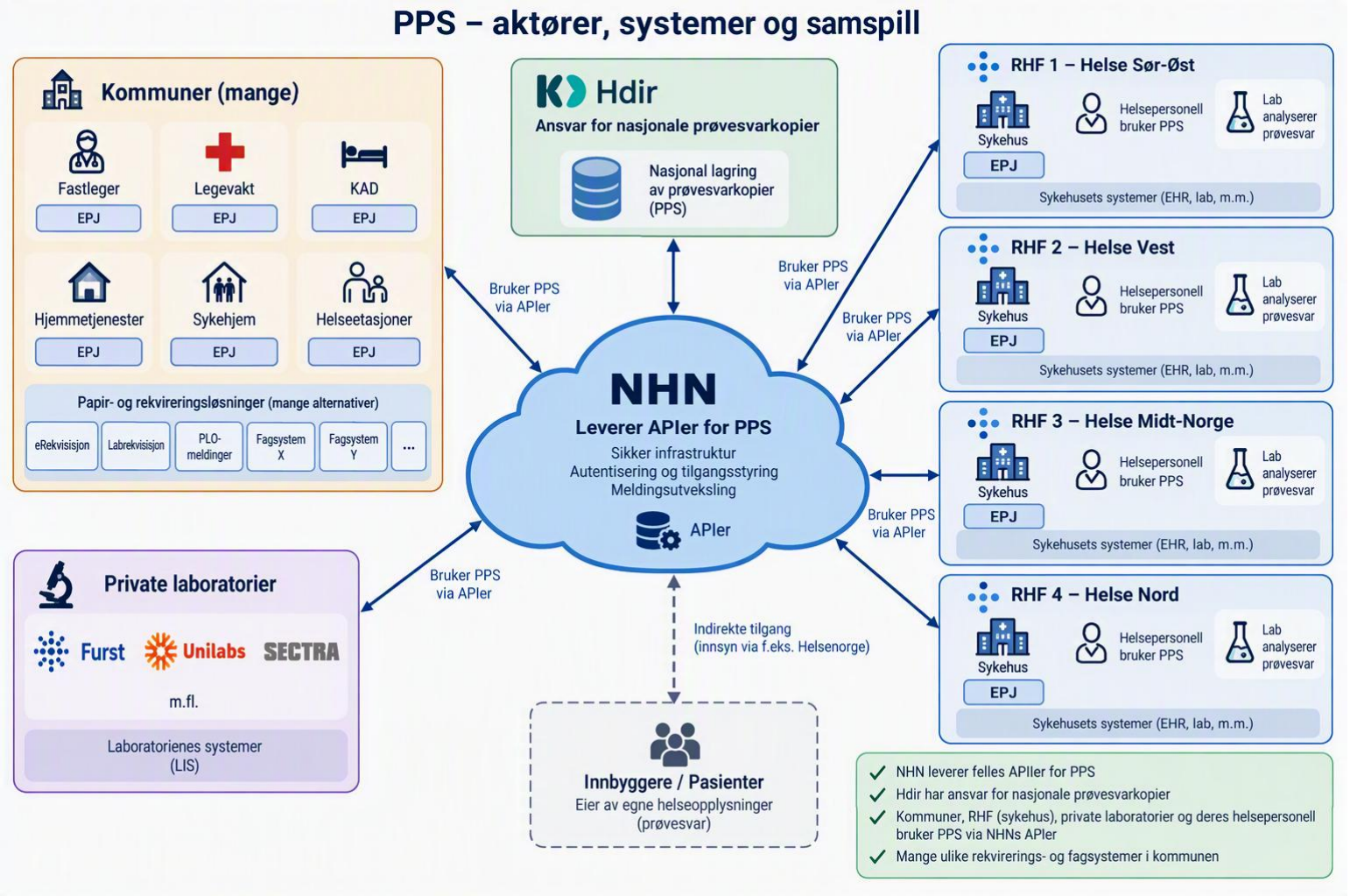
Case PPS: Hva er felles/nasjonalt ansvar for faglig forsvarlighet i PPS?

357 kommuner og 15 fylkeskommuner og mange tjenesteområder:
- Fastlegekontor
- Legevakt
- Helsestasjon
- KAD
- Sykehjem
- Hjemmetjeneste

Ca 4.500 private fastleger

Alt fra små virksomheter med 1 person til større kommuner.

Mange EPJ-system
Cosdoc
Visma
Gerica
Aidn
EG Infodoc
EG Pasientsky
CGM legevakt
Helseplattformen
CGM journal
Pridoc
HSPro
Webmed

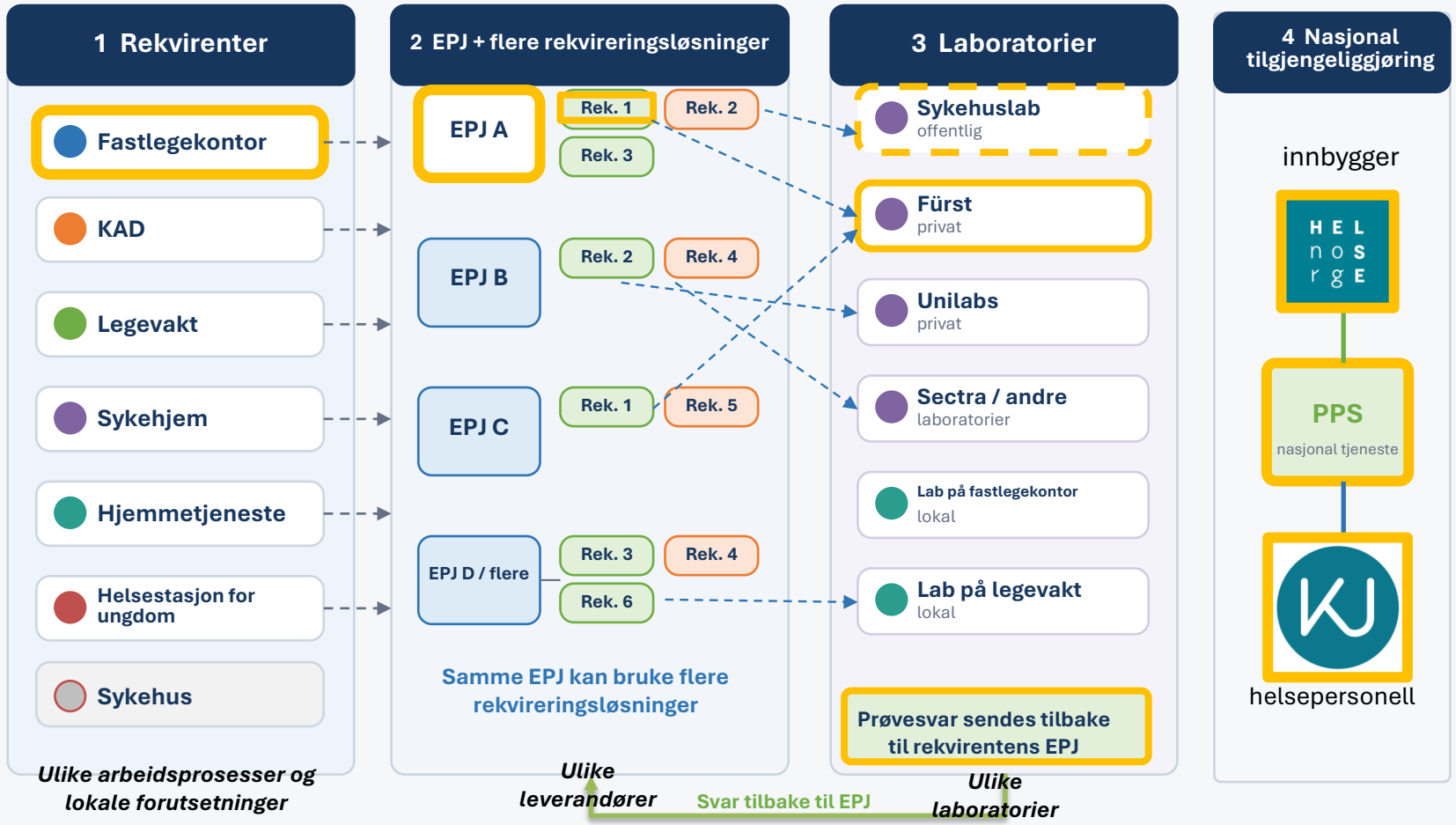


Offentlige og private laber:
32 ulike laber per oktober 2026.
- HV, HSØ, HN, HMN
- Furst AS
- Sectra
- Andre

Ulike papirskjema og rekvireringsløsninger
- DIPS interactor
- Furst Forum
- HP link
- andre

Bredding av PPS

- PPS må fungere på tvers av ulike tjenester, EPJ-er, rekvireringsløsninger og laboratorier.
- Når er den klar til bredding/innføring på fastlegekontor og i kommunene?
  Og hva betyr det når den ikke er det og PPS allikevel breddes?



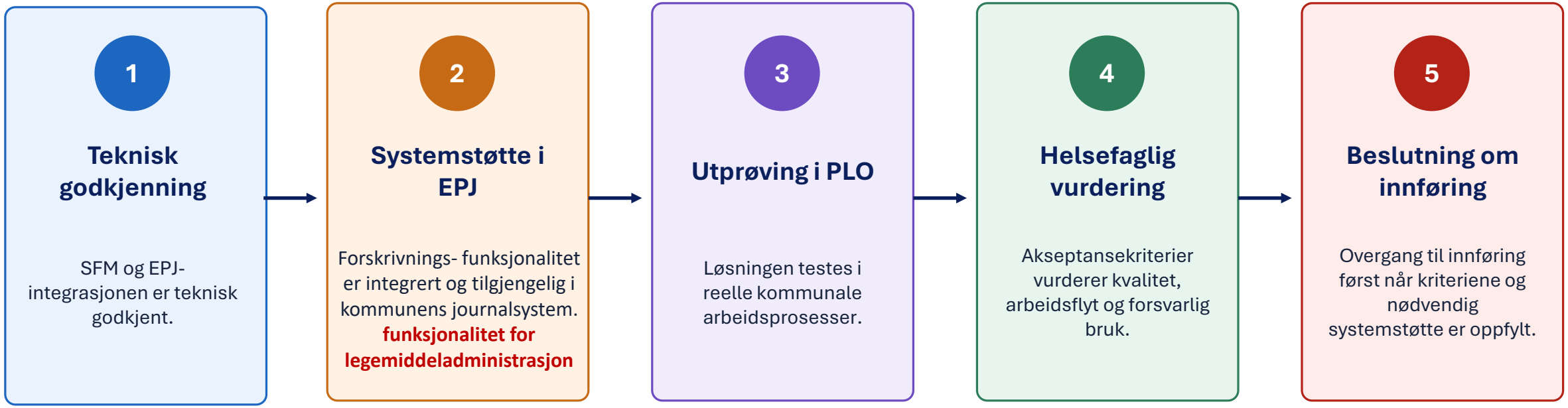
PPS MVP1 i **utprøving** fra 5.06.2025
- Ca 1900 unike virksomheter
- 6,2 mill prøvesvar

PPS ikke klar for innføring
- Innfrir ikke kriterier for innføring og Helsedirektoratet støtter ikke innføring
- Kriterier som ikke er innfridd:
  - Innbygger kan ikke slette prøvesvar
  - Kun innbyggerinnsyn støttes ikke
  - Mangler funksjoner for personverninnstillinger – begrenset til *reservasjon/ingen reservasjon*
  - Sårbare grupper ikke godt nok ivaretatt
- Ingen nasjonale retningslinjer for faglig forsvarlighet for PPS

PPS breddes videre
- Hvem har ansvar for faglig forsvarlighet inntil PPS er innføringsklar?
- Hva kreves for at en nasjonal tjeneste faglig forsvarlig å bredde/innføre?

PPS er ikke klar for innføring, men breddes videre med tydelig beskjed om at det er virksomhetene som er ansvarlige.

SFM - fra teknisk godkjenning til innføring



Nasjonalt nivå

Utvikle prioritert funksjonalitet, tekniske krav og underlag som gjør utprøving mulig.

Kommunal sektor

Teste i praksis, utarbeide helsefaglige akseptansekriterier og vurdere overgang til innføring.

Målet er et felles grunnlag for trygg skalering.



Oslo

Innføring av pasientens prøvesvar som konsument og kilde i Oslo kommune

Tekniske utfordringer

Det lages løsninger som for kommune er vanskelige og kompliserte å ta i bruk

Oslo kommune har et gammelt EPJ-system som ikke oppfyller dagens krav til digitale løsninger.

For å få tilgang, og få systemet til å samhandle med NHN sin løsning har det krevd samarbeid med mange aktører (NHN, leverandør av EPJ, IKT, Systemforvalter)

Det er komplisert å teste løsningene da en ikke kan teste på reelle brukere. Oslo kommune har en testdatabase som vi har satt opp mot testmiljøet til NHN. Det har vært komplisert å få til.

Og siden testmiljøet er satt opp mot testmiljø er dette nå noe annerledes enn i prod. Slik er vi aldri helt sikre på om ting som er testet fungerer slik det skal i prod.

Det er "langt" til NHN. Et eksempel fra denne uken:

- Vi la inn en ny virksomhet i selvbetjeningsportalen (som er en ganske enkel aktivitet når en kan det)
- Testet og fikk det ikke til å fungere
- Sjekker alt fra vårt system og kan ikke finne feilen
- Får en kollega til å gjøre det samme han finner heller ikke noe feil hos oss og vi blir enig om å sende saken til NHN.
- Tilbakemelding fra NHN: Feil fra deres side - nå er det OK

Informasjon og opplæring

Konsument for pasientens prøvesvar krevde signering av bruksvilkår. Oslo kommune er stort og det var vanskelig å finne riktig person som kunne signere. Så da en kollega av meg fant vedkommende som kunne signere ble bruksvilkår for pasientens prøvesvar også underskrevet på en fredag ettermiddag.

Kommunen er stor med mange virksomheter det er vanskelig og tidkrevende og nå ut til alle med riktig og oppdatert informasjon

Endringer har skjedd underveis f.eks varsling av prøvesvar til innbygger. De fleste prøvesvar tilgjengeliggjøres for innbygger uten utsettelse. Varsling mandag – fredag 9-14. Prøvesvar med automatisk utsatt innsyn 14 dager.

Skaper usikkerhet hos helsepersonell? hva deles og hva deles ikke?

Sårbare grupper og deling

Etter at løsningen er tatt i bruk dukker det opp nye utfordringer

Hva med sårbare grupper som:

- Fengselshelsetjenesten
- Overgrepsmottak på legevakt
- Rusinstitusjoner

Når skal det IKKE være mulig å dele prøvesvar

Teknisk sperring – At det ikke er mulig å tilgjengeliggjøre prøvesvar fra Sårbare grupper/ avdelinger

Fortrolig adresse: For innbyggere på fortrolig eller strengt fortrolig adresse bør det ikke være mulig å kunne dele prøvesvar

Nekting: Legen vurdere at prøvesvaret kan være til fare for pasienten og ønsker ikke at vedkommende skal kunne se prøvesvaret

Tilgangsbegrensning – hvis helsepersonell vurderer at pasienten ved forespørsel tror at vedkommende ville motsatt seg deling

Reservasjon: Pasienten kan begrense hvem som får tilgang på HelseNorge

Logg

- Helseopplysninger vil bli mer tilgjengelig for helsepersonell. Økt risiko for "snoking"?
- Digitale løsninger blir logget og "snoking" vil bli oppdaget?
- Behov for lettere tilganger til logg.
- Automatiske advarsel ved unormal aktivitet

I en tjeneste som har mye å gjøre, gir dette noe gevinster?

- Sykehjemslegene - bruker mindre tid på å få viktig helseinformasjon om brukerne sine.
- Ser de vil få enda mer gevinster når alle er på.
- Vi sliter med å få sykepleierne til å se nytteverdien.

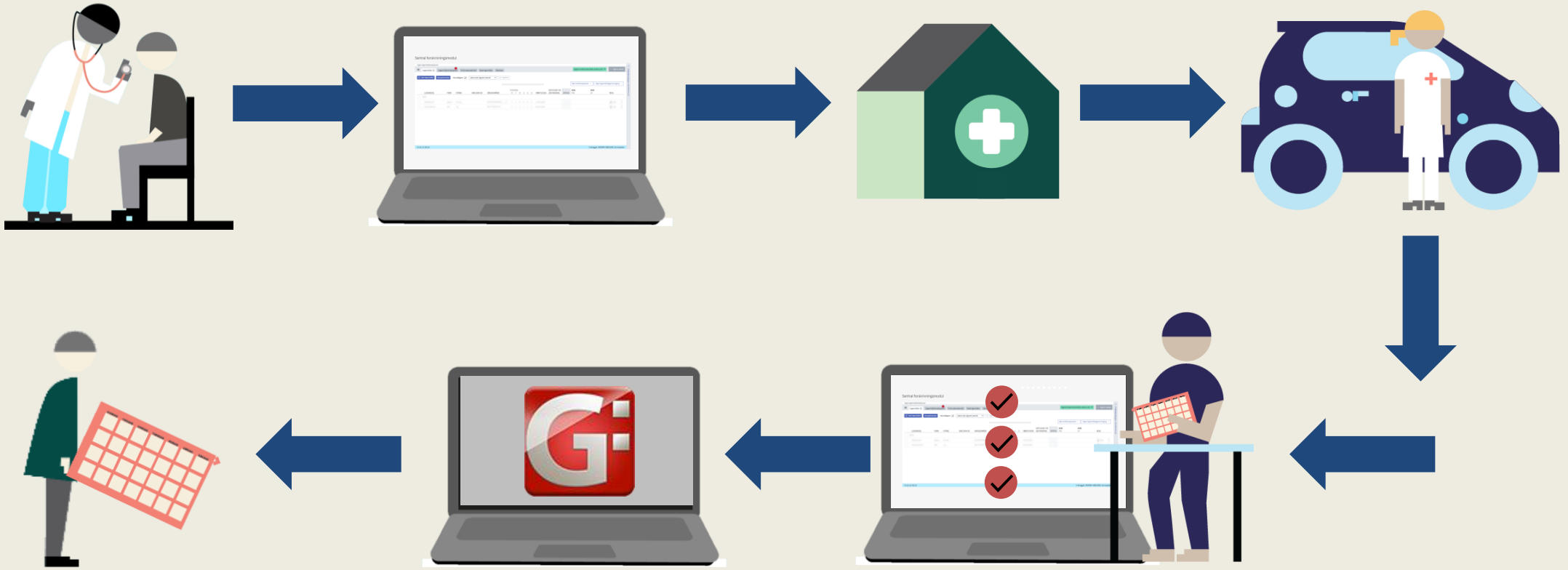
Oslo

Vurdering av SFM til administrasjon i Oslo kommune

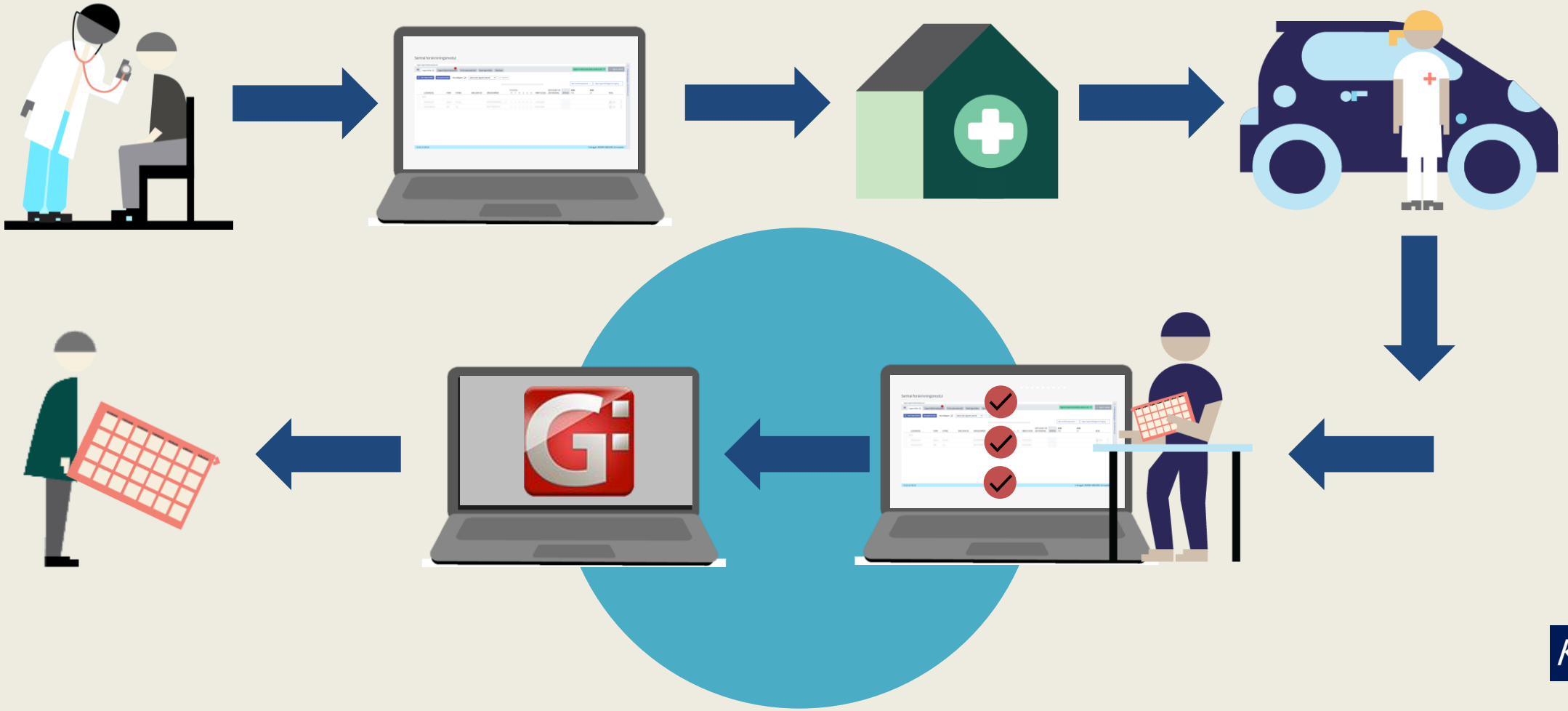


Foto: Tone Spieler / Oslo kommune

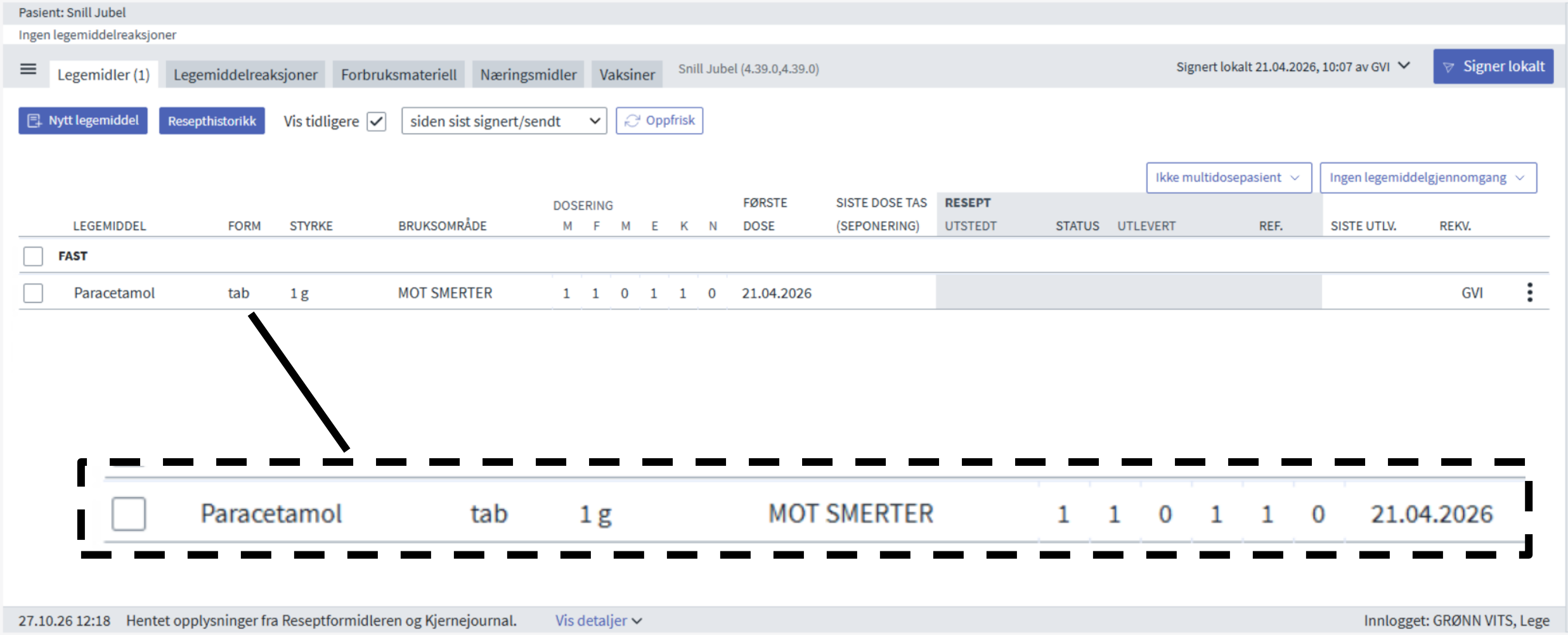
Vurdering av forsvarlighet i løsningen



Vurdering av forsvarlighet i løsningen



Sentral forskrivningsmodul



Paracetamol tab 1 g MOT SMERTER 1 1 0 1 1 0 21.04.2026

Jubel, Snill
597693 03965
Id: 736351

- Kjernejournal
- HLR–
- NEWS2
- SFM
- Bilder
- Doseringsoversikt
- Legemidler i bruk
- Seponerte legemidler

Legemiddelinformasjon

Skjul

Type	Fast
Registreringsdato	21.04.2026
Bruksområde	MOT SMERTER
Ansvarlig lege	GRØNN VITS

Dosering

Skjul

Doseringsenhet* klyster

Administreres av* Legekontor

Utleveres fra* Pakning

Administrasjonsmåte: Gurgling

- Brenning
- Dialyse
- Implantering
- Administrasjon
- Påføring
- Bading
- Tvgging

21.04.2026

Kladd automatisk lagret klokken 12:22

Dosering sammendrag

Doseringsinformasjon fra SFM

1 tablett morgen 1 tablett formiddag 1 tablett ettermiddag 1 tablett kveld daglig

Første dose
21.04.2026

Gjeldende dosering

Første dose
21.04.2026

Siste dose
Ikke oppgitt

Frekvens
Hver dag

Tidsplan
Manglende informasjon

Dosering

Skjul

Doseringsenhet* klyster

Administreres av* Legekontor

Utleveres fra* Pakning

Administrasjonsmåte: Gurgling

Forhold som utfordrer faglig forsvarlighet

- Manuelle mellomledd
- Risiko for informasjonsfeil
- Svak beslutningsstøtte
- Manglende endringsvarsler
- Sikkerhet avhengig av menneskelig kontroll



Faglig forsvarlig når

- Reduserer risiko
- Støtter arbeidsprosessene
- Gir beslutningsstøtte
- Forebygger feil
- Styrker pasientsikkerheten



Gruppereflekjon (ta utgangspunkt i PPS eller SFM)



1. Hva betyr «faglig forsvarlig» for en digital løsning?

- Hvilke (minimums)kriterier bør være oppfylt før digitale samhandlingsløsninger anses som klare og faglig forsvarlige til å taes i bruk i helse- og omsorgstjenesten?
- Hvor går grensen mellom at løsningen er *teknisk klar* og *faglig forsvarlig å bruke*?
- Hvem skal vurdere og beslutte at løsningen er klar for bruk?
- Hvilke erfaringer og hvilken dokumentasjon må foreligge fra utprøvingen?

2. Når er løsningen «ferdig» og klar til å gå fra utprøving til skalering/innføring?

- Hva må være på plass før tjenestene kan skaleres?
- Hvilke minimumskrav bør være oppfylt av funksjonalitet, informasjonssikkerhet, personvern, pasientsikkerhet og kvalitet før skalering og/eller innføring?
- Er den samlede tjenesten tilstrekkelig trygg, forstått og dokumentert til at den kan taes i bruk på en faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester? Med reelle gevinster?

3. Hvordan skal risiko og ansvar håndteres?

- Hvordan får vi avklart hvem som har ansvar for hva i samhandlingen, både under utprøving og etter innføring?
- Hvem har ansvar dersom løsningen gir feil eller mangelfull informasjon, eller informasjon ikke blir tilgjengelig som forventet?

25-30 min	**Gjennomføring:** Individuelt og gruppe **Ordstyrer**: Den som har vært på den høyeste toppen
10-15 min	Lytter inn noen grupper i plenum etterpå

Tid	Tema	Innleder
09.00-09.05	**Velkommen til Temadagen**	Hans Löwe Larsen
09.05-09.10	**Agenda og praktisk info**	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
09.10-10.05	**Kommunal sektor** • Samstyring innen digitalisering • Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet • Felles modell for utprøving, innføring og KS nettverk e-helse	 Stian Rugsveen Engen Stian Rugsveen Engen Kjetil Løyning
10.05-10.20	**Pause**	
10.20-11.30 	**Tema 1: Når er en digital løsning faglig forsvarlig å ta i bruk?** Innledning Case Pasientens prøvesvar (PPS) Case Sentral forskrivningsmodul (SFM) Gruppe-refleksjon	 Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne Oslo kommune v/ Gerd Marit Eng Oslo kommune v/ Mette Gjengstø
11.30-12.30	**Lunsj**	
12.30-12.55	**Tema 2: Hvordan lykkes med stegvis utprøving og stegvis innføring?** Innledning Case Digitalt helsekort for gravide (DHG) Case Pasientens journaldokumenter (PJD)	 Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne Stavanger v/ Anne von Erpecom Stavanger v/ Eva Tone Fosse
12.55-13.20	**Tema 3: EIF modellen som grunnlag for sammenhengende nye løsninger?** Innledning Case Felles EPJ for den offentlige tannhelsetjenesten (Digi Dot) Case Helseplattformen (HP)	 Jørn Andre Jørgensen Jørn Andre Jørgensen Soudabeh Khodambashi
13.20-13.35	**Pause**	
13.35-14.15 	**Gruppereflekjson tema 2 og tema 3** Gruppe-refleksjon	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
14.15-14.25	**Oppsummering og avslutning**	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
14.25-14.30	Avslutte dagen	Hans Löwe Larsen

Helsedirektoratet

Lunsj – oppstart igjen kl. 12.30

Tid	Tema	Innleder
09.00-09.05	**Velkommen til Temadagen**	Hans Löwe Larsen
09.05-09.10	**Agenda og praktisk info**	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
09.10-10.05	**Kommunal sektor** • Samstyring innen digitalisering • Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet • Felles modell for utprøving, innføring og KS nettverk e-helse	 Stian Rugsveen Engen Stian Rugsveen Engen Kjetil Løyning
10.05-10.20	**Pause**	
10.20-11.30 	**Tema 1: Når er en digital løsning faglig forsvarlig å ta i bruk?** Innledning Case Pasientens prøvesvar (PPS) Case Sentral forskrivningsmodul (SFM) Gruppe-refleksjon	 Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne Oslo kommune v/ Gerd Marit Eng Oslo kommune v/ Mette Gjengstø
11.30-12.30	**Lunsj**	
12.30-12.55	**Tema 2: Hvordan lykkes med stegvis utprøving og stegvis innføring?** Innledning Case Digitalt helsekort for gravide (DHG) Case Pasientens journaldokumenter (PJD)	 Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne Stavanger v/ Anne von Erpecom Stavanger v/ Eva Tone Fosse
12.55-13.20	**Tema 3: EIF modellen som grunnlag for sammenhengende nye løsninger?** Innledning Case Felles EPJ for den offentlige tannhelsetjenesten (Digi Dot) Case Helseplattformen (HP)	 Jørn Andre Jørgensen Jørn Andre Jørgensen Soudabeh Khodambashi
13.20-13.35	**Pause**	
13.35-14.15 	**Gruppereflekjson tema 2 og tema 3** Gruppe-refleksjon	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
14.15-14.25	**Oppsummering og avslutning**	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
14.25-14.30	Avslutte dagen	Hans Löwe Larsen

Tema 2:
Hvordan lykkes med stegvis utprøving og stegvis innføring?

Case Digitalt helsekort for gravide (DHG)
Case Pasientens journaldokumenter (PJD)

Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne
Anne von Erpecom
Eva Tone Fosse

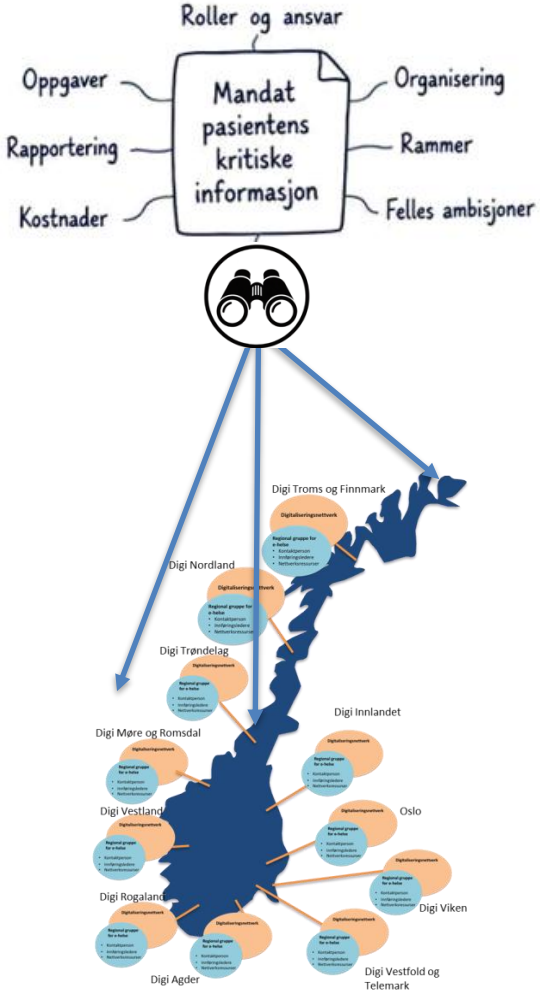
Tema og gruppereflekjoner:

Digital førstelinje: fremtidsbilde, forutsetninger og veien mot **sammenhengende digitale og fysiske tjenester**

Neste generasjon digital samhandling **– fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning**

Helhetlig personverninnstillinger på tvers av aktører og systemer

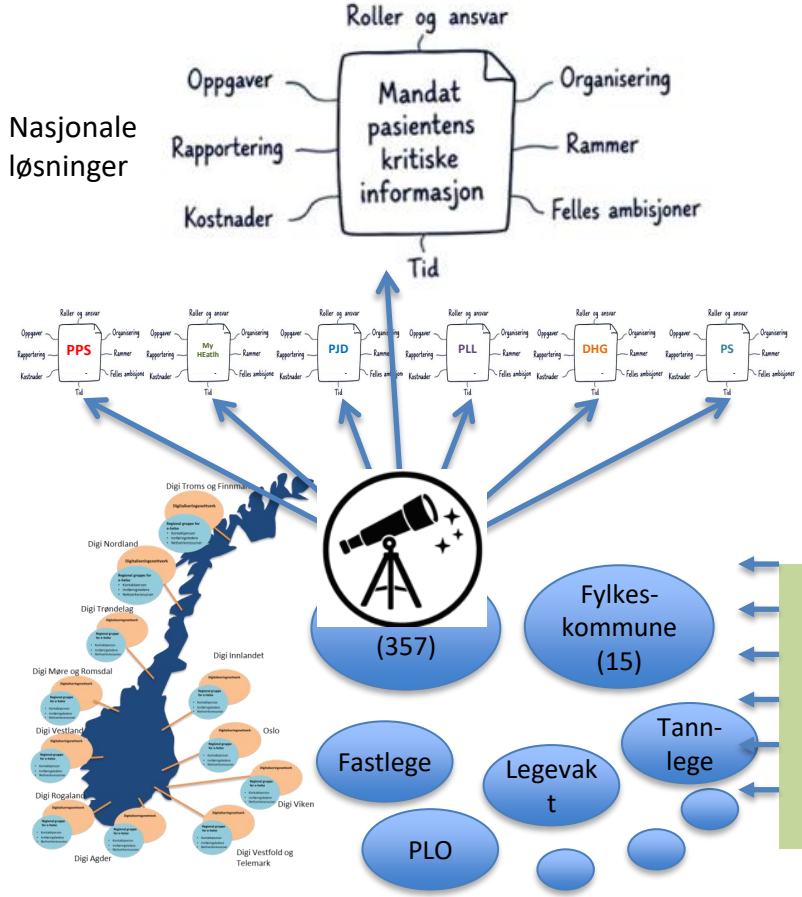
Utfordringer med meldingsutveksling



1. **Når er en digital løsning faglig forsvarlig å ta i bruk?**
2. **Hvordan lykkes med stegvis utprøving og stegvis innføring?**
3. **EIF modellen som grunnlag for sammenhengende nye løsninger?**

Hvordan kan vi samarbeide bedre og gjøre det enklere?
(å ha virksomhetsansvar og å være helsepersonell)

Nasjonale løsninger

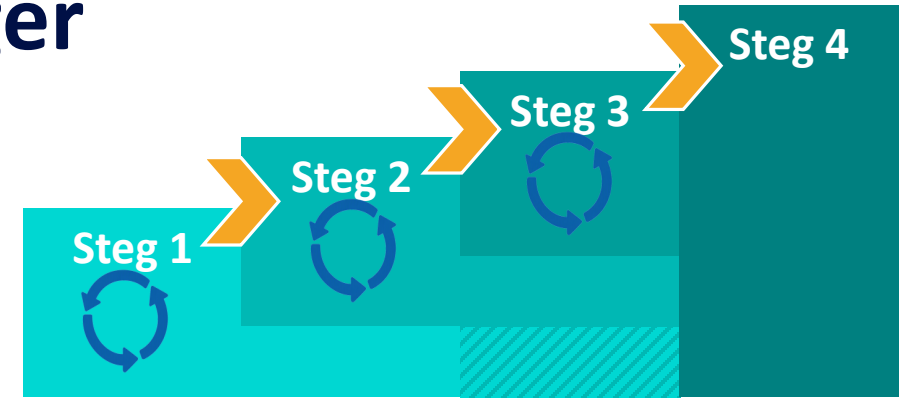


EPJ



Stegvis utvikling av nasjonale løsninger

- **Nasjonal tjeneste i KJ-portal:** Utvikling nasjonalt
  - enklere utvikling, utprøving og innføring
- **Nasjonale APIer:** Utvikling nasjonalt og hos mange ulike helsevirksomheter og deres systemer, brukerflater, integrasjoner og arbeidsprosesser for helsepersonell
  - mer krevende utvikling, utprøving og innføring



Behov => utvikling => utprøving => innføring

Utprøving av utvalgte funksjoner og/eller virksomheter (eks. PPS MVP1 for fastleger med en lab)

- Teknisk utprøving ende-til-ende for dataflyt og kall via APIer, integrasjoner og EPJ-systemer
- Utprøving av arbeidsprosesser ende-til ende med virksomheter, systemer og helsepersonell
- Utprøving av forvaltningsrutiner

Hva kreves for bredding/innføring?

- Forberede og beslutte bredding/innføring

For løsning og ulike tjenesteområder:

- Tydelige krav til leverandørløsninger (som skal bestilles, finansieres og følges opp)
- Retningslinjer for bruk
- Vurdering av risiko og tiltak
- Forvaltningsrutiner og eventuelt hvordan videre utvikling vil påvirke løsningen

Smidig og stegvis utvikling av nasjonale løsninger

Smidig utvikling

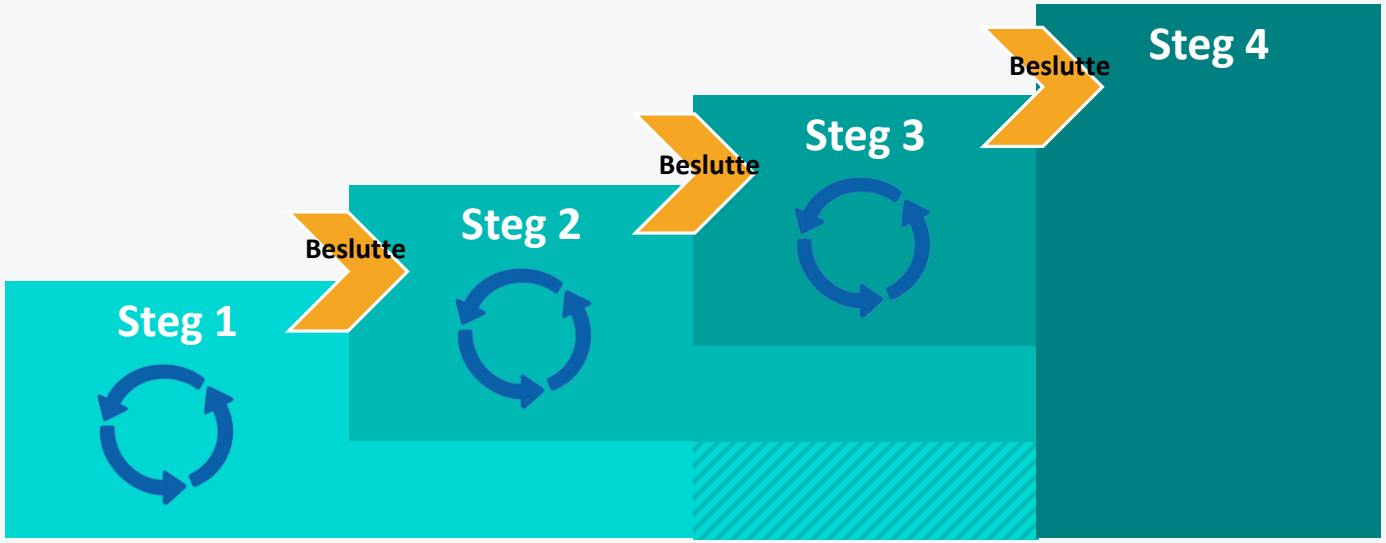
- Korte læringssløyfer
- Prioritering etter behov og nytte
- Hyppige tilbakemeldinger
- Løpende forbedring av tjeneste, integrasjoner og arbeidsflyt

Brukes i

Stegvis utprøving og innføring

- Begrenset utprøving først
- Utvidelse til flere aktører og kontekster
- Tydelige kriterier/beslutninger for stegene
- Bredding/innføring for deler av løsningen eller for utvalgte aktører

- **Tydeliggjøre hvert steg** med ansvar, risiko og kriterier og tilhørende utprøving og evaluering
- **Smidig utvikling** i hvert steg med begrenset antall aktører og leverandører involvert
- **Beslutning om bredding/innføring for hvert steg**: Prosesser for overgang fra utprøving til bredding/innføring med retningslinjer til virksomhetene

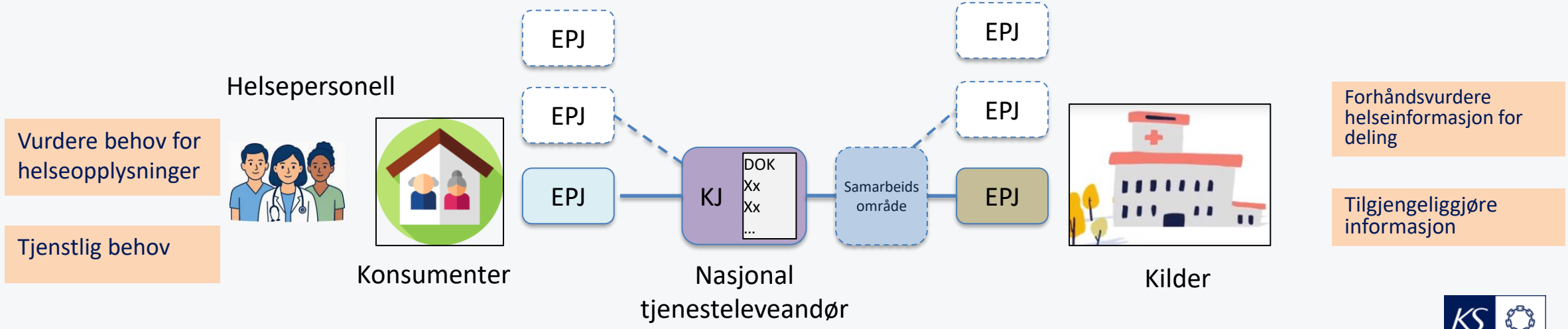


Tjenesten må prøves ut ende til ende

Utprøvingen må omfatte funksjoner, informasjonsflyt, arbeidsprosesser, tilgangsstyring, logging, sporbarhet, etterkontroll og håndtering av avvik

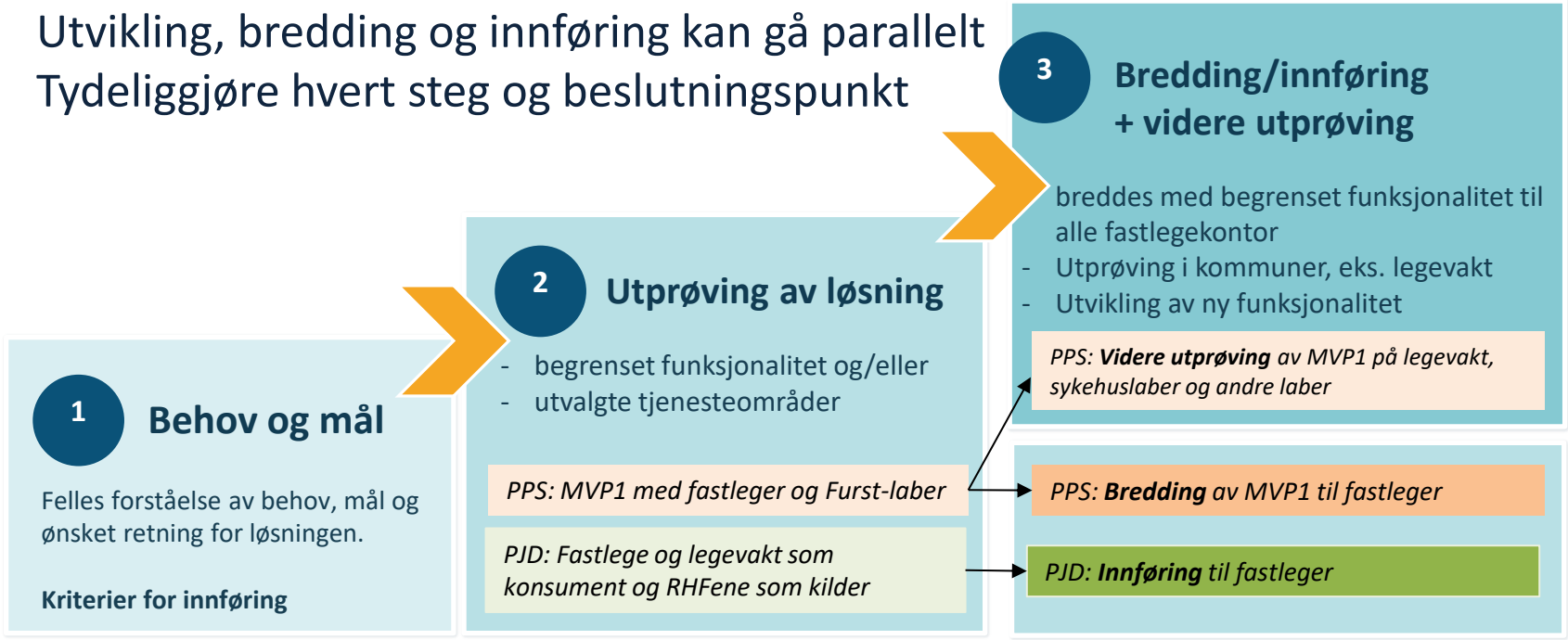
- **Teknisk utprøving er viktig, men teknisk klar for én aktør betyr ikke klar til bruk i helsetjenestene.**
- Utprøving **ende-til-ende** med alle involverte aktører for vurdering og evaluering – forsvarlighet, personvern, etterkontroll osv.





Stegvis utprøving og innføring av nasjonale løsninger

- Utvikling, bredding og innføring kan gå parallelt
- Tydeliggjøre hvert steg og beslutningspunkt



Smidig gjennomføring i hvert trinn: planlegge → utvikle → prøve ut → lære → forbedre
utvikling reduserer risiko og gjør det mulig å skalere på grunnlag av dokumentert erfaring.

Stegvis utprøving og innføring
- Tydelige steg
- Beslutning for hvert steg

Teknisk utprøving ende-til-ende:
- APIer fra NHN
- Bruk av KJ portal eller første versjon av leverandørløsning i en tjeneste (eks legevakt)

Utprøving i tjenesten ende-til-ende:
- med helsepersonell, EPJ, brukerflater og funksjoner i relevante pasientforløp og arbeidsprosesser
- Evaluere av nytte og gevinster
- Etablere forvaltningsrutiner

Beslutning om bredding/innføring av *begrenset* løsning og/eller *utvalgte* virksomheter.
- Hvordan besluttes innføring og av hvem?

For å lykkes med stegvis utvikling nasjonalt **krever det at nasjonal utvikling/utprøving ikke stopper når APIene og første steg er ferdig**.
Nasjonal utvikling bør omfatte helsesektor og inkludere flere tjenesteområder i primær- og spesialisthelsetjeneste.

Stegvis utvikling for Pasientens journaldokumenter (PJD)

PJD over i forvaltning og ibruktakelse opp til hver virksomhet både som konsument og kilde

06/2024: innføring for fastleger

1

Deling fra RHFene og bruk hos fastleger og legevakt

Vurdering av dokumenter for tilgjengeliggjøring fra RHFene.
Behov og nytte hos fastleger og legevakt



2

Flere konsumenter i primær

Flere i primærhelse kan ta i bruk PJD (f.eks. hjemmetjeneste, KAD, sykehjem, fysioterapeuter, psykologer) – ingen utprøving og evalueringer
Krever støtte for tillitsrammeverket



3

Flere kilder deler dokumenter

Kartlegge deling av journaldokumenter fra kommunene.
Behov og nytte for tilgang i spesialisthelsetjenesten.

Støtte i EPJ for forhåndsvurdering og deling.
Felles rutiner for etterkontroll og logging.



4

Utvidet bruk og funksjonalitet

Mer avanserte tjenester tas i bruk, som beslutningsstøtte, varslinger og bedre sammenstilling av informasjon på tvers.

Prosesser for loggoppfølging og etterkontroll



- ✓ Beslutningsstøtte
- ✓ Varslinger
- ✓ Sammenstilling

5

En helhetlig løsning for helsetjenesten

PJD er en felles, nasjonal løsning som gir relevante aktører tilgang til oppdatert pasientinformasjon på en trygg og forsvarlig måte



- ✓ Felles informasjonsgrunnlag
- ✓ Trygg og effektiv samhandling
- ✓ Bedre pasientforløp

Økt verdi for pasienter, helsepersonell og kommuner

Stegvis utvikling av Digitalt helsekort for gravide (DHG)

1

Begrenset utprøving



Oppstart mai 2025
3 helseregioner
3 sykehus
5 kommuner
7 legekontor

179 kort opprettet
131 aktive

2

Utbredelse når aktører er klare



Fastleger og kommunal jordmortjeneste/-helsestasjon kan ta DHG i bruk selv om lokalt sykehus ikke er klart.

Papirhelsekortet er fortsatt grunnlaget.

3

Koordinert utprøving



Der sykehuset også er klart, prøves hele samhandlingskjeden samlet:

- fastlege
- kommunal jordmortjeneste
- sykehus

4

Skalering og overgang



DHG integreres i journalsystemene. Sideversjoner skal ikke breddes.

Kommunene må håndtere leverandørkostnader, ulik teknisk modenhet og parallelle informasjonskilder.

5

Ordinær bruk



En sammenhengende digital løsning der den gravide, fastlegen, kommunal jordmortjeneste/helsestasjon og sykehuset deler og bruker oppdatert informasjon.

Økt verdi og tryggere samhandling i svangerskaps- og fødselsforløpet

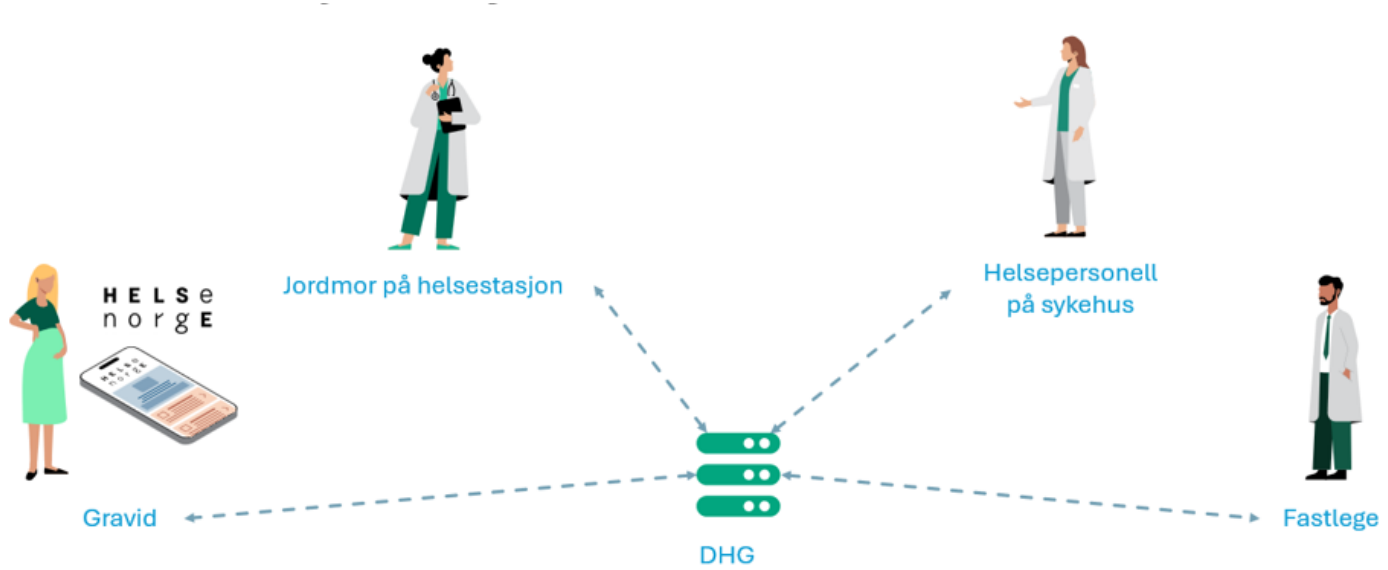
UTPRØVE → UTBREDE → FORBEDRE → SKALERE OG INNFØRE → ORDINÆR BRUK

Stavanger kommune

Digitalt helsekort for gravide

Digitalt Helsekort for Gravide, DHG

Digitalt helsekort for gravide er et arbeidsredskap som vil sikre at den gravide, og alle som bidrar i samhandling rundt den gravide, får tilgang til samme informasjon. Den gravide har tilgang på sin informasjon i HelseNorge, der hun også kan bidra med relevant informasjon, og de andre tjenestene som samarbeider om den gravide har tilgang til å se, supplere og dokumentere behandlingen som er gitt.



Digitalt Helsekort for Gravide, DHG

Begrepsavklaring:
Min forståelse av
Smidig – Minst mulig utfordringer og hinder
Stegvis – Neste seg i utviklingen/breddingen bygger på forrige



Bakgrunn:
Jordmortjenesten i Stavanger har vært med på utvikling av DHG siden 2023.

Vi startet med en begrenset utprøving av DHG 19.05.25 i samarbeid med ett legekontor i kommunen, før vi utvidet til at alle våre gravide kunne få et DHG. Vi har tilbudt dette selv om ikke alle fastleger har tilgang til DHG og Helse Stavanger SUS ikke er klar.

Fra 2023 har vi også drevet aktivt forankringsarbeid, både i samarbeid med fastlegetjenesten i kommunen, men også med jordmortjenestene i nærliggende kommuner og SUS. Dette har vi opplevd har hatt stor gevinst.

Digitalt Helsekort for Gravide, DHG

1. Hva krever smidig utvikling og stegvis utprøving av en tjeneste?

Jordmortjenesten i Stavanger har startet selv om flere fastleger ikke var klar enda. Vi har sett at dette har flere gevinster; erfaring med DHG, samhandling med de fastlegene som er på, og fornøyde gravide

Vår tanke er at når én tjeneste starter, så ligger det allerede en god del informasjon i DHG i det andre kobler seg på, og det blir da også lett for alle å se gevinsten. I tillegg får de et bedre bilde av hvordan tjenesten vil fungere fremover.

Videre vil da de fleste gravide ha aktive helsekort den dagen Stavanger Universitetssykehus kobler seg på løsningen, noe som igjen vil gi SUS en større gevinst fra første dag.

Ved at vi har gått gradvis har vi også kunnet diskutere og korrigere utfordringer underveis, men klar oversikt over hvor utfordringen ligger og hvem som skal løse den. Her har også NHN spilt en stor og avgjørende rolle, og fulgt opp både problemene og utviklerne.

Digitalt Helsekort for Gravide, DHG

2. Hvordan få de ulike aktørene til å henge sammen i smidig (stegvis) utvikling og innføring?

Vi er allerede i en utprøving, og det er derfor hensiktsmessig å lytte til dem som har opparbeidet seg erfaring. Pr i dag deltar jeg jevnlig i digitale møter med små og store kommuner i Norge for å snakke om våre erfaringer og tips før oppstart. Dette har vist seg å være veldig positivt for nye kommuner og sikrer smidig utbredelse.

Kriterier for utvidet utprøving bør være ønske om gevinst i den enkelte kommune, ønske om bedre samhandling. NHN fortsetter å følge leverandørene og er lett å kontakte ved utfordringer. Videre har vi forvaltningsråd som vil fortsette fremover til DHG er nasjonalt innført.

Digitalt Helsekort for Gravide, DHG

3. Hvordan sikrer vi at utprøvingen dekker bredden i helse- og omsorgstjenesten?

Siden det er en gradvis utprøving, så er det vanskelig å si at når vi har nådd en bestemt dato, så er tjenesten klar.

NHN vil holde på DHG og utvikling av tjenesten sammen med leverandørene. Håper er at tilbakemeldingene som forvaltningsrådet spiller inn kan påvirke videre utvikling av tjenesten. Siden NHN er produkteier av DHG så er det naturlig at det er de som får ansvar for videre utvikling.

Det er jevnlige oppdateringer av vårt EPJ, og før disse systemoppdateringene får kommunene dem til testing før oppgraderingen skjer for alle brukerne. Jeg ser ikke at DHG ikke skal kunne følge samme mønster.

Digitalt Helsekort for Gravide, DHG

4. Hvordan prøver vi ut sikkerhet og kontroll på tvers?

Leverandørene har lagt inn logg i DHG, på samme måte som du har logg i HelseNorge og kan se hvem som har vært inni din journal på sykehuset.

Etter min vurdering trenger vi ikke å være bekymret for at DHG skal velte om på alle systemer vi har i dag. Når det kommer til avvik eller andre uønskede hendelser må dette meldes dit problemer har sin kilde.

Digitalt Helsekort for Gravide, DHG

Erfaringer fra Stavanger

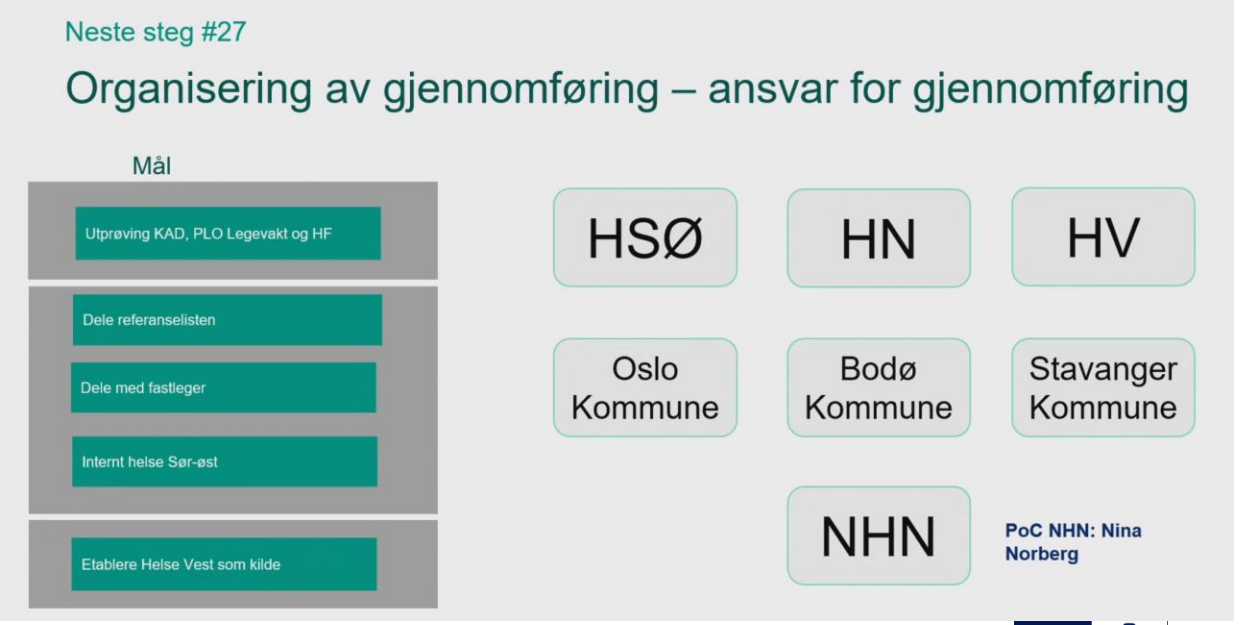
- Fornøyde gravide, fornøyde jordmødre med «lang» erfaring.
- Fler og fler fastleger kommer på; det er lettere å samarbeide, lettere å få innsikt i aktuelle prøveresultater, pasienten trenger ikke være ansvarlig for kommunikasjon mellom jordmor og fastlege
- Fungerer godt, selv om ikke sykehuset er på. De aller fleste gravide har sin svangerskapsomsorg i kommunene og er kun innom sykehus i forbindelse med ultralyd og fødsel. Derfor er det ikke noe problem at sykehusenes DHG-løsninger ikke er klar enda.
- Det har vært en frykt for ekstraarbeid og parallelle arbeidsprosesser og økt risiko for feil. Dette mener jeg er feil vinkling. Det er papirhelsekortet som i dag bidrar til dette.

Stavanger kommune

Pasientens journaldokumenter

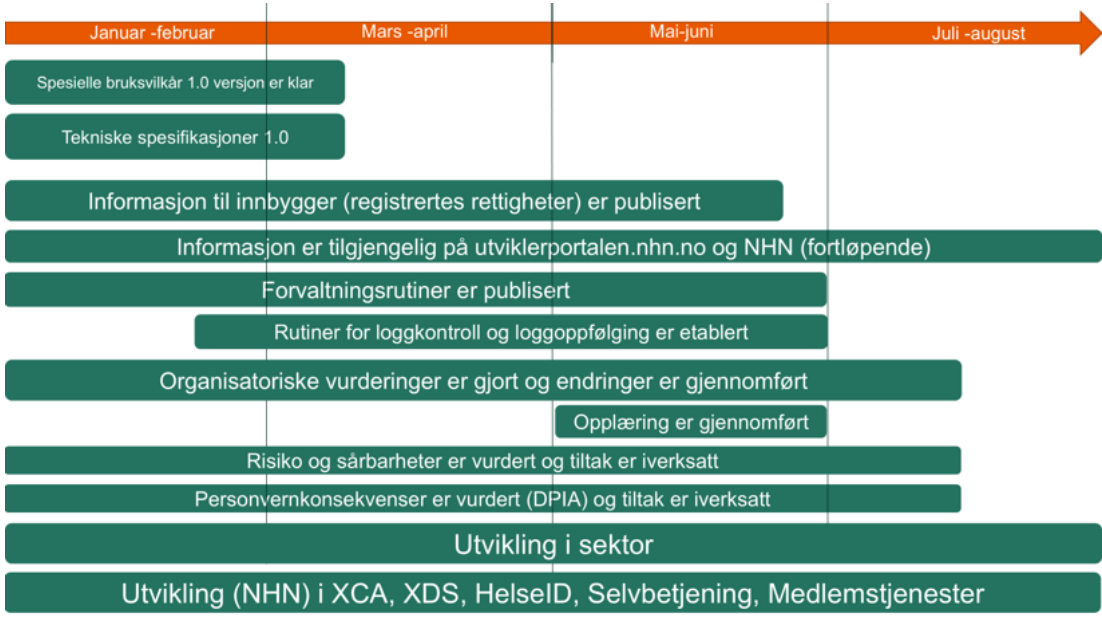
Utprøving av Pasientens journaldokumenter

- Pasientens journaldokumenter skal gjøre det mulig å dele utvalgte journaldokumenter på tvers av virksomheter, slik at helsepersonell raskere kan få tilgang til nødvendig informasjon om pasienten
- Behovsgruppemøte juni 22 prioriterte Dokumentdeling og Tillitstjenester høyest
- Høst 22 – Samarbeidsgruppe dokumentdeling og tillitsmodell
- 17.01.23 - 07.03.24 kjerneteam dokumentdeling, regionmøter, feature team, forvaltningsteam, tekniske møter og leverandør møter
- Helse Vest gikk i drift 18.11.24 med PJD og tillitsrammeverket, Andre helseforetak gikk i gang uten tillitsrammeverket basert på hvitelisting juni 23
- Møte 05.04.24 Konsept og rammer for at kommuner kan dele journaldokumenter med Helsedirektoratet



Vurderinger underveis i Stavanger

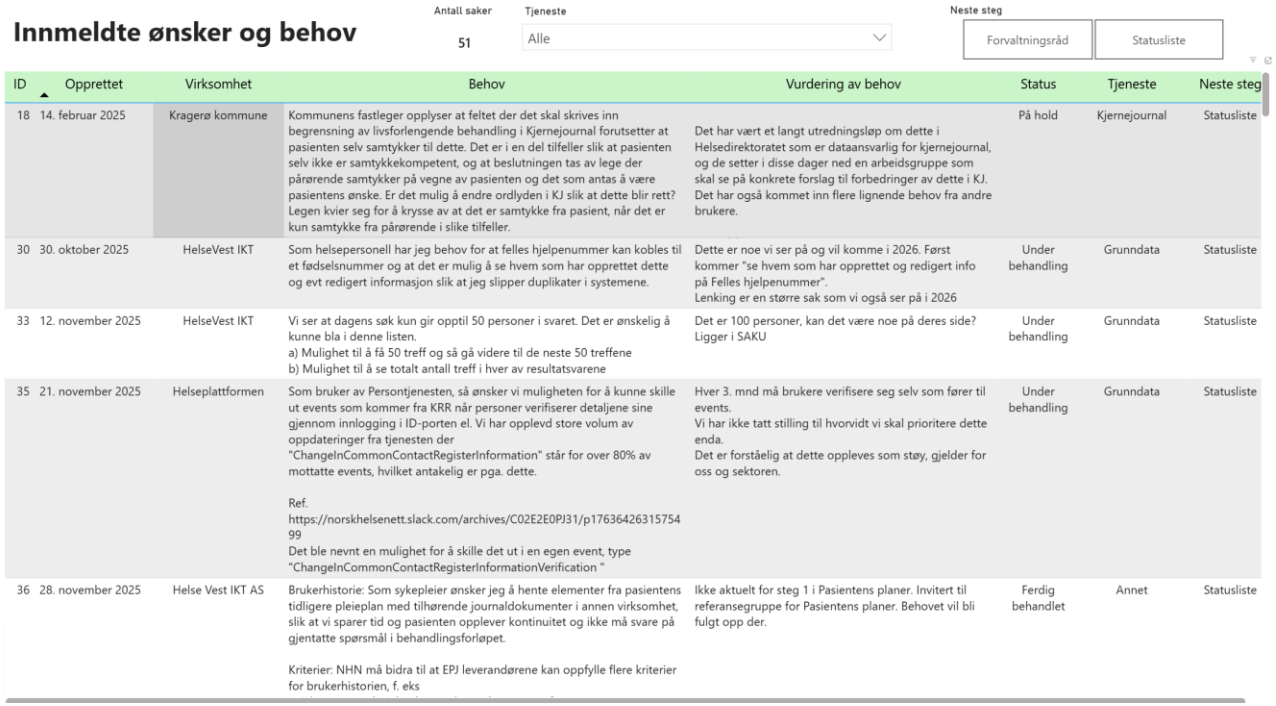
- Tillitsmodell jobbet lenge for å opparbeide tillit til tilstrekkelig tilgangsstyring i kommuner
- Kommunale helsefaglig vurdering i Stavanger, Bodø og Oslo
- DipsFront ville at Stavanger kommune skulle betale hele utvikling av tilpasning av CosDoc.
  CosDoc var end of life, valgte å ikke betale så det ble ikke utprøving i PLO/KAD
- I 2024 fikk kommunale fastleger i Stavanger kommune tilgang til PJD
- I 2025 fikk Stavanger legevakt tilgang



Plan for 2023

Hvor få til endringer nå?

- Forvaltningsråd – alle aktører kan melde inn ønske om endringer
  [Slik melder du inn ønsker og behov - Norsk helsenett]
- Stille krav i anskaffelser for lesing (steg 1) og deling (steg 2)
- Steg 1: Stavanger PLO Aidn 02.02.27
  Resten av kommunene i Rogaland i løpet av 27/28
- Steg 2: Deling av journaldokumenter fra Rogalandskommunene vil komme etter hvert når funksjonalitet blir tilgjengelig i Aidn



Innmeldte ønsker og behov

Antall saker: 51

Tjeneste: Alle

Neste steg: Forvaltningsråd | Statusliste

ID	Opprettet	Virksomhet	Behov	Vurdering av behov	Status	Tjeneste	Neste steg
18	14. februar 2025	Kragerø kommune	Kommunens fastleger opplyser at feltet der det skal skrives inn begrensning av livsforlengende behandling i Kjernejournal forutsetter at pasienten selv samtykker til dette. Det er i en del tilfeller slik at pasienten selv ikke er samtykkekompetent, og at beslutningen tas av lege der pårørende samtykker på vegne av pasienten og det som antas å være pasientens ønske. Er det mulig å endre ordlyden i KJ slik at dette blir rett? Legen kvier seg for å krysse av at det er samtykke fra pasient, når det er kun samtykke fra pårørende i slike tilfeller.	Det har vært et langt utredningsløp om dette i Helsedirektoratet som er dataansvarlig for kjernejournal, og de setter i disse dager ned en arbeidsgruppe som skal se på konkrete forslag til forbedringer av dette i KJ. Det har også kommet inn flere lignende behov fra andre brukere.	På hold	Kjernejournal	Statusliste
30	30. oktober 2025	HelseVest IKT	Som helsepersonell har jeg behov for at felles hjelpenummer kan kobles til et fødselsnummer og at det er mulig å se hvem som har opprettet dette og evt redigert informasjon slik at jeg slipper duplikater i systemene.	Dette er noe vi ser på og vil komme i 2026. Først kommer "se hvem som har opprettet og redigert info på Felles hjelpenummer". Lenking er en større sak som vi også ser på i 2026	Under behandling	Grunndata	Statusliste
33	12. november 2025	HelseVest IKT	Vi ser at dagens søk kun gir opptil 50 personer i svaret. Det er ønskelig å kunne bla i denne listen. a) Mulighet til å få 50 treff og så gå videre til de neste 50 treffene b) Mulighet til å se totalt antall treff i hver av resultatsvarene	Det er 100 personer, kan det være noe på deres side? Ligger i SAKU	Under behandling	Grunndata	Statusliste
35	21. november 2025	Helseplattformen	Som bruker av Persontjenesten, så ønsker vi muligheten for å kunne skille ut events som kommer fra KRR når personer verifiserer detaljene sine gjennom innlogging i ID-porten el. Vi har opplevd store volum av oppdateringer fra tjenesten der "ChangeInCommonContactRegisterInformation" står for over 80% av mottatte events, hvilket antakelig er pga. dette. Ref. https://norskhelsenett.slack.com/archives/C02E2E0PJ31/p1763642631575499 Det ble nevnt en mulighet for å skille det ut i en egen event, type "ChangeInCommonContactRegisterInformationVerification "	Hver 3. mnd må brukere verifisere seg selv som fører til events. Vi har ikke tatt stilling til hvorvidt vi skal prioritere dette enda. Det er forståelig at dette oppleves som støy, gjelder for oss og sektoren.	Under behandling	Grunndata	Statusliste
36	28. november 2025	Helse Vest IKT AS	Brukerhistorie: Som sykepleier ønsker jeg å hente elementer fra pasientens tidligere pleieplan med tilhørende journaldokumenter i annen virksomhet, slik at vi sparer tid og pasienten opplever kontinuitet og ikke må svare på gjentatte spørsmål i behandlingsforløpet. Kriterier: NHN må bidra til at EPJ leverandørene kan oppfylle flere kriterier for brukerhistorien, f. eks	Ikke aktuelt for steg 1 i Pasientens planer. Invitert til referansegruppe for Pasientens planer. Behovet vil bli fulgt opp der.	Ferdig behandlet	Annet	Statusliste

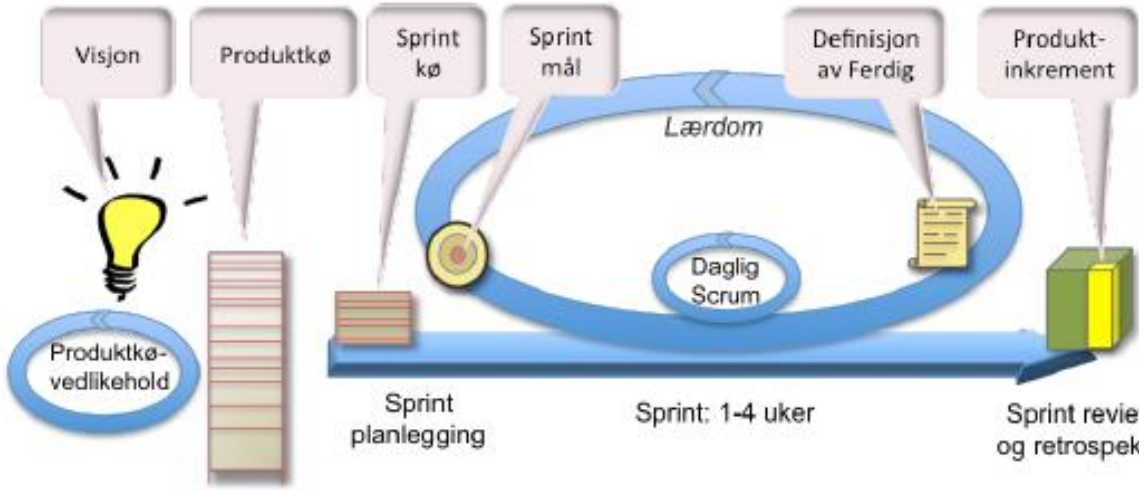
Utfordringer vi så i utprøvingen?

- For å komme i gang og komme videre med utprøvinger er det viktig å begynne uten at nødvendigvis alle aktører er klare til å teste alt ut samtidig
- Viktig at kommuner med rette personer deltar i utprøvinger, ikke nok bare at leverandører deltar
- Viktig å utvikle nye løsninger og ikke gamle end of life produkter
- Testmiljø er nødvendig
- Diskusjoner må styres for å sørge for effektiv ressursutnyttelse for alle aktørene som deltar
- Smidig utvikling og stegvis innføring kan føre til at informasjonen som er tilgjengelig i tjenesten ikke er lik fra alle aktørene



1. Hva krever smidig utvikling og stegvis utprøving av en tjeneste?

Smidig utvikling



Stegvis innføring

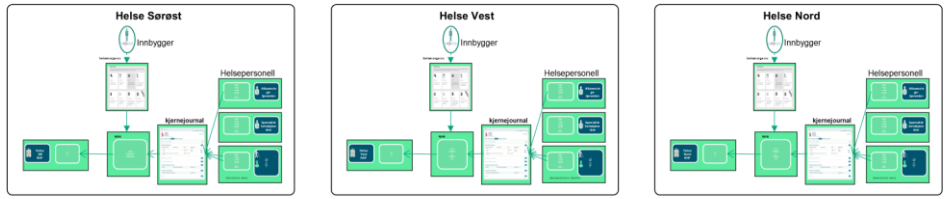
2023	2024	2025	2026	2027
Helse Vest utvikler PJD		Helse Vest bruker PJD		
Stavanger kommune deltar i utvikling av PJD				
		Kommunale fastleger i Stavanger tar i bruk PJD	Kommunale fastleger i Stavanger bruker PJD	
		Stavanger legevakt bruker PJD		
				PLO tjenestene i Stavanger bruker PJD
				Pulje 2 PLO i Rogaland tar i bruk PJD
				Pulje 3
				Pulje 4

1. Hva krever smidig utvikling og stegvis utprøving av en tjeneste?

Dokumentdeling

Tre regionale utprøvinger

1. Som helsepersonell i KAD, PLO, Legevakt og helseforetak skal jeg ha tilgang til journaldokumenter gjennom kjernejournal portal
2. Som helsepersonell som har tilgang til kjernejournal portal skal jeg også få tilgang til å se referanselisten (metadata) for alle dokumenter som er delt
3. Som fastlege med tilgang til kjernejournal portal skal jeg få tilgang til å lese dokumenter i fanen journaldokumenter i kjernejournal portal
4. Som dokumenteier i Helse Vest skal jeg kunne koble meg på tjenesten dokumentdeling som en kilde



Fra møte 23.02.23

Helsefaglig vurdering oppsummering av hvem har behov og når

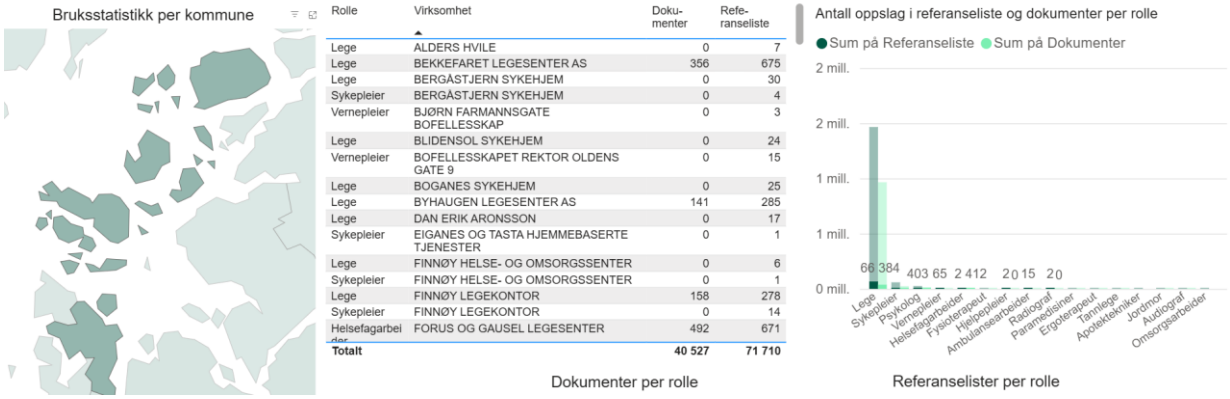
Hvem har gjort vurdering	Hvem skal ha tilgang?	Leveranse (juni/september)	Påvirker eksisterende tilgang til kjernejournal?
Bodø kommune, Oslo kommune, Stavanger kommune	PLO er hovedperspektiv: Sykepleiere Vernepleiere Ergoterapeuter Fysioterapeuter	 raskt som mulig (juni) raskt som mulig (juni) På lengre sikt På lengre sikt	
HSØ			
HN			
HV			

Norsk helsenett

Fra møte 23.03.23



Fra møte 20.04.23



Bruksstatistikk NHN Stavanger kommune 16.10.26

2. Hvordan få de ulike aktørene til å henge sammen i smidig (stegvis) utvikling og innføring?

Smidig utvikling

- Det er viktig at alle aktører deltar samtidig i utviklingen
- Utviklingsfasene er fortløpende og avhenger av hva som skjer
- Utvikling hos leverandørene i PJD foregikk både i egne leverandørmøter der også jeg kunne delta, men også i andre møter
- NHN koordinerte og kalte inn til møter
- Kunde/leverandørene dialog om utvikling og behov er viktig

Stegvis innføring

- Utprøvingsaktører tester og velger å gå i drift med løsningen går først
- Etter hvert kan flere delta enten i utprøving eller i innføring
- Kriterier for når en løsning er innføringsklar kan være når en løsning gir gevinst og anbefaler at andre aktører tar i bruk løsningen
- Kriteriene kan være ulike for ulike løsninger

3. Hvordan sikrer vi at utprøvingen dekker bredden i helse- og omsorgstjenesten?

Når har vi prøvd ut nok?

- Testet av aktørene i en verdikjede/tjeneste og tjenesten er nyttig for dem
- Må stille krav til leverandører om når de må ta i bruk nye tjenester i sine løsninger

Hvem har ansvar for videre nasjonal utvikling og utprøving når første versjon er innført?

- Alle aktører må beskrive sine behov for endring til NHN forvaltningsteam
- Videreutvikling må budsjetteres for

4. Hvordan prøver vi ut sikkerhet og kontroll på tvers?

Utprøving tilgangsstyring, logging, sporbarhet og etterkontroll

- Leveres gjennom EPJ leverandøren og må testes ut i utprøvingsprosjekt
- Bør testes for alle leverandører i markedet et utprøvingsprosjekt
- Rutiner for etterkontroll bør utarbeides i utprøvingsprosjekt, men kan kanskje standardiseres for alle nasjonale tjenester?

Ansvar

- Alle aktørene har ansvar for å samarbeide i forhold til avvik på tvers av systemer og aktører
- Rutiner som er bestemt i nasjonale tjenester må følges opp av den enkelte aktør

Tema 3:
EIF modellen som grunnlag for sammenhengende nye løsninger?

Case Digi Dot
Case Helseplattformen (HP)

Jørn Andre Jørgensen
Soudabeh Khodambash

EIF, DigiDOT og jakten på interoperabilitet



DigiDOT novari

EIF – fire lag for samhandlingsevne

En løsning må fungere på alle lag – ikke bare teknisk

§

Juridisk

Lover, regler, avtaler og ansvar

Organisatorisk

Roller, prosesser og samarbeid

A = A

Semantisk

Felles begreper, data og betydning

API

Teknisk

Systemer, grensesnitt og sikkerhet

EKSEMPEL PÅ LØSNING

Samhandling om tannhelse

Tannlege og øvrige helsetjenester

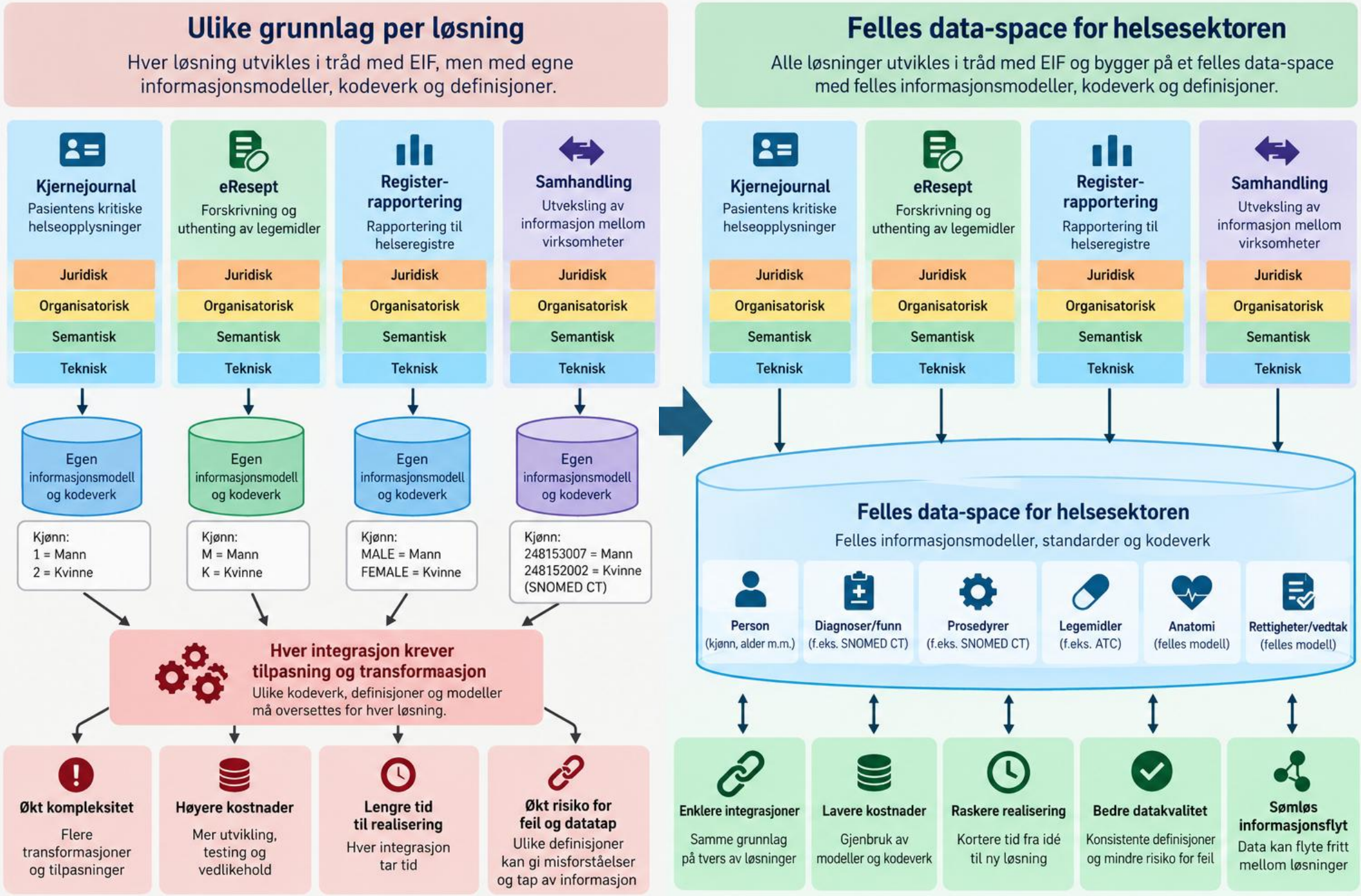
Lovlig informasjonsdeling
Hjemmel, samtykke, taushetsplikt

Samordnet pasientforløp
Tannlege, fastlege, sykehus

Samme forståelse
Diagnoser, legemidler, henvisning

Sammenkoblede systemer
Journal, e-henvisning, API-er

Forenklet fremstilling basert på European Interoperability Framework (EIF)


Ulike grunnlag per løsning
Hver løsning utvikles i tråd med EIF, men med egne informasjonsmodeller, kodeverk og definisjoner.
Felles data-space for helsesektoren
Alle løsninger utvikles i tråd med EIF og bygger på et felles data-space med felles informasjonsmodeller, kodeverk og definisjoner.
Kjernejournal
Pasientens kritiske helseopplysninger
eResept
Forskrivning og uthenting av legemidler
Register-rapportering
Rapportering til helseregistre
Samhandling
Utveksling av informasjon mellom virksomheter
Juridisk
Organisatorisk
Semantisk
Teknisk
Egen informasjonsmodell og kodeverk
Kjønn:
1 = Mann
2 = Kvinne
Kjønn:
M = Mann
K = Kvinne
Kjønn:
MALE = Mann
FEMALE = Kvinne
Kjønn:
248153007 = Mann
248152002 = Kvinne
(SNOMED CT)
Hver integrasjon krever tilpasning og transformaasjon
Ulike kodeverk, definisjoner og modeller må oversettes for hver løsning.
Økt kompleksitet
Flere transformasjoner og tilpasninger
Høyere kostnader
Mer utvikling, testing og vedlikehold
Lengre tid til realisering
Hver integrasjon tar tid
Økt risiko for feil og datatap
Ulike definisjoner kan gi misforståelser og tap av informasjon
Felles data-space for helsesektoren
Felles informasjonsmodeller, standarder og kodeverk
Person
(kjønn, alder m.m.)
Diagnoser/funn
(f.eks. SNOMED CT)
Prosedyrer
(f.eks. SNOMED CT)
Legemidler
(f.eks. ATC)
Anatomi
(felles modell)
Rettigheter/vedtak
(felles modell)
Enklere integrasjoner
Samme grunnlag på tvers av løsninger
Lavere kostnader
Gjenbruk av modeller og kodeverk
Raskere realisering
Kortere tid fra idé til ny løsning
Bedre datakvalitet
Konsistente definisjoner og mindre risiko for feil
Sømløs informasjonsflyt
Data kan flyte fritt mellom løsninger

DigiDO



DigiDOT

Fylkeskommunenes felles prosjekt for fremtidens digitale tannhelsetjeneste

Munnen er en del av kroppen – også digitalt

ET NASJONALT LØFT

- **15** fylkeskommuner samarbeider
- **1,9 mill.** innbyggere har rettigheter
- **410+** klinikker
- **4 000** ansatte

HVA ER DIGIDOT?

TANNHELSETJENESTEN
i fylkeskommunene



- Klinikker og behandlere
- Pasientbehandling
- Journalføring
- Forebygging og folkehelse



HELSEVESENET
og andre aktører



- Fastlege / kommune
- Sykehus
- Kommunale tjenester
- Nasjonale e-helseløsninger

DIGIDOT LEVERER

- Felles styring og samordning
- Felles EPJ
- Informasjon registreres én gang og deles ved behov
- Én samlet stemme for tannhelsetjenesten



1 Juridisk interoperabilitet

Sikrer at felles EPJ kan utvikles, forvaltes og brukes innenfor samme regelverk og avtaler i alle fylker.

- Hjemmel og behandlingsansvar
- Databehandleravtaler
- Tilgang, roller og samtykke
- Personvern og sikkerhetskrav

2 Organisatorisk interoperabilitet

Sikrer felles arbeidsprosesser og tjenesteorganisering på tvers av fylker og klinikker.

- Felles roller og ansvar
- Felles arbeidsprosesser
- Felles forvaltning og utvikling
- Opplæring og kompetanse

3 Semantisk interoperabilitet

Sikrer felles forståelse av informasjon i hele EPJ-løsningen, basert på en felles informasjonsmodell og standarder som FHIR.

- Felles informasjonsmodell
- Felles kodeverk (f.eks. SNOMED CT)
- Felles begreper og terminologi
- FHIR (som rammeverk)
- Strukturert og entydig dokumentasjon

4 Teknisk interoperabilitet

Sikrer felles teknisk plattform og arkitektur som gjør det mulig å etablere én felles EPJ som nås av alle behandlere.

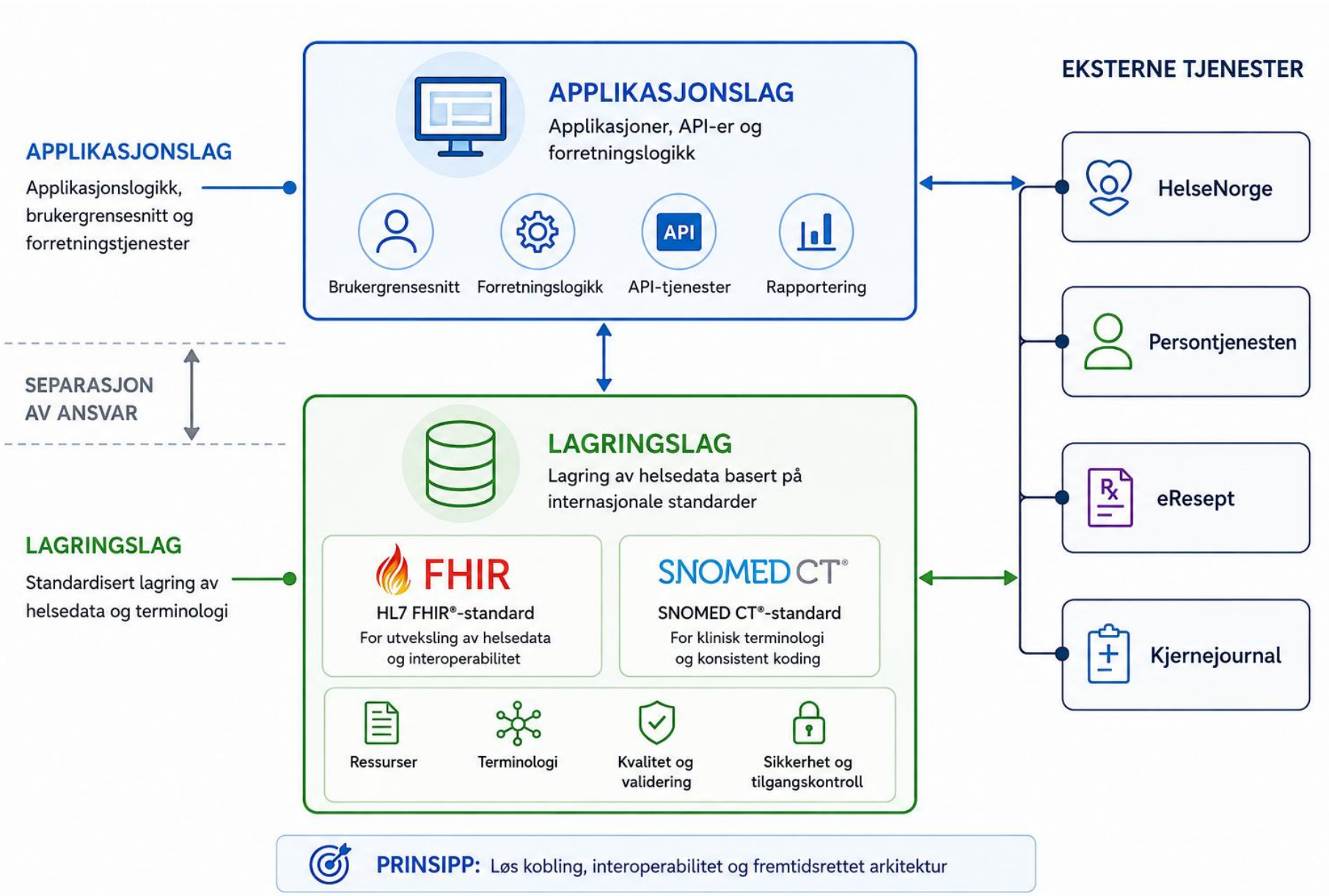
- Felles applikasjonsplattform
- Standardiserte grensesnitt (API)
- Drift, tilgjengelighet og skalerbarhet
- Identitet, autentisering og tilgangsstyring

DigiDOT novari

Hvor skiller DigiDOT seg ut?

- Felles, nasjonale løsning - også for dataene
- Eierskap til informasjon
  - Informasjonsforvaltning basert på åpne, internasjonale standarder
- Modulær anskaffelse / distribuert arkitektur

07.10.2026


APPLIKASJONSLAG
Applikasjonslogikk, brukergrensesnitt og forretningstjenester
APPLIKASJONSLAG
Applikasjoner, API-er og forretningslogikk
Brukergrensesnitt
Forretningslogikk
API
API-tjenester
Rapportering
SEPARASJON AV ANSVAR
LAGRINGSLAG
Standardisert lagring av helsedata og terminologi
LAGRINGSLAG
Lagring av helsedata basert på internasjonale standarder
FHIR
HL7 FHIR®-standard
For utveksling av helsedata og interoperabilitet
SNOMED CT®
SNOMED CT®-standard
For klinisk terminologi og konsistent koding
Ressurser
Terminologi
Kvalitet og validering
Sikkerhet og tilgangskontroll
EKSTERNE TJENESTER
HelseNorge
Persontjenesten
eResept
Kjernejournal
PRINSIPP: Løs kobling, interoperabilitet og fremtidsrettet arkitektur

Enklere klinisk dokumentasjon i tannhelsetjenesten

Når vi bruker felles terminologi og åpne standarder

Felles faglig terminologi
SNOMED CT, andre standardiserte begreper

Felles informasjonsmodeller
FHIR og andre åpne standarder

Interoperable løsninger
Utveksling og gjenbruk av data

1 Registrer i pasientmøtet

Strukturert journalføring
med støtte i fagterminologi



2 Strukturert og standardisert

Informasjonen lagres og kodes
i henhold til åpne standarder

Leukoplaki
SNOMED CT: 230698007

- Kliniske data (FHIR)
- Bilder (DICOM)
- Tilleggsinformasjon (strukturert)

Lagring i journal
Standardisert, ikke låst
til proprietære løsninger

3 Tilgjengelig for samhandling

Informasjonen kan trygt deles
og gjenbrukes på tvers



4 Bedre pasientbehandling

Riktig og relevant informasjon
der den trengs – når den trengs

- Raskere dokumentasjon
- Korrekt bruk av terminologi
- Enklere deling av informasjon
- Bedre oppfølging og kontinuitet
- Mer tid til pasienten



Felles forståelse – tilgjengelig informasjon – bedre tannhelse

Én gang registrert –
flere steder brukt – til pasientens beste

Normering og standardisering

Fra felles forståelse til tilgjengelig informasjon

European Health Data Space (EHDS)
Lovkrav, prioriteringer og felles rammeverk i Europa

- Setter rammer
- Påvirker prioriteringer
- Gir felles muligheter
- Fremmer gjenbruk av data

Kontinuerlig dialog og samarbeid
Myndigheter
Fagmiljøer
Leverandører
Brukere

Styring og prosess
Sikrer helhet og retning
- Prinsipper og mål
- Organisering og roller
- Metode, prosess og styring

Informasjonsmodell
Strukturerer informasjonen slik at den kan deles
- Felles begrepsmodell
- Logisk og teknisk modell
- Implementering i kjente standarder

Terminologi
Gir felles språk og mening
- Identifisere begreper
- Koble til standardiserte kodeverk
- Forvalte og vedlikeholde fagspråk

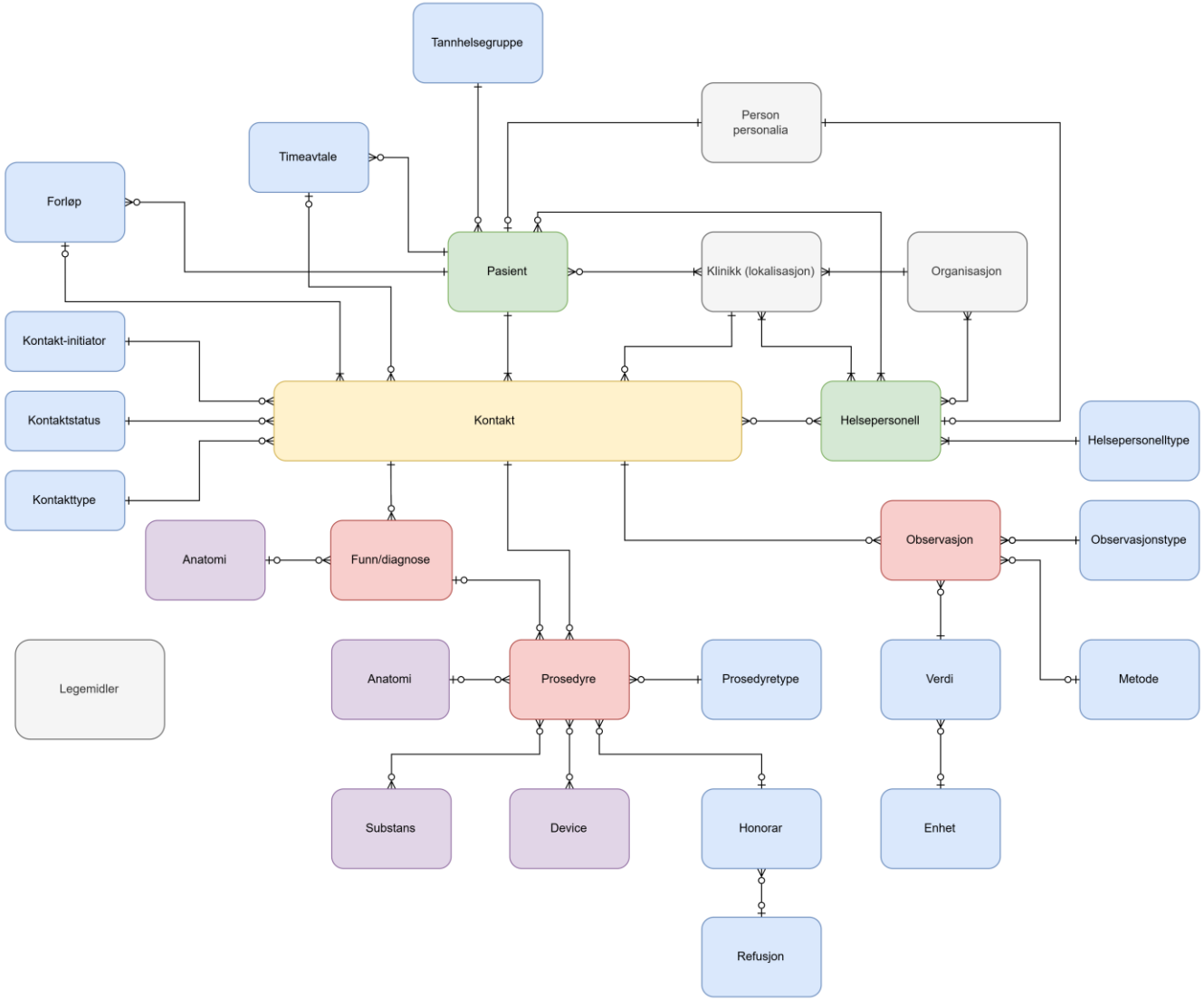
Standardisert og forståelig informasjon
På åpne standarder
(FHIR, SNOMED CT, LOINC ...)

- Kan deles på tvers
- Kan gjenbrukes i nye løsninger
- Gir bedre kunnskapsgrunnlag
- Bedre tjenester for innbyggere

- Unngår proprietære løsninger og lukkede siler
- Sikrer interoperabilitet og gjenbruk
- Legger til rette for innovasjon og bærekraft

En helhet – fra regelverk til verdi i helsetjenesten

Informasjonsmodell – hvordan ser vi verden?



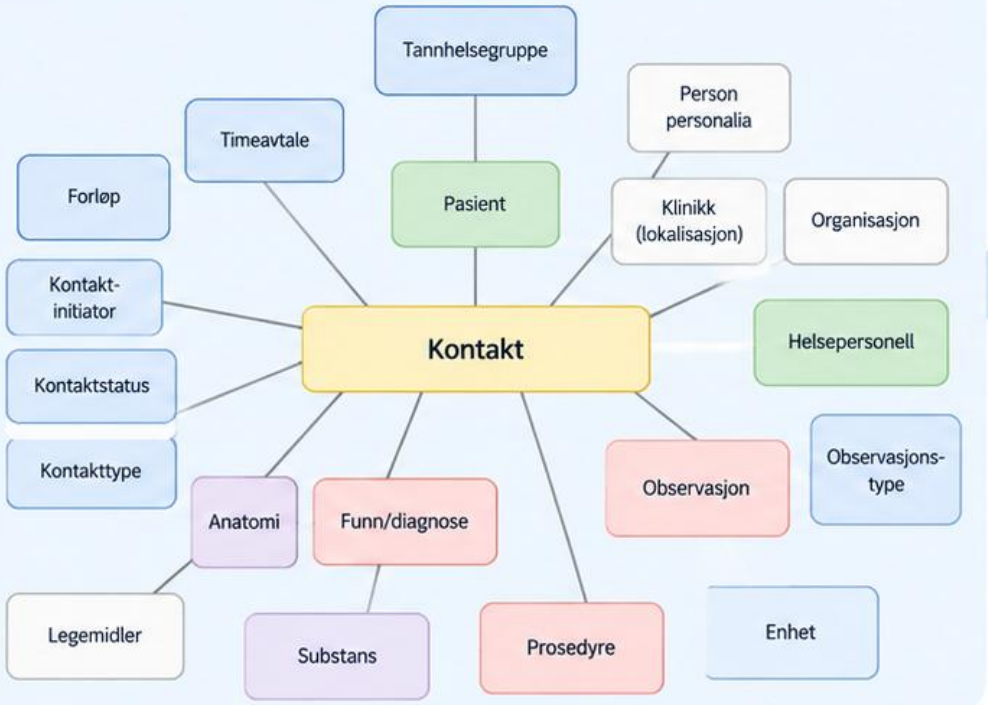
30.10.2026

Fra konseptuell informasjonsmodell til FHIR i Simplifier

Samme faglige innhold – fra begreper til en åpen og implementerbar standard

1. Konseptuell informasjonsmodell

Faglige begreper og sammenhenger



2. Modellering i FHIR

Begreper mappes til FHIR-ressurser

HL7® FHIR®

Pasient	→	Patient
Kontakt	→	Encounter
Helsepersonell	→	Practitioner
Funn/diagnose	→	Condition
Observasjon	→	Observation
Prosedyre	→	Procedure
Legemidler	→	Medication

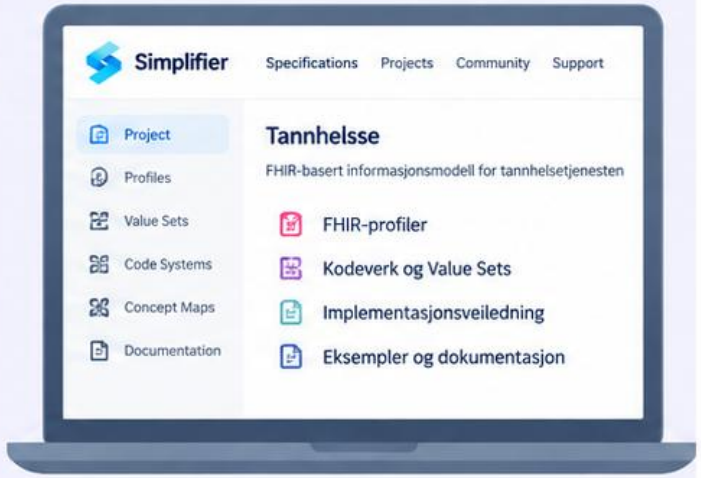
... og andre relevante FHIR-ressurser

3. Publisering i Simplifier

Tilgjengelig for implementering og gjenbruk

Simplifier

SHARE • BUILD • IMPLEMENT



Felles forståelse
fra fag til standard

Enklere implementering
for leverandører

Gjenbruk og interoperabilitet
på tvers av sektorer

Bedre tannhelse
gjennom tilgjengelig data

DigiDOT EPJ-simulator

AKTIV PASIENT **Patient One English** (ID: pas-08766528407)

jorn
Demo – Havna tannklinikk

← Tilbake

Legg til tilstand

Tilstand

Leukoplaki

Standardutvalg | Søk bredere

- leukoplaki på lepper
- leukoplaki på tunge
- leukoplaki i gingiva
- leukoplaki i munnslimhinne

4 av 4 begreper

25.10.2026

Journalnotat om tilstanden

Skriv her ...

BESKRIVELSE

klinisk funn

Kunnskapsstøtte

SNOMED CT — Kontrollert mot SNOMED CT · norsk utgave 15.07.2026

FHIR-format

SNOMED International — SNOMED CT Implementation Demos | Select Demonstrator | FHIR Term Server: Implementation Demo SnowstormX | Internatior

← Back to Patient List

Patient One English

ID: 08766528407 DOB: Nov 08, 1965 Age: 60 years female Active

EHR LAB

- Clinical
  - Summary
  - Problems List
  - Laboratory
  - Encounters
  - AI Assisted Data Entry
  - Clinical Forms
  - Alerts
- Dental
- Nursing

DATA

- Data

Summary

CONDITIONS
leukoplaki på tunge
PROCEDURES
No procedures recorded

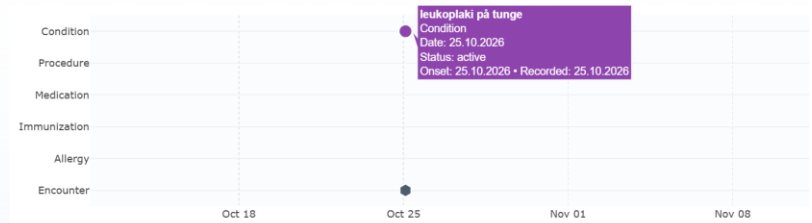


MEDICATIONS
No medications recorded
IMMUNIZATIONS
No immunizations recorded
ALLERGIC TO:
No allergies recorded
CDS
No recommendations

Timeline

Encounters Allergies Immunizations Medication

Overview — Zoom and pan to explor



SNOMED CT
The global language of healthcare



FHIR

DigiDOT novari

KS

Samhandling gir flere muligheter

Riktig informasjon – til riktig tid
– for bedre pasientbehandling



Fastlege og øvrig primærhelsetjeneste
- Dele informasjon
- Samarbeid om pasientforløp
- Felles oppfølging av risikopasienter



E-resept
- Forskrive og fornye resept
- Legemiddelsamstemming
- Se relevant legemiddel-informasjon



Kunnskapsstøtte
- Få relevante retningslinjer
- Beslutningsstøtte i journalsystem
- Oppdatert fagkunnskap



Spesialisthelsetjenesten
- Henvisning og epikrise
- Dele bilder og funn
- Tverrfaglig samarbeid ved komplekse tilfeller



Tannhelsetjenesten
En del av helhetlige helsetjenester



Kvalitetsarbeid og statistikk
- Bidra til kvalitetsregistre
- Monitorere egen praksis
- Sammenligne og lære
- Grunnlag for forskning og forbedring



Kommune og helse- og omsorgstjenester
- Dele relevant informasjon
- Oppfølging av sårbare grupper
- Samarbeid om ernæring, munnhelse og pleie



Felles terminologi og åpne standarder
Sikrer at informasjon kan forstås, deles og gjenbrukes – uavhengig av system og leverandør



Europeisk samhandling (EHDS)
- Dele helseopplysninger på tvers av land
- Bruke europeiske standarder
- Bedre behandling ved reise, flytting og grensekryssende helsehjelp



Pasient og pårørende
- Tilgang til egen informasjon
- Bedre involvering
- Enklere kommunikasjon



Andre tannhelsetjenester
- Dele journal ved henvisning
- Kontinuitet ved flytting/bytte
- Samarbeid i tannhelseteam

Bedre tannhelse
– sammen for hele pasienten

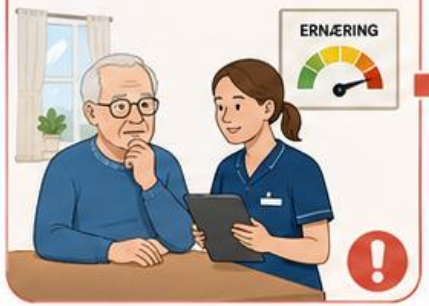
DigiDOT

Pasientforløp ved underernæring og tannproblemer

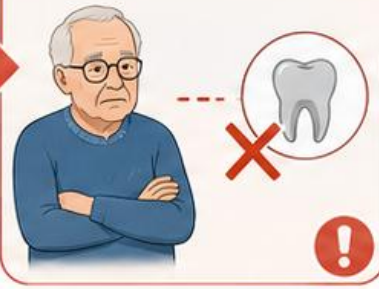
NÅ-SITUASJON

Tannhelse vurderes for sent

1. Underernæring registreres i hjemmetjenesten



2. Ingen kontakt med tannhelsetjenesten



3. Spisevanskene øker – ernæringen forverres



4. Tegn på kognitiv svikt



5. Korttidsplass for å sikre næringsinntak



6. Tannproblemer oppdages som medvirkende årsak



FREMTIDIG SITUASJON

Samhandling gir tidlig hjelp

1. Underernæring registreres i hjemmetjenesten



2. Rett til offentlig tannhelsehjelp avklares



3. Tannhelsetjenesten varsles og kommer på hjemmebesøk



4. Rask behandling på tannklinikken



5. Tannproblemene håndteres – pasienten spiser bedre



6. Kan fortsette å bo hjemme



Og så videre til HP



DigiDOT novari

CASE: INFORMASJON- OG GRUNNDATAFORVALTNING

Grunndata & Master Data Management (MDM)

Erfaringer fra Helseplattformen, semantisk samhandling og arkitektur for nasjonal helsedata

TRONDHEIM KOMMUNE
Tråanten tjïelte

DATAKILDER

De sentrale registrene i helsesektoren

HPKR

Helsepersonellregisteret for autorisasjon og roller.

RESH & HER

Enhets- og adresseregister for hele helsenettet.

Pasientdata

Folkeregister og entydig pasientidentifikasjon.

Kodeverk

Tjenestekataloger og felles kliniske terminologier.

Rådata kan ikke mates direkte inn i EPJ

Direkte import uten vask er uforsvarlig

Ekstern MDM ved siden av Epic-løsningen



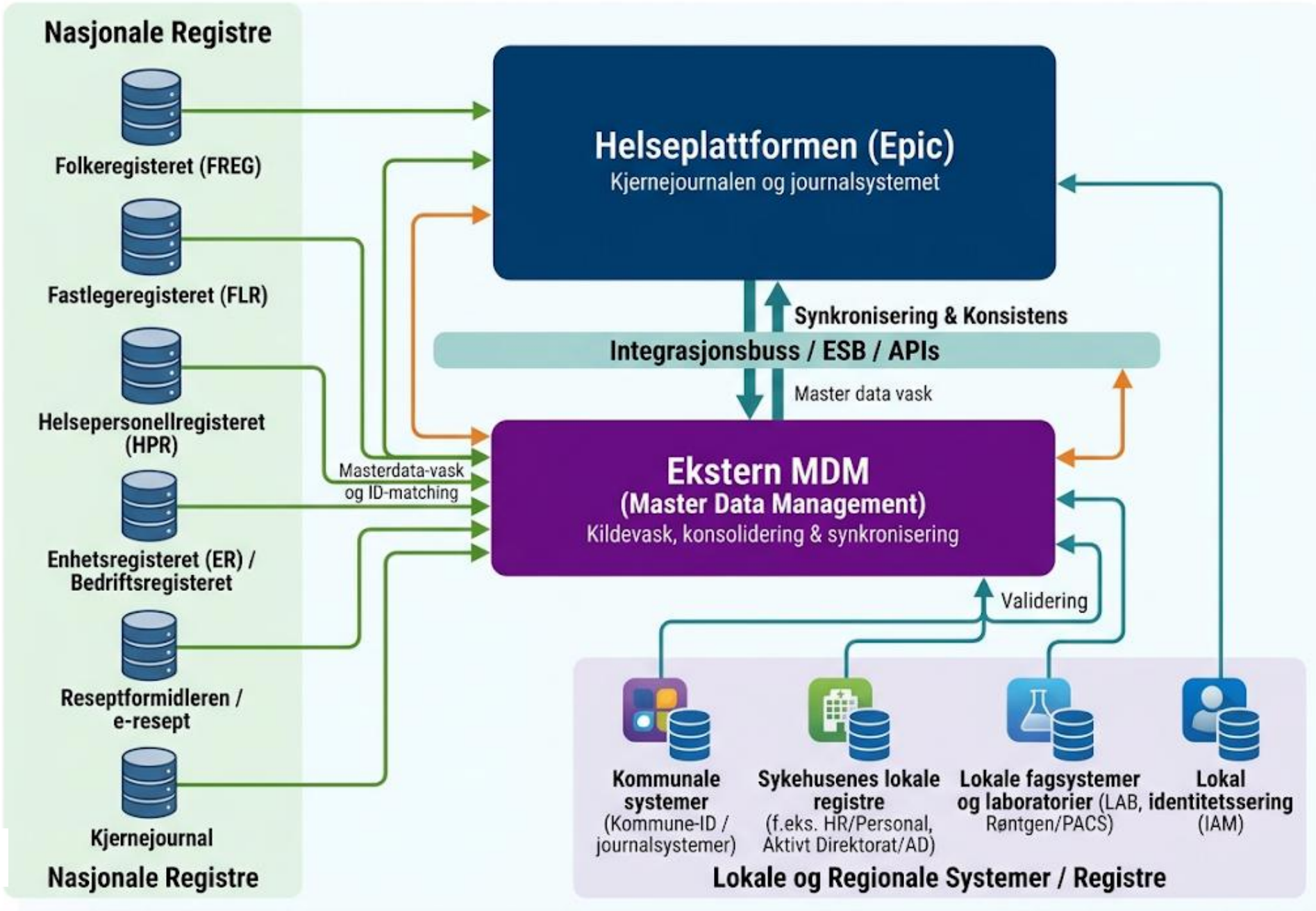
Ingen direkte mating fra registre

Nasjonale og lokale grunndata fra eksterne registre kan ikke mates direkte inn i systemet uten betydelig risiko for datafeil.

Separat vaske- og kontrollarkitektur

For å sikre at masterdata fra nasjonale og kommunale kilder vaskes, kontrolleres og forvaltes forsvarlig, måtte en egen ekstern MDM-arkitektur etableres ved siden av Helseplattformen (Epic).

Integrasjonsgraf: Ekstern MDM ved siden av Epic-løsningen (Helseplattformen)



KI-generert basert på tilgjengelige offentlige data

EIF-MODELLENS SAMSPILL: DIMENSJON 1

Semantisk samhandling: Felles begrepsforståelse

Hvordan sikre at en «avdeling», «tjeneste» eller «pasientstatus» betyr eksakt det samme i kommunale EPJ-systemer, spesialisthelsetjenesten og nasjonale registre?

⚠ Erfaring fra Helseplattformen

Fraværet av en felles nasjonal semantisk standard tvinger frem tunge, ressurskrevende lokale mapping-prosjekter.

Anbefaling for nye løsninger

Felles grunndatamodeller må forankres i åpne, internasjonale standarder for å unngå lokale særkoblinger.

HL7 FHIR | SNOMED CT | EUs EEHRxF (EHDS)

EIF-MODELLENS SAMSPILL: DIMENSJON 2

Organisatorisk samhandling: Eierskap og endringsstyring

Hvem eier masterdataene på tvers av forvaltningsnivåer, og hvordan etableres felles forvaltning og endringsstyring når kodeverk eller struktur må oppdateres?

Klart dataeierskap

Tydelig plassering av forvaltningsansvar mellom statlige organer, RHF og kommunal sektor.

Felles endringsstyring

Synkronisert håndtering av kodeverk og organisasjonsendringer så ingen aktører faller ut av sync.

Tverrsektorielt ansvar

Forankring i felles forvaltningsorgan som ivaretar både kommunale og regionale behov.

EIF-MODELLENS SAMSPILL: DIMENSJON 3

Teknisk samhandling: Sanntids-API-er mot datafeil

Utveksling via API-er krever at kildesystemer og konsumenter oppdaterer grunndata i sanntid for å unngå datafeil og feiltilkobling av pasientopplysninger.

Dersom teknisk integrasjon mangler:

- Brudd i kritiske datastrømmer mellom nivåene
- Tunge og sårbare manuelle vaskeprosesser
- Overhengende risiko for feilkobling av pasientdata

Krav til robust integrasjon:

- Standardiserte hendelsesstyrte API-er
- Sanntidssynkronisering mot autoritative kilder
- Automatisert validering før lagring i EPJ

EIF-MODELLENS SAMSPILL: DIMENSJON 4

Juridisk samhandling: Tilgangsstyring og personvern

Korrekt grunndata er en forutsetning for tilgangsstyring og personvern. Feil i organisasjons- eller rolle-masterdata kan medføre uautorisert tilgang til pasientdokumenter.

Rolle- og enhetsforutsetning

Tjenstlig behov og rettighetsstyring bygger direkte på RESH/HER-koder og HPKR-autorisasjoner. Er disse feil, svikter tilgangskontrollen.

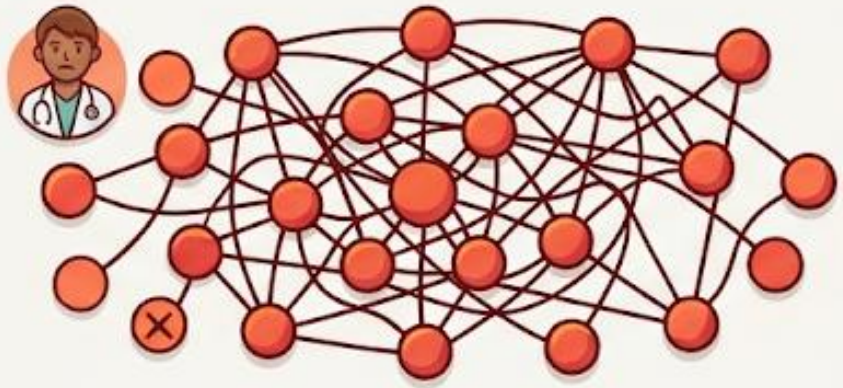
Personvern- og pasientsikkerhetsrisiko

Feilkobling av organisasjonsstrukturer gir helsepersonell innsyn i sensitive pasientopplysninger de ikke har lovlig grunnlag for å se.

LÆRDOM & DISKUSJON

«Løs det én gang nasjonalt – ikke 356 357 ganger lokalt»

DET VI MÅ UNNGÅ:
Fragmentert & lokalt etterslep



- Grunndata behandles som en "teknisk detalj" helt til slutt
- Hver kommune og region må lage egne, dyre "tolkninger"

⚠ **Resultat:** Massivt merarbeid og økt risiko for pasienten

DET VI MÅ GJØRE:
Felles nasjonal løsning (EIF)



- **Felles** grunndata og MDM avklares helt fra start
- Bygges rett inn i nasjonale løsninger (PJD, SFM, DHG)

Resultat: Trygg deling, mindre byråkrati og én kilde til sannhet

Til diskusjon: Hvordan sikrer vi at nasjonale aktører og kommuner tar et felles ansvar for eierskap og forvaltning av grunndata – før nye systemer anskaffes?

Tid	Tema	Innleder
09.00-09.05	**Velkommen til Temadagen**	Hans Löwe Larsen
09.05-09.10	**Agenda og praktisk info**	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
09.10-10.05	**Kommunal sektor** • Samstyring innen digitalisering • Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet • Felles modell for utprøving, innføring og KS nettverk e-helse	 Stian Rugsveen Engen Stian Rugsveen Engen Kjetil Løyning
10.05-10.20	**Pause**	
10.20-11.30 	**Tema 1: Når er en digital løsning faglig forsvarlig å ta i bruk?** Innledning Case Pasientens prøvesvar (PPS) Case Sentral forskrivningsmodul (SFM) Gruppe-refleksjon	 Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne Oslo kommune v/ Gerd Marit Eng Oslo kommune v/ Mette Gjengstø
11.30-12.30	**Lunsj**	
12.30-12.55	**Tema 2: Hvordan lykkes med stegvis utprøving og stegvis innføring?** Innledning Case Digitalt helsekort for gravide (DHG) Case Pasientens journaldokumenter (PJD)	 Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne Stavanger v/ Anne von Erpecom Stavanger v/ Eva Tone Fosse
12.55-13.20	**Tema 3: EIF modellen som grunnlag for sammenhengende nye løsninger?** Innledning Case Felles EPJ for den offentlige tannhelsetjenesten (Digi Dot) Case Helseplattformen (HP)	 Jørn Andre Jørgensen Jørn Andre Jørgensen Soudabeh Khodambashi
13.20-13.35	**Pause**	
13.35-14.15 	**Gruppereflekjson tema 2 og tema 3** Gruppe-refleksjon	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
14.15-14.25	**Oppsummering og avslutning**	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
14.25-14.30	Avslutte dagen	Hans Löwe Larsen


Pause
Til kl. 13:38
Gode
pauser
skaper
nye ideer

Gruppereflekjon (ta utgangspunkt i PPS eller SFM)



Drøftingsspørsmål-tema 2

Hvordan lykkes med stegvis utprøving og stegvis innføring?

(case: DHG og PJD)

Drøftingsspørsmål- tema 3

EIF modellen som grunnlag for sammenhengende nye løsninger?

(case DigiDot og Helseplattformen)

25-30 min

Gjennomføring: Individuelt og gruppe

Ordstyrer: Den som har reist kortest til samlingen.

10-15 min

Lytter inn noen grupper i plenum etterpå

Drøftingsspørsmål-tema 2: Hvordan lykkes med stegvis utprøving og stegvis innføring? (case: DHG og PJD)

1. Hva krever smidig utvikling og stegvis utprøving av en tjeneste?

- Hva karakteriserer hhv smidig og stegvis utvikling? Er det smidig eller stegvis?
- Hvordan sikre at utviklingen av nasjonale løsninger skjer der aktører fra hele verdikjeden deltar aktivt?
- Hvilke aktører må være med samtidig for å få gjennomført en reell ende-til-ende-utprøving?
- Hvordan få til utprøving av tjenesten og ikke bare av enkeltkomponenter?
- Hvordan sikrer vi at nasjonale tjenester, NHNs API-er, leverandørløsninger og kommunenes (og sykehusenes) arbeidsprosesser faktisk kan prøves ut sammen?
- Hvordan håndtere at kommunene må utvikle (bestille og finansiere) funksjonalitet i sine EPJer?

2. Hvordan få de ulike aktørene til å henge sammen i smidig (stegvis) utvikling og innføring?

- Hva må være på plass før utprøving? Hva skal prøves ut i hver utviklings- og utprøvingsfase?

  Hva skal vi lære?
- Hvilke kriterier bør oppfylles for å utvide utprøving til flere kommuner, systemer eller brukergrupper? Hva er kriteriene for innføring?
- Hvordan koordinere utvikling hos NHN med utvikling hos EPJ-leverandørene?

3. Hvordan sikrer vi at utprøvingen dekker bredden i helse- og omsorgstjeneste?

- Når har vi prøvd ut nok til å kunne si at tjenesten er klar for ulike tjenester og journalsystemer med ulike behov og forutsetninger?
- Hvem har ansvar for videre nasjonal utvikling og utprøving når første versjon er innført?

4. Hvordan prøver vi ut sikkerhet og kontroll på tvers?

- Hvordan prøve ut tilgangsstyring, logging, sporbarhet og etterkontroll som del av tjenesten?
- Hvem har ansvar for å hendelser og avvik på tvers av flere systemer og aktører?

Drøftingsspørsmål-tema 3: EIF modellen som grunnlag for sammenhengende nye løsninger (case: DHG og PJD)



1. Grunndata og Semantisk samhandling:

- Hvordan sikrer vi at nasjonale løsninger bygger på felles grunndata (f.eks. enhetlige kodeverk, organisasjons- og tjenestestrukturer), slik at data ikke må oversettes eller "vaskes" manuelt i hver enkelt kommune?

2. Forvaltning og eierskap på tvers:

- Hvem har ansvaret for forvaltning og oppdatering av grunndata når en løsning skal brukes på tvers av kommune, sykehus og nasjonale komponenter (NHN/Hdir)?

3. Konsekvenser for lokal innføring:

- Hvilke erfaringer fra store regional/nasjonale løp (som Helseplattformen) kan overføres til nasjonal utrulling for å unngå at manglende datakvalitet og ulik datastruktur blir en hindring i utprøving og oppskalering?

Tid	Tema	Innleder
09.00-09.05	**Velkommen til Temadagen**	Hans Löwe Larsen
09.05-09.10	**Agenda og praktisk info**	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
09.10-10.05	**Kommunal sektor** • Samstyring innen digitalisering • Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet • Felles modell for utprøving, innføring og KS nettverk e-helse	 Stian Rugsveen Engen Stian Rugsveen Engen Kjetil Løyning
10.05-10.20	**Pause**	
10.20-11.30 	**Tema 1: Når er en digital løsning faglig forsvarlig å ta i bruk?** Innledning Case Pasientens prøvesvar (PPS) Case Sentral forskrivningsmodul (SFM) Gruppe-refleksjon	 Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne Oslo kommune v/ Gerd Marit Eng Oslo kommune v/ Mette Gjengstø
11.30-12.30	**Lunsj**	
12.30-12.55	**Tema 2: Hvordan lykkes med stegvis utprøving og stegvis innføring?** Innledning Case Digitalt helsekort for gravide (DHG) Case Pasientens journaldokumenter (PJD)	 Stine Drengsrud Eivindson og Mette Røhne Stavanger v/ Anne von Erpecom Stavanger v/ Eva Tone Fosse
12.55-13.20	**Tema 3: EIF modellen som grunnlag for sammenhengende nye løsninger?** Innledning Case Felles EPJ for den offentlige tannhelsetjenesten (Digi Dot) Case Helseplattformen (HP)	 Jørn Andre Jørgensen Jørn Andre Jørgensen Soudabeh Khodambashi
13.20-13.35	**Pause**	
13.35-14.15 	**Gruppereflekjon tema 2 og tema 3** Gruppe-refleksjon	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
14.15-14.25	**Oppsummering og avslutning**	Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning
14.25-14.30	Avslutte dagen	Hans Löwe Larsen

Oppsummering og avslutning

Anne Marit Rennemo og Kjetil Løyning

Helsedirektoratet

Sak 28/26: Temadagen – KS og kommunene

Forslag til vedtak

Fagrådet drøftet problemstillingene og relevante aktører tar med innspill fra møtet i det videre arbeidet.

Helsedirektoratet

Sak 29/26: Eventuelt

Helsedirektoratet

Takk for nå!

Neste møte i Fagrådet er 20. – 21. januar 2027