

Møte i Fagrådet

Møte	Nasjonalt fagråd for digitalisering i helse- og omsorgssektoren (Fagrådet)	
Dato	28. – 29. oktober 2026	
Tid	28. oktober kl. kl. 10.00 – 16.00 og 29. oktober kl. 09.00 – 14.30	
Sted	Scandic St. Olavs plass, Oslo sentrum	
Medlemmer	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet Jacob Holter Grundt, Helsedirektoratet Knut Berglund, Helsedirektoratet Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Einar André Brevik, Helse Sør-Øst RHF Terje Bremnes, Helse Vest RHF Micaela Thierley, Helse Vest RHF Hanne Schanche Önen, Helse Midt RHF Stine Slørdal, Helse Midt RHF Tarald Sæstad, Helse Nord RHF Øystein Berg-Sletteng, Helse Nord RHF Mette Røhne, KS Kjetil Løyning, KS e-helse Geir Omestad, Kristiansand kommune Anne-Marit Rennemo, Oslo Kommune Soudabeh Khodambashi, Trondheim kommune Eva Tone Fosse, Stavanger kommune Jørn Andre Jørgensen, Vestfold kommune Line Andreassen Sæle, FHI Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF Jan Robert Johannessen, Legeforeningen Morten Munkvik, Legeforeningen Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet Kristine Aasen, Direktoratet for medisinske produkter Maren Krogh, Apotekforeningen Merete Lyngstad, Norsk Sykepleierforbund Line Linstad, Nasjonalt senter for e-helseforskning Elin Thygesen, Universitetet i Agder	

Sak	Agenda	Tidspunkt	Sakstype
	Dag 1 – onsdag 28. oktober		
21/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden	10:00	Godkjenning
22/26	Digital førstelinje: fremtidsbilde, forutsetninger og veien mot sammenhengende digitale og fysiske tjenester	10:05	Drøfting
	Lunsj	12:00	
23/26	Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning – status og videre arbeid	13:00	Drøfting
24/26	Helhetlig personverninnstillinger på tvers av aktører og systemer	13:40	Drøfting
	Pause	14:30	
25/26	Legemiddeldata fra institusjon til legemiddelregisteret (LMDI-prosjektet)	14:45	Drøfting
	Pause	15:25	
26/26	Utfordringer med meldingsutveksling	15:40	Drøfting
27/26	Orientering fra Helsedirektoratet	16:20	Orientering
	Slutt dag 1	16:25	
	Middag	18:30	
	Dag 2 – torsdag 29. oktober		
28/26	Temadag – samarbeid om digitalisering i kommunal sektor	09:00	Drøfting
	Lunsj	11:30	
29/26	Eventuelt	14:25	
	Slutt dag 2	14:30	

Sak	Onsdag 28. oktober 2026	
	Start dag 1	10:00
21/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Godkjenning av innkalling og dagsorden.	
	Forslag til vedtak: Fagrådet godkjenner innkalling og dagsorden.	

22/26	Digital førstelinje: fremtidsbilde, forutsetninger og veien mot sammenhengende digitale og fysiske tjenester	Drøfting
	Digital førstelinje er Helsedirektoratets satsing for å bidra til en mer tilgjengelig, sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste gjennom økt egenmestring, tidligere hjelp og støtte og bedre samspill mellom digitale tjenester og helsepersonells oppfølging. Satsingen skal legge til rette for at målrettede helseråd, digital veivisning og digitale verktøy- og helsetjenester blir en integrert del av helse- og omsorgstjenestens samlede tilbud. Som del av satsingen er det utviklet et overordnet fremtidsbilde for Digital førstelinje, som beskriver hvordan digitale tjenester og digital støtte kan bidra til å styrke forebygging, egenmestring, tidlig hjelp og oppfølging på rett nivå. Hensikten med saken er å få Fagrådets innspill til sentrale veivalg og forutsetninger for videre utvikling og realisering av Digital førstelinje.	Vedlegg 1: Toppnotat Digital førstelinje: fremtidsbilde, forutsetninger og veien mot sammenhengende digitale og fysiske tjenester Vedlegg 1A: Relevant utdrag fra Helsedirektoratets tildelingsbrev 2026
	Forslag til vedtak: - Fagrådet har gitt innspill til retningen for Digital førstelinje, herunder hvordan digitale og fysiske tjenester kan inngå i mer sammenhengende forløp for innbyggere og helsepersonell. - Fagrådet har drøftet sentrale forutsetninger for realisering av Digital førstelinje, herunder roller og ansvar, rammer for samhandling, samt innføring, forvaltning og skalering av virksomme digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy. - Innspillene tas med i Helsedirektoratets videre arbeid med utvikling og realisering av Digital førstelinje, herunder arbeidet med et sammenhengende økosystem av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy.	
23/26	Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning – status og videre arbeid	Drøfting
	Dette er en oppfølging av sak 15/26 i april der Fagrådet vedtok å be Helsedirektoratet ta initiativ til en prosess med sektoren for å videreutvikle den nasjonale samhandlingsarkitekturen til å bedre støtte samarbeid mellom helseaktører/tjenesteytere om oppgaveløsning i sammenhengende pasientforløp. Formålet med saken er å orientere om arbeidet som er gjennomført, presentere foreløpige observasjoner og redegjøre for plan for videre arbeid.	Vedlegg 2: Toppnotat Felles arbeid med neste generasjon digital samhandling
	Forslag til vedtak: - Fagrådet har drøftet status og innretning på det videre arbeidet med neste generasjon digital samhandling og gitt innspill til den planlagte workshopen og forventede leveranser. - Fagrådet ber om at innspillene tas med i det videre arbeidet, og at resultater og forslag til hvordan denne felles innsikten kan anvendes videre legges frem for rådet, etter planen i januar 2027.	
24/26	Helhetlig personverninnstillinger på tvers av aktører og systemer	Drøfting

	Helseregionene har etablert et felles konseptarbeid for helhetlige personverninnstillinger. Prosjektet presenterer foreløpige funn og konkrete tiltak som er under arbeid, og ønsker Fagrådets vurdering av retning og av hvordan arbeidet bør koordineres med andre aktører og faggrupper fremover. En sentral del av hensikten med saken er å gjøre arbeidet kjent.	Vedlegg 3: Toppnotat Helhetlig personverninnstillinger på tvers av aktører og systemer
	Forslag til vedtak: Fagrådet drøftet saken og ga innspill til retning og veivalg for helhetlige personverninnstillinger. Prosjektet tar med seg innspillene fra møtet i det videre arbeidet med målbilde, tiltak og veikart.	
25/26	Legemiddeldata fra institusjon til Legemiddelregisteret (LMDI-prosjektet)	Drøfting
	FHI levert leverte et stort satsningsforslag til Helse- og omsorgsdepartementet i 2023 i samarbeid med RHF-ene og Bærum kommune der man ønsket midler til å innhente opplysninger om legemiddelbruk i institusjoner. Satsningsforslaget fikk tilslutning, og prosjekt Legemiddeldata fra institusjon (LMDI) startet opp i 2023. Legemiddelregisteret (LMR) ble etablert i 2023 og erstatter det tidligere Reseptregisteret. Registeret er hjemlet i LMR-forskriften og har per i dag informasjon om legemidler utlevert etter resept i apotek fra 2004. Legemiddelregisteret (LMR) har allerede informasjon om legemidler utlevert på resept i apotek. Formålet med LMDI- prosjektet er å utvide LMR slik at opplysninger om legemiddelbruk i sykehus og sykehjem er tilgjengelig for forskning, styring og liknende, i tråd med LMR sitt formål. Dette vil gjøre opplysningene tilgjengelige sentralt fra en kilde. FHI ønsker å orientere Fagrådet om prosjektet og få innspill til arbeidet.	Vedlegg 4: Toppnotat Legemiddeldata fra institusjon til Legemiddelregisteret (LMDI-prosjektet)
	Forslag til vedtak: Folkehelseinstituttet orienterte Fagrådet om LMDI-prosjektet. Innspillene gitt i møtet tas med i det videre arbeidet.	
26/26	Utfordringer med meldingsutveksling	Drøfting
	Helsedirektoratet har fått innspill fra Helse Nord om utfordringer knyttet til meldingsutveksling, spesielt i forbindelse med bruk av applikasjonskvittering. Helse Nord har fått bekreftet at alle regioner har liknende utfordringer. Utfordringene berører ansvarsområder hos Helsedirektoratet, som er forvalter av nasjonale e-helsestandarder for meldingsutveksling, og Norsk helsenett, som nasjonal tjenesteleverandør. Saken løftes til Fagrådet for å drøfte mulige tiltak for å sikre at meldingsutvekslingen fungerer etter intensjonen, og bidrar til å ivareta pasientsikkerheten.	Vedlegg 5: Toppnotat Utfordringer med meldingsutveksling
	Forslag til vedtak: Fagrådet anerkjenner de utfordringer som er presentert, og ber alle involverte om å ta innspillene inn i den videre forvaltningen.	
27/26	Orientering fra Helsedirektoratet	Orientering
	Helsedirektoratet orienterer Fagrådet om aktuelle saker.	Ingen toppnotat

	Forslag til vedtak: Fagrådet tar saken til orientering.	
	Slutt dag 1	16:25

Sak	Torsdag 29. oktober 2026	Sakstype
	Start dag 2	09:00
28/26	Temadag – samarbeid om digitalisering i kommunal sektor	Drøfting
	KS ønsker med temadagen å gi Fagrådet innsikt og bakgrunn for hvordan kommunal sektor samarbeider om digitalisering, og gi et felles grunnlag for å drøfte hvordan nasjonale digitale helseløsninger kan utvikles, prøves ut og innføres på en faglig forsvarlig og sammenhengende måte i helsesektoren som danner grunnlaget for å realisere reelle gevinster i kommunale virksomheter og i spesialisthelsetjenesten. Temadagen vil belyse utvikling av digitale løsninger og hva det betyr for forsvarlig bruk, stegvis utprøving og innføring, samt bruk av EIF-modellen som felles rammeverk. Hensikten er også å drøfte hvordan utvikling, utprøving og innføring av nasjonale digitale løsninger kan bidra til dokumenterte gevinster for innbyggere, pasienter og helsepersonell. Utprøving skal ikke bare redusere risiko, men også gi kunnskap om effekter, gevinster og forutsetninger for videre skalering og innføring.	Vedlegg 6: Toppnotat Temadag – samarbeid om digitalisering i kommunal sektor
	Forslag til vedtak: Fagrådet drøftet problemstillingene og relevante aktører tar med innspill fra møtet i det videre arbeidet.	
29/26	Eventuelt	
	Slutt dag 2	14:30

22/26	Digital førstelinje: fremtidsbilde, forutsetninger og veien mot sammenhengende digitale og fysiske tjenester	Drøfting
	Digital førstelinje er Helsedirektoratets satsing for å bidra til en mer tilgjengelig, sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste gjennom økt egenmestring, tidligere hjelp og støtte og bedre samspill mellom digitale tjenester og helsepersonells oppfølging. Satsingen skal legge til rette for at målrettede helseråd, digital veivisning og digitale verktøy- og helsetjenester blir en integrert del av helse- og omsorgstjenestens samlede tilbud. Som del av satsingen er det utviklet et overordnet fremtidsbilde for Digital førstelinje, som beskriver hvordan digitale tjenester og digital støtte kan bidra til å styrke forebygging, egenmestring, tidlig hjelp og oppfølging på rett nivå. Hensikten med saken er å få Fagrådets innspill til sentrale veivalg og forutsetninger for videre utvikling og realisering av Digital førstelinje.	Vedlegg 1: Toppnotat Digital førstelinje: fremtidsbilde, forutsetninger og veien mot sammenhengende digitale og fysiske tjenester Vedlegg 1A: Relevant utdrag fra Helsedirektoratets tildelingsbrev 2026
	Forslag til vedtak: - Fagrådet har gitt innspill til retningen for Digital førstelinje, herunder hvordan digitale og fysiske tjenester kan inngå i mer sammenhengende forløp for innbyggere og helsepersonell. - Fagrådet har drøftet sentrale forutsetninger for realisering av Digital førstelinje, herunder roller og ansvar, rammer for samhandling, samt innføring, forvaltning og skalering av virksomme digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy. - Innspillene tas med i Helsedirektoratets videre arbeid med utvikling og realisering av Digital førstelinje, herunder arbeidet med et sammenhengende økosystem av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy.	
23/26	Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning – status og videre arbeid	Drøfting
	Dette er en oppfølging av sak 15/26 i april der Fagrådet vedtok å be Helsedirektoratet ta initiativ til en prosess med sektoren for å videreutvikle den nasjonale samhandlingsarkitekturen til å bedre støtte samarbeid mellom helseaktører/tjenesteytere om oppgaveløsning i sammenhengende pasientforløp. Formålet med saken er å orientere om arbeidet som er gjennomført, presentere foreløpige observasjoner og redegjøre for plan for videre arbeid.	Vedlegg 2: Toppnotat Felles arbeid med neste generasjon digital samhandling
	Forslag til vedtak: - Fagrådet har drøftet status og innretning på det videre arbeidet med neste generasjon digital samhandling og gitt innspill til den planlagte workshopen og forventede leveranser. - Fagrådet ber om at innspillene tas med i det videre arbeidet, og at resultater og forslag til hvordan denne felles innsikten kan anvendes videre legges frem for rådet, etter planen i januar 2027.	
24/26	Helhetlig personverninnstillinger på tvers av aktører og systemer	Drøfting

	Helseregionene har etablert et felles konseptarbeid for helhetlige personverninnstillinger. Prosjektet presenterer foreløpige funn og konkrete tiltak som er under arbeid, og ønsker Fagrådets vurdering av retning og av hvordan arbeidet bør koordineres med andre aktører og faggrupper fremover. En sentral del av hensikten med saken er å gjøre arbeidet kjent.	Vedlegg 3: Toppnotat Helhetlig personverninnstillinger på tvers av aktører og systemer
	Forslag til vedtak: Fagrådet drøftet saken og ga innspill til retning og veivalg for helhetlige personverninnstillinger. Prosjektet tar med seg innspillene fra møtet i det videre arbeidet med målbilde, tiltak og veikart.	
25/26	Legemiddeldata fra institusjon til Legemiddelregisteret (LMDI-prosjektet)	Drøfting
	FHI levert leverte et stort satsningsforslag til Helse- og omsorgsdepartementet i 2023 i samarbeid med RHF-ene og Bærum kommune der man ønsket midler til å innhente opplysninger om legemiddelbruk i institusjoner. Satsningsforslaget fikk tilslutning, og prosjekt Legemiddeldata fra institusjon (LMDI) startet opp i 2023. Legemiddelregisteret (LMR) ble etablert i 2023 og erstatter det tidligere Reseptregisteret. Registeret er hjemlet i LMR-forskriften og har per i dag informasjon om legemidler utlevert etter resept i apotek fra 2004. Legemiddelregisteret (LMR) har allerede informasjon om legemidler utlevert på resept i apotek. Formålet med LMDI- prosjektet er å utvide LMR slik at opplysninger om legemiddelbruk i sykehus og sykehjem er tilgjengelig for forskning, styring og liknende, i tråd med LMR sitt formål. Dette vil gjøre opplysningene tilgjengelige sentralt fra en kilde. FHI ønsker å orientere Fagrådet om prosjektet og få innspill til arbeidet.	Vedlegg 4: Toppnotat Legemiddeldata fra institusjon til Legemiddelregisteret (LMDI-prosjektet)
	Forslag til vedtak: Folkehelseinstituttet orienterte Fagrådet om LMDI-prosjektet. Innspillene gitt i møtet tas med i det videre arbeidet.	
26/26	Utfordringer med meldingsutveksling	Drøfting
	Helsedirektoratet har fått innspill fra Helse Nord om utfordringer knyttet til meldingsutveksling, spesielt i forbindelse med bruk av applikasjonskvittering. Helse Nord har fått bekreftet at alle regioner har liknende utfordringer. Utfordringene berører ansvarsområder hos Helsedirektoratet, som er forvalter av nasjonale e-helsestandarder for meldingsutveksling, og Norsk helsenett, som nasjonal tjenesteleverandør. Saken løftes til Fagrådet for å drøfte mulige tiltak for å sikre at meldingsutvekslingen fungerer etter intensjonen, og bidrar til å ivareta pasientsikkerheten.	Vedlegg 5: Toppnotat Utfordringer med meldingsutveksling
	Forslag til vedtak: Fagrådet anerkjenner de utfordringer som er presentert, og ber alle involverte om å ta innspillene inn i den videre forvaltningen.	
27/26	Orientering fra Helsedirektoratet	Orientering
	Helsedirektoratet orienterer Fagrådet om aktuelle saker.	Ingen toppnotat

	Forslag til vedtak: Fagrådet tar saken til orientering.	
	Slutt dag 1	16:25

Til Møte 4/26
Dato 28.10.2026
Saksnummer 22/26
Innretning Drøfting

Sakseier Elin Høyvik Kindingstad
Saksbehandler Michael Kumar, Lars Mellgren, Inger Anette Finrud

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

Forslag til vedtak

- Fagrådet har gitt innspill til retningen for Digital førstelinje, herunder hvordan digitale og fysiske tjenester kan inngå i mer sammenhengende forløp for innbyggere og helsepersonell.
- Fagrådet har drøftet sentrale forutsetninger for realisering av Digital førstelinje, herunder roller og ansvar, rammer for samhandling, samt innføring, forvaltning og skalering av virksomme digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy.
- Innspillene tas med i Helsedirektoratets videre arbeid med utvikling og realisering av Digital førstelinje, herunder arbeidet med et sammenhengende økosystem av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy.

Hensikt med saken

Digital førstelinje er Helsedirektoratets satsing for å bidra til en mer tilgjengelig, sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste gjennom økt egenmestring, tidligere hjelp og støtte og bedre samspill mellom digitale tjenester og helsepersonells oppfølging. Satsingen skal legge til rette for at målrettede helseråd, digital veivisning og digitale verktøy- og helsetjenester blir en integrert del av helse- og omsorgstjenestens samlede tilbud. Dette forutsetter nye måter å forebygge, følge opp og yte helsetjenester på, slik at befolkningens behov kan møtes på en mer bærekraftig måte.

Som del av satsingen er det utviklet et overordnet fremtidsbilde for Digital førstelinje, som beskriver hvordan digitale tjenester og digital støtte kan bidra til å styrke forebygging, egenmestring, tidlig hjelp og oppfølging på rett nivå. Som ett av flere tiltak for å realisere dette fremtidsbildet er det igangsatt arbeid med et sammenhengende økosystem av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy, med ambisjon om at slike verktøy skal inngå som en naturlig del av helse- og omsorgstjenestens samlede tilbud.

Hensikten med saken er å få Fagrådets innspill til sentrale veivalg og forutsetninger for videre utvikling og realisering av Digital førstelinje.

Som grunnlag for drøftingen presenterer Helsedirektoratet det overordnede fremtidsbildet for **Digital førstelinje**, mens Norsk helsenett presenterer hvilken rolle **Helsenorge** kan få i en fremtidig digital førstelinje. Videre presenterer Helse Sør-Øst arbeidet med **Del med meg**, og Oslo legevakt presenterer arbeidet med **digital triagering**. Eksempelene skal belyse muligheter og utfordringer i samspillet mellom digitale og fysiske tjenester, og synliggjøre hvilke forutsetninger som må være på plass for å realisere mer sammenhengende tjenester.

Fagrådet inviteres særlig til å gi innspill til tre områder som vurderes som sentrale for å realisere sammenhengende tjenester, der digitale verktøy er en naturlig del av forløpet:

1. Sammenhengende forløp, roller og ansvar.
2. Rammer for samhandling.
3. Innføring, forvaltning og skalering av virksomme digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy.

Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenesten står overfor betydelige bærekraftsutfordringer. Demografisk utvikling, økt sykdomsbyrde og mangel på helsepersonell gjør det nødvendig å utvikle nye måter å organisere og levere tjenester på.

Dagens situasjon er samtidig preget av fragmentering. Innbyggere og helsepersonell møter et stort antall løsninger med ulik kvalitet, ulik grad av dokumentasjon og begrenset samhandling med øvrige tjenester og fagsystemer. Digitale verktøy er ofte utviklet og tatt i bruk som enkeltstående løsninger og inngår i varierende grad i etablerte pasient- og brukerforløp.

Digital førstelinje skal bidra til å møte disse utfordringene gjennom økt egenmestring, tidligere hjelp og støtte, bedre tilgjengelighet og mer effektiv bruk av helse- og omsorgstjenestens samlede ressurser. Satsingen tar utgangspunkt i et fremtidsbilde der innbyggerne i større grad får støtte, råd, oppfølging og behandling gjennom et samspill mellom egne ressurser, digitale tjenester og helsepersonell, og der tjenestene oppleves mer sammenhengende på tvers av digitale og fysiske kontaktpunkter og omsorgsnivåer.

Prinsipielle spørsmål til drøfting i Fagrådet

1. Sammenhengende forløp, roller og ansvar

Et sammenhengende forløp kan starte med en digital inngang og selvhjelp, gå videre til oppfølging i skolehelsetjenesten eller hos fastlege, så til kombinert fysisk og digital behandling i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten, og avslutte med en mestringsplan og digital oppfølging. Underveis skifter ansvaret for forløpet flere ganger, mellom tjenester, nivåer og innbyggeren selv. Hvert skifte representerer et mulig brudd. Det er også i disse overgangene at belastningen på helsepersonell er stor, og at innbyggeren har det tyngst. Skal forløpet henge sammen, må det være synlig hvem som eier og har ansvar for forløpet til enhver tid. Kartlegging og egenrapportering må følge innbyggeren, så innbygger slipper å fortelle historien på nytt. Felles avklaring mellom nivåene må kunne identifisere hensiktsmessig tiltak. Samtidig er grensen mellom helseinformasjon og helsehjelp uklar når digitale tjenester kartlegger og anbefaler tiltak uten at helsepersonell er involvert i den enkelte dialogen. Det gjør det uklart hvilke krav til forsvarlighet og dokumentasjon som gjelder, og hvem som har ansvaret for innbyggeren før helsepersonell kommer inn.

- Hvilke funksjoner, kapabiliteter og ansvarsforhold er avgjørende for at digitale verktøy kan inngå i sammenhengende forløp mellom egenmestring, digital oppfølging og fysisk behandling?
- Hvordan bør ansvar fordeles mellom innbyggere, helsepersonell, helsevirksomheter, leverandører og nasjonale aktører, særlig i overgangene på tvers av aktører i helse- og omsorgstjenesten, og mellom selvhjelp og helsehjelp?
- Hva skal til for at kartlegginger og vurderinger som er gjort ett sted i forløpet, legges til grunn for kartlegginger et annet sted i forløpet? Hva skal til for at helsepersonell kan stole på og bygge videre på andres vurderinger?

2. Rammer for samhandling

Sammenhengende tjenester krever at lokale og nasjonale aktører i større grad utvikler tjenestene sammen. I dag skjer mye god innovasjon i enkeltvirksomheter og prosjekter. Kommuner, helseforetak, fagmiljøer og leverandører prøver ut nye arbeidsformer parallelt, ofte for de samme behovene og med begrenset kjennskap til hverandre. Gode løsninger blir værende lokalt, som peker på et stort potensial for bedre rammer og insentiver for spredning. Det gjelder både digitale verktøy og nye måter å organisere seg på tvers av nivåer. Bedre samhandling rundt tjenesteutvikling krever større felles forståelse av forløp, roller og behov, og at innbyggere, helsepersonell og leverandører involveres tidlig. Nasjonale rammer kan bidra med felles retning, felles metoder og arenaer for samarbeid, og gjøre det enklere å gjenbruke det som virker. Samtidig er lokal innovasjon og involvering av frivillighet, brukerorganisasjoner og næringsliv en forutsetning for å finne de gode løsningene, slik at tjenestene kan tilpasses lokale forhold og ressurser.

- **Hvilken grad av nasjonal styring, felles standarder og normering er nødvendig for å sikre kvalitet, tillit og samhandling på tvers av aktører og tjenestenivåer?**
- **Hva bør være felles og forpliktende, og hvor bør helsevirksomhetene ha handlingsrom til lokale løsninger og innovasjon?**

3. Innføring, forvaltning og skalering av virksomme digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy

Digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy kan bidra til forebygging, mestring, behandling og oppfølging, og gjøre det mulig for flere innbyggere å håndtere egen helse uten eller med begrenset kontakt med helsetjenesten. Samtidig kan verktøyene understøtte helsepersonell i oppfølging og behandling. Erfaringer fra blant annet psykisk helse- og rusfeltet viser at digitale verktøy kan ha god effekt for enkelte tilstander og pasientgrupper, særlig når de inngår i helhetlige tjenester og behandlingsforløp.

Som en del av satsingen på Digital førstelinje gjøres et arbeid for et sammenhengende økosystem av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy. Dette beskriver en ønsket fremtid der innbyggere møter én samlet og gjenkjennelig inngang til kvalitetssikrede digitale verktøy, digitale verktøy inngår som en naturlig del av forebygging, mestring, behandling og oppfølging, og helsepersonell kan anbefale og følge opp verktøyene som del av ordinær praksis. Digitale og fysiske tjenester understøtter hverandre gjennom hele forløpet, relevante data kan deles innenfor trygge rammer, og roller, ansvar og kvalitetskrav er tydelig definert. Samtidig samhandler myndigheter, helsevirksomheter og leverandører innenfor felles rammer som muliggjør nasjonal skalering.

For å realisere ambisjonene må økosystemet ha nødvendige kapabiliteter for blant annet utvikling, kvalitetsvurdering, tilgjengeliggjøring, samhandling, oppfølging, evaluering og kontinuerlig forbedring. Modellen skal synliggjøre hvilke funksjoner som må ivaretas, uten å forskutere hvilke aktører som skal ha ansvar for dem.

Arbeidet har så langt identifisert flere prinsipielle spørsmål som må avklares videre. Disse omfatter blant annet ansvar for digitale helsetjenester, graden av nasjonal styring og normering, kvalitetskrav, krav til samhandling og standarder, prioritering og forvaltning av verktøy, finansierings- og insentivmodeller samt Helsenorge sin rolle i økosystemet.

For å styrke arbeidet og den videre utviklingen av Digital førstelinje ønsker Helsedirektoratet innspill til de temaene som vurderes som mest sentrale for realisering av en fremtid der digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy er en integrert del av helse- og omsorgstjenestens samlede tilbud.

- **Hvilke finansierings- og insentivmodeller, forvaltningsordninger og mekanismer for effektevaluering vil bidra til at virksomme verktøy tas i bruk og skales?**
- **Hvordan kan vi legge til rette for likeverdig tilgang, inkludert for innbyggere som ikke kan eller ønsker å bruke digitale tjenester?**

- **Verktøy må videreutvikles og noen ganger fases ut. Hvordan kan ansvaret for forvaltning, evaluering og avvikling fordeles mellom leverandør, helsevirksomhet og nasjonale aktører?**

Videre saksprosess

Innspillene fra Fagrådet vil inngå i Helsedirektoratets videre arbeid med Digital førstelinje, og brukes til å konkretisere retning, forutsetninger og prioriteringer knyttet til sammenhengende forløp, samhandling og digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Digital førstelinje: fremtidsbilde, forutsetninger og veien mot sammenhengende digitale og fysiske tjenester har ikke vært diskutert i fagrådet tidligere.

med Helse- og KommuneCERT i Norsk helsenett SF og andre aktører etter behov. Frist: 31.12.2026 Det tildeles 34,4 mill. kroner over kap. 760, post 21 til arbeidet med å videreutvikle allmennlegetjenesten i 2026, jf. kap. 4.1. I tillegg tildeles Helsedirektoratet 0,5 mill. kroner til utarbeidelsen av informasjonsfilm om gynekologiske undersøkelser og 10,25 mill. kroner til prosjektarbeidet med nettlegeutprøvingen i 2026, jf. kap. 4.1.		
TB2026-16	Avd. HOD: KTA	Helhetlig vurdering av henvisnings- og rekvireringsrett for ulike grupper autorisert helsepersonell
Ved behandling av Meld. St. 23 (2024 – 2025) Fornye, forsterke, forbedre – Fremtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus fatte Stortinget følgende vedtak; «Stortinget ber regjeringen utrede forskrivningsrett i legenær praksis for sykepleiere med spesialisering i avansert klinisk allmennsykepleie. God kompetanse er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Kommunene har behov for personell med høyere og bredere kompetanse enn i dag. Det er derfor etablert en masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) rettet mot behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester. AKS har en klinisk kompetanse som kan nyttiggjøres i tverrfaglige fastlegekontorer. De bidrar også til bedre samhandling mellom hjemmebaserte tjenester, sykehjem og fastlege. AKS er viktig for kvalitet i tjenesten til hjemmeboende med store behov og beboere i kommunale institusjoner. Helse- og omsorgsdepartementet ber på denne bakgrunn Helsedirektoratet utrede forskrivningsrett for sykepleiere med masterutdanning i AKS. Utredning skal vurdere om en eventuell forskrivningsrett skal være begrenset til utvalgte legemidler. Det skal videre vurderes om det er hensiktsmessig å avgrense retten til legenær praksis. Departementet legger til grunn at retten skal begrenses til AKS ansatt i offentlige helse- og omsorgstjenester. Økonomiske, administrative og personellmessige konsekvenser skal vurderes. Frist: Settes i dialog med Helsedirektoratet		
TB2026-17	Avd. HOD: DIG	Digital førstelinje
Helsedirektoratet skal iverksette tiltak for å tilrettelegge for digitale helsetjenester som gir innbyggerne mulighet til å ta en aktiv rolle i egen og næres helse. Digitale helsetjenester skal styrke helse- og omsorgstjenestens evne til å yte helsehjelp til flere, med god kvalitet. Samtidig skal Helsedirektoratet bidra til utvikling av sammenhengende, tilgjengelige og bærekraftige digitale løsninger som støtter både innbyggernes behov og helsepersonellens arbeidshverdag. Helsedirektoratet gis følgende deloppdrag:		

1. Helsedirektoratet skal følge opp rapporten «En offentlig KI-tjeneste for helserelaterte spørsmål på Helsenorge» mottatt 8.10.2025. Innretning på leveransene og prioritering av anbefalingene avklares i dialog med departementet.
2. Helsedirektoratet bes om, med en stegvis tilnærming, å legge til rette for økt bruk av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy, herunder vurdere spørsmål knyttet til finansiering, kvalitetssikring, prioritering, finansiering, ansvar, implementering og effektevaluering for digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy. Og videre utrede hvordan digitale selvhjelps- og behandlingsapplikasjoner kan benytte eksisterende ordninger, samt identifisere evt. mangler og utfordringer. Arbeidet skal inkludere tiltak for et bærekraftig økosystem og næringsliv.
3. Helsedirektoratet skal følge opp utvalgte tiltak i rapporten "Økt bruk av kvalitetssikrede digitale løsninger innen psykisk helse og rus/avhengighet" mottatt 1.12.2025. Departementet vil ha dialog med Helsedirektoratet om nærmere innretning og frist for oppdraget.
4. Helsedirektoratet skal ha spesiell oppmerksomhet knyttet til løsninger som understøtter forebygging, øker helsekompetanse og legger til rette for mestring av egen helse.
5. Det skal etableres et første trinn av en digital veiviser inn til helsetjenestene som kan fungere på tvers av områdene 1-4 og nettlegen. Formålet på sikt er å bidra til at innbyggere enklere finner riktig tjeneste for deres behov.

Helsedirektoratet skal samarbeide med Norsk helsenett SF om hvordan behovet realiseres på Helsenorge. Departementet vil ha dialog med Helsedirektoratet om innretning på og frist for oppdraget.

Frist: 31.12.2026

TB2026-18	Avd. HOD: KTA	Utrede utvidelse av personellkretsen for poliklinikkforskriften med henvisning fra fysioterapeuter
------------------	----------------------	---

Det vises til omtale i Meld. St. 23 (2024–2025) Fornye, forsterke, forbedre, Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus: «Poliklinikkforskriften regulerer adgang til å henvise til spesialisthelsetjenesten. I dag skal pasienten normalt være henvist fra lege, kiropraktor, manuellterapeut, tannlege eller psykolog for at det skal ytes godtgjørelse etter forskriften. Regjeringen vil vurdere om henvisning fra fysioterapeut bør gi grunnlag for dekning av utgifter til poliklinisk undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette vil bety at flere fysioterapeuter vil kunne få tilsvarende mulighet som manuellterapeuter til å henvise til spesialisthelsetjenesten. Disse tiltakene vil utvikle fysioterapitjenesten, gi bedre oppgavedeling i tjenestene og kan gi forbedret tilbud»

Det vises videre til Statsrådets svar på dokument 8: 255 S (2024–2025) om henvisningsrett for fysioterapeuter jf. Innst. 396 S (2024-2025).

Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet følge opp tiltaket i stortingsmeldingen og utrede om henvisning fra fysioterapeut bør gi grunnlag for dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten. Utredningen må vurdere både hvilke fysioterapeuter dette ev. bør gjelde for og kompetansekrav, samt økonomiske, administrative og personellmessige vurderinger av forslagene.

Til Møte 4/26
Dato 28.10.2026
Saksnummer 23/26
Innretning Drøfting

Sakseier Arbeidsgruppe nedsatt etter Fagrådssak i april
Saksbehandler Hanne Schanche Önen, Interregionalt arkitekturutvalg/Helse Midt-Norge
RHF

Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning – status og videre arbeid

Forslag til vedtak

1. Fagrådet har drøftet status og innretning på det videre arbeidet med neste generasjon digital samhandling og gitt innspill til den planlagte workshopen og forventede leveranser.
2. Fagrådet ber om at innspillene tas med i det videre arbeidet, og at resultater og forslag til hvordan den felles innsikten kan anvendes videre legges frem for rådet, etter planen i januar 2027.

Hensikt med saken

Dette er en oppfølging av sak 15/26 i april der Fagrådet vedtok å be Helsedirektoratet ta initiativ til en prosess med sektoren for å videreutvikle den nasjonale samhandlingsarkitekturen til å bedre støtte samarbeid mellom helseaktører/tjenesteytere om oppgaveløsning i sammenhengende pasientforløp.

Formålet med saken er å orientere om arbeidet som er gjennomført, presentere foreløpige observasjoner og redegjøre for plan for videre arbeid.

Det planlegges en tverrfaglig workshop i slutten av november, der innretning og leveranser fortsatt er under utvikling. Ambisjonen er å utvikle felles innsikt på tvers av sektoren som kan gi grunnlag for videre strategiske diskusjoner, prioriteringer og utvikling av nasjonal digital samhandling. Vi ønsker fagrådets konstruktive og kritiske innspill til hvordan arbeidet bør legges opp, og hvilke resultater som vil gi størst verdi for den videre utviklingen.

Spørsmål til drøfting:

1. Hvilke problemstillinger, dilemmaer og etablerte antakelser bør vi særlig utfordre i workshopen for å sikre at vi tar utgangspunkt i reelle behov og får frem innsikt som bringer arbeidet videre?
2. Hvilken innsikt og hvilke leveranser vil ha størst verdi for videre strategiske diskusjoner, prioriteringer og utvikling av nasjonal digital samhandling, og hvordan kan resultatene best tas i bruk

Bakgrunn

Oppfølging av fagrådets vedtak

Som oppfølging av fagrådets vedtak er det etablert en tverrsektoriell arbeidsgruppe med representanter fra Helsedirektoratet, Norsk helsenett, KS, kommuner, Legeforeningen, de regionale helseforetakene og Senter for e-helseforskning. Arbeidet koordineres av IRAU i samarbeid med Helsedirektoratet. Arbeidsgruppen har gjennomført flere arbeidsmøter for å konkretisere problemstillingene og planlegge neste fase.

Foreløpige observasjoner fra arbeidsgruppen

Til tross for ulike organisatoriske og faglige utgangspunkter har det vært betydelig sammenfall mellom utfordringene som beskrives fra de ulike aktørene. De viktigste observasjonene er:

- **Informasjonsdeling er nødvendig, men ikke tilstrekkelig.** Når flere aktører samarbeider om samme pasient, trengs også støtte til koordinering av mål, planer, oppgaver, ansvar og status på tvers av virksomheter.
- **Fragmenteringen er både organisatorisk og digital.** Ulike arbeidsprosesser, begreper og perspektiv gjør det krevende å skape sammenhengende pasientforløp.
- **Teknologi alene er ikke tilstrekkelig.** Organisering, arbeidsprosesser, juridiske rammer og insentiver må ses i sammenheng med digital støtte.
- **Det finnes allerede betydelig kunnskap og erfaring.** Videre arbeid bør bygge på eksisterende initiativer fremfor å starte nye, omfattende behovskartlegginger.

Samtidig viser diskusjonene et betydelig mulighetsrom for å bygge videre på eksisterende initiativer og erfaringer, og for å utvikle mer sammenhengende samhandling gjennom felles forståelse og målrettede tiltak.

Dilemmaer og sentrale spørsmål

Arbeidet har også synliggjort noen sentrale avveininger som kan bidra til å spisse innretningen på videre utvikling:

- **Felles samhandlingsmodeller vs. ulike arbeidsprosesser:** Hvor mye må vi harmonisere av arbeidsprosesser, roller og ansvar for å få til koordinert digital samhandling, og hvor kan aktørene fortsatt arbeide forskjellig?
- **Utpøring vs. skalering:** Hvordan balansere rask utpøring og innovasjon mot behovet for å legge til rette for skalering fra start, også i valg av løsninger, infrastruktur og avtaler?
- **Komplekse vs. utbredte samhandlingsbehov:** Gir de mest komplekse pasientforløpene det beste utgangspunktet for å utvikle generelle samhandlingsløsninger, eller risikerer vi å bygge inn unødvendig kompleksitet?
- **Helhet vs. enkel problemløsning:** Hvordan sikrer vi at vi løser de problemene tjenestene faktisk opplever, med så enkle virkemidler som mulig, uten å miste helheten av syne?

Et gjennomgående perspektiv er forholdet mellom variasjon, standardisering og digitalisering. Å forstå variasjonen i behov, arbeidsprosesser og samhandlingssituasjoner er viktig for å identifisere hvor digitalisering kan skape verdi, og hva som med fordel kan forenkles eller standardiseres.

Felles begreper, informasjonsobjekter og grensesnitt kan understøtte samhandling mellom aktører med ulike arbeidsprosesser. Samtidig oppstår, endres og brukes informasjon i en kontekst som har betydning for hvordan den forstås og anvendes på tvers. Inngående innsikt i tjenestenes arbeidsprosesser og samhandling er derfor viktig både for å utvikle hensiktsmessig informasjonsdeling og for å identifisere muligheter for digital støtte til koordinering av oppgaver, ansvar og arbeidsprosesser på tvers av virksomheter.

Innretning på videre arbeid

Arbeidsgruppen har samlet seg om en tilnærming der innsikt og erfaringer fra eksisterende prosjekter og forskning brukes til å konkretisere hvordan digital samhandling kan understøtte koordinert oppgaveløsning, utover deling og tilgjengeliggjøring av helseopplysninger. Ambisjonen er å løfte innsikt ut av enkeltprosjektene, identifisere mønstre som går igjen på tvers og utvikle et felles kunnskapsgrunnlag som kan brukes i videre nasjonal og regional utvikling.

Det planlegges en tverrfaglig workshop 25.–26. november 2026, med deltakere fra ulike deler av sektoren og bidrag fra relevante utviklingsinitiativ. Aktuelle prosjekter er blant annet DignityCare, Vitality, SamOpp/Helseplattformen og Prosjekt X.

Opplegget er fortsatt under utarbeidelse, med vekt på å bygge på erfaringer fra eksisterende initiativer, utforske fremtidige samarbeidsformer og konkretisere hvordan disse kan understøttes digitalt. Målet er å utvikle felles innsikt på tvers av sektoren og omsette denne til et begrenset sett konkrete, gjerne visuelle leveranser. Aktuelle leveranser er fremtidsscenarioer, brukerhistorier og konseptskisser, samt en sammenstilling av sentrale behov, forutsetninger og implikasjoner for videre utvikling.

Etter workshopen vil resultatene bearbeides og sammenstilles, med særlig vekt på å trekke ut innsikt på tvers av scenarioene og konseptene og gjøre denne anvendbar for videre strategisk arbeid og utvikling av nasjonal digital samhandling.

Arbeidet skal ikke utvikle detaljert målarkitektur eller konkrete nasjonale løsningsforslag, men gi et bedre felles grunnlag for videre arbeid, diskusjoner og prioriteringer.

Videre saksprosess

Det tas sikte på å gjennomføre workshopen 25.–26. november 2026. Resultatene bearbeides deretter i samarbeid mellom arbeidsgruppen, IRAU og Helsedirektoratet, med sikte på å legge dem frem for fagrådet i januar 2027.

Ambisjonen er at den felles innsikten også skal kunne brukes i videre arbeid i rådsmodellen, herunder Strategirådet og Porteføljerådet, og som innspill til revisjon av nasjonal e-helsestrategi og andre relevante utviklingsprosesser.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Utvalg og dato	Tittel på sak	Vedtak
15/26	Fagrådet 29. april 2026	Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning	1. Fagrådet drøftet saken og anerkjenner behovet for at nasjonal samhandlingsarkitektur i større grad legger til rette for tverr-organisatorisk samarbeid mellom helseaktører om oppgaveløsning i sammenhengende pasientforløp. 2. Fagrådet ber Helsedirektoratet ta initiativ til en prosess med sektoren for å videreutvikle den nasjonale samhandlingsarkitekturen til å bedre støtte samarbeid mellom helseaktører/tjenesteytere om oppgaveløsning i sammenhengende pasientforløp.

Til	Møte 4/26
Dato	28.10.2026
Saksnummer	24/26
Innretning	Drøfting

Sakseier	Interregionalt arkitekturutvalg (IRAU)
Saksbehandler	Prosjekt Helhetlige personverninnstillinger

Helhetlige personverninnstillinger på tvers av aktører og systemer

Forslag til vedtak

Fagrådet drøftet saken og ga innspill til retning og veivalg for helhetlige personverninnstillinger. Prosjektet tar med seg innspillene fra møtet i det videre arbeidet med målilde, tiltak og veikart.

Hensikt med saken

Helseregionene har etablert et felles konseptarbeid for helhetlige personverninnstillinger. Prosjektet presenterer foreløpige funn og konkrete tiltak som er under arbeid, og ønsker Fagrådets vurdering av retning og av hvordan arbeidet bør koordineres med andre aktører og faggrupper fremover.

En sentral del av hensikten med saken er å gjøre arbeidet kjent. Erfaringen så langt er at koordinering med pågående aktiviteter gir stor verdi, både innenfor den enkelte region og på tvers av virksomheter. Helsepersonell er en sentral interessent, og prosjektet er tett på gjennom dialog, spørreundersøkelse og de regionale personverntjenestene. Flere initiativer arbeider parallelt med sperring, skjerming og innsyn, og gjensidig kjennskap til hverandres arbeid gir felles forståelse av utfordringsbildet. Det synliggjør verdien av å se arbeidet i en større sammenheng, for en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste, fremfor at det løses individuelt slik som i dag, både i den enkelte virksomhet og i det enkelte prosjektet for utvikling av digitale tjenester der flere virksomheter er involvert.

Samtidig blir det tydelig at begreper, tolkning av regelverk og konkrete løsningsvalg varierer, slik at en innstilling får ulikt utfall avhengig av hvor den settes eller endres. Konsekvensen er at samme helseopplysninger kan være skjermet ett sted og tilgjengelig et annet, uten at pasient eller helsepersonell har oversikt over hva valget faktisk innebærer.

Prosjektet skal levere målilde og veikart, men har en tydelig føring om å levere verdi underveis. Det arbeides derfor konkret med identifiserte problemstillinger, delt opp i tiltak og oppgaver. Dette omfatter blant annet vurdering av felles tilnærming til begrepsavklaringer, kartlegging av dagens informasjonsflyt, og spørsmålet om hvilket informasjonsnivå personverninnstillinger bør knyttes til. Tiltakene forankres løpende for raskt å kunne gi verdi for helheten.

Prosjektet ønsker Fagrådets drøfting av følgende to spørsmål:

- Hva bør være felles på tvers av aktører og løsninger når personverninnstillinger utformes, slik at helsepersonell og innbyggere møter konsistente valg gjennom hele pasientforløpet?
- Hvor bør det besluttes hvilke scenarioer personverninnstillingene skal dekke, og hvordan bør arbeidet samordnes mellom lokale, regionalt og nasjonale initiativer?

Bakgrunn

Personverninnstillinger og støtte for pasientrettigheter har alltid vært en forutsetning for forsvarlig behandling av helseopplysninger. Når opplysningene nå deles oftere, med flere aktører og gjennom flere tjenester, blir dette en økende utfordring, og det stiller nye krav til hvordan sperring, skjerming, innsyn og samtykke håndteres.

For å møte dette etablerte RHF-ene våren 2026 et interregionalt innsikts- og konseptarbeid for helhetlig håndtering av personverninnstillinger. Arbeidet med nasjonale tjenester som blant annet pasientens prøvesvar, pasientens journaldokumenter og dokumentdeling fra avtalespesialister, sammen med kommende krav gjennom EHDS, har synliggjort at regelverk tolkes ulikt, at dagens løsninger håndterer personverninnstillinger forskjellig, og at manglende felles prinsipper skaper kompleksitet, risiko og forsinkelser i prosjekter. Det gir også mye dobbeltarbeid, fordi juridiske, begrepsmessige og tekniske forhold, samt arbeidsprosesser, må avklares på nytt i hvert enkelt prosjekt. Prosjektet har deltakere fra alle helseregionene og er i dialog med en rekke andre aktører i sektoren.

Kartleggingen viser at sentrale begreper som sperring, reservasjon, skjerming og nekting forstås og implementeres ulikt mellom virksomheter, regioner og nasjonale tjenester. Innstillinger knyttes i dag i hovedsak til enkeltdokumenter, kopier og enkeltsystemer, mens de samme helseopplysningene gjenbrukes i flere tjenester. Resultatet er at samme opplysning kan være skjermet ett sted og tilgjengelig et annet, og at verken innbygger eller helsepersonell har oversikt over hva et valg faktisk innebærer.

For pasienten bør personverninnstillingene virke likt enten helseopplysningene deles mellom sykehus og kommune eller gjennom nasjonale tjenester. Dersom innstillingene løses for nasjonale tjenester isolert, mens lokal og regional utvikling må finne egne løsninger, blir summen av valgene en merbelastning for helsepersonell og innbyggere.

Videre saksprosess

Konseptanalysen gjennomføres ut 2026 med en iterativ tilnærming, der delleveranser gjøres tilgjengelige underveis for pågående initiativer. Innspill fra Fagrådet tas inn i arbeidet med målbilde, tiltak og veikart. Juridiske og begrepsmessige problemstillinger løftes til relevante fagmiljøer for avklaring, og anbefalt retning behandles av RHF-enes IKT-direktører.

Til Møte 4/26
Dato 28.10.2026
Saksnummer 25/26
Innretning Drøfting

Sakseier Ingvild Eide Graff, FHI
Saksbehandler Ida Ørvik, FHI

Legemiddeldata fra institusjon til Legemiddelregisteret (LMDI-prosjektet)

Forslag til vedtak

Folkehelseinstituttet orienterte Fagrådet om LMDI-prosjektet. Innspillene gitt i møtet tas med i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Prosjekt LMDI ønsker å komme i Fagrådet for å gi en orientering om prosjektet.

Bakgrunn

- Legemiddelregisteret (LMR) ble etablert i 2023 og erstatter det tidligere Reseptregisteret. Registeret er hjemlet i LMR-forskriften og har per i dag informasjon om legemidler utlevert etter resept i apotek fra 2004
- FHI leverte et stort satsningsforslag til Helse- og omsorgsdepartementet i 2023 i samarbeid med RHFene og Bærum kommune der man ønsket midler til å innhente opplysninger om legemiddelbruk i institusjoner. Satsningsforslaget fikk tilslutning, og prosjekt Legemiddeldata fra institusjon (LMDI) startet opp i 2023.
- Legemiddelregisteret (LMR) har allerede informasjon om legemidler utlevert på resept i apotek. Formålet med LMDI-prosjektet er å utvide LMR slik at opplysninger om legemiddelbruk i sykehus og sykehjem er tilgjengelig for forskning, styring og liknende, i tråd med LMR sitt formål. Dette vil gjøre opplysningene tilgjengelige sentralt fra en kilde.
- Opplysningene som sendes til LMR er allerede registrert i kurve/journalløsninger, og medfører derfor ingen ekstra registreringsbyrde for helsepersonell.
- FHIR benyttes som standard format for å overføre opplysningene strukturert fra de ulike institusjonene.
 - Prosjektet har utarbeidet en implementasjonsguide som er tilgjengelig for alle: [Hjem - Legemiddeldata fra institusjon til Legemiddelregisteret v1.1.5](#)

- Vi er i utgangspunktet mest interessert i å innhente opplysninger om administrering av legemidler. I de tilfeller hvor det kun registreres forskrivning, er vi i utgangspunktet ikke interessert. Dette stiller krav til bruk av funksjonalitet i tjenesten.
- Status og planer for prosjektet:
 - Fase 1 – Pilotgruppe RHFe + Bærum kommune
 - Opplysninger fra kommunale sykehjem i Bærum kommune rapporteres daglig
 - Helse Midt og Helse Sør-Øst til LMR i slutfasen av akseptansetesting
 - Helse Midt vil rapportere for kommuner som bruker Epic/Helseplattformen
 - Dialog/startfase med Helse Vest og Helse Nord.
 - Prosjektet har øremerkede midler over Statsbudsjettet til å betale en oppstartssum til utvikling av løsning for å levere data til LMR for aktørene som omfattes av fase 1.
 - Fase 2 – Andre kommuner og private institusjoner
 - FHI har et pågående prosjekt for å modernisere pasientregistrene NPR og KPR. LMDI-prosjektet vil samordne fase 2 med planlagte utvidelser av pasientregistrene, spesielt ovenfor sykehjem (kommunale og private) og private sykehus.
 - Foreløpig ikke finansiering for aktørene i fase 2
 - Kommunene i Norge holder på å anskaffe nye journalsystem.
 - Vanskelig å si noe om tidslinjen for aktører i fase 2
 - Endring av LMR-forskriften
 - FHI jobber med endring av LMR-forskriften:
 - Nye opplysninger som er viktige i legemiddelbehandling i institusjon
 - Meldeplikt for flere aktører enn apotek
- Utfordringer i gjennomføringen av prosjektet
 - Kun apotek har rapporteringsplikt til LMR.
 - FHI hadde begrenset erfaring med FHIR ved prosjektstart
 - RHFe er ulike
 - Ulike journal -og kurveløsninger
 - Ulik bruk av nasjonale og lokale legemiddelkataloger og kodeverk/terminologi for legemidler (SNOMED-CT)
 - Til tross for at FHIR skal standardisere innrapporteringen, er det behov for akseptansetesting med hvert enkelt RHFe for å sikre tilstrekkelig datakvalitet
 - Komplett legemiddelbruk rapporteres ikke fra RHFe
 - Kurveløsningene brukes ikke ved alle administreringer
 - F.eks. registreres cytostatika og immunterapi ol. fremdeles i utstrakt grad i "side-systemer" og vil ikke inngå i meldinger til LMR

Videre saksprosess

FHI tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet i prosjekt LMDI.

Til Møte 4/26
Dato 28.10.2026
Saksnummer 26/26
Innretning Drøfting

Sakseier Hans Löwe Larsen
Saksbehandler Anita Lorck, Inger Dybdahl Sørby

Utfordringer med meldingsutveksling

Forslag til vedtak

Fagrådet anerkjenner de utfordringer som er presentert, og ber alle involverte om å ta innspillene inn i den videre forvaltningen.

Hensikt med saken

Helsedirektoratet har fått innspill fra Helse Nord om utfordringer knyttet til meldingsutveksling, spesielt i forbindelse med bruk av applikasjonskvittering. Helse Nord har fått bekreftet at alle regioner har liknende utfordringer. Utfordringene berører ansvarsområder hos Helsedirektoratet, som er forvalter av nasjonale e-helsestandards for meldingsutveksling, og Norsk helsenett, som nasjonal tjenesteleverandør.

Saken løftes til Fagrådet for å drøfte mulige tiltak for å sikre at meldingsutvekslingen fungerer etter intensjonen, og bidrar til å ivareta pasientsikkerheten.

Spørsmål til drøfting i Fagrådet:

- 1) Her er det en situasjon hvor infrastruktur har utfordringer grunnet manglende oppfyllelse av virksomhetsansvar? Hva kan rotårsaken være til manglende datadisiplin innenfor et så viktig felt?
- 2) Hvordan skape bedre forståelse og aksept for å utføre et åpenbart virksomhetsansvar?

Bakgrunn

Meldingsutveksling er i dag den viktigste formen for elektronisk informasjonsutveksling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Årlig sendes det ca. 200 millioner medisinske meldinger på EDI-format over helsenettet.

Helseforetakene rapporterer om vedvarende og omfattende utfordringer med manglende applikasjonskvitteringer (forklaring – se side 2) for sentrale meldingstyper som epikriser, laboratoriesvar, radiologsvar, PLO-meldinger, dialogmeldinger og henvisninger. Problemet er nasjonalt og bekreftes av den interregionale nettverksgruppen for digital samhandling.

Utfordringer knyttet til kvalitet og pålitelighet i elektronisk meldingsutveksling er ikke nye. Allerede i 2014 påpekte Undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren fra Riksrevisjonen at det gjensto en betydelig innsats for å realisere sikker og effektiv elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren, og at svakheter i gjennomføring og oppfølging kunne påvirke måloppnåelsen på området. Selv om elektronisk meldingsutveksling i dag er etablert som den dominerende formen for informasjonsutveksling i sektoren, viser utfordringene med manglende applikasjonskvitteringer at det fortsatt finnes sårbarheter knyttet til etterlevelse, datakvalitet og oppfølging av virksomhetsansvar som kan påvirke sporbarhet, arbeidsprosesser og pasientsikkerhet.

Konsekvensene er betydelig manuelt oppfølgingsarbeid, manglende sporbarhet i meldingsutvekslingen og økt risiko for svikt i pasientoppfølgingen. Særlig alvorlig er tilfeller der kritiske prøvesvar ikke når fram til riktig mottaker eller avvises uten at dette oppdages tidsnok.

Innspillene peker på flere årsaker, blant annet:

- Mangelfull oppdatering av Adresseregisteret når leger slutter eller bytter arbeidssted.
- Ulik praksis og manglende etterlevelse av standarder i journalsystemene.
- Problemer knyttet til hjelpenummer, D-nummer/fødselsnummer og identitetshåndtering.
- Uklar ansvarsdeling mellom legekantor og systemleverandør for oppfølging av meldingstrafikk.

Fremlegging av saken i møtet

- Presentasjon av problemstillingene på vegne av regionene v/Helse Nord
- Gjennomgang av gjeldende regelverk v/Helsedirektoratet
- Status og planer for videreutvikling av meldingsutvekslingen v/Norsk helsenett
- Drøfting

Mer om applikasjonskvittering:

Applikasjonskvittering er en melding som bekrefter at en fagmelding ikke bare er mottatt teknisk, men også at den er **behandlet og godkjent av mottakers applikasjon (EPJ-/fagsystem)**. Dette er en viktig del av sikker elektronisk meldingsutveksling i helsesektoren.

Det er nyttig å skille mellom to typer kvitteringer:

Transportkvittering

Denne bekrefter at meldingen er kommet frem til mottakers meldingssystem eller meldingstjener.

Eksempel:

- Fastlegen sender en henvisning til sykehuset.
- Transportkvitteringen bekrefter at sykehusets meldingsmottak har mottatt meldingen.

Den sier ikke noe om meldingen kunne leses eller behandles. [nhn.no],

Applikasjonskvittering

Denne sendes etter at mottakers fagsystem har kontrollert meldingen.

Den kan for eksempel bekrefte at:

- meldingen er lest inn korrekt,
- riktig standard er brukt,
- obligatoriske felt er utfyllt,
- meldingen er registrert i mottakers system.

Den kan også inneholde avvisning dersom noe er feil.

Hvis avsender bare får transportkvittering, vet man kun at meldingen har kommet fram til mottakers tekniske løsning.

Først når positiv applikasjonskvittering er mottatt, har avsender dokumentasjon på at meldingen er tatt inn i mottakers fagsystem. Derfor har virksomhetene rutiner for å overvåke manglende eller negative applikasjonskvitteringer og følge dem opp som avvik.

I praksis betyr dette:

- **NHN** sørger for at meldingen kan transporteres sikkert gjennom Norsk helsenett
- **Mottakers virksomhet og EPJ-system** genererer applikasjonskvitteringen
- **Avsenders virksomhet** må følge opp dersom applikasjonskvittering mangler eller er negativ

En vanlig formulering i sektoren er derfor at *transportkvittering bekrefter levering, mens applikasjonskvittering bekrefter mottak og behandling i fagsystemet.*

Videre saksprosess

Videre saksprosess avhenger av drøftingene i Fagrådet.

Til Møte 4/26
Dato 29.10.2026
Saksnummer 28/26
Innretning Drøfting

Sakseier KS
Saksbehandler Kjetil Løyning og Mette Røhne

Temadag – samarbeid om digitalisering i kommunal sektor

Forslag til vedtak

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

Hensikt med saken

Gi Fagrådet innsikt og bakgrunn for hvordan kommunal sektor samarbeider om digitalisering, og gi et felles grunnlag for å drøfte hvordan nasjonale digitale helseløsninger kan utvikles, prøves ut og innføres på en faglig forsvarlig og sammenhengende måte i helsesektor som danner grunnlaget for å realisere reelle gevinster i kommunale virksomheter og i spesialisthelsetjenesten. Temadagen vil belyse utvikling av digitale løsninger og hva det betyr for forsvarlig bruk, stegvis utprøving og innføring, samt bruk av EIF-modellen som felles rammeverk.

Hensikten er også å drøfte hvordan utvikling, utprøving og innføring av nasjonale digitale løsninger kan bidra til dokumenterte gevinster for innbyggere, pasienter og helsepersonell. Utprøving skal ikke bare redusere risiko, men også gi kunnskap om effekter, gevinster og forutsetninger for videre skalering og innføring.

Tid	Hva
09.00-09.05	Velkommen til temadagen
09.05-10.05	Kommunal sektor - Samstyring innen digitalisering - Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet - Felles modell for utprøving, innføring og KS nettverk e-helse
10.05-10.20	Pause
10.20-11.30	Tema 1: Når er en digital løsning faglig forsvarlig å ta i bruk? Innledning Case PPS og case SFM fra kommune Spm til gruppe-refleksjon. Lytte inn et par grupper
11.30-12.30	Lunsj

12.30-13.30	Tema 2: Hvordan lykkes med stegvis utprøving og stegvis innføring? Innledning Case DHG og PJD fra kommune Spm til gruppe-refleksjon. Lytte inn et par grupper
13.30-13.45	Pause
13.45-14.25	Tema 3: EIF modellen som grunnlag for sammenhengende nye løsninger? Innledning Case Digi Dot (EIF modellen) og/eller Helseplattformen Spm til gruppe-refleksjon. Lytte inn et par grupper
14.25-14.30	Avslutte dagen

Bakgrunn

1 Samarbeid om digitalisering i kommunal sektor

1.1 Samstyring innen digitalisering

Kommunal helse- og omsorgstjeneste består av **357 kommuner og 15 fylkeskommuner**. Dette er selvstendig virksomheter som er politisk styrt med nesten 10 000 folkevalgte. De kommunale virksomhetene har fire hovedroller: å være en demokratisk arena, yte offentlige tjenester, drive samfunnsutvikling og utøve myndighet. Kommunen er det lokale forvaltningsnivået som skal ivareta innbyggernes nære behov, og den har stor grad av lokalt selvstyre.

Kommunene leverer et stort antall tjenester; helse- og omsorg omfatter syv lovfestede hovedkategorier, som består av mange titalls konkrete tjenestetyper. Dette inkluderer blant annet fastlege, legevakt, hjemmetjeneste, sykehjem, barnevern, kommunal akutt døgnenhet (KAD), rus og psykisk helse, helsestasjon og skolehelsetjeneste og jordmortjeneste i tillegg til tannhelsetjenesten. Digitalisering på helseområdet må derfor fungere på tvers av både kommuner, tjenester, fagområder og ulike journalsystemer og leverandører. Ikke minst er det viktig å se all utvikling i et tverrsektorielt perspektiv, mao fra krybbe til død.

Landstinget i 2020 ga KS en tydelig rolle og et oppdrag med å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor ved å;

- ivareta og videreutvikle samordnings- og samstyringsstrukturen for digitalisering¹ og smart bruk av teknologi i kommunal sektor i samarbeid med regionale digitaliseringsnettverk.
- representere sektoren og dens interesser overfor staten og andre nasjonale aktører, og oppnevne sektorens representanter til råd, utvalg og nasjonale prosjekter innen digitalisering.
- være en pådriver for digital kompetanse, utvikling og utbredelse av sammenhengende tjenester og felles kommunale løsninger og komponenter i tett samarbeid med ressurser hos medlemmene og regionale digitaliseringsnettverk, og støtte opp om prosjekter som er strategisk viktige for kommunene.
- i samspill med medlemmene være en pådriver for utvikling av digitaliseringsvennlig regelverk og premissleverandør for utvikling av felles standarder og virksomhetsarkitektur for kommunal sektor.

KS har også en rolle som **utviklingspartner**. Det innebærer å bidra tidlig i utviklingen av nasjonale løsninger og rammebetingelser, slik at kommunale behov, arbeidsprosesser og gjennomføringsevne blir ivaretatt. For helseområdet er dette særlig viktig fordi vellykket digitalisering ikke bare handler om utvikling av en nasjonal løsning, men også om leverandørtilpasninger, lokal innføring, finansiering, gevinstrealisering og nødvendige organisatoriske endringer.

KS har også en rolle som behovseier og samordner på vegne av kommunal sektor. Dette innebærer å samle og prioritere behov, koordinere erfaringer fra utprøving og innføring, bidra til dokumentasjon av gevinster samt stille samlede krav på vegne av sektoren. Målet er at erfaringer fra de første kommunene skal bidra til bedre løsninger, redusert risiko og enklere innføringsløp for andre kommune

KS rolle, på vegne av kommunal sektor, er forankret i regjeringens digitaliseringsrundskriv:

[Digitaliseringsrundskrivet - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/digitaliseringsrundskrivet-2020-2023/id2844444/)

Samtidig må kommunesektorens samstyring ses i sammenheng med **den nasjonale rådsmodellen for e-helse**. Et godt samspill mellom kommunesektorens egne strukturer og den nasjonale rådsmodellen er viktig for å sikre at kommunenes samlede behov og prioriteringer får en tydelig stemme, og at beslutninger nasjonalt er forankret i de tjenestene som faktisk skal ta løsningene i bruk.

1.2 Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet

Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet ble vedtatt av Hovedstyret i KS i januar 2023².

Dokumentet understøtter KS sin rolle på vegne av kommuner og fylkeskommuner, og skal skape en felles retning i digitaliseringen av helse- og omsorgstjenestene i kommunal sektor. Under vises noen eksempler

¹ [Samstyringsstruktur - Hjem](#)

² [Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet - Hjem](#)

på retning og ambisjoner for digitalisering av helse- og omsorg frem til 2030 i kommunal sektor. Flere av disse avhenger også av samhandling med Hdir, NHN, FHI og RHFene:

- Utvikling av ny kunnskap og innsikt som gir grunnlag for **økt gevinstrealisering** ved digitalisering
- Videreutvikling av et **felles journalløft** på kommunenes premisser
- Behov for videreutvikling av **rammebetingelser og virkemidler**
- **Digitaliseringsvennlig regelverk** – på vei, men ikke i mål
- **Sikkerhet, beredskap og kunnskap** i hverdag og kriser
- Større forutsigbarhet for gevinster og bistand ved **anskaffelser**
- **Felles modeller** for mer **samordnet utprøving og utbredelse** av helseteknologi
- **Kompetanseheving** er avgjørende for omstilling
- Økt grad av **standarder og normering**
- Et **mangfoldig og innovativt næringsliv** er avgjørende for fremtidens kommunale helse- og omsorgstjenester

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

Som en del av samarbeidsavtalen med Helse- og omsorgsdepartementet om utbredelse av nasjonale e-helseløsninger og velferdsteknologi, fikk KS i samarbeid med Norsk helsenett SF (NHN), vinter 2023/2024 tilslutning til en ny felles modell for innføring og nettverk innen e-helse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den kommunale samstyingsstrukturen støttet høsten 2023 realiseringen av modellen, med oppstart fra og med 2024. Arbeidet med å realisere, videreføre og videreutvikle modellen er finansiert over Helseteknologiordningen. I dag består modellen av Felles modell for utprøving, innføring og KS nettverk e-helse. Det etableres nasjonale arbeidsgrupper, hvor deltagerne rekrutteres fra KS nettverk e-helse, som skal planlegge, lede og gjennomføre felles utprøvings- og/eller innføringsløp for kommunal sektor. Arbeidsgruppen samler beste praksis, materiell, ROS/DPIA osv., slik at kommuner som skal delta i utprøving og/eller innføring raskere kan gjennomføre det, fordi noen har gjort et forarbeid. Arbeidsgruppene skal ikke bare identifisere risiko og utfordringer, men også systematisk samle erfaringer om gevinster, effekter og nødvendige organisatoriske forutsetninger. Dette gir grunnlag for å vurdere når en løsning er moden for skalering og videre innføring.

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

Tilknyttet de regionale digitaliseringssamarbeidene er det etablert regionale grupper e-helse. Disse regionale gruppene e-helse, er frikjøpte kommunale ressurser som inngår i KS nettverk e-helse. Dette sikrer geografisk spredning, eierskap, forankring og et unikt nettverk for erfaringsdeling og beste praksis.

For å koordinere og samordne felles utprøvings- og innføringsløp i kommunal sektor er det etablert (2024) en nasjonal koordineringsgruppe for felles utprøvings- og innføringsløp. Her sitter 4 kommunale representanter, samt 2 fra Helsedirektoratet og 2 fra Norsk helsenett.

I Meld. St 23 2025 er det gitt et mål om at «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». Dette arbeidet pågår nå høsten 2026.

2 Tema og case

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

Digitalisering av helse- og omsorgstjenestene skal bidra til bedre kvalitet, tryggere tjenester og mer effektiv informasjonsflyt. Når nye nasjonale digitale løsninger utvikles og skal tas i bruk i kommunene, oppstår samtidig et grunnleggende spørsmål: **Når er løsningen tilstrekkelig moden og trygg til at helsepersonell og virksomheter kan ta den i bruk på en faglig forsvarlig måte, gitt at den gir reelle gevinster?**

Faglig forsvarlighet handler ikke bare om hvorvidt den tekniske løsningen fungerer som forutsatt. En løsning kan være teknisk tilgjengelig og oppfylle definerte funksjonelle krav, uten at den nødvendigvis er klar for bruk i alle deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forsvarlighet må derfor vurderes ut fra den samlede tjenesten løsningen inngår i, og hvilken betydning den får for helsepersonellens arbeid, pasientsikkerheten og kommunens evne til å ivareta sitt ansvar.

Kommunene er forskjellige når det gjelder størrelse, organisering, kompetanse, teknisk infrastruktur, journalsystemer og arbeidsprosesser. En nasjonal løsning må fungere innenfor denne variasjonen. Før den tas bredt i bruk, må det derfor være tilstrekkelig avklart hvordan løsningen inngår i eksisterende arbeidsprosesser, hvilke oppgaver og ansvar den medfører, for hvem, hvilken informasjon helsepersonell får tilgang til, og hvilke begrensninger eller feilkilder de må kjenne til. Det må også være tydelig hva som skjer dersom informasjon mangler, er forsinket eller feil, eller dersom løsningen ikke er tilgjengelig.

Et sentralt spørsmål er derfor hvem som avgjør at løsningen er klar for bruk. Den nasjonale aktøren som utvikler eller forvalter løsningen kan dokumentere teknisk kvalitet, funksjonalitet og nasjonal modenhet. Men den enkelte kommune har samtidig ansvar for at tjenestene den yter er forsvarlige. Det innebærer at det må være et tydelig skille mellom hva som skal være avklart og dokumentert nasjonalt, og hva kommunen selv må vurdere før løsningen tas i bruk lokalt. Kommunene bør ikke måtte gjennomføre de samme grunnleggende vurderingene hver for seg dersom risikoen og forutsetningene er felles.

Utpøving er derfor en viktig del av grunnlaget for å kunne vurdere forsvarlighet. Det er først når løsningen brukes i reelle arbeidsprosesser at man fullt ut kan se hvordan teknologi, helsepersonell, organisering og informasjon virker sammen. Erfaringene fra utpøving må brukes systematisk til å identifisere risiko, utilsiktede konsekvenser og nødvendige tiltak før videre bredding. Det bør samtidig være tydelige kriterier for hva som må være dokumentert før man går fra avgrenset utpøving til bredere innføring. Erfaringene fra utpøving må også brukes til å dokumentere hvilke gevinster som kan realiseres, hvilke organisatoriske endringer som kreves og hvordan teknologi bidrar til bedre kvalitet, mer effektiv ressursbruk og økt egenmestring for innbyggerne.

Faglig forsvarlighet må også ses i sammenheng med personvern, informasjonssikkerhet, tilgangsstyring, oppløring og endringsledelse. Helsepersonell må forstå hvilken informasjon de kan stole på, hvordan løsningen skal brukes, og hvilke vurderinger de fortsatt selv må gjøre. Ansvarsforhold mellom nasjonale aktører, leverandører og kommunene må være tydelige, særlig når flere tekniske komponenter og aktører inngår i den samlede tjenesten.

Dette peker mot behovet for noen felles nasjonale minimumskriterier for forsvarlig innføring. Slike kriterier kan blant annet tydeliggjøre hva som må være avklart knyttet til pasientsikkerhet og risiko, roller og ansvar, teknisk og funksjonell modenhet, informasjonssikkerhet og personvern, oppløring, arbeidsprosesser, beredskap ved feil og dokumenterte erfaringer fra utpøving. Målet bør være at kommunene får et tilstrekkelig felles beslutningsgrunnlag, samtidig som den enkelte kommune kan vurdere de lokale forholdene som faktisk påvirker om løsningen kan tas forsvarlig i bruk.

2.1.1 Tema 1: Case Pasientens prøvesvar (PPS) og Sentral forskrivningsmodul (SFM)

Knyttet til **PPS**: hvordan sikre faglig forsvarlighet i *utpøving*, *bredding* og innføring og overgang til *ordinær bruk*?

- Pasientens prøvesvar (PPS) er fortsatt i **nasjonal utpøving**, men utpøvingen har fått et betydelig omfang. MVP1 er avgrenset til elektronisk rekvirerte prøver fra primærhelsetjenesten. Utpøvingen startet i 2025 med prøver rekvirert fra fastlegekontor til Først-laboratoriene, og er i 2026 utvidet til flere kommunale tjenester og flere laboratorier. For prøver som rekvireres på fastlegekontor til Først oppfattes løsningen i praksis som innført, samtidig som PPS fortsatt er i utvidet utpøving.

- For kommunene er skillet mellom **utprøving, skalering og innføring** viktig. Kommunale tjenester som legevakt, sykehjem og andre tjenesteområder kan inngå i kontrollert utprøving, samtidig som det fortsatt er behov for avklaringer knyttet til blant annet personvern, dataansvar, tilgangsstyring, fullmakter/delegering, helsefaglig forsvarlighet og kriterier for videre bredding.

Knyttet til **SFM**: hvordan sikre faglig forsvarlighet når nasjonal utprøving og løsning ikke er tilpasset kommunale behov?

- SFM er en nasjonal legemiddelmodul og en forutsetning for at kommunene skal kunne få støtte for Pasientens legemiddelliste (PLL) i egne journalsystemer. Utprøving og innføring av SFM gjennomføres i kommuner i alle helseregioner i 2026, men kommunal bruk er avhengig av at funksjonaliteten er integrert og tilgjengelig i kommunenes EPJ-løsninger.
- For pleie- og omsorgstjenesten har NHN utviklet prioritert funksjonalitet, men KS peker på at løsningen må testes og helsefaglig vurderes før innføring i kommunal sektor. Det skal utarbeides helsefaglige akseptanskriterier, og utprøving i PLO er knyttet til at nødvendig systemstøtte er på plass i journalsystemene. Dagens godkjenningsprosess har vært innrettet mot teknisk godkjenning av SFM og EPJ-integrasjonen, mens KS har løftet behovet for et helsefaglig godkjenningssløp som også vurderer om kommunenes behov er ivarettatt for overgang fra utprøving til innføring.

2.1.2 Tema 1: Grupperefleksjoner PPS og SFM - spørsmål

PPS er relevant case for å drøfte hvor mye som må være avklart før en nasjonal løsning kan tas i bruk, og hvilken risiko som kan aksepteres og håndteres for løsningen i utvidet utprøving (i praksis innført).

SFM er relevant case for å drøfte om en nasjonal løsning er klar til bruk når den er teknisk godkjent, eller om funksjonalitet i EPJ, arbeidsprosessene og helsefaglige konsekvenser må være tilstrekkelig utprøvd før kommunen kan vurdere løsningen som faglig forsvarlig og nyttig?

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 tas 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 tas 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?

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

Når en nasjonal digital tjeneste utvikles for helse- og omsorgstjenesten, vil utvikling, utprøving og innføring ofte måtte skje parallelt. NHN og Helsedirektoratet utvikler nasjonale tjenester i samarbeid med regionale helseforetak, kommuner og leverandørmarkedet, samtidig som løsningene skal prøves ut i reelle arbeidsprosesser og gradvis tas i bruk. En stegvis tilnærming gir mulighet til å lære underveis og redusere risiko, men forutsetter at hele tjenestekjeden ses i sammenheng.

Med en **API-basert tilnærming** skjer ikke all utvikling hos den nasjonale tjenesteleverandøren. NHN kan utvikle nasjonal infrastruktur, tjenester og API-er, mens helseaktørene og deres leverandører må utvikle funksjonalitet og integrasjoner som gjør tjenestene tilgjengelige i journalsystemene og andre løsninger helsepersonell bruker. *En nasjonal tjeneste kan derfor være teknisk klar fra NHNs side uten at den samlede tjenesten er klar til bruk i kommunene.*

Dette gjør **utprøving på tvers av hele tjenestekjeden** viktig. Det er ikke tilstrekkelig å teste at et API eller en enkelt teknisk komponent fungerer. Tjenesten må prøves ut fra ende til ende, fra de nasjonale tjenestene og API-ene, gjennom leverandørenes løsninger og integrasjoner, og frem til helsepersonellens arbeidsflater i faktiske bruk. Det krever at nasjonale aktører, leverandører, kommuner og eventuelt spesialisthelsetjenesten kan delta i et koordinert utprøvingsløp.

Utprøvingen må også omfatte mer enn funksjonalitet og informasjonsflyt. **Tilgangsstyring, logging, sporbarhet og etterkontroll må inngå i utprøvingen**, sammen med organisatoriske rutiner for å håndtere feil, avvik og uønskede hendelser. Skal man kunne vurdere om en sammenhengende tjeneste fungerer forsvarlig, må også disse mekanismene kunne prøves på tvers av aktører og systemer.

Samtidig oppstår en utfordring fordi leverandørene kan delta i utvikling og tidlig utprøving, mens det normalt er virksomhetene som må etterspørre, bestille og finansiere nødvendig funksjonalitet i egne systemer. Det kan komme senere enn det nasjonale utviklingsløpet og kan føre til et gap mellom tidspunktet hvor den nasjonale tjenesten er tilgjengelig, når leverandørene har utviklet nødvendig funksjonalitet, og når kommunene har bestilt, finansiert og fått funksjonaliteten på plass. **Bestilling, finansiering og leverandørutvikling må derfor kobles tettere til planleggingen av utprøving og innføring**, og ikke først håndteres etter at løsningen er klar til bredding.

Erfaringene må brukes til å forbedre både den nasjonale tjenesten, leverandørenes løsninger, arbeidsprosessene og rammene for innføring. Og erfaringene bør reduserer terskelen for neste som skal ta det i bruk; de neste **kommune bør få en enklere innføringsprosess**. Erfaringene bør derfor omsettes til forbedret funksjonalitet, tydeligere krav, avklarte ansvarsforhold, veiledning, risikovurderinger, innføringsstøtte og mer forutsigbare leverandørleveranser i tillegg til tydelige gevinstvurderinger og hva som kreves for realisering (på tvers av aktører).

Stegvis utprøving må ikke forstås som en begrensning av lokal innovasjon eller leverandørdrevet utvikling. Tvert imot er lokal innovasjon, tidlig utprøving og utvikling av nye løsninger en viktig forutsetning for læring og videre skalering. Formålet med felles modeller er å systematisere erfaringer slik at gode løsninger kan tas i bruk av flere kommuner raskere og med lavere risiko.

Å lykkes med stegvis utprøving og innføring handler også om at nasjonal utprøving ikke er over når den første utprøvingen er over og tjenesten er klar til innføring enten med begrenset funksjonalitet (som for SFM og Pasientens prøvesvar) eller til begrensede deler av helsesektor (som PJD). Nasjonal utvikling og utprøving må omfatte og dekke behov i hele helsesektor inkludert kommunal sektor.

2.2.1 Tema 2: Case Digitalt helsekort for gravide (DHG) og Pasientens journaldokumenter (PJD):

Digitalt helsekort for gravide (DHG): hvordan skiller mellom *utprøving*, *skalering* og innføring og overgang til *ordinær bruk*.

- DHG skal støtte et sammenhengende svangerskaps- og fødselsforløp ved at den gravide, fastlegen, kommunal jordmortjeneste/helsestasjon og sykehuset kan dele og bruke informasjon digitalt. Utprøvingen startet begrenset i mai 2025. Per 24. november 2025 omfattet den **tre helseregioner, tre sykehus, fem kommuner og sju legekontor**. Blant aktørene var Drammen og Bærum sykehus, kommunene Asker, Bærum, Drammen, Stavanger og Ålesund, samt utvalgte fastlegekontor og kommunale jordmortjenester. På dette tidspunktet var 179 digitale helsekort opprettet, hvorav 131 aktive, og 208 gravide hadde samtykket til deltakelse.
- Utprøvingen har synliggjort en viktig utfordring: **Aktørene i svangerskapsforløpet blir ikke nødvendigvis teknisk klare samtidig**. En fastlege kan ha støtte for DHG mens jordmortjenesten og sykehuset ikke har det, eller motsatt. Det ble derfor vurdert flere scenarioer der bare én eller to av de tre sentrale aktørene har tilgang til DHG. Dette har ført til en endret strategi for 2026 og to parallelle utprøvingsløp:
 - Utbredelse i hele landet: Kommunal jordmortjeneste/helsestasjon og fastleger kan ta i bruk DHG når de er klare, selv om det lokale sykehuset ennå ikke har tatt det i bruk
 - Koordinert utbredelse: I områder der også sykehuset er klart, skal hele samhandlingskjeden prøves ut samlet for å få erfaring med hele svangerskapsforløpet
- DHG er et eksempel på smidig og **stegvis utprøving** også skaper nye problemstillinger. Når bare noen av aktørene bruker DHG, må **papirhelsekortet** fortsatt være grunnlaget for oppfølgingen. Helsedirektoratet har vurdert at pasientsikkerheten kan ivaretas ved slik utbredelse

forutsatt at papirhelsekortet fortsatt tas med, oppdateres og legges til grunn for oppfølgingen. Det er **risiko** for at den gravide ikke tar med papirhelsekortet, at det oppstår avvik mellom papir og digitalt helsekort, at helsepersonell tror det digitale kortet er komplett, og at helsepersonell må forholde seg til flere informasjonskilder og systemer

- Det er også en viktig **leverandør- og finansieringsdimensjon**. Løsningen skal breddes som en integrert del av eksisterende journalsystemer, mens sideversjoner og ekstra brukergrensesnitt som er brukt i deler av utprøvingen ikke skal breddes. Det betyr at kommunene potensielt må betale leverandørene for ny funksjonalitet og ikke nødvendigvis har budsjettert med denne kostnaden.

Pasientens journaldokumenter (PJD): hvordan skille mellom *utprøving*, *bredding* og innføring og overgang til *ordinær bruk*.

- PJD gjør det mulig å dele journaldokumenter for helsepersonell på tvers av virksomheter, raskere tilgang til informasjon om pasienten. Bruk av PJD for kommunen som **konsument** og som **kilde**. I utvikling og utprøving fra 2020 til 2024 var fokus på deling av journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten med fastlegekontorer og legevakt som konsumenter (for helsepersonell på «whitelist»). For utprøving i kommunal sektor måtte EPJ-systemene utvikles for å delta i utprøvingen. PJD ble i midten av 2024 innført for fastleger, for andre kommunale tjenesteområder manglet støtte for tillitsrammeverket i EPJ.
- Etter innføring i 2024, har det ikke vært nasjonal utvikling og utprøving av PJD. Helsedirektoratet har vurdert behov for tilgang til journaldokumenter fra fastlege (ref. Helsefaglig behov for tilgang til journaldokumenter fra fastleger) og har vurdert hvilke dokumenttyper som kan deles i PJD (ref. [Dokumenttyper som kan deles i pasientens journaldokumenter - Helsedirektoratet](#)). Det er opp til hver kilde og virksomhet å vurdere hvilke journaldokumenter som skal deles og tilrettelegge for forhåndsvurdering i EPJ-systemene, ref. *«Dette forutsetter at kilden på forhånd vurderer hvilke typer journalinnhold som skal tilgjengeliggjøres og hvilke dokumentmaler som skal benyttes.»* Videre *«Selv om det er den enkelte virksomheten, som i utgangspunktet er ansvarlig for å sørge for teknisk og organisatorisk tilrettelegging for egen del, kan virksomhetene samarbeide om tilrettelegging gjennom felles prosesser. Helsedirektoratet mener det er naturlig at KS, som ansvarlig for å tilrettelegge for at kommuner kan tilgjengeliggjøre journaldokumenter, sørger for dette for kommunenes del. RHF-ene, som ansvarlig for å legge til rette for tilgjengeliggjøring fra avtalespesialister, bør sørge for en tilsvarende prosess for avtalespesialister.»*
- For **kommunen som konsument** samler Moss, Bærum, Sortland, Hadsel og Ullensvang kommune erfaringer fra legevakt, pleie- og omsorgstjenester og kommunale fastlegekontor og utvikle en startpakke for innføring.
- For **kommunen som kilde** er det begrenset utprøving hvor Oslo kommune deler fra legevakt med et mål om å komme videre med utprøving av dokumentdeling fra kommuner. Det er imidlertid ikke en nasjonal utvikling og utprøving for å ivareta kommunenes behov, men ansvar til hver virksomhet i kommunal sektor.

2.2.2 Tema 2: Grupperefleksjon DHG og PJD - spørsmål

DHG viser utfordringen med smidig og stegvis utvikling og innføring og det å gå fra begrenset, koordinert utprøving → utvidet utprøving hos aktører som er klare → utprøving av komplett samhandlingskjede → ordinær nasjonal innføring.

Hvordan kan hvert steg tydeliggjøres (ref. formål, læring etc.) før utprøvingen går videre og hvordan kan de to løpene brukes til systematisk læring og gradvis modning, uten at kommunene og helsepersonellet blir stående med parallelle arbeidsprosesser, merarbeid og risiko over lang tid?

PJD illustrerer en nasjonal løsning som befinne seg i ulike faser samtidig: innført for noen aktører og bruksområder, fortsatt i utprøving for andre aktører, og behov for videre utvikling for nye anvendelser. PJD reiser spørsmålet: Hvordan sikrer vi at hvert steg bygger videre på erfaringene fra det forrige, og at nasjonal utprøving fortsetter til også kommunenes tjenesteområder og roller er tilstrekkelig dekket?

En sentral suksessfaktor er at nasjonale aktører tar ansvar for felles avklaringer, kriterier, dokumentasjon og erfaringsgrunnlag. Kommunene bør ikke hver for seg måtte løse problemstillinger som kan avklares én gang for hele sektoren. Dette er avgjørende for å sikre økt gjennomføringskraft og raskere innføring av nasjonale løsninger

Tema 2: Spørsmål til grupperefleksjon

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 utprøvningsfase? 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?

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

Digitalisering av helse- og omsorgstjenestene skjer i økende grad på tvers av virksomheter, forvaltningsnivåer, tjenesteområder og tekniske løsninger. Nye nasjonale tjenester skal inngå i (fylkes)kommunenes eksisterende systemlandskap og understøtte arbeidsprosesser som involverer flere aktører. Skal løsningene oppleves som sammenhengende for innbyggere og helsepersonell, er det derfor ikke tilstrekkelig at de enkelte tekniske komponentene fungerer. Det må også være sammenheng mellom regelverk, organisering, informasjon og teknologi – og det må være sammenheng på tvers av løsninger.

EIF-modellen³ gir et rammeverk for å utvikle og forvalte digitale tjenester som skal samhandle og utveksle data som beskriver fire nivåer av samhandlingsevne: juridisk, organisatorisk, semantisk og teknisk. I tillegg fremheves behovet for styring og forvaltning av den samlede samhandlingen. Modellen kan dermed bidra til at utviklingen ikke starter med den tekniske løsningen alene, men med **behovene, tjenestene og arbeidsprosessene som løsningen skal understøtte**.

Juridisk samhandlingsevne innebærer at rettslig grunnlag, ansvar og rammer for deling og bruk av opplysninger må være avklart. Organisatorisk samhandlingsevne handler om hvordan aktørenes roller, ansvar, tjenesteforløp og arbeidsprosesser skal virke sammen. Semantisk samhandlingsevne skal sikre at opplysninger har en felles og entydig betydning, struktur og kontekst. Teknisk samhandlingsevne innebærer at systemene kan utveksle og behandle informasjon gjennom avtalte standarder, grensesnitt og tekniske løsninger.

Erfaringer fra nasjonale digitaliseringstiltak viser at disse nivåene ofte utvikles og avklares i ulike løp. En nasjonal aktør kan utvikle teknisk infrastruktur og API-er, mens kommunene, helsevirksomhetene og leverandørene må tilpasse journalsystemer, arbeidsprosesser, ansvar og organisatoriske rutiner. Hvis de juridiske, organisatoriske og semantiske forutsetningene avklares sent, kan resultatet bli at den tekniske

³ European Interoperability Framework

løsningen er tilgjengelig, uten at helsetjenesten, kommuner og sykehus er klar for sammenhengende og forsvarlig bruk.

EIF-modellen kan derfor brukes som et felles planleggings- og vurderingsgrunnlag gjennom hele utviklingsløpet, fra behov og konsept til utvikling, utprøving, innføring og forvaltning. For hvert steg bør det være tydelig hvilke avhengigheter som må håndteres, hvem som har ansvar for avklaringene, og hvilke krav som må være oppfylt før man går videre. Det gjør det lettere å løses det én gang nasjonalt, fremfor at hver kommune og leverandør må finne egne løsninger i etterkant. EIF-modellen kan brukes i praktiske arbeidsformer, beslutningspunkter og krav som faktisk benyttes av nasjonale aktører, kommuner, spesialisthelsetjenesten og leverandørene. Det må etableres en felles forståelse av ansvar, avhengigheter mellom nivåene, og hvordan løsningen skal forvaltes og videreutvikles i drift.

Sentralt spørsmål: Hvordan bruke EIF-modellen som et felles og forpliktende grunnlag for å sikre at nye nasjonale løsninger utvikles, prøves ut, innføres og forvaltes som sammenhengende tjenester, og ikke som enkeltstående tekniske komponenter?

2.3.1 Tema 3: Case tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten har gjennom DigiDOT valgt å gå sammen om å etablere en EPJ-løsning for samtlige fylker. Tannhelsetjenesten må, for å oppnå dette, ta hensyn til samtlige lag i EIF-modellen:

- Juridisk fordi samtlige fylker skal ha én felles EPJ. Dette innebærer tilgang til pasientdata på tvers av virksomheter.
- Organisatorisk fordi fylkene skal dele ansvar og kostnader, og løsningen skal driftes og forvaltes av en felles organisasjon.
- Semantisk fordi man etablerer en felles informasjonsmodell med tilhørende teknisk beskrivelse og terminologi.
- Teknisk fordi alle landets tannklinikker er knyttet sammen innenfor en sikker struktur.

Dette er kjente problemstillinger i helse- og omsorgstjenesten, men DigiDOT må jobbe over alle lagene samtidig for å etablere én nasjonal løsning.

De juridiske og organisatoriske vurderingene vil ha mye til felles med Helseplattformen. Det som skiller DigiDOT fra andre løsninger i norsk helsesektor er valget om skille lagring og applikasjon, hvor man tar fullt eierskap til lagringsløsningen og informasjonen i denne. For å kunne gjøre det har man tatt frem en åpen, standardisert informasjonsmodell basert på FHIR og internasjonale kodeverk, i hovedsak SNOMED CT. Formatene og terminologien er lagt så tett opp mot EHDS-formatene i EHRx som det er mulig på nåværende tidspunkt.

Målet er å ta full kontroll over informasjonen i løsningen slik at man legger til rette for flere løsninger i en modulbasert tilnærming og enklere bytte av leverandør av EPJ-applikasjonen. I tillegg vil dette gjøre det mulig å dele eller gjenbruke informasjon uten avhengighet av leverandøren.

Å legge modell og representasjon så tett opp mot EHDS har som mål å gjøre det enklere for løsningen å utnytte samme informasjonsgrunnlag for tilknytning til flere forskjellige samhandlingsløsninger. Dette vil i hovedsak omfatte løsninger som bygger på tilsvarende semantikk. Per i dag har tannhelsetjenesten liten gevinst i samhandling via nasjonale e-helseløsninger, ettersom disse i liten grad følger en felles underliggende semantikk. Samhandling innenfor rammene av EHDS forventes å bli enklere. I tillegg vil samhandling enklere kunne etableres med andre løsninger som baserer seg på lik semantikk, eventuelt kan man enklere etablere adaptere for samhandling

Spørsmål til (gruppe)refleksjon:

- Hvordan kan samhandlingsløsninger utvikles i samsvar slik at informasjon i løsningene direkte kan gjenbrukes i de forskjellige løsningene?
- Kan EHDS bidra til økt standardisering i Norge? Og hvilke konsekvenser vil det få i sektoren?
- Bør løsninger som understøtter felles semantikk samhandle direkte eller via nasjonale samhandlingsløsninger (som krever transformasjon av data – gjerne med datatap)?

2.3.2 Tema 3: Case informasjon- og grunndataforvaltning⁴ og erfaringer fra Helseplattformen

Behov for felles grunndata (semantisk og organisatorisk samhandling): For at nasjonale og regionale digitale løsninger skal fungere på tvers av kommuner, sykehus og fastleger, må grunndata

⁴ Master Data Management (MDM)

(masterdata) som pasientidentifikasjon, helsepersonellregister, organisasjonsstruktur, kodeverk og tjenesteoversikter være entydig definert. Erfaringer fra Helseplattformen viser at usammenhengende grunndata skaper umiddelbare hindringer for både klinisk samhandling, tilgangsstyring og datadeling.

EIF-modellens samspill i praksis:

- **Semantisk:** Hvordan sikre at en «avdeling», «tjeneste» eller «pasientstatus» betyr eksakt det samme i kommunale EPJ-systemer, spesialisthelsetjenesten og nasjonale registre?
- **Organisatorisk:** Hvem eier masterdataene på tvers av forvaltningsnivåer, og hvordan etableres felles forvaltning og endringsstyring når kodeverk eller struktur må oppdateres?
- **Teknisk:** Utveksling via API-er krever at kildesystemer og konsumenter oppdaterer grunndata i sanntid for å unngå datafeil og feil tilkobling av pasientopplysninger.
- **Juridisk:** Korrekt grunndata er en forutsetning for tilgangsstyring og personvern. Feil i organisasjons- eller rolle-masterdata kan medføre uautorisert tilgang til pasientdokumenter.

Lærdom og diskusjonspunkt: Grunndata må ikke behandles som en rent «teknisk konfigurasjon» som løses til slutt av leverandøren. MDM og felles datastruktur må avklares tidlig i utformingen av nasjonale løsninger (som PJD, SFM, DHG) som et **felles nasjonalt anliggende**. Dersom hver kommune eller leverandør etablerer egne grunndatamodeller, oppstår det betydelig merarbeid og økt risiko for feil i pasientbehandlingen.

Spørsmål til (gruppe)refleksjon:

- **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?
- **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)?
- **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?