

Møte i Fagrådet		
Møte	Nasjonalt fagråd for digitalisering i helse- og omsorgssektoren (Fagrådet)	
Dato	27. august 2026	
Tid	Kl. 09.00 – 16.00	
Sted	Radisson Blu Hotel, Nydalen	
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 Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF Jan Robert Johannessen, Legeforeningen Morten Munkvik, Legeforeningen Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet Maren Krogh, Apotekforeningen Merete Lyngstad, Norsk Sykepleierforbund Line Linstad, Nasjonalt senter for e-helseforskning Elin Thygesen, Universitetet i Agder	

Sak	Torsdag 27. august 2026	
18/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra Fagrådet 29. – 30. april 2026	Godkjenning
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra Fagrådet 29. – 30. april 2026.	Vedlegg 1: Referat Fagrådet 29. – 30. april 2026
	Forslag til vedtak: Fagrådet godkjenner innkalling og dagsorden. Fagrådet godkjenner referatet fra møtet 29. – 30. april 2026	
19/26	Fagdag med juridiske problemstillinger innenfor temaet digital samhandling	Drøfting
	Formålet med fagdagen er å skape en felles forståelse av sentrale utfordringer og problemstillinger knyttet til digital samhandling i helsetjenesten, og hvordan regelverket påvirker disse. Dagen skal bidra til økt innsikt i relevant regelverk og aktuelle problemstillinger som helsetjenesten møter i praksis. Et viktig mål er å identifisere og drøfte rotårsaker til at digital samhandling i helsetjenesten kan oppleves som utfordrende. Er årsakene eksempelvis juridiske, organisatoriske eller tekniske? Overordnet agenda for dagen: Innledning v/Helsedirektoratet - Kontekst og rammer for dagen Generelt om regelverk v/Helsedirektoratet (ca. 30 min) Tema: Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger - utvalgte temaer - Presentasjon v/Helsedirektoratet (ca. 20 min) "Summing" og refleksjon (ca. 15 min)	Vedlegg 2: Toppnotat Fagdag med juridiske problemstillinger innenfor temaet digital samhandling Vedlegg 2A: §9 samarbeid og digital hjemmeoppfølging Vedlegg 2B: Samhandling og informasjonsflyt

	Tema: § 9-samarbeid mv • Presentasjon av problemstillinger v/<i>Stavanger kommune</i> (ca.15 min) • Presentasjon av regelverket v/<i>Helsedirektoratet</i> (ca. 20 min) • Diskusjon (ca. 15 min) Tema: Digital samhandling • Presentasjon av problemstillinger v/<i>Helse Vest</i> (ca. 15 min) • Regelverk - digital samhandling om helseopplysninger v/<i>Helsedirektoratet</i> (ca. 30 min) • Diskusjon (ca. 30 min) Rotårsaker til at digital samhandling i helsetjenesten kan oppleves som utfordrende • Innledning v/<i>Helsedirektoratet</i> • Diskusjoner i grupper/"summing" • Felles drøfting Kort oppsummering av dagen v/<i>Helsedirektoratet</i>	
	<u>Forslag til vedtak:</u> Medlemmene i Fagrådet drøftet sentrale utfordringer og problemstillinger knyttet til digital samhandling i helsetjenesten, og hvordan regelverket påvirker disse. Aktørene tar med seg innspillene inn i videre arbeid.	
20/26	Eventuelt	

Referat fra møte i Fagrådet		
<i>Møte</i>	Nasjonalt fagråd for digitalisering i helse- og omsorgssektoren (Fagrådet)	
<i>Dato</i>	29. – 30. april 2026	
<i>Tid</i>	29. april kl. kl. 10.00 – 16.00 og 30. april kl. 08.00 – 14.30	
<i>Sted</i>	Thon Partner Hotel, Kristiansand	
<i>Medlemmer</i>	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet Jacob Holter Grundt, Helsedirektoratet Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Einar André Brevik, Helse Sør-Øst RHF Terje Bremnes, Helse Vest RHF Micaela Thierley, Helse Vest RHF Stine Slørdal, Helse Midt RHF Hanne Schanche Önen, Helse Midt RHF Tarald Sæstad, Helse Nord RHF Mette Røhne, KS Kjetil Løyning, KS e-helse Geir Omestad, Kristiansand kommune Anne-Marit Rennemo, Oslo Kommune Eva Tone Fosse, Stavanger kommune Line Andreassen Sæle, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF Jan Robert Johannessen, Legeforeningen Morten Munkvik, Legeforeningen – dag 1 Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet Maren Krogh, Apotekforeningen Elin Thygesen, Universitetet i Agder	
<i>Ikke til stede</i>	Knut Berglund, Helsedirektoratet Øystein Berg-Sletteng, Helse Nord RHF Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund Morten Munkvik, Legeforeningen – dag 2 Soudabeh Khodambashi, Trondheim kommune Line Linstad, Nasjonalt senter for e-helseforskning	
<i>Stedfortreder</i>	Merete Lyngstad, Norsk sykepleierforbund, for Sissel Skarsgård Gro Berntsen, Nasjonalt senter for e-helseforskning, for Line Linstad	
<i>Helsedirektoratet</i>	Siv Ingebrigtsen	Vibeke Jonassen Wang

Saksnr.	Tittel på sak	Sakstype
	Dag 1	
9/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra Fagrådet 21. – 22. januar 2026	Godkjenning
10/26	EHDS på legemiddelområdet i forhold til norsk e-reseptløsning	Drøfting
11/26	Pasientoppsummering – Konsept og kildebruk anno 2029	Orientering
12/26	Brukskvalitet i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier	Drøfting
13/26	Kvalitetsrammeverk for helse- og selvhjelpsverktøy i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier	Drøfting
14/26	Strategisk retning kjernejournal	Anbefaling
15/26	Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning	Drøfting
	Dag 2	
16/26	Temadag – Sammenhengende og datadrevne pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene	Drøfting
17/26	Eventuelt	

Sak	Onsdag 29. april 2026
9/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra Fagrådet 21. – 22. januar 2026
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra Fagrådet 21. – 22. januar 2026.
	Vedtak: Fagrådet godkjenner innkalling og dagsorden. Fagrådet godkjenner referatet fra møtet 21. – 22. januar 2026.
10/26	EHDS på legemiddelområdet i forhold til norsk e-reseptløsning

	Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet, informerte innledningsvis om Helsedataforordningen; målsetning, konsekvenser av krav 2027 og 2029, målbilde og veikart, og kommende oppdrag – vurdering av krav i helsedataforordningen som inntreffer i 2031 og 2035. Jon Tysdahl, Helsedirektoratet, ga Fagrådet så en overordnet status av anbefaling knyttet til e-resept som det stilles krav til i Helsedataforordningen. Det var ønskelig å få Fagrådets vurdering av Helsedirektoratets standpunkt, at en omskriving av e-resept (herunder også PLL og e-multidose) til EU format bør sammenfalle med implementering av andre nasjonale forbedringer i e-reseptkjeden. Innspill: • Det er bred støtte og enighet om trinn 1. • Det er viktig at eksisterende løsninger, som for eksempel pasientens legemiddelliste, ikke endres. • Stegvis tilnærming og konvertering støttes. • Trinn 1 bør ikke bli en permanent løsning preget av midlertidighet. • Det er generell støtte til arbeidet med trinn 2, og flere aktører ønsker aktiv deltakelse. • Videre arbeid må være behovsstyrt før endelig målbilde fastsettes. • EHDS-konsekvenser må tydeliggjøres, og nasjonale behov prioriteres. • Regelverket må gi tilstrekkelig handlingsrom for videre utvikling. • Det ble påstått at det er Norsk helsenett SF som har ansvar for reseptformidleren og verdikjeden for e-resept. • Norsk helsenett SF og Direktoratet for medisinske produkter blir sentrale og viktige aktører inn i dette arbeidet. • Sykehusene fremheves som viktige aktører i vurdering av nytte og konsekvenser. • Beskrivelsene for trinn 1 oppleves nå som bedre tilpasset apotekenes behov. • Dagens volum av rene EU-resepter i apotek er lavt. Det er mange særregler og restriksjoner i ulike land som vil begrense bruk og omfang. • Det er sannsynlig at både utenlandske borgere i Norge og norske borgere i utlandet vil ha forventninger som ikke alltid kan innfris, blant annet knyttet til tilgjengelighet og pris. Refusjonsordninger inngår ikke i dette arbeidet. • Det foreslås å vurdere om erfaringer fra grunndataprojekter og legemiddelgrunndata kan brukes som underlag i arbeidet med målbilde og videre utvikling.
	Vedtak: Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.
11/26	Pasientoppsummering – Konsept og kildebruk anno 2029
	På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet jobbet med vurderinger av krav som innføres ved helsedataforordningen i 2027 og 2029, herunder alternative tiltak, kostnader og nyttevirkning av de anbefalte tiltakene på overordnet nivå. Jon Torgeir Lunke, Helsedirektoratet, ga Fagrådet en overordnet status av anbefaling knyttet til pasientoppsummering som det stilles krav til i Helsedataforordningen. Innspill: • Det kom ingen prinsipielle motforestillinger til konseptet om en nasjonal pasientoppsummeringstjeneste basert på gjenbruk og utvikling av etablerte nasjonale kilder frem mot mars 2029. • Presenterte kasuistikker/personas om EU- borger på besøk i Norge og innbygger på reise i Norge resonnerer godt med behov og mulig nytte. • Det uttrykkes bekymring for å basere pasientoppsummering kun på sekundærkilder som registre; informasjon bør hentes nærmest mulig primærkilden der det er mulig. • Det er behov for å åpne for flere kilder, inkludert direkte uttrekk fra EPJ.

	• Lange og omfattende lister av diagnoser og prosedyrer kan redusere nytten; det etterlyses styring og prioritering av informasjon. • Det er reist spørsmål om live-testing av hvordan diagnoser og prosedyrer faktisk vil fremstå for brukere. • Det er utfordrende at diagnoser som er feil ikke enkelt kan korrigeres eller merkes som feil. • The Joint Initiative Council har laget en rapport som viser begrenset bruk av Patient Summary, blant annet på grunn av manglende tillit til innhold og kvalitet. • Lav opplevd nytte, særlig for fastleger, trekkes frem som en risiko. • Metadata og ufullstendige datasett kan være vanskelige å forstå for helsepersonell i andre land. • Det er usikkerhet knyttet til hvordan utenlandske brukere skal tolke mangler eller avgrensninger i norske data. • Bruk av NPR og KPR til primærformål innebærer en betydelig endring og krever lov- og forskriftsendringer. • Tettere involvering og forankring hos FHI anses nødvendig i det videre arbeidet. • Kritisk informasjon, personvern, sperringer og innbyggerstyrte valg må ivaretas i løsningen. • Det støttes en «både-og»-tilnærming med både konvertering og direkte mottak fra primærkilder. • Gjenbruk av nasjonale løsninger anbefales. • Kommunene berøres i betydelig grad og må ikke glemmes i videre arbeid. • Det forventes kostnader i kommunal sektor knyttet til tilrettelegging og komplettering av data. • Identifikasjon av og informasjon om EU-borgere fremheves som et særskilt viktig tema for kommunene. Informasjon om kommunale tjenester og hjelpetiltak i pasientens hverdag kan være relevant, særlig for pasienter med sammensatte behov.
	Vedtak: Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.
12/26	Brukskvalitet i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier Helsedirektoratet har i Tildelingsbrevet for 2026 (TB2026-52) fått i oppdrag å videreutvikle veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier. Som en del av oppdraget skal direktoratet vurdere og anbefale hvordan brukervennlighet i digitale løsninger for helsepersonell kan måles og utvikle en indikator/måling for dette. Helsedirektoratet skal vurdere om og eventuelt hvordan dette kan ses i sammenheng med andre indikatorer for spart tid. Per Ludvig Skjerven og Gry Seland, Helsedirektoratet, la frem saken for Fagrådet, og ønsket innspill til arbeidet med brukskvalitet i tilknytning til veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier. Innspill: • Brukskvalitet må vurderes helhetlig i verdikjeden, da fragmenterte systemlandskap påvirker den samlede brukeropplevelsen. • Samspill mellom fagsystemer, nasjonale komponenter, lokale løsninger og papirløsninger bør inngå i vurderingen. • Økt fokus på brukskvalitet i anskaffelser er nødvendig, og dette må omsettes til tydelige og konkrete krav. • Det etterlyses veiledning for hvordan krav til brukskvalitet og standarder skal stilles i anskaffelsesprosesser. • Internasjonale standarder bør brukes som referanse, supplert med beste praksis.

	- Klinikernes spørreskjematrøtthet gjør involvering krevende og må tas hensyn til i prosessene. - Brukere må involveres aktivt i anskaffelser. - Tester og demonstrasjoner må gjenspeile reelle arbeidsprosesser, ikke idealiserte demosituasjoner. - Det finnes mange krav til brukervennlighet, men for få eksplisitte krav til faglig forsvarlighet. Det etterlyses minstekrav som sikrer at løsninger ikke er skadelige for pasienter. - Kunnskap om brukskvalitet må brukes mer effektivt for å få leverandører til å treffe bedre fra første leveranse. - Leverandørenes tilpasningsevne bør vurderes og eventuelt vektas i anskaffelser. - Det er behov for metoder for å måle og følge opp tilpasningsevne over tid, også i kontinuerlige vurderinger.
	Vedtak: Fagrådet drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med brukskvalitet i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.
13/26	Kvalitetsrammeverk for helse- og selvhjelpsverktøy i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier Veilednings- og godkjenningsordningen skal videreutvikles som et viktig virkemiddel for å skape forutsigbarhet for helse- og omsorgstjenesten og leverandører om aktuelle krav og standarder, jf. Tildelingsbrevet 2026 (TB2026-52). Arbeidet med innsatsområder i 2025 videreføres i 2026. I tillegg er det etablert nye arbeidspor, herunder kvalitetsrammeverk for helse og selvhjelpsverktøy. Peter Giovanni Hellevang, Helsedirektoratet, ønsket innspill til videre arbeid med kvalitetsrammeverk for helse- og selvhjelpsverktøy i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier. Innspill: - Det etterlyses strengere krav til faglig kvalitet i helse- og selvhjelpsapper. - Det finnes et gap mellom godkjent bruksområde og faktisk bruk, noe som gir risiko for feil anvendelse. - Det helsefaglige i appene må ivaretas, samt oppfølging av selvdeklarerer. - Dagens rammeverk er i stor grad tilpasset enkeltstående tilstander, mens behovet øker for løsninger rettet mot multisyke og pasienter med sammensatte behov. Manglende tilpasning til denne gruppen reduserer nytteverdien for brukerne. - Det må avklares hvordan apper og selvhjelpsverktøy skal inngå i helsetjenesten, og hvilket ansvar helsetjenesten har. - Bruken bør bidra både til bedre helse for innbyggerne og mer effektiv ressursbruk i tjenestene. - Det etterlyses en tydelig verdikjede inn mot klinisk praksis, inkludert bruk i konsultasjon og beslutningsstøtte. - Lav bruk av apper vurderes å henge sammen med at fastleger i liten grad anbefaler dem. - Fastleger trenger kunnskap, oversikt og trygghet for effekt før de kan anbefale apper til pasienter. De har behov for en «verktøykasse» og dokumentasjon som støtter klinisk bruk. - Det er behov for et tydelig skille mellom apper til medisinsk bruk og forebyggende/livsmestringsverktøy. - Spørsmål om refusjon ved henvisning til apper må avklares. - Det er behov for målrettede informasjonskampanjer for å gjøre innbyggerne kjent med godkjente apper. Lav bruk kan skyldes manglende kjennskap snarere enn manglende behov.

	• Bruk av kvalitetssikrede apper vurderes som et bedre alternativ enn uregulerte råd fra sosiale medier. • Arbeidet reiser prinsipielle spørsmål om hvordan appene inngår i en bredere digital førstelinje. • Målet bør være at riktige apper anbefales til riktige innbyggere, basert på behov og dokumentert nytte.
	Vedtak: Fagrådet drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med kvalitetsrammeverk for helse- og selvhjelpsverktøy i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.
14/26	Strategisk retning kjernejournal Hallvard Lærum, Helsedirektoratet, ønsket å drøfte med Fagrådet det videre behovet for kjernejournal portal. Helsedirektoratet har utarbeidet en vurdering, og ønsket å få innspill på om det er andre faktorer som bør tas inn i vurderingen, samt få sektorens anbefaling knyttet til behovet. Innspill: • Det var bred støtte i Fagrådet for å ha valgmuligheten mellom kjernejournal portal og API. • Flere aktører bruker kun kjernejournal portal. • Plikt til bruk fremtvinger at vi må ha portal i en tid fremover. • API gir ikke nødvendigvis mer helhetlige eller effektive arbeidsprosesser, blant annet fordi det ikke støtter tverrorganisatorisk og tverrsystemisk arbeidsflyt fullt ut. • Beredskap og behov for en alternativ tilgang til kritisk informasjon tilsier at portal ikke bør avvikles. Kjernejournal inneholder behandlingskritisk informasjon som krever reserveløsninger. • Enkelte pasientgrupper, særlig multisykke med komplekse behov, har stor nytte av kjernejournal. Legemiddelinformasjonen i kjernejournal er særlig viktig for denne gruppen, som utgjør en liten andel pasienter med høyt tjenesteforbruk. • Dagens regelverk oppleves ikke tilpasset bruk av API i praksis. Juridiske avklaringer knyttet til tjenstlig behov, kritisk informasjon og innsyn må løses før videre API-utvikling. • Uendret regelverk kombinert med API vil kunne gi mer kompliserte arbeidsprosesser enn i dag. • Det vil ta tid før alle aktører har integrert med API. • Portal vurderes som nyttig for nye tjenester og utprøving. • Drift og forvaltning av både portal og API medfører ekstra kostnader. Det etterlyses en tydelig plan og tidslinje for videre satsing og eventuell utfasing, som gir forutsigbarhet for leverandørmarkedet. • Norsk helsenett SF ba om å få referatført at de ikke var enige i at Helsedirektoratet kjørte saken i rådsmødet, og understreket at det er Norsk helsenett SF som er ansvarlig for kjernejournal og utviklingen av denne sammen med sektoren. De var ikke enig i Helsedirektoratets vurderinger. • Helse Sør-Øst RHF ønsket å få referatført at hele helsesektoren er uenig med Norsk helsenett SF i deres utsagn og vurdering.
	Vedtak: Fagrådet har gitt sine innspill og anbefaling knyttet til behovet for kjernejournal portal, som Helsedirektoratet tar med før en endelig og samlet vurdering.
15/26	Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning Digital samhandling i Norge har over tid vært utviklet med hovedvekt på deling og utveksling av helseopplysninger. Dette har gitt viktige nasjonale løsninger og et godt fundament for informasjonsdeling mellom aktører. Samtidig ser vi at behovene i tjenesten i økende grad handler om koordinert oppgaveløsning og sammenhengende arbeidsprosesser på tvers av virksomheter.

	Interregionalt arkitekturutvalg, ved Hanne Schanche Önen, Helse Midt RHF og Terje Bremnes, Helse Vest RHF, løftet saken inn til Fagrådet. Det var ønskelig å drøfte og bidra til en felles modningsreise om hvordan digital samhandling i helse- og omsorgssektoren bør utvikles videre. Innspill: • Pasienten må være navet i samhandlingen, med utgangspunkt i faktiske behov og utfordringer i pasientforløpet. • Det er også behov for å inkludere innbyggerperspektivet, samt frivillige og pårørende, for å understøtte mer næromsorg. • Behovet for samhandling oppstår i klinikken og må være førende for videre utvikling. Fastlegene er en sentral aktør og må involveres tettere, sammen med øvrige klinikere. • Multisyke pasienter trekkes frem som en særlig målgruppe, da de ofte faller mellom nivåer og sektorer. • Tilgang til relevant informasjon er grunnleggende, men ikke tilstrekkelig. Det er behov for bedre støtte for samarbeid, kommunikasjon og løpende koordinering mellom aktører. • Samhandlingsverktøy må innføres med forståelse for kontekst og tjenestetilbud på tvers av nivåer. • Behandlingsplaner pekes på som et viktig element for å strukturere samarbeid rundt pasienten. • Standardisering fremheves som nødvendig for å lykkes, samtidig som innovasjon må ivaretas. Uønsket variasjon bør reduseres for å sikre faglig kvalitet og gjennomføringsevne. • Det er behov for å vurdere og styrke overordnede arkitekturprinsipper. • Videre arbeid bør skje stegvis, med utgangspunkt i dokumenterte behov. • Løsninger bør utvikles og testes i samarbeid med leverandørmarkedet, med læring og gradvis skalering.
	Vedtak: 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.

Sak	Torsdag 30. april 2026
16/26	Temadag – Sammenhengende og datadrevet pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene
	Temadagen skal gi Fagrådet en bedre og felles forståelse av hvorfor pasientforløp ofte ikke henger godt nok sammen når pasienten beveger seg mellom kommune, fastlege og sykehus. Målet er å belyse tre spørsmål: • hvor i pasientforløpet de viktigste bruddene oppstår, • hvilke beslutninger som bør vurderes lokalt, regionalt og nasjonalt for å redusere disse bruddene, • hvilke felles organisatoriske og teknologiske evner som bør vurderes for å skape mer sammenhengende og datadrevne pasientforløp. Med datadrevne pasientforløp menes at pasientforløpene blir målbare og styrbare. Temadagen skal kombinere erfaringer fra praksis, faglige innlegg og gruppearbeid. Hensikten er å gi Fagrådet et bedre diskusjonsgrunnlag for videre oppfølging i den faglige aksen.

	Agendaoversikt for temadagen: • <u>Innledning og rammesetting: Sammenhengende og datadrevne pasientforløp på tvers av nivåene i helsetjenesten</u> ○ Bedre tilgang til helsedata (RHF). Sette rammen for dagen og forklare hvorfor bedre bruk av helsedata er nødvendig for å forstå, styre og forbedre pasientforløp på tvers av nivåene • <u>Faglige innlegg: Bedre bruk av helsedata, erfaringer med sammenhengende pasientforløp i praksis og behov for styring på tvers</u> ○ Eldre Agder: sammenhengende forløp i praksis (SSHF). Et konkret eksempel på hvordan et pasientforløp oppleves når flere tjenester og nivåer må samarbeide. ○ Data er ikke nok (SSHF). Data alene skaper ikke bedre pasientforløp. Data må brukes i sammenheng med utviklingen av digital støtte til arbeidsflyt, ansvar og oppgaver, beslutninger og forbedringsarbeid. ○ Prinsipper for tilgang, beslutningsrett og styring på tvers av nivåer (Nasjonalt senter for e-helseforskning). Løfte frem hvilke prinsipper som må avklares når pasientforløp skal være sammenhengende og datadrevne på tvers av nivåene. ○ Integrerte helsetjenester: fra samhandling til felles arbeidsflyt (Ahus). Vise forskjellen mellom tradisjonell samhandling og reelt integrert arbeidsflyt på tvers av nivåer og aktører. ○ Pasienten faller mellom to stoler i pasientforløpet (WHF). Vise et konkret eksempel på hvordan pasientforløp svikter når brukeropplevelse, standardisering, datagrunnlag, arbeidsflyt og ansvar ikke henger godt nok sammen. • Gruppearbeid: Hvor bryter pasientforløpene mellom nivåene, hvilke barrierer er mest kritiske, og hvilke beslutninger må tas i styringslinjene? • Demonstrasjoner: Hvordan datadrevet innsikt, predikasjon og bedre ressursstyring kan støtte mer helhetlige pasientforløp. ○ Sykehuspartner: "Endring for fart og flyt". Belyse hva som må til for å få nok gjennomføringsevne og endringstakt når målet er mer sammenhengende og datadrevne pasientforløp ○ Sørlandet sykehus: bedre innsikt med predikasjon og overvåking av pasientforløp. Vise hvordan analyse, overvåking og predikasjon kan brukes til å oppdage variasjon, flaskehalser og forbedringsmuligheter ○ Sykehuspartner: Rett ressurs til rett sted til rett tid i pasientforløp. Vise hvordan organisatoriske og teknologiske kapabiliteter kan bidra til bedre koordinering, prioritering og ressursutnyttelse • Gruppearbeid: Hvilke organisatoriske og teknologiske kapabiliteter er nødvendige for å lykkes med sammenhengende pasientforløp på tvers? • Avslutning: Oppsummering og dialog i plenum, med sikte på felles forståelse og en eventuell videre oppfølging i Fagrådet
	Vedtak: Fagrådet tar saken om temadagen til orientering og slutter seg til læringen knyttet til A) Barrierer B) Felles utfordringer relatert til styring og samhandling C) Organisatoriske og teknologiske evner på tvers av nivåene i helsetjenesten Og som kan danne grunnlaget for videre arbeid på temaet.
17/26	Eventuelt
	Det kom ingen saker til eventuelt.

Til Møte 3/26
Dato 27.08.2026
Saksnummer 19/26
Innretning Drøfting

Sakseier Siri P Utkilen
Saksbehandler Barbro Onsøyen

Fagdag med juridiske problemstillinger innenfor temaet digital samhandling

Forslag til vedtak

Medlemmene i Fagrådet drøftet sentrale utfordringer og problemstillinger knyttet til digital samhandling i helsetjenesten, og hvordan regelverket påvirker disse. Aktørene tar med seg innspillene inn i videre arbeid.

Hensikt med saken

Formålet med fagdagen er å skape en felles forståelse av sentrale utfordringer og problemstillinger knyttet til digital samhandling i helsetjenesten, og hvordan regelverket påvirker disse. Dagen skal bidra til økt innsikt i relevant regelverk og aktuelle problemstillinger som helsetjenesten møter i praksis. Et viktig mål er å identifisere og drøfte rotårsaker til at digital samhandling i helsetjenesten kan oppleves som utfordrende. Er årsakene eksempelvis juridiske, organisatoriske eller tekniske?

Bakgrunn

Fagrådet har ønsket å gjennomføre en fagdag med fokus på juridiske problemstillinger. Medlemmene ble invitert til å bidra med temaer og problemstillinger. Helsedirektoratet har mottatt mange gode innspill, og har foretatt et utvalg av temaer som antas å være av bred interesse.

Vi starter dagen med en overordnet introduksjon om regelverk.

Deretter legges det opp til tematiske bolker. Her vil utvalgte medlemmer presentere konkrete temaer/problemstillinger fra egen virksomhet. Helsedirektoratet vil gi en juridisk orientering, før temaene diskuteres i plenum.

Følgende temaer er utvalgt:

- Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger - utvalgte temaer
- Samarbeid mellom virksomheter om felles journal (§ 9-samarbeid)
- Digital samhandling – utvalgte problemstillinger

Siste hovedtema for dagen er diskusjon om hva som er rotårsaker til at digital samhandling i helsetjenesten kan oppleves som utfordrende.

Videre saksprosess

Fagdagen avsluttes med en kort oppsummering av de viktigste punktene fra dagen. Det er ikke lagt opp til at alle innspill og problemstillinger som kommer opp vil bli besvart eller fulgt opp i etterkant.



Stavanger
kommune

§9 samarbeid og digital hjemmeoppfølging

Hva er digital hjemmeoppfølging?

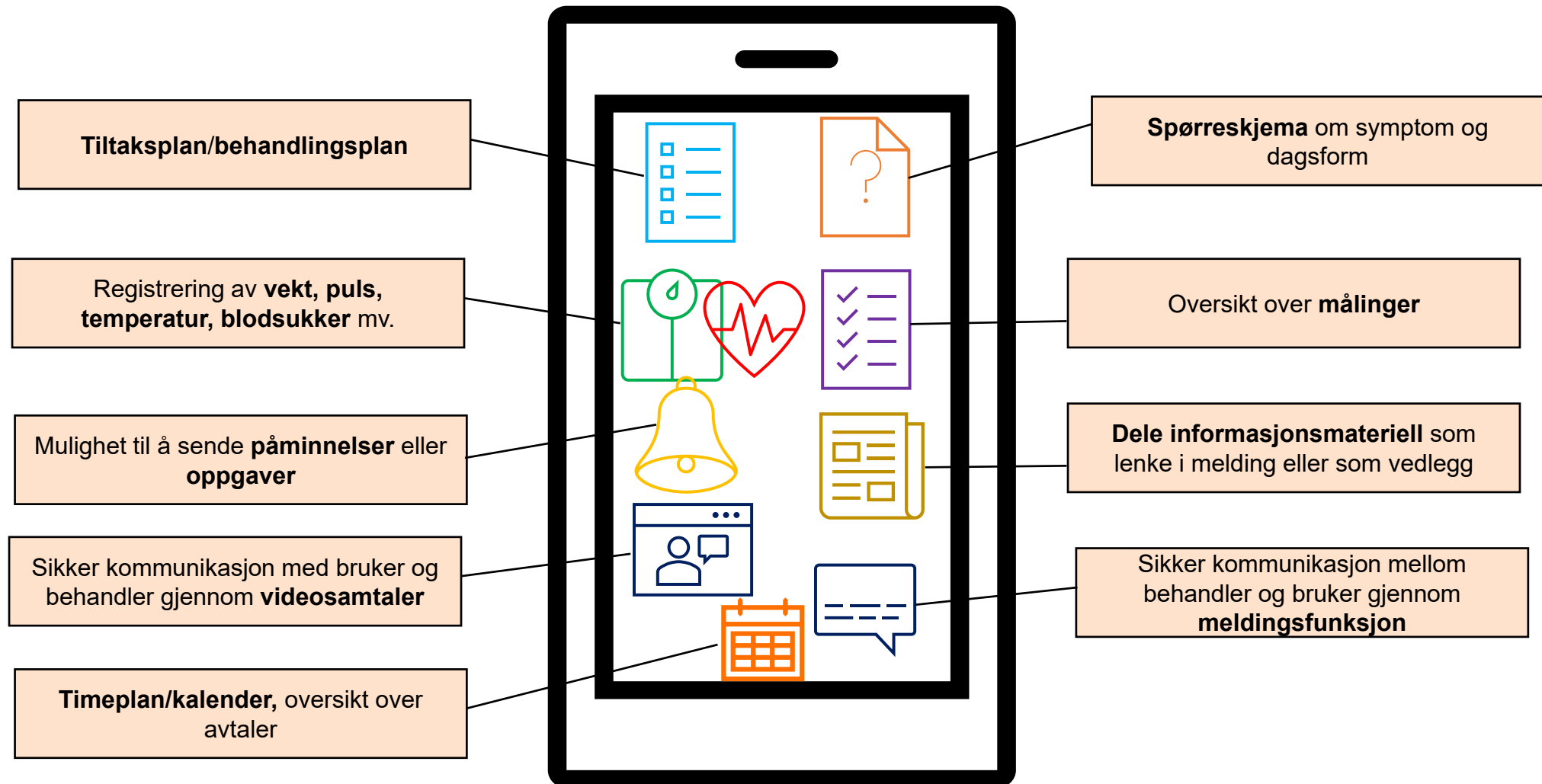
- Pasient har tilgang til en app med ulike funksjoner på sin egen telefon eller nettbrett
- Helsetjenesten følger opp via administrasjonsprogram på PC/nettbrett eller telefon
- Pårørende kan få tilgang dersom pasient ikke selv kan benytte løsning
- Løsning for kommunikasjon mellom bruker og helsetjenesten

Digital hjemmeoppfølging betyr at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt. Dialog og deling av data skjer digitalt.



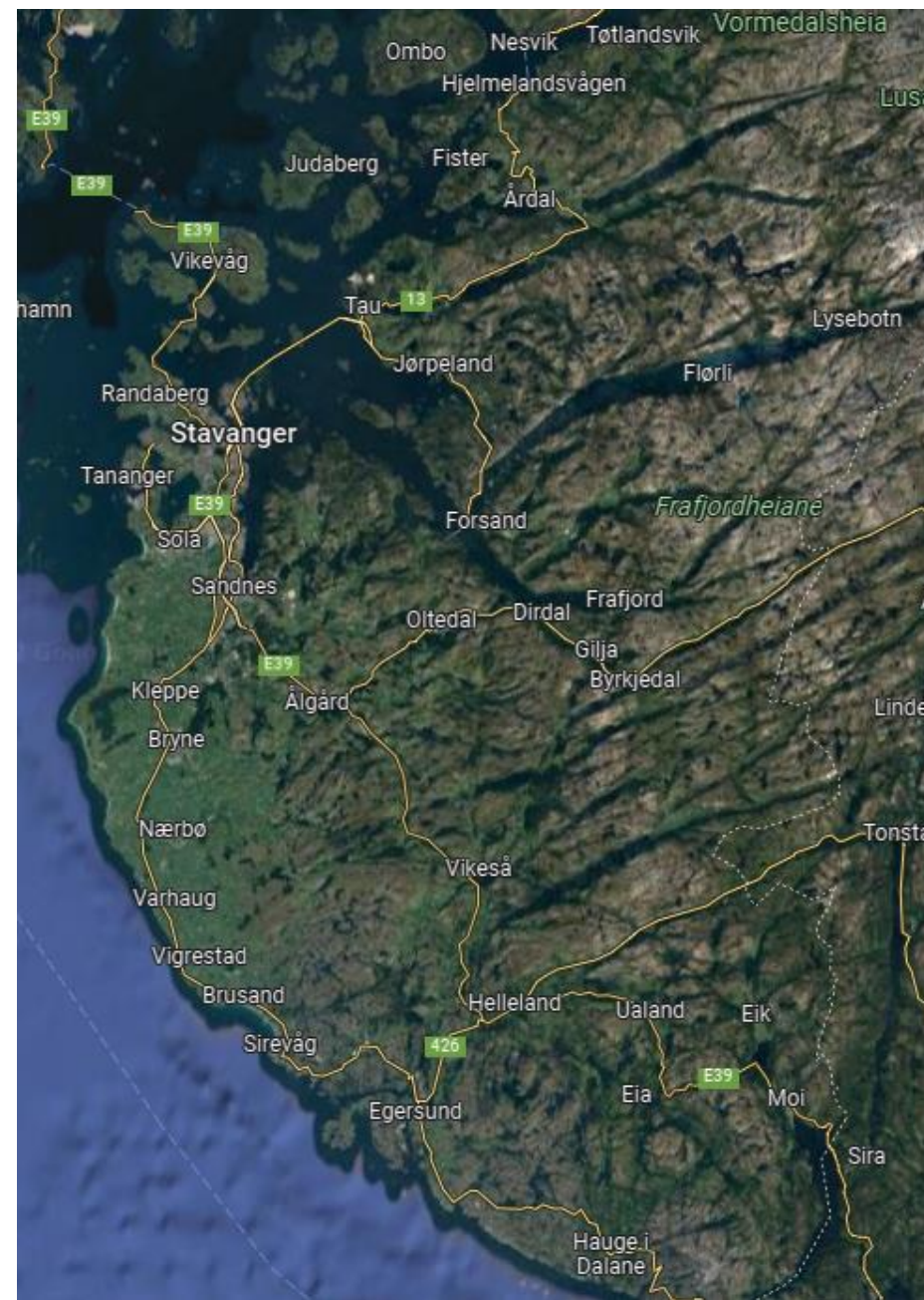
Muligheter i løsningen

Ikke pasientjournal
Ikke individuell plan



IKART og digital hjemmeoppfølging

- Prosjekt som involverer hele Helsefellesskapet kommuner, Helse Stavanger –og IKART
- Behov for en løsning for å lette kommunikasjon og planlegging
- Samarbeid er opprettet og forløp er avgrenset



Faser

Oppfølging

Aktiviteter



Bruker



IKART



Hjem-kommune



Sykehus

Oppfølging

Avtale besøk via meldingsfunksjon

Sende påminnelser til bruker om øvelser/avtaler

Legge inn treningsprogram

Mulighet for videosamtale

Besvare spørreskjema

IKART/ hjemkommune kan sammen med bruker sende melding om hva som bør tas opp

Oppfølgings-kontroll sykehus

Midtevaluering

- Veiledning til bruker
- Lage treningsprogram
- Starte med VR-briller
- Ortopediske hjelpemidler

Hjemmebesøk av IKART og hjemkommune

Følger opp bruker ut fra behov og tiltaksplan

Psykolog. Støtte-samtaler bruker/ pårørende

Veiledning/ støtte til bruker

Kontakter IKART dersom utrygg

Meldingsutveksling mellom bruker og IKART

IKART kan initiere videomøte med sykehus, kommune og bruker for avklaringer

Bruke videosamtale

- veiledning av treningsmetode
- Veiledning med bruker og hjemkommune

Mulighet for videosamtale

Oversikt over målinger

Gi innspill til bruker før kontroll på sykehus

Sende varsel / påminnelser til bruker

Henvendelser til og fra bruker

Behov for avklaringer

Meldingsutveksling for avklaringer/ beskjeder mellom IKART, hjemkommune, sykehus

Veiledning og diskusjon med bruker/ pårørende

Løpende dialog mellom sykehus og IKART (e-melding, Dialog)

Oppfølgings-kontroll bruker

Sende spørreskjema til bruker før time

Oversikt over tiltaksplan og målinger

• Tilgang til målinger



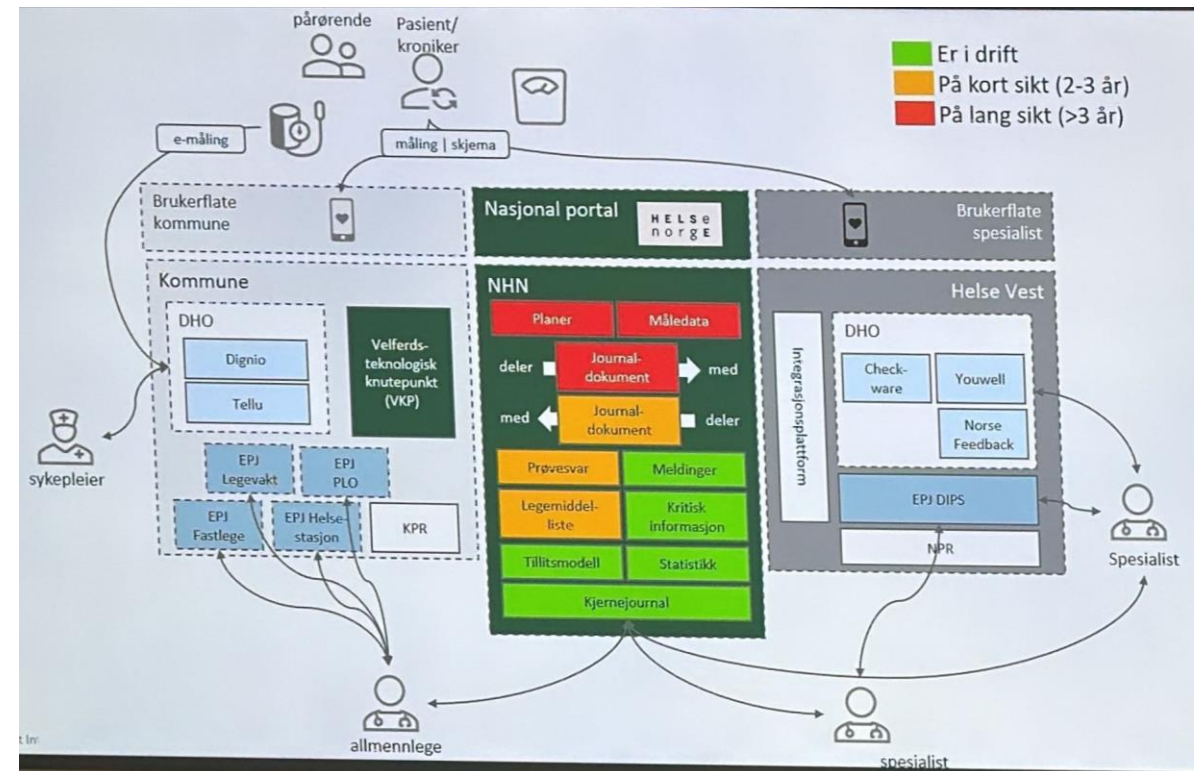
Avtaler i IKART og digital hjemmeoppfølging i Rogaland

- Standard §9 avtale om felles behandlingsansvar signert mellom kommunene
- Avtalen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten heter **Avtale mellom kommunene og Helse Stavanger om tilgang til helseopplysninger til pasienter som omfattes av interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam ved digital hjemmeoppfølging**
- Spesialisthelsetjenesten har mulighet til å lese informasjonen som kommunene og IKART teamet har dokumentert i DHO løsningen
- Helse Stavanger problematiserer det å dele informasjon tilbake til kommunene. De begrunner det med at dette må journalføres og at de må da dobbeltføre informasjon



§ 9 avtale og utfordringer

- Felles løsningen for DHO, med kommunene som eiere av løsning, er vanskelig for spesialisthelsetjenesten å ta i bruk til tross for at de deltok i selve anskaffelsen.
- Vi har fått nei fra Helse Stavanger på grunn av at de ønsker å avvente til det blir en nasjonal e-helse løsning, vi er bekymret for at det er lenge til pasientens planer kommer
- Kan vi bruke §9 avtalene til å utforske samhandlingsløsningene og deling av opplysninger i digital hjemmeoppfølging i nær framtid for å få fram gode nasjonale e-helse løsninger?



Juridiske problemstillinger DHO og IKART

1. Ansvarsforhold ved digital samhandling i DHO

- Hvem har det faktiske og juridiske ansvaret for å følge opp data som deles mellom aktører?
- Hvordan håndterer vi en hendelse der kommunen avdekker en situasjon i hjemmet, som er sykehuset sitt ansvar å følge opp?
- Hva med gråsoner der ansvar er uklart?

2. Tilgang vs. plikt til oppfølging

- Hvordan håndteres “passiv tilgang” juridisk? Hva blir ansvaret for disse aktørene, hvis de som helsepersonell må oppsøke informasjonen?

3. Forsvarlighet og systemansvar

- Hvor går grensen mellom **teknisk svikt**, organisering og helsepersonells ansvar?
 - Leverandøren sitt ansvar
 - Spesialisthelsetjenesten sitt ansvar
 - Kommunen sitt ansvar
 - Tjenestemottaker sitt ansvar

4. Datadeling og forventningsavklaringer

- Hvordan skal man juridisk sikre tydelige forventninger mellom aktørene?
- Er det tilstrekkelig med avtaler, eller kreves det tydeligere regulering?

Samhandling og informasjonsflyt

Helhetlige pasientforløp på tvers av tjenester krever moderne løsninger som legger til rette for god samhandling, og et oppdatert regelverk som både setter tydelige rammer og gir nødvendig handlingsrom.

Disclaimer: De følgende plansjene er utarbeidet ved hjelp av ChatGPT. Grunnlaget for instruksjonene til verktøyet ble formulert i samarbeid med ulike ressurspersoner i Helse Vest som jobber med samhandling.

SKAPER LOVVERKET HINDRINGER FOR DATAFLYT?

Ja – men ofte indirekte. Reglene skal beskytte pasienten, men kan gjøre informasjonsdeling mer krevende i praksis.



LOVVERKET ÅPNER FOR NØDVENDIG DELING



Helsepersonell kan dele relevante og nødvendige opplysninger for å gi forsvarlig helsehjelp



Samarbeidende personell kan få informasjon når det er nødvendig



Må bygge på tjenstlig behov



Tilgang skal sikres, styres og logges



Målet er ikke at alle skal se alt – men at riktig person får riktig informasjon



HVA KAN BREMSE DATAFLYTEN?



Taushetsplikt og krav til konfidensialitet



Nødvendighetskrav – det skal ikke deles mer enn nødvendig



Formålsbegrensning – opplysninger kan ikke brukes fritt til andre formål



Pasienten kan motsette seg deling i noen situasjoner



Deling på tvers av virksomheter krever klare roller, tilgangsstyring og sikkerhet



Samarbeid med NAV, skole, barnevern eller andre velferdstjenester er ofte mer komplisert

SÆRLIG UTFORDRING: LOVVERKET ER DÅRLIG TILPASSET MODERNE ARBEIDSFORMER



Tverrfaglig team på tvers av organisasjoner



Digital hjemmeoppfølging



Sensordata og pasientrapporterte opplysninger



Private og ideelle leverandører i samme pasientforløp



Videokonsultasjoner og asynkrone tjenester



Skiftende team rundt pasienten

HVORFOR BLIR DET VANSKELIG?



- Reglene er laget rundt tydelige virksomheter og avgrensede behandlingsrelasjoner



- Det er krevende å etablere riktig samtykke, tilgangskontroll og ansvarsdeling



- Små kommuner og små virksomheter har begrenset juridisk og teknisk kapasitet



- Resultatet blir ofte forsiktighet, ekstra manuelt arbeid og tregere samhandling



HOVEDPOENG

Lowverket er ikke bare en sperre – det er en nødvendig ramme. Men når regelverket møter moderne, digitale og tverrgående pasientforløp, oppstår det ofte indirekte barrierer for dataflyt.



KONSEKVENSER I PRAKSIS



Forsinket informasjonsdeling



Usikkerhet om hva som kan deles



Mer telefonering og manuelle avklaringer



Risiko for at viktig informasjon ikke når fram i tide



Pasienten må ofte bære informasjonen selv

ORGANISATORISKE HINDRINGER FOR INFORMASJONSFLYT

Hvorfor riktig informasjon ikke alltid når riktig person til riktig tid

1 Delt ansvar mellom stat, helseforetak og kommuner



- Ulike styringslinjer og budsjetter
- Ulike prioriteringer og anskaffelser
- Kostnad og gevinst havner ofte hos ulike aktører

➔ **Konsekvens:**
Svak samordning og ulik innføringstakt

2 Mange selvstendige dataansvarlige



Fastlege



Sykehus



Kommune



Private

- Fastlege, sykehus, kommune og private fører egne journaler
- Hver virksomhet har eget ansvar for data og tilgang
- Ingen eier hele pasientforløpet

➔ **Konsekvens:**
Helheten faller lett mellom flere aktører

3 Overgangene har svakt eierskap



- Særlig sårbart ved innleggelse, utskrivning og henvisning
- Avsender har sendt, men mottaker har ikke alltid fanget opp informasjonen
- Pasienten blir ofte bindeleddet

➔ **Konsekvens:**
Forsinkelser, misforståelser og uklart ansvar

4 Koordinatorordningene løser ikke alltid informasjonsproblemet



- Koordinator har ikke alltid innsyn i alle systemer
- Individuell plan er ofte ikke et felles arbeidsverktøy
- Mangler tid, myndighet eller digital støtte

➔ **Konsekvens:**
Koordinering blir personavhengig og sårbar

5 Tilgangsstyringen er ofte enten for grov eller for tungvint



- For vide tilganger gir personvernrisiko
- For snevre tilganger hindrer nødvendig innsyn
- Ulike roller, innlogginger og behov for nødtilgang skaper friksjon

➔ **Konsekvens:**
Enten for lite tilgang eller for mye usikkerhet

6 Varslingsproblemet

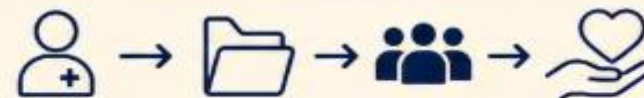


- Viktige endringer blir ikke alltid synlige i tide
- For mange varsler gir varseltrøtthet
- Det er uklart hvem som skal reagere på ny informasjon

➔ **Konsekvens:**
Viktige opplysninger kan overses



Hovedpoeng: Informasjonen finnes ofte, men ansvar, tilgang og oppfølging er fragmentert. Det skaper risiko for brudd i pasientforløpet.



USE CASE: Marie, 67 år

Sammensatt pasientforløp – hvor informasjonsflyten svikter



Bor i en liten kommune i distriktet



Diagnoser: type 2-diabetes, atrieflimmer, osteoporose og revmatoid artritt



Følges til vanlig opp av fastlege og privat revmatolog



Konsekvenser for Marie



Må gjenta sykehistorien flere ganger



Økt risiko for feil i legemiddelbehandling



Mer utrygghet og stress i overganger



Forsinket mobilisering og rehabilitering



Risiko for dårligere funksjon og reinnleggelse



Blir selv en viktig informasjonsbærer



Konsekvenser for helsepersonell



Bruker tid på å lete etter informasjon



Flere telefoner og manuelle avklaringer



Større usikkerhet i kliniske beslutninger



Fare for misforståelser og ansvarsgap



Dobbeltregistrering og ineffektiv oppfølging



Hovedpoeng: Informasjonen finnes ofte – men den er spredt, forsinket eller ufullstendig. Det gir risiko for feil, dårlig samhandling og en tyngre belastning for både pasient og behandlere.



USECASE – Arne, 13 år

Et sammensatt forløp på tvers av skole, kommune, BUP, fastlege og sykehus



13 år



Bor i liten by



2 søsken



Velfungerende hjem

Pasientforløp

1

Skolevegring



- Møte på skolen blir vanskelig
- Høy bekymring

2

Kommunale tiltak + koordinator/IP



- Tiltak i hjem, skole og fritid
- Koordinator lager individuell plan (IP)
- Gutten sliter psykisk og sosialt

3

Henvisning til BUP



- Fastlegen henviser
- BUP vurderer og starter oppfølging
- Arne har utviklet spiseforstyrrelse og tvangshandlinger

4

Støtte i skole og fritid



- Tilrettelegging på skolen
- Aktiviteter og inkludering

5

Fastlege ved forverring



- Symptomene øker
- Fastlegen følger opp og justerer tiltak

6

Innleggelse i ungdomspsykiatrisk avdeling



- Sykehuset har **ikke** tilgang til kommunens individuelle plan (IP)
- Ny kartlegging må gjøres

7

Utskrivelse og videre oppfølging



- Utskriving: hovedsakelig telefon og epikrise
- Ansvar tilbake til kommune og fastlege



Ulike journalsystemer



Individuell plan (IP) deles ikke digitalt med sykehuset



Mye telefon og epikrise



Manglende felles oversikt



Koordinering

Individuell plan kan ikke enkelt deles via KJ

- KJ er for helseformål – IP kan inneholde tiltak om skole, sosial støtte, bolig m.m.



Individuell plan (IP)



Ikke anbefalt



Kjernejournal



Konsekvenser for Arne og familien



Må gjenta historien



Uoversiktlig hjelp



Forsinkelser og økt belastning

Konsekvenser for helsepersonell



Tid går til innhenting



Usikkerhet i overgangene



Dobbeltarbeid og merarbeid



Hovedpoeng: Når individuell plan ikke er trygt delt eller tilgjengelig for alle, øker risikoen for brudd i oppfølgingen og dårligere helhet i tjenestene.



Skole



Kommune/IP



Fastlege



BUP



Sykehus



Kjell
72 år
Bor hjemme
Diagnoser:
hjertesvikt og KOLS
Følges opp av
fastlege og
spesialister på
sykehuset

USECASE – Kjell, 72 år

Hjertesvikt og KOLS – når dokumentdeling ikke dekker de helsefaglige behovene fullt ut

Pasientforløp



Konkrete utfordringer

1. Regelverket styrer tilgang



- Tilgang til pasientens journaldokumenter styres i dag av Kjernejournalforskriften
- Dette ivaretar ikke alltid de helsefaglige behovene fullt ut

2. Kriseplan kan deles



- En kriseplan kan deles gjennom dokumentdeling
- Det kan støtte trygg oppfølging ved forverring

3. Tverrfaglig plan deles ikke på samme måte



- Det er ikke anbefalt å dele en tverrfaglig plan
- Viktig informasjon om samlet oppfølging kan derfor mangle

4. Ulik behandling av nesten lik informasjon

- Radiologibeskrivelser er ikke anbefalt å dele
- Ultralydundersøkelse regnes som radiologibeskrivelse dersom den gjøres i radiologi
- Men hvis ultralyd av hjertet gjøres på hjerteavdelingen, deles den som annen dokumenttype
- Samme type klinisk informasjon kan derfor bli delt ulikt**

RADIOLOGI



≠

HJERTEAVDELING



Hva betyr dette for Kjell?

- Behandlere kan mangle viktig informasjon
- Oppfølgingen kan bli mindre helhetlig
- Kjell må ofte gjenta opplysninger selv
- Det kan bli forsinkelser og usikkerhet ved forverring



Hva betyr dette for helsepersonell?

- Mer telefonering og manuelle avklaringer
- Usikkerhet om hva som er tilgjengelig
- Større risiko for misforståelser
- Merarbeid og dobbeltarbeid



Hovedpoeng: Problemet er ikke bare om informasjon finnes – men om riktig dokumenttype kan deles, og om regelverket støtter de reelle behovene i pasientforløpet.



USECASE – Anna, 29 år

Graviditet med høyt blodtrykk og svangerskapsdiabetes – når viktig informasjon er spredt



Anna er 29 år og gravid. Hun følges opp av fastlege, helsesøster og kommunal jordmor, har flere kontroller på sykehus, og har høyt blodtrykk og svangerskapsdiabetes.



Hindringer for informasjonsflyt



Hovedpoeng: Viktig informasjon finnes – men den er spredt.
Når pasientens egne målinger ikke er integrert i informasjonsflyten, kan oppfølgingen bli mindre helhetlig og mindre trygg.



USECASE – Simen, 3 år

Når viktig informasjon ikke er synlig – og helsepersonell ikke vet hva de ikke ser

Om Simen



3 år



for tidlig født



lå lenge på nyfødt intensiv



operert 2 ganger i starten av livet



familien flyttet til en annen del av landet da han var 2 år



oppfølging videre på nytt sykehus



1 Prematur fødsel og nyfødt intensiv

Simen blir født for tidlig og ligger lenge på nyfødt intensiv.



2 Tidlige operasjoner

Han opereres to ganger i starten av livet.



3 Flytting

Familien flytter til en annen del av landet når Simen er 2 år.



4 Oppfølging ved nytt sykehus

Behandlingen fortsetter ved et annet sykehus. Legene ser noen dokumenter fra tidligere sykehus, men ikke alt.



5 Planlagt ny operasjon

Simen skal opereres igjen. Anestesilegen går nøye gjennom tilgjengelig dokumentasjon for å planlegge trygg narkose.



6 Kritisk opplysning i siste liten

På vei til operasjonsavdelingen sier far at forrige narkose ga en alvorlig komplikasjon. Anestesilegen oppdager at dette ikke fremgikk av dokumentene han hadde sett.



7 Telefon til tidligere sykehus

Anestesilegen ringer tidligere sykehus, får muntlig informasjon om komplikasjonen og tilpasser narkosen i siste liten.



Hindringer for informasjonsflyt



Delvis dokumenttilgang

Nytt sykehus har bare tilgang til deler av tidligere dokumentasjon.



Vet ikke hva som mangler

Helsepersonell ser ikke nødvendigvis at viktig informasjon er filtrert bort.



Filtrering uten kontekst

Informasjon deles ofte ut fra dokumenttype eller forhåndsdefinerte regler, ikke alltid ut fra situasjonen.



Kun nødvendig informasjon

Prinsippet er viktig, men kan være vanskelig å praktisere når hele pasienten skal behandles.



Manuell innhenting

Kritisk informasjon må noen ganger hentes via telefon i siste liten.



Utydelig risikobilde

Manglende historikk kan gi ufullstendig grunnlag for anestesi og behandling.

Konsekvenser for Simen og familien



- Økt utrygghet før operasjon
- Risiko for at viktig historikk ikke blir fanget opp.
- Foreldre må bære og gjenfortelle kritisk informasjon
- Unødvendig stress i en sårbar situasjon



Kjerneutfordring

Det er ikke bare vanskelig å få tilgang til alt som er relevant – det er også vanskelig å vite hva man ikke ser.



Konsekvenser for helsepersonell

- Usikkerhet om klinisk beslutningsgrunnlag
- Mer tid til leting, telefoner og avklaringer
- Risiko for feil eller mangelfull risikovurdering
- Etisk dilemma: pliktig til å behandle hele pasienten, men har bare tilgang til deler av opplysningene



Hovedpoeng: Når informasjon filtreres på forhånd og bare deler av pasienthistorien er synlige, kan det true pasientsikkerheten. Helsepersonell skal behandle hele pasienten, men mangler ofte oversikt over det som ikke er tilgjengelig.

DE VIKTIGSTE UTFORDRINGENE

– sett fra pasientens ståsted

INFORMASJONEN FINNES, MEN ER...

-  i forskjellige journalsystemer
-  hos forskjellige juridisk ansvarlige virksomheter
-  i dokumenter som ikke er oppdaterte eller søkbare
-  i meldinger som ikke inngår naturlig i arbeidsflaten
-  uten en tydelig ansvarlig person som sammenstiller helheten

RESULTAT:

-  Pasienten blir ofte den viktigste informasjonsbæreren

"Hvilke medisiner bruker du?"

"Hva bestemte sykehuset?"

"Har kommunen mottatt epikrisen?"

"Hva sa den andre spesialisten?"

FASTLEGE



Journalsystem hos fastlegen



- Medisinliste
- Diagnoseoversikt
- Prøveresultater
- Henvisninger
- Notater

SPEKIALIST- HELSETJENESTEN



Journalsystem i sykehus/helseforetak



- Epikriser
- Undersøkelser
- Operasjonsrapporter
- Prøver og svar
- Behandlingsplaner

KOMMUNALE TJENESTER



Journalsystemer i kommune (f.eks. hjemmetjeneste, sykehjem, psykisk helse, rehabilitering)



- Tiltaksplaner
- Observasjoner
- Funksjonsnivå
- Medisinregistrering
- Rapporter

ANDRE AKTØRER



F.eks. private spesialister, laboratorier, radiologi, fysioterapeut m.fl.



- Undersøkelser
- Vurderinger
- Behandling
- Oppfølging
- Notater

NASJONALE TJENESTER



F.eks. kjernejournal, legemiddelliste, prøvesvar, dokumenter



- Utvalgt informasjon på tvers av aktører
- Ikke en komplett journal

KONSEKVENSER FOR PASIENTEN



ØKT RISIKO
for feilmedisinering, interaksjoner og oversette tilstander



FORSINKET BEHANDLING
fordi informasjon kommer for sent frem



GJENTAKELSE
av undersøkelser og vurderinger



DÅRLIG SAMHANDLING
mellom tjenestene



ØKT BELASTNING
på pasienten som må holde oversikten og gjenta historien



DÅRLIGERE KVALITET OG TRYGGHET
i helsehjelpen



KONSEKVENS: Økt risiko for feil, dobbeltarbeid, unødvendige undersøkelser, dårlig samhandling – og en tyngre hverdag for pasienten



DE VIKTIGSTE UTFORDRINGENE

– sett fra helsepersonellens ståsted

INFORMASJONEN FINNES, MEN ER...

-  i ulike journalsystemer
-  hos flere virksomheter med hvert sitt ansvar
-  i dokumenter som ikke alltid er oppdaterte eller søkbare
-  i meldinger som ikke ligger naturlig i arbeidsflaten
-  uten én samlet, oppdatert oversikt

RESULTAT:

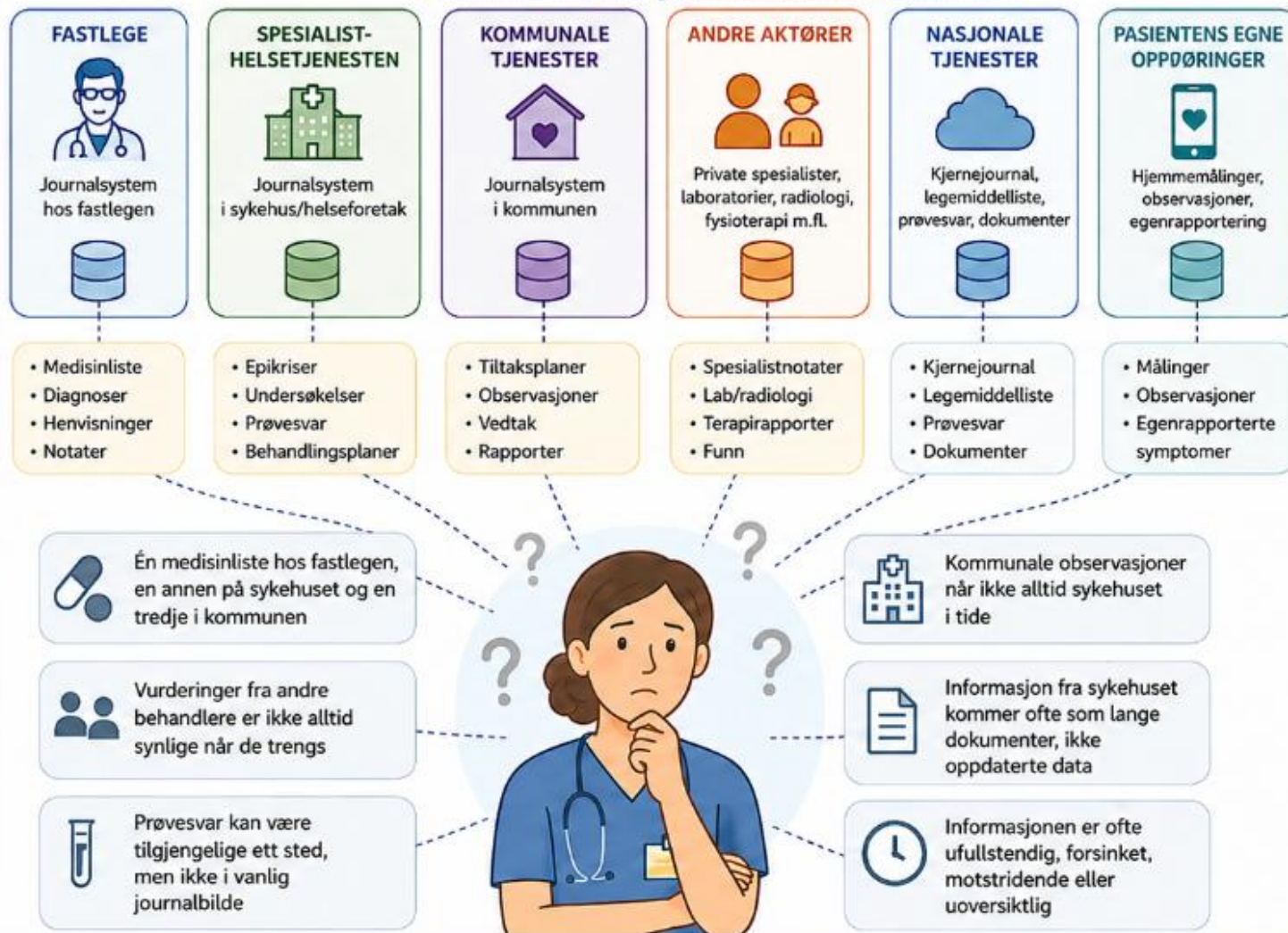
-  Helsepersonell må ofte bli den som leter, tolker og sammenstiller informasjonen selv

"Hvilken medisinliste er riktig?"

"Har noen allerede gjort denne vurderingen?"

"Hvor finner jeg siste prøvesvar?"

"Hvem følger opp dette videre?"



KONSEKVENSN: Når informasjonen er spredt, forsinket eller vanskelig tilgjengelig, får helsepersonell mer manuelt arbeid, mindre oversikt og dårligere støtte til gode beslutninger.

KONSEKVENSER FOR HELSEPERSONELL



ØKT TIDSBRUK
tid går til leting, telefoner og manuelle follow-oppfølginger



STØRRE USIKKERHET
vanskeligere å få et komplett klinisk bilde



ETISK DILEMMA
pliktig til å behandle hele pasienten men har kun tilgang til deler av pasientopplysninger



DOBBELTARBEID
undersøkelser, registrering og vurderinger gjentas



RISIKO FOR MISFORSTÅELSER
viktig informasjon kan mistolkes eller overses



SVAKERE BESLUTNINGSGRUNNLAG
vanskeligere å gi riktig behandling til riktig tid



BELASTNING I ARBEIDSHVERDAGEN
flere avbrudd, mer frustrasjon og mindre flyt