

## Møte i Fagrådet

<b>Møte</b>	Nasjonalt fagråd for digitalisering i helse- og omsorgssektoren (Fagrådet)	
<b>Dato</b>	29. – 30. april 2026	
<b>Tid</b>	29. april kl. kl. 10.00 – 16.00 og 30. april kl. 08.00 – 14.30	
<b>Sted</b>	Thon Partner Hotel, Kristiansand	
<b>Medlemmer</b>	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 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 Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund Line Linstad, Nasjonalt senter for e-helseforskning Elin Thygesen, Universitetet i Agder

Sak	Agenda	Tidspunkt	Sakstype
	<b>Dag 1</b>		
9/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra Fagrådet 21. – 22. januar 2026	10:00	Godkjenning
10/26	EHDS på legemiddelområdet i forhold til norsk e-reseptløsning	10:10	Drøfting
11/26	Pasientoppsummering – Konsept og kildebruk anno 2029	10:50	Orientering
	<b>Lunsj</b>	<b>11:30</b>	
12/26	Brukskvalitet i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier	12:30	Drøfting
13/26	Kvalitetsrammeverk for helse- og selvhjelpsverktøy i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier	13:10	Drøfting
	<b>Pause</b>	<b>13:50</b>	
14/26	Strategisk retning kjernejournal	14:05	Anbefaling
	<b>Pause</b>	<b>14:45</b>	
15/26	Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning	15:00	Drøfting
	Informasjon om morgendagens temadag og gruppearbeid	15:40	
	<b>Slutt dag 1</b>	<b>16:00</b>	
	<b>Middag</b>	<b>19:00</b>	
	<b>Dag 2</b>		
	<b>Velkommen til dag 2</b>	08:00	
16/26	Temadag – Sammenhengende og datadrevne pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene		Drøfting
	Innledning og rammesetting: Sammenhengende og datadrevne pasientforløp på tvers av nivåene i helsetjenesten		
	Faglige innlegg: Bedre bruk av helsedata, erfaringer med sammenhengende pasientforløp i praksis og behov for styring på tvers		
	Gruppearbeid: Hvor bryter pasientforløpene mellom nivåene, hvilke barrierer er mest kritiske, og hvilke beslutninger må tas i styringslinjene?		
	<b>Lunsj</b>	<b>11:30</b>	

	Demonstrasjoner: Hvordan datadrevet innsikt, prediksjon og bedre ressursstyring kan støtte mer helhetlige pasientforløp		
	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		
<b>17/26</b>	<b>Eventuelt</b>	14:25	
	<b>Slutt dag 2</b>	<b>14:30</b>	

Sak	Onsdag 29. april 2026	
	<b>Start dag 1</b>	<b>10:00</b>
<b>9/26</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra Fagrådet 21. – 22. januar 2026</b>	<b>Godkjenning</b>
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra Fagrådet 21. – 22. januar 2026.	<b>Vedlegg 1:</b> Referat Fagrådet 21. – 22. januar 2026
	<b>Forslag til vedtak:</b> Fagrådet godkjenner innkalling og dagsorden. Fagrådet godkjenner referatet fra møtet 21. – 22. januar 2026	
<b>10/26</b>	<b>EHDS på legemiddelområdet i forhold til norsk e-reseptløsning</b>	<b>Drøfting</b>
	Helsedirektoratet vil gi Fagrådet en overordnet status av anbefaling knyttet til e-resept som det stilles krav til i Helsedataforordningen. Det er 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.	<b>Vedlegg 2:</b> Toppnotat EHDS på legemiddelområdet i forhold til norsk e-reseptløsning
	<b>Forslag til vedtak:</b> Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.	
<b>11/26</b>	<b>Pasientoppsummering – Konsept og kildebruk anno 2029</b>	<b>Orientering</b>
	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.  Helsedirektoratet ønsker å gi Fagrådet en overordnet status av anbefaling knyttet til pasientoppsummering som det stilles krav til i Helsedataforordningen.	<b>Vedlegg 3:</b> Toppnotat Pasientoppsummering – Konsept og kildebruk anno 2029
	<b>Forslag til vedtak:</b> Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.	
<b>12/26</b>	<b>Brukskvalitet i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier</b>	<b>Drøfting</b>
	Helsedirektoratet har i Tildelingsbrevet for 2026 ( <a href="#">TB2026-52</a> ) fått i oppdrag å videreutvikle <a href="#">veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier</a> . 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.	<b>Vedlegg 4:</b> Toppnotat Brukskvalitet i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier

	Helsedirektoratet ønsker å få innspill til arbeid med brukskvalitet i tilknytning til veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.	
	<b>Forslag til vedtak:</b> Fagrådet drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med brukskvalitet i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.	
<b>13/26</b>	<b>Kvalitetsrammeverk for helse- og selvhjelpsverktøy i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier</b>	<b>Drøfting</b>
	<p>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 arbeidsspør, herunder kvalitetsrammeverk for helse og selvhjelpsverktøy.</p> <p>Helsedirektoratet ønsker å få innspill til videre arbeid med kvalitetsrammeverk for helse- og selvhjelpsverktøy i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.</p>	<b>Vedlegg 5:</b> Toppnotat Kvalitetsrammeverk for helse- og selvhjelpsverktøy i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier
	<b>Forslag til vedtak:</b> Fagrådet drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med kvalitetsrammeverk for helse- og selvhjelpsverktøy i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.	
<b>14/26</b>	<b>Strategisk retning kjernejournal</b>	<b>Anbefaling</b>
	<p>Helsedirektoratet ønsker å drøfte med Fagrådet og få en anbefaling knyttet til det videre behovet for kjernejournal portal. Helsedirektoratet har utarbeidet en vurdering, og ønsker å få innspill på om det er andre faktorer som bør tas inn i vurderingen, samt få sektorens anbefaling knyttet til behovet.</p> <p><a href="#">Vedlegg 6A Vurdering kjernejournal portal</a> ligger på Fagrådet sine sider på Helsedirektoratet.no.</p>	<b>Vedlegg 6:</b> Toppnotat Strategisk retning kjernejournal  <b>Vedlegg 6A:</b> <a href="#">Vurdering kjernejournal portal</a>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Fagrådet har gitt sine innspill og anbefaling knyttet til behovet for kjernejournal portal, som Helsedirektoratet tar med inn i sin beslutning.	
<b>15/26</b>	<b>Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning</b>	<b>Drøfting</b>
	<p>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.</p> <p>Samtidig ser vi at behovene i tjenesten i økende grad handler om koordinert oppgaveløsning og sammenhengende arbeidsprosesser på tvers av virksomheter.</p> <p>Interregionalt arkitekturutvalg løfter saken inn til Fagrådet for å drøfte og bidra til en felles modningsreise om hvordan digital samhandling i helse- og omsorgssektoren bør utvikles videre.</p>	<b>Vedlegg 7:</b> Toppnotat Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning
	<b>Forslag til vedtak:</b>	

	<p>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.</p> <p>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.</p>	
	<b>Slutt dag 1</b>	<b>16:00</b>

Sak	Torsdag 30. april 2026	Sakstype
	<b>Start dag 2</b>	<b>08:00</b>
<b>16/26</b>	<b>Temadag – Sammenhengende og datadrevet pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene</b>	<b>Drøfting</b>
	<p>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.</p> <p>Målet er å belyse tre spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hvor i pasientforløpet de viktigste bruddene oppstår,</li> <li>• hvilke beslutninger som bør vurderes lokalt, regionalt og nasjonalt for å redusere disse bruddene,</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>Temadagen skal kombinere erfaringer fra praksis, faglige innlegg og gruppearbeid. Hensikten er å gi Fagrådet et bedre diskusjonsgrunnlag for videre oppfølging i den faglige aksene.</p>	<b>Vedlegg 8:</b> Toppnotat Temadag – Sammenhengende og datadrevne pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> Fagrådet tar saken om temadagen til orientering og slutter seg til læringen knyttet til</p> <p>A) Barrierer B) Felles utfordringer relatert til styring og samhandling C) Organisatoriske og teknologiske evner på tvers av nivåene i helsetjenesten</p> <p>Og som kan danne grunnlaget for videre arbeidet på temaet.</p>	
<b>17/26</b>	<b>Eventuelt</b>	
	<b>Slutt dag 2</b>	<b>14:30</b>

Referat fra møte i Fagrådet																									
<i>Møte</i>	Nasjonalt fagråd for digitalisering i helse- og omsorgssektoren (Fagrådet)																								
<i>Dato</i>	21. – 22. januar 2026																								
<i>Tid</i>	21. januar kl. kl. 10.00 – 16.00 og 22. januar kl. 09.00 – 14.30																								
<i>Sted</i>	Clarion Hotel Oslo																								
<i>Medlemmer</i>	<table border="0"> <tr> <td>Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet</td> <td>Eva Tone Fosse, Stavanger kommune</td> </tr> <tr> <td>Jacob Holter Grundt, Helsedirektoratet</td> <td>Line Andreassen Sæle, FHI</td> </tr> <tr> <td>Knut Berglund, Helsedirektoratet</td> <td>Mohammad Nouri Sharikabad, FHI</td> </tr> <tr> <td>Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF</td> <td>Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF</td> </tr> <tr> <td>Einar André Brevik, Helse Sør-Øst RHF</td> <td>Jan Robert Johannessen, Legeforeningen</td> </tr> <tr> <td>Micaela Thierley, Helse Vest RHF</td> <td>Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet</td> </tr> <tr> <td>Hanne Schanche Önen, Helse Midt RHF</td> <td>Maren Krogh, Apotekforeningen</td> </tr> <tr> <td>Tarald Sæstad, Helse Nord RHF</td> <td>Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund</td> </tr> <tr> <td>Øystein Berg-Sletteng, Helse Nord RHF</td> <td>Line Linstad, Nasjonalt senter for e-helseforskning</td> </tr> <tr> <td>Mette Røhne, KS</td> <td>Elin Thygesen, Universitetet i Agder</td> </tr> <tr> <td>Kjetil Løyning, KS e-helse</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anne-Marit Rennemo, Oslo Kommune</td> <td></td> </tr> </table>	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet	Eva Tone Fosse, Stavanger kommune	Jacob Holter Grundt, Helsedirektoratet	Line Andreassen Sæle, FHI	Knut Berglund, Helsedirektoratet	Mohammad Nouri Sharikabad, FHI	Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF	Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF	Einar André Brevik, Helse Sør-Øst RHF	Jan Robert Johannessen, Legeforeningen	Micaela Thierley, Helse Vest RHF	Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet	Hanne Schanche Önen, Helse Midt RHF	Maren Krogh, Apotekforeningen	Tarald Sæstad, Helse Nord RHF	Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund	Øystein Berg-Sletteng, Helse Nord RHF	Line Linstad, Nasjonalt senter for e-helseforskning	Mette Røhne, KS	Elin Thygesen, Universitetet i Agder	Kjetil Løyning, KS e-helse		Anne-Marit Rennemo, Oslo Kommune	
Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet	Eva Tone Fosse, Stavanger kommune																								
Jacob Holter Grundt, Helsedirektoratet	Line Andreassen Sæle, FHI																								
Knut Berglund, Helsedirektoratet	Mohammad Nouri Sharikabad, FHI																								
Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF	Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF																								
Einar André Brevik, Helse Sør-Øst RHF	Jan Robert Johannessen, Legeforeningen																								
Micaela Thierley, Helse Vest RHF	Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet																								
Hanne Schanche Önen, Helse Midt RHF	Maren Krogh, Apotekforeningen																								
Tarald Sæstad, Helse Nord RHF	Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund																								
Øystein Berg-Sletteng, Helse Nord RHF	Line Linstad, Nasjonalt senter for e-helseforskning																								
Mette Røhne, KS	Elin Thygesen, Universitetet i Agder																								
Kjetil Løyning, KS e-helse																									
Anne-Marit Rennemo, Oslo Kommune																									
<i>Ikke til stede</i>	<table border="0"> <tr> <td>Stine Slørdal, Helse Midt RHF</td> <td>Soudabeh Khodambashi, Trondheim kommune</td> </tr> <tr> <td>Terje Bremnes, Helse Vest RHF</td> <td>Christoffer Boge, Kommunene i Hallingdal/Digiviken</td> </tr> <tr> <td>Knut Berglund, Helsedirektoratet – dag 1</td> <td>Geir Omestad, Kristiansand kommune</td> </tr> </table>	Stine Slørdal, Helse Midt RHF	Soudabeh Khodambashi, Trondheim kommune	Terje Bremnes, Helse Vest RHF	Christoffer Boge, Kommunene i Hallingdal/Digiviken	Knut Berglund, Helsedirektoratet – dag 1	Geir Omestad, Kristiansand kommune																		
Stine Slørdal, Helse Midt RHF	Soudabeh Khodambashi, Trondheim kommune																								
Terje Bremnes, Helse Vest RHF	Christoffer Boge, Kommunene i Hallingdal/Digiviken																								
Knut Berglund, Helsedirektoratet – dag 1	Geir Omestad, Kristiansand kommune																								
<i>Stedfortreder</i>	Marthe Kristine Striger Dingen, Helse Midt RHF, stiller for Sine Slørdal																								
<i>Helsedirektoratet</i>	Siv Ingebrigtsen Vibeke Jonassen Wang Karen Lima																								

Saksnr.	Tittel på sak	Sakstype
	<b>Dag 1</b>	
1/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 29. - 30. oktober 2025	Godkjenning
2/26	Helsedirektoratet orienterer ved Mariann Hornnes	Orientering
3/26	Videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier	Drøfting
4/26	Videre arbeid med digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi	Drøfting
5/26	Forvaltning av metadata for kodeverk	Drøfting
6/26	Nasjonal e-helsestrategi – strategiske indikatorer og ambisjonsnivå 2030	Drøfting
	<b>Dag 2</b>	
7/26	Temadag – Fastlegedagen	Drøfting
8/26	Eventuelt	

Sak	Onsdag 21. januar 2026
<b>1/26</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 29. – 30. oktober 2025</b>
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 29. – 30. oktober 2025.
	<b>Vedtak:</b> Fagrådet godkjenner innkalling og dagsorden. Fagrådet godkjenner referatet fra møtet 29. – 30. oktober 2025.
<b>2/26</b>	<b>Helsedirektoratet orienterer ved Mariann Hornnes</b>
	Mariann Hornnes, assisterende helsedirektør Helsedirektoratet, orienterte Fagrådet om aktuelle saker og reflekterte over året 2025.

	<p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det skjer mye positivt med PLL, men utviklingen oppleves som fragmentert. PLL bør fortsatt være høyeste prioritet og lanseres raskere enn planlagt, da det gir stor gevinst for fastlegene.</li> <li>• Det er ønskelig med ny forskning som sammenligner pasienter med og uten PLL for å dokumentere effekter, imidlertid er det krevende å identifisere pasienter som har PLL, da det ikke registreres systematisk.</li> <li>• KI tas allerede i bruk i fastlegepraksis, men kvaliteten og effekten er usikker. Det er behov for tydeligere og tryggere rammer.</li> <li>• Det er bekymring for at KI tas i bruk for raskt og uten tilstrekkelig kontroll. Arbeidet må skje innenfor sikre og forsvarlige rammer.</li> <li>• Økt digital tilgjengelighet kan føre til større informasjonsmengde og mer arbeid som «siver» utover arbeidstid for helsepersonell. Det er viktig å understreke at pasientene fortsatt har ansvar for egen helse.</li> <li>• En digital vei inn kan potensielt avlaste helsetjenesten dersom den utformes godt og innføres trinnvis, blant annet gjennom piloter.</li> <li>• Det uttrykkes ønske om forskning og følgeevaluering knyttet til digital førstelinje.</li> <li>• Fastlegene etterlyser arenaer for dialog med Helsedirektoratet om utfordringer de står i som gruppe av interessenter og brukere. Det tidligere Portaloppdraget ble nevnt som et godt eksempel på en slik arena hvor de hadde direkte involvering.</li> <li>• Helsedirektoratet bes om å ta større ansvar for helheten i utvikling, vurdering og innføring av nye digitale helsetjenester, inkludert juss og arbeidsprosesser.</li> <li>• Store satsinger må tilnærmes helhetlig og ikke fragmenteres per tjeneste.</li> <li>• Sektoren trenger tydelige, forutsigbare rammer fra Helsedirektoratet, samtidig som de må gi fleksibilitet slik at aktørene kan omstille seg.</li> <li>• Juridiske rammer må være både tydelige og praktisk anvendelige for å støtte raskere utvikling.</li> <li>• Teknologi utvikles ofte med primært fokus på spesialisthelsetjeneste og fastleger. Når kommunene skal ta i bruk løsningene, må de tilpasses betydelig.</li> <li>• Kommunene etterspør likeverdig tilgjengelighet til teknologi slik at innføringen kan gå raskere og mer hensiktsmessig.</li> <li>• Det etterlyses sterkere produktutvikling og flere tjenester på Helsenorge. Det er ønskelig med støtte til utvikling av nye tjenester.</li> <li>• Det oppfordres til å se på apotekenes rolle som ressurs, spesielt innen forebygging og vaksiner, for å avlaste helsetjenesten og skape bedre pasientflyt.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> Fagrådet tar saken til orientering.</p>
3/26	<p><b>Videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier</b></p> <p>Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet etablert første versjon av en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi, og lanserte 1. oktober 2025 en <a href="#">felles nasjonal oversikt</a> over krav, anbefalinger og godkjenninger. Arbeidet utvikles stegvis, og skjer i samarbeid med KS, Norsk helsenett SF, Folkehelseinstituttet og helsenæringen.</p> <p>Per Ludvig Skjerven, helsedirektoratet, la frem saken for Fagrådet for å få innspill til hvordan veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier bør videreutvikles.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehusene ønsker sterkere involvering i arbeidet med digital hjemmeoppfølging, og understreker at brukervennlighet også er kritisk for spesialisthelsetjenesten, som deltar i samhandlingen.</li> <li>• Den nasjonale oversikten er relevant for apotek og det bør vurderes deltagelse fra apotek i samhandlingsarenaer. Det etterlyses bla. forutsigbarhet knyttet til planer og forvaltning, og at selvdeklareringsordningen utformes slik at kravene blir tydelige og praktisk gjennomførbare for små og store aktører.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunalt helsepersonell må delta aktivt i behovsavklaringen for nye digitale verktøy, ettersom løsningene skal avlaste kommunene.</li> <li>• Det etterlyses tydeligere krav om testing av løsninger hos leverandørene, inkludert testing i reelle brukermiljøer.</li> <li>• I forskningsmiljøet i Agder har de etablerte testsentre med kompetanse innen blant annet helsefag, fagstruktur, terminologi og kodeverk som kan benyttes, gjerne i samarbeid med Norsk helsenett SF.</li> <li>• Kommunene ser frem til ordningen med selvdeklarerer. Det er behov for å få på plass en oversikt over hvilke leverandører som er godkjent.</li> <li>• Det er behov for en oversikt over medisinsk teknisk utstyr og hvilke plattformer som er godkjent, og for hvilke formål.</li> <li>• Det understrekes at KI vil integreres i fagsystemer, og at krav knyttet til CE-merking må prioriteres og tydeliggjøres.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> Fagrådet drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologi.</p>
4/26	<p><b>Videre arbeid med digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi</b></p>
	<p>Siw Helene Myhrer og Bjørnar Alexander Andreassen, ønsket å få innspill fra Fagrådet til hvilke grep sektor og sentral helseforvaltning bør prioritere for å styrke og tilrettelegge for økt og sikker bruk av arbeidsbesparende teknologier som digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi.</p> <p>Det var også ønskelig med Fagrådet sine innspill til arbeidet med velferdsteknologi og foreslåtte normeringsbehov særlig knyttet til responscenter og digitalt tilsyn, blant annet som følge av Helsetilsynets funn i sine tilsynsrapporter.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Følgeforskning er nødvendig for å skape tillit hos klinikere og sikre dokumentert medisinsk effekt.</li> <li>• Tiltakene som er innført til nå krever betydelige ressurser og gir foreløpig ingen målbar effektiviseringsgevinst.</li> <li>• Dagens finansieringsrammer er utilstrekkelige, og det trengs flere virkemidler.</li> <li>• Gevinstpotensialet i analyser, som fra Oslo Economics, oppfattes som misvisende og bør bygge på solid evidens.</li> <li>• Det etterlyses forskning på kvalitet og reell effekt – det må avklares om løsningene faktisk virker som forutsatt.</li> <li>• Fastleger er avhengige av behandlingsplaner, og behovet for å realisere dette ble fremhevet.</li> <li>• Det må etableres bedre samhandling mellom alle deler av helsetjenesten, inkludert pasienten.</li> <li>• Fragmentering i digitalisering fører til merarbeid og hemmer skalering. Det trengs tydeligere føringer for valg av teknologier som effektiviserer arbeidsflyt og frigjør ressurser.</li> <li>• Teknologien må utvikles med klinisk involvering slik at løsningene fungerer i den faktiske hverdagen.</li> <li>• Fastlegene er de største brukerne av digitale samhandlingsløsninger, men er i liten grad involvert i utviklingsarbeidet.</li> <li>• Gevinstberegningene i utredninger bygger på forutsetning om stor skalering, mens lokale innføringer blir svært kostbare.</li> <li>• Kommunene har utfordringer med skalering av velferdsteknologi til tross for flere års arbeid.</li> <li>• Små kommuner opplever høy innsats og liten gevinst, og ser større potensial først når nye EPJ-systemer innføres og muliggjør bedre datadeling.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digital hjemmeoppfølging kan være krevende når arbeidsinnsats og gevinster tas ut ulike steder i tjenesten.</li> <li>• Det er behov for digitale verktøy hvor gevinstrealisering er innebygget og intuitiv.</li> <li>• Det bør stilles tydeligere krav om nasjonal skalering ved tildeling av midler fra helseteknologiordningen.</li> <li>• Det må jobbes systematisk med innføring, endringsledelse, kompetanseheving og avlæring for å lykkes i storskala.</li> <li>• Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging bør ikke behandles som løsninger ved siden av den ordinære tjenesten – ved storskala kreves omstilling av hele tjenestemodellen.</li> <li>• Det stilles spørsmål til om helseteknologiordningen er riktig finansieringsverktøy for å øke bruken av digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> Fagrådet drøftet og ga råd om tiltak og virkemidler innen digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi. Innspill fra NUFA tas med i videre arbeid og plan for 2026.</p>
5/26	<p><b>Forvaltning av metadata for kodeverk</b></p>
	<p>Roger Schäffer og Tove Brekken, FHI, ønsket å belyse utfordringer knyttet til forvaltning av metadata om kodeverk som benyttes i helsetjenesten og legges til grunn for rapportering til nasjonale helseregistre. Det ønskes å drøfte alternative tilnæringer for å sikre bedre helhet og konsistens i bruk av data til forskning, styring, statistikk og annen helseanalyse, både lokalt og nasjonalt.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dagens kodeverk er ikke tilstrekkelig tilpasset kommunale behov. Det må videreutvikles slik at de er relevante for faktisk bruk.</li> <li>• Mapping mellom ulike kodeverk er krevende og kan medføre tap av informasjon. Primær- og sekundærbruk må baseres på felles og konsistente metadata, og primærdata må kunne gjenbrukes til sekundærformål.</li> <li>• Kodeverk brukes også i primærbruk og må håndteres som en integrert del av helsetjenestens informasjonsforvaltning.</li> <li>• Kontroll på metadata er en forutsetning for digital samhandling, styringsdata og bruk av kunstig intelligens.</li> <li>• Det er behov for rasjonalisering av metadata, systematisk håndtering av historikk og gyldighet, og dette må gjelde både EPJ-systemer og sekundærbruk.</li> <li>• Tydelig eierskap og standardisering er nødvendig for god datakvalitet. Eier av et kodeverk eier også metadataene. Dette arbeidet må kunne standardiseres.</li> <li>• Det er behov for bedre beskrivelse av metadata-landskapet og prioritering av hvilke områder som representerer de største utfordringene.</li> <li>• Statistikk er viktig for effektmåling og sammenligning, men dagens registrering oppleves som ekstraarbeid. Registrering må være integrert i løsningene.</li> <li>• Det må sikres at registrering og deling av data skjer på en trygg måte.</li> <li>• Det er et tydelig behov for harmonisering av variabler på tvers av sektoren for å sikre konsistens og gjenbruk.</li> <li>• Statistikk er ofte kontekstavhengig, noe som ikke må glemmes når dataene skal gjenbrukes.</li> <li>• Begrepharmonisering fremheves som en sentral forutsetning for videre utvikling.</li> <li>• EHDS vil innføre nye krav som må løses nasjonalt, og samtidig må nasjonale behov ivaretas. Disse to prosessene må koordineres.</li> <li>• Det er viktig å ta tak i utfordringene. Samtidig må vi se mulighetsrommet dette arbeidet gir oss.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> FHI tar med seg innspill og råd fra Fagrådet inn i det videre arbeidet med å etablere helhetlig forvaltning av metadata for sentrale kodeverk brukt i innrapporteringen til helseregistre.</p>

6/26	<b>Nasjonal e-helsestrategi – strategiske indikatorer og ambisjonsnivå 2030</b>
	<p>I henhold til revidert mandat, skal Fagrådet gi faglige råd ved justering av mål i Nasjonal e-helsestrategi.</p> <p>Siv Ingebrigtsen og Anette Hansen, Helsedirektoratet, presenterte for medlemmene i Fagrådet et utvalg strategiske indikatorer og forslag til ambisjonsnivå mot 2030 for enkelte av dem. Gjennom gruppearbeid skulle medlemmene komme med innspill og refleksjoner rundt hvorvidt man bør enes om tydelige ambisjonsnivå for de ulike indikatorene, forslag til ambisjonsnivå, og eventuelt andre innspill til arbeidet.</p> <p><b>Generelle tilbakemeldinger fra medlemmene:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere medlemmer uttrykte at de var positive til å sette ambisjonsnivå.</li> <li>• Det er viktig å tydeliggjøre hvorfor det er viktig med et ambisjonsnivå, og bak et ambisjonsnivå bør det følge konkrete tiltak.</li> <li>• Indikatorene som kun overvåker en utvikling trenger ikke nødvendigvis ambisjonsnivå, for eksempel "innbyggers digitale kontakt med helsetjenesten".</li> <li>• Flere medlemmer etterlyser at det prioriteres hvilke løsninger som er viktigst for kommunene å innføre.</li> <li>• I videre arbeid med indikatorene bør det være tydelig hvilket utvalg/målgruppe man måler.</li> <li>• Det kom innspill på at indikator-settet og mål 1 burde inkludere en indikator som omhandler frivillighet i samfunnet.</li> </ul> <p><b>Indikatorene vedr. tjenester på Helsenorge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere medlemmer uttrykte behov for ambisjonsnivå for DigiHelse og DigiHelsestasjon. Videre dialog bør gjøres med KS sin samstyringsstruktur.</li> </ul> <p><b>Indikatorer vedr. digital hjemmeoppfølging i kommuner og spesialist, samt velferdsteknologi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere medlemmer foreslo å dele opp indikatorene innenfor DHO i spesialisthelsetjenesten mellom PHV/TSB og somatikk.</li> <li>• Det kan generelt være vanskelig å sette måltall for indikatorene innenfor DHO i spesialisthelsetjenesten, da det eksempelvis kan være strukturelle hindringer som står i veien for implementering</li> <li>• For indikatorene som gjelder velferdsteknologi og DHO i kommune uttrykte flere medlemmer at et ambisjonsnivå på sikt bør ligge på 100% av kommunene.</li> </ul> <p><b>Indikatorer fra helsepersonell- og innbyggerundersøkelsene</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foreslåtte nivåer er ønskelig og fornuftig på lengre sikt, men for ambisiøst å nå dem innen 2030.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> Fagrådet drøftet det foreslåtte indikatorsettet og ambisjonsnivå. Helsedirektoratet tar med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>

<b>Sak</b>	<b>Torsdag 22. januar 2026</b>
<b>7/26</b>	<b>Temadag – Fastlege dagen</b>
	<p>Legeforeningen ønsket med temadagen å gi Fagrådet en innsikt i hva viktige prinsipper innen allmennmedisinen er, hvordan fastlegene jobber, hvordan fastlegeordningen er organisert og hvorfor, hvordan fastleger opplever sin digitale hverdag og hvilke muligheter og behov de ser for å utløse ytterligere potensial i den digitale samhandlingen. Målet var å gi en bedre forståelse blant andre aktører i helsetjenesten om fastlegetjenestens behov.</p> <p>Det vises til presentasjonene som ligger på Fagrådet sine sider på <a href="https://helsedirektoratet.no">Helsedirektoratet.no</a> for mer informasjon om det som ble presentert i møtet.</p>

	<p><b>Temaer som ble presentert i møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En innføring i fastlegeordningen v/ Hans Christian Myklestul, Leder Allmennlegeforeningen (AF)</li> <li>• Norsk allmenntmedisin og den norske fastlegeordningen v/ Torgeir Hoff Skavøy, Leder Norsk forening for allmenntmedisin (NFA)</li> <li>• Orientering om e-helse i Legeforeningen og suksessfaktorer for digitalisering v/ Eirik Nikolai Arnesen, Seksjonssjef for Seksjon primærhelsetjenesten og e-helse, Legeforeningen</li> <li>• Hvilke arenaer har vi for faglig utvikling og koordinering v/ Ivar Halvorsen, Fastlege / kommuneoverlege / Samhandlingslege / innvalgt i helsefellesskapet</li> <li>• Fastlegen ser behov – hvordan realisere? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erfaringer og nærliggende behov rundt PDS prosjektene v/ Egil Johannesen, Fastlege</li> <li>○ Behov vs. eierskap v/ Bent A. Larsen, Fastlege</li> </ul> </li> <li>• Viktige samhandlingsbehov for alle parter? v/ Regin Hjertholm, Fastlege</li> <li>• Behov i 3. part sine systemer v/ Jan Robert Johannessen, Fastlege</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b>  NUFA drøftet problemstillingene, og ber relevante aktører ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
<b>8/26</b>	<b>Eventuelt</b>
	Det kom ingen saker til eventuelt.

Til Møte 2/26  
Dato 29.04.2026  
Saksnummer 10/26  
Innretning Drøfting

Sakseier Elin Høyvik Kindingstad  
Saksbehandler Jon Tysdahl

## **EHDS på legemiddelområdet i forhold til norsk e-reseptløsning**

### **Forslag til vedtak**

Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.

### **Hensikt med saken**

Hensikten med saken er å gi Fagrådet en overordnet status av anbefaling knyttet til e-resept som det stilles krav til i Helsedataforordningen. Vi ønsker dessuten 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.

### **Bakgrunn**

På oppdrag fra HOD 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. HOD har gitt føringer om at de nasjonale e-helseløsningene Kjernejournal, e-resept og Helsenorge skal legges til grunn for arbeid knyttet til primærbruk og innbyggers rettigheter. Foreløpige anbefalte tiltak for Norge er pragmatiske løsninger som realistisk kan oppfylle kravene innen mars 2029. Anbefalingene sikrer etterlevelse i tide, samtidig som de gir handlingsrom for videre utvikling mot bedre løsninger som kan tas mer gradvis etter 2029. Det er lagt vekt på å begrense merarbeid for helse- og omsorgsvirksomheter og deres leverandører. Det er fremdeles avklaringer som kan ha stor innflytelse på tiltak, da gjennomføringsrettsakter først er klare i 2027 og avklaringer pågår både i EU og på nasjonalt nivå.

Det pågår også vurderinger i Helsedirektoratet knyttet til digitale løsninger på legemiddelområdet, utover det som skjer i EHDS-arbeidet og dette søkes ivaretatt som et hele.

### **E-resept og utleveringsinformasjon**

Forordningen stiller krav til å dele prioriterte kategorier av helseopplysninger mars 2029, herunder E-resepter og Elektronisk legemiddelutlevering. Deling av e-resepter og utleveringsinformasjon på et felles europeisk format skal gjøre det mulig for innbyggere å få utlevert legemidler på apotek i et annet

EU/EØS-land enn eget hjemland basert på e-resept fra eget hjemland, uten bruk av papirresept. I tillegg får helsepersonell og innbygger digital tilgang til relevante og nødvendige opplysninger om slike resepter og utleveringene av legemidler.

Dagens e-resept i Norge er ikke kompatibel med EU-format for resept og utleveringsinformasjon. Det er derfor behov for tiltak for å oppfylle kravene i helsedataforordningen knyttet til å kunne utveksle opplysninger om resepter og utleveringsinformasjon på et felles format med andre EU/EØS-land. Den grensekryssende utvekslingen skal understøtte at:

- Norske innbyggere med en norsk e-resept kan hente ut legemiddel i et annet EU/EØS-land og utleveringsmelding sendes Norge.
- Innbygger fra EU/EØS-land med en resept fra eget hjemland kan hente ut legemiddel på apotek i Norge og utleveringsmelding sendes hjemlandet til innbygger.

Det foreligger dessuten betydelige behov for forbedringer og forenklinger i dagens nasjonale løsninger på legemiddelområdet, uavhengig av EHDS.

### **Anbefalt konsept**

Helsedirektoratet har identifisert to overordnede steg for utvikling av norsk e-resept for å imøtekomme kravene i helsedataforordningen, der det grunnleggende problemet er at norsk e-resept i dag ikke er kompatibel med det kommende EU-formatet.

### ***Steg 1 – minimal konverteringsløsning***

Steg 1 innebærer en minimal konverteringsløsning. Ved å la den nasjonale samhandlingen om e-resept, e-multidose og pasientens legemiddelliste forbli som i dag, er det mindre utvikling og risiko knyttet til fristen i mars 2029. Hovedelementene i steg 1 er disse:

- Norsk resept konverteres til EU-format ("e-prescription") kun hvis/når den skal ekspederes i annet EU/EØS-land. Utleveringsmelding fra det aktuelle EU/EØS-landet på EU-format ("e-dispensation") sendes tilbake til Norge, og konverteres til en norsk utleveringsmelding som lagres i Reseptformidleren.
- Resept fra EU/EØS-land konverteres ikke til en norsk e-resept, men er tilgjengelig for visning/lesing for ansatte på norske apotek i forbindelse med ekspedering. Ansatte på norske apotek genererer etter ekspedering en utleveringsmelding på EU-format (e-dispensation) som sendes tilbake til det aktuelle EU/EØS-landet.
- Om og eventuelt hvordan norske leger eller annet helsepersonell utover apoteksansatte skal kunne lese en resept fra EU/EØS er ifølge Norsk helsenett foreløpig ikke en del av arbeidet i MyHealth@EU.

### ***Steg 2 – omskrivning av norsk e-resept i nasjonal samhandling til EU-format sammen med andre forbedringer for å dekke nasjonale behov***

Steg 2 innebærer å skrive om norsk samhandling rundt e-resept til EU-format, innføre dette i nasjonal samhandling, og samtidig innføre andre forbedringer for å dekke nasjonale behov. Helsedirektoratet vurderer at det ikke er realistisk å ha utviklet og innført dette steget hos alle berørte aktører i norsk e-resept i tide til mars 2029, men at dette kan innføres på lenger sikt etter denne fristen.

Helsedirektoratets vurdering er videre at det er usannsynlig at en omskrivning av norsk e-resept til EU-format isolert sett vil bidra til samfunnsøkonomisk nytte. For å dekke nasjonale behov knyttet til forbedringer i e-resept og bidra til samfunnsøkonomisk nytte, bør det derfor vurderes andre forbedringer i sammenheng med en eventuell omskrivning til EU format. Fra møter med berørte aktører i januar og mars 2026 er det tydelig at flertallet ser behovet for modernisering av legemiddelområdet, uavhengig av helsedataforordningen. De ser også betydelige potensielle gevinster ved dette, noe som bør vurderes nærmere som en del av et fremtidig moderniseringsløp på dette området. Videre arbeid med felles nasjonale legemiddelgrunndata må også ivaretas i sammenheng med det dette.

Som følge av at det ikke vurderes som realistisk å utvikle og innføre steg 2 i tide til mars 2029, har Helsedirektoratet lagt vekt på steg 1 i pågående arbeid i EHDS-oppgaven. Steg 1 gjøres kun for å oppfylle EU-krav og bør være midlertidig. Steg 2 har større kostnader, men langt høyere nytte, og må utredes nærmere. Det foreligger foreløpig ingen avklarte finansieringsplaner.

## Drøfting

Samlet sett legger Helsedirektoratet til grunn at det ikke vil oppstå vesentlige samfunnsøkonomiske nytteeffekter i steg 1 med konverteringsløsning for e-resept og utleveringsinformasjon. Helsedirektoratets foreløpige hypotese er videre at det vil være begrenset nytte av "kun" å skrive om e-resept til EU-format. Det er trolig andre tiltak for å forbedre den nasjonale samhandlingen, uavhengig av krav i helsedataforordningen, som kan medføre vesentlig samfunnsøkonomisk nytte. Disse bør vurderes nærmere som en del av en modernisering av norsk e-resept og legemiddelområdet. I dette ligger blant annet etablering og innføring av nye felles legemiddelgrunndata, forenklinger knyttet til forholdet mellom e-resept og PLL, forbedrede dialogmuligheter rundt resept/PLL og e-multidose mellom aktørene, opprydding i dobbel lagring og ulik tilgang mellom RF og KJ, både teknisk og juridisk og å øke omstillingsevnen i hele kjeden.

I det videre arbeidet er Helsedirektoratet opptatt av å legge til rette for at innføringen av helsedataforordningen, ikke bare oppfyller EU-krav, men også utløser en prosess der andre forbedringer i nasjonal samhandling blir realisert. Ved å kombinere to endringer i en samlet prosess vil både den samlede kostnaden bli lavere og et større gevinstpotensiale utløses. Helsedirektoratet har derfor tatt initiativ til å starte et arbeid med å skissere et mål bilde for 2035 for nasjonale digitale løsninger på legemiddelområdet. Målbildet skal omfatte både en innføring av EU-formater i nasjonal samhandling og forbedringer som gir nasjonal nytte. Helsedirektoratet vil i samarbeid med DMP, KS, DnLF og NAF jobbe med å lage en samlet beskrivelse av hvordan løsningene kan fungere for å oppnå viktige gevinster. Arbeidet vil i første omgang gå frem mot sommeren og resultatene vil deretter vurderes i forhold til videre arbeid med forbedring, vurdering, forankring og beslutning.

Vi ønsker 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 forbedringer i e-reseptkjeden og at en slik omskriving bør skje så snart som mulig etter 2029. En tydelig støtte på dette punktet anses betydningsfull.

Hvordan fagrådet best kan involveres i nevnte mål bilde arbeid og eventuell drøfting i senere fagråd er også et tema. Dersom noen fra fagrådet ønsker å delta mer direkte i arbeidsgruppen for mål bilde nevnt over, er dette mulig. Ta gjerne kontakt.

## Videre saksprosess

- *Innspillet til Mål bilde kan være aktuelt å drøfte i fagrådet til høsten.*

## Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Utvalg og dato	Tittel på sak	Vedtak
26/25	Nasjonalt e-helseråd 16.10.2025	Konsekvenser av Helsedataforordningen	Nasjonalt e-helseråd drøftet saken. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.
26/25	Fagutvalget (NUFA)	Konsekvenser av Helsedataforordningen	NUFA drøftet saken. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet tar med seg innspill fra

			møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.
--	--	--	---

Til Møte 2/26  
Dato 29.04.2026  
Saksnummer 11/26  
Innretning Orientering

Sakseier Siv Ingebrigtsen  
Saksbehandler Jon Torgeir Lunke

## Pasientoppsummering – Konsept og kildebruk anno 2029

### Forslag til vedtak

Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.

### Hensikt med saken

Hensikten med saken er å gi Fagrådet en overordnet status av anbefaling knyttet til pasientoppsummering som det stilles krav til i Helsedataforordningen.

### Bakgrunn

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. Departementet har gitt føringer om at de nasjonale e-helseløsningene Kjernejournal, e-resept og Helsenorge skal legges til grunn for arbeid knyttet til primærbruk og innbyggers rettigheter. Anbefalte tiltak er pragmatiske løsninger som realistisk kan oppfylle kravene innen mars 2029. Anbefalingene sikrer etterlevelse i tide, samtidig som de gir handlingsrom for videre utvikling mot bedre løsninger som kan tas mer gradvis etter 2029. Det er fremdeles avklaringer som kan ha stor innflytelse på tiltak, da gjennomføringsrettsaker først er klare i 2027 og avklaringer pågår både i EU og på nasjonalt nivå.

### Pasientoppsummering

Forordningen stiller blant annet krav til å dele prioriterte kategorier av helseopplysninger mars 2029, herunder pasientoppsummeringer. Pasientoppsummering er en tjeneste som skal gi helsepersonell og innbygger rask tilgang til essensielle, strukturerte og forståelige helseopplysninger. Formålet er å bidra til trygg og effektiv helsehjelp, særlig i situasjoner der informasjon mangler, er spredt mellom virksomheter eller land, eller er omfattende og vanskelig å sette seg inn i. Dette gjelder for eksempel i tilfeller der helsepersonell ikke kjenner pasienten fra før, når det er behov for rask oversikt over en kompleks sykehistorie, når kritiske opplysninger må fremskaffes, eller når store mengder informasjon må sammenstilles og forstås.

En pasientoppsummering i Norge vil inneholde opplysninger om innbyggere som har mottatt behandling i Norge. Tjenesten er tenkt brukt av norsk helsepersonell ved behandling av norske innbyggere og

innbyggere fra EU/EØS-land i Norge. Der norske innbyggere får helsehjelp i EU/EØS-land skal pasientoppsummeringen fra Norge gjøres tilgjengelig for helsepersonell med tjenstlig behov i EU/EØS-land. EU/EØS-innbyggere og EU/EØS-helsepersonell skal kunne få tilgang til norsk pasientoppsummering for EU/EØS-innbyggere som har fått helsehjelp i Norge. I situasjoner der EU/EØS-innbyggere skal få helsehjelp i Norge, skal også EU/EØS pasientoppsummering tilgjengeliggjøres for norsk helsepersonell med tjenstlig behov.

I henhold til helsedataforordningen består pasientoppsummeringen av inntil 18 seksjoner med oppsummerte helseopplysninger, fordelt på obligatoriske og valgfrie deler. Basert på foreløpige spesifikasjoner fra EU, antas det at følgende seks seksjoner blir obligatoriske fra mars 2029:

- Implantater og medisinsk utstyr
- Kritisk informasjon
- Allergier og intoleranser
- Legemiddeloppsummering
- Diagnoser
- Inngrep og prosedyrer

### **Overordnet konsept for pasientoppsummering**

Helsedirektoratet har vurdert ulike innretninger av en norsk pasientoppsummeringstjeneste. Dette inkluderer hvorvidt pasientoppsummering i Norge skal være en lokal eller regional oppsummering om en innbygger fra hver enkelt helsevirksomhet eller en helseregion, eller om det skal være én nasjonal oppsummering per pasient. Gitt føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet, og en juridisk vurdering om at Norge kan velge å benytte sentrale, nasjonale tjenester som kilder til opplysninger for å oppfylle krav i helsedataforordningen (f.eks. kjernejournal og e-reseptkjeden), er det også nærliggende å vurdere en nasjonal tjeneste for pasientoppsummering med gjenbruk av eksisterende nasjonale tjenester, fremfor lokale eller regionale løsninger.

Helsedirektoratet anbefaler derfor én felles nasjonal pasientoppsummering per pasient. Denne skal bestå av helseopplysninger fra flere kilder, som oppdateres automatisk med relevante helseopplysninger. Dette gjør løsningen skalerbar, fordi nye opplysninger kan legges til uten å legge betydelig merarbeid på helsepersonell, og kan gi et helhetlig bilde over helsesektorens helseopplysninger i de obligatoriske seksjonene i pasientoppsummeringen. Videre kan kildene, datainnsamling og oppsummering tilpasses behov og naturlig ansvar pr. seksjon, og oppdateres løpende.

Vurderingen er at denne tilnærmingen vil gi klinisk nytte for helsepersonell og være enkel å forholde seg til for innbygger. Vår vurdering er at denne innretningen i sum belaster aktørene minst. Samtidig er det trolig den mest realistiske innretningen med hensyn til å oppfylle kravene som inntreffer i mars 2029. Lokale eller regionale løsninger, med omfattende endringer i pasientjournalssystemer, og system til system-kommunikasjon, anses som for ressurskrevende og komplekse gitt tidsfristen kravene inntreffer på.

På bakgrunn av dette har Helsedirektoratet definert et overordnet konsept for pasientoppsummering i Norge på følgende måte:

- Pasientoppsummering er en tjeneste som etableres som én felles, nasjonal oppsummering per pasient.
- Pasientoppsummeringen bygges opp ved å sammenstille helseopplysninger fra flere eksisterende kilder, inkludert Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), se egen omtale under.

- Tjenesten for pasientoppsummering inngår som en del av kjernejournal og baseres på gjenbruk av eksisterende nasjonale e-helseløsninger som kjernejournal, e-resept og Helsenorger.
- Pasientoppsummeringen realiseres som en nasjonal informasjonstjeneste. Når helseopplysninger oppdateres i kildene, oppdateres pasientoppsummeringen fortløpende, og pasientoppsummeringen versjoneres. Dette sikrer høy tilgjengelighet, god ytelse og robusthet, også ved bortfall av enkeltkilder, samtidig som det gir sporbarhet og dokumentasjon av beslutningsgrunnlag over tid.

Konseptet for pasientoppsummering forutsetter nødvendige regelverksendringer, og har avhengigheter til at relevante aktører benytter sentrale kilder. Helsedirektoratet vurderer videre at en stegvis tilnærming til mer direkte innrapportering fra pasientjournalssystemer til de ulike seksjonene og tjenestene som omfattes av pasientoppsummering bør vurderes som en mulig fremtidig retning på lenger sikt, men dette er ikke vurdert nærmere på nåværende tidspunkt.

### **Kilder for diagnoser, inngrep og prosedyrer – NPR og KPR**

De fire ovennevnte seksjonene av helseopplysninger i pasientoppsummeringen, kan i hovedsak dekkes gjennom eksisterende nasjonale kilder i kjernejournal og e-reseptkjeden. Helsedirektoratet foreslår derfor at pasientoppsummering bygger på gjenbruk av helseopplysninger fra disse kildene. De eksisterende kildene må imidlertid tilpasses i struktur og informasjonsinnhold for å passe felles europeiske spesifikasjoner.

For seksjonene diagnoser, inngrep og prosedyrer mangler det ferdige kilder til bruk i pasientoppsummeringen. Helsedirektoratet foreslår derfor at det etableres informasjonstjenester for diagnoser og prosedyrer. Det bør i disse tjenestene også legges til rette for at helsepersonell kan markere hvilke opplysninger som er mest klinisk relevante.

For å berike tjenestene med de nødvendige helseopplysningene er det vurdert om hvert enkelt pasientjournalssystem rapporterer inn, eller om de kan berikes med opplysninger fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Gitt føringene for Helsedirektoratets oppdrag, og av hensyn til fristen mars 2029, vurderer Helsedirektoratet at det er mest hensiktsmessig med gjenbruk av kilder som NPR, KPR og KHUR som aktuelle kilder. Ved bruk av disse kildene vil pasienter i Norge kunne få en overordnet pasientoppsummering med historiske diagnoser og prosedyrer allerede fra mars 2029.

Helsedirektoratet har i første tertial 2026 sammen med FHI en pågående vurdering om egnethet for bruk av NPR og KPR som sentral kilde til pasientoppsummering. Ett premiss er at det må gjøres et juridisk arbeid med å tilpasse forskriftens formål som muliggjør bruk av dataene til primærfomål. Frem mot 2028 vil også FHI på bakgrunn av oppdrag fra departementet legge til rettet for en modernisering av registrene med sikte på daglig oppdatering.

Gitt dagens mangfoldige bruk av kildene til styring, forskning, nasjonale kvalitetsindikatorer, pasientforløp og annet kvalitetsforbedring, mener Helsedirektoratet og FHI at det er forsvarlig å bruke av kildene i en fremtidig pasientoppsummering. Særlig innehar NPR en kvalitet som ligger på et høyt europeisk nivå. Hdir og FHI vil i det videre arbeide med KPR og KUHR som datakilder og gjøre tilsvarende egnethetsvurdering frem mot sommeren. Helsedirektoratet erkjenner at en endring i forskriftenes formål i retning primærbruk, innebærer mulige andre krav til avsendere av data (f.eks. forsterke dagens kodepraksis), FHI som registerforvalter (f.eks. kvalitetsarbeid med daglig innrapportering) og til brukere av dataene til de ulike formålene.

## Videre saksprosess

Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.

## Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Utvalg og dato	Tittel på sak	Vedtak
26/25	Nasjonalt e-helseråd 16.10.2025	Konsekvenser av Helsedataforordningen	Nasjonalt e-helseråd drøftet saken. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.
26/25	Fagutvalget (NUFA)	Konsekvenser av Helsedataforordningen	NUFA drøftet saken. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.

Til 2/26  
Dato 29.04.2026  
Saksnummer 12/26  
Innretning Drøfting

Sakseier Norunn Saure  
Saksbehandler Inger Dybdahl Sørby, Gry Seland og Per Ludvig Skjerven

## Brukskvalitet i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier

### Forslag til vedtak

Fagrådet drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med brukskvalitet i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.

### Hensikt med saken

Hensikten med saken er å få innspill til arbeid med brukskvalitet i tilknytning til veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.

### Bakgrunn for arbeidet med brukskvalitet i Veilednings- og godkjenningsordningen

Helsedirektoratet etablerte 1. oktober 2025 første versjon av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier, med utgangspunkt i eksisterende tjenester hos NHN, FHI, KS og Helsedirektoratet. Leverandørmarkedet er involvert i aktørnettverket for ordningen med representasjon utpekt av TEK Norge og Norway Health Tech.

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).

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. Frist: 1.10.2026 med henblikk på å kunne gjennomføre første måling i 2027.*

Det har kommet flere innspill om at arbeid med brukskvalitet er et relevant område i det videre arbeidet med Veilednings- og godkjenningsordningen (VGH), blant annet fra Prioriteringsrådet. Aktørnettverket i VGH har gitt innspill om at ordningen kan utvides med veiledning om metoder for å måle brukervennlighet. Det er også kommet innspill om at det er behov for tydelige føringer, standarder og veiledning knyttet til for eksempel hvordan man kan stille krav og måle brukskvalitet i forbindelse med anskaffelsesprosesser.

## Om brukervennlighet og brukskvalitet

Brukskvalitet er fagbegrepet for brukervennlighet, og er definert som *anvendbarhet, effektivitet og brukertilfredshet for bestemte brukere til å oppnå bestemte mål i bestemte omgivelser* (ISO 9241:2021). Måling av brukskvalitet handler om hvor lett et IT-system er å bruke for dem det er laget for. Måling av brukskvalitet gjøres for å sikre at systemet faktisk fungerer i praksis – ikke bare på papiret. Dette er i tråd med en sentral ambisjon i Nasjonal e-helsestrategi om at "Helsepersonell skal ha tilgang til brukervennlige digitale arbeidsverktøy som spiller godt sammen, gir god beslutningsstøtte og støtter deres arbeidsprosesser. Dette vil bidra til styrket pasientsikkerhet, reduksjon i uønsket variasjon og en mer attraktiv arbeidssituasjon for helsepersonell".

Dette temaet har blitt aktualisert de senere årene gjennom blant annet Legeforeningens arbeid med [målinger av brukskvalitet i EPJ-systemer](#), Helsetilsynets risikoanalyse fra 2021 ([Hvor har feil og mangler ved bruk v IKT-systemer størst konsekvenser for pasientsikkerheten? En risikoanalyse](#)), Riksrevisjonens [undersøkelse av Helseplattformen i Midt Norge](#), samt vurderinger av brukskvalitet i noen kommuner og regioner i forbindelse med anskaffelser av nye EPJ-systemer.

Det har lenge vært kjent at dårlig brukskvalitet i systemene påvirker pasientsikkerhet, tidsbruk og arbeidsprosesser mv. for helsepersonell. Det foreligger også [nyere norsk forskning](#) som indikerer at helsepersonell som oppgir lavest skåre i forhold til opplevd brukervennlighet i EPJ-systemer hadde høyere sannsynlighet for å rapportere utbrenthet, søvnløshet og intensjon om å slutte i jobben.

Helsepersonellundersøkelsen inkluderer også [spørsmål relatert til brukskvalitet](#) i den årlige undersøkelsen av helsepersonells bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester.

## Kartlegging av behov for måling av brukskvalitet og veiledning

Det gjennomføres våren 2026 en kartlegging for å forstå dagens situasjon og hvilke behov ulike aktører har knyttet til brukskvalitet, samt en vurdering av hvilke tiltak som kan være relevante.

Dette inkluderer blant annet:

- kartlegge pågående og tidligere arbeid og erfaringer fra Norge og andre land
- vurdere og kartlegge hvilke metoder som er egnet for måling av brukskvalitet i ulike faser
- vurdere hvilke standarder innen brukskvalitet som ev. er relevante inn i veilednings- og godkjenningsordningen

Det er gjennomført og planlagt en rekke møter med ulike interessenter og fagmiljø innen akademia/forskning (NTNU, NSE), kommunal sektor (KS, Digitaliseringsetaten i Oslo kommune), de regionale helseforetakene, Legeforeningen m.fl., for å sikre en bred forståelse av status og pågående arbeid på området. Så langt i prosessen har vi blant annet fått kjennskap til arbeider gjennomført i Rogaland, Værnesregionen, på St. Olavs hospital og i regi av KS.

Vi har også fått kjennskap til hvordan metoder som bl.a. NuHISS og SUS benyttes i sektoren.

## Spørsmål til Fagrådet:

- Hvilke behov ser dere knyttet til brukskvalitet og til indikatorer og målinger av dette?
- Er det andre pågående prosesser eller miljøer knyttet til arbeid og måling av brukskvalitet vi bør inkludere i behovskartleggingen?
- Hvilken rolle ser Fagrådets medlemmer for seg at Helsedirektoratet kan ha i dette arbeidet?

### Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

<b>Saksnummer</b>	<b>Utvalg og dato</b>	<b>Tittel på sak</b>	<b>Vedtak</b>
3/26	Fagrådet 21.01.2026	Videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologi	Fagrådet drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.
13/25	Nasjonalt e- helseråd 12.06.2025	Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier	Nasjonalt e-helseråd drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra inn i det videre arbeidet med etablering av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.
17/25	NUIT 15.05.2025	Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier	NUIT drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med etablering av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier.
7/25	NUFA 23.01.2025	Temadag – Etablering av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi	NUFA drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med etablering av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi.

Til Møte 2/26  
Dato 29.04.2026  
Saksnummer 13/26  
Innretning Drøfting

Sakseier Norunn Saure  
Saksbehandler Peter Giovanni Hellevang og Per Ludvig Skjerven

## Kvalitetsrammeverk for helse- og selvhjelpsverktøy i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier

### Forslag til 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.

### Hensikt med saken

Hensikten med saken er få innspill til videre arbeid med kvalitetsrammeverk for helse- og selvhjelpsverktøy i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.

### Bakgrunn for arbeidet med rammeverk for kvalitetsvurdering av helse- og selvhjelpsverktøy

Helsedirektoratet etablerte 1.oktober 2025 første versjon av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier, med utgangspunkt i eksisterende tjenester hos NHN, FHI, KS og Helsedirektoratet. Leverandørmarkedet er involvert i aktørnettverket for ordningen med representanter utpekt av TEK Norge og Norway Health Tech.

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 arbeidsspor, herunder kvalitetsrammeverk for helse og selvhjelpsverktøy.

Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett gjennomførte i 2020-2022 et prosjekt Tryggere helseapper som tok utgangspunkt i kvalitetssikringsrammeverk satt i standarder ISO/TS 82304-2:2021 og pågående arbeid i EU (Lable2Enable1). Arbeidet resulterte i at ISO-standarden inngikk i Helsedirektoratets referanse katalog som anbefalt standard for kvalitetssikring av helse- og selvhjelpsverktøy. Prosjektet ble imidlertid ikke videreført for å etablere nødvendig forvaltning og oppfølging av denne anbefalingen. Det mangler i dag tydelige prosedyrer om hvor og hvordan leverandører skal registrere at de hadde gjennomført en selvdeklarerings i henhold til standarden, og

hvordan dette synliggjøres for mulige brukere av verktøyene. Det er viktig å etablere en verdikjede som trykker helsepersonell og innbyggere på at utvalgte verktøy innehar ønskelig kvalitet. Det er en utfordring at det i dag anbefales en rekke selvhjelpsverktøy bl.a. i verktøykatalogen på helsenorge.no som ikke er underlagt et forvaltningsregime som følger opp kvalitet f.eks. ved oppgraderinger.

Prioriteringsmeldingen [Meld. St. 21 \(2024–2025\)](#) sier om Helseteknologiordningen at den "skal på sikt også inkludere helseapplikasjoner som innbyggerne kan bruke for rehabilitering og økt mestring og selv hjelp." Aktørnettverket har foreslått at helseapper med mulig godkjenningssprosesser er et aktuelt område for videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen, og at ansvaret for godkjenninger av denne typen verktøy bør legges nasjonalt. Norsk helsenett ga i Porteføljerådet i mai 2025 uttrykk for at det er ønskelig at veilednings- og godkjenningsordningen skal involvere innbyggertjenester rundt selvmestring og selvhjelp. I Helsedirektoratets tildelingsbrev for 2026 (TB2026-17 Digital førstelinje, pkt. 2) står det at Helsedirektoratet skal legge til rette for økt bruk av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy, herunder *vurdere spørsmål knyttet til finansiering, kvalitetssikring, prioritering, ansvar, implementering og effektevaluering for digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy.*

Med dette som utgangspunkt er det besluttet at å etablere et rammeverk for kvalitetsvurdering av helse- og selvhjelpsverktøy er et innsatsområde fra 2026.

### **Problemstillinger, omfang og avgrensning av arbeidet**

Arbeidsgruppen arbeider med å få avklart en rekke problemstillinger som f.eks.

- Hvor omfattende skal rammeverket være?
- Hvordan håndheve kvalitetsvurderingene?
- Hvordan håndtere helheten av krav som stilles til en app/verktøy
- I hvor stor grad skal vi vektlegge for å tilrettelegge rammeverket for et Nordisk/Europeisk marked?
- Hvilken rolle bør Helsedirektoratet og andre aktører ta i en slik forvaltning?

### **Videre saksprosess**

I første fase av gjennomføringen (våren 2026) vil vi kartlegge eksisterende ordninger og initiativ i andre land, og med basis i dette foreslå mulige modeller for Norge. I forlengelsen av kartleggingen vil arbeidsgruppen gjøre en grov vurdering og anbefaling. Som konsekvens av beslutning vil det i fase 2, etter sommerferien, arbeides med detaljering av implementering og forvaltningsmodeller.

### **Spørsmål vi ønsker innspill på:**

- Er et rammeverk som presentert nyttig?
- Hvilke problemstillinger bør vurderes?
- Er det etablerte rutiner i virksomhetene vi kan se til?
- Hvem bør involveres i det videre arbeidet?

### **Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen**

Saksnummer	Utvalg og dato	Tittel på sak	Vedtak
3/26	Fagrådet 21.01.2026	Videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologi	Fagrådet drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.
7/25	NUFA 23.01.2025	Temadag – Etablering av veilednings- og	NUFA drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet

		godkjenningsordning for helseteknologi	med etablering av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi.
17/25	NUIT 15.05.2025	Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier	NUIT drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med etablering av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier.
13/25	Nasjonalt e-helseråd 12.06.2025	Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier	Nasjonalt e-helseråd drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra inn i det videre arbeidet med etablering av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.

Til Møte 2/26  
Dato 29.04.2026  
Saksnummer 14/26  
Innretning Anbefaling

Sakseier Rune Røren  
Saksbehandler Anne Kristin Einarsrud

## Strategisk retning kjernejournal

### Forslag til vedtak

Fagrådet har gitt sine innspill og anbefaling knyttet til behovet for kjernejournal portal, som Helsedirektoratet tar med inn i sin beslutning.

### Hensikt med saken

Vi ønsker med denne saken å drøfte og få en anbefaling knyttet til det videre behovet for kjernejournal portal. Helsedirektoratet har utarbeidet en vurdering, og ønsker å få innspill på om det er andre faktorer som bør tas inn i vurderingen, samt få sektorens anbefaling knyttet til behovet.

### Bakgrunn

Kjernejournal sammenstiller vesentlige helseopplysninger om innbygger/pasient og gjør opplysningene tilgjengelige for helsepersonell som trenger dem for å yte forsvarlig helsehjelp.

Helse- og omsorgsdepartement har tydeliggjort at kjernejournal som hovedregel skal benyttes som juridisk ramme for sammenstilling og deling av helseopplysninger mellom helsepersonell på tvers av virksomheter. Antall brukergrupper som har tilgang til kjernejournal har økt betraktelig de siste årene. Informasjonsinnholdet har også økt, og forventes også å øke fremover, blant annet som følge av den europeiske helsedataforordningen. Digital helsekort for gravide vil trolig bli inkluderes som nytt innhold i kjernejournalen fra 2027.

Helsepersonell med tjenstlig behov kan få tilgang til innholdet i kjernejournal på to ulike måter:

1. Kjernejournal portal – et ferdig brukergrensesnitt utviklet av Norsk helsenett
2. Kjernejournal API – kjernejournal er direkte integrert i pasientjournalen (EPJ) eller annet fagsystem via et API. Leverandøren utvikler brukergrensesnittet

Norsk helsenett har signalisert til flere i sektoren at de planlegger å legge ned portalen. Så langt er det informert om at tjenesten for *personverninnstillinger* i kjernejournal portal er planlagt avvirket tidlig i 2026. Denne tjenesten gir helsepersonell mulighet til å sperre eller skjerm helseopplysninger i kjernejournal.

Flere i sektoren har reagert på dette, da det foreløpig heller ikke finnes et API for denne funksjonaliteten. Digitalt helsekort for gravide er foreløpig etablert kun med API, ikke i portal.

Noen av våre vurderinger:

- Kjernejournal portal gir raskere utbredelse og oppdatering av funksjonalitet for innholdet i kjernejournal, da de ikke har de samme avhengigheter til EPJ-leverandørenes planer og prioriteringer som API.
- Kjernejournal portal kan hjelpe virksomheter som har leverandører med begrenset utviklingskapasitet og som ikke har integrert med API, til å benytte funksjonalitet i kjernejournal. Dette er særlig aktuelt for kommunene som er i prosess for anskaffelse av nye EPJ-systemer.
- Kjernejournal API kan bidra til å teste ut API-et for nye tjenester/innholdselementer før EPJ-leverandørene skal starte utviklingen
- Kjernejournal API kan gi mer helhetlige og effektive arbeidsprosesser og unngå dobbeltarbeid for helsepersonellet. Dette er særlig viktig for funksjonalitet som benyttes hyppig.
- Kjernejournal API kan øke bruken, noe vi så da Helse Vest gikk over fra portal til API for Pasientens kritiske informasjon.
- Kjernejournal API kan gjøre det mer utfordrende å sikre etterlevelse av regelverket, da det forutsetter at leverandør og helsevirksomhet har inngående kunnskap om hvordan regelverket skal etterleves, når de utvikler.
- Kjernejournal API griper i mindre grad inn i markedet for journalleverandører og kan stimulere markedet til å utvikle innovative løsninger de kan konkurrere om.
- Norsk helsenett har merarbeid og merkostnader knyttet til drift og forvaltning av kjernejournal portal i tillegg til API, en kostnad som de regionale helseforetakene og kommunene betaler for. Samtidig kan det være samfunnsmessig lønnsomt å etablere

En overgang til kun å tilby funksjonalitet via API reiser prinsipielle spørsmål om hvorvidt virksomhetene som har "plikt til bruk" av kjernejournalen kan pålegges å anskaffe nødvendig funksjonalitet og integrasjoner via API i sine EPJ-systemer. Mange virksomheter som er omfattet av plikten, benytter i dag portalen.

Basert på denne vurderingen anbefaler Helsedirektoratet at kjernejournal portal opprettholdes, i tillegg til API. Vi vektlegger at innbyggernes rettigheter ivaretas, at vi får en rask utbredelse av nye tjenester, samt at virksomhetene har mulighet til å velge mellom skreddersydd funksjonalitet i eget EPJ-system eller minimumsløsning levert av staten.

Kjernejournal portal bør tilby grunnleggende funksjoner for å understøtte pasientsikkerhet, effektivitet og personvern/rettigheter, og dekke det mest nødvendige, men unngå å konkurrere med mer avansert funksjonalitet utviklet i EPJ-systemene.

Der det er behov for hyppige oppslag og endringer bør det oppfordres til at API benyttes.

Se vedlagte notat, for mer utfyllende informasjon.

### **Videre saksprosess**

Helsedirektoratet vil ta med seg Fagrådets innspill og anbefaling, før endelig beslutning fattes.

### **Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen**

Saken har ikke vært til behandling i rådsmodellen tidligere.

[Vedlegg 6A Vurdering kjernejournal portal](#)

Til Møte 2/26  
Dato 29.04.2026  
Saksnummer 15/26  
Innretning Drøfting

Sakseier Interregionalt arkitekturutvalg (IRAU)  
Saksbehandler Terje Bremnes, leder arkitektur og datastyring, Helse Vest IKT  
Hanne Schanche Önen, virksomhetsarkitekt, Helse Midt-Norge RHF

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

### Forslag til vedtak

1. Fagrådet drøftet saken og anerkjenner behovet for at nasjonal samhandlingsstruktur 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.

### Hensikt med saken

Formålet med saken er å løfte en diskusjon og bidra til en felles modningsreise om hvordan digital samhandling i helse- og omsorgssektoren bør utvikles videre.

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.

Pasientens rettigheter og forventninger endres; pasienten forventer i dag én sammenhengende tjeneste, uavhengig av om de befinner seg i spesialisthelsetjenesten eller kommunen. Dagens fragmenterte tjeneste tvinger pasienten til å være sitt eget "bindeledd", et ansvar som bør ivaretas av helsetjenesten, understøttet av den digitale arkitekturen.

Saken løfter derfor spørsmålet om hvorvidt dagens samhandlingsmodeller og arkitektur i tilstrekkelig grad understøtter behovet, og hvilke retninger sektoren eventuelt bør vurdere videre.

## Spørsmål til drøfting

- Er dagens arkitektur for nasjonal digital samhandling tilstrekkelig dersom målet er å støtte sammenhengende pasientforløp og koordinert oppgaveløsning på tvers av virksomheter?
- Dersom det er behov for nye samhandlingsmønstre eller kapabiliteter, hvordan bør disse utvikles for å sikre felles retning og unngå ikke-sammenhengende løsninger?
- Hvordan balansere behovet for nasjonal standardisering med behovet for lokal innovasjon og klinisk tilpasning?

## Bakgrunn

Digital samhandling er et sentralt satsingsområde i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten i Norge, og er forankret i nasjonal e-helsestrategi og i en rekke initiativer i den nasjonale e-helseporteføljen.

Gjennom dette arbeidet, der nasjonale myndigheter, Norsk Helsennett og aktørene i sektoren samarbeider om utvikling av nasjonale løsninger og rammeverk, er det etablert et betydelig fundament for digital samhandling – særlig knyttet til deling og tilgjengeliggjøring av helseopplysninger gjennom nasjonale samhandlingstjenester.

Samtidig blir pasientforløpene mer komplekse, og flere aktører må samarbeide tettere om oppfølging av samme pasient. Samhandling handler derfor i økende grad ikke bare om tilgang til informasjon, men også om hvordan aktører samarbeider om oppgaver og arbeidsprosesser i pasientforløp på tvers av virksomheter og nivåer i tjenesten.

Flere utviklingsinitiativ i sektoren peker i denne retningen, og det utvikles løsninger både nasjonalt, regionalt og lokalt. Erfaringer fra f.eks. pågående arbeid med Pasientens planer illustrerer også at fremtidens samhandling i økende grad vil kreve løsninger som understøtter samhandling i prosess og koordinert oppgaveløsning, ikke bare deling av informasjon.

Dette reiser spørsmål om hvorvidt dagens samhandlingsarkitektur i tilstrekkelig grad understøtter denne utviklingen, og om det er behov for en mer felles forståelse av arkitektur og kapabiliteter for neste generasjon digital samhandling.

## Videre saksprosess

Ikke planlagt videre saksgang i rådsmodell enda.

Innspill fra Fagrådet vil kunne inngå i videre arbeid med utvikling av samhandlingsarkitektur i sektoren.

## Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saken har ikke tidligere vært behandlet i rådsmodellen.

Til Møte 2/26  
Dato 30.04.2026  
Saksnummer 16/26  
Innretning Drøfting

Sakseier Rune Simensen, Helse Sør-Øst RHF  
Saksbehandler Einar Brevik og Jon Gupta

## Temadag – Sammenhengende og datadrevet pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene

### Forslag til 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.

### Hensikt med saken

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.

### Bakgrunn

Mange pasientforløp går i dag på tvers av virksomheter, nivåer og IT-systemer. Med nivå menes kommune, fastlege og spesialisthelsetjenesten. Det skaper utfordringer med informasjonsdeling, ansvar, koordinering og ressursbruk. Resultatet er at både pasienter og helsepersonell ofte opplever unødvendige brudd, venting og manglende sammenheng i forløpet.

Selv om det over tid er gjort mye bra arbeid innen samhandling og digitalisering, er det fortsatt stor avstand mellom ønsket om helhetlige pasientforløp og hvordan pasientforløp faktisk fungerer i praksis. Med samhandling mener vi felles ende-til-ende arbeidsflyt og delt ansvar for pasientbehandlingen. Temadagen tar derfor utgangspunkt i behovet for å gå fra enkeltstående tiltak til en mer helhetlig tilnærming. Gjennom dagen belyses dette gjennom:

- *faglige innlegg som viser hvorfor bedre bruk av data/helsesdata er nødvendig,*
- *eksempler fra helseforetak som viser hvor friksjon og brudd faktisk oppstår i pasientforløp,*
- *diskusjon av prinsipper for styring, ansvar, tilgang og beslutningsrett på tvers av nivåer,*
- *gruppearbeid der Fagrådet bidrar til å identifisere barrierer, nødvendige beslutninger og felles prinsipper.*

### **Del I: Tema for bolken:**

Før lunsj håper vi at innleggene gir deltakerne et felles bilde av dagens situasjon opplevd i en region. Målet er å vise hvorfor en omforent forståelse av "arkitektur" for sammenhengende og datadrevne pasientforløp er nødvendig, og hvor det typisk oppstår brudd mellom aktørene i helsetjenesten.

#### Felles forventning til alle innlegg før lunsj:

*Innleggene bør hjelpe deltakerne å svare på disse spørsmålene:*

1. *Hvilken del av utfordringsbildet blir belyst?*
2. *Hvor oppstår brudd, variasjon, venting eller svikt i samhandling og datagrunnlag?*
3. *Hvilke konsekvenser får dette for pasient, kliniker, drift og ledelse?*
4. *Hva i dagens organisering, arbeidsflyt eller teknologi bidrar til problemet?*
5. *Hvilke spørsmål bør tas med videre inn i diskusjonen om organisatoriske og teknologiske evner?*

#### En enkel anbefalt struktur per innlegg kan være:

*Eksempel case/problemstilling → hvordan dagens situasjon ser ut → hva må vi styre annerledes → hvilke konsekvenser får det → hva betyr det for helheten.*

### **Del II: Tema for bolken:**

Etter lunsj skal innleggene bygge videre på utfordringsbildet og vise eksempler på hva som må til for å forbedre pasientforløpene i praksis. Målet er å tydeliggjøre sammenhengen mellom et konkret problem, hvilke organisatoriske og teknologiske evner som må på plass, hvem som må ha ansvar, og hvordan vi kan vite om tiltakene virker.

#### Felles forventning til alle innlegg etter lunsj:

*Innleggene bør hjelpe deltakerne å svare på disse spørsmålene:*

1. *Hvilket konkret brudd, behov eller forbedringsrom i pasientforløpet er forsøkt løst?*
2. *Hvilke organisatoriske og teknologiske evner må være på plass for å tilrettelegge og skalere løsningene?*
3. *Hvilket nivå må eie eller samordne disse evnene – lokalt, regionalt, nasjonalt eller tverrgående?*
4. *Hvordan kan vi vite at tiltaket virker – hvilke effektmål eller drifts- eller evnemål er relevante?*

En enkel anbefalt struktur kan være:

Eksempel case/problemstilling → hva data viser → hva som må endres i arbeidsflyt og samhandling → hvilke kapabiliteter som kreves → hvem bør eie endringen → hvordan effekt måles.

Den røde tråden gjennom dagen er å koble konkrete erfaringer fra pasientforløp med spørsmål om styring, organisering og teknologi, slik at Fagrådet får en felles forståelse som kan ha en positiv effekt for en nasjonal utvikling som løser utfordringsvirkeligheten.

Agendaoversikt for temadagen

- Innledning og rammesetting: Sammenhengende og datadrevet pasientforløp på tvers av nivåene i helsetjenesten.
  - Innlegg 0 – Bedre tilgang til helsedata (RHF). Formål med innlegget: Å sette rammen for dagen og forklare hvorfor bedre bruk av helsedata er nødvendig for å forstå, styre og forbedre pasientforløp på tvers av nivåene.
- Faglige innlegg: Bedre bruk av helsedata, erfaringer med sammenhengende pasientforløp i praksis og behov for styring på tvers.
  - Innlegg 1 – Eldre Agder: sammenhengende forløp i praksis (Fysisk SSHF). Formål med innlegget: Å vise et konkret eksempel på hvordan et pasientforløp oppleves når flere tjenester og nivåer må samarbeide.
  - Innlegg 2 – Data er ikke nok! (Fysisk SSHF). Formål med innlegget: Å vise at data alene ikke skaper bedre pasientforløp. Data må brukes i sammenheng med utviklingen av digital støtte til arbeidsflyt, ansvar og oppgaver, beslutninger og forbedringsarbeid.
  - Innlegg 3 – Prinsipper for tilgang, beslutningsrett og styring på tvers av nivåer (Fysisk NSE). Formål med innlegget: Å løfte fram hvilke prinsipper som må avklares når pasientforløp skal være sammenhengende og datadrevne på tvers av nivåene.
  - Innlegg 4 – Integrerte helsetjenester: fra samhandling til felles arbeidsflyt (Fysisk AHUS). Formål med innlegget: Å vise forskjellen mellom tradisjonell samhandling og reelt integrert arbeidsflyt på tvers av nivåer og aktører.
  - Innlegg 5 – Pasienten faller mellom to stoler i pasientforløpet (Teams VVHF). Formål med innlegget: Å vise et konkret eksempel på hvordan pasientforløp svikter når brukeropplevelse, standardisering, datagrunnlag, arbeidsflyt og ansvar ikke henger godt nok sammen.

**AQ: Med forbehold om endringer i programmet**

- Gruppearbeid før lunsj: Hvor bryter pasientforløpene mellom nivåene, hvilke barrierer er mest kritiske, og hvilke beslutninger må tas i styringslinjene?
- Demonstrasjoner etter lunsj: Hvordan datadrevet innsikt, prediksjon og bedre ressursstyring kan støtte mer helhetlige pasientforløp.

- Sykehuspartner: «Endring for fart og flyt» (Teams SPHF). Formål med innlegget: Å belyse hva som må til for å få nok gjennomføringsevne og endringstakt når målet er mer sammenhengende og datadrevne pasientforløp.
- Bedre innsikt med prediksjon og overvåking av pasientforløp (Fysisk SSHF). Formål med innlegget: Å vise hvordan analyse, overvåking og prediksjon kan brukes til å oppdage variasjon, flaskehals og forbedringsmuligheter.
- Rett ressurs til rett sted til rett tid i pasientforløp (Fysisk SPHF). Formål med innlegget: Å vise hvordan organisatoriske og teknologiske kapabiliteter kan bidra til bedre koordinering, prioritering og ressursutnyttelse.
- Gruppearbeid etter lunsj: 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.