

Møte i Fagrådet

27. august 2026

Radisson Blu Nydalen, Oslo



Endringer i representasjon i Fagrådet

Vi ønsker nytt medlem velkommen i Fagrådet:

- Soudabeh Khodambashi, Trondheim kommune
- Merete Lyngstad, Norsk Sykepleierforbund
- Jørn Andre Jørgensen, Vestfold fylkeskommune

Agenda Fagrådet 27. august 2026

Saksnr.	Tittel på sak	Presenter saken	Tid	Sakstype
18/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra Fagrådet 29. – 30. april 2026	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet	09:00	Godkjennin g
19/26	Fagdag med juridiske problemstillinger innenfor temaet digital samhandling			Drøfting
	Innledning	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet	09:05	
	Generelt om regelverk	Barbro Onsøien, Helsedirektoratet	09:10	
	Tema: Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger – utvalgte temaer	Rune Vidar Bråthen, Helsedirektoratet	09:40	
	Pause		10:20	
	Tema: § 9-samarbeid	Eva Tone Fosse, Stavanger kommune	10:35	
	Presentasjon av regelverk	Rune Vidar Bråthen, Helsedirektoratet	10:50	
	Lunsj		11:30	
	Tema: Digital samhandling	Micaela Thierley og Terje Bremnes, Helse Vest RHF	12:30	
	Regelverk – digital samhandling om helseopplysninger	Barbro Onsøien, Helsedirektoratet	12:45	
	Pause		13:45	
	Rotårsaker til at digital samhandling i helsetjenesten kan oppleves som utfordrende med gruppeoppgaver	Hans Löwe Larsen, Barbro Onsøien, Helsedirektoratet	14:00	
20/26	Eventuelt, og takk for i dag	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet	15:55	

Sak 18/26: Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt referatet fra Fagrådet 29. – 30. april 2026



Forslag til vedtak

Fagrådet godkjenner innkalling og dagsorden.

Fagrådet godkjenner referat fra Fagrådet 29. – 30. april 2026.

Sak 19/26: Fagdag med juridiske problemstillinger innenfor temaet digital samhandling



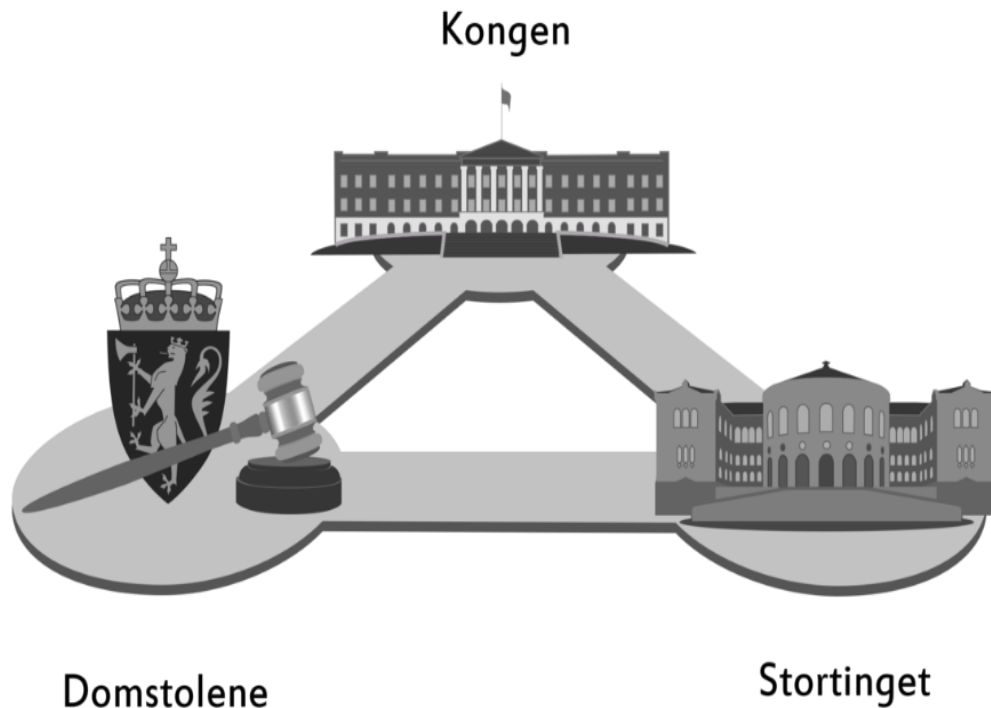
Generelt om rettslige rammebetingelser og utvikling av regelverk

—

Generelt om regelverk

- Regelverk skal bidra til å sikre at vi innretter oss på en bestemt måte slik at viktige hensyn og prinsipper som rettssikkerhet, forutsigbarhet, likebehandling, tillit og kvalitet ivaretas
- På helserettens område handler det spesielt om å ivareta pasientenes rettigheter, sikre forsvarlig praksis og skape tillit til tjenestene

Hvordan regelverk blir til



Maktfordeling av Erik Dyrhaug, Store norske leksikon.

- Stortinget er lovgivende og bevilgende myndighet
- Lovvedtak må ikke stride mot Grunnloven
- Norge er bundet av internasjonale konvensjoner
- Internasjonale avtaler
- EØS-avtalen

Grunnleggende rettigheter



- Omfatter både rett knyttet til helsestandard og personvern
- FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12 nr. 1:
 - «Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til de høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk»
- Beskyttelse av personvernet er en menneskerettighet
 - Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 8 og i Grunnloven § 102
 - Behandling av personopplysninger er regulert i EUs personvernforordning

Stortinget som lovgivende myndighet

- Forutsetter politisk vilje
 - Stortingets sammensetning «speiler folkeviljen»
 - Kan ikke ta for gitt at lovforslag blir vedtatt
- Stortinget må ha tilstrekkelig grunnlag for sine beslutninger
 - Krav til utredning og begrunnelse
 - «Alle» kan bidra ved høringsuttalelser
- Stortinget er også bevilgende myndighet, og kan sette vilkår for bevilgninger



Foto: Stortinget

Lover, forskrifter og fortolkninger av disse

- Stortinget kan i lov gi hjemmel til å fastsette detaljer i forskrift
 - Kan gis til regjeringen (Kongen i statsråd) eller et departement
 - Ordlyden i forskriftshjemmelen er rammen for hva det kan gis forskrift om
- Noen forhold må alltid fastsettes i lov
 - Eks: sanksjoner og betalingsplikt
- Det vil ofte være behov for å tolke regelverket
 - HOD har i stor grad delegert fortolkningsmyndigheten, hovedsakelig til Helsedirektoratet
 - Fortolkninger av prinsipiell karakter, eller som for øvrig har stor betydning, skal forelegges HOD
 - En fortolkning fra ansvarlig myndighetsorgan innebærer at det er denne forståelsen av regelverket som skal legges til grunn

Nærmere om regelverksfortolkning

- Regelverksfortolkning er basert på juridisk metode
 - Den viktigste rettskilden er lov og forskrift, men ordlyden i regelverket gir ofte ikke svaret direkte
 - Vi må derfor se etter føringer som er gitt i andre rettskilder:
 - Forarbeider, rettspraksis, juridisk teori, forvaltningspraksis og reelle hensyn
 - Forarbeidene er en av de viktigste rettskildene
 - Formål og lovgivers intensjoner er styrende, herunder politiske avveininger av ulike hensyn som ligger til grunn for bestemmelsene
 - Ved behandling av person- og helseopplysninger stilles det også krav til et tydelig rettslig grunnlag for å behandle opplysningene
- Ulike rettstradisjoner

Balansering av hensyn

- Ved fastsettelse av regelverk vil mange hensyn måtte veies mot hverandre
 - Ulike aktører har forskjellige behov og perspektiver, men lovgiver har ansvar for å ivareta helheten og balansen mellom de ulike hensyn
- Regelverket er utformet slik det er av en grunn
 - Grundige prosesser som ligger bak
- Det hevdes gjerne at regelverk er til hinder for ulike tiltak man ønsker å gjennomføre
- Må skilles mellom tilsiktede og utilsiktede hindre
 - Er det forhold som har endret seg siden regelverket ble vedtatt?
 - Er det avdekket uheldige konsekvenser som man ikke så da det ble fastsatt?
 - Eller er det fortsatt de samme hensynene som skal ivaretas?

Oversikt over sentrale lovendringer som tilrettelegger for digital samhandling

- 2007 – Reseptformidleren vedtas
- 2009 – Åpnes for samtykkebasert felles journal i kontorfellesskap
- 2012 - Forskrift om virksomhetsovergrepene pasientjournal i formalisert arbeidsfellesskap vedtas
- 2013 – Nasjonal kjernejournal vedtas
- 2014 – Åpnes for felles journal mellom virksomheter
- 2014 – Forskrift om tilgang mellom virksomheter
- 2017 – Pasientens legemiddelliste vedtas
- 2022 - Forskriftshjemmel for nasjonal infrastruktur for digital samhandling vedtas
- 2026 - Endringer i taushetspliktsbestemmelsene mv
 - Omfattende innspillsrunder i forkant for å ta hensyn til udekkede behov

Tema: Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger

—

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger



- Tidligere: Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten (kap. 1 og 2)

Kapitteloversikt

Kapittel 1. Formål og virkeområde (§§ 1-2)

Kapittel 2. Krav til elektronisk behandling av helseopplysninger og standarder (§§ 3-8)

Kapittel 3. Tilgjengeliggjøring, bruk og betaling for nasjonale e-helseløsninger (§§ 9-19)

Kapittel 4. Ikrafttredelse (§20)

Forskriften kapittel 1 og 2

Kapitteloversikt

Kapittel 1. Formål og virkeområde (§§ 1-2)

Kapittel 2. Krav til elektronisk behandling av helseopplysninger og standarder (§§ 3-8)

Kapittel 3. Tilgjengeliggjøring, bruk og betaling for nasjonale e-helseløsninger (§§ 9-19)

Kapittel 4. Ikrafttredelse (§20)

Hjemmel: Pasientjournalloven § 7 siste ledd

*Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om **plikt til å ha elektroniske systemer**, om **godkjenning av programvare og sertifisering og om bruk av standarder**, standardsystemer, kodeverk og klassifikasjonssystemer.*

§ 1 Formål

§ 2 Virkeområde

§ 3 Krav om elektronisk behandling av helseopplysninger

§ 4 Krav om oppdatert adresseinformasjon mv.

§ 5 Krav til funksjonaliteten i IKT-systemenes programvare

§ 6 Krav til funksjonalitet ved meldingsutveksling

18 meldingsstandarder

§ 7 Katalog over standarder

§ 8 Unntak

Obligatoriske krav

§ 6. Krav til funksjonalitet ved meldingsutveksling

Ved sending og mottak av meldinger som denne bestemmelsen omfatter, skal virksomhetene ta i bruk programvare som oppfyller kravene i den aktuelle standarden som følger av nummer 1 til 18:

1. Alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som yter helsehjelp skal ved sending av tilbakemelding om feil i mottatt melding bruke melding som angitt i HIS 1151:2006. Alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som yter helsehjelp skal kunne motta slik melding.
2. Virksomheter som yter allmennlegetjenester skal ved sending av henvisninger for ny tilstand bruke henvisningsmelding som angitt i HIS 1207:2018. Helseforetak, private sykehus, avtalespesialister, samt virksomheter som yter tjenester som nevnt i [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5](#) tredje ledd plikter å kunne motta slik melding.
3. Helseinstitusjoner skal ved sending av epikriser etter [helsepersonelloven § 45a](#) benytte epikrisemelding som angitt i HIS 80226:2014. Virksomheter som yter allmennlegetjenester, helseforetak og private sykehus samt virksomheter som yter tjenester som nevnt i [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2](#) første ledd nr. 6 og [§ 3-6](#) nr. 2 plikter å kunne motta slik melding.
4. Virksomheter som utfører en medisinsk biokjemisk undersøkelse, skal ved svarrapportering bruke melding som angitt i HIS 1138:2014. Helseforetak, private sykehus, virksomheter som yter allmennlegetjenester samt virksomheter som yter tjenester som nevnt i [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2](#) første ledd nr. 6 og [§ 3-6](#) nr. 2 plikter å kunne motta slik melding.

Endringer av standardene: To spor

Hovedregel: Forskriftsendring

- Endringer fastsettes av HOD ved ordinær forskriftsprosess
- Forskriftsprosessens fordeler og ulemper. Ikke fleksibelt. Grundighet. Høring. Årshjul/frister.

Unntak: «Mindre endringer»

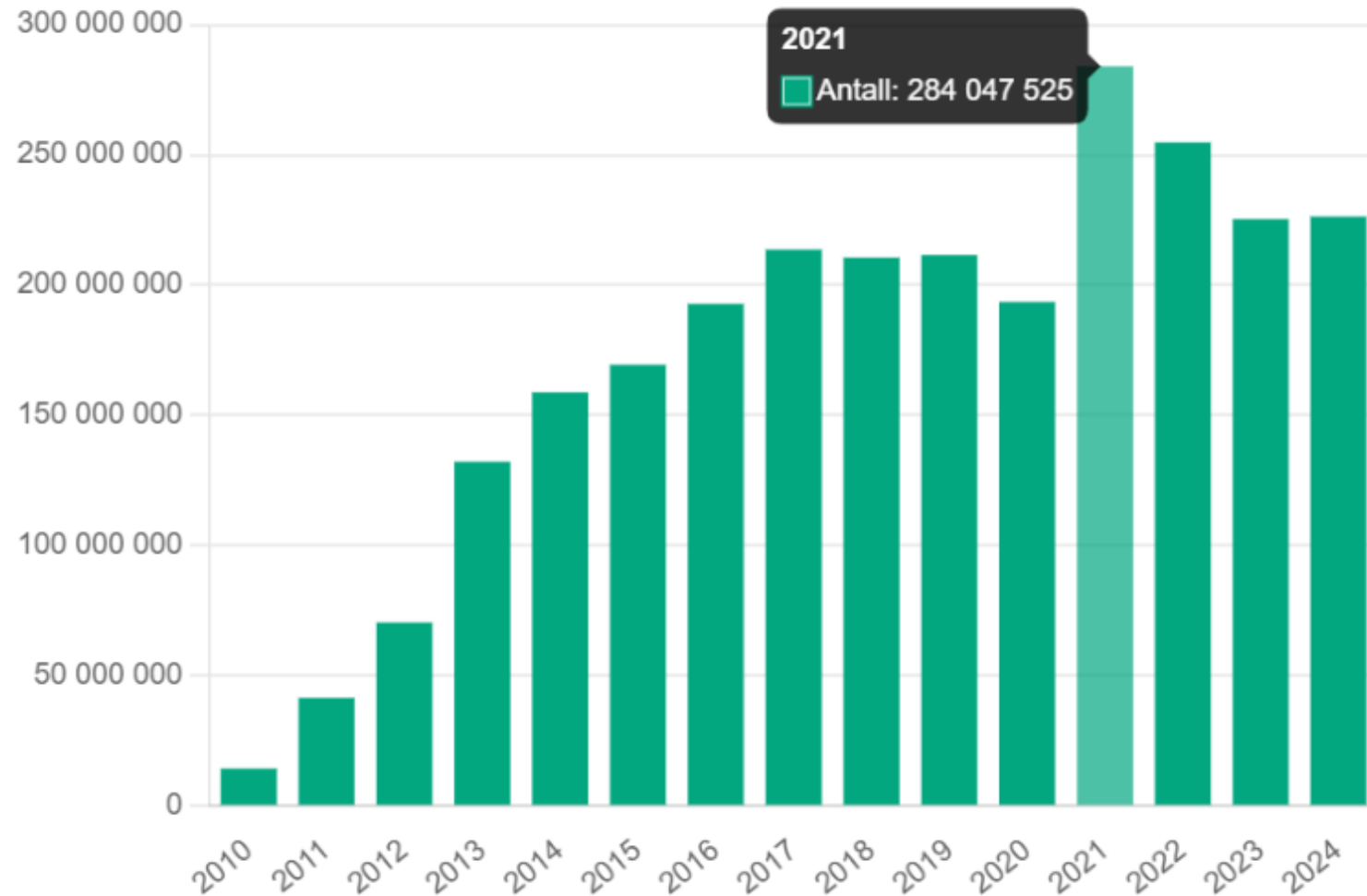
- Et visst spillerom for at vi selv kan gjøre mindre endringer som ikke har særlig kostnader
- Mer fleksibelt. Men litt uklar grense.
 - Feilrettinger
 - Endringer som følge av regelverksendringer
 - Behov for andre mindre endringer
- «Mindre»?
 - Skjønnsmessig og faglig vurdering
- Forutsetning: «*De samlede kostnadene for å gjennomføre endringene må være ubetydelige for virksomhetene som endringene berører.*»
 - «Berørte virksomheter»
 - Må gjelde både nasjonal løsning (Reseptformidleren) og berørte virksomheter
 - «Ubetydelig»
 - Foreløpig lite konkrete holdepunkter
 - Hva om aktørene påtar seg utgiften?

Meldingsutveksling

- 2024: Ca. 226 mill. medisinske meldinger
- En bærebjelke i helsetjenesten, men også behov for videreutvikling og nye samhandlingstjenester

Totalt antall medisinske meldinger per år

Kvitteringer, systemmeldinger og ukjente kategorier er utelatt



2019/2020: Forslag til ny e-helselov:

- Lovfester den nasjonal e-helseporteføljen, og gir meldeplikt for «e-helsetiltak med nasjonal betydning»
- Regulerer direktoratets rolle
- Pålegger NHN leveringsplikt for de nasjonale e-helseløsningene e-resept, kjernejournal, helsenettet og helsenorge.no
- Gir hjemler for å pålegge virksomheter i sektoren å tilgjengeliggjøre og å betale for løsningene



En e-helselov som ikke er tilpasset virkeligheten

AKTUELT I FORENINGEN

ARTIKKEL Marit Hermansen Om forfatteren

Regjeringen har kommet med forslag til ny e-helselov som Stortinget snart skal vedta. Vil loven bidra til en mer effektiv og bedre helsetjeneste for pasient og lege? Legeforeningen mener klart nei, dessverre.



Formålet er klart beskrevet: Styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren og bidra til at e-helseløsninger tas raskere i bruk. Men hvilke utfordringer skal løses ved digitalisering? Nesten alt av journalinformasjon i helsetjenesten er digital allerede. Mange leger opplever i dag informasjonsoverflod og kronglete arbeidsflyt som en stor utfordring. E-helseloven tar ikke utgangspunkt i den virkeligheten legene møter hver dag. Loven vil virke mot sin hensikt og føre til økt byråkratisering. Dette vil hemme innovasjon, digitalisering og næringssliv, og også kunne øke kostnadene i helsetjenesten.

Publisert: 24. februar 2020
Utgave: 3. og 4. februar 2020

Innholdet under seksjonen Aktuellet i foreningen produseres av Legeforeningen som informasjon til medlemmene. Artiklene publiseres i Tidsskriftet på papir og nett, og Tidsskriftets sjefredaktør har redaktorsvar for innholdet.



KS ønsker ikke regjeringens forslag til ny e-helselov

8.10.2020 11:52:52 CEST | KS



KS mener regjeringens forslag til ny e-helselov ikke bygger opp under målet om bedre og mer effektive helsetjenester til innbyggerne. – Lovforslaget har noen betenkelige sider som ikke er tilstrekkelig utredet, sier styreleder i KS Bjørn Arild Gram.



Tar omkamp om den omstridte e-helseloven

KS ber Støre-regjeringen trekke forslag om endringer i Pasientjournalloven som Solberg-regjeringen har fremmet i neste års statsbudsjett. Forslaget innebærer innføring av et nytt prinsipp i styring av kommunene.



Kritisk til e-helseloven

Legeforeningen mener e-helseloven vil hemme, og ikke fremme, utviklingen av gode nasjonale e-helseløsninger. Loven bør derfor sendes i retur til regjeringen.

Tor Martin Nilsen, Samfunnspolitisk avdeling
8. oktober 2020



UNNØA: – Vi må unngå å lovre regulere en styringsmodell som helsesektoren over mange år har erfart ikke fungerer, sa president Marit Hermansen under høringen om e-helseloven.

President Marit Hermansen, IT-utvalgets leder Kjartan Olafsson og advokat Aadel Heilemann representerte Legeforeningen i Helse- og omsorgskomiteens digitale høring om lov om e-helse torsdag 8. oktober.

HØRINGSSEMINAR 4. DESEMBER I OSLO

Trengs det mer makt til Direktoratet for e-helse?

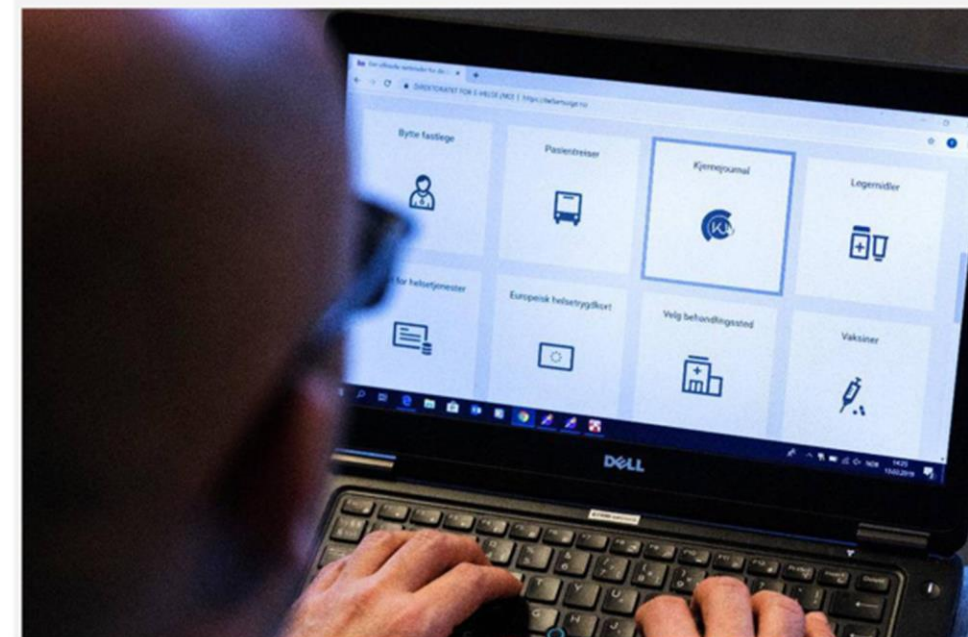
Høringsseminar om ny e-helselov som er på høring nå



Meld på

Helse-Norge slakter ny E-helselov

Da høringsfristen for den nye E-helseloven gikk ut i midten av januar, var et klart flertall av høringsinstansene sterkt kritisk til lovens innhold.





Regjeringen og helse- og omsorgsminister Bent Høie har i dag trukket forslaget om ny ehelse-lov fra Stortinget. Foto: Terje Pedersen / NTB

SAMFUNN

Regjeringen trekker forslag om ny ehelse-lov

Massiv kritikk og sannsynligheten for å ville gå på et klart nederlag i Stortinget, gjør at regjeringen i dag har valgt å trekke tilbake det omstridte forslaget om ny ehelselov.

2019/2020: Forslag til ny e-helseslov:

- Lovfester den nasjonal e-helseporteføljen, og gir meldeplikt for «e-helsetiltak med nasjonal betydning»
- Regulerer direktoratets rolle
- Pålegger NHN leveringsplikt for de nasjonale e-helseløsningene e-resept, kjernejournal, helsenettet og helsenorge.no
- Gir hjemler for å pålegge virksomheter i sektoren å tilgjengeliggjøre og å betale for løsningene



Forskriften kapittel 3

Kapitteloversikt

Kapittel 1. Formål og virkeområde (§§ 1-2)

Kapittel 2. Krav til elektronisk behandling av helseopplysninger og standarder (§§ 3-8)

Kapittel 3. Tilgjengeliggjøring, bruk og betaling for nasjonale e-helseløsninger (§§ 9-19)

Kapittel 4. Ikrafttredelse (§20)

Hjemmel: Pasientjournalloven § 8 andre, tredje og fjerde ledd

Gir HOD hjemmel til å gi forskrift om plikt til å:

➤ **Tilgjengeliggjøre og ta i bruk** nasjonale e-helseløsninger

- ✓ Helsenettet – forskriften § 9
- ✓ Kjernejournal – forskriften § 10
- ✓ E-resept – forskriften § 11
- ✓ Helsenorge.no – forskriften § 12

➤ **Betale for forvaltning og drift** av disse løsningene

- ✓ Helsenettet – forskriften § 13
- ✓ Kjernejournal – forskriften § 14
- ✓ E-resept – forskriften § 15
- ✓ Helsenorge.no – forskriften § 16

Særvilkår for plikt til bruk for kommunene: «Vesentlig andel»,
- pasientjournalloven § 8 siste ledd

Betalingsplikten er uavhengig av faktisk bruk

Forskriften kapittel 3

Tilgjengeliggjøre og ta i bruk

Helsenettet - § 9

- Alle som yter helse- og omsorgstjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, apotekloven og tannhelsetjenesteloven
Når: 1. januar 2022

Kjernejournal - § 10

- Helseforetak, private sykehus og selvstendig næringsdrivende fastleger
- Kommunale legevakter og kommunalt ansatte fastleger
Når: 1. juli 2022
- Avtalespesialister
Når: 1. januar 2024
- Kommunale sykehjem / hjemmebaserte tjenester
Når: 1. januar 2026

E-resept - § 11

- Helseforetak, selvstendig næringsdrivende fastleger, apotek og bandasjist
- Kommunale legevakter og kommunalt ansatte fastleger
Når: 1. juli 2022
- Private sykehus og avtalespesialister
Når: 1. januar 2023

Helsenorge.no - § 12 (plikt til gjøre tjenester tilgjengelig på helsenorge.no)

- Helseforetak
Når: 1. januar 2023
- Fastleger
Når: 1. januar / 1. juli 2026

Betale for forvaltning og drift

Helsenettet - § 13

- RHFer
 - Årlig sum, fordelingsnøkkel
- Kommuner
 - Årlig sum, fordelingsnøkkel
- Øvrige medlemmer
 - Sum pr. mnd

Kjernejournal - § 14

- RHFer
- Kommuner

E-resept - § 15

- RHFer
- Kommuner
- Apotek og bandasjister
 - Årlig sum, fordeles basert på oppslag i e-resept

Helsenorge.no - § 16

- RHFer
- Kommuner

Forskriften kapittel 3

Kapitteloversikt

Kapittel 1. Formål og virkeområde (§§ 1-2)

Kapittel 2. Krav til elektronisk behandling av helseopplysninger og standarder (§§ 3-8)

Kapittel 3. Tilgjengeliggjøring, bruk og betaling for nasjonale e-helseløsninger (§§ 9-19)

Kapittel 4. Ikrafttredelse (§20)

Øvrige bestemmelser

- § 17 – Konsumprisindeks og fakturering
- § 18 – Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger
- § 19 – Plikt til å gjøre nasjonale e-helseløsninger tilgjengelig for virksomheter
 - NHN pålegges å tilgjengeliggjøre. Nødvendig speiling av at virksomheter plikter å ta i bruk.

Forutsetninger for plikt til bruk/tilgjengeliggjøring

Omfattende vurderinger:

- ✓ Det skal være utarbeidet nasjonale innføringsplaner basert på erfaring fra utprøving av løsningene i kommunene,
- ✓ Økonomiske og administrative konsekvenser er utredet, herunder teknologiske forutsetninger og avhengigheter.
- ✓ Norsk helsenett SF har nødvendig kapasitet til test og godkjenning og at det skal være gjennomført tekniske tilpasninger i de nasjonale løsningene
- ✓ Forslag om plikt er drøftet i konsultasjonsordningen mellom KS og regjeringen
- ✓ Forutsetningen om “vesentlig andel” i pasientjournalloven § 8 siste ledd (gjelder kun kommuner), anslås til mellom 70 til 90 prosent av landets kommuner.
- ✓ EØS-rettslige forutsetninger:
 - Er plikt et egnet virkemiddel - Er det grunn til å tro at et pålegg vil ha ønsket effekt?
 - Er plikt et nødvendig virkemiddel - Kunne man oppnådd det samme ved andre virkemidler?
 - Er plikt et forholdsmessig virkemiddel - Vil den totale nytten være større enn ulempene for sektor, eller vil konsekvensene være uforholdsmessig store?

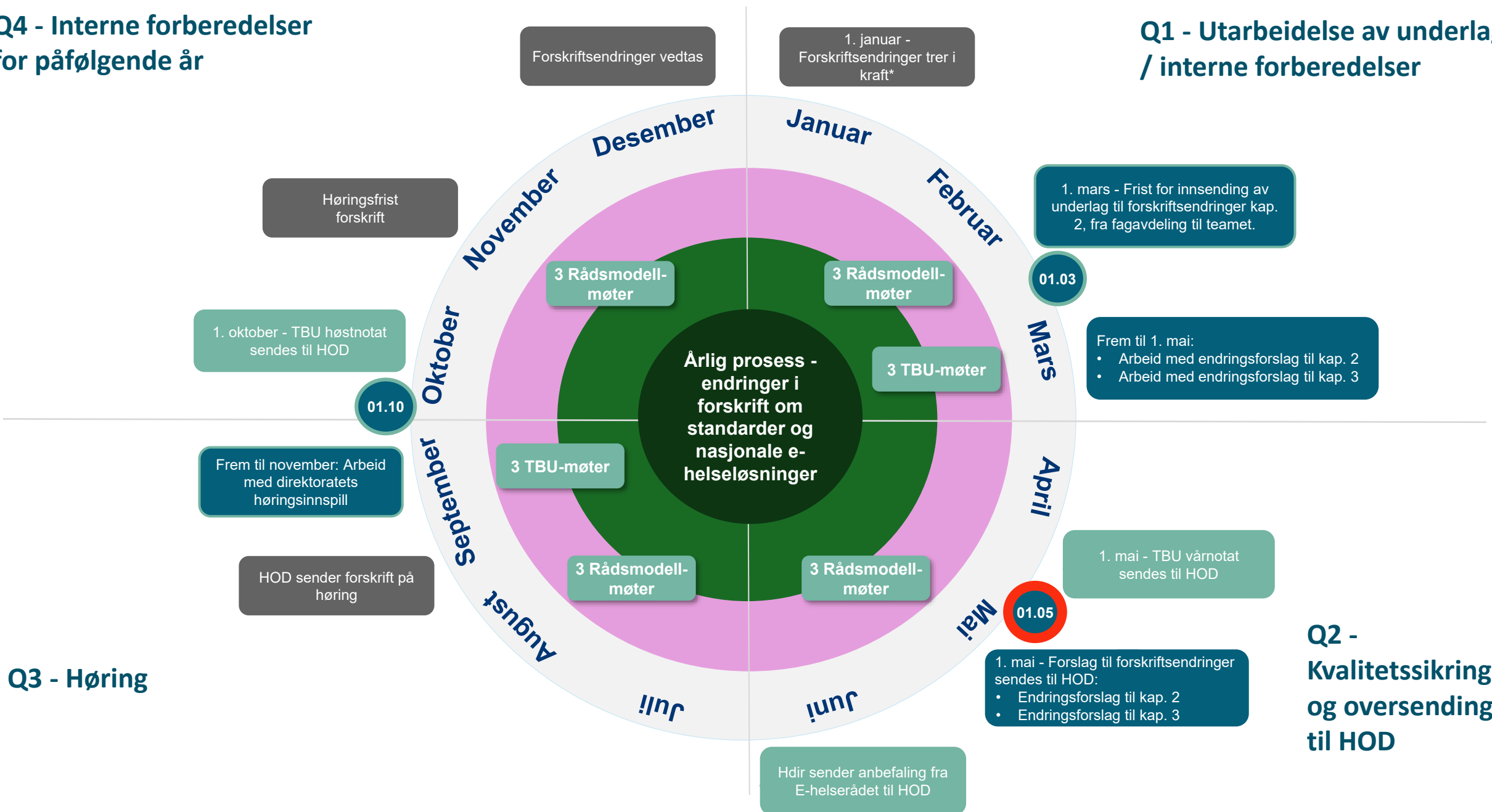
Status plikt til bruk – 2026

Grått: plikt innført
 Gult: vurderes i detalj i år
 Rosa: bør vurderes på sikt

	Helsenettet	Kjernejournal	E-resept	Helsenorge
Helseforetak	1.1.2022	1.7.2022	1.7.2022	1.1.2023
Private sykehus	1.1.2022	1.7.2022	1.1.2023	Ikke vurdert
Avtalespesialister	1.1.2022	1.1.2024	1.1.2023	Ikke vurdert
Fastleger (kommunale og selvs. næringsdrivende)	1.1.2022	1.7.2022	1.7.2022	Timebestilling: 1.1.2026 E-kontakt: 1.7.2026 Reseptfornyelse: 1.7.2026 E-konsultasjon: Tidligere vurdert av Hdir, men ikke foreslått av HOD i høring 2025 Video: Plikt til å tilby videokonsultasjon for egnede tilfeller fra 1.4.2026 (på valgfri plattform, gjennom fastlegeforskriften) Innsyn
Legevakt, kommunal	1.1.2022	1.7.2022	1.7.2022	Ikke vurdert
Sykehjem	1.1.2022	1.1.2026	Ikke vurdert	Ikke vurdert
Hjemmebaserte tjenester	1.1.2022	1.1.2026	Ikke vurdert	Vurdert i oppdrag 2025 (Digihelse)
Skolehelsetjenester	1.1.2022	Ikke vurdert	Ikke vurdert	Vurdert i oppdrag 2025 (Digihelsestasjon)
Helsestasjon	1.1.2022	Ikke vurdert	Ikke vurdert	Vurdert i oppdrag 2025 (Digihelsestasjon)
Offentlig tannhelsetjeneste	1.1.2022	Ikke vurdert	Vurdert i oppdrag 2025	Ikke vurdert
Apotek og bandasjister	1.1.2022	Ikke vurdert	1.7.2022	Ikke vurdert
Fysio- og manuellterapeuter (driftstilskudd)	1.1.2022	Ikke vurdert	Ikke vurdert	Ikke vurdert

Q4 - Interne forberedelser for påfølgende år

Q1 - Utarbeidelse av underlag / interne forberedelser



*enkelte endringer kan tre i kraft 1.7

Noen særspørsmål

Medlemskap i helsenettet

- Problemstilling: Hvem skal være medlem av helsenettet? (Og dermed betale medlemsavgift)

- Ulike samarbeidskonstellasjoner særlig diskutert
 - Kommunal tjenesteutsetting
 - Legekontorsamarbeid

- Flere årsaker – dataansvar en fellesnevner

- Omlegging av medlemsvilkår / opprydning i medlemsmassen
- Normdokumenter
- Tidligere regulering
- HDIR: Bedt om å vurdere dataansvar ved samarbeid etter § 9
 - Avgrenset til dette
 - Advokatvurderinger

- MEN: Det er ikke dataansvaret som regulerer medlemsplikt

Innslagspunktet for medlemsplikt, forskriften § 9:

«*virksomheter som yter helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, apotekloven og tannhelsetjenesteloven*»

Oppsummering:

Helsedirektoratet foreslår ingen endringer i innslagspunktet for medlemsplikt i helsenettet, jf. forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 9.

Bestemmelsen synes å være hensiktsmessig utformet slik at den i all hovedsak gjenspeiler de reelle ansvarsforholdene og ivaretar behovet for å kunne ha kontroll på hvem som deler og hvem som mottar helseopplysninger.

Pause – oppstart igjen kl. 10.35

—



Stavanger
kommune

§9 samarbeid og digital hjemmeoppfølging

Hva er digital hjemmeoppfølging?

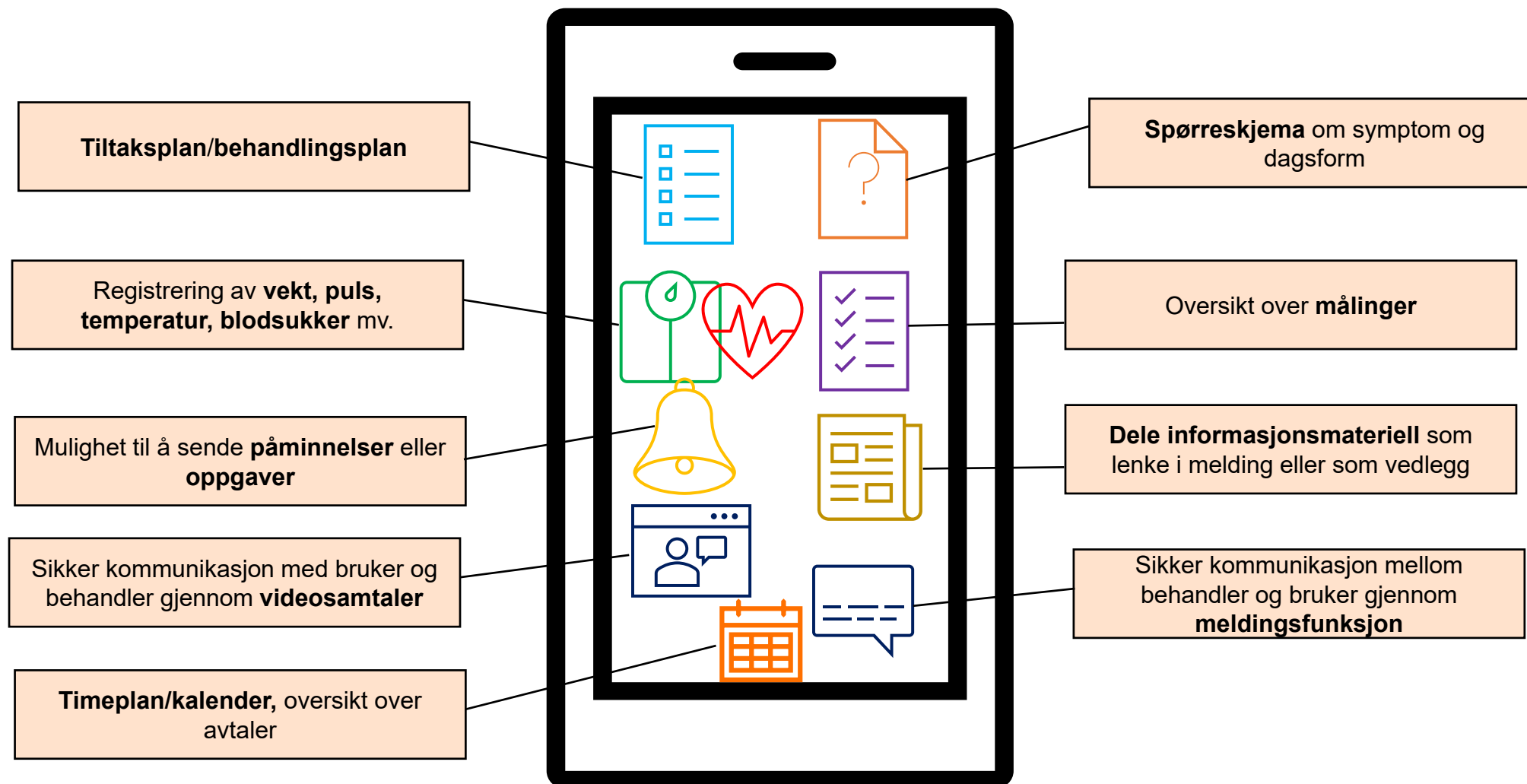
- Pasient har tilgang til en app med ulike funksjoner på sin egen telefon eller nettbrett
- Helsetjenesten følger opp via administrasjonsprogram på PC/nettbrett eller telefon
- Pårørende kan få tilgang dersom pasient ikke selv kan benytte løsning
- Løsning for kommunikasjon mellom bruker og helsetjenesten

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



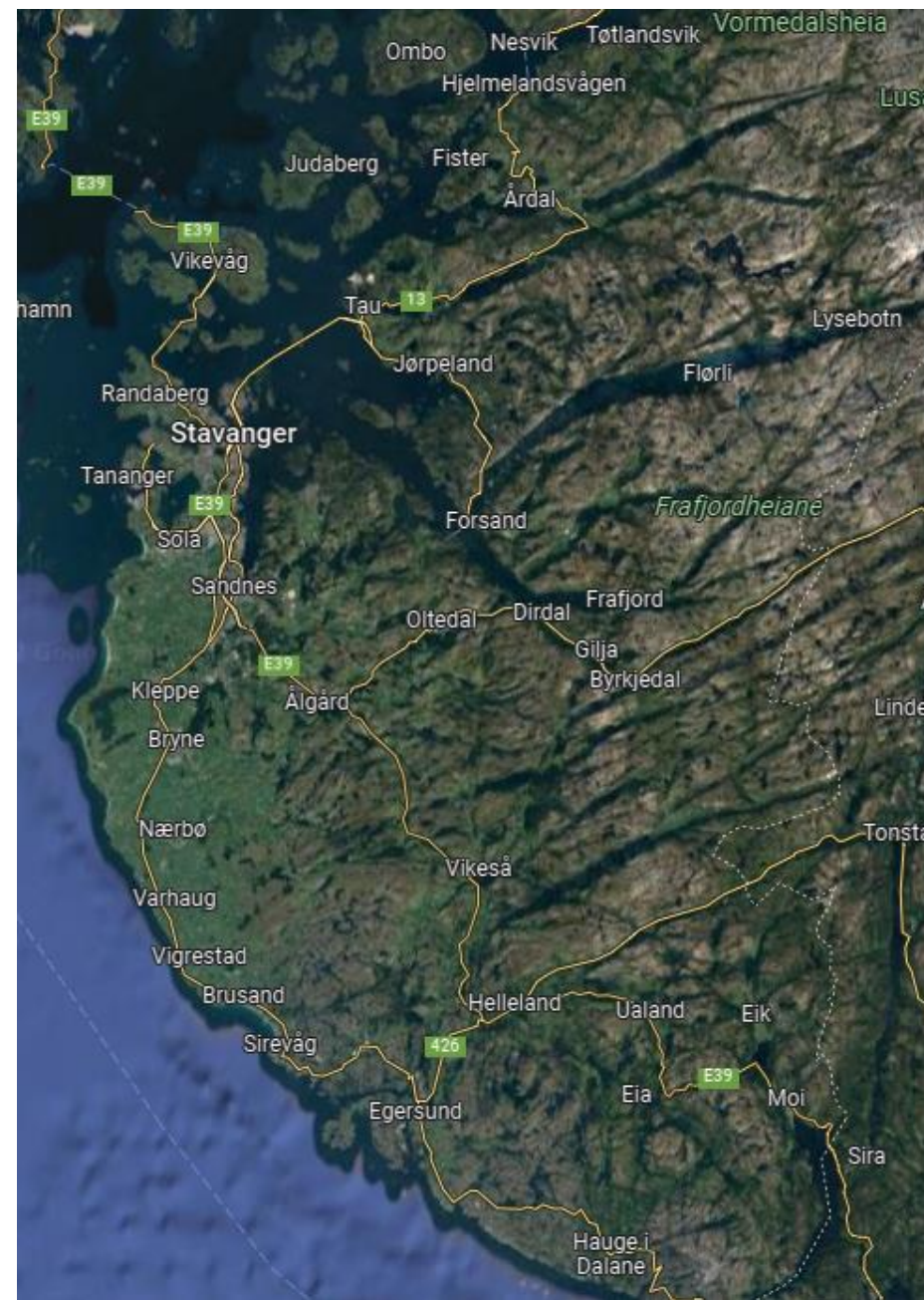
Muligheter i løsningen

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

Sende spørreskjema til bruker før time

Oppfølgings-kontroll bruker

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

Oversikt over tiltaksplan og målinger

• Tilgang til målinger



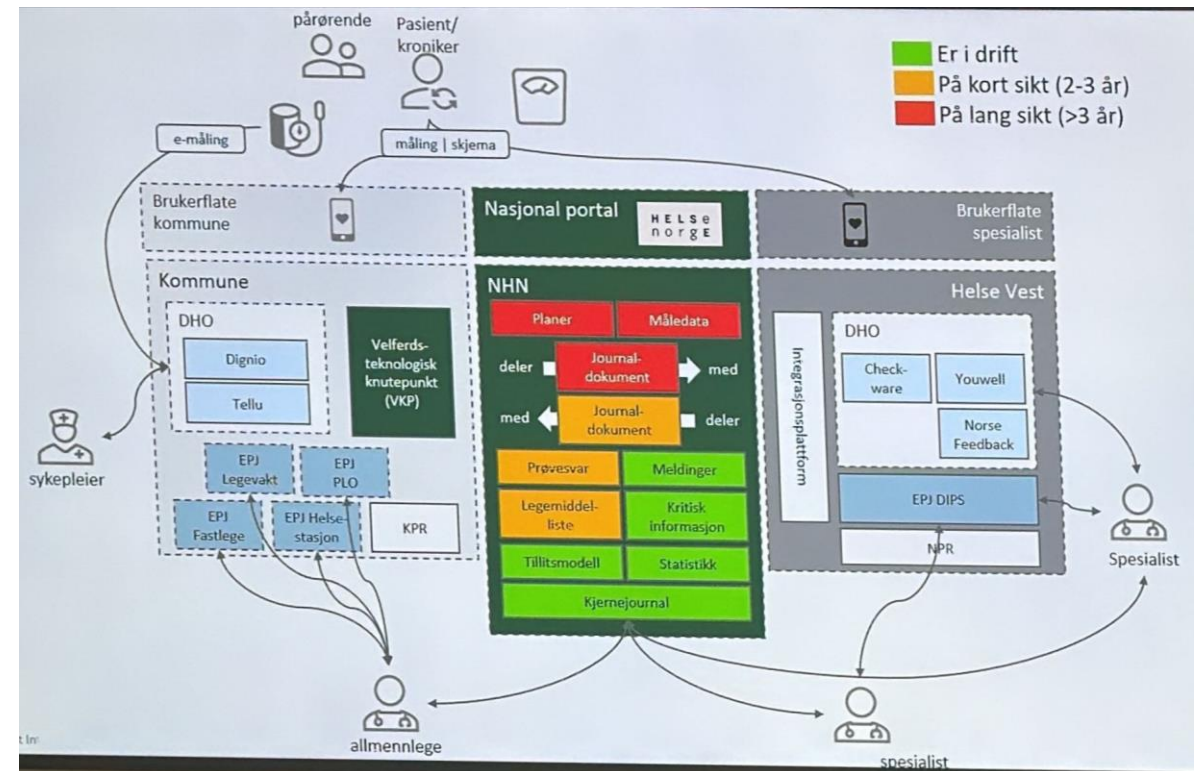
Avtaler i IKART og digital hjemmeoppfølging i Rogaland

- 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?

§ 9-samarbeid mv

—

§ 9 – Bakgrunn for bestemmelsen

Tidligere strenge rammer samarbeid/samhandling

- Virksomhetsgrensene
 - Helsergisterloven § 13

Etterhvert noe åpnet for å gi regler om samarbeid:

- Etablering av virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre
 - Helseregisterloven § 6 a
- Felles journalføring i formaliserte arbeidsfellesskap
 - Helseregisterloven § 6 b

Men økt behov for samarbeid og informasjonsdeling

- HOD: «*Virksomhetsgrenser kan ikke i seg selv være avgjørende*»
- Prop. 72 L (2013-2014) om ny pjrl § 9:

«Endringene vil være viktige grep for å sikre at relevante og nødvendige helseopplysninger blir tilgjengelige for helsepersonell som skal gi helsehjelp. Forslagene legger til rette for innovasjon og fleksibilitet, og gir de virksomhetene som har kommet lengst i IKT-modenhet, mulighet til å ta i bruk nye og fremtidsrettede løsninger – uten at dette pålegges fra sentralt hold»

§ 9.Samarbeid mellom virksomheter om behandlingsrettede helseregistre

To eller flere virksomheter kan samarbeide om behandlingsrettede helseregistre, jf. § 8. Virksomhetene skal da inngå skriftlig avtale om

- a. hva samarbeidet omfatter,*
- b. hvordan pasientens eller brukerens rettigheter skal ivaretas,*
- c. hvordan helseopplysningene skal behandles og sikres, også ved endringer i eller opphør av samarbeidet, og*
- d. dataansvar.*

Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak fastsette vilkår for slikt samarbeid

§ 9 - Hovedpunkter

- Systematikken:
 - Lokal/intern journal : Pjrl § 8
 - Samarbeidsjournal: Pjrl § 9
 - Nasjonal journal: Pjrl § 10
- Fleksibel bestemmelse
 - Alle typer behandlingsrettede helseregistre
 - Kan omfatte mange virksomheter på tvers av nivåer, også privat/offentlig
 - Samme regler for registrering og tilgjengeliggjøring som virksomhetsinterne journaler
- Rammer:
 - Gjelder systemer/journaler der helsehjelpen dokumenteres, jf. § 8 jf. hpl. § 39
 - Skal komme i stedet for virksomhetsinterne registre, ikke i tillegg til.
 - Krever skriftlig avtale

§ 9 – krav til skriftlig avtale

- Formål: Sikre klare ansvarsforhold
 - Lovkravene til avtalen etter § 9 retter seg hovedsakelig mot ansvar for forhold som omfattes av personvernforordningen
 - Se også veileder til Normen: Avtaleeksempler ved samarbeid om felles journal
 - Ved samarbeidstiltak kan det også være behov for å avtaleregulere ansvaret for den helsefaglige oppfølgingen:
 - Krav til lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, jf helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.
 - Veileder: Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak (Hdir 2022, oppdatert 2023)
 - Veileder: Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, Hdir 2018, oppdatert 2023)

§ 9 – særlig om dataansvaret

Dataansvaret reguleres av de generelle reglene om dataansvar, jf. reglene i personvernforordningen:

- Den som bestemmer formål og midler for behandlingen

Regelverket åpner for ulike måter å organisere dataansvaret på.

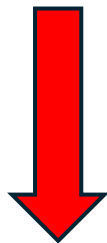
- Der flere virksomheter i fellesskap bestemmer formål og midler for behandlingen, kan dataansvaret deles, jf. personvernforordningen artikkel 26.
- Avgjørende: Hvordan samarbeidet er innrettet. Konkret vurdering.
- Tilsiktet fleksibilitet fra lovgiver
 - Men spesifikt regulert i tidligere forskrifter

Helsedirektoratets vurdering, 2025:

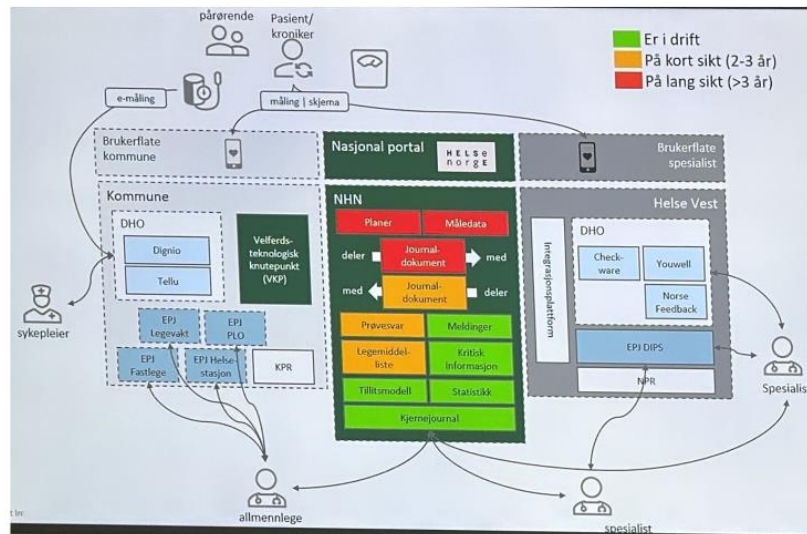
- Dataansvaret i § 9-samarbeid må avgjøres på bakgrunn av de faktiske forholdene og fastsettes konkret.
- Dette åpner for at det kan være bare én dataansvarlig, men også at ansvaret kan ligge hos flere parter.

§ 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?



- Ja
- Innenfor nevnte rammer



Lunsj – oppstart igjen kl. 12.30



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

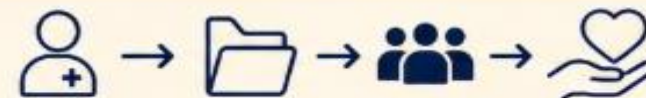


- Viktige endringer blir ikke alltid synlige i tide
- For mange varsler gir varseltrøtthet
- Det er uklart hvem som skal reagere på ny informasjon

➔ **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

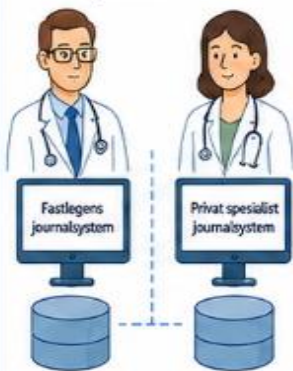


Diagnoser: type 2-diabetes, atrieflimmer, osteoporose og revmatoid artritt



Følges til vanlig opp av fastlege og privat revmatolog

1 Vanlig oppfølging fastlege + privat spesialist



- ✓ Medisinliste
- ✓ Kroniske diagnoser
- ✓ Blodfortynnende behandling
- ✓ Biologisk behandling
- ✓ Funksjonsnivå

2 Fall hjemme



Marie faller hjemme, får sterke smerter i hoften og klarer ikke å reise seg.

3 Legevakt



Legevakten vurderer tilstanden og sender Marie til sykehus.

- Legevakten mangler full oversikt over:
- dokumentasjon fra fastlege
 - siste spesialistvurdering
 - kommunale tjenester og funksjonsnivå

4 Akutt sykehus og operasjon



Hoftebrudd – operasjon gjennomføres. Kirurg, anestesilege og sykepleier involvert.

Informasjon må hentes fra flere kilder:

- usikkerhet om blodfortynnende
- lite innsyn i tidligere vurderinger
- mye telefonering og dobbeltregistrering

5 Utskrivning



Plan for utskrivning med epikrise, medisinedringer og rehabiliteringsplan.

- Epikrise kan være forsinket eller ufullstendig
- Kommunen får ikke alltid strukturert og komplett informasjon
- Uklart hvem som har ansvar for videre koordinering

6 Kommunal rehabilitering



Hjemmesykepleie, fysioterapi og korttidsopphold eller rehabilitering i kommunen.

- Kommunen mangler ofte:
- oversikt over pasientforløp
 - belastningsrestriksjoner
 - smertebehandling
 - epikrise
 - fallrisiko
 - videre kontrollplan



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

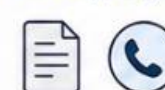
Innleggelse i ungdomspsykiatrisk avdeling



- 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 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.

1 Vanlig oppfølging

Fastlege, helsesøster og kommunal jordmor følger svangerskapet.



2 Komplikasjoner oppstår

Høyt blodtrykk og svangerskapsdiabetes gir behov for tettere oppfølging.



3 Sykehuskontroller

Flere timer/konsultasjoner på sykehuset.



4 Egenmålinger hjemme

Anna måler blodtrykk og blodsukker mellom kontrollene.



5 Dokumentasjon i flere systemer

Fastlege, helsesøster og sykehus dokumenterer i egne journalsystem.



6 Ufullstendig informasjonsbilde

Kjernejournal gjør sykehusdokumentasjon tilgjengelig, men pasientens egne målinger vises ingen sted.



Hindringer for informasjonsflyt



Ulike journalsystemer

Fastlege, helsesøster og sykehus har hver sin dokumentasjon.



Kjernejournal viser bare deler

Sykehusets dokumentasjon er tilgjengelig, men ikke alt i ett samlet bilde.



Egenmålinger mangler

Hjemmeverdier for blodtrykk og blodsukker vises ikke i behandlernes vanlige arbeidsflate.



Manuell oppfølging

Anna må ofte selv formidle målingene muntlig eller på papir/app.



Ingen samlet oversikt

Trend over tid blir vanskelig å se på tvers av aktører.



Konsekvenser for Anna

- Må gjenta informasjon flere steder
- Usikkerhet om hvem som ser målingene hennes
- Økt belastning i et allerede krevende svangerskap
- Risiko for forsinket reaksjon ved forverring



Konsekvenser for helsepersonell

- Mangler full oversikt over utviklingen
- Tid går med til innhenting og avklaringer
- Vanskeligere å oppdage trender tidlig
- Mer manuelt arbeid og større risiko for misforståelser

Informasjonskilder – hvor finnes informasjonen?



Fastlegejournal
(i system)



Helsesøsterjournal
(i system)



Sykehusjournal
(i system)



Kjernejournal
(i system)



Egenmålinger
hjemme
(utenfor systemer)

Vises ingen sted
i dag

Finnes i ulike systemer og kan vises via Kjernejournal (deler)



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

SPELIALIST- 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:

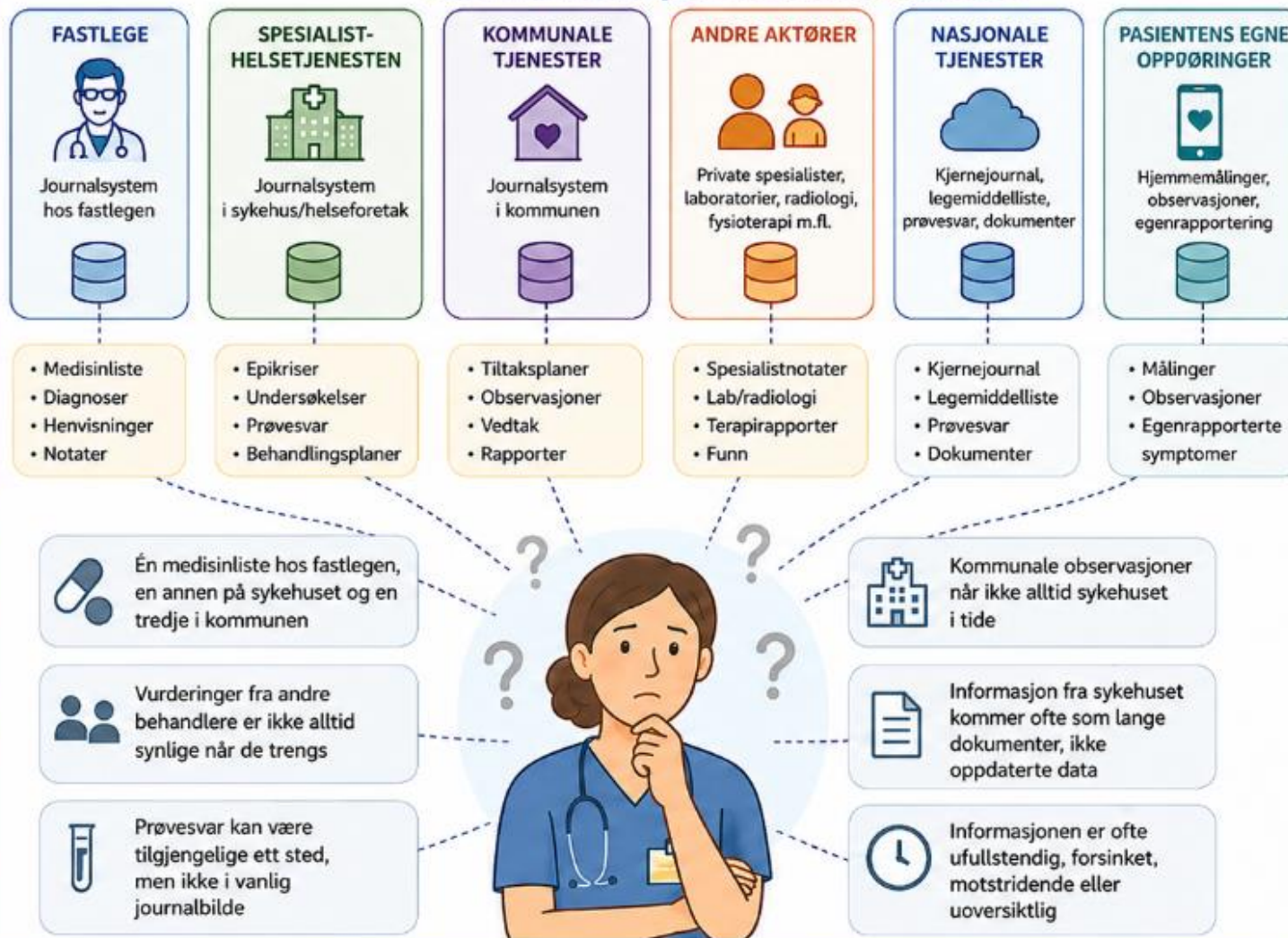
-  Helsepersonell må ofte bli den som leter, tolker og sammenstiller informasjonen selv

"Hvilken medisinliste er riktig?"

"Har noen allerede gjort denne vurderingen?"

"Hvor finner jeg siste prøvesvar?"

"Hvem følger opp dette videre?"



KONSEKVENS: 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 forklaringer



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

Tema: Digital samhandling om helseopplysninger

—

De beskrevne utfordringene oppsummert

Informasjonen finnes, men den er spredt, forsinket eller vanskelig tilgjengelig



Hvor opplysninger om pasienten «oppstår» og hvordan de deles

- Behandlingsstedet plikter å ha en journal på pasienten, hvor relevante og nødvendige opplysninger registreres – denne virksomheten er dataansvarlig for opplysningene
- Kjernejournal – virksomhetsovergripende (nasjonalt) behandlingsrettet helseregister
- Hvordan blir opplysninger som er dokumentert i en virksomhet tilgjengelige for helsepersonell i andre virksomheter?
 - Sende epikriser o.l.
 - Noen henvender seg - dataansvarlig bestemmer hvordan opplysningene tilgjengeliggjøres
 - Avtale at eksternt helsepersonell kan gis direkte tilgang til hele eller nærmere avgrensede deler
 - Melde opplysninger til kjernejournal slik at de er tilgjengelige for annet helsepersonell med tjenstlig behov



Helseopplysningers dilemma

- Helsepersonell trenger tilgang til relevante pasientopplysninger for å kunne yte forsvarlig helsehjelp
- Samtidig har pasienter et grunnleggende behov for at sensitive helseopplysninger behandles konfidensielt
- Målet er verken størst mulig tilgang til helseopplysninger eller mest mulig begrensninger, men å finne en balansert løsning som både understøtter forsvarlig helsehjelp og ivaretar både pasientens rett til konfidensialitet og tilliten til helsetjenesten.
- Disse hensynene må balanseres mot hverandre
 - Dilemma: Hvordan operasjonalisere denne balansen?
 - At eksempelvis ivaretagelse av ett hensyn er vanskelig å operasjonalisere i moderne løsninger, innebærer ikke at man kan se bort ifra det



Nærmere om taushetsplikten

- Taushetsplikten følger av helsepersonelloven § 21, og er en bærebjelke innen helseretten
 - Tillit til helsetjenesten forutsetter at pasienter opplever at tilgang til helseopplysninger er nødvendig, forholdsmessig og under kontroll
 - Spiller derfor en viktig rolle i pasientsikkerheten – store konsekvenser dersom innbyggerne ikke har tillit til hvordan deres mest private og sensitive opplysninger håndteres
- Taushetsplikten gjelder som hovedregel overfor alle, og innebærer at man
 - ikke skal tilgjengeliggjøre opplysningene for andre
 - skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningene
 - ikke skal lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg opplysninger uten at det foreligger et tjenstlig behov
- Foreligger unntak fra taushetsplikten



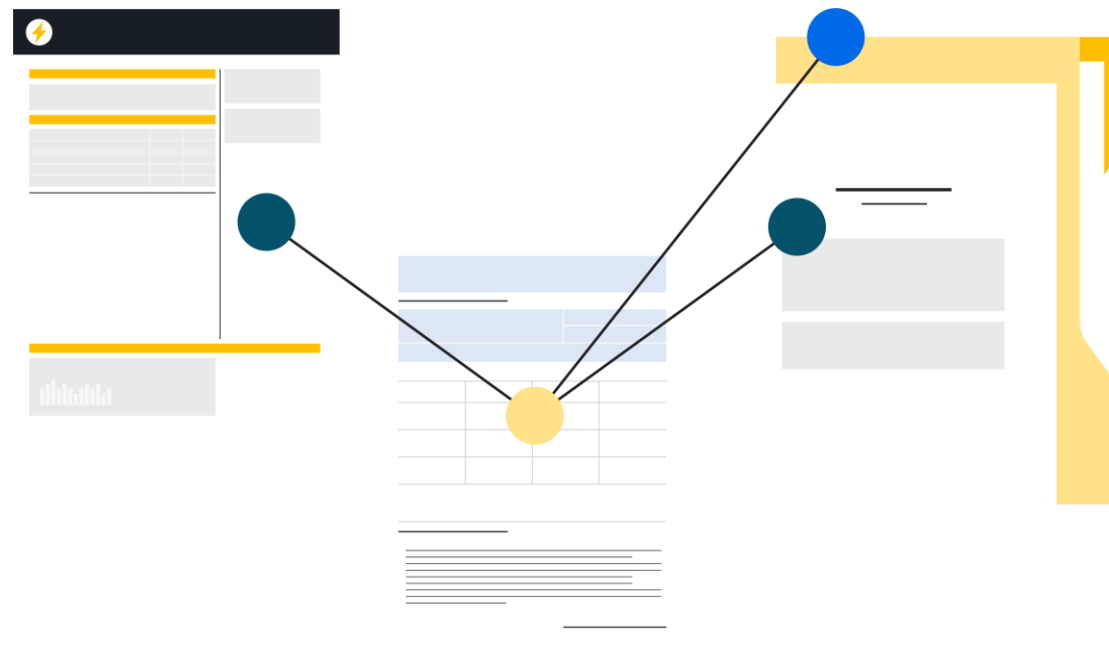
Når kan pasientopplysninger deles med annet personell?

- Unntak fra taushetsplikten for å yte helsehjelp til pasienten, jf. helsepersonelloven § 25
 - Personell som gis tilgang til opplysningene må ha et tjenstlig behov for dem (opplysningene må være relevante og nødvendige)
 - Helsepersonell kan gis tilgang til selv å søke frem opplysninger
 - Gjelder også på tvers av virksomheter
 - Kan gjøres en forhåndsvurdering
 - Gjøres tilgjengelig i form av innmelding til nasjonale behandlingsrettede helseregistre (Reseptformidleren og kjernejournal)
- Nærmere om endringene i taushetspliktbestemmelsene



Tilgjengeliggjøring nasjonalt vs konkret og bilateralt

- Gjeldende regelverk setter tydelige rammer ved tilgjengeliggjøring av helseopplysninger i nasjonal løsning (til et potensielt høyt antall helsepersonell)
 - Rammer fastsatt i regelverket som regulerer kjernejournal (og reseptformidleren)
 - Kjernejournal har som formål å gi behandlende helsepersonell tilgang til vesentlige helseopplysninger om pasienten
- Samtidig åpner regelverket i tillegg for et stort handlingsrom; i situasjoner hvor det foreligger et konkret tjenstlig behov for å tilgjengeliggjøre opplysninger i forbindelse med helsehjelp
 - Helsepersonelloven § 25, jf. pasientjournalloven § 19



Nasjonalt vs konkret og bilateralt

- Regelverket tar høyde for at ulike delingsformer innebærer ulike personvernmessige og tillitsmessige konsekvenser
- Jo mer informasjon som gjøres tilgjengelig gjennom generelle oppslagsløsninger, desto større blir behovet for klare rammer, sterke personvernmekanismer og kontrolltiltak
- Nasjonale løsninger bør derfor reguleres i lov og forskrift
 - reguleringen fastsettes i henhold til demokratiske og transparente prosesser
 - bidrar til forutberegnelighet for både pasienter, helsepersonell og helsetjenesten
 - bidrar til ensartethet uavhengig av eksempelvis geografi

Pasientens journaldokumenter mv

- Må skille mellom hva det ikke er anledning til å tilgjengeliggjøre i/via kjernejournal i det hele tatt, og hva som kan tilgjengeliggjøres i kjernejournal som pasientens journaldokumenter
 - Kan foreligge særskilte krav for andre innholdskategorier
- Behandlingsplaner – kan tilgjengeliggjøres i kjernejournal med pasientens samtykke
 - Individuell plan er imidlertid vurdert til å falle utenfor
 - tverrsektoriell
 - opplysninger som er relevante for helsepersonell vil ofte fremgå av i andre dokumenter
- Journaldokumenter vs prøvesvar



Pause – oppstart igjen kl. 14.00

—

Helhetlig informasjonsforvaltning og EIF-modellen



Gruppearbeid
Påstand: Digital samhandling i helsetjenesten kan
oppleves som utfordrende

Refleksjoner rundt påstanden

Grupper

Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5
Einar Andre Brevik	Terje Bremnes	Soudabeh Khodambashi	Eva Tone Fosse	Merete Lyngstad
Jacob Holter Grundt	Anne Marit Rennemo	Ronny Holten Olsen	Tarald Sæstad	Jørn Andre Jørgensen
Geir Omestad	Knut Berglund	Hanne Schanche Önen	Kjetil Løyning	Marte Kristine Dingen
Line Andreassen Sæle	Mohammad Sharikabad	Jon Gupta	Maren Krogh	Line Linstad
Jan Robert Johannessen	Olav Astad Kristiansen	Mette Røhne	Micaela Thierley	Øystein Berg-Sletteng
Elin Thygesen	Morten Munkvik			

Innledning

- God pasientbehandling forutsetter at relevante helseopplysninger er tilgjengelig når det trengs, samtidig som personvern og tillit skal ivaretas.
- Digital samhandling av relevant informasjon kan oppleves som krevende – Erfaringen er at informasjonen gjerne finnes, men den er spredt, forsinket eller vanskelig tilgjengelig
- Målet er å utforske hvilke faktorer som ligger bak utfordringene og skille mellom symptom (det vi ser) og rotårsaker (under overflaten)
 - Hva er de viktigste årsakene til at digital deling av helseopplysninger oppleves som krevende?
 - Er utfordringene primært knyttet til organisering, ledelse, kultur, kompetanse, teknologi, finansiering eller regelverk?
 - Hvilke hindringer er symptomer, og hvilke er egentlige rotårsaker?



Gjennomføring

1. Finn rotårsakene
 - Ut fra de utfordringer dere ser i dag, hva er symptomer, og hva er de egentlige rotårsakene
 - Bli enige om de viktigste rotårsakene
2. Prioriter og finn løsninger
 - Hvilken rotårsak er viktigst å løse?
 - Hva bør gjøres for å løse den, og hvilke konsekvenser eller avveininger må vi være oppmerksomme på?
3. Oppsummering i plenum
 - Viktigste rotårsaker
 - Ett konkret forslag til løsning
 - Hvilke konsekvenser vil det kunne ha, og hvilke avveininger må gjøres?



Grupper

Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5
Einar Andre Brevik	Terje Bremnes	Soudabeh Khodambashi	Eva Tone Fosse	Merete Lyngstad
Jacob Holter Grundt	Anne Marit Rennemo	Ronny Holten Olsen	Tarald Sæstad	Jørn Andre Jørgensen
Geir Omestad	Knut Berglund	Hanne Schanche Önen	Kjetil Løyning	Marte Kristine Dingen
Line Andreassen Sæle	Mohammad Sharikabad	Jon Gupta	Maren Krogh	Line Linstad
Jan Robert Johannessen	Olav Astad Kristiansen	Mette Røhne	Micaela Thierley	Øystein Berg-Sletteng
Elin Thygesen	Morten Munkvik			

Oppsummering og drøfting i plenum



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.

Sak 20/26: Eventuelt



Takk Mohammad!

—



Takk for nå!

—

Neste møte i Fagrådet er 28. – 29. oktober 2026