Helsedirektoratet

Møte i Fagrådet

28. – 29. oktober 2026

Scandic St Olavs plass, Oslo

Endringer i representasjon i Fagrådet

Vi ønsker nye medlemmer velkommen i Fagrådet:

- Tove Brekken, FHI, erstatter Mohammad Sharikabad.

Stedfortredere til dette Fagrådet

- Kristian Bergem, Digitaliseringsdirektoratet, deltar for Jim Yang.

Agenda Fagrådet dag 1 – 28. oktober 2026

Saksnr.	Tittel på sak	Presenter saken	Tid	Sakstype
21/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Hans Löwe Larsen, **Helsedirektoratet**	10:00	Godkjenning
22/26	Digital førstelinje: fremtidsbilde, forutsetninger og veien mot sammenhengende digitale og fysiske tjenester	Michael Kumar**, Helsedirektoratet**	10:05	Drøfting
	Lunsj		12:00	
23/26	Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning – status og videre arbeid	Hanne Schanche Önen, **IRAU**	13:00	Drøfting
24/26	Helhetlige personverninnstillinger på tvers av aktører og systemer	Georg Ranhoff, **Prosjektleder IRAU** Rune Brækken, **Sykehuspartner**	13:40	Drøfting
	Pause		14:30	
25/26	Legemiddeldata fra institusjon til Legemiddelregisteret (LMDI-prosjektet)	Ida Ørvik, Kari Jansdotter Husabø, **Folkehelseinstituttet**	14:45	Drøfting
	Pause		15:25	
26/26	Utfordringer med meldingsutveksling	Jeanette Wiger**, Sykehuspartner** Hans Löwe Larsen**, Helsedirektoratet** Ronny Holten Olsen, **Norsk helsenett SF**	15:40	Drøfting
27/26	Orientering fra Helsedirektoratet	Hans Löwe Larsen, **Helsedirektoratet**	16:20	Orientering
	Slutt dag 1		16:25	
	Middag på hotellet		18:30	

Helsedirektoratet

Sak 21/26: Godkjenning av innkalling og dagsorden

Forslag til vedtak

Fagrådet godkjenner innkalling og dagsorden.

Helsedirektoratet

Sak 22/26: Digital førstelinje: fremtidsbilde, forutsetninger og veien mot sammenhengende digitale og fysiske tjenester

Formålet med saken

Få Fagrådets perspektiver på hvordan Digital førstelinje kan videreutvikles for å styrke innbyggernes mestring, bidra til mer sammenhengende tjenester og understøtte en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

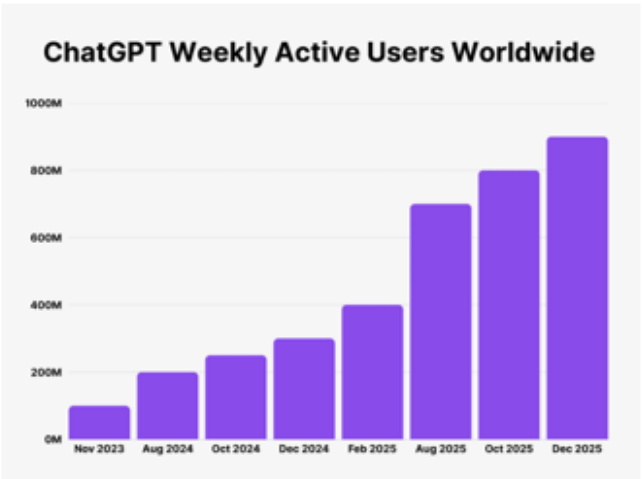
- **Fagrådet inviteres særlig til å drøfte**
  - Sammenhengende forløp, roller og ansvar
  - Rammer for samhandling
  - Innføring, forvaltning og skalering av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy

Trender som driver frem behov for endringer i hvordan helsetjenestene leveres

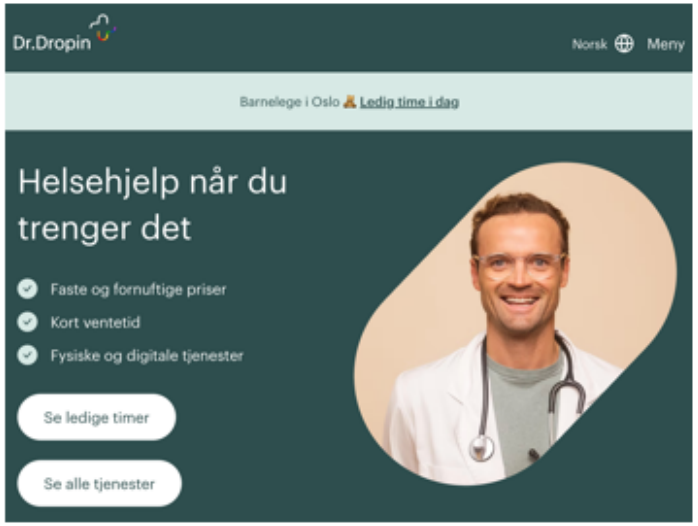
Behovet for helsetjenester vokser raskere enn tilgangen på helsepersonell



Teknologiske løsninger utvikles og tas i bruk raskt av befolkningen



Alternative tilbud bidrar til å øke forventningene til helsetjenesten



Behovene er kjente og mange er uløste



Innbygger

- Få hjelp tidlig, når symptomene oppstår, der jeg er
- Én samlet inngang der tjenesten holder sammen forløpet for meg, uten at jeg trenger å kjenne organiseringen av helsetjenesten
- Finne kvalitetssikret informasjon og verktøy man kan stole på, uten selv å vurdere hva som er trygt
- Fortelle min historie én gang
- Ha kontroll på egne data og samtykker



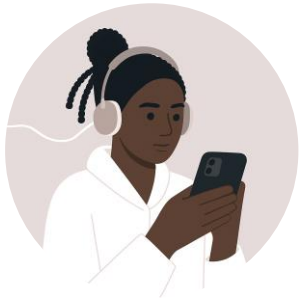
Helsepersonell

- Se det som er relevant uten å lete – vite hva innbygger allerede har kartlagt og prøvd
- Ha kvalitetssikrede verktøy og kilder å anbefale og tildele, uten egen vurdering av hver løsning
- Digitale verktøy som letter arbeidsbyrden og underbygger effektiv arbeidsflyt
- Tilgang til utfallsdata mellom konsultasjoner, slik at oppfølgingen blir målrettet
- Gjenbruk og deling av informasjon på tvers, slik at dobbeltarbeid reduseres og samhandling styrkes

En stor gruppe innbyggere har potensiale for å gjøre mer selv med digital støtte



Anissa 69
Pårørende som følger opp mor med demens



Kaja 17
Milde /Moderate psykiske helseplager



Camilla 35 år
Urinveisinfeksjon



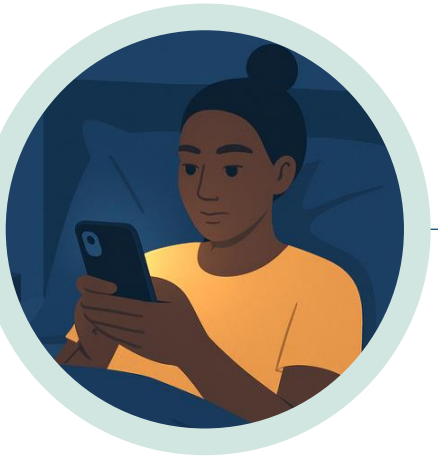
Tore 60
Tungpust, piping i brystet og slimhoste



Berit 49
Ferdigbehandlet for brystkreft

Innbyggernes behov er ulike, og det samme er forventningene til digital førstelinje

Digital førstelinje skal styrke egenmestring og bidra til sammenhengende forløp



Identifisere behov tidlig
Tilgjengelige tjenester med lav terksel for kontakt



Avklare og lede til rett tjeneste
Kartlegging og veivisning til riktig tilbud og nivå via Helsenorge



Oppfølging og behandling digitalt og fysisk
Støtte til innbyggere ved nye behov og i pågående forløp



Dele informasjon og understøtte oppfølging
Relevant informasjon er tilgjengelig innbyggere og helsepersonell



Sikre trygge overganger og kontinuitet
Mellom digitale og fysiske tjenester, nivåer og aktører

Digital førstelinje er et virkemidel for å nå målene i Nasjonal E-helsestrategi



Visjonen for Digital førstelinje er forankret i mål 1 og 2

MÅL 1 | AKTIV MEDVIRKNING I EGEN OG NÆRES HELSE

Digitale helse- og omsorgstjenester skal tilrettelegge for at innbyggere og pårørende enkelt kan involvere seg i forebygging, behandling og oppfølging av egen og næres helse og mestring. Når, hvor og hvordan helse- og omsorgstjenester utføres skal i større grad tilpasses innbyggers behov. Dette vil bidra til bedre utnyttelse av kompetanse og kapasitet.



MÅL 2 | ENKLERE ARBEIDSDAG

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.





Vestre vil ha mer helse-KI: – Vi skal etablere en digital førstelinje

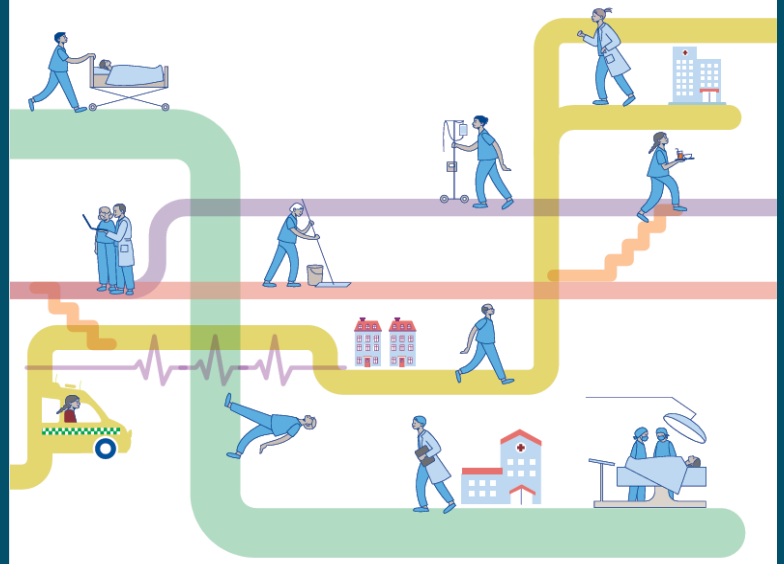
DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 11

(2025–2026)

Melding til Stortinget

Helsepersonellplan 2040



7 Digitalisering og kunstig intelligens



digital førstelinje for en mer selvhjulpen befolkning

Kortversjon: TB2026-17 Digital førstelinje

Helsedirektoratet skal iverksette tiltak for å tilrettelegge for digitale helsetjenester som gir innbyggerne mulighet til å ta en aktiv rolle i egen og næres helse. Digitale helsetjenester skal styrke helse- og omsorgstjenestens evne til å yte helsehjelp til flere, med god kvalitet. Samtidig skal Helsedirektoratet bidra til utvikling av sammenhengende, tilgjengelige og bærekraftige digitale løsninger som støtter både innbyggernes behov og helsepersonellets arbeidshverdag. Helsedirektoratet skal samarbeide med Norsk helsenett SF om hvordan behovet realiseres på Helsenorge.

D1: Målrettede helseråd

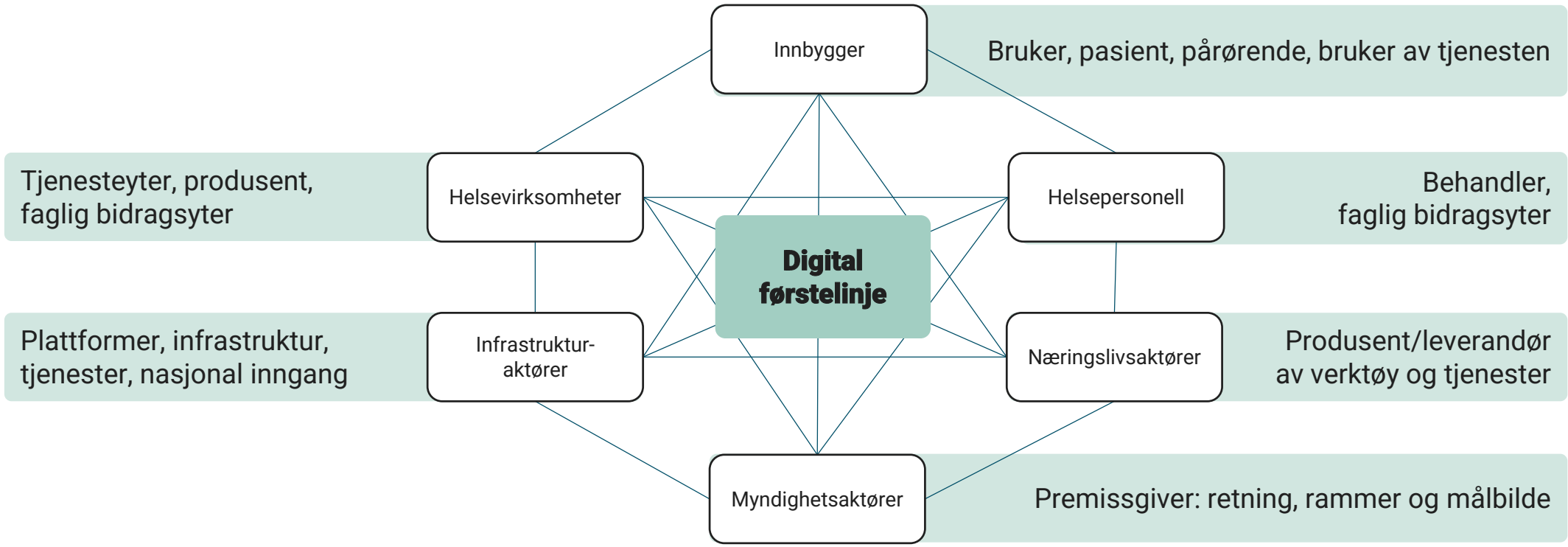
D2: Legge til rette for økt bruk av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy

D3: Digitale verktøy for psykisk helse/rus

D4: Støtte forebygging, mestring og helsekompetanse

D5: Etablere første trinn av en digital veiviser til helsetjenestene

Samspill mellom aktører med ulike roller



Helsedirektoratet

Tre perspektiver på digital førstelinje

Del 1

Digital førstelinje på Helsenorge

Anne Lise Nårstad

Norsk Helsenett

Del 2

Hvordan kan vi bygge en fremtidsrettet og bærekraftig helsetjeneste i Norge?

Anton Åhrén

Leder for regional strategisk satsing på digital psykisk helse.
Helse Sør-Øst

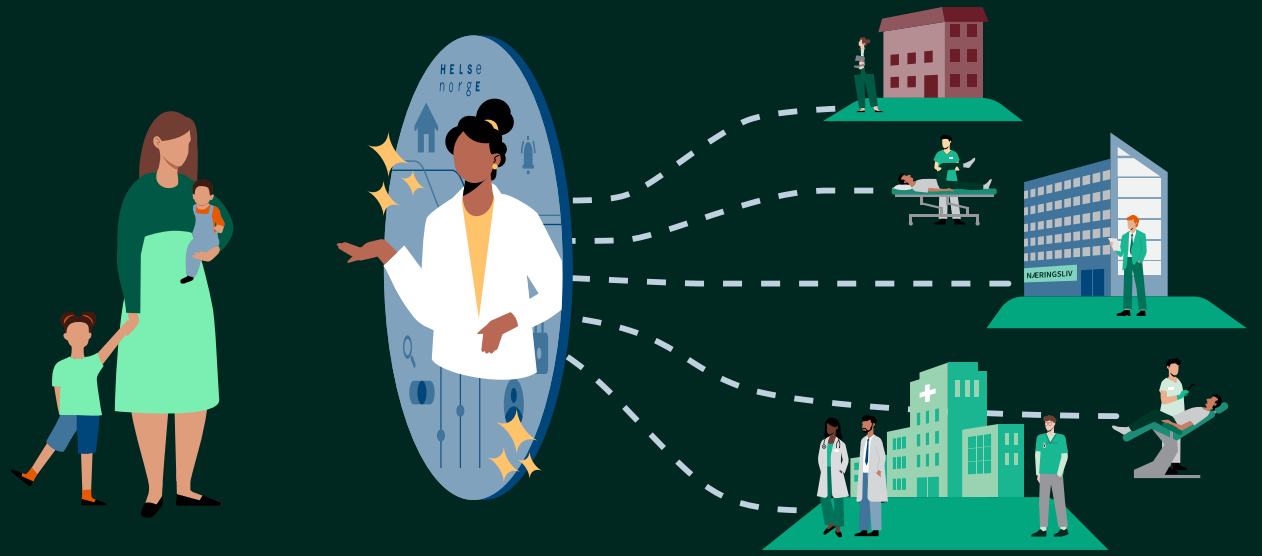
Del 3

Digital førstelinje på legevakt

Arurann Ananthaharan

Overlege, Legevakten i Oslo

Digital førstelinje på Helsenorge



Norsk helsenett

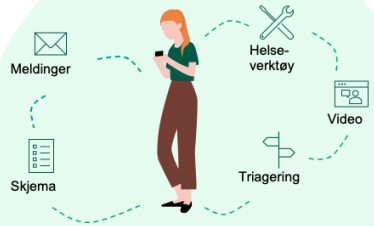
Kontinuerlig utvikling

2011



En portal for én inngang til helsetjenesten

2017



En plattform for tjenester - med et åpent økosystem

På vei!

Person-tilpasning

Digital førstelinje

KI



En persontilpasset, støttende og handlingsrettet opplevelse

Videre fremtid



Personlig helseagent

Nye kanaler

Nye bruker-opplevelser

Mer aktiv ledsager

Opplevelsen av en sammenhengende helsetjeneste

Persontilpasning – digital førstelinje - KI

Bruker-opplevelse

En *forventning* om å finne innhold og tjenester som er tilpasset egne behov og forutsetninger.

Et digitalt kontakt-punkt som tar i mot spørsmål og bekymringer, som støtter selvhjelp, sortering og riktig videreføring, samt oppfølging i forløp.

Ny rolle



Teknologi

KI som virkemiddel for å møte forventningene

Et potensiale for å håndtere kompleksiteten i sektoren og en sammensatt brukermasse.

På Helsenorge og i samspill med 3.partsapplikasjoner.

Vi tydeliggjør hvordan Helsenorge skal oppleves

Slik møter vi fremtidens helsetjeneste på Helsenorge

Helsenorge som «personlig helsepartner»



Hvordan opplever innbyggerne «helsepartneren»?



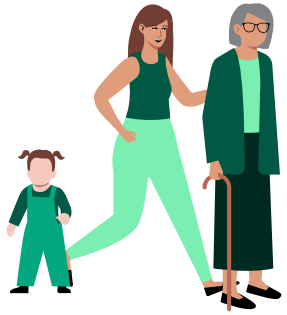
Personlig

Forstår meg, tilpasser seg meg og hjelper meg med det som er relevant akkurat nå.



Handlingsrettet

Hjelper meg til å handle klokt og få gjort det som trengs - også proaktivt når det er nyttig.



Sammenheng

Gir meg én helhetlig opplevelse gjennom livets ulike situasjoner, og på tvers av tjenester, aktører og digitale ressurser.



Trygg og tar vare på

Jeg føler meg ivaretatt, kan stole på informasjon og tjenestene, og får hjelp som er riktig for meg.

Helsenorge – «en personlig helsepartner»

I hvilke situasjoner gir «helsepartneren» støtte?

1 Noe har skjedd



Helsetilbud

2 Ta vare på helsen



Helsefremming

3 Gjennom behandling



Sammenhengende forløp

4 Leve med helseutfordringer



Aktiv oppfølging

Riktig informasjon, riktig støtte og riktige tjenester – til riktig tid. Basert på dine behov og din situasjon.

En smart og trygg ledsager gjennom livet

Det du trenger,
når du trenger det





Gir deg en **opplevelse** som er personlig, handlingsrettet og sammenhengende, og at du føler deg trygg og ivaretatt

Støtter deg i alle **situasjoner** som kan oppstå – når noe skjer, gjennom utredning og behandling, gjennom egeninnsats

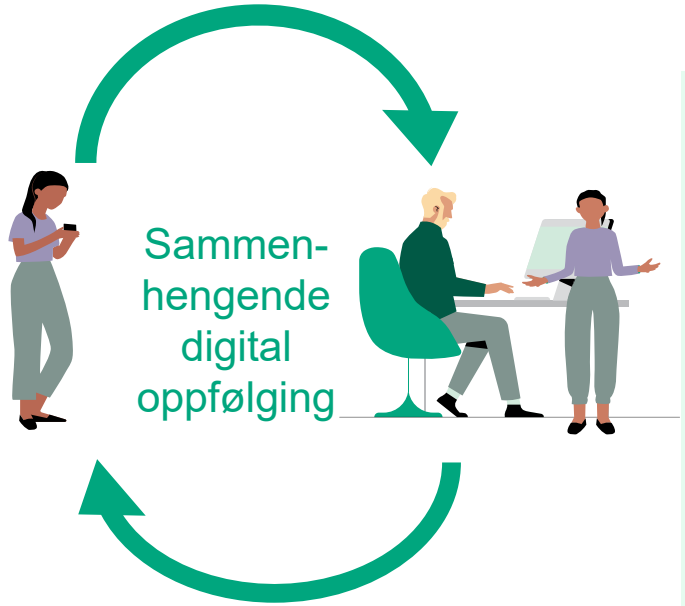


En fungerende digital førstelinje der innbygger gjør mer selv – mestrer helsa si

Helsepartneren i en digital førstelinje

Egenmestring og informerte valg

- Digital veiledning
- Selvhjelps-verktøy
- Målrettede helseråd



Den fysiske førstelinjen

- Digital kontakt
- Digital støtte i oppfølging

Her er vi nå

Finne frem til egenmestring for psykisk helse

Egenmestring og informerte valg

- Digital veiledning
- Selvhjelps-verktøy
- (Målrettede helseråd)



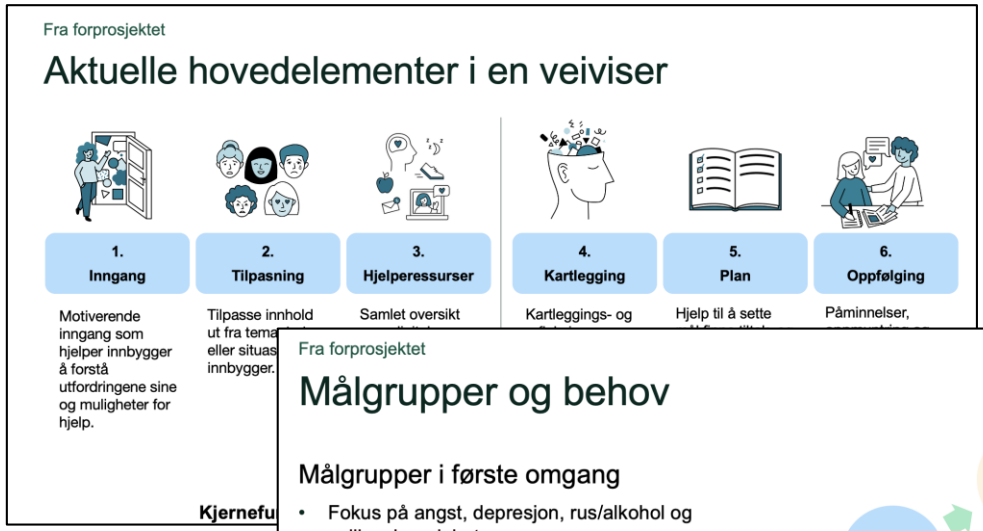
Den fysiske førstelinjen

- Digital kontakt
- Digital støtte i oppfølging

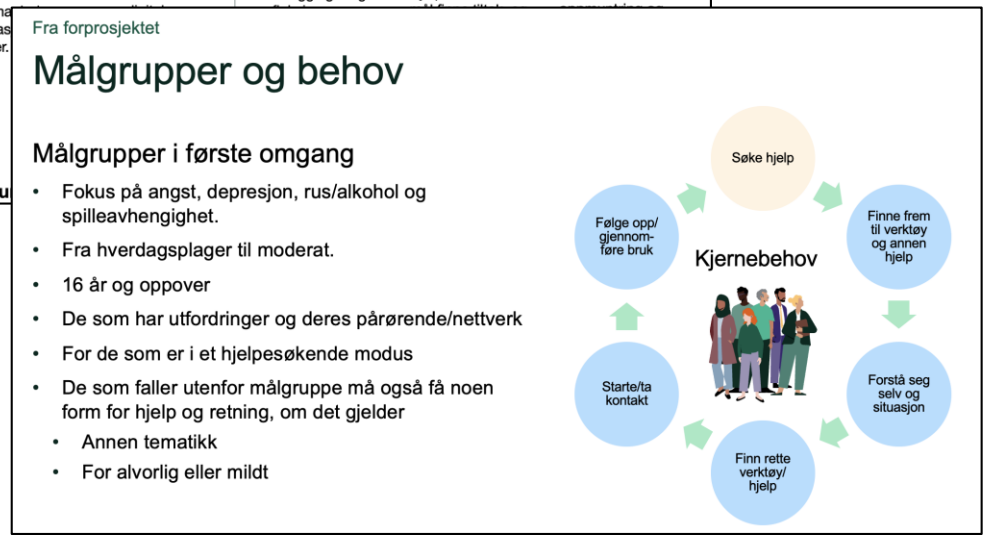
Avgrenset til rammene fra forprosjektet



Konsept



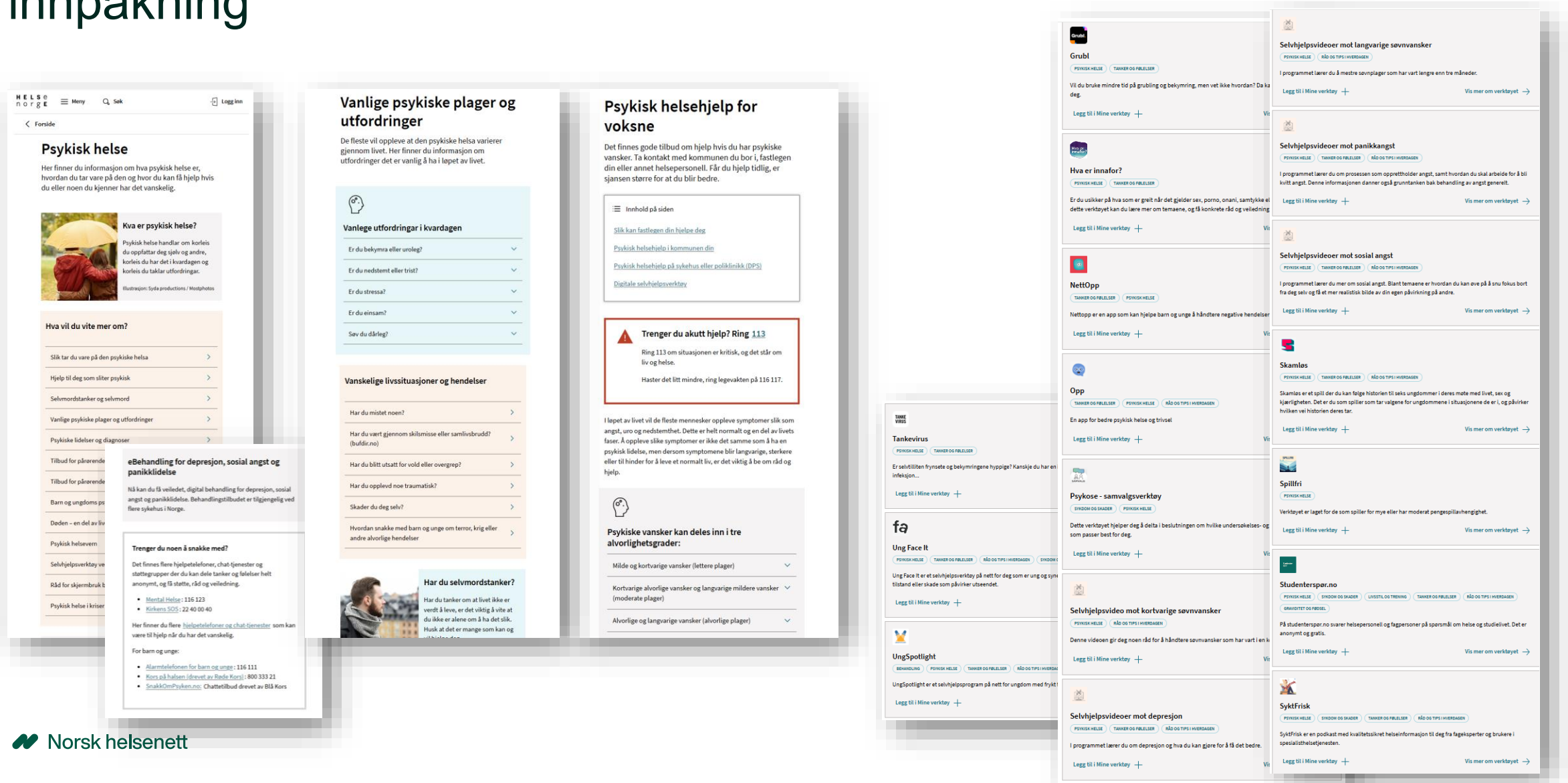
Innholdselementer



Målgrupper

Utgangspunktet

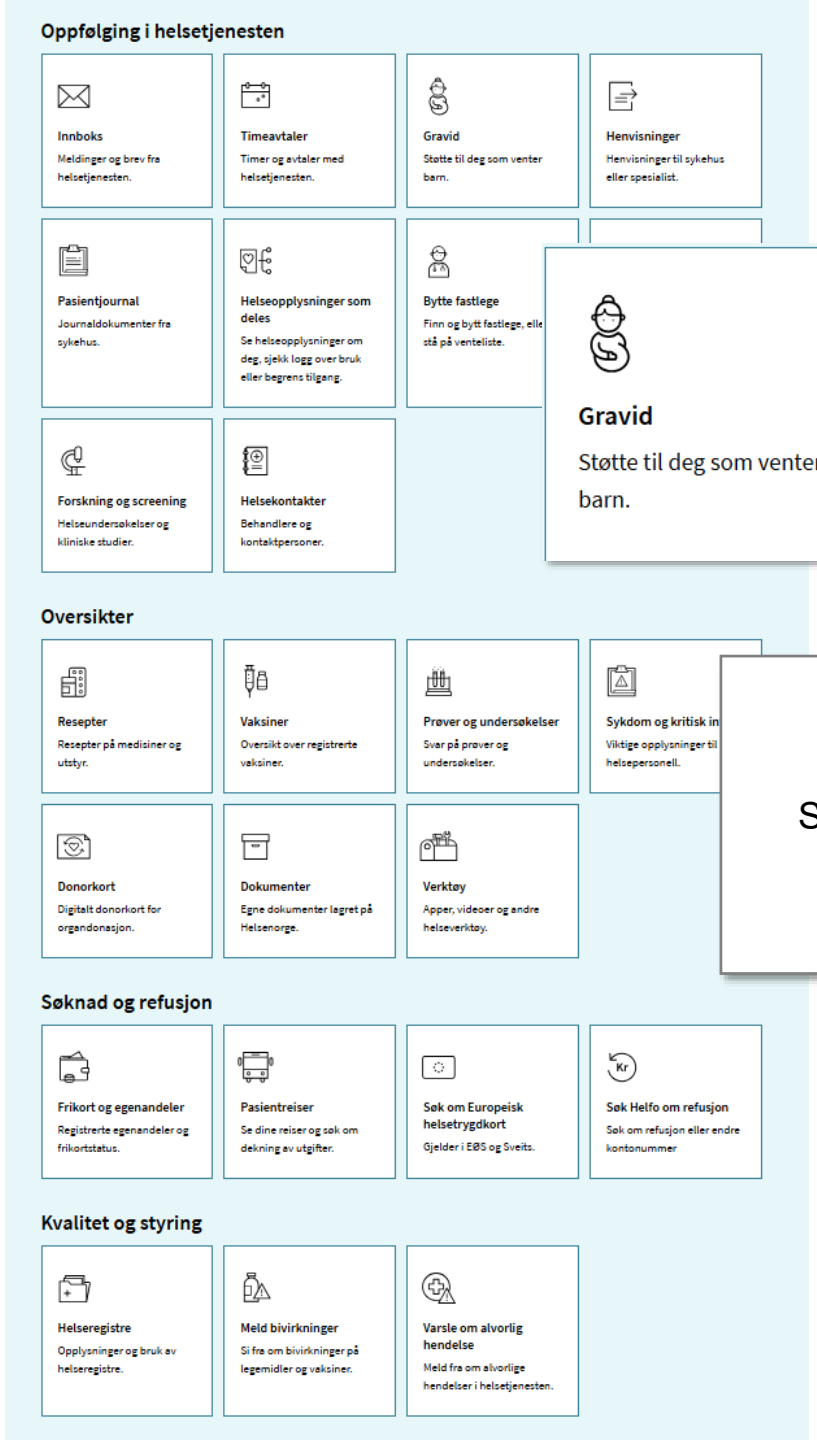
Vi samler eksisterende innhold på Helsenorge om psykisk helse i ny innpakning



Norsk helsenett

Generisk løsning

Kan fylles med tilpasset innhold



Psykisk helse

Vektreduksjon

Småbarnsliv

Røykeslutt

Muskler og skjelett

Forstå → Tilpasse → Bruke

Første versjon: Inngangen

To spørsmål



1 Situasjon

«Hvordan går det? Gjelder noen av disse for deg?»



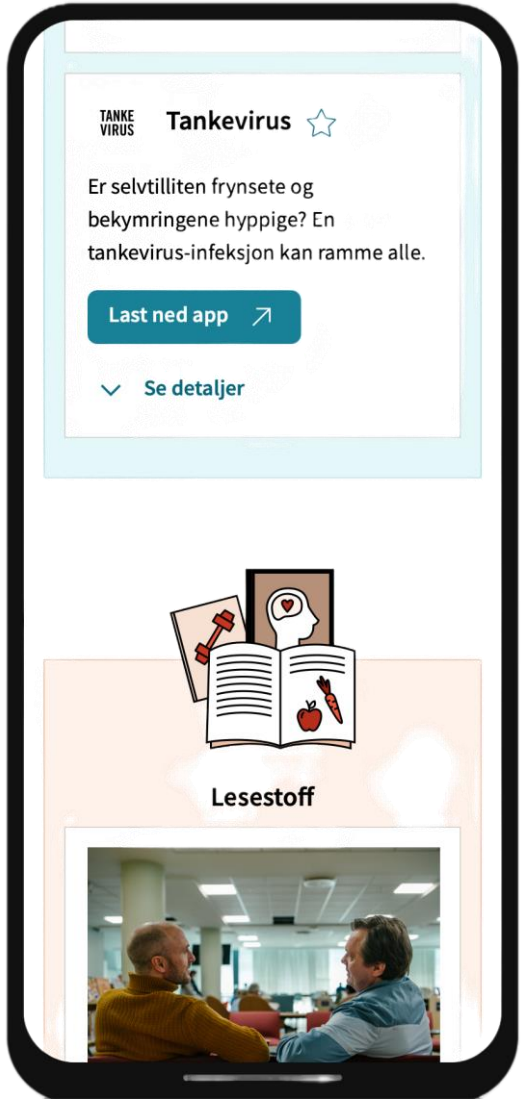
2 Fokus

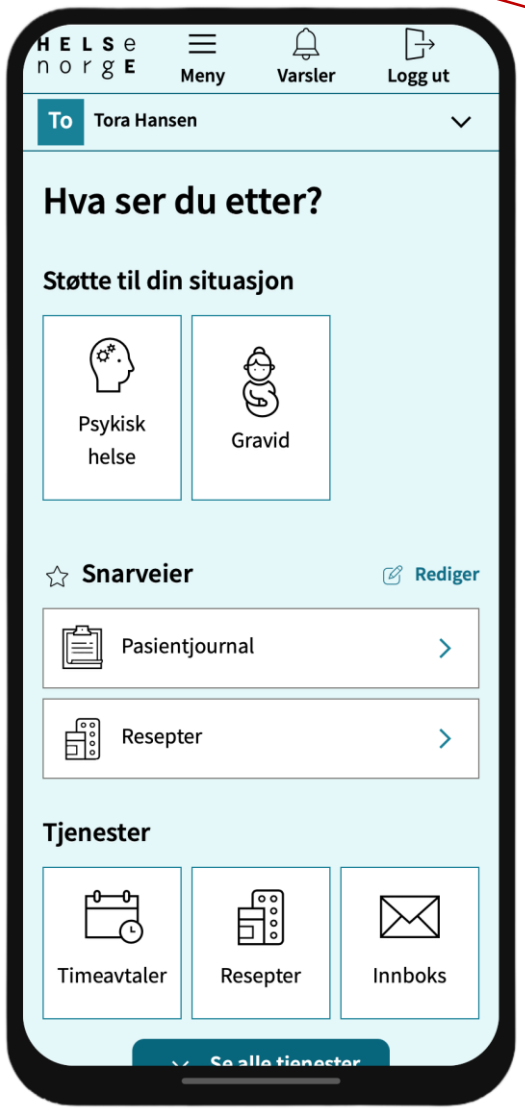
«Hva ønsker du å fokusere på nå?»

Tilpassede ressurser

ILLUSTRASJON

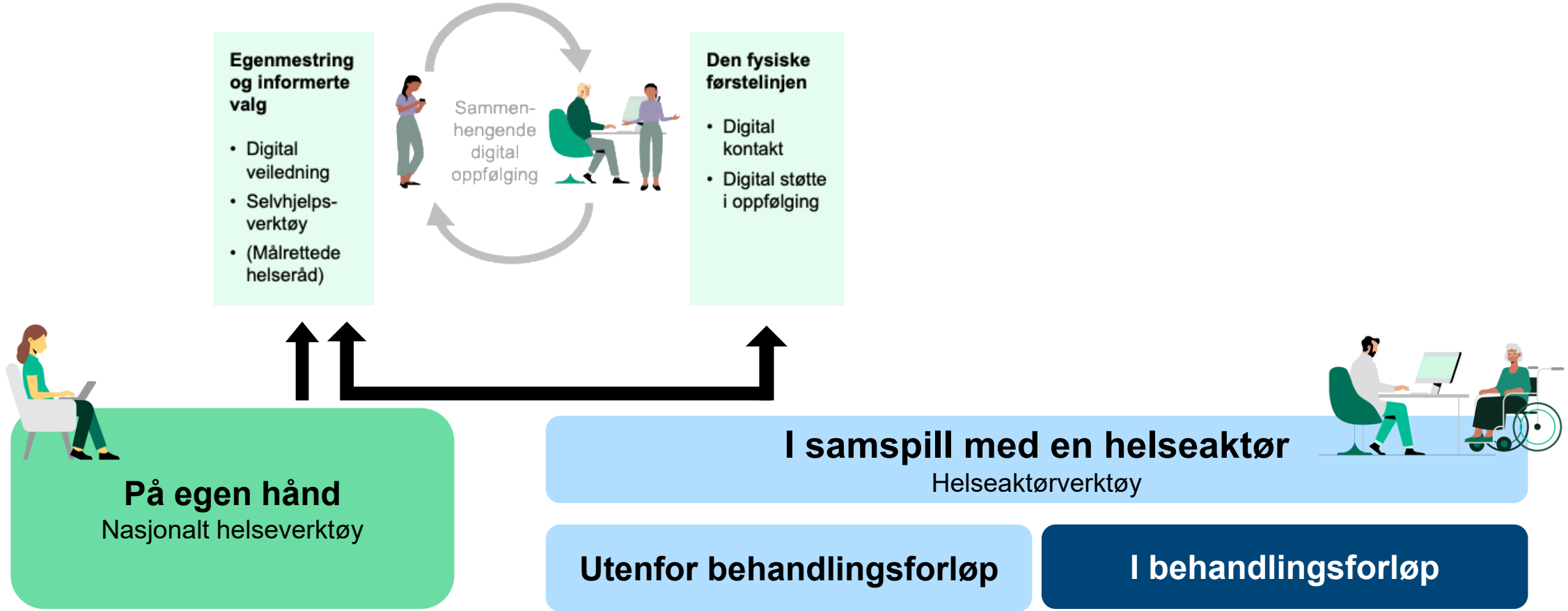




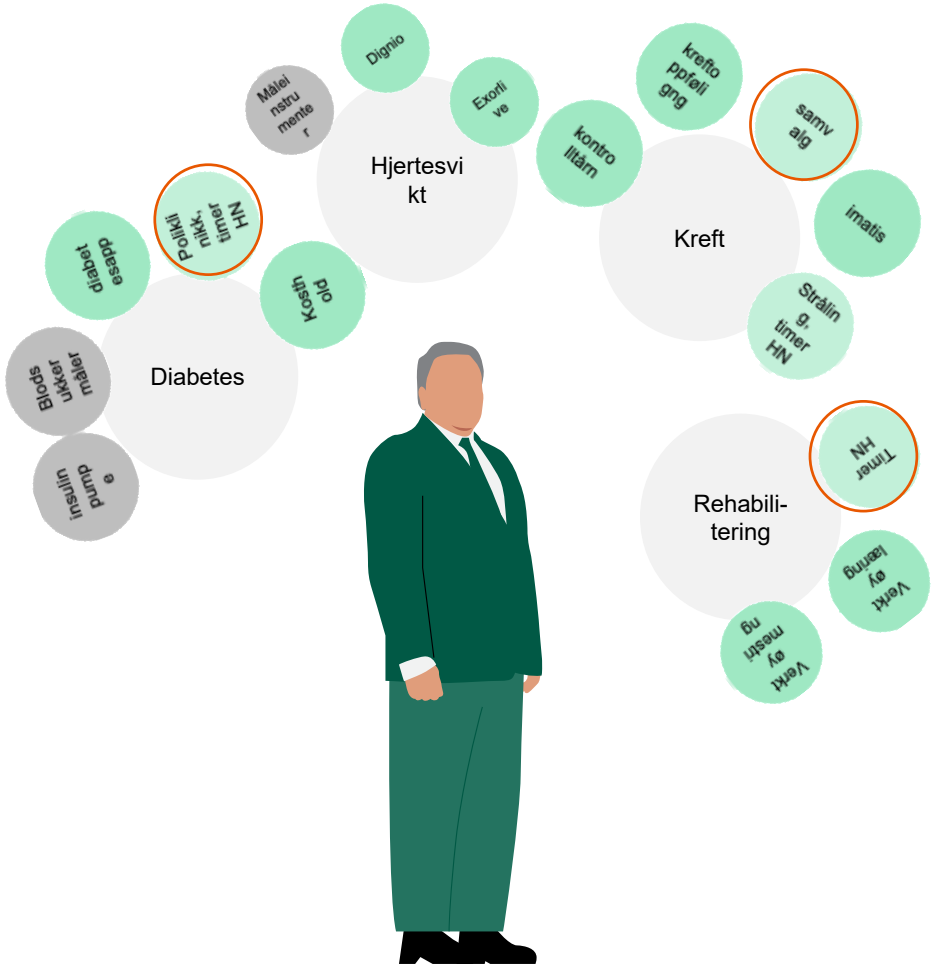


Verktøy kan brukes på egenhånd og sammen med helseaktør

Bygger videre på mekanismene vi allerede har for samspill med 3.partsapplikasjoner



Innbyggers bruk av verktøy – en pasienthistorie med Tore på 62 år



- Han har levd med **diabetes type 1** siden han var ungdom
- I midten av 50-årene fikk Tore påvist **hjertesvikt** og fikk etterhvert hjemmeoppfølging.
- For to år siden fikk Tore **prostatakreft** og følges opp av legene i sykehusets system for oppfølging av kreftpasienter. Sykehuset bruker også ulike innsjekks- og betalingsløsninger.
- Etter kreftbehandling følges Tores **rehabilitering** opp av fastlegen. Tore sliter med lav energi, manglende ernæring og livsgnist.

Helhet og sammenheng på Helsenorge

- Bibliotek med nasjonale helseverktøy
- Tilsendte verktøy fra behandler
- Samlet oversikt i «Mine verktøy»
- Én innlogging til webverktøy (SSO)
- Snarvei til verktøy på forsiden
- Samlet oversikt over oppgaver, også i eksterne verktøy

Lett å få oversikt (hvem, hva, hvor, når)

Lett å finne/gjenfinne

Lett å starte/bruke

Lett å vite hva du skal gjøre

Lett å vite hvor du er

HELSE norge



Høyest mulig nytte for brukeren - alltid

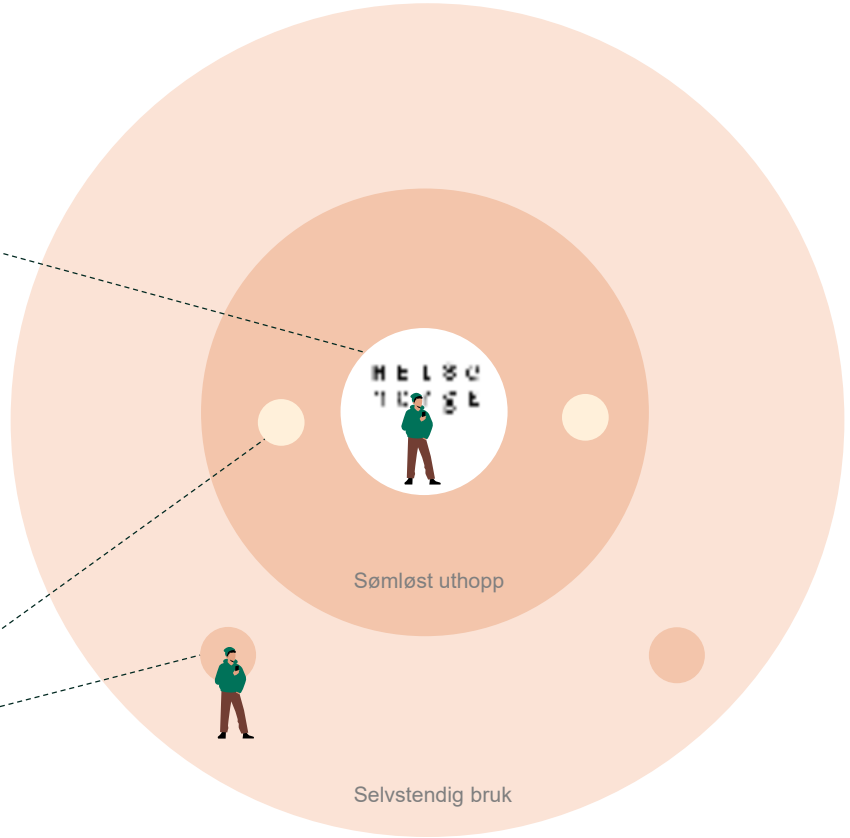
Helsenorges verdier: Nytte – Kvalitet – Tydelighet - Samarbeid

Innbygger kan utføre oppgaver i Helsenorges brukerflate eller i ekstern brukerflate

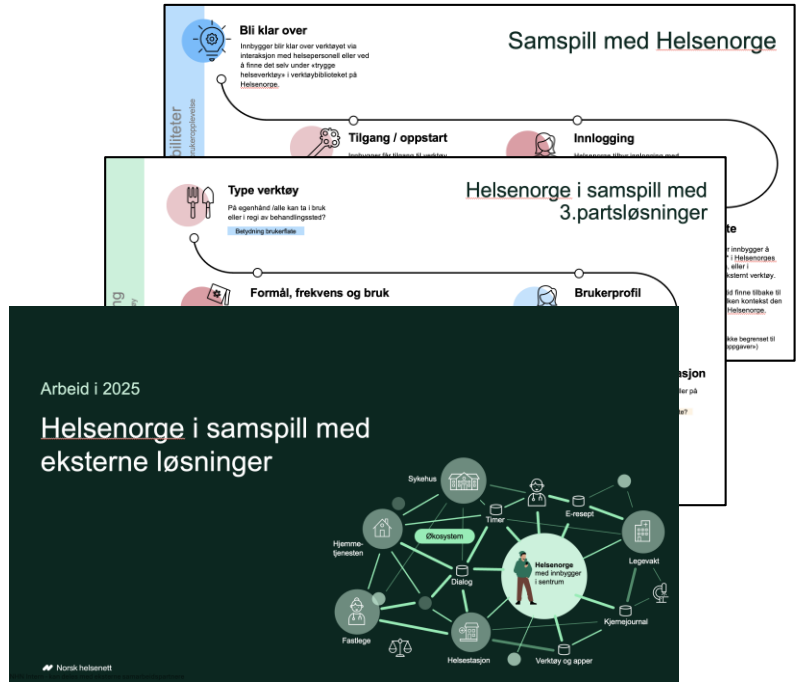
Utnytter løsninger fra hele helsesektoren

Helsenorges brukerflate

Basisoppgaver utføres alltid her



Ekstern brukerflate koblet mot Helsenorge

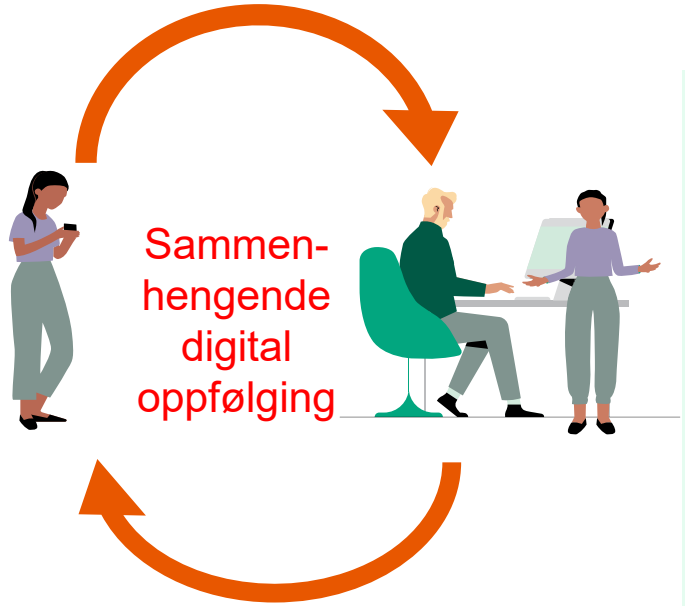


Eget materiale og dokumentasjon

Neste skritt er å sammen gå opp hvordan et digitalt-fysisk samspill ser ut

Egenmestring og informerte valg

- Digital veiledning
- Selvhjelps-verktøy
- (Målrettede helseråd)



Den fysiske førstelinjen

- Digital kontakt
- Digital støtte i oppfølging

Norsk helsenett

Vi knytter Helse-Norge sammen

Hvordan kan vi bygge en fremtidsrettet og bærekraftig helsetjeneste i Norge?

Anton Åhrén

Leder for regional strategisk satsing på digital psykisk helse

HELSE SØR-ØST

Vi har manglet det mest grunnleggende…



Vi mangler innsikt i om tjenestene våre faktisk er med på å få pasientene våre til å oppleve bedring i plagene sin og leve mer meningsfull liv – vi har ikke styringsdata om vår viktigste «KPI»; pasientbedring



Behandlerne våre har ikke tilgang til systematisk rapportert pasientutfall og opplevelse for å dynamisk kunne justere behandling etter pasientens behov og utvikling. Har ikke fått støtte til lykkes med det terapeutiske prosjktet



Vi samler mye pasientdata, men denne er papirbasert og kan ikke brukes for å aggregere data om en pasientgruppe for kvalitetsforbedring

…og det er tydelig for de som undersøker det

Konklusjonen fra Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester:



…poliklinikker er ikke gode nok på å systematisk samle pasient og pårørende feedback og opplevelse



…ledere i psykisk helsevern jobber ikke systematisk med kvalitetsforbedring fordi de mangler data og verktøy for å få innsikt om behandlingskvaliteten til egen klinikk

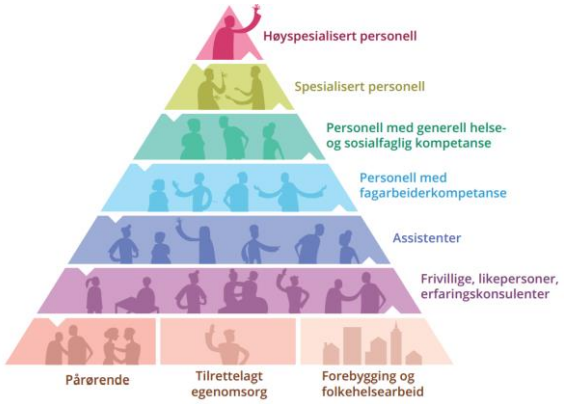


Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester (2021)

Helsepersonellkommisjonen

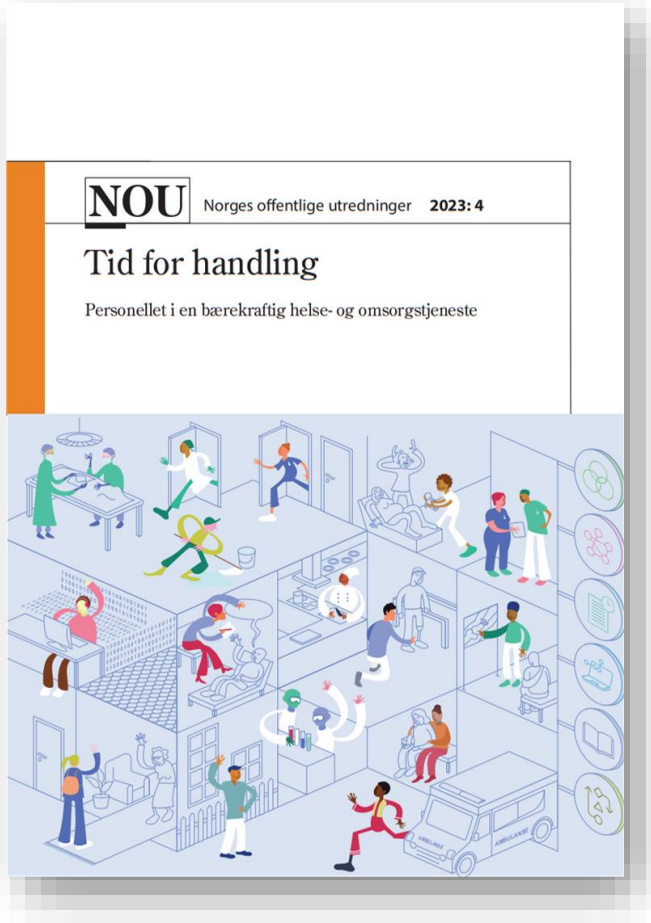
«– Vi kan ikke se for oss noen politisk retning, politisk initiativ eller satsing som overdøver dette. Det er ingen vei utenom færre ansatte per pasient. Det hjelper ikke med en milliard her og en der, det blir færre ansatte per pasient. Ikke færre enn i dag, men per pasient.»

Gunnar Bovim,
leder av Helsepersonellkommisjonen, 2. februar 2023









HSØ bruker ca. 20 milliar på PHV og TSB hvert år uten å ha data om pasientene opplever at det virker.





Det er ikke mer behandling som skal til for å redusere sykdomsbyrden av psykiske lidelser for samfunnet, mener Arne Holte. – Det er for dyrt, og det har for liten effekt. Dessuten treffer det sosialt skeivt, sier han. (Foto: Ola Gamst Sæther)

Samfunnet bruker stadig mer penger på psykisk helse. Hvorfor blir vi ikke friskere?

Andelen av oss som har en depresjon – den vanligste psykiske lidelsen – har vært uendret i mer enn 30 år. Nå mener en kritisk professor at vi bør tenke helt nytt.


Siw Ellen Jakobsen
JOURNALIST


Ingrid Spilde
JOURNALIST

Fredag 09. juni 2023 - 04:30

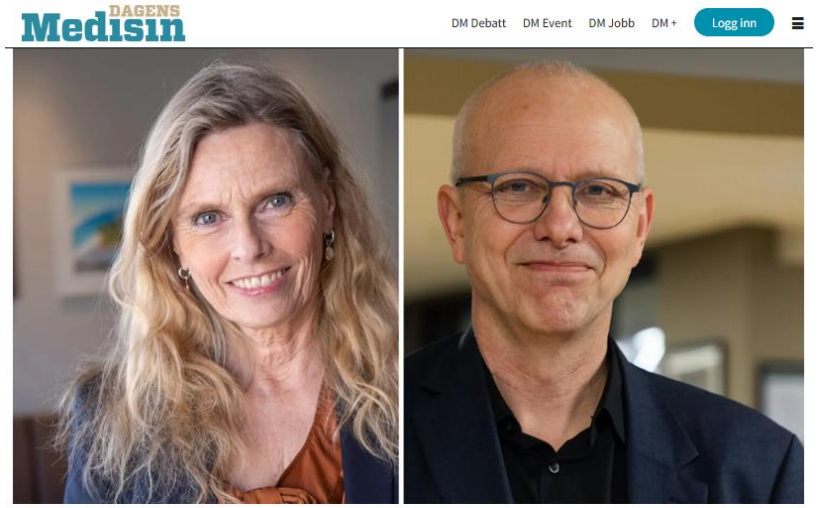
…det er rett og slett behov for endring



Helsetalen 2026

Ingen skal bli kasteballer mellom behandlingssteder

«Folk skal ikke merke om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten som yter helsehjelp. Forløp, frister og kvalitet skal følge pasientene



Helsedata får først verdi når de faktisk tas i bruk

«Tenk utenfor boksen!»

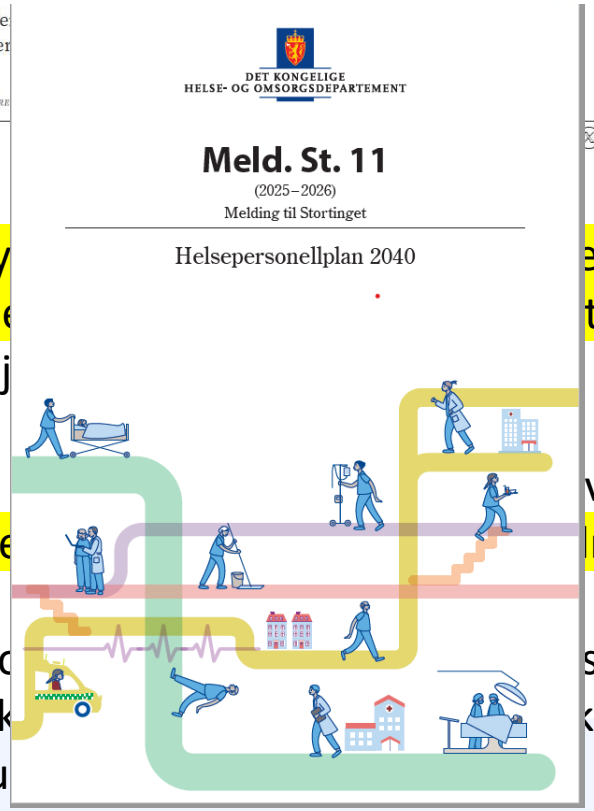
- En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste tilpasset folks hverdag, med korte ventetider, digitale løsninger og mer valgfrihet

Oppgavedeling og helsedata

Vi trenger både nye produkter og ny … er på.
Gode løsninger kan frigjøre tid for he … tetider.
En ny oppgavedeling mellom profesj…

Brukere, pårørende og frivilligheten … v
løsningen. De må involveres sterkere … lrettet.

Vi må våge å ta i bruk ny teknologi, … sammen
på og levere tjenester på. Erfaring sk… kes, må
resten følge etter: Å være en god nu…





DelMedMeg

En løsning for å bygget et økosystem
rundt pasientrapporterte data,
til forbedring og utvikling av
behandling og tjenesten

Kjernebatteri av spørsmål og påstander i VOP og BUP
Pilotere i døgn, TSB, legevakt og FACT (utvikling)

Tenk om kommune Norge også blir med



- Anamnestisk informasjon
- Barn som pårørende
- Alkohol og rusbruk
- Somatisk helse og medisiner
- Arbeidssituasjon og mestringstro
- Symptomer på psykisk uhelse
- Livskvalitet
- Mål for behandling

Fellesskap og fleksibilitet



- **Stammen** er dataene vi har forpliktet oss til å samle inn i fellesskap
- **Grenene** er det hvert enkelt HF/kommune eller avdeling har bestemt seg for å bruke
- **Bladene** er det den enkelte behandler bruker med sin pasient

Illustrasjon: ChatGPT

CORE-OM Besvarelser

Risiko

Nr	Spørsmål	Svar
16	Har jeg lagt planer for å gjøre slutt på livet mitt *(Selvskade)*	Nesten hele tiden
6	Har jeg vært fysisk voldelig mot andre *(Skade andre)*	Ofte
24	Har jeg tenkt det ville vært bedre om jeg var død *(Selvskade)*	Ofte
22	Har jeg truet eller skremt et annet menneske *(Skade andre)*	Av og til
9	Har jeg tenkt på å skade meg selv *(Selvskade)*	Sjelden
34	Har jeg skadet meg selv fysisk eller tatt farlige sjanser med min egen helse *(Selvskade)*	Sjelden

Velvære

Nr	Spørsmål	Svar
17	Har jeg følt meg overveldet av mine problemer	Ofte
4	Har jeg følt meg fornøyd med meg selv[R]	Av og til
31	Har jeg følt meg optimistisk med tanke på fremtiden[R]	Av og til
14	Har jeg hatt lyst til å gråte	Aldri

Gjelder siste måling. [R] *- Reversert skåre.*
Underdomener i kursiv.

Problemer

Nr	Spørsmål	Svar
23	Har jeg følt meg fortvilet eller uten håp *(Depresjon)*	Nesten hele tiden
8	Har jeg vært plaget av verk, smerter eller andre fysiske plager *(Somatisk)*	Ofte
13	Har jeg vært plaget av uønskede tanker og følelser *(Traume)*	Ofte
18	Har jeg hatt problemer med å sovne eller har våknet fort igjen *(Somatisk)*	Ofte
20	Har det vært umulig å legge bort problemene mine *(Angst)*	Ofte
2	Har jeg følt meg anspent, engstelig eller nervøs *(Angst)*	Av og til
15	Har jeg følt redsel eller panikk *(Angst)*	Av og til
28	Har uønskede bilder eller minner plaget meg *(Traume)*	Av og til
30	Har jeg tenkt at mine problemer eller vanskeligheter var min egen skyld *(Depresjon)*	Av og til
11	Har anspenthet og angst hindret meg i å gjøre viktige ting *(Angst)*	Sjelden
27	Har jeg følt meg ulykkelig *(Depresjon)*	Sjelden
5	Har jeg følt meg helt uten energi og entusiasme *(Depresjon)*	Aldri

Fungering

Nr	Spørsmål	Svar
1	Har jeg følt meg forferdelig alene og isolert *(Nære relasjoner)*	Nesten hele tiden
10	Har det å snakke med folk vært for mye for meg *(Sosiale relasjoner)*	Nesten hele tiden
12	Har jeg vært fornøyd med det jeg har gjort[R] *(Generell fungering)*	Aldri
21	Har jeg klart å gjøre det meste av det jeg hadde behov for å gjøre[R] *(Generell fungering)*	Aldri
7	Har jeg følt meg i stand til å takle det når noe har gått galt[R] *(Generell fungering)*	Av og til
19	Har jeg følt varme eller hengivenhet overfor noen[R] *(Nære relasjoner)*	Ofte
25	Har jeg følt meg kritisert av andre *(Sosiale relasjoner)*	Sjelden
26	Har jeg tenkt at jeg ikke hadde noen venner *(Nære relasjoner)*	Sjelden
29	Har jeg vært irritabel mot andre mennesker *(Sosiale relasjoner)*	Sjelden
33	Har jeg følt at andre har ydmyket meg eller gjort meg skamfull *(Sosiale relasjoner)*	Sjelden
3	Har jeg følt at jeg hadde noen å støtte meg til når jeg trengte det[R] *(Nære relasjoner)*	Nesten hele tiden
32	Har jeg fått til det jeg ville[R] *(Generell fungering)*	Nesten hele tiden

DelMedMeg er et integrert pasientutfall og opplevelsessystem



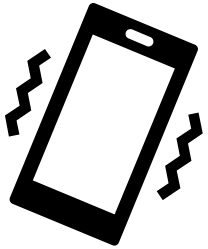
Pasientens symptomer, livskvalitet og opplevelse samles systematisk gjennom behandling



Den innsamlede dataen sammenstilles og overføres direkte til pasientens journal som en rapport den enkelte kliniker kan bruke



Pasienter minnes automatisk på å fylle ut kartlegginger, og gjør dette hjemmefra fra egen enhet (telefon, ipad, PC) og kan motta utsendelser f.eks. filmer



Pasient kan også motta informasjon i form av videoer, tekst, bilder og lyd i - avhengig av eget behov og plager



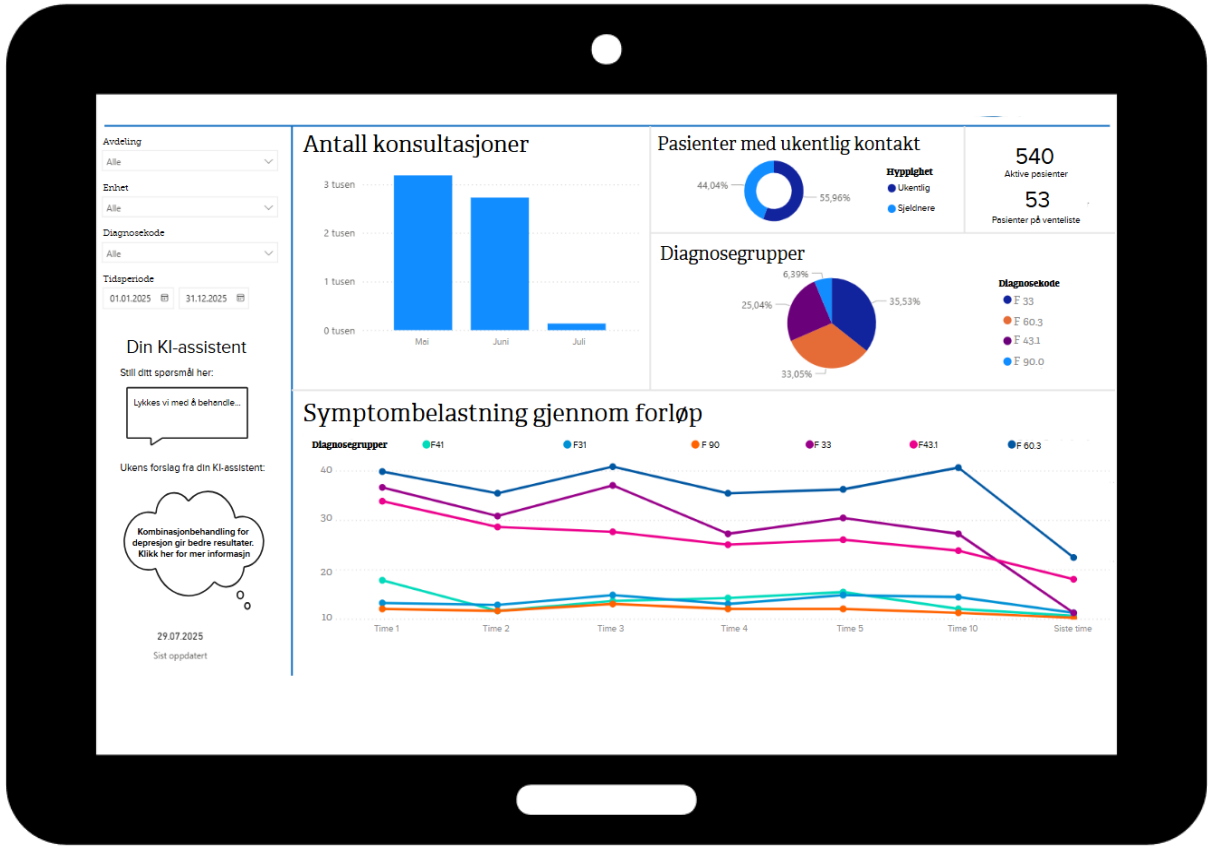
Data kan aggregeres og bli visualisert for kvalitetsforbedring

Ledelse og utvikling av tjenesten

HELSE SØR-ØST

Et verktøy for kvalitetsforbedring og styring–

fra klinisk relevant data til aggregert meningsfull styringsdata



Kombinert med data fra andre kilder, for eksempel pasientjournal og sykemelding fra NAV, kan pasientens egenrapporterte data bli aggregert til å besvare spørsmål som:

- Er det forskjeller i pasientrapportert effekt i behandling mellom ulike enheter?
- Påvirker frekvens i timer pasientens selvrapporterte forbedring?
- Påvirker behandlingen sykefravær?

DelMedMeg
Digital egenrapportering ved Sykehuset Innlandet

THE LANCET

Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data

David M Clark, Lauren Canvin, John Green, Richard Layard, Stephen Pilling, Magdalena Janecka

Summary

Background Internationally, the clinical outcomes of routine mental health services are rarely recorded or reported; however, an exception is the English Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) service, which delivers psychological therapies recommended by the National Institute for Health and Care Excellence for depression and anxiety disorders to more than 537 000 patients in the UK each year. A session-by-session outcome monitoring system ensures that IAPT obtains symptom scores before and after treatment for 98% of patients. Service outcomes can then be reported, along with contextual information, on public websites.

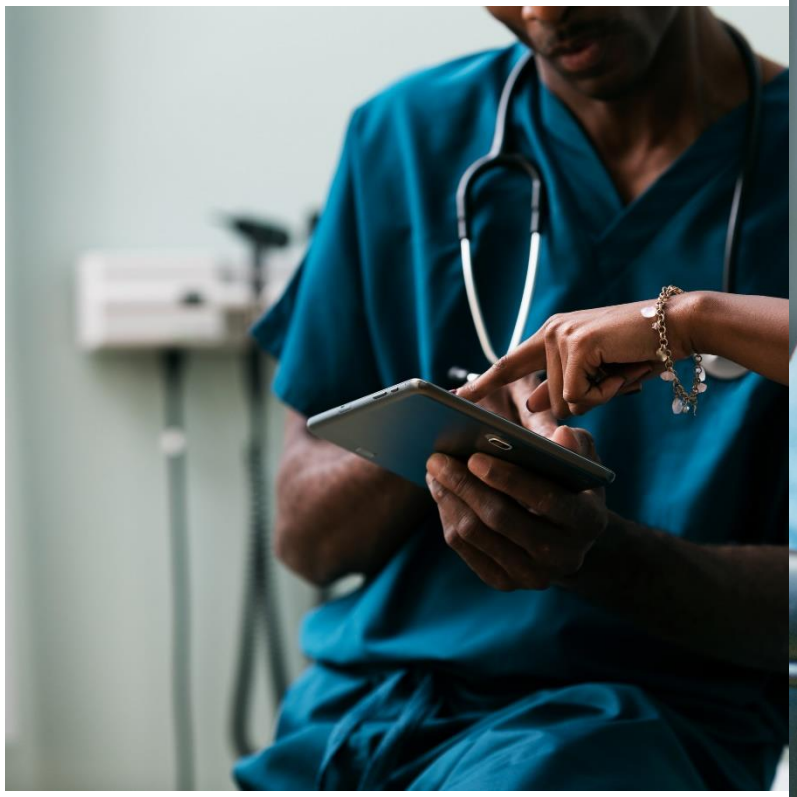
Lancet 2018; 391: 679–86

Published Online December 7, 2017 http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5

See Comment page 636

Nasjonale kvalitetsregister

Automatisk innsamling som ikke bruker klinikers tid





Hva om vi setter det inn i et økosystem?

-og gjenbruker på tvers av nivåer

HELSE SØR-ØST

DelMedMeg og digital støtte i behandlingsforløp

I startgropa:
Pasienten besvarer ***DelMedMeg*** *(PREPROM)*
før innkomst til poliklinikk.
Kan hjelpe oss med å gjøre riktige vurderinger

Forberede pasienten på behandling og (**Starthjelp**)

Pasienten mottar relevant psykoedukasjon (**søvn**)og (**e**)behandling basert på innrapporterte plager - **Triagering**

eBehandling direkte og som supplement til terapien, f.eks. **søvn**, deler av eksisterende programmer

Tilsendt psykoedukasjon om diagnose (**ADHD**) som blir satt

Dynamisk behandlingsplan som pas. evaluere fortløpende gjennom behandlingen.

Fange opp og støtte til behandlere ved manglende progresjon i behandling (**Optimo**)

Støtte til hjemmeoppgaver (**Mindfulness, fysisk aktivitet**) mellom timer

Mulighet for kontakt mellom pasient og terapeut

Pasienten tilgang til tilbakefalls-forebygging digitalt

Måler sykefravær 3 og 6 mån etter avsluttet behandling

KI som støtte i triagering, diagnostikk, i behandlings-intervensjoner og varsle på indikasjon

Klinisk beslutning

Inntaks-vurdering

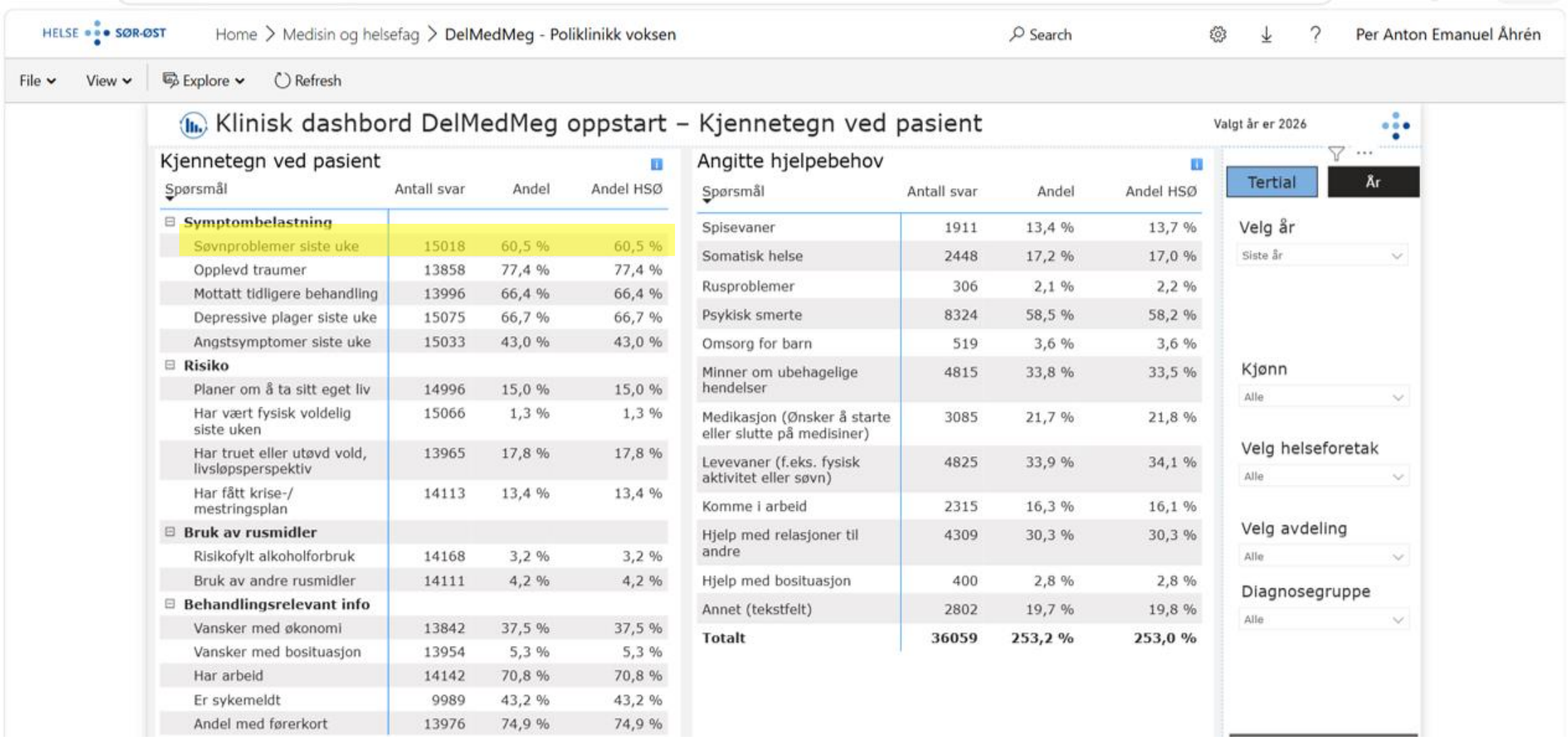
Første time

Utredning

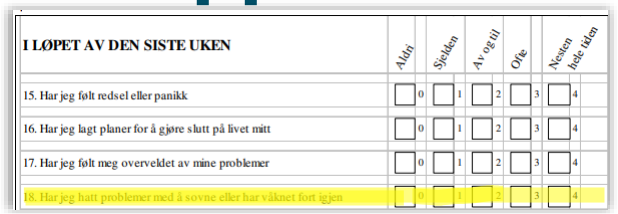
Behandling
Ukentlig CORE-OM

DelMedMeg
Digital egenrapportering ved Sykehuset Innlandet

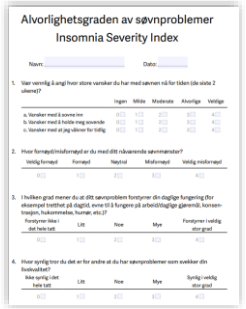
Hva vet vi?


HELSE SØR-ØST
Home > Medisin og helsefag > DelMedMeg - Poliklinikk voksen
Search
Per Anton Emanuel Åhrén
File
View
Explore
Refresh
Klinisk dashbord DelMedMeg oppstart – Kjennetegn ved pasient
Valgt år er 2026
Kjennetegn ved pasient
Spørsmål | Antall svar | Andel | Andel HSØ
Symptombelastning
Søvnproblemer siste uke | 15018 | 60,5 % | 60,5 %
Opplevd traumer | 13858 | 77,4 % | 77,4 %
Mottatt tidligere behandling | 13996 | 66,4 % | 66,4 %
Depressive plager siste uke | 15075 | 66,7 % | 66,7 %
Angstsymptomer siste uke | 15033 | 43,0 % | 43,0 %
Risiko
Planer om å ta sitt eget liv | 14996 | 15,0 % | 15,0 %
Har vært fysisk voldelig siste uken | 15066 | 1,3 % | 1,3 %
Har truet eller utøvd vold, livsløpsperspektiv | 13965 | 17,8 % | 17,8 %
Har fått krise-/ mestringsplan | 14113 | 13,4 % | 13,4 %
Bruk av rusmidler
Risikofylt alkoholforbruk | 14168 | 3,2 % | 3,2 %
Bruk av andre rusmidler | 14111 | 4,2 % | 4,2 %
Behandlingsrelevant info
Vansker med økonomi | 13842 | 37,5 % | 37,5 %
Vansker med bosituasjon | 13954 | 5,3 % | 5,3 %
Har arbeid | 14142 | 70,8 % | 70,8 %
Er sykemeldt | 9989 | 43,2 % | 43,2 %
Andel med førerkort | 13976 | 74,9 % | 74,9 %
Angitte hjelpebehov
Spørsmål | Antall svar | Andel | Andel HSØ
Spisevaner | 1911 | 13,4 % | 13,7 %
Somatisk helse | 2448 | 17,2 % | 17,0 %
Rusproblemer | 306 | 2,1 % | 2,2 %
Psykisk smerte | 8324 | 58,5 % | 58,2 %
Omsorg for barn | 519 | 3,6 % | 3,6 %
Minner om ubehagelige hendelser | 4815 | 33,8 % | 33,5 %
Medikasjon (Ønsker å starte eller slutte på medisiner) | 3085 | 21,7 % | 21,8 %
Levevaner (f.eks. fysisk aktivitet eller søvn) | 4825 | 33,9 % | 34,1 %
Komme i arbeid | 2315 | 16,3 % | 16,1 %
Hjelp med relasjoner til andre | 4309 | 30,3 % | 30,3 %
Hjelp med bosituasjon | 400 | 2,8 % | 2,8 %
Annet (tekstfelt) | 2802 | 19,7 % | 19,8 %
Totalt | 36059 | 253,2 % | 253,0 %
Tertial
År
Velg år
Siste år
Kjønn
Alle
Velg helseforetak
Alle
Velg avdeling
Alle
Diagnosegruppe
Alle

Eksempel på digital behandling av søvnvansker før oppstart



I LØPET AV DEN SISTE UKEN	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Nesten hele tiden
15. Har jeg følt redsel eller panikk	0	1	2	3	4
16. Har jeg lagt planer for å gjøre slutt på livet mitt	0	1	2	3	4
17. Har jeg følt meg overveldet av mine problemer	0	1	2	3	4
18. Har jeg hatt problemer med å sovne eller har våknet fort igjen	0	1	2	3	4



Alvorlighetsgraden av søvnproblemer
Insomnia Severity Index

Pasienten fyller ut kartlegging: rapporterer søvnvansker

Trigger grundigere kartlegging

Pasienten fyller ut relevant kartlegging

Gir grunnlag for anbefalt behandling



For eksempel:

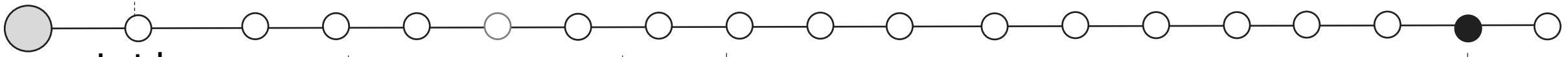
- *Digital selvhjelp*
- *eBehandling rettet mot søvnvansker*
- *Psykoedukasjon*

God effekt → *Bedring på flere områder. Ikke behov for videre behandling*

God effekt → *Behov for behandling knyttet til andre vansker*

Ingen effekt → *Behov for videre behandling. Gir et grunnlag for utforsking av hva som gjorde at det ikke ga effekt.*

Pasienten gis rett til psykisk helsehjelp



Inntaks-vurdering

Første time

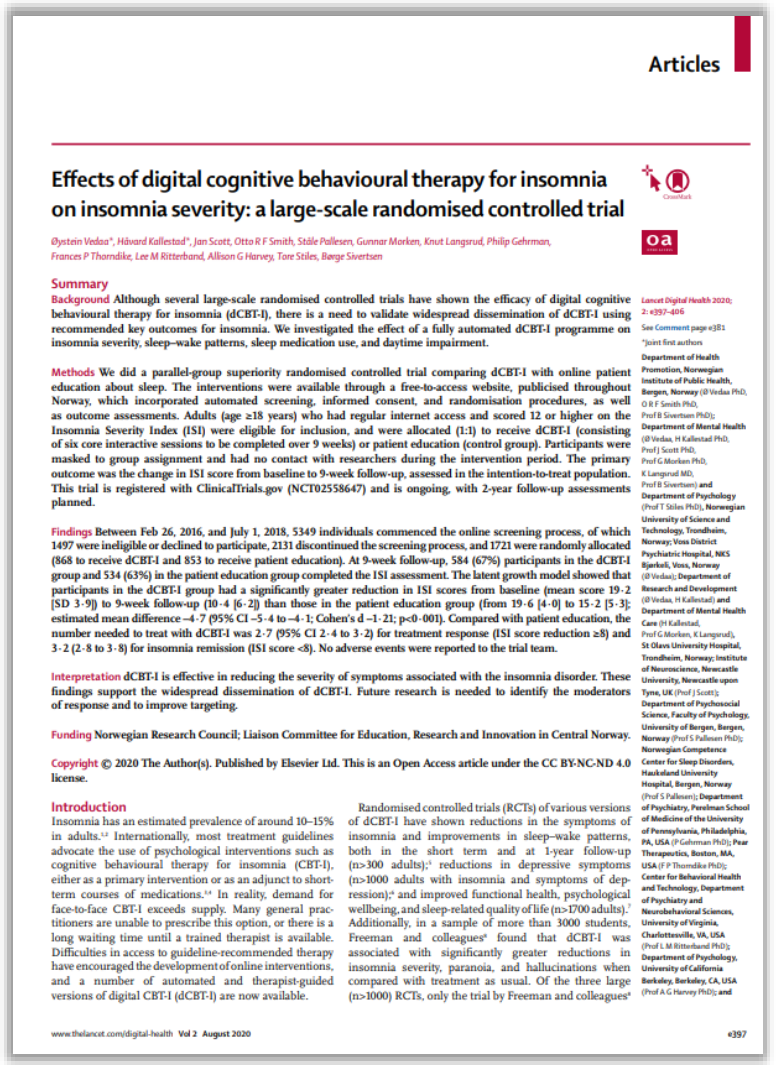
Utredning

Klinisk beslutning

Behandling

DelMedMeg
Digital egenrapportering ved Sykehuset Innlandet

Hvilken effekt kan vi vente oss?



Articles

Effects of digital cognitive behavioural therapy for insomnia on insomnia severity: a large-scale randomised controlled trial

Øystein Vedaa*, Håvard Kallestad*, Jan Scott, Otto R F Smith, Ståle Pallesen, Gunnar Morken, Knut Langsrud, Philip Gehrman, Frances P Thorndike, Lee M Ritterband, Allison G Harvey, Tore Stiles, Børge Sivertsen

Summary

Background Although several large-scale randomised controlled trials have shown the efficacy of digital cognitive behavioural therapy for insomnia (dCBT-I), there is a need to validate widespread dissemination of dCBT-I using recommended key outcomes for insomnia. We investigated the effect of a fully automated dCBT-I programme on insomnia severity, sleep–wake patterns, sleep medication use, and daytime impairment.

Methods We did a parallel-group superiority randomised controlled trial comparing dCBT-I with online patient education about sleep. The interventions were available through a free-to-access website, publicised throughout Norway, which incorporated automated screening, informed consent, and randomisation procedures, as well as outcome assessments. Adults (age ≥18 years) who had regular internet access and scored 12 or higher on the Insomnia Severity Index (ISI) were eligible for inclusion, and were allocated (1:1) to receive dCBT-I (consisting of six core interactive sessions to be completed over 9 weeks) or patient education (control group). Participants were masked to group assignment and had no contact with researchers during the intervention period. The primary outcome was the change in ISI score from baseline to 9-week follow-up, assessed in the intention-to-treat population. This trial is registered with ClinicalTrials.gov (NCT02558647) and is ongoing, with 2-year follow-up assessments planned.

Findings Between Feb 26, 2016, and July 1, 2018, 5349 individuals commenced the online screening process, of which 1497 were ineligible or declined to participate, 2131 discontinued the screening process, and 1721 were randomly allocated (868 to receive dCBT-I and 853 to receive patient education). At 9-week follow-up, 584 (67%) participants in the dCBT-I group and 534 (63%) in the patient education group completed the ISI assessment. The latent growth model showed that participants in the dCBT-I group had a significantly greater reduction in ISI scores from baseline (mean score 19·2 [SD 3·9]) to 9-week follow-up (10·4 [6·2]) than those in the patient education group (from 19·6 [4·0] to 15·2 [5·3]; estimated mean difference −4·7 (95% CI −5·4 to −4·1; Cohen's d −1·21; p<0·001). Compared with patient education, the number needed to treat with dCBT-I was 2·7 (95% CI 2·4 to 3·2) for treatment response (ISI score reduction ≥8) and 3·2 (2·8 to 3·8) for insomnia remission (ISI score <8). No adverse events were reported to the trial team.

Interpretation dCBT-I is effective in reducing the severity of symptoms associated with the insomnia disorder. These findings support the widespread dissemination of dCBT-I. Future research is needed to identify the moderators of response and to improve targeting.

Funding Norwegian Research Council; Liaison Committee for Education, Research and Innovation in Central Norway.

Copyright © 2020 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Lancet Digital Health 2020; 2: e397–406

See Comment page e381

*Joint first authors

Department of Health Promotion, Norwegian Institute of Public Health, Bergen, Norway (Ø Vedaa PhD, O R F Smith PhD, Prof B Sivertsen PhD); Department of Mental Health (Ø Vedaa, H Kallestad PhD, Prof J Scott PhD, Prof G Morken PhD, K Langsrud MD, Prof B Sivertsen) and Department of Psychology (Prof T Stiles PhD), Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway; Voss District Psychiatric Hospital, NKS Bjørkeli, Voss, Norway (Ø Vedaa); Department of Research and Development (Ø Vedaa, H Kallestad) and Department of Mental Health Care (H Kallestad, Prof G Morken, K Langsrud), St Olavs University Hospital, Trondheim, Norway; Institute of Neuroscience, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK (Prof J Scott); Department of Psychosocial Science, Faculty of Psychology, University of Bergen, Bergen, Norway (Prof S Pallesen); Norwegian Competence Center for Sleep Disorders, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway (Prof S Pallesen); Department of Psychiatry, Perelman School of Medicine of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA (P Gehrman PhD); Pear Therapeutics, Boston, MA, USA (F P Thorndike PhD); Center for Behavioral Health and Technology, Department of Psychiatry and Neurobehavioral Sciences, University of Virginia, Charlottesville, VA, USA (Prof L M Ritterband PhD); Department of Psychology, University of California Berkeley, Berkeley, CA, USA (Prof A G Harvey PhD); and

Introduction

Insomnia has an estimated prevalence of around 10–15% in adults.[1,2] Internationally, most treatment guidelines advocate the use of psychological interventions such as cognitive behavioural therapy for insomnia (CBT-I), either as a primary intervention or as an adjunct to short-term courses of medications.[3,4] In reality, demand for face-to-face CBT-I exceeds supply. Many general practitioners are unable to prescribe this option, or there is a long waiting time until a trained therapist is available. Difficulties in access to guideline-recommended therapy have encouraged the development of online interventions, and a number of automated and therapist-guided versions of digital CBT-I (dCBT-I) are now available.

Randomised controlled trials (RCTs) of various versions of dCBT-I have shown reductions in the symptoms of insomnia and improvements in sleep–wake patterns, both in the short term and at 1-year follow-up (n>300 adults);[5] reductions in depressive symptoms (n>1000 adults with insomnia and symptoms of depression);[6] and improved functional health, psychological wellbeing, and sleep-related quality of life (n>1700 adults).[7] Additionally, in a sample of more than 3000 students, Freeman and colleagues[8] found that dCBT-I was associated with significantly greater reductions in insomnia severity, paranoia, and hallucinations when compared with treatment as usual. Of the three large (n>1000) RCTs, only the trial by Freeman and colleagues[8]



Tre av ti fikk normal søvn med digital modell

Omtrent seks av ti deltagere hadde stor effekt av den heldigitaliserte behandlingen med kognitiv atferdsterapi. Cirka tre av ti fikk normal søvnkvalitet etter behandlingen.

Kontrollgruppa hadde ikke så gode resultater. To av ti meldte om stor effekt, mens færre enn én av ti fikk normal søvnkvalitet.

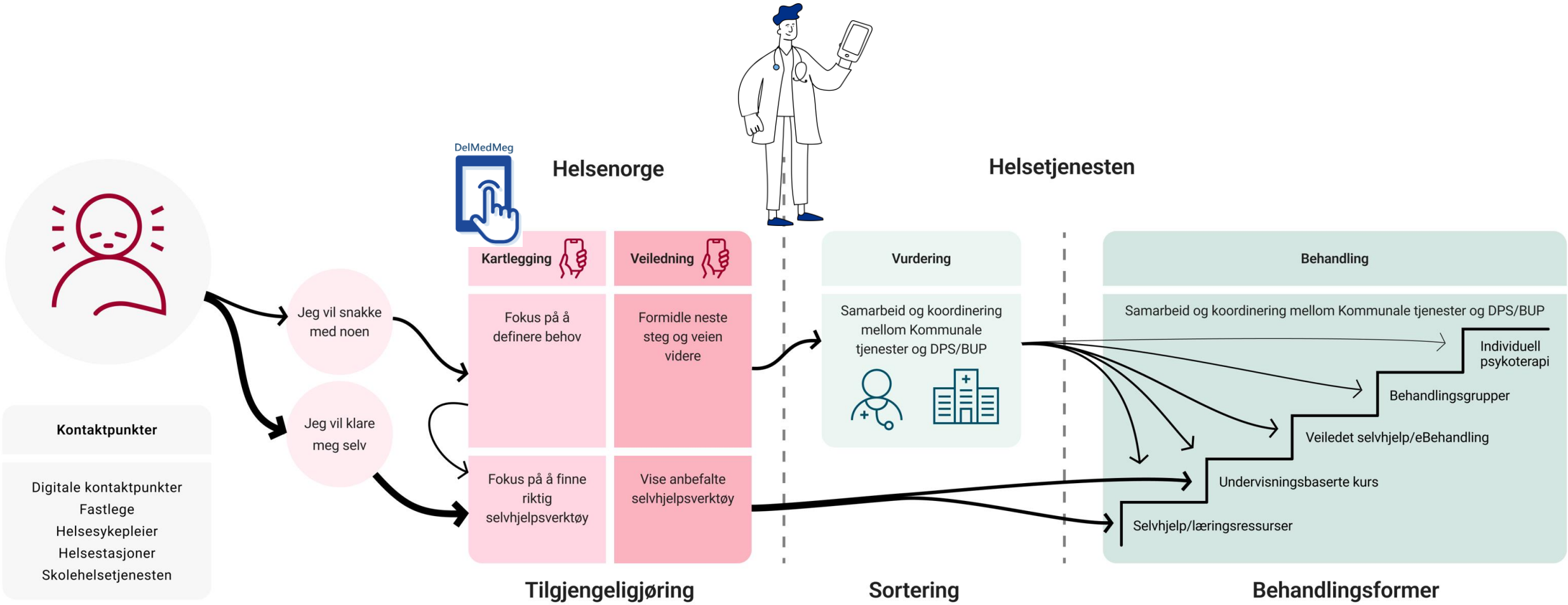
– Til sammenligning viser tidligere forskning at omtrent hver 13. person som får sovemedisiner, utvikler normal søvnkvalitet. Vi fant også at bruken av sovemedisiner ble redusert mer hos deltakerne som fikk digital søvnbehandling enn hos dem som fikk søvnråd, sier Kallestad.

OVERRASKET: Forsker Håvard Kallestad mener resultatene av studien kan føre til gjennombrudd på et stort folkehelseproblem.

FOTO: NTNU

Skjermbilde hentet fra: https://www.nrk.no/viten/sovnstudie-gir-gode-resultater-pa-digitalt-selvhjelpsprogram-1.15082009

Bedre pasientforløp med digitalt førstevalg



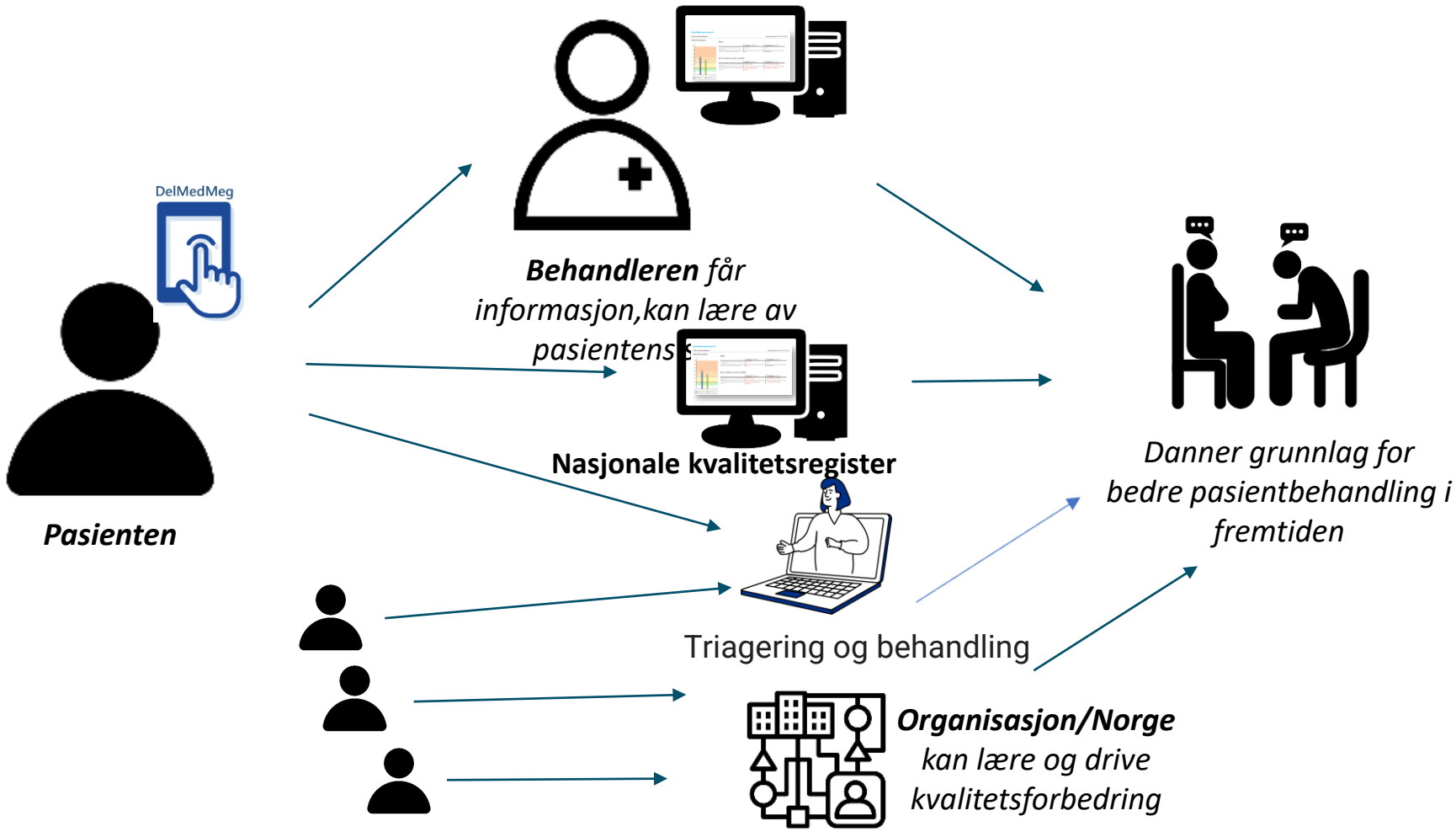
Hva skjer om vi ikke bygger in løsninger i et økosystem

HELSE SØR-ØST



Et økosystem for en bedre helsetjeneste

Alla svar gjennom heleforløpet fra pasienter og klinikker rapporter



Systematisk innhenting fra mange pasienter

Oslo

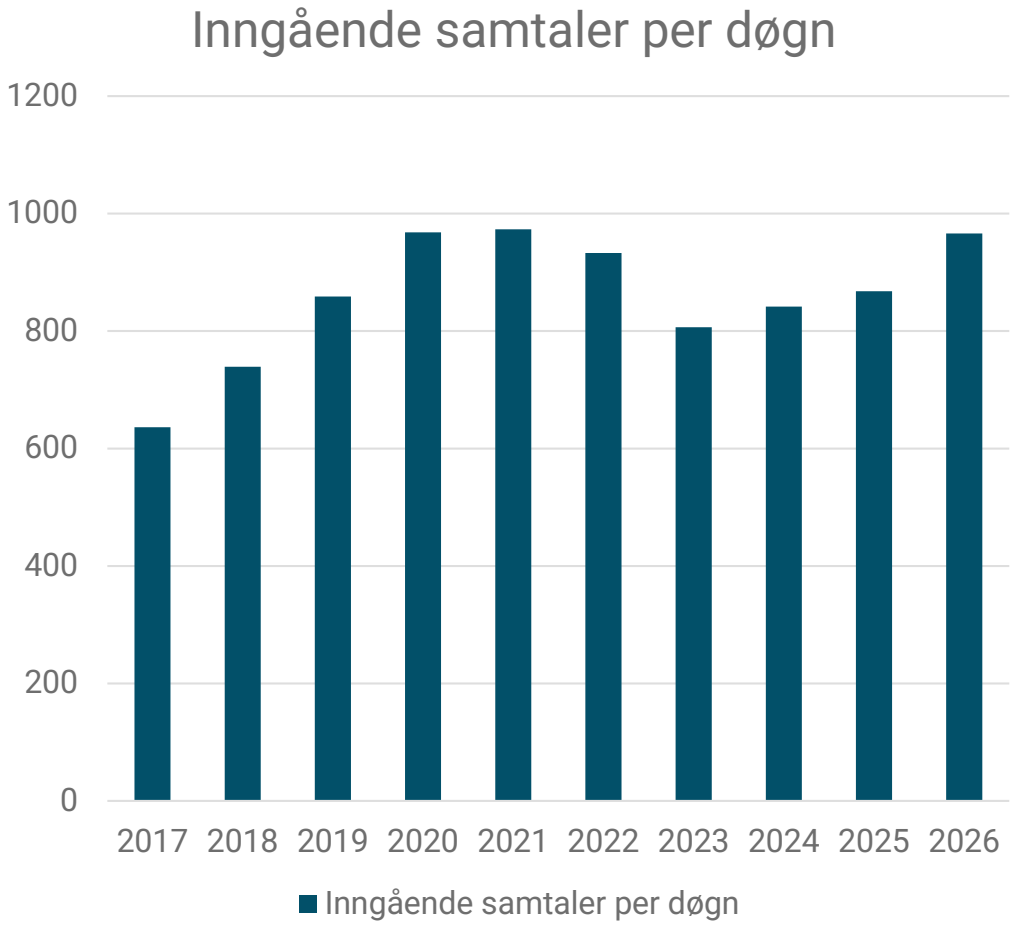
Digital førstelinje på legevakt

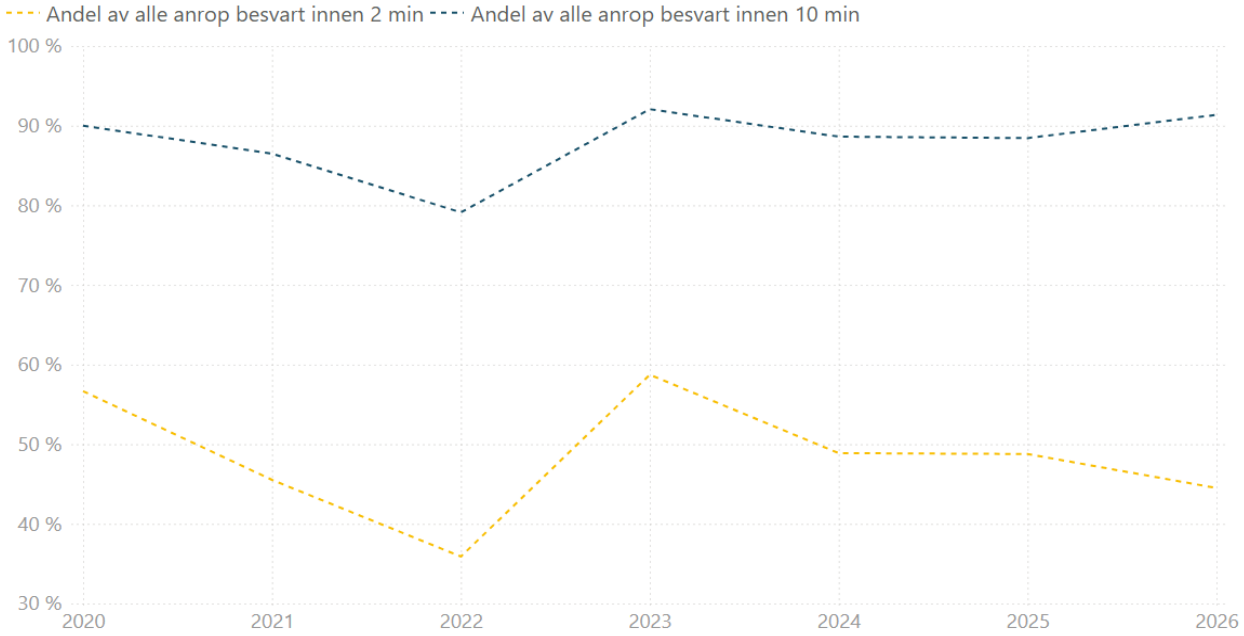
Hvordan kan vi gi raskere hjelp til flere, uten å øke belastningen på helsepersonell?

Arurann Ananthaharan
Overlege, Legevakten i Oslo

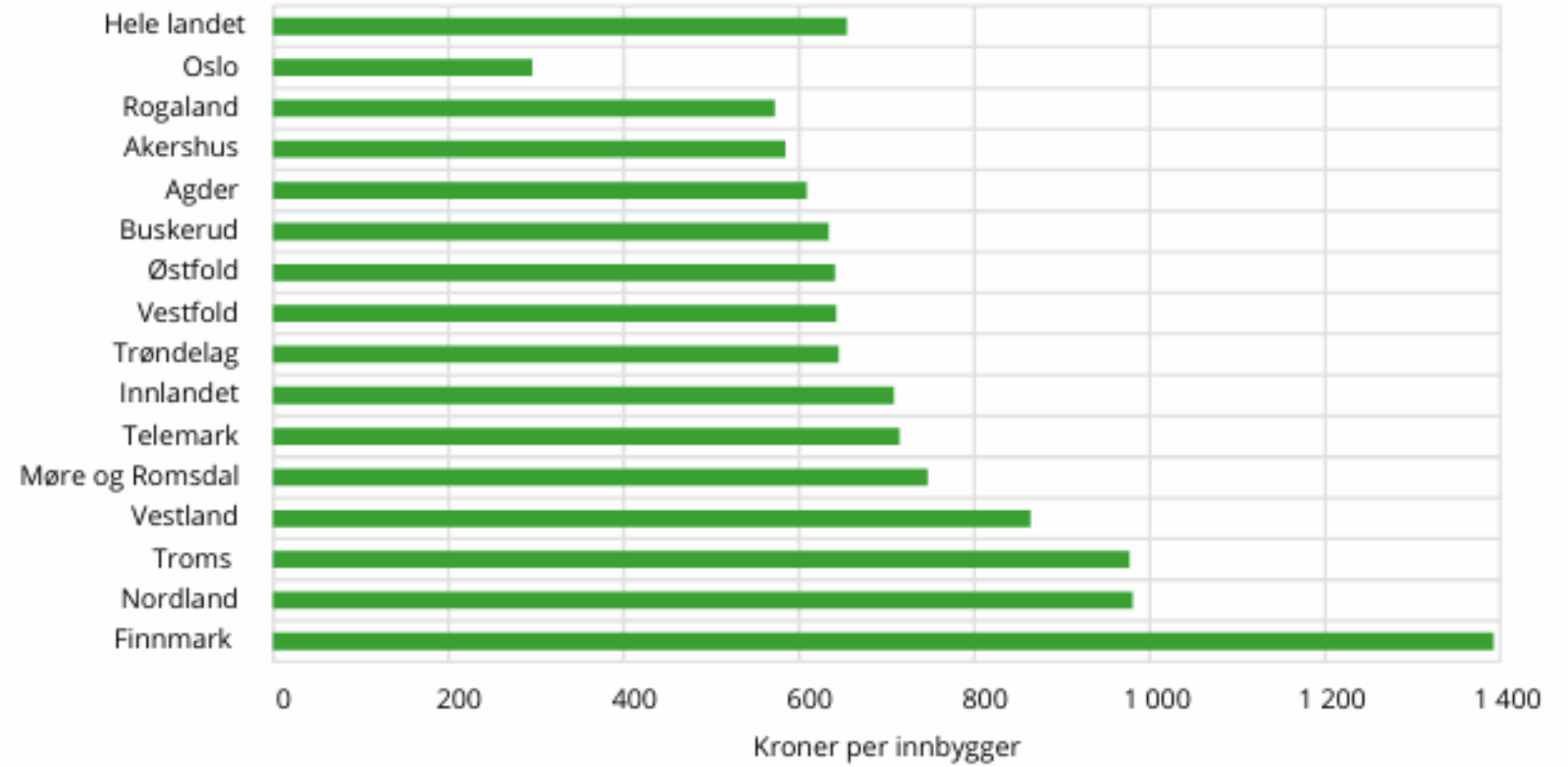


Etterspørselen er høy - og økende





Figur 4.3 Netto driftsutgifter til legevakt målt i kroner per innbygger, etter fylke. 2023



Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

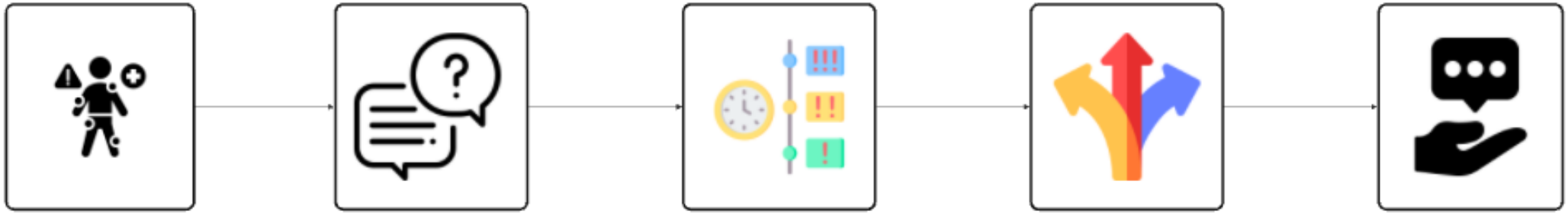
43%

av henvendelsene avsluttes med råd

Dette representerer et betydelig potensial for digital støtte før kontakt med helsepersonell.

- Krevende å orientere seg til rett behandlingsnivå til rett tid
- Ønske om raske svar
- Høy andel pasienter er under 50 år

Drømmen



Symptom

Kartlegging

Vurdering av hastegrad

Veiledning til rett tjeneste til rett tid

Målrettede råd

Alternativer





Alternativer

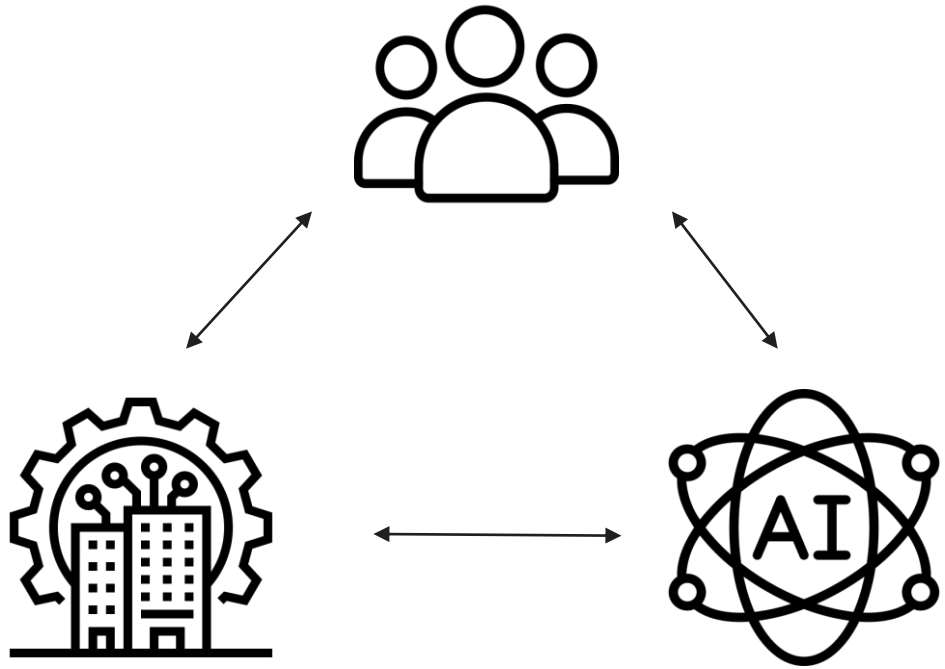
Helos

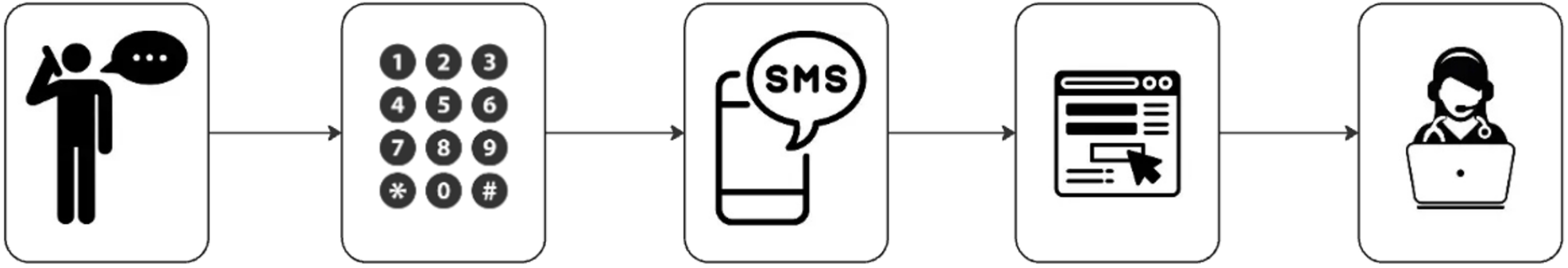
Visiba

Sorterius

Rigg for innovasjon - Testlab

- Tverrfaglig
- Fokus på utfordringsbildet
- Lav terskel for test i liten skala





Innbygger ringer legevakten

Mulighet til å velge tastevalg for digitalt innbyggerverktøy

Mottar SMS med lenke til skjema

Fyller ut skjema

Samtale besvares av operatør på LVS

Resultater

Fungerte:

- Høy brukervilje
- Positive tilbakemeldinger

Utfordringer:

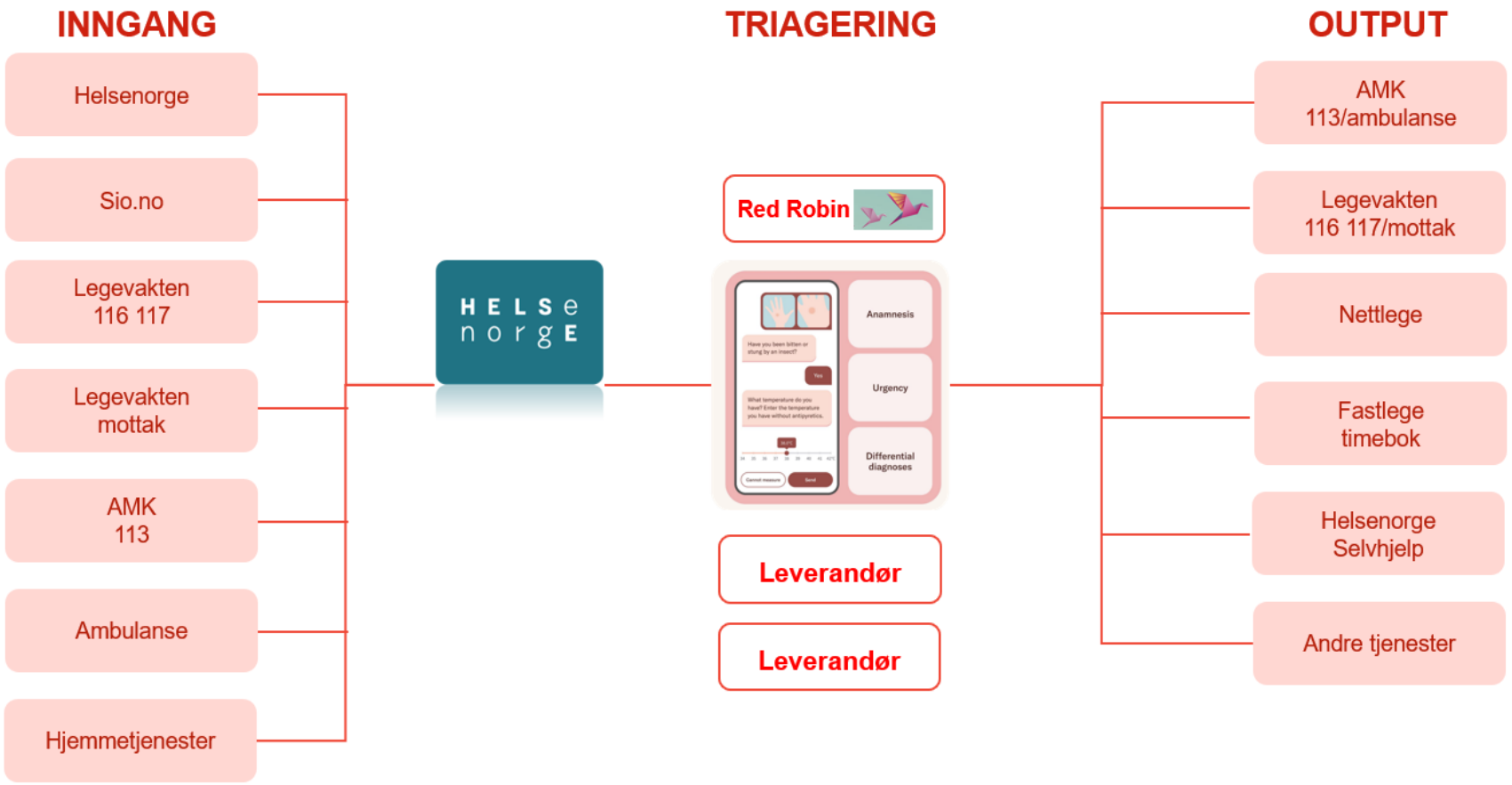
- Integrasjoner
- Brukerflyt

Potensial:

- Bedre prioritering
- Effektiv ressursbruk

- Nye tester planlegges i høst
- Mer strømlinjeformet flyt
- NHN ikke med enda

Visjon


INNGANG
Helsenorge
Sio.no
Legevakten 116 117
Legevakten mottak
AMK 113
Ambulanse
Hjemmetjenester
HELSE norge
TRIAGERING
Red Robin
Anamnesis
Urgency
Differential diagnoses
Leverandør
Leverandør
OUTPUT
AMK 113/ambulanse
Legevakten 116 117/mottak
Nettlege
Fastlege timebok
Helsenorge Selvhjelp
Andre tjenester

Refleksjoner / spørsmål vi trenger hjelp til å løse

- Finansiering
  - Tilskuddsordninger
  - Uttesting i drift – bemanning koster
- Nasjonale integrasjoner
- Skal informasjon være tilgjengelig for helsepersonell?
- Skalering

Helsedirektoratet

Innspill

1

Individuelle innspill (10min)

Bli sittende ☺ Hver og en gir individuelle innspill på temaene sittende ved bordet ved å svare ut ett eller flere av hjelpespørsmålene – **i stillhet**. Bruk penn og med temafargede post its.

Tema 1 Grønn

Sammenhengende forløp, roller og ansvar

Hjelpespørsmål 1:
Hvem bør ha ansvaret når innbyggeren beveger seg mellom selvhjelp, digital oppfølging og behandling?
Tenk på: overgangene mellom innbygger, helsepersonell, virksomheter, leverandører og nasjonale aktører.

Hjelpespørsmål 2:
Hva skal til for at helsepersonell stoler på og bygger videre på en kartlegging som er gjort et annet sted?

Tema 2 Gul

Rammer for samhandling

Hjelpespørsmål 1:
Hva må være felles og forpliktende for alle, og hvor bør virksomhetene ha frihet til å finne egne løsninger?
Tenk på: nasjonal styring, standarder, normering, kvalitet og tillit.

Tema 3 Rosa

Innføring, forvaltning og skalering av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy

Hjelpespørsmål 1:
Hva skal til for at verktøy som virker, faktisk tas i bruk bredt?
Tenk på: finansiering, insentiver og effektmåling.

Hjelpespørsmål 2:
Hvem har ansvaret for å videreutvikle, evaluere og fase ut et verktøy?

Hjelpespørsmål 3
Hvordan sikrer vi et godt tilbud til dem som ikke kan eller vil bruke digitale tjenester?

2

Deling og diskusjon i grupper (20 min)

1) Gå til din gruppe
2) Klistre lapper for alle temaer på flipover (ett ark pr tema) etter tur – en etter en, mens du sier hva det står på lappen. Ingen diskusjon før alle lapper for alle temaer er oppe på plakaten
3) Bordvert fasiliterer gruppediskusjon – ca 7 minutter pr tema. Gruppevert noterer

Gruppe 1
Gruppevert: Inger Anette

Jacob Holter Grundt	Helsedirektoratet
Eva Tone Fosse	Stavanger kommune
Stine Slørdal	Helse Midt-Norge RHF
Mette Røhne	KS
Merete Lyngstad	Norsk Sykepleierforbund

Gruppe 2
Gruppevert: Elin

Knut Berglund	Helsedirektoratet
Anne-Marit Rennemo	Oslo kommune
Hanne Schanche Önen	Helse Midt-Norge RHF
Micaela Thierley	Helse Vest RHF
Line Linstad	NSEF

Gruppe 3
Gruppevert: Anne Lise

Tove Brekken	Folkehelseinstituttet
Geir Omestad	Kristiansand kommune
Tarald Sæstad	Helse Nord RHF
Kjetil Løyning	KS e-helse
Kristian Bergem	Digitaliseringsdirektoratet

Gruppe 4
Gruppevert: Michael

Line Andreassen Sæle	Folkehelseinstituttet
Jørn Andre Jørgensen	Vestfold fylkeskommune
Øystein Berg-Sletteng	Helse Nord RHF
Maren Krogh	Apotekforeningen
Elin Thygesen	Universitetet i Agder

Gruppe 5
Gruppevert: Thomas

Hans Löwe Larsen	Helsedirektoratet
Soudabeh Khodambashi	Trondheim kommune
Jon Gupta	Helse Sør-Øst RHF
Terje Bremnes	Helse Vest RHF
Jan Robert Johannessen	Legeforeningen
Ronny Holten	Norsk Helsenett SF

3

Deling i plenum

Deling og diskusjon i plenum - ca 10 min pr tema

Tema 1

Sammenhengende forløp, roller og ansvar

Hjelpespørsmål 1:
Hvem bør ha ansvaret når innbyggeren beveger seg mellom selvhjelp, digital oppfølging og behandling?

Hjelpespørsmål 2:
Hva skal til for at helsepersonell stoler på og bygger videre på en kartlegging som er gjort et annet sted?

Tema 2

Rammer for samhandling

Hjelpespørsmål 1:
Hva må være felles og forpliktende for alle, og hvor bør virksomhetene ha frihet til å finne egne løsninger?

Tema 3

Innføring, forvaltning og skalering av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy

Hjelpespørsmål 1:
Hva skal til for at verktøy som virker, faktisk tas i bruk bredt?

Hjelpespørsmål 2:
Hvem har ansvaret for å videreutvikle, evaluere og fase ut et verktøy?

Hjelpespørsmål 3
Hvordan sikrer vi et godt tilbud til dem som ikke kan eller vil bruke digitale tjenester?

Forslag til vedtak

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

Helsedirektoratet

Lunsj – oppstart igjen kl. 13.00

Helsedirektoratet

Sak 23/26: Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning – status og videre arbeid

Neste generasjon digital samhandling – del 2

Fagrådet 28. Oktober 2026

Anne Greibrokk, Terje Bremnes, Hanne Schanche Önen



Følsomhet Intern (gul)

Hva skal vi si noe om

1

Hva har skjedd siden sist?

Hvem er med og hvordan har vi jobbet?

2

Hvor står vi?

Hva har vi lært og hvilke spørsmål har vi stilt oss?

3

Hva har vi tenkt fremover

Hva tror vi vil bringe oss fremover?

(og hva vi tenkt nytt rundt siden toppnotat ble sendt ut?)

4

Spørsmål til drøfting

Hvilke råd vil Fagrådet gi oss?



När oppgaven blir felles, blir samarbeidet nødvendig. Når kompetansen bygges rundt oppgaven, blir tjenestene mer sammenhengende, skriver Elisabeth Arntzen. Foto: Gorm Kallestad Gorm Kallestad

Samarbeid har vært elefanten i rommet

Vi tenker fortsatt kompetanse ut fra profesjoner, mens pasientenes behov krever kompetanse bygget rundt oppgavene som skal løses. Pasientene trenger helsepersonell som samarbeider. Men samarbeid er ikke målet. Oppgaven er målet

KS DEN NORSKE LEGEFORENING SPESIALISTHELSETJENESTEN Helsedirektoratet Norsk helsenett Norwegian Centre for E-health Research

Følsomhet Intern (gul)

I flere tiår har vi vært enige om at samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten må bli bedre. Samhandlingsreformen skulle bidra til nettopp dette gjennom økonomiske insentiver, samarbeidsavtaler, nettverk, koordinatorroller og nye organisatoriske løsninger.

Likevel beskrives mange av de samme utfordringene i dag som for tjue år siden. Det skyldes neppe manglende vilje. De fleste helsearbeiderne ønsker å samarbeide. Problemet er kanskje at vi har snakket for mye om *samarbeid* og for lite om *hva vi skal samarbeide om*.

Samarbeid er et middel. Det gir først mening når det knyttes til et konkret oppdrag, som en oppgave som må løses eller et menneske som trenger hjelp.



Elisabeth Arntzen

Oppgaven skaper samarbeidet

En pasient med sammensatte behov trenger oftest ikke bare medisinsk behandling, men et nettverk av tjenester som fungerer sammen. Fastlege, hjemmetjeneste, sykehus, Nav, pårørende, frivillige, aktivitetstilbud, transport, hjelpemidler og tilrettelagt bolig.

Målet er ikke samarbeid mellom disse aktørene. Målet er et godt liv for pasienten.

Men samarbeid er ikke målet. Oppgaven er målet

Nasjonalt fagråd 29.-30. april

Sak	Agenda	Tidspunkt	Sakstype
	Dag 1		
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
	Lunsj	**11:30**	
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
	Pause	**13:50**	
14/26	**Strategisk retning kjernejournal**	14:05	Anbefaling
	Pause	**14:45**	
15/26	**Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning**	15:00	Drøfting
	Informasjon om morgendagens temadag og gruppearbeid	15:40	
	Slutt dag 1	**16:00**	
	Middag	**19:00**	
	Dag 2		
	Velkommen til dag 2	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?		
	Lunsj	**11:30**	

Digital samhandling i Norge har over tid vært utviklet med hovedvekt på deling og utveksling av helseopplysninger. Dette har gitt viktige nasjonale løsninger og et godt fundament for informasjonsdeling mellom aktører.

Samtidig ser vi at behovene i tjenesten i økende grad handler om koordinert oppgaveløsning og sammenhengende arbeidsprosesser på tvers av virksomheter.

Interregionalt arkitekturutvalg 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.

Fra Fagrådets behandling av saken

Det vises til sak 15/26 «Neste generasjon digital samhandling – fra informasjonsdeling til koordinert oppgaveløsning» som ble behandlet i Fagrådet 29. april.

Følgende vedtak ble fattet:

1. Fagrådet drøftet saken og anerkjenner behovet for at nasjonal samhandlingsarkitektur i større grad legger til rette for tverr-organisatorisk samarbeid mellom helseaktører om oppgaveløsning i sammenhengende pasientforløp.

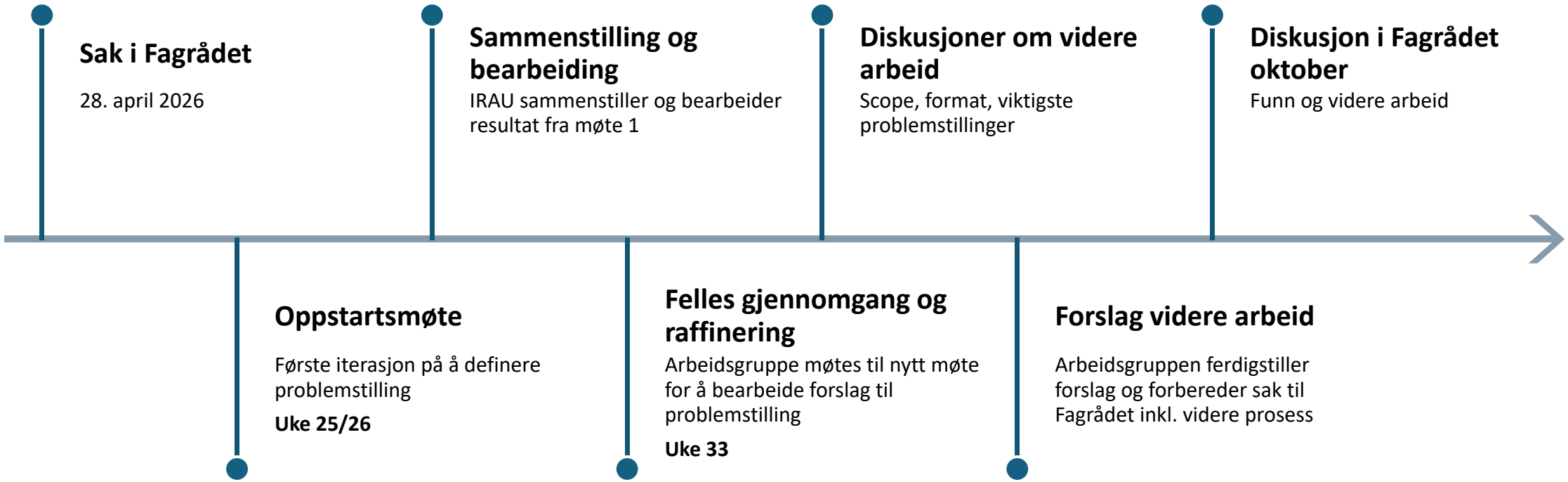
2. Fagrådet ber Helsedirektoratet ta initiativ til en prosess med sektoren for å videreutvikle den nasjonale samhandlingsarkitekturen til å bedre støtte samarbeid mellom helseaktører/tjenesteytere om oppgaveløsning i sammenhengende pasientforløp.

Deltakere i arbeidsgruppe

- Kari Jørgensen, NHN
- Anne Greibrokk, Helsedirektoratet
- Mette Røhne, KS
- Eva Tone Fosse, Stavanger kommune
- Jan Robert Johannesen, Legeforeningen/fastlege
- Gro Rosvold Berntsen, Senter for e-helseforskning
- Terje Bremnes, IRAU/Helse Vest RHF
- Hanne Schanche Önen, IRAU/HMN RHF
- Tarald Sæstad, Helse Nord RHF
- Stine Slørdahl, Helse Midt-Norge RHF
- Micaela Thierley, Helse Vest RHF
- Einar Andre Brevik, Helse Sør-Øst RHF

Gjennomført arbeidsmøter
Hva er problemet?
Hvordan angriper vi det?
Hvilken kunnskap må vi ha med?
Hvordan gjennomføre?

Prosessen så langt



Følsomhet Intern (gul)

Hva har vi funnet ut?

Situasjonsforståelse: Samhandling handler om mer enn deling av helseopplysninger om pasientene

(hypotese bekreftet)

Foreløpige funn:

- Dagens nasjonale samhandlingstjenester: nødvendig grunnmur, men ikke tilstrekkelig for trygg og effektiv samhandling
- Største utfordringer: koordinering av planer, oppgaver, ansvar, status og overleveringer mellom aktører, inkl. også andre sektorer (f.eks. utdanning, NAV, m.fl.)
  = manglende evne til å koordinere arbeidet rundt pasienten
- Informasjon må kunne inngå i arbeidsprosesser, beslutningsstøtte og felles oppfølging, ikke bare deles
- Samhandling må beskrives og forstås før løsningene utformes. Arbeidsprosesser, organisering og teknologi må utvikles sammen. Juridiske, økonomiske og organisatoriske rammebetingelser er en del av utfordringsbildet.
- Størst gevinst kan ligge hos pasienter med komplekse og sammensatte behov på tvers av tjenester og sektorer. Betydelige gevinster kan også finnes i mer utbredte samhandlingssituasjoner.

Hva gjør vi med innsikten?

Neste steg: Fra fragmentert til felles innsikt som grunnlag for felles retning

- Sektoren har allerede betydelig kunnskap og erfaring gjennom pågående og avsluttede initiativer
  → gjenbruke og bygge på dette for å identifisere mønstre og felles læring på tvers
- Sammenstille og tilgjengeliggjøre eksisterende innsikt for rådsstrukturen og sektoren

Reelle dilemmaer – eller falske motsetninger?

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

Videre prosess

1

Forstå oppgavene:

Hva skal aktørene løse sammen? Hvilke behov og begreper er sentrale?

2

Forstå sammenhengene

Hva går igjen på tvers, hva varierer, og hvilke rammer påvirker samhandlingen?

3

Utforske mulighetene

Hvordan kan oppgavene løses bedre på tvers, og hvilken digital støtte krever det?

4

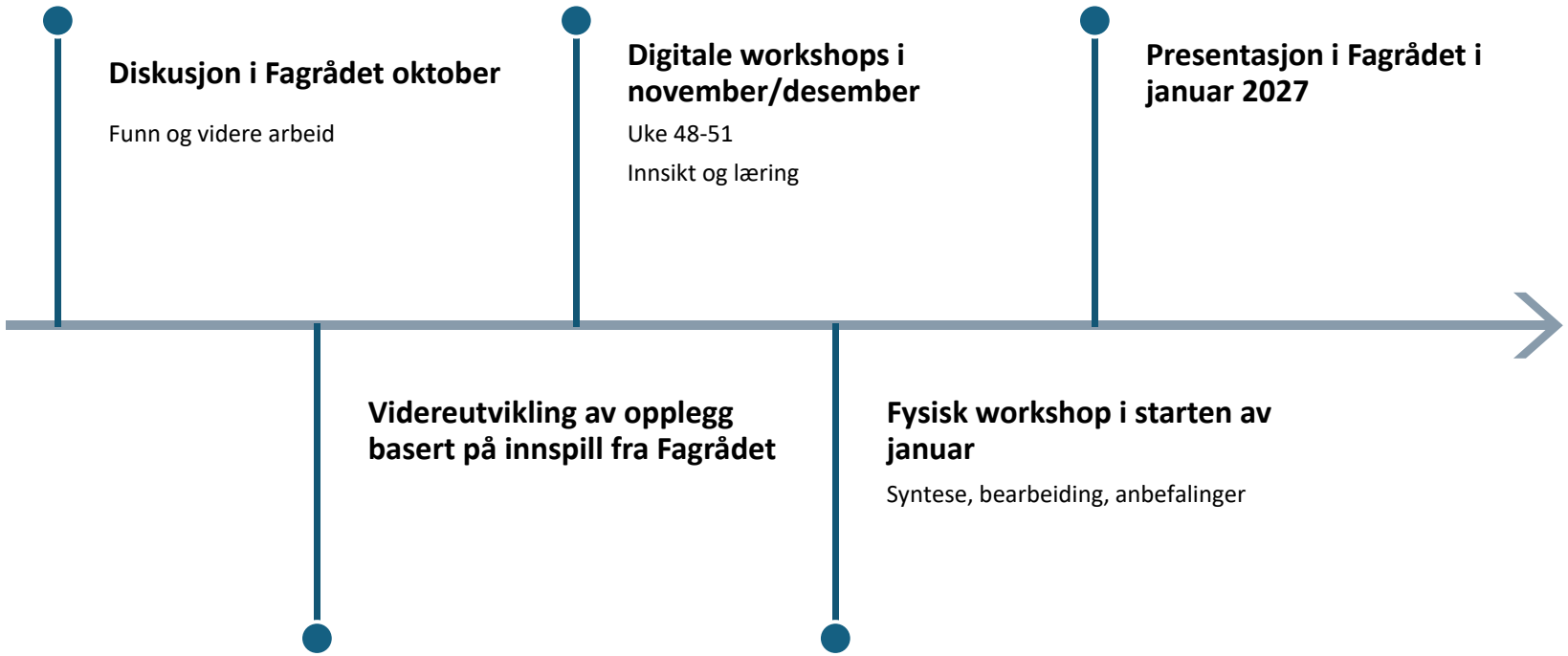
Utfordre og konkludere

Teste antakelser og dilemmaer, vurdere hensiktsmessige tilnærminger og utvikle felles anbefalinger.

Tre digitale samlinger før jul – én fysisk arbeidsdag i januar.

KS · DEN NORSKE LEGEFORENING · SPESIALISTHELSETJENESTEN · Helsedirektoratet · Norsk helsenett · Norwegian Centre for E-health Research

Justert forslag for videre abeid



Digitale møter i uke 48-51 (tentativ agenda)

Hvert møte er bygget opp rundt inspirasjon fra prosjekter og andre tema + gruppearbeid

Første møte	Andre møte	Tredje møte
• Bakgrunn/innledning • **Prosjekt Vitality** • Helse- og omsorgstjenesten behov for samhandling og samarbeid på tvers • Gruppearbeid: Felles begrepsapparat	• **Prosjekt Samopp/Helseplattformen** • Jus – muligheter • Gruppearbeid: Hva har vi lært om samhandling(behov, trender, teknologi, usikkerhet)?	• **Prosjekt Dignity Care** • Viktige behov fra prosjekt X • Gruppearbeid: Hva karakteriserer fremtidens digitale samhandling?

Fysisk samling i januar

Fysisk samling i januar – fra felles innsikt til anbefalinger

Forstå oppgavene og problemene - Hva er det egentlig vi trenger å løse – og for hvem?
Utfordre antakelser og dilemmaer - Hvilke motsetninger er reelle? Hva kan forenkles, og hva må håndteres som komplekst?
Velge hensiktsmessige tilnærminger - Hva bør standardiseres, hva bør utforskes, og hvor trenger vi fleksibilitet?
Utvikle felles konklusjoner og anbefalinger - Hva bør tas videre i nasjonale og regionale utviklingsinitiativ?

Foreslåtte deltakere i videre arbeid

- Arbeidsgruppa
- Deltakere fra prosjekt/initiativ
- Deltakere fra RHF-enes forberedende arbeid med behandlingsplan
- Pasient- og pårørenderepresentanter
- Evt. representanter fra store grupper som ikke er dekket godt nok

En fast kjernegruppe må kunne delta gjennom hele prosessen. Det skal sikres kontinuitet og bearbeiding av innsikt mellom samlingene.

Spørsmål til drøfting

- Hvilke problemstillinger, dilemmaer og etablerte antakelser bør vi særlig utfordre i arbeidet for å sikre at vi tar utgangspunkt i reelle behov og får frem innsikt som bringer arbeidet videre?

- Hvilken innsikt og hvilke leveranser vil ha størst verdi for videre strategiske diskusjoner, prioriteringer og utvikling av nasjonal digital samhandling, og hvordan kan resultatene best tas i bruk

Forslag til vedtak

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

Helsedirektoratet

Sak 24/26: Helhetlig personverninnstillinger på tvers av aktører og systemer



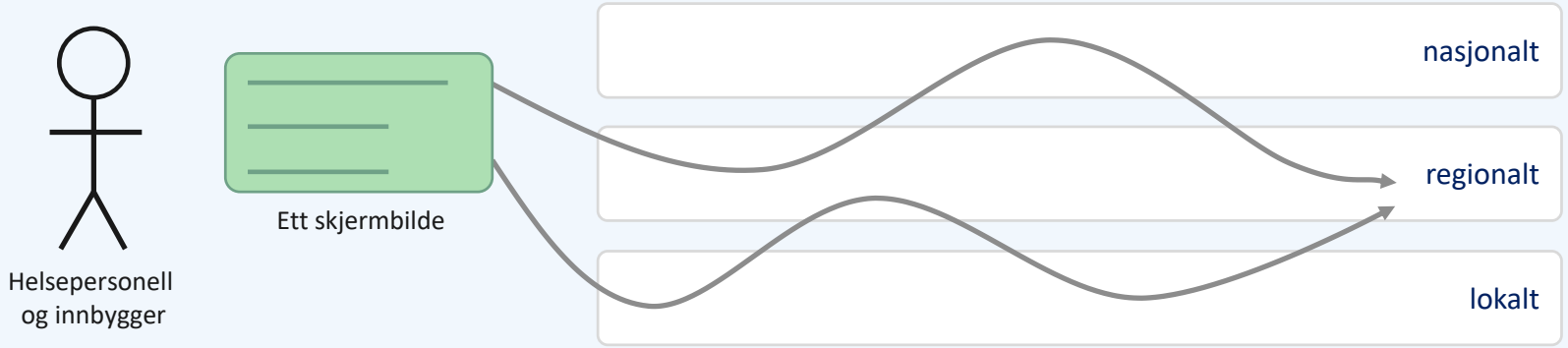
Helhetlige personverninnstillinger

«Helhet oppstår først når dette fungerer for flere – samtidig.”

Nasjonalt fagråd, 28.okt. 2026

HELSE SØR-ØST HELSE VEST HELSE MIDT-NORGE HELSE NORD

Helhetlige personverninnstillinger



- RHF-ene samler seg om behovet og foreslår en tilnærming
- Lokale, regionale og nasjonale behov må sees i sammenheng for å gi et enkelt brukergrensesnitt for sluttbrukere
- Vi ønsker fagrådets innspill, diskusjon og tilbakemelding

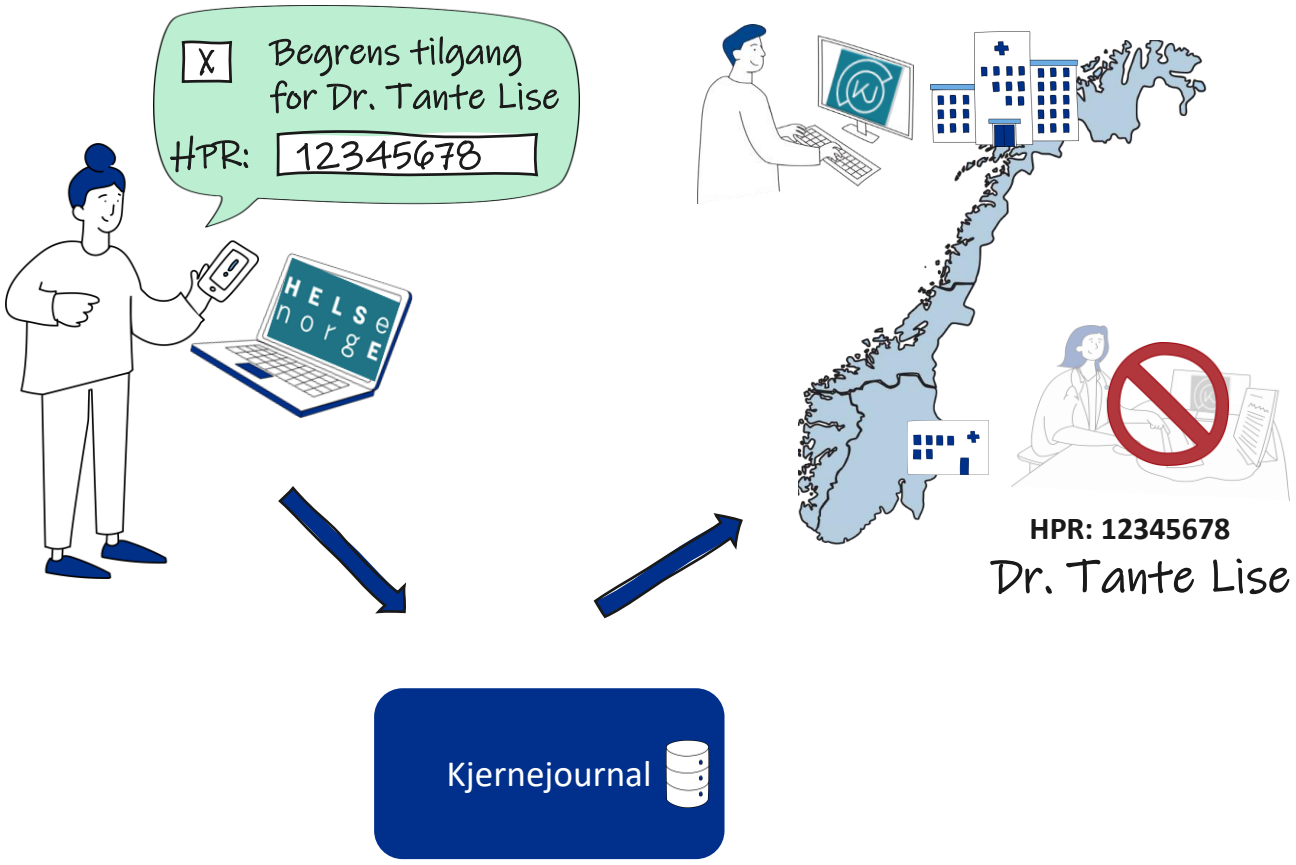
Agenda

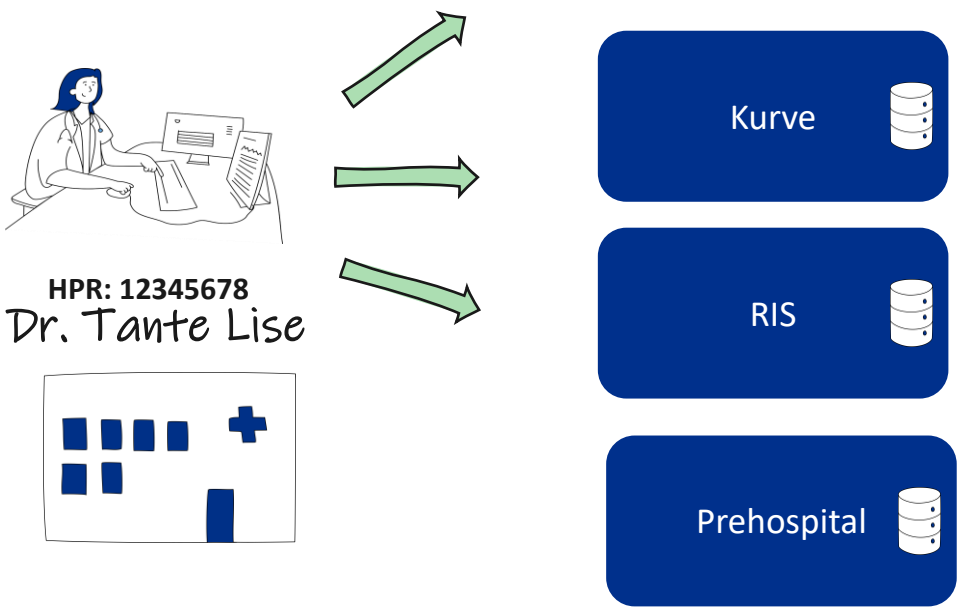
01 **Dagens utfordringer**
Fragmentert tolkning og implementering av personverninnstillinger

02 **Prosjektorganisering og –plan**
En plan for prosjektets gang

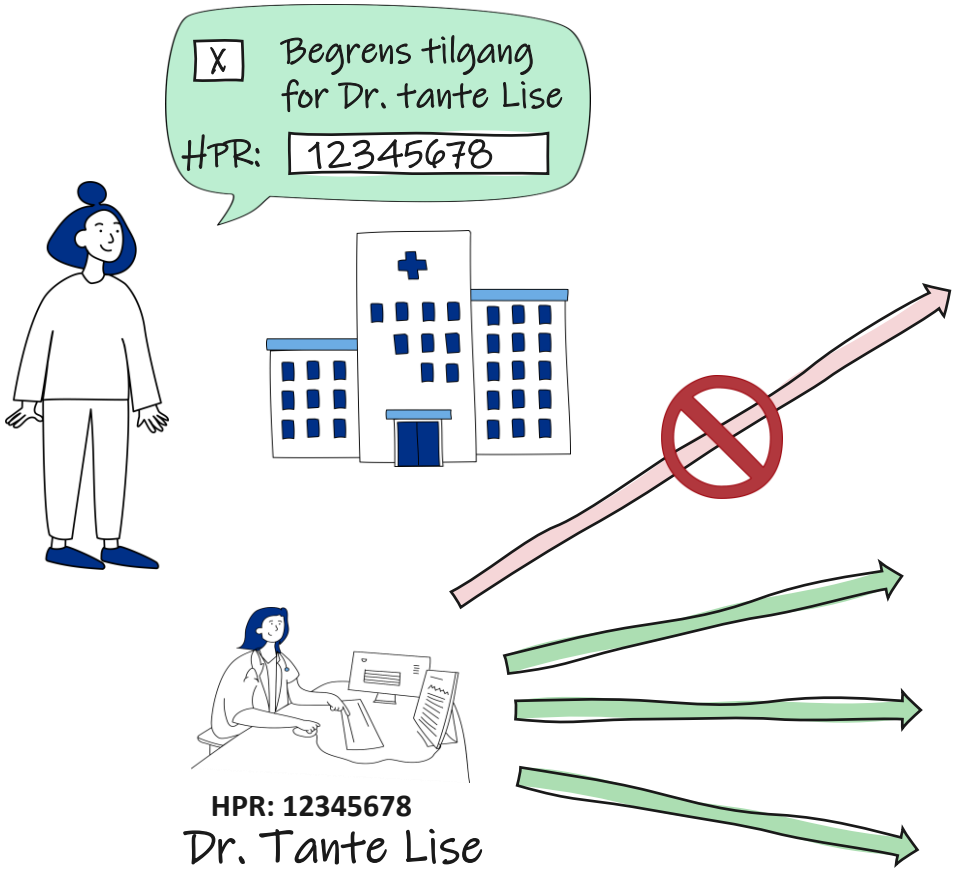
03 **Tiltak**
Hva må avklares felles

Begrenset tilgang for spesifikk lege - nåsituasjon





Begrenset tilgang for spesifikk lege - nåsituasjon

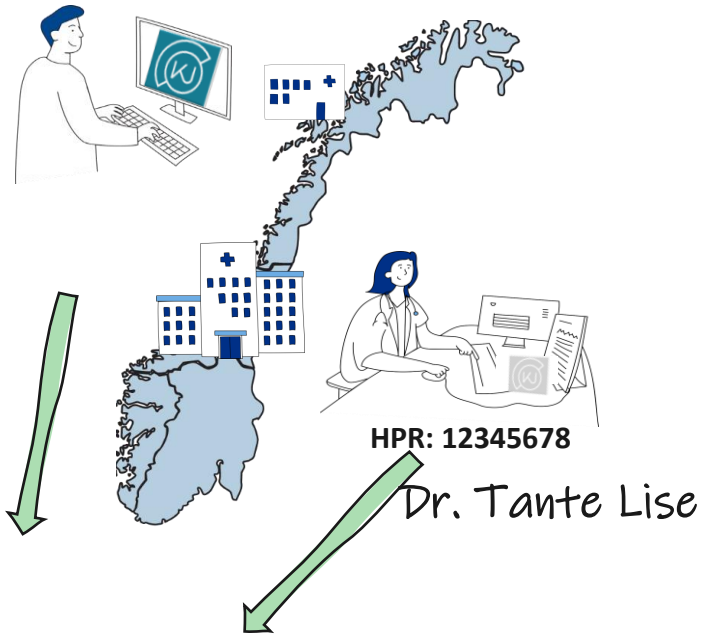


EPJ

Kurve

RIS

Prehospital



Kjernejournal

Kjente avvik og risikoeksempler



Kommentar i henvisningsmelding fra fastlege til DPS om hvem som ikke skal se meldingen, den som åpner meldingen hos DPS er den som ikke skulle se meldingen.



Pasient ser navn på lege i innsynslogg. Pasienten finner bostedsadressen til legen og oppsøker legen hjemme. Sikkerheten til legen er truet.



Brukergrensesnitt. Mange funksjonelle valg eksponeres for helsepersonell med stor risiko for ulik tolkning når valg skal tas.



Økt grad av helsepersonell som unngår å fylle inn enkelte helseopplysninger i journal fordi de ikke vet hvor helseopplysningene deles



Økt trend at innbyggere ikke informerer om relevante helseopplysninger fordi de ikke vet hvem som får tilgang til opplysningene

(tidligere gikk flere til private aktører hvor opplysningene i stor grad ble ivaretatt innenfor samme virksomhet, nå som private kobles på de nasjonale tjenestene blir det økt usikkerhet om hvor opplysningene deles som medfører at flere ikke oppgir relevante helseopplysninger.)

Prosjektorganisering



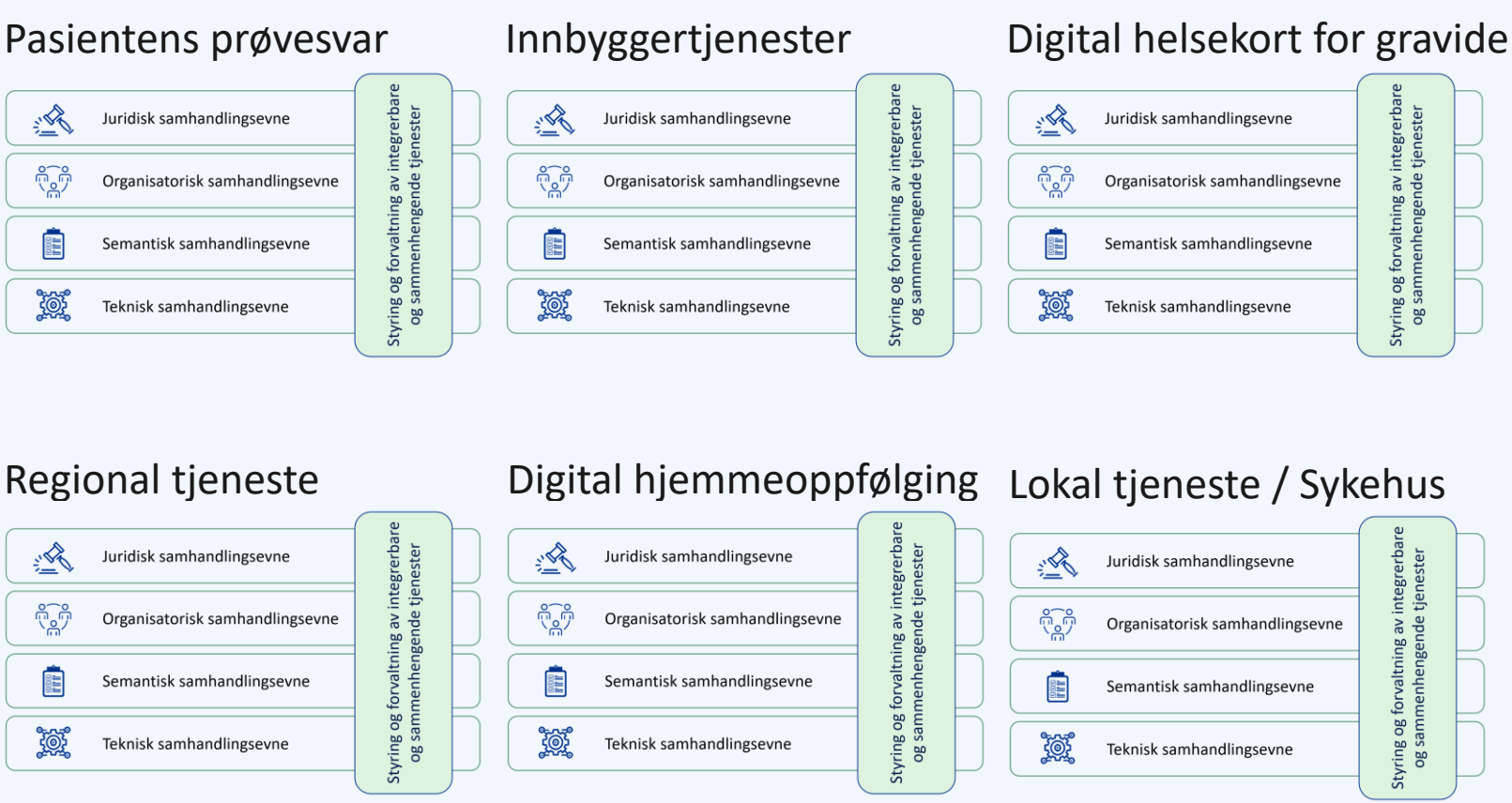
Rammeverk for digital samhandling

Hvordan henger den organisatoriske samhandlingsevnen med resten?



Definere roller, behov, situasjoner og informasjonsflyt for ansatte i helsetjenesten, og for pasient / innbygger

Fragmentert vurdering av personverninnstillinger



Personverninnstillinger avklares i dag separat i hver tjeneste og hvert prosjekt

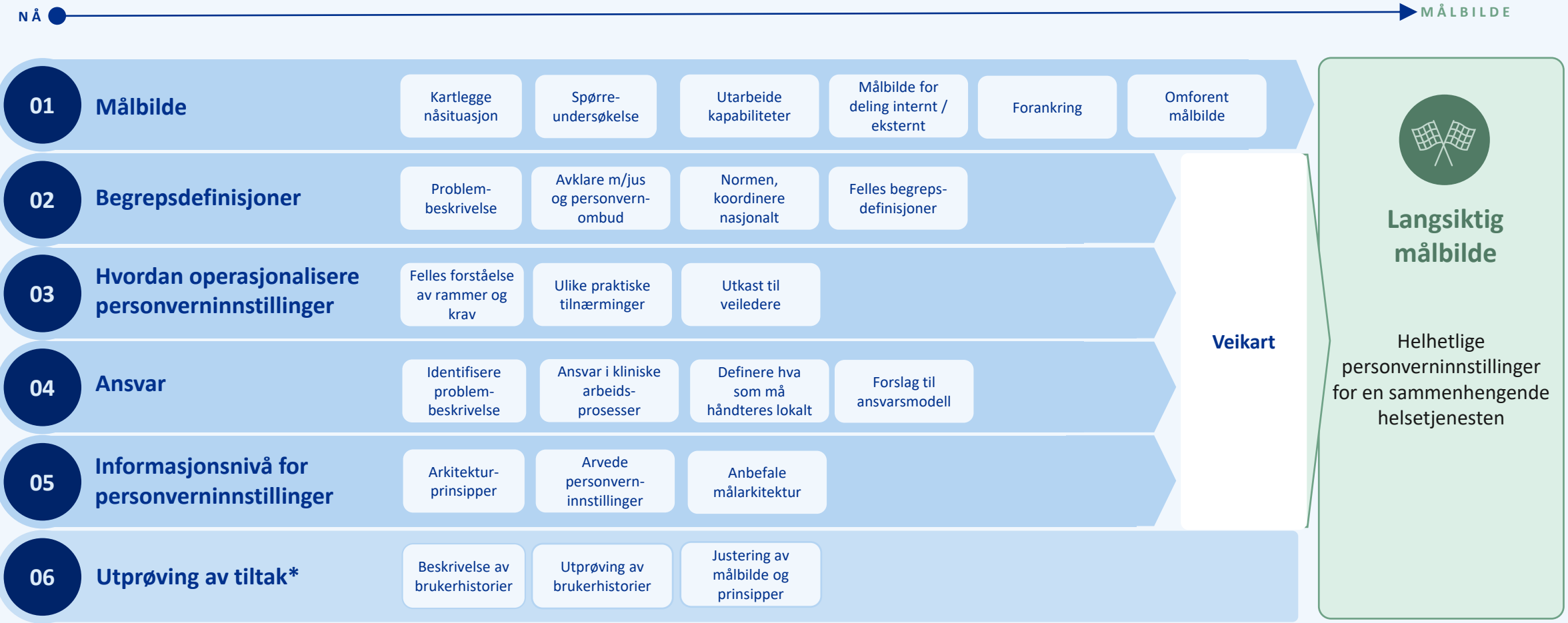
- Egne juridiske, tekniske og organisatoriske vurderinger per løsning
- Helsepersonell og innbyggere må ta stilling til tilgang og sperrer i hvert enkelt system, ofte på ulike måter på tvers av tjenester
- Skaper kompleksitet og uoversiktlig personvernstyring.

Helhetlig vurdering av personverninnstillinger

Juridisk samhandlingsevne	Felles tolkning av regelverk
Organisatorisk samhandlingsevne	Inngå i felles arbeidsprosesser for pasientforløp, ikke pr. system
Semantisk samhandlingsevne	Felles forståelse av begreper og konsekvenser
Teknisk samhandlingsevne	Utvikle støtte, ikke individuelle tilpasninger

Kortsiktig og langsiktig verdi og nytte

Rask oppstart med tydelig retning mot et langsiktig målbilde. Gjennom målrettede tiltak skapes det verdi gjennom prosjektet fra første steg, samtidig som det bygger mot en helhetlig håndtering av personverninnstillinger.



*06 viser utvalgte caser for testing av hypoteser og evaluering av tiltak, og viser ikke oppgaver som de andre boksene

Status Fullført Pågår

Pasienten har rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring

Prop. 154 tydeliggjør at:
<u>Pasienten har rett til å motsette seg</u> (reservere seg mot) at opplysninger gis. Opplysningene skal heller ikke deles dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det.

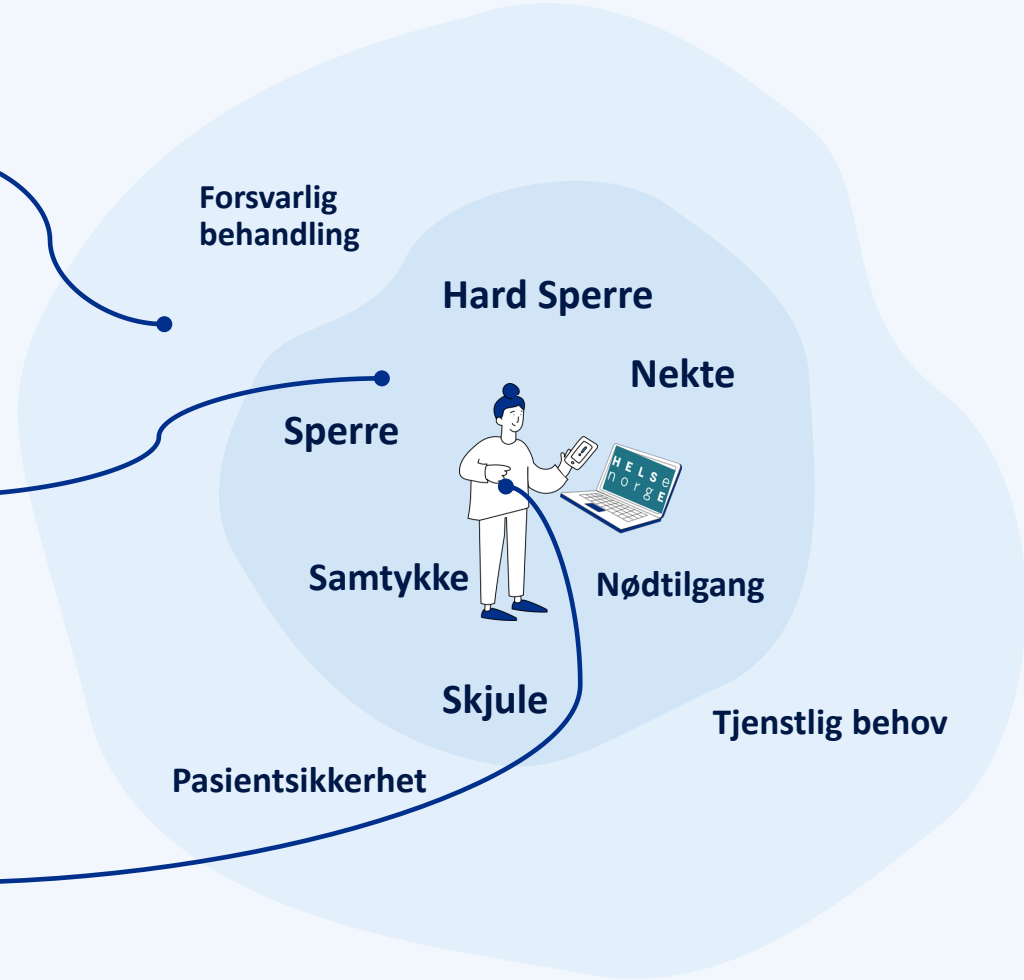
- Hvordan sikre felles forståelse og praktisering av reservasjonsretten?

Eksempler på valg pasienten kan ha

- Full reservasjon
- Delvis sperring
- Sperring mot bestemte mottakere
- Samtykkebasert deling
- Trekke tilbake eller endre tidligere reservasjoner
- Be om informasjon om hvem som har hatt tilgang

Eksempler på generelle utgangspunkt

Med ønske om all hensiktsmessig deling
Med ønske om ingen deling bortsett fra enkeltbehandlere (Psykisk helse)
Foreldre til barn 12–16 år
Genetiske opplysninger
Seksualhelse
Akutte situasjoner / nødtilgang



Hvordan gi reell kontroll uten å svekke trygg behandling?

Eksempel på begrep med ulik tolkning

Sperre og hard sperre



- Hva skal løses med tekniske valg, og hva skal løses med felles arbeidsprosesser?
- Hvordan sikre at helsepersonell og innbygger har korrekt forståelse av betydningen og konsekvensene av hard sperre?

Helsedirektoratet

Sperre kan overstyres i en akuttsituasjon eller ved samtykke

Hard sperre kan ikke overstyres, og det må være en teknisk/faktisk barriere som det under ingen omstendighet skal være mulig å forbigå.

Norsk helsenett

Blokkering

En absolutt tilgangsbegrensning (Helsenorgespesifikk utledet fra SPERRING) som innebærer at innbyggeren blokkerer hele eller deler av opplysningene som ligger i et behandlingsrettet helseregister slik at opplysningene ikke blir tilgjengelige for navngitt enkeltpersonell.

For informasjonselementer tilhørende Kjernejournalforskriften, kan ikke blokkering omgås ved verken samtykke fra pasienten selv, eller i en akuttsituasjon.

Mange undervalg ved tilgangsbegrensninger for innbygger

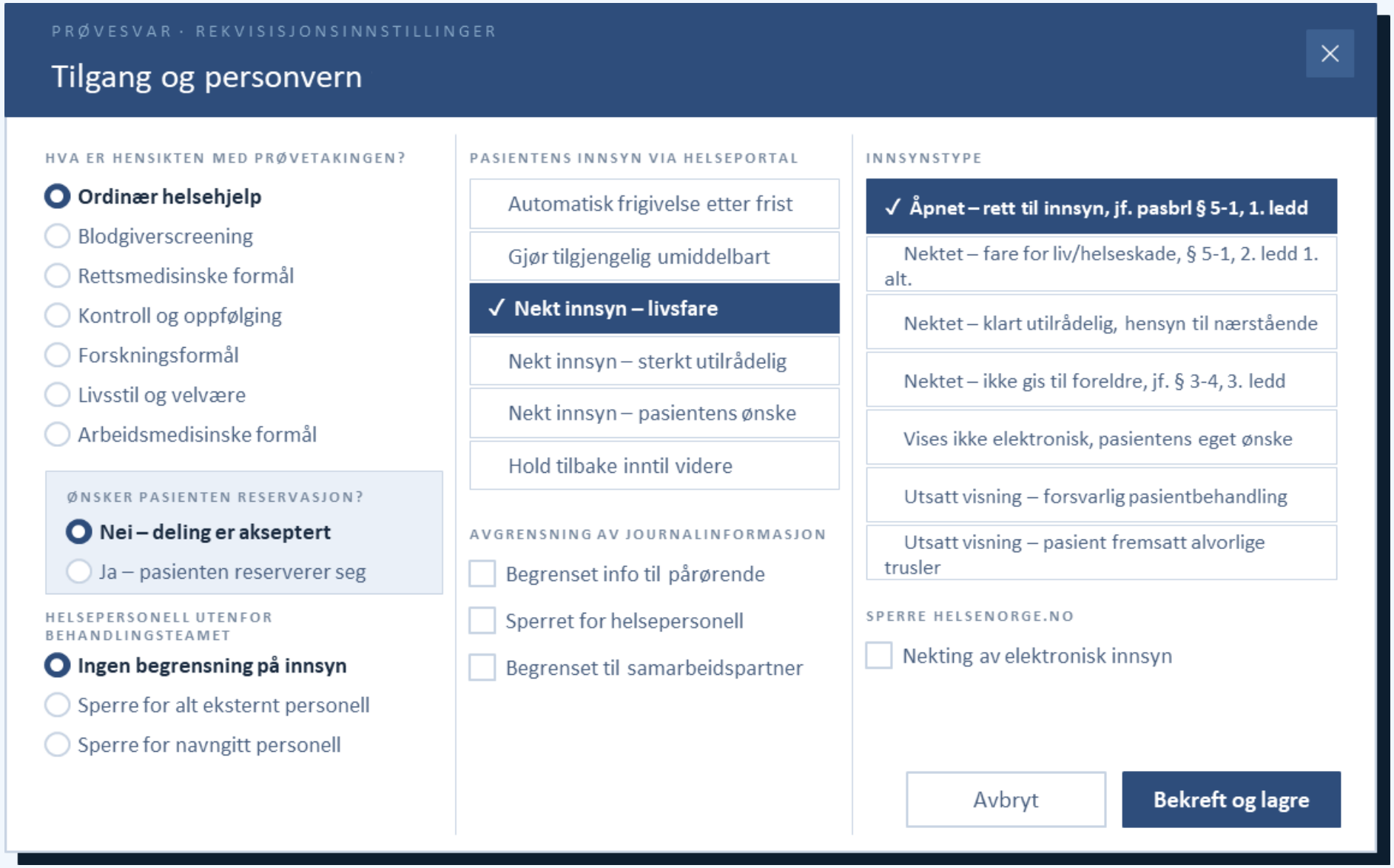
I kodeverket er «nekting» etablert som et begrep med flere underliggende valg. Disse er utviklet over tid gjennom ulike prosjekter og behov.

Resultatet er en stadig voksende liste av varianter, hvor hvert enkelt valg isolert sett er forståelig, men hvor helheten blir vanskelig å navigere i for helsepersonell.

Nektet, eget ønske	Nektet innsyn etter innbyggers uttrykte ønske, jf. pbrl. § 3-2 andre ledd	01.01.2020
Nektet, fare for helsepersonell	Nektet innsyn med begrunnelse at pasient har fremsatt alvorlige trusler og fremstår aktivt med agitasjon overfor behandler.	23.09.2021
Nektet, fare for liv	Nektet innsyn av med begrunnelse fare for liv eller alvorlig helseskade, jf. pasbrl § 5-1, 2. ledd 1. alternativ.	01.01.2020
Nektet, foreldet	Virksomheten har markert dokumentet som eldre enn datoen for når pasienter fikk automatisk digitalt innsyn i journal. Skal ikke benyttes av nye leverandører. Koden ivaretar eksisterende tilgangsbegrensninger i noen EPJ-system.	01.01.2020
Nektet, foreldreansvarlig	Nektet innsyn for foreldre eller andre som har foreldreansvar, dersom pasient eller bruker mellom 12 og 16 år ønsker det og årsaken er av en slik art at ønsket bør respekteres, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre ledd eller at det foreligger tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler for det, uavhengig av alder og om det er pasientens eller brukerens eget ønske, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 tredje ledd. Nektingen settes av helsepersonell.	30.11.2023
Nektet, forsvarlig pasientbehandling	Nektet innsyn - vises ikke digitalt av hensyn til forsvarlig pasientbehandling. Skal ikke benyttes av nye leverandører. Koden ivaretar eksisterende tilgangsbegrensninger i noen EPJ-system.	21.02.2022
Nektet, klart utilrådelig	Nektet innsyn med begrunnelse klart utilrådelig av hensyn til personer som står vedkommende nær, jf. pasbrl § 5-1, 2. ledd 2. alternativ.	01.01.2020
Nektet, ungdom	Nektet innsyn for ungdom 12-16, dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Foreldre eller andre som har foreldreansvar får tilgang til informasjon. Settes av helsepersonell.	30.11.2023
Sperret	Tilgangsbegrensning som innebærer at innbyggeren sperrer hele eller deler av opplysningene som ligger i et behandlingsrettet helseregister slik at opplysningene ikke blir tilgjengelige for enkeltpersonell eller grupper av helsepersonell. Denne koden erstattes av koder fra kodeverk med ID 9604, og skal ikke brukes etter 01.01.27	01.01.2020
Utsatt innsyn for innbygger	Tilgangsbegrensning som gjør at utvalgte helseopplysninger gjøres tilgjengelig for innbyggeren etter fastsatt tid. Tilgangsbegrensningen kan være satt av helsepersonell, eller satt automatisk i henhold til forhåndsdefinerte regler	14.09.2023

Tilgangsbegrensninger for innbygger i behandlingsrettede helseregistre (9603)

Økning av innstillinger og valg for helsepersonell



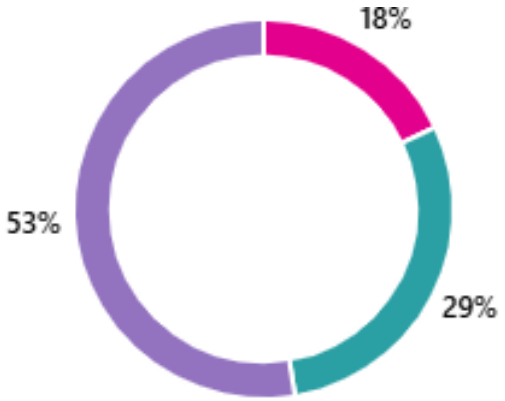
Eksempel på hvordan brukergrensesnittet for helsepersonell kan se ut

Flere nye valg kommer:

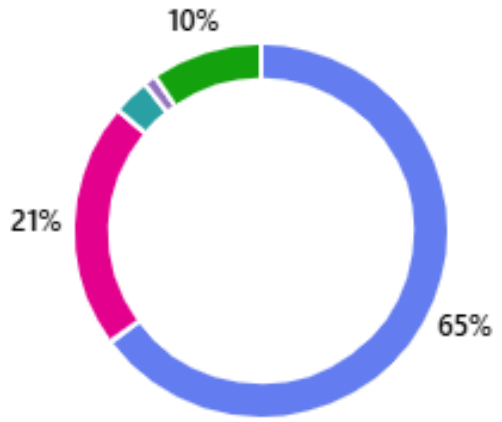
- Hard sperre
- Foreldreinnsyn til barn 12 – 16 år

Spørreundersøkelsen

Helse Nord	0
Helse Midt-Norge	17
Helse Vest	28
Helse Sør-Øst	50
Annet	0



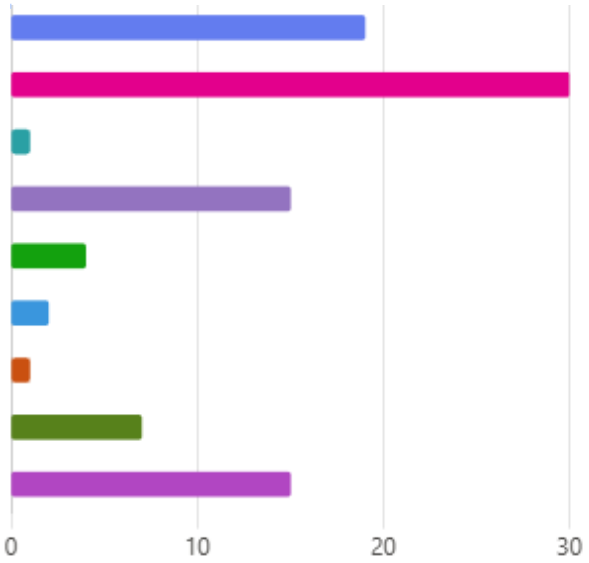
Somatikk	61
Psykiatri og rus	20
Laboratoriemedisin	3
Bildediagnostikk	1
Annet	9



Svar

95

Lege	19
Sykepleier	30
Helsefagarbeider	1
Helsesekretær	15
Kontorfag	4
Psykolog	2
Bioingeniør	1
IKT / forvaltning	7
Annet	15



Personverninnstillinger er vanskelig å forstå og følge opp

67%

er enige i at det er vanskelig å vite hvilke helseopplysninger som faktisk deles videre

49%

er uenige i at de vet hvordan man hindrer deling med andre helseaktører, og om det kan omgås

27% er enige

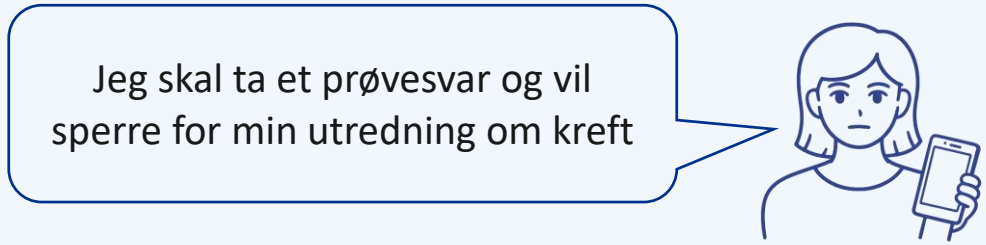
20%

synes dagens begreper er enkle å forklare

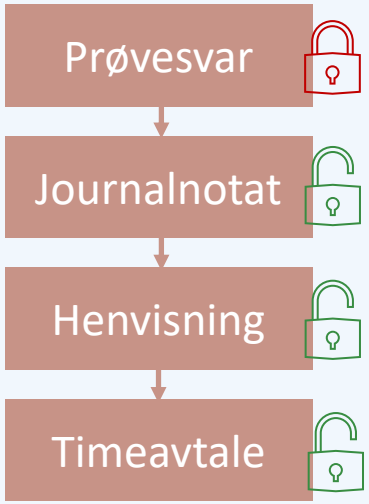
38% er uenige

Konsekvens: rundt halvparten unnlater minst av og til å sette en innstilling (52%) eller å dele helseopplysninger (48%) fordi de er usikre på konsekvensene

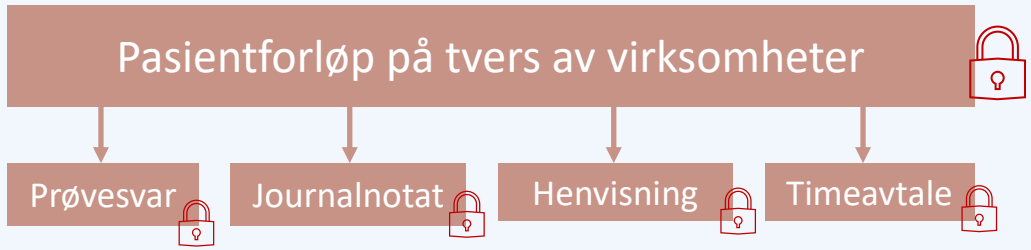
Fra fragmentert kontroll per informasjonsobjekt til helhetlig kontroll per pasientforløp



Objektbasert personverninnstillinger



Personvern knyttet til forløp/helhet



Ivareta og øke **tillit**

Økt samhandling kan **øke tilliten** hos helsepersonell og innbygger

Helsepersonell opplever å ha riktig informasjon tilgjengelig til riktig tid. Kan være godt forberedt og bruker mer av tiden med pasienten.

Pasienten opplever at helsepersonell kjenner deres historie, har de rette opplysningene og slipper å fortelle samme historie flere ganger gjennom pasientforløpet.

Økt samhandling kan **redusere tilliten** hos helsepersonell og innbyggere

Helsepersonell har nektet innsyn i informasjon overfor pasienten, men opplever at pasienten allikevel har fått informasjonen, eller at annen informasjon som ikke skulle vært nektet innsyn i ikke har vært tilgjengelig for pasienten / pårørende.

Innbygger opplever at de har sperret informasjon overfor en enkelt helsepersonell eller flere, men opplever at opplysningene har kommet til vedkommende gjennom andre kanaler.

Reduseres tilliten hos helsepersonell eller innbyggere mister vi effekten av å styrke samhandlingen og kvaliteten på deling av helseopplysninger. Dersom tillit svekkes, tar det lang tid og er kostbart å bygge opp tilliten igjen.

Alle ivaretar sitt ansvar, hvem eier helheten?

Fastlege

Ivaretar eget dataansvar

Sykehus

Ivaretar eget dataansvar

Nasjonale tjenester

Ivaretar eget dataansvar

Kommune

Ivaretar eget dataansvar

Sykehus

Ivaretar eget dataansvar

X **Hvor ligger ansvaret for håndtering av personverninnstillingene gjennom hele pasientforløpet?**

Konsekvensene bæres av det enkelte helsepersonell og av innbyggeren selv

Hva kan avklares felles, og hva må avklares lokalt?

I dag tas mange valg i enkeltprosjekter, og tekniske valg blir retningsgivende

Avklares felles, uavhengig av virksomhet og tjeneste
HVA

Retning og scenarioer

Hvilke scenarioer helsetjenesten skal prioritere

Begreper og definisjoner

Samme betydning på tvers

Juridisk tolkning*

En omforent tolkning å legge til grunn

Rettigheter

Hva innbygger og helsepersonell kan velge

styrer

meldes tilbake

Avklares i hvert prosjekt, eller hver virksomhet
HVORDAN

Teknisk realisering

Bruk av kodeverk, grensesnitt og løsning

Hvilke scenarioer som dekkes

Og hva som ikke dekkes, meldes tilbake

Lokal gjennomføring

Arbeidsprosesser, opplæring, logging, avvik og eget dataansvar

*Felles tolkning som aktørene kan legge til grunn. Hver virksomhet har eget dataansvar og eget ansvar for sin tolkning

Helhetlige personverninnstillinger på tvers av aktører

Sammenhengende personvern som skaper tillit, trygghet og bedre helsehjelp

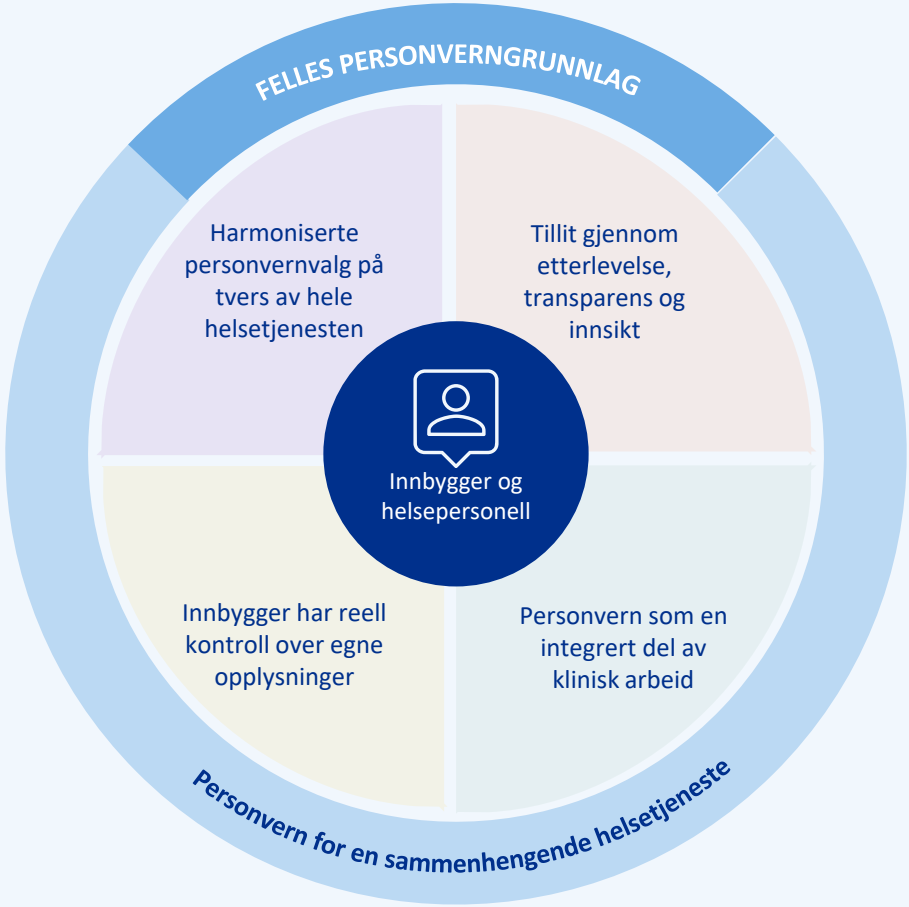
Sykehus | Kommuner og fastleger | Sykehjem og hjemmetjenester | Private laboratorier og røntgen | Private sykehus og klinikker | Apotek | Andre offentlige aktører (NAV, politi m.fl.)

Personverninnstillinger skal ivaretas fra helseopplysninger opprettes til de ikke gjelder mer, på tvers av systemer og bruksformål.

Innstillingene gjelder alle helseopplysninger som hører faglig sammen

Systemene skal forstå og følge innstillingen automatisk

Felles regler skal håndheves likt på tvers av helsetjenesten



Bruk og overstyring skal være kontrollert, logget og etterprøvbar

Den som setter en innstilling, skal forstå omfanget og konsekvensene

Felles regler, rammer og styring krever felles forvaltning

Felles digitale samhandlingsflater

Hvorfor lykkes nå?

- Felles utfordringer på tvers av nivåer
- Flere digitale fellesløsninger
- Økende modenhet og større konsekvens
- Endringer i regelverk kan gi nytt handlingsrom
- Europeiske føringer forsterker behovet for felles rammer



Tillit er en forutsetning for digital samhandling i helsetjenesten

Uten felles rammer for personvern på tvers av virksomheter og nivåer risikerer vi at både helsepersonell og innbyggere mister tilliten til at helseopplysningene håndteres forsvarlig, med direkte konsekvens for kvalitet og pasientsikkerhet



Helsepersonell
Behandler pasienter



Ansatt på sykehuset
Setter opp timeavtale



IKT-ansatt
Følger opp utfordringer med IKT-systemet



PASIENT



SYKEHUSANSATTE



Drøfting

Hvordan bør lokale, regionale og nasjonale behov sees i sammenheng når personverninnstillinger utformes, slik at helsepersonell og innbyggere møter konsistente valg gjennom hele pasientforløpet?

Hvor bør beslutningen om prioriterte scenarioer for personverninnstillingene ligge, slik at mulighetene for skjerming praktiseres likt og ikke varierer mellom virksomheter eller digitale tjenester?



Tillit og forenkling

Forslag til vedtak

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

Helsedirektoratet

Pause – oppstart igjen kl. 14.45

Helsedirektoratet

Sak 25/26: Legemiddeldata fra institusjon til legemiddelregisteret (LMDI-prosjektet)

Legemiddeldata fra institusjon til Legemiddelregisteret (LMDI)

Fagrådet

28.10.26

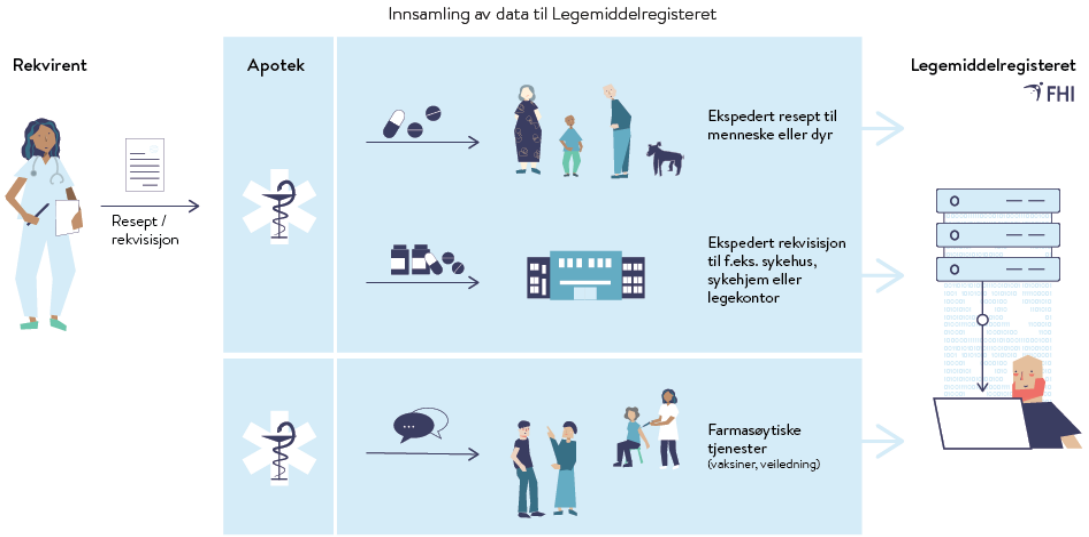
Kari Husabø, produkteier LMR og Ida Ørvik, prosjektleder LMDI

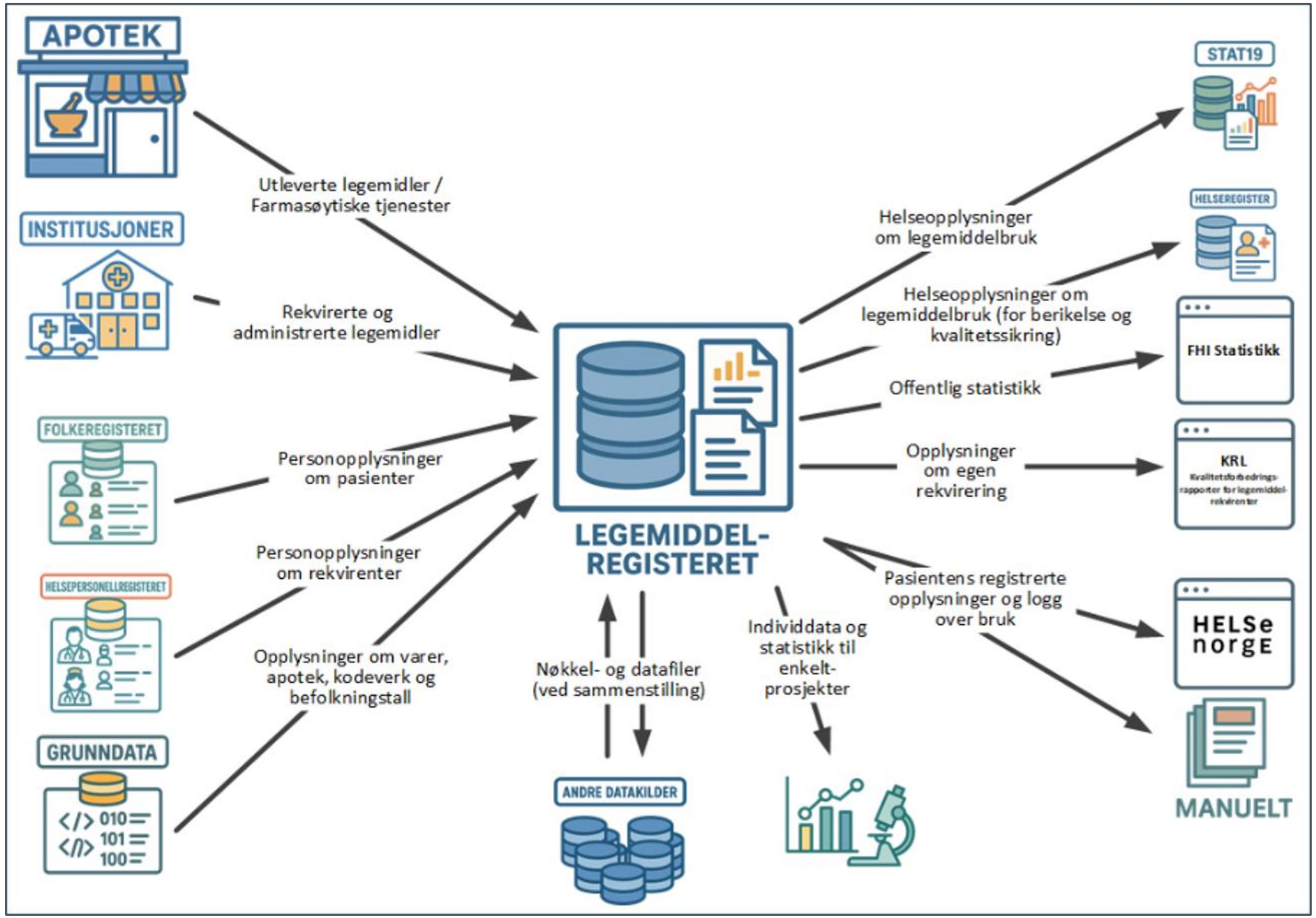
FHI
Folkehelseinstituttet

Legemiddelregisteret og LMDI-prosjektet

Legemiddelregisteret (LMR)

- Etablert i 2022/2023
  - Erstatter det tidligere Reseptregisteret.
- Hjemlet i helseregisterloven § 11 k og LMR-forskriften
- Folkehelseinstituttet er dataansvarlig
- Formålet med LMR er å gi
  - Oversikt over legemiddelbruken i Norge
  - Grunnlag for forskning på og kvalitetsforbedring av legemiddelbruk
  - Myndighetene et grunnlag for styring og planlegging av legemiddelbruken
- Har per idag informasjon om legemidler utlevert etter resept i apotek fra 2004




APOTEK
INSTITUSJONER
FOLKEREGISTERET
HELSEPERSONELLREGISTERET
GRUNNDATA
Utleverte legemidler / Farmasøytiske tjenester
Rekvirerte og administrerte legemidler
Personopplysninger om pasienter
Personopplysninger om rekvirenter
Opplysninger om varer, apotek, kodeverk og befolkningstall
LEGEMIDDEL-REGISTERET
Nøkkel- og datafiler (ved sammenstilling)
ANDRE DATAKILDER
Individdata og statistikk til enkelt-prosjekter
Helseopplysninger om legemiddelbruk
Helseopplysninger om legemiddelbruk (for berikelse og kvalitetssikring)
Offentlig statistikk
Opplysninger om egen rekvirering
Pasientens registrerte opplysninger og logg over bruk
STAT19
HELSEREGISTER
FHI Statistikk
KRL
HELSE norge
MANUELT

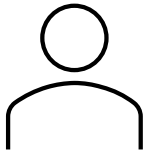
Hva er Legemiddeldata fra institusjon-prosjektet?

- **Formålet:**
- Utvide LMR slik at opplysninger om legemiddelbruk i sykehus og sykehjem er tilgjengelig for Legemiddelregisterets formål, for eksempel forskning, styring. Dette vil gjøre opplysningene tilgjengelige sentralt fra én kilde.
- Prosjektet skal ikke føre til ekstra krav til registrering for helsepersonell, da det kun vil samles inn opplysninger som allerede registreres i systemene.

FHI

Legemiddelregisterets utvikling

Reseptregisteret



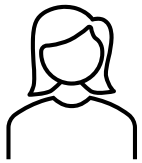
Grad av identifisering: Pseudonymt helseregister

Sentralisert koblingsprosedyre

Månedlig:
- Data tilgjengelig 4-8 uker etter månedens slutt

Apotek:
- Resepter og rekvisisjoner (2004)

Legemiddelregisteret



Grad av identifisering: Direkte identifiserbart helseregister

Distribuert kobling – kan være kilde til andre registre

Daglig:
- Data tilgjengelig 1-3 uker etter månedens slutt

Apotek:
- Utlevering basert på resepter og rekvisisjoner (fra 2004).
- Farmasøytiske tjenester (fra 2021)

Legemiddelregisteret 2.0 (etter LMDI-prosjektet)



Grad av identifisering: Direkte identifiserbart helseregister

Distribuert kobling – kan være kilde til ande registre

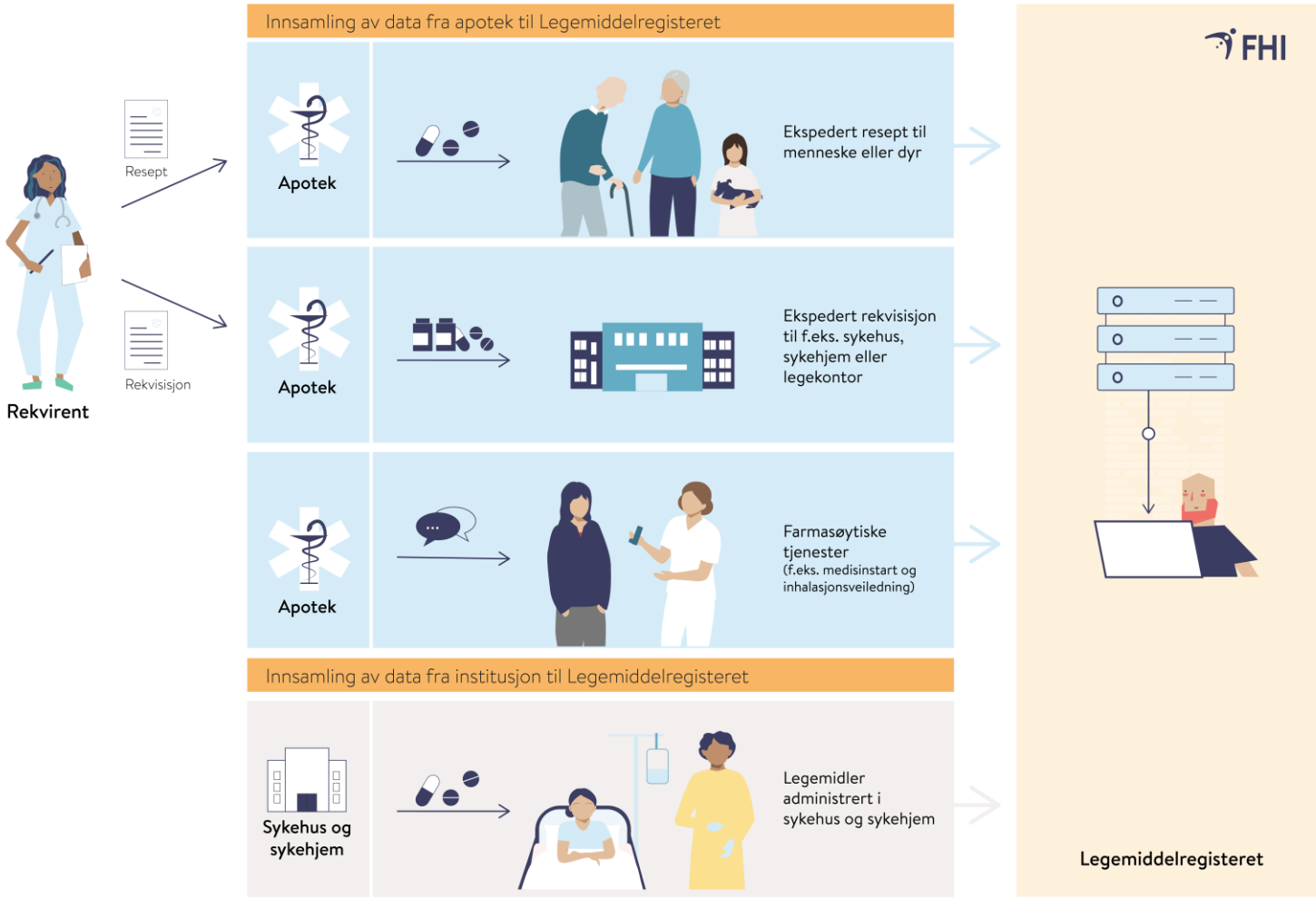
Daglig:
- Data tilgjengelig 1-3 uker etter månedens slutt

Apotek:
- Resepter og rekvisisjoner (2004)
- Farmasøytiske tjenester (2021)

Offentlige sykehus:
- Legemiddelrekvirering- og administrering

Sykehjem (utvalgte):
- Legemiddelrekvirering- og administrering

Legemiddelregisteret 2.0



Legemiddelbruk i institusjon bør inn i en nasjonalt register

DAGENS SITUASJON

Legemiddelregisteret dekker utleveringer fra apotek.
Legemiddelbruk på individnivå i sykehus og sykehjem inngår ikke

Nasjonalt kunnskapsgrunnlag

Nasjonalt datagrunnlag for kvalitetsarbeid, forskning og styring av legemiddelbruken

Én nasjonal kilde til legemiddeldata

Legemiddelregisteret som felles kilde for legemiddeldata til sekundærformål – mindre dobbeltrapportering fra helsetjenesten.

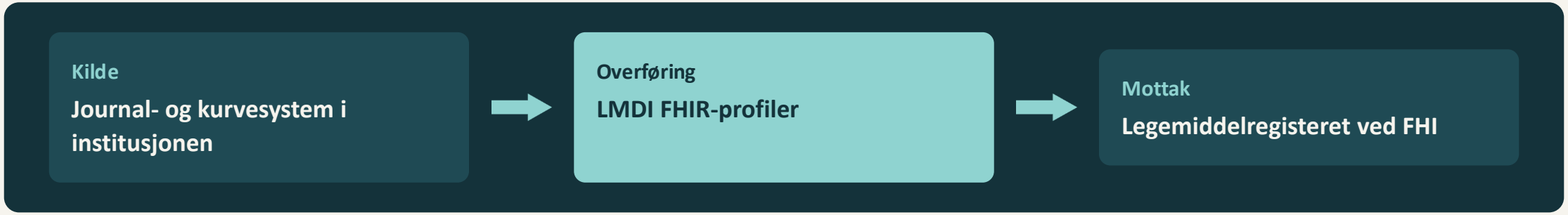
Smittevern og beredskap

Oversikt over legemiddelbruk i hele helsetjenesten for beredskapsformål. Kunnskapsgrunnlag for bedre antibiotikabruk

Standardisering


HL7®FHIR®

Hvorfor vi har tatt i bruk FHIR ved overføring av legemiddelopplysninger fra institusjonene til FHI



Anbefalt standard

Helsedirektoratet anbefaler FHIR når strukturerte helsedata deles mellom virksomheter

Felles tolkning

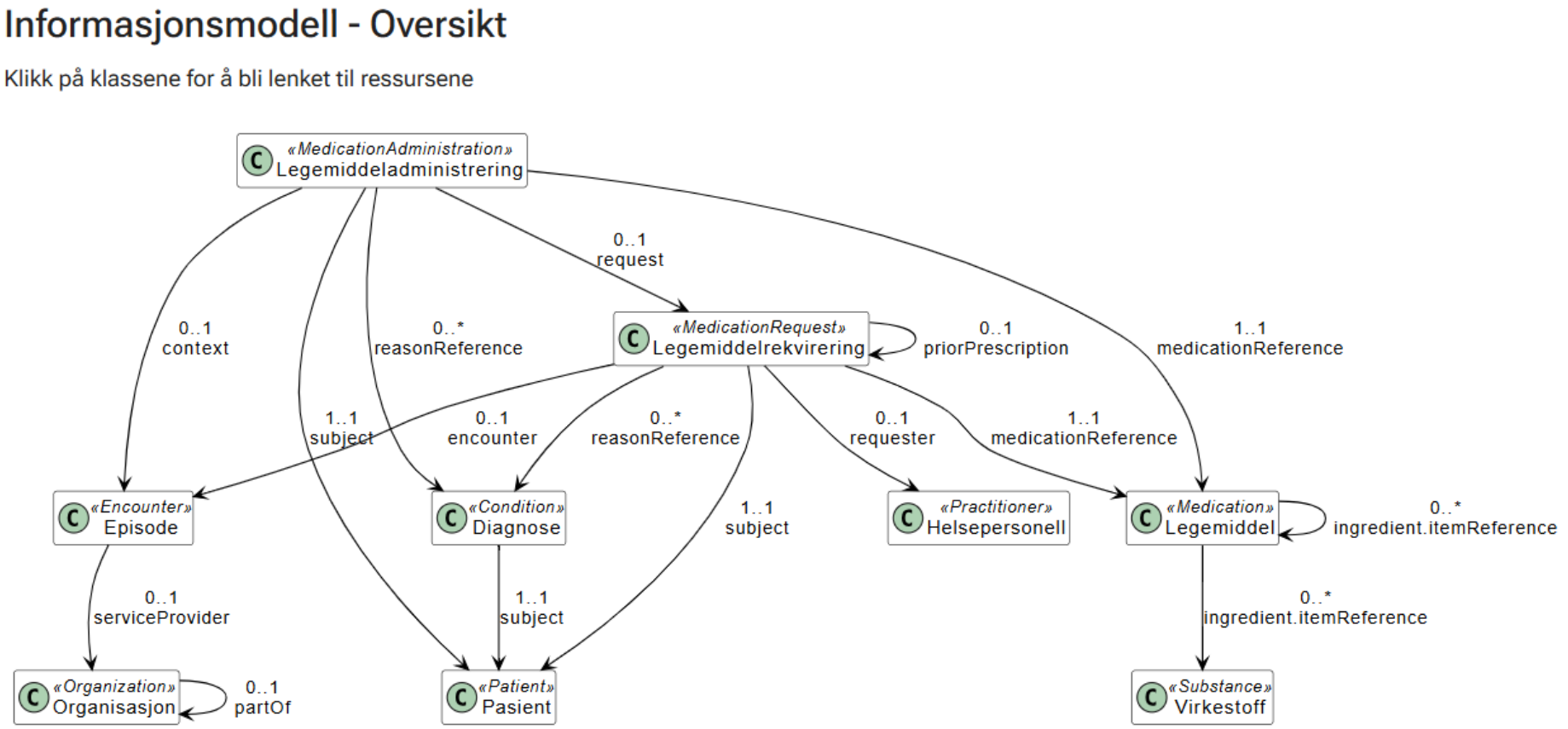
Felles struktur gir sammenlignbare data fra alle institusjoner. Godt egnet ved integrasjon som går mot ulike systemer.

Brukes i helsetjenesten

. En standard helseforetakene kjenner Standarden er bredt tatt i bruk hos leverandører, og ellers i internasjonal e-helse.

FHIR i Legemiddelregisteret

Implementasjonsguide: folkehelseinstituttet.github.io/LMDI



Erfaringer med å ta FHIR i bruk

Fra FHI

UTFORDRINGER

- **Begrenset erfaring med FHIR ved FHI**
  Omfattende standard – mye å sette seg inn i
- **Ressurskrevende å tilpasse profilene**
  Har tatt tid å tilpasse profilene til LMRs behov (relevante og nødvendige opplysninger)
- **Profilering krever god domenekunnskap**
  Både hos avsender og mottaker

FORDELER

- **Godt egnet for AI**
  Strukturert, logisk oppbygd og maskinlesbar
- **Stort og aktivt åpen kildekode-miljø**
  Mange gode verktøy og biblioteker
- **Standard som er utbredt**
- **Enkel validering**
  Innkomne meldinger sjekkes mot profilen
- **God dokumentasjon tilgjengelig for alle**
  Implementasjonsguide (med versjonsendringer) tilgjengelig på nettet

FHI

LMDI-prosjektets ulike faser

LMDI fase 1: Aktørene som leverer opplysninger til LMR

Helse Sør-Øst

Helseregion

Helse Midt-Norge

Helseregion og kommune

Helse Vest

Helseregion

Helse Nord

Helseregion

Bærum kommune

Kommune

Legemiddelregisteret

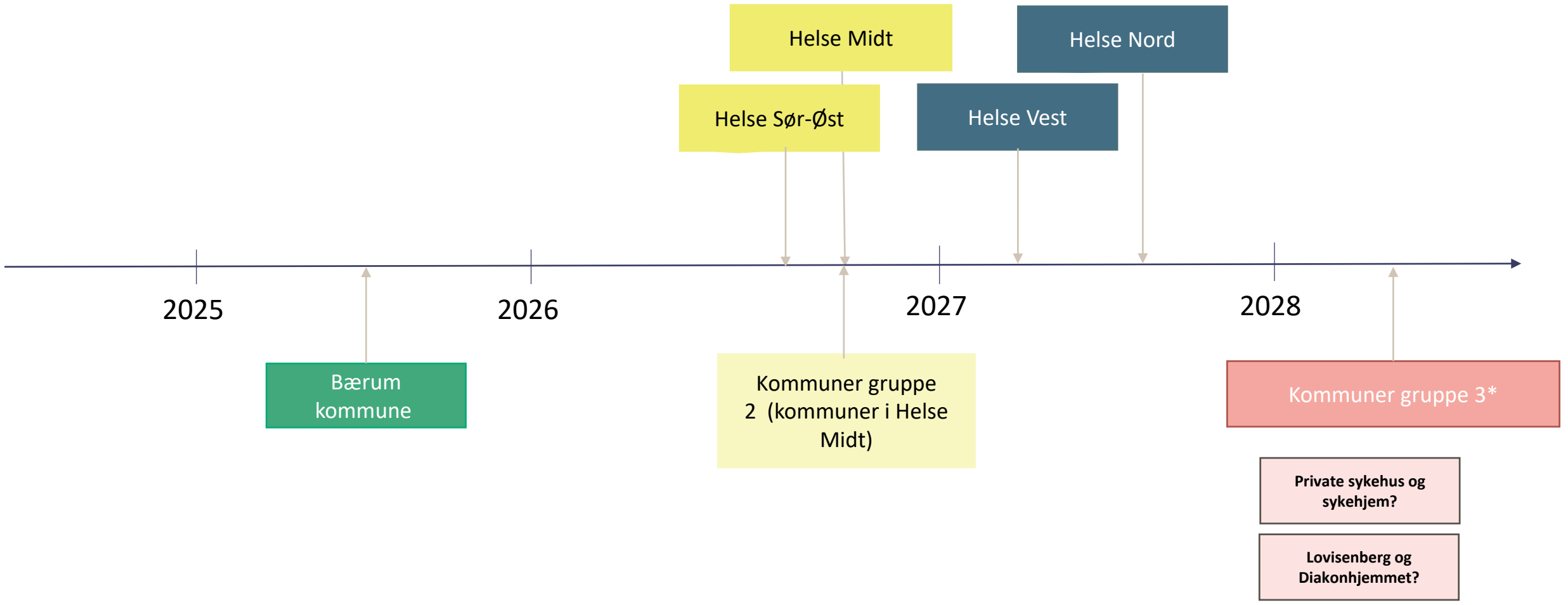
Folkehelseinstituttet (FHI)

Status fase 1

- Opplysninger fra kommunale sykehjem i Bærum kommune rapporteres daglig
- Helse Midt og Helse Sør-Øst i sluttfasen av akseptansetesting
  - Helse Midt vil rapportere for kommuner som bruker Epic/Helseplattformen
- Dialog/startfase med Helse Vest og Helse Nord
- Prosjektet har øremerkede midler over Statsbudsjettet til å betale en oppstartssum til utvikling av løsning for å levere data til LMR for aktørene som omfattes av fase 1.

Tentativ plan for mottak av data til LMR

Ferdigstilt
Pågående - RHF
Kommende - RHF
Fase 2 – resten av kommune Norge og private institusjoner



*For kommuner i gruppe 3 er det blant annet avhengigheter til journalleverandører og at riktige krav stiles

Fase 2

Andre kommuner (gruppe 3) og private institusjoner

- FHI har et pågående prosjekt for å modernisere pasientregistrene, NPR og KPR. LMDI-prosjektet vil samordne fase 2 med planlagte utvidelser av pasientregistrene, spesielt ovenfor sykehjem (kommunale og private) og private sykehus
- Foreløpig ikke finansiering for aktørene i fase 2
- Kommunene i Norge holder på å anskaffe nye journalsystem
- Vanskelig å si noe om tidslinjen for aktører i fase 2

Utfordringer og positive erfaringer så langt

Utfordringer

Prosjektgjennomføring

FHI hadde begrenset erfaring med FHIR ved prosjektstart

- Vi har brukt mye tid på å lage implementasjonsguiden og forstå FHIR i tilstrekkelig grad

Kun apotek har rapporteringsplikt

- All innrapportering er frivillig
- Vi ønsker å be om utvidet rapporteringsplikt.

RHFene er ulike

- Ulike journal- og kurveløsninger
- Ulik bruk av nasjonale og lokale legemiddelkataloger og kodeverk/terminologi for legemidler (SNOMED – CT)
- Til tross for at FHIR skal standardisere innrapporteringen, er det behov for akseptansetesting med hvert enkelt RHF for å sikre tilstrekkelig datakvalitet

Komplett legemiddelbruk rapporteres ikke fra RHFene

- Kurveløsningene brukes ikke ved alle administreringer
  - For eksempel registreres cytostatika og immunterapi ol. Fremdeles i utstrakt grad i «side-systemer» og vil ikke inngå i meldinger til LMR

FHI

Positive erfaringer så langt

Prosjektet har fått prioritering i porteføljen hos RHFene

- Til tross for manglende rapporteringsplikt fra sykehus til LMR

Forståelse for behovet

- Gjensidig læring på tvers av institusjoner
- Kunnskapsdeling i forbindelse med FHIR-profilering

RHFene ser mulige framtidige gevinster

- F.eks. rapportering av legemiddeldata til andre helseregistre kan på sikt ivaretas av LMR

Takk for oss!

Spørsmål?

Forslag til vedtak

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

Helsedirektoratet

Pause – oppstart igjen kl. 15.40

Helsedirektoratet

Sak 26/26: Utfordringer med meldingsutveksling

Helsedirektoratet

Sak 26/26 Utfordringer med meldingsutveksling

Utfordringer og drøfting av mulige tiltak

Nasjonalt fagråd for digitalisering i helse- og omsorgssektoren (Fagrådet), 28.10.2026

Agenda

1. Presentasjon av problemstillingene på vegne av regionene v/Helse Sør-Øst RHF
2. Gjennomgang av gjeldende regelverk v/Helsedirektoratet
3. Status og planer for videreutvikling av meldingsutvekslingen v/Norsk helsenett
4. Drøfting

Bakgrunn og hensikten med saken

- Innspill fra regionene om utfordringer knyttet til meldingsutveksling, spesielt knyttet til applikasjonskvittering
- Utfordringene berører ansvarsområder hos Helsedirektoratet og Norsk helsenett
- Hensikten med saken: Drøfte mulige tiltak for å sikre at meldingsutvekslingen fungerer etter intensjonen, og bidrar til å ivareta pasientsikkerheten



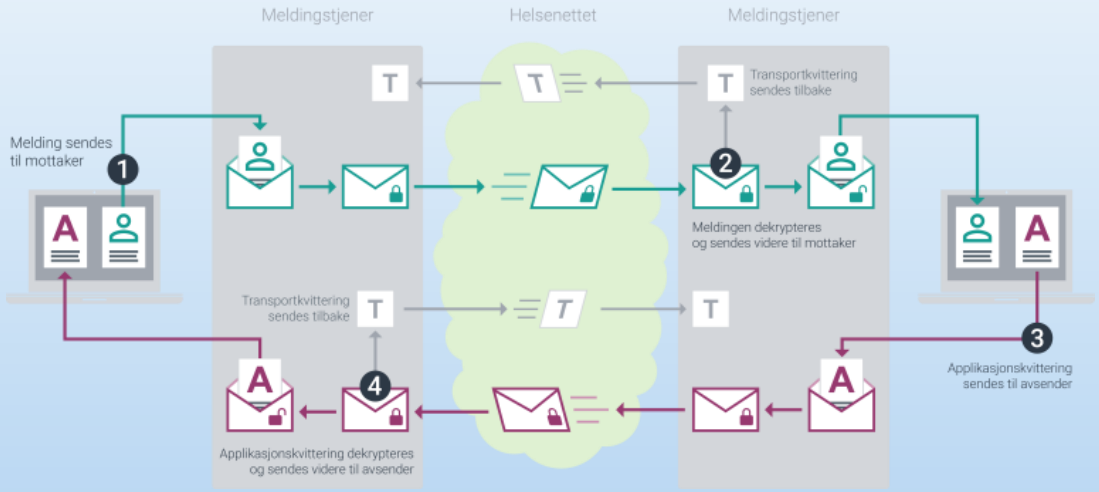
Sak 26/26 Utfordringer med meldingsutveksling

SYKEHUSPARTNER

Presentasjon av problemstillingene på vegne av regionene
v/Sykehuspartner/Helse Sør-Øst – Jeanette Wiger

Fagrådet, 28. oktober 2026

Disposisjon



Hentet fra [Elektronisk meldingsutveksling - Norsk helsenett]

- 1. Hvorfor er saken løftet til Fagrådet?
- 2. Hva opplever regionene i praksis?
- 3. Noen konkrete eksempler
- 4. Hva regionene ser som mulige årsaker
- 5. Budskap fra regionene

1. Hvorfor er saken løftet til Fagrådet?

Nasjonal utfordring

- Alle helseregionene opplever utfordringer med applikasjonskvitteringer (Apprec)
- Gjelder spesielt sentrale meldingstyper som epikriser, henvisninger, laboratoriesvar, radiologisvar og PLO-meldinger
- En problemstilling som har vedvart over tid og hvor det ses behov for å drøfte tiltak

Konsekvenser

- Økt manuelt oppfølgingsarbeid
- Redusert kontroll og sporbarhet i meldingsutvekslingen – Vet ikke om meldingene har kommet frem og til rett mottaker
- Risiko for svikt i pasientoppfølgingen/at viktig informasjon ikke følges opp

Meldingsutveksling er den viktigste formen for digital samhandling i helse- og omsorgssektoren

Dette er ikke et regionalt problem, men en nasjonal utfordring som påvirker kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet

Applikasjonskvitteringen er en sentral kontrollmekanisme

Når applikasjonskvitteringen fungerer som forutsatt, kan aktørene følge opp de meldingene som krever oppfølging og unngå unødvendig manuelt arbeid

2. Hva opplever regionene i praksis?

- Mange meldinger mangler Apprec, slik at avsender ikke vet om meldingen er mottatt og behandlet hos mottaker
- Positive og negative Apprec gir ikke alltid et korrekt bilde av faktisk håndtering
- Negative kvitteringer utgjør et betydelig volum som må følges opp manuelt
  - HSØ sept 2026: Totalt 1500 negative kvitteringer på epikriser og svarrapporter
- Standardene tolkes og praktiseres ulikt, noe som gir ulik håndtering av kvitteringer
- Ansvar for håndtering og oppfølging av meldinger og kvitteringer praktiseres ulikt mellom aktørene.
- Meldinger kan avvises eller håndteres annerledes enn det avsender forventer

4. Noen konkrete eksempler (1)

1) Manglende Apprec oppleves som en stor utfordring i Helse Nord

Nordlandssykehuset og UNN	**ANTALL MELDINGER UTEN APPREC 01.01.2026–01.10.2026 (9 mnd)**
Epikriser	1 210
Svarrapport bildediagnostikk	391
Svarrapport Klinisk kjemi	306

HSØ tall for 1 mnd	
HSØ	Antall meldinger uten apprec sept-26
Epikriser	700
Svarrapporter LAB	217
Svarrapporter RAD	145

Gjennomgående observasjoner

- Manglende Apprec ses særlig for epikriser og svarrapporter.
- Mange tilfeller gjelder 2 mottakere ved samme legekontor og når meldinger sendes til flere tjenester i samme kommune/samme system
- Leverandører har opplyst om at de ikke ønsker å ta inn samme melding flere ganger

Standarden krever én applikasjonskvittering per mottaker.
Funnene reiser spørsmål om forståelse av standarden, implementering i systemene og oppfølging av etterlevelse.

3. Noen konkrete eksempler (2)

Apprec på vegne av andre, sender apprec hvor de utgir seg for å være annen mottaker/avsender	• Fortsatt et visst omfang, ca 500/mnd i HSØ
Positiv Apprec når pasienten ikke finnes i mottakende system og heller ikke skal ha journal	• Ingen mulighet for å fange opp om meldingen er sendt riktig
Feilaktig negativ Apprec – F.eks mottaker finnes ikke	• Selv om legen har aktiv oppføring i Adresseregister, ofte lokal config-relatert
Refereres til feil meldingstype i Apprec	• At det f.eks refereres til histologisvar når det skulle vært referert til svar på immunologi og transfusjonsmedisin (IMTR)
Utfordringer knyttet til oppfølging av Apprec fra avsender	• Avsender av meldinger følger ikke alltid opp manglende og negativ Apprec
Vedlegg i meldinger og håndtering av Apprec	• Kan få positiv Apprec selv om vedlegg ikke er tatt inn i fagsystemet

4. Hva regionene ser som mulige årsaker

Datakvalitet

- Mangelfull oppdatering av Adresseregisteret
- Utfordringer knyttet til hjelpenummer
- Feil og mangler i meldingsinnhold som påvirker behandling og kvittering

Standarder og regelverk

- Standarder tolkes og implementeres ulikt
- Krav og forventninger er ikke alltid entydige i praktisk bruk
- Ulik forståelse av hvordan meldingsutveksling og samhandling skal fungere
- Begrenset oppfølging av etterlevelse av krav

Systemimplementering

- Ulik implementering av standarder i EPJ-systemene
- Ulik håndtering av applikasjonskvitteringer
- Lokale tilpasninger og leverandørvalg påvirker resultatet

Erfaringsmessig skyldes ikke utfordringene én enkelt årsak. De oppstår i samspillet mellom datakvalitet, standarder, systemimplementering, virksomhetspraksis og oppfølging av etterlevelse.

Virksomhetsansvar og oppfølging

- Mangelfull oppfølging av meldingsflyt og avvik
- Ansvar og oppgaver praktiseres ulikt
- Varierende grad av internkontroll
- Meldingsoppfølging prioriteres ikke alltid som en del av kjerneoppgaven
- Begrenset støtte og verktøy for oppfølging

Kompleksitet i samhandlingskjeden

- Mange-til-mange-kommunikasjon
- Mange aktører, systemer og registre må fungere sammen
- Feil oppstår ofte på tvers av organisatoriske grenser
- Årsaker og konsekvenser ligger ofte hos ulike aktører

Nasjonal forvaltning og etterlevelse

- Begrenset innsikt i faktisk etterlevelse
- Utfordringer blir ofte synlige først når de får konsekvenser
- Begrensede mekanismer for å følge opp manglende etterlevelse
- Manglende etterlevelse får ikke alltid tydelige konsekvenser
- Behov for kontinuerlig oppfølging av sektorpraksis og etterlevelse

5. Budskap fra regionene

- Utfordringene med Apprec er nasjonale og gjenfinnes i alle regioner.
- Konsekvensene er redusert sporbarhet, mer manuelt arbeid og risiko knyttet til pasientoppfølging.
  - Én melding som må følges opp kan kreve alt fra 15 minutter til flere timer eller dagsverk.
- Regionene ser sammensatte årsaker knyttet til datakvalitet, standarder, systemimplementering, virksomhetspraksis og etterlevelse.

➢ **Trygg meldingsutveksling krever mer enn nasjonale standarder og krav. Det krever at krav, standarder og ansvar forstås likt, implementeres likt og følges opp over tid.**

➢ **Regionene ser behov for større oppmerksomhet på hvordan eksisterende krav og ansvar etterleves i praksis. Applikasjonskvitteringer er temaet for denne saken, men behovet for oppfølging av etterlevelse gjelder også andre områder innen digital samhandling.**

Gjeldende regelverk v/Helsedirektoratet



LOVDATA

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger

➡ Gå til opprinnelig kunngjort versjon

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger

Dato	FOR-2015-07-01-853
Departement	Helse- og omsorgsdepartementet
Publisert	I 2015 hefte 8
Ikrafttredelse	01.09.2015
Sist endret	FOR-2026-06-15-1084 fra 01.07.2026
Gjelder for	Norge
Hjemmel	LOV-2014-06-20-42-§7, LOV-2014-06-20-42-§8, LOV-2014-06-20-42-§12, LOV-2014-06-20-42-§13
Kunngjort	09.07.2015 kl. 16.00
Rettet	01.07.2021 (tegnsetting i lister tilpasset universell utforming)

Hjemmel: Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2015 med hjemmel i lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) § 7, § 8, § 12 og § 13.
Endret ved forskrifter 18 des 2015 nr. 1740, 4 sep 2017 nr. 1345, 18 juni 2021 nr. 2023 (i kraft 1 juli 2021, bl.a. tittel), 22 des 2021 nr. 3883 (i kraft 1 jan 2022), 18 juni 2021 nr. 2023 (i kraft 1 juli 2022), 2 des 2022 nr. 2070 (i kraft 1 jan 2023, endringen endret ved forskrift 22 des 2022 nr. 2496), 2 des 2022 nr. 2070 (i kraft 1 jan 2024), 18 des 2023 nr. 2119 (i kraft 1 jan 2024), 21 des 2023 nr. 2281 (i kraft 1 jan 2024), 10 des 2024 nr. 3173 (i kraft 1 jan 2025), 2 des 2025 nr. 2405 (i kraft 1 jan 2026, endring endret ved forskrift 22 des 2025 nr. 2858), 22 des 2025 nr. 2858 (i kraft 1 jan 2026), 15 juni 2026 nr. 1084 (i kraft 1 juli 2026).
Rettet 01.07.2021 (tegnsetting i lister tilpasset universell utforming).

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)

Kapittel 1. Formål og virkeområde

0 Tilføyd ved forskrift 22 des 2021 nr. 3883 (i kraft 1 jan 2022).

§ 1. *Formål*

Forskriften skal bidra til at virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som yter helsehjelp eller virksomheter som

Krav om oppdatert adresseregister i helsenettet

LOVDATA

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger

§ 4. *Krav om oppdatert adresseinformasjon mv.*

Alle virksomheter som er tilknyttet helsenettet ved avtale med Norsk helsenett SF, skal sørge for å ha oppdatert informasjon om virksomhetens elektroniske adresser og annen relevant kontaktinformasjon i adresseregisteret i helsenettet.

Ved registrering av elektroniske adresser i adresseregisteret og ved adressering av meldinger skal tjenestebasert adressering benyttes, etter kravene i HIS 1153-1:2016, HIS 1153-2:2016 og HIS 1153-3:2017. Dette gjelder for helseforetak, private sykehus, virksomheter som yter medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester som nevnt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 2, og virksomheter som yter tjenester som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 1 til 3 og nr. 5 til 7.

0 Endret ved forskrift 18 juni 2021 nr. 2023 (i kraft 1 juli 2021).

Krav om bruk av applikasjonskvittering

LOVDATA

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger

§ 5. *Krav til funksjonaliteten i IKT-systemenes programvare*

Alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som yter helsehjelp og som skal sende eller motta meldinger etter § 6 skal ta i bruk programvare som

a. følger ebXML rammeverk som angitt i HIS 1037:2011 ved utveksling av meldinger,

b. håndterer applikasjonskvittering som angitt iHIS 80415:2012 ved sending og mottak av meldinger.

For meldinger som nevnt i § 6 nr. 17, kan kravet i første ledd bokstav a) oppfylles ved å ta i bruk tilsvarende programvare.

0 Endret ved forskrifter 18 juni 2021 nr. 2023 (i kraft 1 juli 2021), 10 des 2024 nr. 3173 (i kraft 1 jan 2025).

Del paragraf

Om applikasjonskvittering

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

Roller og ansvar

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

Norsk helsenett

Meldingsutveksling
Norsk helsenett

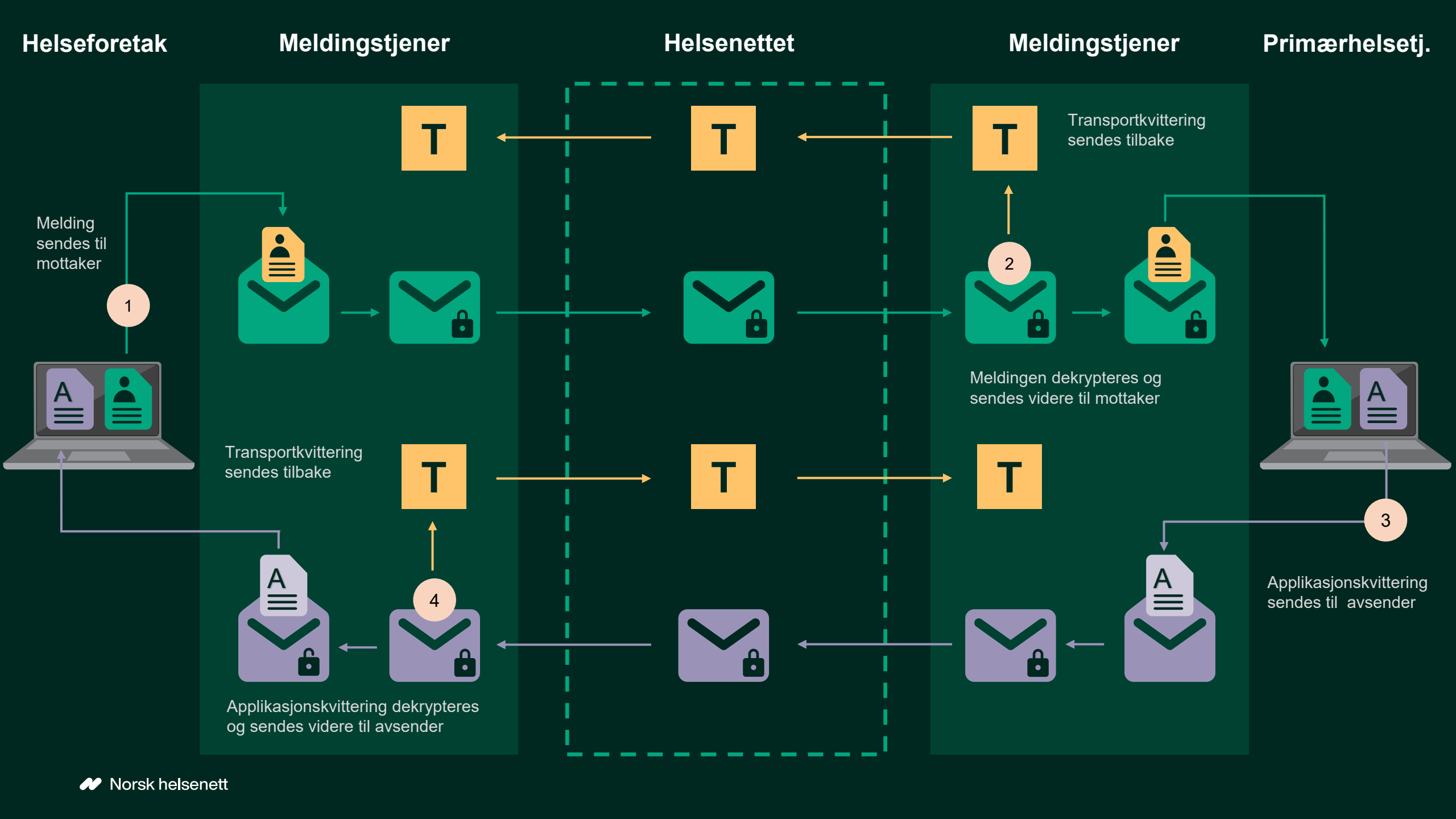
Fagrådet

5. november 2026



Meldingsutveksling

- Hvordan fungerer meldingsutvekslingen i dag
- Hva kan vi gjøre i dagens meldingstrafikk
- Hva gjør Norsk helsenett fremover
- Ansvar for oppfølging


Helseforetak
Meldingstjener
Helsenettet
Meldingstjener
Primærhelsetj.
Melding sendes til mottaker
1
Transportkvittering sendes tilbake
2
Meldingen dekrypteres og sendes videre til mottaker
3
Applikasjonskvittering sendes til avsender
Transportkvittering sendes tilbake
4
Applikasjonskvittering dekrypteres og sendes videre til avsender
Norsk helsenett

Dagens meldingsutveksling

- I tradisjonell meldingsutveksling over EDI er fagmeldingene kryptert gjennom Norsk helsenetts infrastruktur
  - Vi kan ikke korrelere applikasjonskvitteringer til fagmeldingen den svarer på som følge av at den knytningen ligger inne i selve fagmeldingene
  - Vi kan ikke se hvem som da eventuelt ikke returnerer apprec
- NHN har ikke myndighet til å kreve endringer av aktører og deres leverandører, men NHN oppfordrer dem til å følge standarder og rette feil
- Gjennom samsvarstesting jobber vi med å forbedre kvaliteten på meldingene som sendes og sikre at aktører har implementert kravene i standardene og håndterer meldingsutveksling korrekt

Meldingsutveksling fremover

- NHN har produksjonssatt tjenesten EDI 2.0 (api-basert meldingsutveksling)
  - Gjelder kun for meldinger til og fra aktører som benytter EDI 2.0 for meldingsutveksling
    - Forutsetter at leverandørene implementerer EDI 2.0 og flytter meldingsutvekslingen over til den tjenesten
  - Åpner for validering av meldingene opp mot standardene
    - NHN kan avdekke avvik fra standardene og få oversikt over feil
  - Åpner for korrelering av apprec mot fagmelding
    - NHN kan lage statistikk og følge opp trender på manglende apprec

- Det er fortsatt aktørene som dataansvarlige som har ansvar for at krav og standarder følges, gjennom sine leverandører
  - Men vi jobber for å ha bedre grunnlag for å identifisere feil og aktører som trenger oppfølging

Spørsmål til drøfting i Fagrådet:

1) Her er det en situasjon hvor infrastruktur har utfordringer grunnet manglende oppfyllelse av virksomhetsansvar? Hva kan rotårsaken være til manglende datadisplin innenfor et så viktig felt?

2) Hvordan skape bedre forståelse og aksept for å utføre et åpenbart virksomhetsansvar?

Forslag til vedtak

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

Helsedirektoratet

Sak 27/26: Orientering fra Helsedirektoratet

Ekstern høring - faglige råd for Digitalt tilsyn

Bakgrunn





Kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram og FOU rapport fra KS/ Oslo Economics viser at digitalt tilsyn er en av de mest arbeidsbesparende velferdsteknologiene både i hjemme- og institusjonsbasert omsorg



Statistikk viser stor geografisk variasjon i tjenestetilbudet i landet.

- Kommuner etterspør informasjon, veiledning og nasjonale anbefalinger, som bl.a. kan gi avklaringer omkring juridiske og andre faglige problemstillinger

Formål

Formålet med arbeidet med å utarbeide nasjonale faglige råd, er å understøtte den kommunale helse- og omsorgstjenesten med kunnskapsbaserte råd for bruk av digitalt tilsyn. Rådene skal bidra til å fremme forsvarlig og økt bruk av digitalt tilsyn, og ta ned barrierer mot implementering, og dermed bidra til et mer likeverdig tjenestetilbud i hele landet.

Faglig råd for digitalt tilsyn sendes på ekstern høring i november. Planlagt publisering er Q1 2027.

Forslag til vedtak

Fagrådet tar saken til orientering.

Helsedirektoratet

Velkommen til middag kl. 18.30

Oppstart dag 2 kl. 09.00