

Møte i Porteføljerådet		
Møte	4/2026	
Dato	24. september 2026	
Tid	Kl. 10.00 – 16.00	
Sted	Helsedirektoratet, Vitaminveien 4, Storo Oslo	
Medlemmer	Lucie Aunan (Helsedirektoratet) Bente Andersen Sundlo (Helsedirektoratet) Torkil Clementsen (Helsedirektoratet) Ole Johan Kvan (Helse Sør-Øst RHF) Ole Jørgen Kirkeluten (Helse Vest RHF) Per Olav Skjesol (Helse Midt RHF) Bjørn Nilsen (Helse Nord RHF) Miert Skjoldborg Lindboe (KS) Terje Wistner (KS) Harald Sundt-Ohlsen (Oslo kommune) Monica Simone Johannessen (Bodø kommune) Kristin Brekke (Bergen kommune) Odd Ruud (Moss kommune / DigiViken) Bjørnar Hafell (Trøndelag fylkeskommune) Trine Orten Groven (Folkehelseinstituttet) Anne-Lise Härter (Apotekforeningen) Petter Brelin (Fastlegerepresentant) Bente Christensen (Norsk Sykepleierforbund) Bodil Rabben (Norsk helsenett SF) Stine Røtne (Direktoratet for medisinske produkter)	

Sak	Agenda Porteføljerådet	Tidspunkt	Sakstype
25/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden	10:00	Godkjenning
26/26	Godkjenning av referatet fra Porteføljerådet 13. mai 2026, og ekstraordinært møte i Porteføljerådet 25. juni 2026	10:05	Godkjenning
	Dagsaktuelt	10:20	Åpen sak
27/26	Revidert strategi og plan for realisering av helseopplysninger og ny sykmelding mellom helsetjenesten og Nav	10:35	Drøfting
28/26	Pågående felles journalløft og konsekvenser for nasjonal prioritering av digital samhandling	11:15	Drøfting
	Lunsj	1:55	
29/26	Plan for realisering av nasjonal e-helsestrategi, Veikart og indikatorer	12:25	Drøfting
	Pause	13:05	
30/26	Digitalt helsekort for gravide – behandling av investering og plikt til betaling	13:15	Drøfting
31/26	Endring i meldetjenesten	13:55	Drøfting
	Pause	14:35	
32/26	Videreutvikling av Veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier	14:45	Drøfting
33/26	Orientering fra Helsedirektoratet	15:25	Orientering
34/26	Eventuelt	15:55	
	Slutt	16:00	

Sak	Tema	Sakstype
25/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Porteføljerådet godkjenner innkalling og dagsorden.	
26/26	Godkjenning av referat fra Porteføljerådet 13. mai 2026 og ekstraordinært møte i Porteføljerådet 25. juni 2026	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Porteføljerådet godkjenner referatet fra Porteføljerådet 13. mai 2026 og ekstraordinært møte i Porteføljerådet 25. juni 2026.	Vedlegg 1: Referat fra møtet i

		Porteføljerådet 13. mai 2026 Vedlegg 1A: Referat fra ekstraordinært møte i Porteføljerådet 25. juni 2026
	Dagsaktuelt	Åpen sak
	Medlemmene kan løfte problemstillinger og dilemmaer de står i. Dette kan gi innspill til saker som kan behandles i rådsmodellen i senere møter.	Ingen toppnotat
27/26	Revidert strategi og plan for realisering av helseopplysninger og ny sykmelding mellom helsetjenesten og Nav	Drøfting
	Nav ønsker å orientere Porteføljerådet om revidert strategi og plan for realisering av ny sykmelding, som inngår i arbeidet med å forbedre informasjonsutvekslingen mellom helsetjenesten og Nav. Porteføljerådets innspill vil være viktige i det videre arbeidet med realisering og innføring. Gjennom satsingen etableres også erfaring med SMART on FHIR-baserte integrasjoner og nye samhandlingsformer i et mye større omfang enn tidligere som kan komme øvrige deler av helse- og omsorgssektoren til nytte i fremtidig tjenesteutvikling.	Vedlegg 2: Toppnotat Revidert strategi og plan for realisering av helseopplysninger og ny sykmelding mellom helsetjenesten og Nav
	Forslag til vedtak: Porteføljerådet tar revidert strategi og plan for realisering av helseopplysninger og ny sykmelding mellom helsetjenesten og Nav til orientering. Arbeids- og velferdsdirektoratet (Nav) tar med seg innspillene fra møtet i det videre arbeidet.	
28/26	Pågående felles journalløft og konsekvenser for nasjonal prioritering av digital samhandling	Drøfting
	KS ønsker med saken å belyse prosessen med overgang til nye EPJ-løsninger i kommunal sektor, og se dette opp mot behovet for realisering av nasjonale fellesløsninger (inklusive digital samhandling) som pågår parallelt. Hva betyr dette for felles prioritering og forventingen om økt gjennomføringskraft?	Vedlegg 3: Toppnotat Pågående felles journalløft og konsekvenser for nasjonal prioritering av digital samhandling
	Forslag til vedtak: Porteføljerådet gav innspill til saken, spesielt med hensyn til prioritering og samtidighetsvurderinger.	
29/26	Plan for realisering av nasjonal e-helsestrategi, Veikart og indikatorer	Drøfting
	Helsedirektoratet vil informere om vesentlige endringer i ny versjon av veikart for nasjonal e-helsestrategi, inkludert EHDS aktiviteter. Det er ønskelig å drøft indikatorer og hvordan de skal brukes.	Vedlegg 4: Toppnotat Plan for realisering av nasjonal e-helsestrategi, Veikart og indikatorer
	Forslag til vedtak: - Porteføljerådet er kjent med veikartet og er innstilt på å ta med seg overordnet plan til egen organisasjon for videre planlegging. - Porteføljerådet stiller seg bak forslag til indikatorer for kvartalsvis oppfølging.	

30/26	Digitalt helsekort for gravide – behandling av investering og plikt til betaling	Drøfting
	Digitalt helsekort for gravide er en etterspurt tjeneste blant helsepersonell og gravide, og det er gjort forsøk tidligere på å få dette til. Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter rammer for tiltaket gjennom årlige mandater, og tiltaket skal gjennomføres i løpet av perioden 2024-2027. Digitalt helsekort for gravide er et politisk initiert tiltak der staten har bidratt med hoveddelen av investeringskostnadene gjennom finansiering av den nasjonale løsningen og tilskudd til nødvendig utvikling hos aktørene. Denne saken gjelder finansiering av videre drift og forvaltning av løsningen.	Vedlegg 5: Toppnotat Digitalt helsekort for gravide – behandling av investering og plikt til betaling
	Forslag til vedtak: Porteføljerådet har gitt innspill til tilstrekkelig utprøving av digitalt helsekort for gravide, før eventuell innføring av plikt til betaling.	
31/26	Endring i meldetjenesten	Drøfting
	FHI, Helsedirektoratet og Helsetilsynet ønsker å gi en samlet orientering om oppdragene knyttet til ny meldeordning og uønskede pasienthendelser nasjonalt register. Etatene ønsker å drøfte hvordan man kan sikre at oppdragene sees i sammenheng, og at utvikling av løsninger møter behovene til aktørene; helsemyndigheter og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten.	Vedlegg 6: Toppnotat Endring i meldetjenesten
	Forslag til vedtak: Porteføljerådet ber FHI, Helsedirektoratet og Helsetilsynet å ta med innspill fra møtet i sitt videre arbeid med særlig vekt på følgende råd: - <i>Utformes i møtes</i>	
32/26	Videreutvikling av Veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier	Drøfting
	Helsedirektoratet ønsker å gi en status på arbeidet med videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen og kvalitetsrammeverk for selvhjelps- og behandlingsverktøy. Videre er det ønskelig å få innspill til anbefalinger knyttet til arbeid med brukskvalitet, før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet 1. oktober.	Vedlegg 7: Toppnotat Videreutvikling av Veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier
	Forslag til vedtak: Porteføljerådet stiller seg bak Helsedirektoratets anbefalinger knyttet til arbeidet med brukskvalitet og tar arbeidet med Kvalitetsrammeverk for digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy til orientering Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med videreutvikling av Veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.	
33/26	Orientering fra Helsedirektoratet	Orientering
	Helsedirektoratet vil orientere Porteføljerådet om aktuelle saker. - Årshjul for rådsmodellen – en oversikt over faste saker	Vedlegg 8: Toppnotat Orientering fra Helsedirektoratet
	Forslag til vedtak: Porteføljerådet tar saken til orientering.	
34/26	Eventuelt	

Referat fra møte i Nasjonalt porteføljeråd for digitalisering i helse- og omsorgssektoren (Porteføljerådet)		
Møte	2/2026	
Dato	13. mai 2026	
Tid	10:00 – 16:00	
Sted	Helsedirektoratet, Vitaminveien 4, Storo Oslo	
Medlemmer	Lucie Aunan (Helsedirektoratet) Kristin Brekke (Bergen kommune) Torkil Clementsen (Helsedirektoratet) Odd Ruud (Moss kommune / DigiViken) Ole Johan Kvan (Helse Sør-Øst RHF) Bjørnar Hafell (Trøndelag fylkeskommune) – Teams Ole Jørgen Kirkeluten (Helse Vest RHF) Trine Orten Groven (Folkehelseinstituttet) Per Olav Skjesol (Helse Midt RHF) Anne-Lise Härter (Apotekforeningen) Bjørn Nilsen (Helse Nord RHF) Petter Brelin (Fastlegerepresentant) Miert Skjoldborg Lindboe (KS) - Teams Bente Christensen (Norsk Sykepleierforbund) Terje Wistner (KS) Harald Sundt-Ohlsen (Oslo kommune) Bodil Rabben (Norsk helsenett SF) Monica Simone Johannessen (Bodø kommune)	
Ikke til stede	Bente Andersen Sundlo (Helsedirektoratet)	
Stedfortreder	Helene Tuft Stavnes, Helsedirektoratet, stiller for Bente Andersen Sundlo	
Helsedirektoratet	Siv Ingebrigtsen Karen Lima Vibeke Jonassen Wang	

Sak	Tittel på sak	Sakstype
12/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
13/26	Godkjenning av referatet fra Porteføljerådet 12. februar 2026	Godkjenning
	Dagsaktuelt	Åpen sak
14/26	Orientering om pågående arbeid i Helsedirektoratet om Helsedataforordningen	Orientering
15/26	MyHealth@EU i Norge – Søk og visningsmodul	Drøfting
16/26	Status nasjonal e-helseportefølje	Drøfting
17/26	Helsefellesskapet – en samhandlingsarena mellom helseforetak og kommuner	Drøfting
18/26	SNOMED CT i sykepleiedokumentasjon som grunnlag for datadrevet styring, kvalitet og bruk av KI	Drøfting
19/26	Innspill til videreutvikling av Helseteknologiordningen	Drøfting
20/26	Orientering fra Helsedirektoratet	Drøfting
21/26	Eventuelt	

Sak	Tema
12/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Vedtak: Porteføljerådet godkjenner innkalling og dagsorden.
13/26	Godkjenning av referat fra Porteføljerådet 12. februar 2026
	Det kom ingen innspill til referatet.
	Vedtak: Porteføljerådet godkjenner referatet fra Porteføljerådet 12. februar 2026.
	Dagsaktuelt
	Under dagsaktuelt fikk medlemmene mulighet til å løfte problemstillinger og dilemmaer de står i. Dette ga også innspill til saker som kan behandles i rådsmodellen i senere møter.

	Innspill: • Det er ønskelig å få presentert et årshjul over faste saker i Porteføljerådet. Dette vil gi bedre forutsigbarhet og gjøre det enklere å forankre saker før møtene. • Agendaen til Porteføljerådet bør i større grad vektlegge implementering og resultater, slik at vi når målene våre. • Ansvar for implementeringsløp i sektoren må tydeliggjøres. Dette er diskusjoner Porteføljerådet må ta. Det er en opplevelse av at ingen ser helheten, hele samhandlingsløpet. • Apotekene har behov for bedre koordinering av innføringen av pasientens legemiddelliste og e-multidose. Kvaliteten i løsning for e-multidose må ivaretas og det må iverksettes korrigerende tiltak før videre utrulling kan planlegges. I dag oppleves innføringen som fragmentert, uten tydelig helhetsansvar. Dette gir økt arbeidsbelastning og kan påvirke pasientsikkerheten. • Det er behov for mer oppmerksomhet på flaskehalser i innføringen av de nasjonale e-helseløsningene. Reelle utfordringer bør løftes inn til Porteføljerådet. • Det er uklart hva en e-konsultasjon skal være, og hva den bør inneholde for å være innenfor takstregelverket. • Det er ønskelig med en fast gjennomgang av volum- og brukstall for de nasjonale e-helseløsningene, basert på statistikk publisert av Norsk helsenett SF, for å følge utviklingen i utbredelse og identifisere særskilte trender eller avvik. • Norge ligger langt fremme i digitalisering av helse- og omsorgssektoren. Det er nyttig å lære av andre land, og derfor ønskelig med saker som sammenligner Norge med de nordiske landene. Aksjon: • Det bør vurderes Porteføljerådets rolle i forbindelse med innføring av samhandlingstjenester på tvers av aktørene. • KS vil løfte en sak inn til Porteføljerådet om deres samstyrisstruktur, og roller og ansvar knyttet til fastlegetjenesten og innføringsløpene i kommunene. • Apotekforeningen ønsker å bidra inn til sak om innføring basert på deres erfaringer.
14/26	Orientering om pågående arbeid i Helsedirektoratet om Helsedataforordningen
	Guro Thune Thorshaug, Helsedirektoratet, orienterte Porteføljerådet om anbefalte tiltak i leveransen «Konsekvenser av krav i helsedataforordningen 2027–2029», og ga Porteføljerådet en oversikt over videre arbeid og kommende vurderinger av krav som inntreffer fra 2031 og 2035. Innspill: • Godkjenningsordningen blir et viktig verktøy for å sikre hvilke leverandører som oppfyller myndighetskrav. • Sektoren trenger tydelig informasjon om tidslinjen for tilgjengeliggjøring av data til sekundærformål. Helsedirektoratet utarbeider et veikart som omfatter både primær- og sekundærdata. • Det er behov for bedre forståelse av kodeverk i EHDS og samspillet mellom disse, blant annet knyttet til sperring. Denne problemstillingen må løftes. • Bruk av sekundærdata til behandlingsformål er utfordrende. Dataene får en ny rolle de ikke er laget for. Det er viktig å sikre datakvalitet og trygg bruk. • Fastlegene håndterer allerede turister i dag og anbefaler en forsiktig tilnærming. Det er også bekymring for økt arbeidsbelastning. • Helse Midt RHF er bekymret for bruk av NPR og KPR som datakilder, grunnet avvik mellom deres EPJ og data sendt til NPR. De øvrige RHF-ene benytter det som sendes til NPR direkte i EPJ-løsningen.

	• Det er bekymring for at små leverandører kan falle bort dersom kravene blir for omfattende. Krav, fortolkninger og konsekvenser må drøftes, og hva det vil bety for eksisterende leverandører. • Krav til samhandlingsløsninger må inkluderes i anskaffelser, slik at vi lykkes med samhandlingen. Selvdeklareringsverktøyet blir viktig for kommunene og leverandørene. Det må også drøftes hvordan leverandørene kan bidra inn i finansieringen av dette. • Det er bekymring for datakvaliteten hos Direktoratet for medisinske produkter og tidspunkt for ny grunndatatjeneste. • Det er ønskelig at Helsedirektoratet er tidligere inne i utviklingsarbeid, slik at arkitektur avklares før utvikling starter. • Helsedirektoratet oppfordret alle til å komme med innspill når lovverket kommer på høring.
	Vedtak: Porteføljerådet tar saken til orientering. Helsedirektoratet kommer tilbake til Porteføljerådet når formelt oppdrag foreligger, herunder videre involvering.
15/26	MyHealth@EU i Norge – Søk og visningsmodul
	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet, ga Porteføljerådet en samlet status om arbeidet med MyHealth@EU i Norge, herunder hva som er etablert så langt. MyHealth@EU går fra å være frivillig til pålagt for alle EU/EØS-land gjennom helsedataforordningen, og blir den grunnleggende infrastrukturen for innføring av EHDS. Videre var det ønskelig å drøfte hvordan løsningen tas i bruk i helsetjenesten, og hvilke hovedaktiviteter som gjenstår i det videre arbeidet. Innspill: • Det er behov for å avklare finansiering, særlig for kommunene som kan påføres økte kostnader uten egne midler. Samlede kostnader kan bli betydelige. • Nyten av løsningen er usikker og må vurderes opp mot kostnader, kapasitet og økt arbeidsbelastning. Det er behov for bedre dokumentasjon og konsekvensutredninger underveis. • Dagens håndtering av utenlandske pasienter fungerer godt, blant annet grunnet god kommunikasjon og pasientenes egen kunnskap. Det etterlyses derfor tydeligere dokumentasjon av merverdi. • Det er behov for bedre oversikt over hvilke land som faktisk vil være klare til å ta løsningen i bruk, for å sikre et realistisk forventningsbilde. Samarbeid i Norden fremheves som særlig relevant. • Det ble svart bekreftende fra Helsedirektoratet på spørsmål om hele befolkningen i deltakerlandene vil være omfattet. Gitt at de ikke har reservert seg. • Det er usikkerhet knyttet til datakvalitet, datakilder og hvilke aktører som bidrar med informasjonen. Det er et pågående arbeid for å identifisere og raffinere disse. • Det er behov for å avklare hvilken informasjon klinikere faktisk trenger, og hvilken nytte løsningen gir i praksis. • Tidsplaner og implementeringsevne vurderes med en viss usikkerhet, spesielt med tanke på om full datadeling på tvers av land er realistisk innenfor angitte mål. • Arbeidet er i en tidlig fase, og piloter benyttes for å høste erfaringer om nytte, kostnad og tekniske løsninger. Dette vil danne grunnlag for videre utvikling og prioriteringer. • Krav, omfang og veikart er fortsatt under utvikling, noe som gjør det vanskelig å gi presise vurderinger av kostnader og nytte på nåværende tidspunkt.
	Vedtak: Porteføljerådet drøftet status, overordnet fremdrift og porteføljerelevans for MyHealth@EU i Norge. Helsedirektoratet tar med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.
16/26	Status nasjonal e-helseportefølje
	Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet, la frem status på den nasjonale e-helseporteføljen for Porteføljerådet. Det ble så en drøfting av status, og aktuelle temaer i statusrapporten.

	Innspill: - Helse Nord har ikke rapportert utfordringer knyttet til signering av medlems- og bruksvilkår. I nord har de valgt å reise ut i regionen for å gi støtte til klinikere som mangler kapasitet til å sette seg inn i dette. Det etterlyses et mer helhetlig ansvar for samhandlingstjenestene. - Det er kapasitetsutfordringer knyttet til oppfølging av signering av medlems- og bruksvilkårene ute hos aktørene i andre regioner. Samarbeidet med Norsk helsenett SF er godt, men det er behov for å rydde hindringer og sikre nødvendig støtte. - Mange aktører har lav forståelse for hva som skal signeres, og opplever dette som en del av et stort omfang av krav. Kommunikasjonen må forbedres, og ansvar tydeliggjøres. - Det pågår dialog mellom KS og Legeforeningen om fastlegene og nye medlems- og bruksvilkår. Kommunene har ansvar for kvalitet i fastlegetjenesten, mens KS sin samstyringsstruktur samordner digitaliseringsarbeidet. - Legeforeningen opplever det utfordrende med IT bistand, og foreslår at helseforetakene tar en rolle her. Fastlegene har god erfaring med eksempelvis NOKLUS samarbeidet. Dette kan overføres til flere områder. - Det er behov for mer robuste strukturer for å støtte små aktører og styrke implementeringsevnen, samt gå opp roller og ansvar. Roller og ansvar bør drøftes som en egen sak. - Det er vedvarende utfordringer med delegering av HelseID (pasientens prøvesvar), særlig knyttet til sperringer. Det er behov for en helhetlig tilnærming på tvers av prosjekter.
	Vedtak: Porteføljerådet drøftet status og fremlagte utfordringer i nasjonal e-helseportefølje og ba relevante aktører ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.
17/26	Helsefellesskapet – en samhandlingsarena mellom helseforetak og kommuner Porteføljerådet ønsket en orientering om helsefellesskapene som samhandlingsarena og som potensiale for en arena også for utvikling, implementering og bredning av digital samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Torkil Clementsen, Helsedirektoratet, la frem saken for Porteføljerådet, og det ble en drøfting om helsefellesskapenes struktur, rolle og oppgaver i dag med styrker og svakheter. Innspill: - Helsefellesskapene har stor verdi, men det er behov for tydeligere felles rammer og forventninger, samtidig som lokal innovasjon må ivaretas. Fokus bør være på skalering av løsninger og etablering av arenaer for erfaringsdeling. - Det etterspørres egne finansieringsordninger for digital samhandling, da eksisterende ordninger som Helseteknologiordningen ikke oppleves som tilstrekkelig. - Det er manglende tydelighet om helsefellesskapenes mandat, særlig knyttet til digitalisering. - Helsefellesskapene varierer i struktur og modenhet, noe som påvirker evnen til å levere på samhandling og digitalisering. Det vi trenger mer av er digital samhandling i helsefellesskapsstrukturene. - Fylkeskommunene er kun delvis til stede i helsefellesskapene i landet. Noe som gjør at vi ikke får den arenaen for samhandling mellom tannhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Tannhelseutvalgets NOU foreslår at tannhelsetjenesten bør inngå i helsefellesskapene. - Det er behov for bedre samspill mellom helsefellesskapene og andre strukturer, som Diginettverkene, samt tydeligere rolleavklaringer mellom disse. Helsedirektoratet bør ta en tydelig rolle i det.

	- Helsefellesskapene kan bidra til innføring og spredning av løsninger, men det er usikkerhet om de bør ha et tydelig implementeringsansvar. Implementering må forstås bredt, inkludert organisatoriske og ikke kun tekniske forhold. - Helsefellesskapene er et riktig sted å organisere samarbeid på. Et helsefellesskap samarbeider om de samme pasientene, med flere av de samme problemstillingene, og lærer av hverandre. - Barrierer knyttet til leverandørmarkedet og samordning mot næringslivet må tydeliggjøres og håndteres bedre. - Det er behov for tydeligere nasjonal rolle i å klargjøre hva helsefellesskapene skal og ikke skal brukes til, samt styrke deres bidrag i digital samhandling. - Helsereformutvalget har også i sitt mandat å se på potensialet for helsefellesskapene, Helsedirektoratet har gitt innspill til Helsereformutvalget på forespørsel på dette temaet.
	Vedtak: Porteføljerådet tar informasjon om Helsefellesskapet til orientering, og ber Helsedirektoratet ta med seg innspill som kom frem i møte i arbeidet for å styrke helsefellesskapsarenaen til å bli en økt utvikling-, implementering-, og breddingsarena for digital samhandling.
18/26	SNOMED CT i sykepleiedokumentasjon som grunnlag for datadrevet styring, kvalitet og bruk av KI
	Bente Christensen, Norsk sykepleierforbund, og Eirik Hafver Rønjum, FHI og Helsebiblioteket, ga Porteføljerådet en framstilling av status, erfaringer og gevinster knyttet til utvikling og bruk av standardisert terminologi i sykepleiedokumentasjon. Det var ønskelig å synliggjøre identifiserte utfordringer, særlig knyttet til styring og forvaltning, og legge grunnlag for at videre utvikling på området kan inngå mer helhetlig i porteføljestyringen av digitaliseringsarbeidet. Innspill: - Det ble bekreftet at saken handler om behovet for en nasjonal forvaltning av informasjonsmodellen og de kunnskapsbaserte veiledende planene for sykepleiedokumentasjon, og ikke et behov knyttet til terminologien SNOMED CT som forvaltes av Helsedirektoratet. - Suksesskriteriene for å ha lyktes innen sykepleien er at man har klart å knytte dette til arbeidsprosessen til sykepleierne. Dette understøtter måten sykepleiere jobber på. - Effektivisering og standardisering gjør at vi kan korte ned på arbeidsprosessene og spare tid. Dette er til stor hjelp, og god beslutningsstøtte. - Fastlegene har ikke klart å oppnå kliniske fordeler med SNOMED CT, og er fornøyd med det klassifikasjonssystemet de har. - Lovmessige utfordringer setter begrensninger for hva man kan dele i Kjernejournal. Det er behov for regelverksendring, noe som burde vært unødvendig. - Helsedirektoratet ble oppfordret til å komme med en sak om hvordan nasjonal forvaltning av de veiledende planene for sykepleiedokumentasjon skal forvaltes.
	Vedtak: Porteføljerådet anbefaler at sykepleiedokumentasjon med veiledende planer kodet med CT innarbeides som en kapabilitet i det nasjonale arbeidet med digitalisering av helsetjenesten.
19/26	Innspill til videreutvikling av Helseteknologiordningen
	Hensikten med saken var å få innspill til videreutvikling av Helseteknologiordningen og hvilke tjeneste-/teknologiområder og samhandlingstjenester som særlig bør prioriteres for tilskudd i 2027. Per Ludvig Skjerven, Helsedirektoratet, innledet saken med å presentere status for helseteknologiordningen, før Terje Wistner, KS, presenterte kommuner og fylkeskommuners behov fremover.

	Innspill: • Det ble presisert at samhandlingsmidlene tas fra satsningen på digital samhandling, ikke fra Helseteknologiordningen. • For mange kommuner og fastleger er hovedutfordringen mangel på arbeidskraft, ikke økonomi. • Samhandling gjelder ikke bare mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men også internt i primærhelsetjenesten. Løsninger som forenkler denne samhandlingen, bør også være et satsningsområde. • Tiltak som sparer personellressurser og legger til rette for samhandling på tvers, bør prioriteres. • Forventede resultater bør beskrives tydeligere og mer konkret. • Det gjennomføres nå store anskaffelser, og dette bør utnyttes til å stille tydelige krav til leverandørene. • Det ble understreket at pasientens legemiddelliste fortsatt må ha høy prioritet frem til målene er nådd. • Innføring av nye EPJ-systemer vil endre kommunenes arbeidshverdag og kan gi økt gi økt gjennomføringsevne.
	Vedtak: Porteføljerådet drøftet saken. Helsedirektoratet og KS tar med seg innspill fra Porteføljerådet i det videre arbeidet.
20/26	Orientering fra Helsedirektoratet
	Helsedirektoratet orienterte Porteføljerådet om følgende saker: - Orientering innbyggerområdet ○ Veileder for foreldres tilgang til digitale tjenester ○ Fosterforeldres tilgang til digitale tjenester - Nettlegen
	Vedtak: Porteføljerådet tar sakene til orientering.
21/26	Eventuelt
	Det kom ingen saker til eventuelt.

Referat fra ekstraordinært møte i Porteføljerådet		
Møte	3/2026	
Dato	25. juni 2026	
Tid	09:00 – 11:00	
Sted	Microsoft Teams	
Medlemmer	Lucie Aunan (Helsedirektoratet) Bente Andersen Sundlo (Helsedirektoratet) Ole Johan Kvan (Helse Sør-Øst RHF) Per Olav Skjesol (Helse Midt RHF) Bjørn Nilsen (Helse Nord RHF) Miert Skjoldborg Lindboe (KS) Terje Wistner (KS) Harald Sundt-Ohlsen (Oslo kommune) Odd Ruud (Moss kommune / DigiViken) Anne-Lise Härter (Apotekforeningen) Petter Brelin (Fastlegerepresentant) Bente Christensen (Norsk Sykepleierforbund)	
Ikke til stede	Torkil Clementsen (Helsedirektoratet) Ole Jørgen Kirkeluten (Helse Vest RHF) Trine Orten Groven (Folkehelseinstituttet) Bodil Rabben (Norsk helsenett SF) Bjørnar Hafell (Trøndelag fylkeskommune) Monica Simone Johannessen (Bodø kommune) Kristin Brekke (Bergen kommune)	
Stedfortreder	Jan Helge Norekval, Helse Vest RHF, stiller for Ole Jørgen Kirkeluten Roger Schäffer, FHI, stiller for Trine Orten Groven Per Morten Rummelhoff, Norsk helsenett SF, stiller for Bodil Rabben Sverre Harbo, Helsedirektoratet, stiller for Torkil Clementsen	
Helsedirektoratet	Siv Ingebrigtsen Karen Lima Vibeke Jonassen Wang	

Sak	Tittel på sak	Sakstype
22/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
23/26	Helsedataforordningen 2031: Overordnet tilnærming og videre arbeid	Drøfting
24/26	Status EHDS innføringsprosjekt for sekundærbruk av helsedata	Drøfting

Sak	Tema
22/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Vedtak: Porteføljerådet godkjenner innkalling og dagsorden.
23/26	Helsedataforordningen 2031: Overordnet tilnærming og videre arbeid
	Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å også gjøre en vurdering av kravene (på primærområdet) i helsedataforordningen som innføres i 2031 og 2035. Guro Thune Thorshaug, Helsedirektoratet, orienterte Porteføljerådet om foreløpige vurderinger av tiltak for å møte kravene i helsedataforordningen fra 2031, og redegjorde for hovedretning, usikkerheter og mulige tilnærminger for de prioriterte datakategoriene. Det var ønskelig med av drøfting av det som ble lagt frem, samt få innspill til sentrale risikoer, forutsetninger og eventuelle justeringer i det videre arbeidet. Innspill: Det etterlyses tydeligere forankring i formålet med EHDS før tekniske løsninger konkretiseres. Arbeidet bør i større grad synliggjøre hvordan samhandling og arbeidsprosesser understøttes, ikke kun tekniske tiltak, og i større grad koble målbilder til konkrete realiseringsløp og praktiske erfaringer.

	- Tiltak må vurderes opp mot konsekvenser for klinikere, særlig knyttet til økt registreringsarbeid og behov for strukturering av data. Det etterlyses bedre innsikt i hvordan tiltak vil påvirke tjenesten og arbeidshverdagen. - Det etterlyses tydeligere vurderinger av behov i enkelte faggrupper, som sykepleiere. - Endringer i dokumentasjonspraksis, herunder redusert bruk av fritekst, kan påvirke klinisk arbeid negativt. - Det er behov for særskilt oppmerksomhet på små virksomheter med begrensede ressurser. - EHDS fremheves som en viktig driver for utvikling, og bør kommuniseres som en mulighet fremfor et pålegg for å sikre bredere aksept. - Det er behov for tydeligere beskrivelse av prosess, involvering og samarbeid med sektoren i videre arbeid. - Eksisterende samarbeid mellom sentrale aktører er godt, men bør synliggjøres bedre. - Det etterlyses større transparens i hvordan innspill fra sektoren vurderes og følges opp. - Det er usikkerhet knyttet til standardisering på tvers av land, blant annet for sentrale dokumenter som epikriser. Modenheten i andre EU-land varierer, og det bør vurderes hvilket ambisjonsnivå som er hensiktsmessig nasjonalt. - Eksisterende nasjonale e-helseløsninger vurderes som et godt utgangspunkt for videre utvikling og samhandling mot EU. Det anbefales å bygge videre på og utvide bruken av disse løsningene i sektoren. Samtidig må dette ikke bety at der hvor det finnes løsninger som tilfredsstiller kravene blir utelukket - Skillet mellom primær- og sekundærdata blir mindre tydelig, og økt bruk av sekundærdata til primærformål må adresseres. Dette bør reflekteres tydeligere i samfunnsøkonomiske analyser. Det må også avklares hva dette betyr i forhold til klinisk virksomhet og ansvarsforhold knyttet til pasientjournalloven. Er det ok å skifte formål for bruk av dataene etter at de er registrert. - Primær- og sekundærbruk av helseopplysninger bør sees mer samlet, med felles struktur og løsninger der mulig. - Konsekvenser for leverandører ved ikke å utvikle i tråd med nye krav er noe som må drøftes i fellesskap. Hvordan kan leverandørene ansvarliggjøres i forhold til dette. - Det er behov for å avklare forventet utvikling frem mot 2031, inkludert hvilke løsninger som skal bestå parallelt. Helsedirektoratet opplever at Porteføljerådet er enige i deres hypoteser, og at de skal fortsette arbeidet inn mot EHDS kjerneteam. Veikartet jobbes det med i parallell, som viser hva som skal skje når. Vi har et mål om å øke samhandlingen i Norge, og har fokus på nytteverdi. Kravene som kommer fra Europa, vil være nyttige for Norge.
	Vedtak: Porteføljerådet drøftet overordnede vurderinger av krav som inntreffer av helsedataforordningen i 2031. Helsedirektoratet tar med seg innspill og kommer tilbake til Porteføljerådet med oppfølgingssaker.
24/26	Status EHDS innføringsprosjekt for sekundærbruk av helsedata
	Håvard Kolle Riis, FHI, informerte Porteføljerådet om arbeidet knyttet til EHDS-implementering av krav for sekundærbruk av helsedata. I tildelingsbrevet for 2026 (TB2026-10) har Helse- og omsorgsdepartementet utpekt FHI som nasjonal koordinerende helsedatatilgangsforvalter (HDAB). FHI er gitt to konkrete oppdrag: å forberede etableringen av koordinerende HDAB-funksjon, og å foreslå en modell for nasjonal organisering og ansvarsfordeling mellom koordinerende og øvrige helsedatatilgangsforvaltere. I tillegg skal FHI levere en samfunnsøkonomisk analyse av konsekvensene ved EHDS for sekundærbruk av helsedata 15. september 2026 (TB2025-115). Innspill:

	• Det ble etterspurt hvordan ansvar og roller under forordningen skal tydeliggjøres og forstås. Det ble svart at FHI skal anbefale fremtidig organisering og legge frem beslutningsgrunnlag, med forventning om at organiseringen vil utvikles over tid og ikke være statisk fra 2029. • Det etterlyses sterkere samordning mellom initiativene på primær- og sekundærområdet. Alle aktører må forholde seg til krav både i primær- og sekundærområdet, noe som stiller krav til helhetlig tilnærming. • Dagens vurderinger av konsekvenser for regionene og aktørene skjer på et overordnet nivå; det er behov for mer detaljert arbeid for å kunne gi presise vurderinger. • Det er behov for å redusere belastningen på klinikere, blant annet gjennom forbedret arkitektur for innrapportering av data. • Det etterlyses tydeligere beskrivelser av teknisk mulighetsrom og tilnærming for sekundærbruk. • Det bør vurderes hvordan innsamlede data kan brukes bredere og på tvers av formål for å skape økt verdi. Behov for å avklare hvor grensene går for bruk av data, og hvilke muligheter som finnes innenfor regelverket. • Det er ønskelig å legge til rette for bedre gjenbruk av data tilbake til tjenestene, blant annet for kvalitetsforbedring og styring. Eksisterende behov for bruk av data bør sees i sammenheng med kravene til utlevering. • Det er etablert et godt samarbeid mellom FHI og Helsedirektoratet, hvor det er blitt identifisert flere områder for tettere samarbeid. Et eksempel er kommunikasjon ut mot innbygger. • Det er også en god løpende dialog mellom FHI og Norsk helsenett SF. FHI er blitt utfordret på å gjøre kjerneteamet på EHDS bedre kvalifisert og få innsikt i hvordan dette treffer spesialisthelsetjenesten. Det pågår mye bra arbeid mellom primær- og sekundærområdet nå.
	Vedtak: Porteføljerådet er orientert om status for EHDS-prosjektet og oppdragene, og FHI tar med seg innspill fra rådet inn i videre arbeid.

Til Møte 4/26
Dato 24.09.2026
Saksnummer 27/26
Innretning Drøfting

Sakseier Marit Hermansen, Nav
Saksbehandler Jarle Øvretveit Strømmen, Nav

Revidert strategi og plan for realisering av helseopplysninger og ny sykmelding mellom helsetjenesten og Nav

Forslag til vedtak

Porteføljerådet tar revidert strategi og plan for realisering av helseopplysninger og ny sykmelding mellom helsetjenesten og Nav til orientering. Arbeids- og velferdsdirektoratet (Nav) tar med seg innspillene fra møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Nav ønsker å orientere Porteføljerådet om revidert strategi og plan for realisering av ny sykmelding, som inngår i arbeidet med å forbedre informasjonsutvekslingen mellom helsetjenesten og Nav. Porteføljerådets innspill vil være viktige i det videre arbeidet med realisering og innføring. Gjennom satsingen etableres også erfaring med SMART on FHIR-baserte integrasjoner og nye samhandlingsformer i et mye større omfang enn tidligere som kan komme øvrige deler av helse- og omsorgssektoren til nytte i fremtidig tjenesteutvikling.

Bakgrunn

Historikk og behov

Arbeidet med forbedret informasjonsutveksling mellom helsetjenesten og Nav har pågått over flere år på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Formålet har vært å modernisere og forenkle utvekslingen av helseopplysninger mellom helsetjenesten og Nav, samtidig som det legges til rette for bedre brukeropplevelse, mer effektiv saksbehandling og videre digital tjenesteutvikling først på sykefraværsområdet som følge av utvikling og implementering av ny sykmeldingsløsning.

Dagens sykmeldingsløsning er basert på teknologi og integrasjonsmønstre som ikke muliggjør videre utvikling og realisering av nye behov. Det er stort stor politisk oppmerksomhet omkring behovet for å redusere sykefravær i Norge og dagens løsning blir da en barriere for videre forbedringer på området.

Ønsket om nye tiltak ville, dersom en videreutvikling av dagens teknologiske løsning skulle blitt lagt til grunn, krevd store mengder ressurser fra både leverandørene, helsesektoren og Nav i flere år fremover. Samtidig har både helsepersonell, EPJ-leverandører og Nav behov for løsninger som i større grad støtter arbeidsprosessene og muliggjør mer sømløs informasjonsutveksling. Nav har derfor sett på andre muligheter for å løse behovene.

Nav og Helsedirektoratet har derfor samarbeidet om strategiutvikling, standardisering og etablering av en ny teknologisk plattform for informasjonsutveksling mellom helsetjenesten og Nav. Den opprinnelige gjennomføringsstrategien ble lagt til grunn i arbeidet i 2024 og formelt forankret i AID og HOD i 2025, og de siste årene er det gjennomført utvikling og pilotering av ny sykmelding som har gitt verdifull innsikt i brukerbehov, tekniske forutsetninger og markedets modenhet.

Arbeidet har først fokusert på allmennlegene og i dag er ny sykmelding i pilot hos en av EPJ-leverandørene for allmennleger, men arbeidet omfatter nye løsninger for alle aktørene som kan sykmelde. Dette innbefatter allmennlegetjenesten, primærhelsetjenesten, manuellterapeuter, kiropraktorer og tannleger. Tilbakemeldingen fra piloteringen er svært gode, og arbeidet har vist at innføringen av denne formen for teknologi er lite krevende. Vi vet at helsepersonell ønsker løsninger som er tett integrert i den kliniske arbeidshverdagen, med minst mulig dobbeltregistrering og behov for systembytte. Samtidig har dialogen med EPJ-leverandørene vist behov for en tydeligere og mer forutsigbar retning for markedet dersom innføringen skal lykkes i ønsket tempo. Erfaringene tilsier at det er behov for å redusere kompleksiteten i den opprinnelige gjennomføringsstrategien og etablere tydeligere forventninger til hvilke løsninger som skal benyttes fremover. Dette er også viktig for å kunne planlegge utvikling, forvaltning og innføring på en mer kostnadseffektiv måte.

På bakgrunn av erfaringene fra pilotering, dialog med markedet og et ønske om økt framdrift har Nav anbefalt en justert gjennomføringsstrategi for arbeidet med ny sykmelding. Justert strategi innebærer færre løsningsalternativer, tydeligere forventninger til markedet og etablering av en framtidsrettet teknisk plattform for utvikling på området. I tillegg vil det settes en avslutningsdato for dagens sykmeldingsløsning som skaper forutsigbarhet og nok tid for markedet å omstille seg. Nåværende forslag er at dagens løsning vil avsluttes juni 2028.

Det er også initiert dialog med de regionale helseforetakene i spesialisthelsetjenesten for å sørge for at behovene fra spesialisthelsetjenesten inn mot arbeidet blir godt forstått samt at vi får en felles prosess for å lykkes med arbeidet. Dette er i tidlig fase. Det er også dialog med KS rundt innføringen for å ivareta kommunesektorens perspektiv. For alle aktørene blir det viktig å finne frem til en praktikabel forvaltningsmodell for løsningen slik at vi ivaretar både behov for endringsevne og nødvendig forankring og prioritering i helsesektoren

Forankring av revidert strategi

Arbeids- og velferdsdirektoratet har vedtatt en revidert gjennomføringsstrategi der dagens sykmeldingsløsning fases ut og erstattes av to alternative måter å benytte ny sykmelding på. Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom brev av 22. juni 2026 uttrykt støtte til den justerte strategien, inkludert innretningen med to framtidige løsningsalternativer og planene om utfasing av dagens løsning ved å sette en sluttdato.

Helsedirektoratet har deltatt aktivt i arbeidet og støtter den reviderte strategien. Gjennom arbeidet har det vært tett dialog med Legeforeningen. Det er jevnlig møter med Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen, og endret strategi er presentert for presidentskapet i Legeforeningen. Legeforeningen stiller seg bak revidert strategi.

Virkninger for helsesektoren

Ny sykmelding er mer enn en modernisering av dagens sykmeldingsløsning. Selve realiseringen av ny sykmelding forventes å gi tidsbesparelser for sykmelderne samt bedre brukeropplevelse. Nav vil også kunne tilby utvidet funksjonalitet som vil forbedre arbeidsflyten for sykmelderne samt redusere mulige feilregistreringer. I tillegg vil det legges til rette for mye raskere gjennomføring av mindre endringer og videre tjenesteutvikling som vil øke endringsevnen på området.

Gjennom arbeidet etableres bruk av nye standarder og integrasjonsmekanismer, i henhold til anbefaling fra Helsedirektoratet, som også kan bidra til videre digitalisering for Nav og i helse- og omsorgssektoren. Særlig er bruken av SMART on FHIR sentral, da dette er en standard som legger til rette for mer fleksible og gjenbrukbare integrasjoner mellom fagsystemer og digitale tjenester. Erfaringene fra arbeidet med ny sykmelding forventes derfor å kunne komme andre deler av sektoren til nytte, både gjennom økt erfaring med standardbaserte integrasjoner og gjennom læring knyttet til innføring av nye digitale samhandlingsløsninger på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer.

Beskrivelse av de to alternativene for leverandørmarkedet

Alternativ 1: Fullintegrert løsning basert på SMART on FHIR

Det forventes at de fleste EPJ-systemer vil velge å en fullintegrert løsning der sykmeldingen fylles ut direkte i journalsystemets brukergrensesnitt. Løsningen baseres på standarden SMART on FHIR, som er anbefalt for moderne applikasjonsintegrasjon i helsesektoren. SMART on FHIR gjør det mulig å integrere Navs sykmeldingsfunksjonalitet direkte i EPJ-systemene gjennom standardiserte grensesnitt. Dette legger til rette for:

- én samlet arbeidsflate for helsepersonell
- preutfylling av relevante journalopplysninger
- tilbakeskriving av informasjon til journal
- redusert dobbeltregistrering
- bedre brukeropplevelse og mer effektive arbeidsprosesser
- standardisert integrasjon på tvers av journalsystemer

Målbildet er at denne løsningen skal være det foretrukne alternativet for de største EPJ-leverandørene og virksomhetene som har et høyt volum av samhandling med Nav.

Alternativ 2: Skjemaløsning på nav.no

Det etableres samtidig en skjemaløsning hvor sykmelder kan fylle ut ny sykmelding etter innlogging på nav.no. Denne løsningen er uavhengig av journalsystem og krever ingen teknisk integrasjon hos EPJ-leverandøren.

Skjemaløsningen sikrer at alle virksomheter kan ta i bruk ny sykmelding, også der journalsystemet ikke støtter SMART on FHIR-integrasjon eller hvor omfanget av sykmeldinger er begrenset. Løsningen gir tilgang til samme tjeneste, men uten den sømløse arbeidsflyten og automatiseringen som oppnås gjennom full integrasjon i journalsystemet.

Den anbefalte strategien kombinerer høy måloppnåelse med gjennomførbarhet: SMART on FHIR-integrasjon gir best brukeropplevelse og størst gevinster på lang sikt og skjemaløsningen sikrer at hele

sektoren kan ta i bruk ny sykmelding. Dette betyr også at alle som har anledning til å sykmelde fremdeles kan sykmelde uavhengig om deres journalsystemer har innført ny løsning. Tydelig utfasing av dagens løsning gir forutsigbarhet og sterke insentiver for innføring i markedet.

Plan for realisering

Realiseringen av ny sykmelding skjer gjennom to parallelle hovedspor.

Spor 1: Juridisk og regulatorisk arbeid

Det er identifisert behov for lov- og forskriftsendringer for å realisere ny sykmelding. Regelverksarbeidet er en kritisk forutsetning for videre utrulling av løsningen. Det arbeides for tiden med et høringsnotat til departementet, som etter planen skal sendes på offentlig høring ila. høsten 2026. Det tas bl.a. sikte på å foreslå endringer knyttet til utvidet mulighet for deling av fraværshistorikk, deling av informasjon om arbeidsgiverforhold fra Aa-reg, validering av skjemainnhold før innsending, sikring av kopi av innsendt sykmelding til lege samt klargjøring av behandlingsansvar i forbindelse med ny løsning. Utrulling av ny sykmelding kan først skje etter at nødvendige lov- og forskriftsendringer har tredd i kraft. Ambisjonen er at dette vil kunne skje fra sommeren 2027.. Nav gjennomfører parallelt flere prosesser med teknisk uttesting slik at flest mulig av leverandørene kan være klar til å lansere ny sykmelding så fort som mulig etter at nytt regelverk trer i kraft.

Det vil i tillegg være aktuelt å oppdatere/endre Forskrift om elektronisk kommunikasjon med Nav for å understøtte den nye gjennomføringsstrategien, herunder framtidige krav til løsninger og kobling til fastsatt dato for utfasing av dagens sykmeldingsløsning.

Spor 2: Teknisk realisering og innføring

Parallelt gjennomføres videre utvikling, pilotering og innføring av ny sykmelding i samarbeid med EPJ-leverandører og sektoren for øvrig.

Viktige aktiviteter:

- videreutvikling av SMART on FHIR-baserte integrasjoner
- etablering og videreutvikling av skjemaløsning
- testing og pilotering hos virksomheter og leverandører
- innføringsstøtte og markedsdialog
- gradvis overgang fra dagens løsning til ny sykmelding.

Videre saksprosess

Arbeids- og velferdsdirektoratet viderefører arbeidet i tett samarbeid med HOD, AID, Helsedirektoratet, helsevirksomheter og EPJ-leverandører. Innspill fra Porteføljrådet tas med i det videre arbeidet.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmødellen

Saksnummer	Utvalg og dato	Tittel på sak	Vedtak
15/21	NUFA 21/4-21	Informasjonsutveksling NAV og helsetjenesten	Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) tar med seg innspillene som fremkommer i møtet til videre arbeid med rapporten.
18/22	NUFA 27/4-22	Utteksling av helseopplysninger mellom NAV og helsesektoren	NUFA tar saken til etterretning og støtter videre samarbeid om organisering og gjennomføring av kjøp av utviklingskapasitet for implementering av HL7 FHIR-profiler hos EPJ-leverandørene.
19/22	NUIT 18/5-22	Utteksling av helseopplysninger mellom Nav og helsesektoren	NUIT tar saken til etterretning og støtter videre samarbeid om organisering og gjennomføring av kjøp av utviklingskapasitet for implementering av HL7 FHIR-profiler hos EPJ-leverandørene.
15/23	NUFA 26/4-23	Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten	NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre samarbeidsprosjektet med NAV.
38/23	NUIT 14/9-23	Forbedret informasjonsutveksling mellom Nav og helsetjenesten	NUIT drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet med forbedring av informasjonsutvekslingen mellom Nav og helsesektoren.
15/24	NUFA 24/4-24	Utteksling av helseopplysninger mellom Helse, NAV og offentlige portaler. Bedre kvalitet og reduksjon av arbeidsbyrde	Helsedirektoratet tar med seg innspillene videre inn i samarbeidsprosjektet med NAV, og inn i det videre arbeidet med tiltakene for å redusere arbeidsbyrden ved rapportering av helsedata (portaler).
34/24	Nasjonalt e-helseråd 5/12-24	NAV sin gjennomføringsstrategi for forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten	Nasjonalt e-helseråd støtter strategien, med de innspill og forutsetninger som kom frem i møtet.
39/24	NUFA 30/10-24	Forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten	Helsedirektoratet og NAV tar med seg innspillene videre inn i samarbeidsprosjektet med NAV-Helse.
46/24	NUIT 14/11-24	Navs strategi og rolle som leverandør til helsesektoren	NUIT støtter strategien, med de innspill og forutsetninger som kom frem i møte.

Til Møte 4/26
Dato 24.09.2026
Saksnummer 28/26
Innretning Drøfting

Sakseier Terje Wistner, KS
Saksbehandler Ellen Normannseth / Stine Eivindson

Pågående felles journalløft og konsekvenser for nasjonal prioritering av digital samhandling

Forslag til vedtak

Porteføljerådet gav innspill til saken, spesielt med hensyn til prioritering og samtidighetsvurderinger.

Hensikt med saken

Formålet med saken er å belyse prosessen med overgang til nye EPJ-løsninger i kommunal sektor, og se dette opp mot behovet for realisering av nasjonale fellesløsninger (inklusive digital samhandling) som pågår parallelt. Hva betyr dette for felles prioritering og forventningen om økt gjennomføringskraft?

Bakgrunn

Kommunesektoren står i en periode med samtidig omstilling og utvikling innen digitalisering av helse- og omsorgstjenestene. Et flertall av kommunene er enten ferdig med EPJ-anskaffelse, i pågående konkurranse eller i forberedende fase. Det betyr at svært mye krefter settes inn for innføring av nye løsninger og å endre måten å jobbe på. Parallelt med dette pågår det en revidering av kommunal sektors ambisjoner innen eHelseområdet for perioden 2026–2028, der digital samhandling er definert som et av de mest sentrale virkemidlene for å oppnå bedre kvalitet, pasientsikkerhet og bærekraft i helse- og omsorgstjenestene.

Innføring av nye journalløsninger vil pågå i noen år fremover og legge betydelig beslag på kapasitet og ledelsesoppmerksomhet i kommunene og fylkeskommunene. Parallelt ligger det nasjonale forventninger om økt bruk av samhandlingsløsninger som pasientens prøvesvar, pasientens legemiddelliste, pasientens kritiske informasjon, pasientens journaldokumenter, pasientens måledata, digitalt helsekort for gravide og forberedelser for EHDS. I tillegg kommer behovet for og pågående arbeid knyttet til å ta i bruk velferdsteknologi (og digital hjemmeoppfølging), og kunstig intelligens. Kommunene må dermed håndtere flere store og krevende utviklingsløp parallelt. Det er derfor stor variasjon i kommunenes faktiske

handlingsrom og tempo for å ta i bruk nye nasjonale samhandlingsløsninger. Dette innebærer at kommuner står midt i en periode med høy aktivitet, betydelig ressursbinding og krevende prioriteringer.

Av 357 kommuner har over 171 kommuner valgt Aidn som ny EPJ-leverandør, 34 benytter Helseplattformen og 153 er enten i prosess eller planlegger anskaffelse (status per juni 2026). I tillegg er alle fylkeskommuner i gang med felles anskaffelse av nytt EPJ for tannhelsetjenesten.

Mange kommuner og fylkeskommuner har gått sammen om anskaffelsene. Parallelt med dette erfarer vi at enkelte leverandører har stoppet utvikling av sentral funksjonalitet i EPJ-løsningene sine fordi de er i ferd med å erstatte dem med nye, eller har avviklet satsing på dagens løsninger.

For arbeidet med digital samhandling kan dette bety at kommunenes og fylkeskommunenes evne til å ta i bruk og skalere nasjonale løsninger i stor grad påvirkes av hvor de befinner seg i EPJ-løpet. I perioden fremover må ambisjoner for digital samhandling derfor forstås og følges opp i lys av denne realiteten.

Vurdering

Forslag til kommunesektorens ambisjoner for bruk av nasjonale samhandlingsløsninger tar utgangspunkt i et tydelig og gjennomgående behov: helsepersonell skal ha tilgang til relevant, oppdatert og pålitelig helseinformasjon der arbeidet utføres, og løsningene skal understøtte sammenhengende pasientforløp på tvers av virksomheter og nivåer. Ambisjonene bygger på status i arbeid med digital samhandling, og er forankret i den kommunale samstyrringsstrukturen høsten 2025. Ambisjonene gjenspeiler en stegvis utvikling og utprøving med ønske om erfaring og dokumentert effekt for kommunal sektor før bredere skalering. Dette omsettes til konkrete prioriteringer i sektoren, basert på forventningen om realisering av konkrete gevinster i kommuner og fylkeskommuner. Måloppnåelse må vurderes etter grad av gevinster og nytte – ikke innføringsgrad alene. Innføring skal gjennomføres i tråd med kommunal sektors premisser.

Målet må være at helseopplysninger så langt det er mulig finnes i strukturert form direkte i arbeidsflaten til helsepersonell, og at en ikke må lete gjennom mange dokumenter for å finne de opplysningene en trenger. Det bør være et generelt mål for alle løsninger, sett i et tverrsektorielt perspektiv.

En viktig forutsetning i ambisjonene er at nasjonale samhandlingsløsninger ikke vurderes som isolerte tekniske komponenter, men som en integrert del av tjenesteutøvelsen i kommuner og fylkeskommuner. Erfaringer fra pågående utprøvinger viser at overgang fra teknisk tilgjengelighet til trygg og nyttig bruk i tjenestene forutsetter verifisering i faktisk bruk, herunder vurdering av konsekvenser for arbeidsprosesser, brukervennlighet, personvern, informasjonssikkerhet og gevinstrealisering.

Ambisjonene for 2026 er formulert differensiert mellom de ulike samhandlingsløsningene. Det er lagt til grunn ønske om veiledede innføringsløp og videre utprøving i konkrete kommuner/fylkeskommuner, fremfor rask og bred utrulling. Dette reflekterer et bevisst ønske om å bygge erfaringsgrunnlag, øke trygghet i innføring og bruk av løsningene, redusere risiko for feil og sikre at løsningene gir faktisk verdi før de skaleres nasjonalt. Dagens situasjon oppleves derimot til å være i større grad preget av ønske om rask utvikling- og implementeringstakt, der løsninger tilgjengeliggjøres tidligere og tidligere, uten at gevinster er tydelig dokumentert og kommunisert. Dette fører til en større grad av parallell utprøving og innføring.

Ambisjonene bygger på felles prinsipper for kommunal digitalisering, herunder fellesløsninger og nasjonal samordning først, dokumentert gevinst før bred skalering, samt samordnet leverandørdialog for å sikre

likeverdige og bærekraftige løsninger i hele kommunesektoren. I tråd med kommunal sektors samlede eHelseambisjoner legges det derfor til grunn at fremdrift i samhandlingstiltak skal understøttes av felles utprøvings- og innføringsløp, tilgjengelige startpakker og samordnet innføringsstøtte, slik at overgang fra pilot til drift kan skje kontrollert og med redusert risiko for økte forskjeller mellom kommuner.

Samlet sett reflekterer kommunesektorens ambisjoner for 2026 et tydelig prinsipp om verifisering før bred utrulling, og for en felles forståelse av at reell verdiskaping forutsetter at samhandlingsløsningene fungerer i kommunal praksis.

Verifisering forstås her som systematisk testing av løsninger i kommunal praksis før overgang fra utprøving til innføring, inkludert vurdering av brukervennlighet, støtte for kommunale arbeidsprosesser, samspill med EPJ og nasjonale tjenester, samt juridisk, faglig og teknisk forsvarlighet inkl. ROS/DPIA-vurdering mht personvern og sikkerhet.

Samtidig innføring av EPJ og digitale samhandlingsløsninger

Nye EPJ-løsninger representerer et viktig fundament for fremtidig samhandling, ikke minst muligheten til å øke gjennomføringsevnen og innføringstakten i sektoren. Samtidig legger innføringen av nye journalløsninger også betydelige press på kapasitet i kommunene, ikke minst setter det føringer for tempo og prioriteringer.

Flere forhold forsterker dette utfordringsbildet. Dagens journalløsninger støtter i ulik grad integrasjon mot nasjonale samhandlingsløsninger, og leverandørenes modenhet varierer. Kommunene opplever også et tydelig skille mellom at en løsning er teknisk tilgjengelig, og at den er tilstrekkelig klar for sikker, effektiv og bærekraftig bruk i tjenestene. Kommunene er ansvarlige virksomheter, også der nasjonale løsninger tas i bruk, og bærer risiko knyttet til både drift, personvern og kvalitet i tjenestene. Kommunal sektor må involveres tidlig, med reell innflytelse på prioriteringer, veivalg og rammebetingelser, samt i vurdering av stegvise «utviklingstrinn» som gir verdi – og når løsninger er modne for bred innføring.

Uten tilstrekkelig samordning, på virksomhetenes premisser (kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten), er det risiko for at arbeidet med samhandling enten forskyves i tid som følge av EPJ-innføring, eller at samhandlingsløsninger presses inn i organisatoriske rammer som er i endring. Perioden med utskifting av journalløsninger gir også et betydelig mulighetsrom, blant annet til å stille tydeligere krav til støtte for nasjonale løsninger, strukturerte data og felles funksjonalitet i leverandørmarkedet. Dette gjøres allerede i kommunal sektor, gjennom felles rammer og anbefalinger¹, men forutsetter også koordinert dialog nasjonalt med realistiske forventninger til realisering i de respektive løsningene.

Utfordringen for kommunesektoren er derfor ikke et valg mellom nye journalløsninger og digital samhandling, men hvordan begge kan lykkes parallelt. Det kreves tydelig prioritering, samt klare styringssignaler om rekkefølge, ansvar og støtte i en periode med høy samlet belastning på sektoren. Prioritering kan også her innebære hva som må skyves ut av planene. Et sentralt spørsmål å stille er derfor å vurdere å sette mye av utvikling og innføring av nye eHelseløsninger i bero for dagens EPJ, og heller fokusere på nye EPJ-er.

¹ [Felles rammer og anbefalinger ved anskaffelser - Hjem](#)

Parallelt med utfordringene knyttet til overgangen til nye EPJ-løsninger og forventningene om økt bruk av nasjonale samhandlingsløsninger, vil kommunal sektor også berøres av innføringen av European Health Data Space (EHDS). Regelverket skal implementeres i alle EPJ-løsninger og vil stille nye krav til håndtering, deling og bruk av helsedata og vil påvirke kommuner/fylkeskommuner økonomisk, organisatorisk og teknisk. Det blir derfor avgjørende å legge til rette for en smidig og koordinert overgang til nytt regelverk, med tydelige avklaringer av ansvar, roller og nødvendige tilpasninger i kommunenes løsninger og arbeidsprosesser.

Samtidig pågår det betydelig aktivitet knyttet til bruk av kunstig intelligens (KI) i kommunal sektor. KI vurderes som en viktig og nødvendig mulighet for å utvikle nye arbeidsformer, utnytte ressursene bedre og møte økende kapasitets- og kompetanseutfordringer i tjenestene. For å realisere gevinstene på en trygg og langsiktig måte, er det samtidig behov for felles rammer, tydelig styring, nødvendige kontrollmekanismer og en robust digital infrastruktur. Dette er avgjørende for at kommunal sektor skal kunne ta i bruk KI på en ansvarlig, tillitsvekkende og bærekraftig måte over tid.

Kritiske forutsetninger for videre fremdrift

Skal kommunene og fylkeskommuner lykkes med å realisere ambisjonene for digital samhandling i en periode med omfattende EPJ-innføringer, er det behov for tydelige og felles forutsetninger på tvers av aktørene.

For det første er det avgjørende med tydelig rolle- og ansvarsdeling mellom statlige aktører og kommunal sektor. Erfaringer viser at uklarhet om ansvar i overgangene mellom utvikling, utprøving og innføring skaper forsinkelser, usikkerhet og økt risiko for kommunene/fylkeskommunene som ansvarlige virksomheter. Det er også viktig å ha en styringsmodell som understøtter koordinering, strategiske vurderinger, felles kommunikasjon og prioritering på tvers av tiltak og aktører.

For det andre er det behov for et tydelig prinsipp om verifisering før bred skalering. Teknisk tilgjengelighet og etterlevelse av grensesnittkrav er ikke tilstrekkelig for å sikre trygg og nyttig bruk i kommunale tjenester. Overgang fra utprøving til bred innføring bør baseres på transparent og dokumentert erfaring knyttet til brukervennlighet, konsekvenser for arbeidsprosesser, personvern og faktisk verdiskaping i tjenestene. Dette er særlig viktig i en situasjon der nye samarbeidsformer og informasjonsflyt i stor grad baseres på integrasjon mot EPJ-systemer som selv er under innføring.

Kommunene er avhengige av at NHN ikke tilgjengeliggjør API-er for leverandørene før kommunal sektor er tilstrekkelig forberedt på å ta løsningene i bruk og lansere dem på en kontrollert måte. En slik rekkefølge er nødvendig for å ivareta faglig forsvarlighet, personvern og informasjonssikkerhet, og for å sikre at løsningene faktisk understøtter kommunenes behov, arbeidsprosesser og forsvarlighetskrav. En slik enighet med NHN vil bidra til en mer samordnet og trygg innføring. På den måten øker sannsynligheten for at sektoren kan hente ut reelle gevinster når løsningene tas i bruk, både i form av bedre kvalitet, mer effektiv samhandling og økt nytte for ansatte og innbyggere. Dersom API-er gjøres tilgjengelige for tidlig, kan det føre til ulik praksis, uforutsigbar innføring og økt risiko for at løsninger tas i bruk før nødvendige avklaringer, rutiner og forutsetninger er på plass.

Videre er felles og samlet leverandørdialog en sentral forutsetning for økt gjennomføringskraft. Samlet leverandørdialog er et sentralt virkemiddel i kommunal sektors videreutviklede eHelseambisjoner, og skal bidra til at leverandørmarkedet understøtter felles funksjonalitet, standarder og prioriteringer på tvers av EPJ-systemer og samhandlingstjenester. Uten koordinering risikerer sektoren parallelle bestillinger, ulik funksjonalitet og fragmenterte løsninger som svekker både samhandling og stordriftsfordeler. En samlet

tilnærming gir bedre forutsetninger for å stille tydelige og realistiske krav til leverandørmarkedet, sett i lys av både nasjonale løsninger og kommunenes samlede EPJ-portefølje.

Til slutt er det nødvendig å ta høyde for variasjon i kompetanse og kapasitet i kommunesektoren. Ambisjonene for digital samhandling må kobles tydelig til tilgjengelig støtte, veiledede innføringsløp og realistiske forventninger til tempo. Uten dette er det risiko for at forskjellene mellom kommuner forsterkes, snarere enn reduseres.

Oppsummering

Kommunesektoren står midt i en omfattende omstilling, der digitalisering av helse- og omsorgstjenestene og innføring av nye journalløsninger skjer parallelt. Innføringen vil strekke seg over et antall år og krever betydelig innsats i kommunene. Samtidig kan det være kommuner som velger å benytte dagens EPJ-løsninger noe tid fremover. Det er tydelige nasjonale forventninger om at kommunene skal ta i bruk nye samhandlingsløsninger, men med begrensede ressurser blir det utfordrende å håndtere alt samtidig. Dette understreker behovet for videre felles prioriteringer og strategiske valg, slik at ressursene benyttes mest mulig effektivt og at omstillingen skjer på en måte som ivaretar både kvalitet og bærekraft i tjenestene.

For å gjøre overgangsfasen fra dagens EPJ til nye EPJ-løsninger mindre krevende for kommunene, kan det vurderes strategiske grep. Et sentralt spørsmål er om sektoren skal prioritere å bruke ressurser på utvikling, utprøving og innføring av funksjonalitet for digital samhandling i eksisterende systemer, eller vente til nye EPJ-løsninger er på plass. Dersom innføringen av samhandlingsfunksjonalitet skjer først når kommunene tar i bruk nye EPJ, kan dette avlaste kommunene og bidra til en mer effektiv overgang. Samtidig kan det føre til økt gjennomføringstakt når alle kommuner tar i bruk samhandlingsfunksjonaliteten samtidig med nytt EPJ. En slik tilnærming kunne gi mulighet for større og mer samlet gevinstuttak for sektoren når nye EPJ-løsninger er implementert. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at kommuner som venter med å anskaffe nye EPJ, kan bli skadelidende dersom sektoren kun prioriterer utvikling av samhandlingsfunksjonalitet i nye løsninger. Dette kan forsinke både gjennomføringstakt og gevinstrealisering for sektoren som helhet.

[Overskrift]

Til Møte 4/26
Dato 24.09.2026
Saksnummer 29/26
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Plan for realisering av nasjonal e-helsestrategi, Veikart og indikatorer

Forslag til vedtak

- Porteføljerådet er kjent med veikartet og er innstilt på å ta med seg overordnet plan til egen organisasjon for videre planlegging.
- Porteføljerådet stiller seg bak forslag til indikatorer for kvartalsvis oppfølging.

Hensikt med saken

- Informere om vesentlige endringer i ny versjon av veikart for nasjonal e-helsestrategi, inkludert EHDS aktiviteter
- Drøfte indikatorer og hvordan de skal brukes

Bakgrunn

Relevante oppgaver for Porteføljerådet i denne saken:

- Følge opp nasjonal e-helseportefølje og tilrettelegge for at felles, prioriterte tiltak gjennomføres
- Være pådriver for måloppnåelse av nasjonal e-helsestrategi gjennom plan for realisering (veikart for nasjonal e-helsestrategi og strategiske indikatorer), identifisere hindringer og anbefale risikoreducerende tiltak

Disse oppgavene følges opp gjennom faste saker på agendaen i Porteføljerådet:

- Første kvartal: Status på nasjonal e-helsestrategien
- Andre kvartal: Status, avhengigheter og utfordringer i nasjonal portefølje
- **Tredje kvartal: Plan for realisering**
- Fjerde kvartal: Status, avhengigheter og utfordringer i nasjonal portefølje

I forrige porteføljeråd ble det ytret ønske om at porteføljerådet i hvert møte skal følge opp noen sentrale indikatorer for utvikling av digitalisering i hvert møte. Denne saken inneholder derfor også forslag til hvilke indikatorer dette kan være. Vi foreslår at det i forbindelse med disse sakene legges frem relevant statistikk om brukstall og innføring, som et bakteppe for drøfting av risiko og barrierer. I denne saken drøfter vi forslaget videre.

Prosess for oppdatering av veikart

Ny versjon av veikartet er oppdatert basert på innspill fra porteføljekontakter i helse- og omsorgssektoren, og ressurspersoner og fagansvarlige for målene i e-helsestrategien i Helsedirektoratet. Aktiviteter knyttet til kravene i EHDS forordning er nå lagt inn i eksisterende veikart på bakgrunn av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet TB2026-53.3 "Utarbeide veikart og planer som sikrer at Norge oppfyller kravene i forordningen til gitte frister".

Oppdaterer veikart for nasjonalt e-helsestrategi to ganger i året.

Vise de viktigste planer for realisering av e-helsestrategi Forankring av veikartet inkl. innspill til EHDS aktiviteter i møter RHFene, FHI, KS, HDO, NHN



Underlag:

- EHDS konsekvensvurdering – Gapanalyse per 11. april 2025 (Hdir)
- Konsekvenser av krav i helsedataforordningen 2027 og 2029 (Hdir)
- Overordnet konsekvensvurdering av EHDS forordningens påvirkning på de nasjonale samhandlingsløsningene (NHN)
- Helsedataforordningen – oppdatert kostnadsanalyse 15.11.2025 (FHI)

Presentert for innspill:

Ressurspersoner hos Hdir, NHN og FHI
Kjernegruppe NHN
Tverretattlig nettverk e-helse internasjonalt
Leverandør forum EHDS

EHDS-aktivitetene i veikartet er basert på leveranser til Helse- og omsorgsdepartementet fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Norsk helsenett. I tillegg til interne møter med ressurspersoner i Helsedirektoratet er det gjennomført flere møter med Norsk helsenett for å samkjøre aktiviteter i veikartet med Norsk helsenett sine planer, og med Folkehelseinstituttet for å sikre at aktiviteter knyttet til sekundærbruk av helsedata er fremstilt korrekt. EHDS-aktivitetene i veikartet er også presentert i EHDS kjernegruppen (HNN), tverretattlig nettverk e-helse internasjonalt, leverandørforum EHDS, og i porteføljekontakt møter med sektor.

Viktige endringer i ny versjon av veikartet:

- Tidslinjen er forskjøvet og i ny versjon vil planer i helse- og omsorgssektoren strekke seg fra 2025 – 2031.
- Modernisering av tannlegejournalssystemer er lagt til under mål 2.
- EHDS aktiviteter frem til mars 2029 er synliggjort, samt enkelte planer for realisering av kravene til 2031.

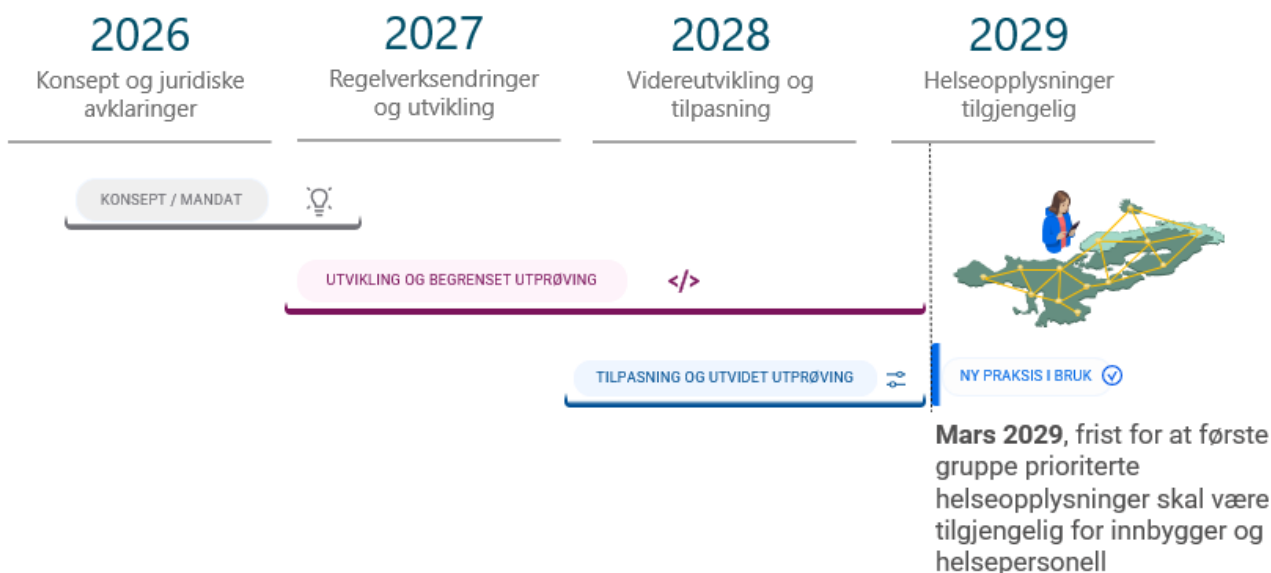
Barrierer og utfordringer i Veikart for nasjonal e-helsestrategi

Basert på innspill og rapportering er det identifisert flere barrierer og utfordringer. To sentrale er:

- Pasientens legemiddelliste
 - Det er god fremdrift for innføring av PLL, men det rapporteres risiko for forsinkelse i utrulling av eMultidose (eMD) - apotek har stoppet utrulling. Dette påvirker fremdrift for innføring av PLL til fastleger.
- Pasientens journaldokumenter
 - Det rapporteres fortsatt at det er uklart om avtalespesialister og kommunenes journalssystemer har støtte for personverninnstillinger som nekting og sperring og forhåndsvisning av dokumenttyper som kan deles. Dette kan påvirke fremdrift for tilgjengeliggjøring av dokumenter fra avtalespesialister og kommunale helse- og omsorgstjenester
 -

Veikart for EHDS

For flere EHDS aktiviteter er det behov for å spesifisere løsningsforslag gjennom konsepter, utvikle løsninger og tjenester nasjonalt, og gjennomføre tilpasning for å realisere kravene i forordningen innen fristen mars 2029.



Aktiviteter knyttet til EHDS er i stor grad tentative da det vil forekomme endringer på tidslinjer som følge av pågående utredning og planlegging. [Se aktivitetene i ny versjon av veikart for nasjonal e-helsestrategi på web.](#)

Forslag til oppfølging av indikatorer

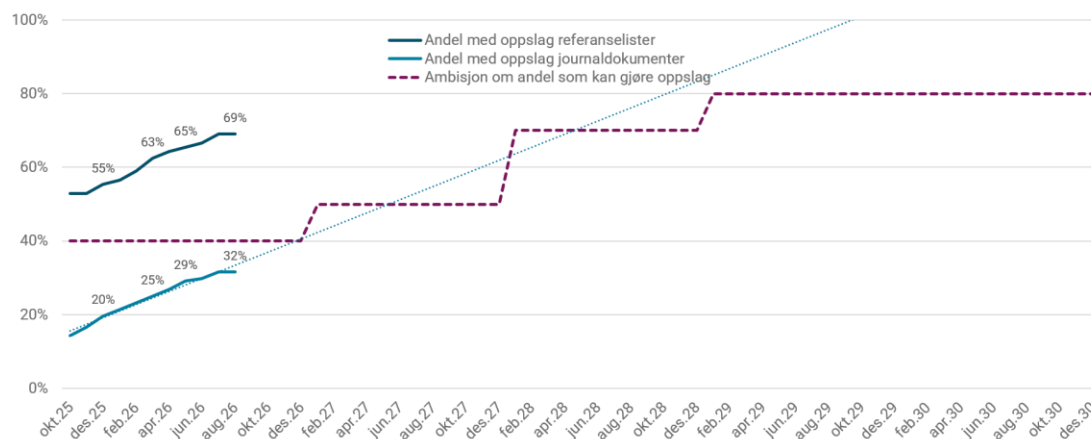
Det er hensiktsmessig å underbygge diskusjoner om risiko og barrierer med statistikk om brukstall og innføring. Vi foreslår at Porteføljerådet hvert kvartal fremlegges status på et utvalg sentrale indikatorer. Indikatorene skal støtte strategiske diskusjoner om status og måloppnåelse. Vi tar utgangspunkt i de strategiske indikatorene som tidligere er fremlagt for rådsmodellen, men det er ikke alle som egner seg for kvartalsvis oppfølging. Derfor foreslår vi også sentrale indikatorer innenfor digital samhandling. På sikt bør vi også få inn EHDS-indikatorer blant de strategiske indikatorene, for eksempel fra aktivitetsrapportering som vil utarbeides ifm. helsedataforordningen. Det er viktig at oppfølgingen av disse i porteføljerådet ikke erstatter oppfølging i styringsgruppene.

Vi foreslår følgende indikatorer til oppfølging i porteføljerådet for drøfting av risiko og barrierer:

- 1) [Pasientens legemiddelliste](#): brukstall og innføring: Indikatoren måler andelen av befolkningen i Norge som har fått opprettet en PLL. Det er gjort en antakelse om at om lag 30 % av befolkningen har behov for PLL, definert som innbyggere som bruker tre eller flere legemidler
- 2) Journaldokumenter – dokumentdeling: Antall virksomheter totalt som kan gjøre og har gjort oppslag i journaldokumenter. Per september har vi tall for legevakt og fastleger, med planer om tall for avtalespesialister, PLO og helseforetak på sikt. Indikatoren er ikke publisert på nett foreløpig, se bilde nedenfor.
- 3) Journaldokumenter – dokumentdeling: Antall virksomheter totalt som kilde. Indikatoren er ikke publisert på nett foreløpig, se bilde nedenfor.
- 4) [Bruk av digital hjemmeoppfølging](#): Andel kommuner som har aktive pasienter med digital hjemmeoppfølging under Helseteknologiordningen

2) Andel legevakter som konsumenter (N=168)

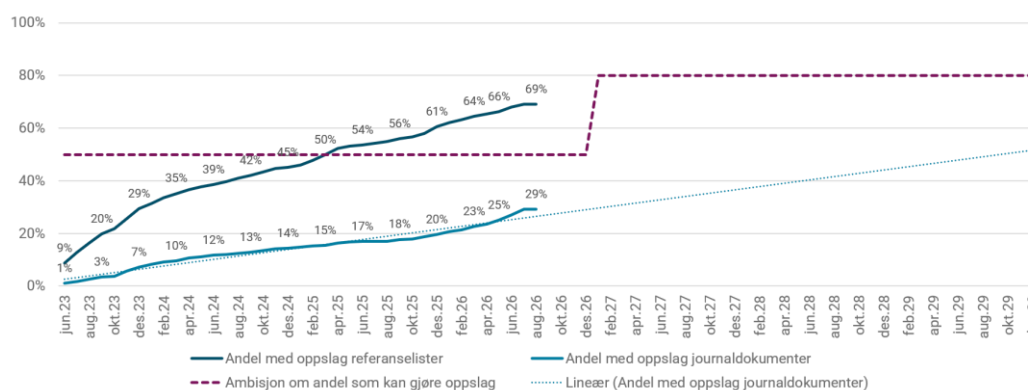
Indikatoren måler andel unike legevakter totalt som kan gjøre oppslag i journalldokumenter.



Figur 1 Journalldokumenter – dokumentdeling som konsument

2) Andel fastlegekontor som konsumenter (N=1330)

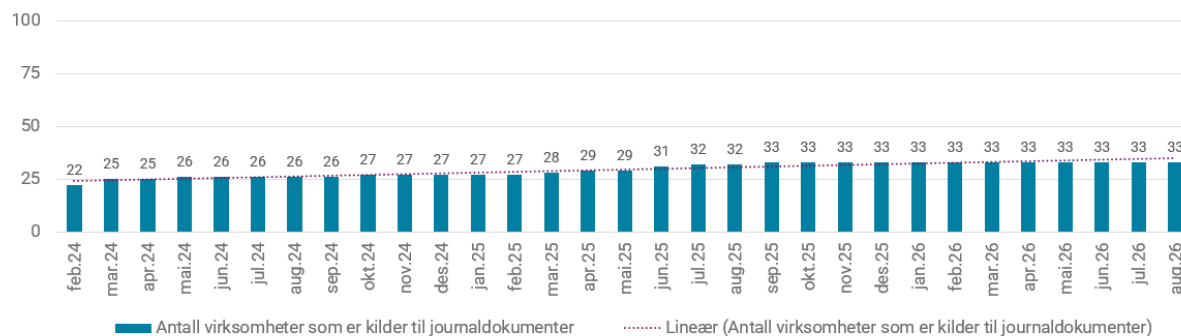
Indikatoren måler andel unike fastlegekontor totalt som kan gjøre oppslag i journalldokumenter.



Figur 2 Journalldokumenter – dokumentdeling som konsument

3) Antall virksomheter som er kilder til journaldokumenter

Indikatoren måler antall unike virksomheter totalt som er kilder til journaldokumenter.



Figur 3 Journaldokumenter – dokumentdeling som kilde

Til Møte 4/26
Dato 24.09.2026
Saksnummer 30/26
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Digitalt helsekort for gravide – behandling av investering og plikt til betaling

Forslag til vedtak

Porteføljerådet har gitt innspill til tilstrekkelig utprøving av digitalt helsekort for gravide, før eventuell innføring av plikt til betaling.

Hensikt med saken

Digitalt helsekort for gravide er en etterspurt tjeneste blant helsepersonell og gravide, og det er gjort forsøk tidligere på å få dette til. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fastsetter rammer for tiltaket gjennom årlige mandater, og tiltaket skal gjennomføres i løpet av perioden 2024-2027.¹ Digitalt helsekort for gravide er et politisk initiert tiltak der staten har bidratt med hoveddelen av investeringskostnadene gjennom finansiering av den nasjonale løsningen og tilskudd til nødvendig utvikling hos aktørene. Denne saken gjelder finansiering av videre drift og forvaltning av løsningen.

Investeringen har tidligere ikke vært behandlet i rådsmodellen. Norsk helsenett forutsetter i sitt tallgrunnlag for nasjonale e-helseløsninger 2026 at plikt til betaling av drift- og forvaltningskostnader for Digitalt helsekort for gravide (heretter omtalt som DHG) innføres i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger (heretter omtalt som forskriften) fra 2028, slik at årlige driftskostnader på estimert 8,5 millioner kroner samfinansieres av virksomhetene i sektoren. Helsedirektoratet løfter denne saken i samarbeid med Norsk helsenett. Denne saken skulle vært drøftet i rådsmodellen tidligere i utviklingsløpet, men av ulike årsaker løftes denne nå.

Hensikt med saken er:

- Å orientere om **tiltakets formål, nytte og økonomiske konsekvenser**
- Å minne om tidligere etablert **rutine for plikt til betaling** og bruk av de nasjonale e-helseløsningene, samt hvor og når beslutninger tas
- At Porteføljerådet **drøfter forslag til kriterier for tilstrekkelig utprøving** som må være nådd før plikt til betaling over innføres over forskriften, ref. etablert rutine for plikt til betaling

¹ Regjeringen.no, Mandat for DHG 2026. Les mer her: [2026-mandat-for-digitalt-helsekort-for-gravide-1.0.pdf](#)

Spørsmål til drøfting: Vi ber porteføljerådet gi innspill til tilstrekkelig utprøving av Digitalt helsekort for gravide.

Bakgrunn

Departementet ba Helsedirektoratet den 2. feb. 2026, i samarbeid med Norsk helsenett, å legge frem sak om DHG i rådsmodellen. Ettersom tjenesten vil medføre drift- og forvaltningskostnader for Kjernejournal og for Helsenorge, er det en del av den ordinære prosessen å behandle investeringen i DHG i den nasjonale rådsmodellen, ref.:

- 1. Vedtak 88** (Fra behandling av Prop. 3L (2021-2022) 9 Endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.)
Stortinget ber regjeringen sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, skal synliggjøres og behandles i den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

- 2. Høringsnotat 2025 om forslag til endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger - endringer i betalingen for 2026 for nasjonale e-helseløsninger mv.** Kap. 3.1.1 Generelt om beregning av kostnader og fastsetting av betaling:

Helsedirektoratet har gjennom tidligere oppdrag fra departementet (TB2024-79 del 6) foreslått hvilke hensyn som bør ivaretas og prosedyrer som bør gjennomføres før nye tjenester knyttet til nasjonale e-helseløsninger overføres til forvaltning med tilhørende plikt til betaling. Forslaget ble behandlet i Porteføljerådet (NUIT) i sak 18/24.

Om formål, nytte og økonomiske konsekvenser av Digitalt helsekort for gravide

Formål og nytte

Digitalt helsekort for gravide springer ut av et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Direktoratet for e-helse i 2022. Tiltaket er dermed initiert som del av en politisk prioritering, og ikke gjennom ordinær konseptvalgsprosess. Vurderinger av formål, nytte og økonomiske konsekvenser er i etterkant blitt utviklet med utgangspunkt i analyser og erfaringer fra utprøving av løsningen.

I 2023 ble det gjennomført en forenklet samfunnsøkonomisk analyse, hvor det ble vurdert at DHG ville gi økt kvalitet på svangerskapsomsorgen, redusert dobbeltarbeid og dobbeltføringer, økt helsekompetanse og trygghet for gravide, og bedre ivaretagelse av personvern og informasjonssikkerhet.² I 2025 gjennomførte Helsedirektoratet en oppdatert vurdering basert på erfaringer fra begrenset utprøving, med forbehold om at løsningen ennå ikke var tatt i bruk med formål å yte helsehjelp uten papirkort tilgjengelig. Vurderingene tilsa at løsningen kan styrke kvalitet og pasientsikkerhet gjennom bedre informasjonsdeling og mer oppdaterte opplysninger, samtidig som den kan effektivisere konsultasjoner og redusere dobbeltregistrering. På sikt kan løsningen gi bedre datagrunnlag for styring, kvalitetsforbedring og forskning, forutsatt nødvendige regelverksendringer.

Helsedirektoratet og NHN har gjennom utprøvingen gjennomført spørreundersøkelser og intervjuer med helsepersonell og gravide.

² Direktoratet for e-helse (2023) Elektronisk helsekort for gravide. Utredning på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: [Elektronisk helsekort for gravide - Utredning på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet \(3\).pdf \(helsedirektoratet.no\)](#).

Erfaringer fra helsepersonell:

Erfaringer viser at bruk av DHG, selv før papirhelsekortet kan legges bort, gir fordeler i forhold til dagens praksis med elektronisk journalføring og papirhelsekort. Den gravide kan med DHG registrere opplysninger på Helsenorge før første konsultasjon, noe som oppleves å frigjøre tid i konsultasjonen. I tillegg til at den gravide sin forhåndsutfylte informasjon vil vises i journalen, vil også opplysninger fra annet helsepersonell som har digitalt helsekort være tilgjengelig. Helsepersonell får tilgang til oppdatert informasjon i sanntid, f.eks. ved at de kan slå opp i Digitalt helsekort for gravide når de får telefonhenvendelser eller digitale henvendelser. En gevinst er at prøvesvar kan registreres utenom konsultasjoner og gjøres tilgjengelig for både den gravide og annet helsepersonell som har tatt i bruk tjenesten, uten å være avhengig av at den gravide bærer med seg papirhelsekortet med vedlegg med disse opplysningene mellom konsultasjoner hos helsepersonell. Samlet opplever brukerne løsningen som en klar forbedring, særlig for samhandling, selv om papirhelsekort fortsatt må benyttes til å yte helsehjelp. Det gis også tilbakemeldinger om at løsningen gir nytte, selv der hele samhandlingskjeden ikke er på plass.

Erfaringer fra gravide:

Norsk helsenett har gjennomført en spørreundersøkelse blant gravide både med og uten DHG, som har tatt i bruk gravidtjenesten³ på Helsenorge. Flesteparten trekker frem at kvalitetssikret informasjon tilpasset hvor de er i svangerskapet oppleves som mest nyttige funksjon, også uten DHG. De som har DHG opplever i tillegg at denne informasjonen er nyttig sammen med det å ha tilgang til opplysninger fra sitt digitale helsekort. En stor andel av de gravide rapporterer at de er bekymret for å glemme papirhelsekortet, og det er delte meninger om hvor godt papirhelsekortet fungerer i dag.

Investeringskostnader

I den forenklede analysen fra 2023 ble utviklingskostnader totalt estimert til 40-82 millioner kroner og innføringskostnader estimert til 21,5-33 millioner kroner.⁴ En oppdatert vurdering av utviklingskostnader i 2025 fra Helsedirektoratet anslår utviklingskostnadene til minimum 140 millioner kroner for perioden 2024-2027, men med betydelig usikkerhet og manglende kostnadsanslag for deler av spesialisthelsetjenesten, kommuner, fastleger og deres EPJ-leverandører i 2026 og 2027 utover det som eventuelt blir dekket av midler fra Norsk helsenett disse årene.

Aktør	2024	2025	2026	2027	Sum
Norsk helsenett*	12,2	43,6	20,7	20,0	96,5
Helsedirektoratet	4,0	4,0	5,3	6,0	19,3
RHF Helse Sør-Øst/Sykehuspartner**	0,6	12,7	10,0	Ukjent	23,3
RHF Helse Vest/Helse Vest IKT***	-	-	1,0	Ukjent	1,0
Øvrig spesialisthelsetjeneste	Ukjent	Ukjent	Ukjent	Ukjent	Ukjent
Sum	16,8	60,3	37,0	26,0	140,1

Tabell 1: Investeringskostnader (utvikling) ved digitalt helsekort for gravide. Kostnadene er ikke neddiskontert.

*Kilde: Norsk helsenett. Tallene for 2025 inkluderer overføring av midler fra 2024 (9,8 millioner kroner) og bruk av egne midler utover planlagt ramme for 2025 (11,8 millioner kroner).

**Kilde: Sykehuspartner

***Kilde: Helse Vest IKT

³ Tjenesten Gravid på Helsenorge.no gir tilpasset informasjon til den gravide, med mulighet for funksjonalitet som eksempelvis opplasting av bilder, dokumenter og notater mm.

⁴ Direktoratet for e-helse (2023) Elektronisk helsekort for gravide. Utredning på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: [Elektronisk helsekort for gravide - Utredning på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet \(3\).pdf \(helsedirektoratet.no\)](#).

Kostnadene for Norsk helsenett og Helsedirektoratet består i hovedsak av rammen fra Helse- og omsorgsdepartementet for perioden 2024-2027. I tillegg har Norsk helsenett brukt midler utover denne rammen i 2025. Kostnadene til Norsk helsenett dekker eget utviklingsarbeid, finansiering av utviklingskostnader for EPJ-leverandører til kommuner og fastleger, tilskudd til RHF og frikjøp av jordmødre i kommunene og fastleger til å delta i utprøving. Derfor er det ikke inkludert egne investeringskostnader til utvikling for kommunal helse- og omsorgstjeneste inkludert fastleger i tabellen. Det er antatt at midlene fra Norsk helsenett dekker kommunenes og fastlegenes ressursbruk under utprøvingen. Det er usikkerhet knyttet til kostnader i spesialisthelsetjenesten og til samlet innføringskostnad. Utprøvingen har medført merarbeid for helsepersonell på sykehus og til dels i kommunal jordmortjeneste pga. midlertidig tilleggsregistrering av opplysningene i sideversjoner av systemene, men dette forventes å falle bort i løpet av høsten 2026.

Norsk helsenett opplyser at de ikke vil få noen innføringskostnader utover kostnader ved utvikling, drift og forvaltning, gitt dagens ansvar og roller. Helsedirektoratet har ikke vurdert om overtagelse og forvaltning av dataansvar for digitalt helsekort for gravide som en del av kjernejournal vil medføre økte kostnader for Helsedirektoratet utover det som dekkes innenfor direktoratets ramme til digitalt helsekort for gravide i 2027, men vi kan anta at det kan medføre noe økte kostnader. Det er ikke tilstrekkelig informasjon på nåværende tidspunkt til å oppdatere anslag på lokale innføringskostnader fra analysen fra 2023. Videre utprøving i 2026 kan gi mer informasjon til å vurdere dette. Helsedirektoratet planlegger å gjøre en forenklet analyse av innføringskostnader i slutten av 2026.

Drift- og forvaltningskostnader hos Norsk helsenett

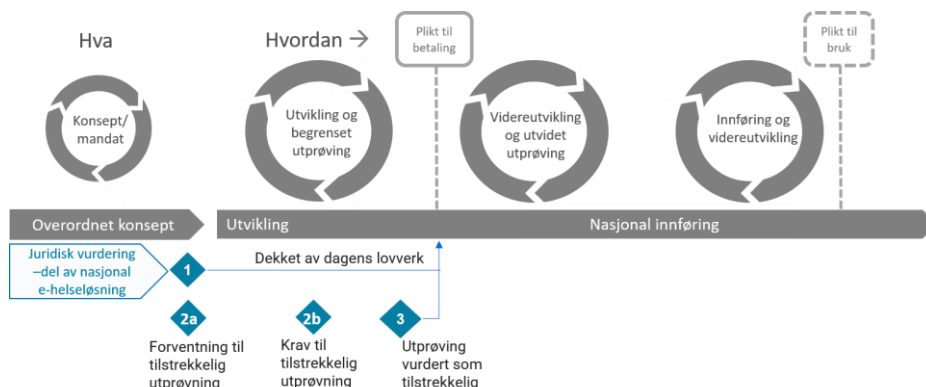
I tallgrunnlaget for 2026 til Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger estimerer Norsk helsenett årlige drift- og forvaltningskostnader på 8,5 millioner kroner for DHG, fordelt likt på Helsenorge og Kjernejournal. Estimateret er basert på løsningen som er i produksjon per 2026. Mindre forbedringer vil håndteres i forvaltningen og innenfor den estimerte økonomiske rammen. Norsk helsenett forutsetter at DHG tas inn i forskrift og samfinansieres av sektoren fra og med 2028. Norsk helsenett har tidligere lagt frem estimatet for rådsmodellen i sine årlige saker om vekst i drift- og forvaltningskostnader som følge av investeringer, hhv. i 2024, 2025 og 2026. Selve kostnadsfordelingen av drift- og forvaltningskostnadene mellom aktørene vil inngå i Norsk helsenetts årlige arbeid med justering av prismodellene for nasjonale e-helseløsninger, som behandles i Porteføljerrådet andre kvartal.

Prosedyrer og rutiner som må gjennomføres før plikt til betaling kan innføres

Pasientjournalloven § 8 fjerde ledd gir hjemmel for å gi forskrifter om betaling og bruk av helsenettet og andre nasjonale e-helseløsninger. Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger oppdateres årlig med fordeling av drift- og forvaltningskostnader i sektoren, der drift- og forvaltningskostnader for eventuelle nye tjenester vil inngå. Når en tjeneste utvikles smidig, er det i finansieringsmodellen for drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene behov for å definere et tidspunkt der plikt til betaling for tjenesten inntreffer. Det vil si når tjenesten er "god nok" til at man kan ta betalt for drift og forvaltning av den nye tjenesten – dvs. tilstrekkelig utprøvd. Helsedirektoratet foreslo i 2024 på oppdrag fra departementet hvilke hensyn som bør ivaretas og prosedyrer som bør gjennomføres før nye tjenester knyttet til nasjonale e-helseløsninger overføres til forvaltning med tilhørende plikt til betaling:

- 1. Juridisk vurdering om tjenesten kan defineres inn under de nasjonale e-helseløsningen og dermed at finansieringsmodellen for drift og forvaltning kan benyttes**
 - Kan gjennomføres relativt tidlig når det er klart hvilke løsninger tjenesten bygger på
 - Råd fra Norsk helsenett og Helsedirektoratet
 - Besluttet av Helse og omsorgsdepartementet
- 2. Tilstrekkelig utprøving defineres i flere iterasjoner**

- a) Forslag til tilstrekkelig utprøving behandles i rådsmodellen som en del av behandlingen av investering som øker drift- og forvaltningskostnader
 - b) Krav tilstrekkelig utprøving behandles i styringsgruppen. Beslutning fattes av eier
- 3. Tilstrekkelig utprøving godkjennes**
- a) Utprøving vil foregå i flere omganger, hos flere aktører, gjennom begrensede utprøvinger som til sammen dekker «tilstrekkelig utprøving»
 - b) Rette instanser godkjenner (Norsk helsenett, Helsedirektoratet, aktører/brukere/leverandører)
 - c) Endelig vurdering av tilstrekkelig utprøving gjøres av departementet



Figur 1: Milepæler for tilstrekkelig utprøving, som må nås for plikt til betaling kan innføres.

Tilstrekkelig utprøving innebærer at tjenesten er prøvd ut med formål om å yte helsehjelp.⁵ Tilstrekkelig utprøving er ikke det samme som nasjonal innføring for alle målgrupper og EPJ-systemer, men kun for målgruppene og journalsystemene som inngår i utprøvingen. Rutinen for plikt til betaling ble presentert for Porteføljerådet (NUIT) i sak 18/24, og henvist til i departementets høringsnotat 2025.⁶

Vurdering av Digitalt helsekort for gravide opp mot rutine for plikt til betaling

1. Juridisk vurdering

Departementet har besluttet at Digitalt helsekort for gravide (DHG) juridisk skal være en løsning regulert i kjernejournalforskriften. Helsedirektoratet leverte 14. april 2026 utkast til endringsforskrift om nødvendige endringer i kjernejournalforskriften for at digital helsekort for gravide kan inngå i Nasjonal kjernejournal, samt bidrag til høringsnotat, som grunnlag for departementets arbeid med høringsnotat.

2. Definerte krav til tilstrekkelig utprøving av DHG – TIL DRØFTING I PORTEFØLJERÅDET

Helsedirektoratet og Norsk helsenett planlegger for at generelle krav til tilstrekkelig utprøving vil være innfridd før 2028. Med tilstrekkelig utprøving menes at DHG er prøvd ut til formål å yte helsehjelp, og i tillegg dekker følgende krav:

⁵ I tjenesten behandles det personopplysninger med formål om at helsepersonell skal bruke disse opplysninger til handlinger som har forebyggende, diagnostiske, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål. En forutsetning for at DHG kan prøves ut med formål om å yte helsehjelp er at nødvendige endringer kjernejournalforskriften for å behandle DHG-opplysninger i Nasjonal kjernejournal er tredd i kraft. Arbeid med dette pågår, se punkt 1 "Juridisk vurdering".

⁶ Se kap. 3.1.1 Generelt om beregning av kostnader og fastsetting av betaling: [høringsnotat-om-forslag-til-endringer-i-forskrift-om-standarder-og-nasjonale-e-helselos.pdf](#)

Generelle krav til tilstrekkelig utprøving	Detaljer
1. Tjenesten må dekke prioriterte helsefaglige behov	a) DHG inneholder og formidler alle prioriterte informasjonselementer nødvendig for samhandling, i samsvar med relevante deler av Retningslinje for svangerskapsomsorg og helsekortet på papir b) Innbyggere kan via helsenorge.no starte DHG, fylle ut egen informasjon og se informasjonen om seg selv c) Helsepersonell som deltar i oppfølgingen av den gravide som del av den ordinære svangerskapsoppfølgingen kan starte DHG for den gravide, lese og skrive inn i DHG
2. Tjenesten må være utprøvd for sentrale aktører og sentrale brukergrupper/roller	a) Kommunal jordmortjeneste må ha deltatt i utprøving gjennom hele svangerskap b) Fastlegetjenesten må ha deltatt i utprøving gjennom hele svangerskap c) Sykehus (jordmor og fødselslege) må ha deltatt i utprøving gjennom hele svangerskap d) Sentrale EPJ-leverandører som betjener aktører som deltar i oppfølgingen av den gravide som del av den ordinære svangerskapsoppfølgingen støtter DHG (Se Leverandøroversikt - Norsk helsenett)
3. Tjenesten må være utprøvd i relevant forløp/samhandlingskjeder	a) Samhandling mellom kommunal jordmortjeneste, fastlegetjeneste, sykehus og den gravide er utprøvd i kjeden av aktører og deres systemer i hele svangerskapsforløp
4. Norsk helsenett og Helsedirektoratet må være klar til å støtte videre utprøving	a) Sentrale løsninger ivaretar relevant regelverk og relevante deler av Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen b) Forvaltning av tjenesten er etablert og tilrettelagt for videre utvikling og utbredelse
5. Helhetsvurdering	a) Må være prøvd ut i et omfang stort nok som kan gi indikasjoner på at den samfunnsøkonomiske lønnsomheten samsvarer med slik det er antatt i mandat/konsept. (vurdere kost/nytte)

Tabell 2: Krav til tilstrekkelig utprøving av Digitalt helsekort for gravide

3. Gjennomføre tilstrekkelig utprøving

For at plikt til betaling av løsningen kan innføres ved forskrift må tilstrekkelig utprøving gjennomføres, i henhold til de definerte kravene over. Det vil gjennomføres en evaluering av om kravene er oppnådd, og basert på evalueringen vil HOD i løpet av høsten 2027 beslutte om tilstrekkelig utprøving er gjennomført og plikt til betaling kan innføres fra 2028.

Per september 2026 er en del av kravene allerede oppfylt. I 2025 ble det utviklet støtte for DHG i EPJ-systemene som benyttes i fastlegetjenesten. Det er også utviklet eller er under utvikling støtte for DHG i EPJ-systemene til kommunene/jordmortjeneste og sykehus. I 2026 er tjenesten i utvidet utprøving hvor alle som ønsker det kan ta i bruk digitalt helsekort. I utprøvingen skal papirhelsekortet fortsatt fylles ut som normalt og følge den gravide gjennom svangerskapsoppfølgingen, da ikke alle har tilgang til informasjonen digitalt. Ambisjonene for 2026 er at 50 % av kommunale jordmortjenester/helsestasjoner og fastleger skal ha tilgang til DHG, og at alle helseregionene skal ha startet utprøving. Per 1. september 2026 har 3778 gravide et aktivt digitalt helsekort. 315 helsevirksomheter har tilgang til tjenesten. 18 % av fastlegekontorene og 15 % av kommunene bruker DHG, samt 3 HF, 5 legevakter og 1 gynekolog.

Det gjenstår imidlertid arbeid særlig knyttet til teknisk endring i løsningen siden rettslig grunnlag for behandling av personopplysningene her forutsettes å endres fra samtykke etter personvernforordningen til rettslig grunnlag i nasjonal rett (pasientjournalloven § 13 og kjernejournalforskriften). Dette inkluderer mulighet for å sette tilgangsbegrensninger i Kjernejournal. Det er også forventet noen endringer som resultat av revisjon av retningslinje for svangerskapsomsorg. Helsedirektoratet anslår at disse endringene vil være av beskjedent omfang og karakter. Det planlegges for at oppdatering av DHG som resultat av endringer i retningslinje for svangerskapsomsorg skal være klar fra 2028.

Videre saksprosess

Helsedirektoratet informerer departementet om behandling av saken i rådsmodellen. Departementet beslutter eventuell plikt til betaling etter at tilstrekkelig utprøving er gjennomført.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Sak	Utvalg og dato	Tittel på sak	Vedtak
4/26	Strategirådet 26.03.2026	Vekst i drift og forvaltningskostnader på nasjonale e-helseløsninger (I NHNs saksunderlag forutsettes samfinansiering av DHG fra 2028)	Strategirådet har drøftet og tar til etterretning fremlagt økning i drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningene, der økningen skyldes investeringer og tiltak i den nasjonale e-helseporteføljen og Helsenorge. Dette inkluderer tiltakene på digital samhandling og Helsekort for gravide i henhold til oppdrag og mandater mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet.
5/26	Porteføljerådet 12.02.2026	Samlet oversikt over utvikling i drift- og forvaltningskostnader (I NHNs saksunderlag forutsettes samfinansiering av DHG fra 2028)	1. Porteføljerådet er orientert om endringene i drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningene som skyldes investeringer og tiltak i den nasjonale e-helseportefølje og Helsenorge veikart. Dette inkluderer tiltakene på digital samhandling i henhold til oppdrag og mandater mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet. 2. Porteføljerådet tar til orientering fremlagt endring i drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningene, der endringene skyldes investering i tiltak i den nasjonale e-helseporteføljen og Helsenorge.
18/24	NUIT/Porteføljerådet 15.5.2024	TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger	NUIT drøftet forslag til hensyn, prosedyrer og rutiner som må gjennomføres før plikt til betaling kan innføres. Helsedirektoratet tar med seg innspill gitt i møte i det videre arbeidet med oppdraget.

Til Møte 4/26
Dato 24.09.2026
Saksnummer 31/26
Innretning Drøfting

Sakseier Hans Olav Melberg, konstituert områdedirektør Helsetjenester, FHI
Saksbehandler Ylva Helland, prosjektleder, FHI

Endringer i meldetjenesten

Forslag til vedtak

Porteføljerådet ber FHI, Helsedirektoratet og Helsetilsynet å ta med innspill fra møtet i sitt videre arbeid med særlig vekt på følgende råd:

- <utformes under møtet>

Hensikt med saken

FHI, Helsedirektoratet og Helsetilsynet ønsker å gi en samlet orientering om oppdragene knyttet til ny meldeordning og uønskede pasienthendelser nasjonalt register. Etatene ønsker å drøfte hvordan man kan sikre at oppdragene sees i sammenheng, og at utvikling av løsninger møter behovene til aktørene (helsemyndigheter og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten).

1. Hvilke råd ønsker Porteføljerådet å gi Helsetilsynet, Helsedirektoratet og FHI for å sikre samordning mellom oppdragene og utvikling av løsninger som møter kravene i ny meldeordning, behovet for nasjonale oversikt og innsikt, samt behovet til virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten? Viktige premisser for arbeidet:
 - Forenklet meldeprosesser og enhetlig datagrunnlag
 - Støtte opp om meldekultur og lokalt forbedringsarbeid
 - Enhetlig bruk av oppdatert NOKUP-kodeverk
2. Hvordan sikre god forankring og prioritet hos de berørte virksomhetene av oppdragene og helhetlig, konsistente system og løsninger?

Bakgrunn

Ny meldeordning trådte i kraft 1.juli 2026. Formålet med ny meldeordning er å forebygge, avdekke og avverge alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Endringen innebærer en tydelig dreining fra varslings for tilsynsmessig oppfølging til melding for læring og forbedring.

Melding om alvorlige pasienthendelser sendes nå til Statsforvalter og UKOM, med kopi til Helsetilsynet. Helsetilsynet vil i større grad fungere som en nasjonal kunnskaps- og læringsaktør, med ansvar for å se

trender, identifisere risiko, samt støtte og bidra til læring på tvers av tjenestene. Statsforvaltnes rolle vil være å følge opp de enkelte meldingene og bidra til regional kunnskapsformidling. FHI har etter oppdrag fra HOD etablert et prosjekt for å analysere data om uønskede pasienthendelser fra melde- og avvikssystemene i helseforetak og kommuner. Utover å gi en foreløpig oversikt skal prosjektet vurdere styrker og svakheter ved datakildene for statistikk og analyse, for å avklare muligheten for å etablere et nasjonalt register om uønskede hendelser. Formålet med et eventuelt nasjonalt register er å gi bedre kunnskapsgrunnlag for statistikk, analyse av risikoområder, forskning, læring og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Prosjektet i FHI har innhentet data fra alle helseforetak og er i gang med dialog med kommuner for å innhente tilsvarende data for analyse.

Foreløpige funn viser betydelige kvalitetsutfordringer som gjør det vanskelig å generere kunnskap til læring på tvers av helsetjenesten. Det etablerte kodeverket NOKUP er lagt til grunn for registrering av pasienthendelser i helseforetak. Kodepraksis og etterlevelse av kodeverket varierer, og kodeverket er ikke oppdatert i tråd med helsetjenestens behov. Helsedirektoratet har derfor et eget oppdrag med å oppdatere og videreutvikle NOKUP, samt å kartlegge avvikssystem og kodeverk i kommunene.

Helsetilsynet har fått oppdrag om å etablere en ny saksbehandlingsløsning, i samarbeid med Statsforvalterne, som skal understøtte ny meldeordning. Løsningen skal dekke behovet til Helsetilsynet og Statsforvalterne i tråd med endrede roller og ansvar.

Denne ordningen hjemler innmelding av alvorlige pasienthendelser, men ikke nesten-hendelser. I oppdraget til FHI er også nesten-hendelser inkludert. Dette gir et bredere datagrunnlag for analyse og kunnskap om uønskede pasienthendelser, og mulighet for å identifisere risikoforhold og systemsvikt før de fører til alvorlig skade eller dødsfall. Således blir dette viktig for både Helsetilsynet og Statsforvalter i deres nye roller.

Uønskede pasienthendelser rapporteres i virksomhetenes avvikssystem med formål om lokal styring og forbedringsarbeid. Meldepliktige pasienthendelser (3-3a) omfatter de mest alvorlige hendelsene, og rapporteres i hovedsakelig i egen innmeldingsportal. Det innebærer at melder må rapportere to ulike steder. En fremtidig løsning bør forenkle meldeprosessen og sikre et enhetlig kunnskapsgrunnlag for aktørene.

Prosjektene og oppdragene følges opp i separate prosjekter i respektive organisasjoner. Det er i dag ingen felles arena for styringen av de ulike oppdragene, men Helsetilsynet er observatør i FHI og Helsedirektoratets styringsråd for oppdraget uønskede pasienthendelser nasjonalt register. Helsetilsynet, Helsedirektoratet og FHI har også utarbeidet felles risikomatrix for de to hovedoppdragene. For oppdraget uønskede pasienthendelser har FHI og Helsedirektoratet, i tillegg til felles styringsråd, koordineringsmøter mellom underliggende prosjekt. Saken følges opp i følgende arenaer:

- Felles statusmøter i HOD for FHI, Helsedirektoratet og RHF'ene
- Arbeidsgruppe HF
- Interregionalt Fagdirektørmøte
- Lokale styringsråd og styringsgrupper

For ytterligere beskrivelse av bakgrunnen for oppdraget uønskede pasienthendelser nasjonalt register, inkludert historikken for meldeordningene, vises det til toppnotat til møte 3/25 til Porteføljerrådet (daværende NUIT) den, 11.09.2025, saksnr. 29/25

Videre saksprosess

FHI, Helsedirektoratet og Helsetilsynet vil fortsette å koordinere sitt arbeid i etablerte arenaer og prosesser, samt fortløpende vurdere behov for styrket samhandling, slik at oppdrag og løsninger vurderes og løses samlet og prioriteres etter forventet nytte i forhold til kostnader.

Saken vurderes å bli løftet til Fagrådet når det foreligger forslag til konsepter og arkitekturskisser som tydeliggjør hele økosystemet for uønskede pasienthendelser.

Til Møte 4/26
Dato 24.09.2026
Saksnummer 32/26
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan, Helsedirektoratet
Saksbehandler Norunn Saure, Per Ludvig Skjerven, Jarle Hersvik, Gry Seland og Inger Dybdahl Sørby

Videreutvikling av Veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier

Forslag til vedtak

Porteføljerådet stiller seg bak Helsedirektoratets anbefalinger knyttet til arbeidet med brukskvalitet og tar arbeidet med Kvalitetsrammeverk for digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy til orientering. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med videreutvikling av Veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.

Hensikt med saken

Hensikten med saken er å

- Gi en status på arbeidet med videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen og kvalitetsrammeverk for selvhjelps- og behandlingsverktøy
- Få innspill til anbefalinger knyttet til arbeid med brukskvalitet, før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet 1. oktober.

Bakgrunn

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet etablerte Helsedirektoratet 1. oktober 2025 første versjon av en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier. Første versjon ble utviklet i samarbeid med KS, Norsk helsenett SF og Folkehelseinstituttet. Det ble lansert en samlet og brukertilpasset oversikt over eksisterende nasjonale krav, godkjenninger og anskaffelse av helseteknologi.

Veilednings- og godkjenningsordningen skal videreutvikles som et viktig virkemiddel for å skape forutsigbarhet for helse- og omsorgstjenesten og leverandører om aktuelle krav og standarder jf. [Helsedirektoratets tildelingsbrev 2026](#) (TB2026-52). Det arbeides i 2026 med flere innsatsområder, og det vil i møtet gis en status på arbeidet. I saksunderlaget vil det informeres nærmere om arbeidet rammeverk for kvalitetsvurdering av selvhjelps- og behandlingsverktøy og brukskvalitet. I møtet vil det bli gitt en kort overordnet status for alle innsatsområder.

- Videreutvikling av samlet nasjonal oversikt - inngangsporten
- Informasjon om kommende krav i helsedataforordningen (EHDS)
- Selvdeklareringsløsning innen informasjonssikkerhet og personvern (KS Rammeverk for trygg digitalisering)
- Kravforvaltning v/Revidering av kriteriene for innhold i Referansekatalogen for e-helse (Hdir)
- Kvalitetsrammeverk for selvhjelp- og behandlingsverktøy
- Brukskvalitet

Nærmere om rammeverk for kvalitetsrammeverk for selvhjelps- og behandlingsverktøy

Digitale kartleggings-, selvhjelps- og behandlingsverktøy tas i dag ikke tilstrekkelig grad i bruk i forebygging, behandling og oppfølging, blant annet på grunn av usikkerhet knyttet til kvalitet. Leverandørene opplever samtidig at muligheten for å utvikle verktøy sammen med helsetjenesten og sikre seg et skalerbart og bærekraftig salg er begrenset.

Med utgangspunkt i tidligere arbeid med prosjektet Tryggere helseapper og den anbefalte spesifikasjonen *Apper for helse og velvære - Kvalitet og pålitelighet (SN-CEN ISO/TS 82304-2:2021)*, vurderes det å etablere et rammeverk for kvalitetsvurdering av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy.

Det pågår arbeid med å kartlegge mulige modeller for et slikt rammeverk. Det er dialog med blant annet Norsk helsenett SF, Direktoratet for medisinske produkter og Norway Health Tech. Arbeidet ble også presentert for fagrådet 29. april, som støtter behovet for å få klarhet i hvordan selvhjelpsverktøy blir vurdert. Helsedirektoratet arbeider med en anbefaling og modell for å etablere et nasjonalt kvalitetsrammeverk for selvhjelps- og behandlingsverktøy, og vil komme tilbake til fagrådet for å drøfte dette i Q4 2026.

Nærmere om arbeidet med brukskvalitet og Helsedirektoratets forslag til anbefalinger

Helsedirektoratet skal som del av videreutviklingen av Veilednings- og godkjenningsordningen *vurdere og anbefale hvordan brukervennlighet i digitale løsninger for helsepersonell kan måles og utvikle en indikator/måling for dette. Helsedirektoratet skal vurdere om og eventuelt hvordan dette kan ses i sammenheng med andre indikatorer for spart tid. Frist: 1.10.2026 med henblikk på å kunne gjennomføre første måling i 2027* (Tildelingsbrev 2026, oppdrag TB2026-52).

Dårlig brukskvalitet i systemene påvirker pasientsikkerhet, tidsbruk og arbeidsprosesser mv. for helsepersonell. Dette temaet har blitt aktualisert de senere årene gjennom blant annet Legeforeningens arbeid med målinger av brukskvalitet i EPJ-systemer, Helsetilsynets risikoanalyse fra 2021 (Hvor har feil og mangler ved bruk av IKT-systemer størst konsekvenser for pasientsikkerheten? En risikoanalyse), Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt-Norge, samt målinger av brukskvalitet i kommuner og regioner i forbindelse med anskaffelser av nye EPJ-systemer. Helse Midt-Norge gjennomfører et Program for brukervennlighet og optimalisering av Helseplattformen, som jobber målrettet for å styrke brukervennligheten i løsningen.

Prosess og forankring

For å sikre en bred forståelse av behov, status og pågående arbeid på området, og for å forankre relevante metoder og indikatorer, har det vært gjennomført dialog og møter med en rekke ulike interessenter, blant annet:

- Løpende kontakt med KS for koordinering og samarbeid
- Drøfting i Fagrådet (Nasjonal rådsmodell for digitalisering i helse- og omsorgstjenesten)
- Drøfting i Standardiseringsutvalget for internasjonale standarder

- Bilaterale møter med (ikke uttømmende liste) Legeforeningen, Sykepleierforbundet, NTNU, Norsk senter for e-helseforskning (NSE), Universitetet i Sørøst-Norge (USN), Digitaliseringsetaten, Oslo kommune, Helse Vest IKT, Universitetet i Agder, Norsk helsenett, Helse Midt-Norge/Helseplattformen, Norway Health Tech, Nordic eHealth Research Network (NeRN)
- Nettmøte i samarbeid med KS for erfaringsutveksling om brukskvalitet og verifisering med deltakere fra kommunesektoren, forskningsmiljøene og Legeforeningen.
- Fagseminar om brukskvalitet i Trondheim med deltakere fra KS og kommuner, spesialisthelsetjenesten, forskningsmiljøene, Legeforeningen, Sykepleierforbundet og NHN.
- Internasjonalt/nordisk: Dialog med ledende forskningsmiljø i Norge og Norden om metoder for måling av brukskvalitet

Behov for veiledning og målinger knyttet til brukskvalitet

Gjennom dialogen og møtene med interessentene, er det uttrykt ønske om at Helsedirektoratet tar en koordinerende rolle for kunnskapsdeling og kompetanseutvikling. Det er behov for nasjonal veiledning og en verktøykasse som kan tydeliggjøre begrepsbruk, støtte til praktisk brukertesting, maler, sjekklister og fremgangsmåter. Veiledning bør beskrive hvordan målinger, brukertesting og erfaring kan brukes systematisk til å forbedre og videreutvikle løsningene over tid. Behovet omfatter også tydeligere normering knyttet til brukskvalitet.

Helsedirektoratet har, som ledd i arbeidet med oppdraget, utarbeidet et forslag til en forenklet metode for en måleindikator knyttet til opplevd brukskvalitet som bygger på Usability Metric for User Experience (UMUX)-Lite. Metoden er forankret i forskermiljøene nasjonalt, og den er også drøftet med NeRN (Nordic eHealth Research Network). Helsedirektoratet anbefaler at den nasjonale indikatoren tas inn i Helsepersonellundersøkelsen. Roller, organisering og ansvar knyttet til måling av brukskvalitet på lokalt nivå bør utredes videre.

Anbefaling om etablering av nasjonal indikator for opplevd brukskvalitet

#	Anbefalinger	Utdypende beskrivelse
1	Helsedirektoratet anbefaler å benytte den validerte kortversjonen Usability Metric for User Experience (UMUX)-Lite som indikator når det skal innhentes informasjon om hvordan brukskvaliteten i digitale løsninger oppfattes av helsepersonell. Instrumentet består av de to originale spørsmålene: “This system's capabilities meet my requirements” “This system is easy to use” Helsedirektoratet arbeider sammen med akademiske miljøer i Norge for å	UMUX-Lite måler brukernes vurdering av både hvor godt systemet støtter deres behov og arbeidsoppgaver, og hvor enkelt systemet er å bruke. Begrepet har samtidig en tydelig faglig forankring i ISO 9241-11, hvor brukskvalitet forstås som i hvilken grad et system gjør det mulig for brukere å oppnå sine mål effektivt, effektivt og med tilfredshet i en gitt brukskontekst. UMUX-Lite er utviklet som et svært kort måleinstrument og dekker derfor ikke alle aspekter ved brukskvalitet eller brukeropplevelse. I litteraturen finnes det også diskusjoner om hvorvidt instrumentet delvis fanger opp opplevd nytteverdi og elementer av teknologiaksept, særlig gjennom spørsmålet om systemets funksjonalitet dekker brukerens behov. Resultatene bør derfor tolkes som et mål på brukernes samlede

	få på plass en validert oversettelse av de to påstandene. Helsedirektoratet foreslår å omtale indikatoren som <i>opplevd brukskvalitet</i>.	vurdering av systemets brukskvalitet, snarere enn som et rent mål på brukervennlighet alene. På denne bakgrunn vurderer vi at <i>opplevd brukskvalitet</i> er den betegnelsen som best balanserer teoretisk forankring, faglig presisjon og praktisk formidling.
2	Helsedirektoratet anbefaler at Helsepersonellundersøkelsen brukes som en årlig, nasjonal benchmark-måling på <i>opplevd brukskvalitet</i>	Helsedirektoratet gjennomfører årlig "Helsepersonellundersøkelsen om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten". I denne undersøkelsen finnes det allerede påstander som med mindre justeringer kan få samme ordlyd som påstandene i UMUX-Lite-indikatoren. Helsepersonellundersøkelsen er ikke en nasjonalt representativ måling som gir tilstrekkelig grunnlag til å gi ett nasjonalt benchmarktall, men inneholder tilstrekkelig antall intervju til å gi godt sammenlikningsgrunnlag mellom store virksomheter (f.eks. RHF-er og HF-er), virksomhetstyper, regioner og yrkesgrupper. Målingen vil imidlertid ikke være tilstrekkelig for å analysere mindre enheter som enkeltkommuner, mindre enkeltvirksomheter og spesialiserte yrkesgrupper.
3	Helsedirektoratet anbefaler at virksomhetene selv er ansvarlig for å gjennomføre lokale målinger blant egne ansatte.	Lokal variasjon iblant annet kontraktsforhold, systemportefølje, og arbeidsformer gjør at store sentraliserte målinger fra sektor sees på som lite hensiktsmessige. Skal målingene få effekt, må de ha en tydelig forankring i både lokal ledelse og lokale organisasjoner.
4	Helsedirektoratet anbefaler virksomhetene å gjennomføre mer komplekse målinger av mer diagnostisk karakter, satt opp for å dekke de lokale behovene som finnes	Den viktigste innvendingen mot en forenklet indikator som UMUX-Lite, er at den ikke sier noe om hvilke deler av et system som fungerer eller løsning som fungerer godt eller dårlig. For å få denne typen innsikt kreves mer komplekse målinger. Helsedirektoratet samarbeider med forskningsmiljøer for å finne fram spørsmålssett som kan brukes til denne typen målinger. Etablerte modeller som NuHiSS og HSUS er relevante i denne sammenheng.
5	Helsedirektoratet anbefaler at virksomhetene som gjør målinger, i størst mulig grad deler resultatene av målingene.	Dette kan gi et nasjonalt sammenlikningsgrunnlag og lokal handlingsrettet innsikt. Det bør utredes videre hvordan kompetanse og kapasitet til gjennomføring og rapportering av data fra

		målingene bør samles i ett eller flere fagmiljøer eller felles løsninger som kan betjene flere virksomheter.
6	Helsedirektoratet anbefaler at virksomhetene vurderer hvordan de kan tilrettelegge for arbeid med brukskvalitet ved anskaffelser og ved inngåelse av kontrakter	Kunder og leverandører har ofte behov for fleksibilitet i avtalen til å gjøre endringer underveis i avtaleforholdet. Det er ofte krevende å spesifisere fremtidige behov i forkant av avtaleinngåelse, og måling av brukskvalitet underveis i kontraktsperioden kan være en god kilde til å forstå hvilke endringer en kan gjøre for å forbedre tjenestene. Relasjonskontrakter er en kontraktsform som gir rom for denne typen fleksibilitet. Heller enn å spesifisere egenskaper ved produkter/tjenesten, kan partene velge avtale hvordan brukskvalitet skal måles, hvordan partene skal samarbeide om å forbedre tjenestene og hvordan slikt forbedringsarbeid skal kompenseres. Om man i tillegg detaljerer ut formål, roller og ansvar, og endringsregime i kontrakten, har man et avtaleverk som gir rom for å arbeide med brukskvalitet over tid. Slike kontrakter kan inngås uten å komme i konflikt med lov om offentlige anskaffelser. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder som kan gi god hjelp til å vurdere om en relasjonskontrakt er passende, og eventuelt hvordan en slik kontrakt kan utarbeides og følges opp.

Anbefalinger om veiledning

#	Anbefalinger	Utdypende beskrivelse
1	Helsedirektoratet anbefaler å etablere en tema-/ressursside tilgjengelig fra relevant sted på helsedir.no (f.eks. Veilednings- og godkjenningsordningen for helse-teknologi eller Referanse katalogen), med lenker til informasjon om relevante erfaringer og eksempler mv.	Forslag til innhold på en slik nettside (ikke uttømmende): • Informasjon om begreper og definisjoner knyttet til brukskvalitet • Peke på relevante erfaringsrapporter/eksempler fra kommuner/andre som har gjennomført tester om hvordan man kan måle brukskvalitet i helsetjenesten • Peke på relevant erfaring/eksempler på hvordan man har stilt krav til brukskvalitet i forbindelse med tidligere anskaffelser • Lenke til Helsedirektoratets temaside (ev. veileder) om relasjonskontrakter

		• Lenker til relevante normerende produkter (faglige råd, veiledere, standarder mv.) • Informasjon om aktuelle metoder og verktøy for måling av brukskvalitet
2	Vurdere aktuelle standarder og andre normerende produkter for inkludering i Referansekatalogen for e-helse	Helsedirektoratet anbefaler å starte en prosess for å vurdere aktuelle standarder knyttet til brukskvalitet som kan være relevante å ta inn i referansekatalogen som anbefalt, og ev. på sikt, obligatorisk. Dette gjelder for eksempel standardene: • ISO 9241-11 (definisjon av brukskvalitet) • ISO 9241-210 (menneskesentrert design) • ISO 9241-110 (interaksjonsprinsipper) • IEC 62366-1 (brukskvalitetsarbeid for medisinsk utstyr)
3	Vurdere behov for å utvikle nye normerende produkter	Det må vurderes om det er behov for å utvikle nye normerende produkter knyttet til anbefalingene om gjennomføring av målinger av brukskvalitet.

Spørsmål til drøfting i Porteføljerådet:

- Har Porteføljerådet innspill til anbefalingene om brukskvalitet og til hvordan anbefalingene kan operasjonaliseres?
- Har Porteføljerådet innspill til den videre vurderingen av kvalitetsrammeverk for digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy?

Videre saksprosess

Innspillene fra Porteføljerådet til brukskvalitet tas inn i arbeidet med å ferdigstille leveransen frem mot 1. oktober 2026. Øvrige innspill tas med i videreutvikling av Veilednings- og godkjenningsordningen.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Utvalg og dato	Tittel på sak	Vedtak
13/26	Fagrådet 29.04.2026	Kvalitetsrammeverk for helse- og selvhjelpsverktøy i Veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier	Fagrådet drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med brukskvalitet i veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.

12/26	Fagrådet 29.04.2026	Brukskvalitet i Veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier	Fagrådet drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med brukskvalitet i Veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.
3/26	Fagrådet 21.01.2026	Videreutvikling av Veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologi	Fagrådet drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med videreutvikling av Veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.
13/25	Nasjonalt e- helse råd 12.06.2025	Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier	Nasjonalt e-helse råd drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra inn i det videre arbeidet med etablering av Veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.
17/25	NUIT 15.05.2025	Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier	NUIT drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med etablering av Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier.
7/25	NUFA 23.01.2025	Temadag – Etablering av Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi	NUFA drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med etablering av Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi.

Til	Møte 4/26
Dato	24.09.2026
Saksnummer	33/26
Innretning	Orientering

Sakseier	Lucie Aunan, Helsedirektoratet
Saksbehandler	Siv Ingebrigtsen

Orientering fra Helsedirektoratet

Forslag til vedtak

Porteføljerådet tar saken til orientering.

Hensikt med saken

Helsedirektoratet ønsker å orientere Porteføljerådet om følgende sak:

- Årshjul for rådsmodellen – en oversikt over faste saker

Bakgrunn

Etter ønske fra medlemmer i Porteføljerådet orienterer Helsedirektoratet om faste saker i rådsmodellen gjennom året. Direktoratet redegjør gjennom dette notatet for innholdet i saken. I møtet vil direktoratet gå kort gjennom saken.

Årshjul for rådsmodellen – en oversikt over faste saker

For å bidra til en mer strukturert og forutsigbar møteplanlegging legges det frem en samlet oversikt over faste saker gjennom året i Nasjonal rådsmodell for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Oversikten omfatter de faste sakene som behandles i Strategirådet og Porteføljerådet, og viser når de ulike sakene normalt vil bli lagt frem i løpet av året. Fagrådet har ingen faste saker gjennom året.

Hensikten er å gi medlemmene i Porteføljerådet bedre oversikt over kommende saker, slik at medlemmene kan planlegge deltakelse, forankring og interne prosesser i egen virksomhet på en mer hensiktsmessig måte.

1. kvartal	Porteføljerådet: • Status digital samhandling (HOD) • Samlet oversikt over utvikling i drift- og forvaltningskostander (NHN) • Veikart for Helsenorge (NHN) • Status nasjonal e-helsestrategi og plan for realisering (Helsedirektoratet) Strategirådet: • Status digital samhandling (HOD) • Samlet oversikt over utvikling i drift- og forvaltningskostander (NHN) • Veikart for Helsenorge (NHN) • Status nasjonal e-helsestrategi og plan for realisering (Helsedirektoratet)
2. kvartal	Porteføljerådet: • Status nasjonal e-helseportefølje (Helsedirektoratet) Strategirådet: • Anbefaling til justert prismodell for de nasjonale e-helseløsningene (NHN)
3. kvartal	Porteføljerådet: • Plan for realisering – oppdatering av veikartet og de strategiske indikatorene (Helsedirektoratet) Strategirådet: • Statsbudsjettet og planer for neste år (HOD)
4. kvartal	Porteføljerådet: • Statsbudsjettet og planer for neste år (HOD) • Helseregionenes felles plan (RHF-ene) • Status nasjonal e-helseportefølje (Helsedirektoratet)

Figuren viser en oversikt over faste saker i rådsmodellen gjennom året.