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

Helseregionenes årlige statusrapport for digitalisering og utvikling

Felles plan 2026, versjon 1.0

15. oktober 2026

Innholdsfortegnelse

1. Innledning og sammendrag 1
2. Bakgrunn, oppdrag, koordinering og oppfølging 4
3. Nasjonale samhandlingsløsninger 5
   3.1 Digitalt helsekort for gravide 5
   3.2 Pasientens legemiddelliste 7
   3.3 Pasientens prøvesvar 11
   3.4 Pasientens journaldokumenter 13
   3.5 Pasientens kritiske informasjon 15
   3.6 Pasientens måledata 18
4. Bedre bruk av helsedata 20
   4.1 Sekundærbruk av helsedata 20
5. Andre fellesregionale tiltaksområder 24
   5.1 Felles strategi og tiltak på journalområdet 24
   5.2 Prehospital og akuttmedisinsk kjede 26
   5.3 Helsedataforordningen – EHDS 26
   5.4 Kodeverk, terminologi og standarder – ICD-11 28
   5.5 KI-løsninger 29
   5.6 Flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten 31
   5.7 Digital sikkerhet og robusthet 36

1. Innledning og sammendrag

Felles plan 2026 er helseregionenes samlede rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet om digital samhandling, bedre bruk av helsedata og felles utvikling på journalområdet. Rapporten beskriver status, utviklings- og innføringsplaner, avhengigheter og sentrale utfordringer for nasjonale samhandlingsløsninger, sekundærbruk av helsedata og øvrige fellesregionale tiltaksområder. Arbeidet omfatter blant annet løsningene pasientens legemiddelliste (PLL), pasientens prøvesvar, digitalt helsekort for gravide (DHG), pasientens journaldokumenter, pasientens kritiske informasjon, pasientens måledata, helsedataforordningen (EHDS), felles kodeverk og terminologi, løsninger med kunstig intelligens (KI), digitale helsetjenester og digital sikkerhet.

Helseregionene har betydelig fremdrift på digitaliseringsarbeidet. Nasjonale samhandlingsløsninger er tatt i bruk eller er i aktiv utprøving, og det er etablert interregionalt samarbeid om utvikling, innføring, anskaffelser, arkitektur, juridiske problemstillinger og forvaltning. Samtidig viser arbeidet at realisering av nytteverdi i stor skala forutsetter mer enn utvikling av ny teknologi. Gevinstene realiseres i stor grad gjennom helhetlig innføring, endrede arbeidsprosesser, felles tilnærming til rammeverk og standarder, felles prioritering av leverandørkapasitet, gode modeller for finansiering og kostnadsdeling, samt tett samhandling med kommunesektoren og fastlegene.

Overordnede vurderinger

Helseregionene vurderer at digitale løsninger tilpasset effektive arbeidsprosesser, samhandling på tvers av virksomheter og utnyttelse av helsedata til primær- og sekundærbruk er avgjørende for å møte de samlede utfordringene i helse- og omsorgstjenesten. Økende behandlingsbehov, personellmangel, krav om kortere ventetider, behov for bedre ressursutnyttelse og økte forventninger fra innbyggere og helsepersonell gjør at digitaliseringstiltak ikke lenger kan forstås som støttefunksjoner eller isolerte teknologiprosjekter.

Flere av tiltakene i denne rapporten står foran planlagt skalering av utviklede og utprøvde løsninger. Like innføringer, sammenhengende arbeidsprosesser og realisert verdi på tvers av virksomheter krever tettere samarbeid mellom aktørene i helsetjenesten. Flere prosjekter viser at dagens rettslige og organisatoriske rammer for deling og bruk av helseopplysninger ikke alltid er tilpasset en digital helsetjeneste der informasjon skal følge pasienten på tvers av virksomheter, behandlingsnivåer og tekniske løsninger.

Digital samhandling innebærer at helseopplysninger i økende grad gjøres tilgjengelige på tvers av virksomheter og behandlingssituasjoner. Dette gir store gevinster for pasientsikkerhet og kvalitet, men forutsetter at sikkerhetsvurderinger, pasientens rettigheter, reservasjoner og personverninnstillinger håndteres helhetlig og forutsigbart. Dagens prosjektvise avklaringer gir risiko for ulik praksis, svekket tillit og forsinket innføring. Helseregionene anbefaler derfor at arbeidet med en felles tilnærming til helhetlige personverninnstillinger styrkes og prioriteres.

Helsedataforordningen (EHDS) og overgangen til kodeverket ICD-11 vil påvirke både tekniske løsninger, informasjonsmodeller, kodeverk, arbeidsprosesser, sekundærbruk av data og innbyggerrettigheter. Helseregionene vurderer at dette arbeidet vil bli ressurskrevende og må kobles tett til nasjonale samhandlingsløsninger, journalutvikling, helsedataarbeid og prioritering av leverandørkapasitet.

Investeringer i KI-løsninger kan bidra til bedre kvalitet, raskere vurderinger, mer effektiv ressursbruk og redusert vekst i bemanningsbehov. Samtidig er det usikkerhet knyttet til kostnader, lisensmodeller, integrasjon i arbeidsprosesser, dokumentert effekt, kompetansebehov og løpende forvaltning.

Det digitale trusselbildet og endringer i den sikkerhetspolitiske situasjonen gjør at digitalisering må utvikles sammen med beredskap og robusthet. Økt bruk av skytjenester, nasjonale fellesløsninger, datadeling, KI og integrerte verdikjeder gir nye avhengigheter. Helseregionene innarbeider krav til digital sikkerhet (konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet) som grunnleggende forutsetninger i digitaliseringen. Det inkluderer tiltak for robust IKT-drift, tilgangsstyring, logging, hendelseshåndtering, sikkerhet for helsedata, forebygging av angrep mot IKT-systemer og styrket beredskapsplanverk.

Samlet sett er helseregionenes vurdering at arbeidet med digital samhandling og bruk av helsedata har god retning, men styring av avhengigheter vil påvirke videre fremdrift. Skal tiltakene gi ønsket effekt i hele helse- og omsorgstjenesten, må utvikling av teknologi, regelverk, finansiering, standarder, arkitektur, sikkerhet og arbeidsprosesser ses samlet, og avhengighetene bør fanges opp i tiltakenes mandater.

Oppnådde milepæler

Nasjonale samhandlingsløsninger

- Pasientens legemiddelliste (PLL) er tatt i bruk i sykehus i Helse Nord og Helse Vest, med høy dekning hos fastleger i enkelte områder. Helse Sør-Øst har etablert regionalt prosjekt som planlegger oppstart innføring og Helse Midt-Norge arbeider videre med nødvendig funksjonalitet i Helseplattformen.
- Pasientens prøvesvar er i utprøving og er utvidet til flere rekvirenter og fagområder. Deling fra private laboratorier og rekvirenter utenfor sykehus har kommet lengst, mens deling fra sykehuslaboratorier og integrert visning i EPJ fortsatt krever videre utvikling.
- Digitalt helsekort for gravide (DHG) er prøvd ut i klinisk praksis i liten skala, og alle regioner arbeider med løsninger for videre innføring.
- Pasientens journaldokumenter er etablert i DIPS-regionene, og arbeidet er nå rettet mot videre innføring, forvaltning og tilrettelegging for at avtalespesialister kan dele journaldokumenter.
- Pasientens kritiske informasjon er tatt i bruk med integrasjon mellom EPJ og Kjernejournal i Helse Vest, og funksjonalitet er tilgjengeliggjort for Helse Sør-Øst. Videre innføring påvirkes av juridiske avklaringer om journalføring og automatisk overføring av kritisk informasjon.
- Pasientens måledata er i tidlig utprøving, og erfaringene viser behov for å se måledata i sammenheng med planer, tiltak, ansvar for oppfølging og klinisk kontekst.

Helsedata og sekundærbruk

Helseregionene arbeider med å utvikle en mer datadrevet spesialisthelsetjeneste. Det pågår arbeid med automatisert datafangst, metadata, personvernkomponenter, innsynstjenester, regionale data- og analyseplattformer og tryggere mekanismer for tilgjengeliggjøring av helsedata til forskning og innovasjon, kvalitetsforbedring, virksomhetsstyring og beredskap. Det gjenstår fortsatt arbeid med strukturering av data, økt datakvalitet og klinisk registreringspraksis før automatisert datafangst til kvalitetsregistre kan realiseres i stor skala.

Øvrige områder

AMK IKT er tatt i bruk i Helse Midt-Norge og Helse Vest. Løsningen tas i bruk i Helse Sør-Øst fra høsten 2026 og i Helse Nord fra første halvår 2027.

Helseregionene har styrket samarbeidet om journalområdet, EHDS, overgang til ICD-11, prehospital og akuttmedisinsk kjede, digital hjemmeoppfølging, KI-løsninger, digital sikkerhet og robusthet. Flere områder viser god fremdrift, men også økende kompleksitet som følge av nye europeiske krav, endret trusselbilde, større avhengighet av digitale løsninger og behov for raskere omstilling i tjenesten.

Planlagte milepæler

I 2026 og 2027 er hovedinnsatsen rettet mot å gå fra begrensede utprøvinger til bredere innføringsløp der forutsetningene er til stede. Dette gjelder videre innføring av PLL, utvidet bruk av pasientens prøvesvar, oppstart og bredding av digitalt helsekort for gravide, pasientens måledata og videre arbeid med avtalespesialister som kilde for pasientens journaldokumenter.

Helseregionene vil skalere opp innføringsaktiviteter for KI-løsninger, spesielt innenfor bildediagnostikk (radiologi) og løsninger for «tale-til-utkast», og forberedelser til innføring av EHDS og ICD-11.

Inneværende år:

- Kritisk informasjon: Innføring i alle DIPS-regioner, forutsatt avklaringer
- Pasientens legemiddelliste: Ferdigstille innføring hos fastleger og forbedre bruken hos

sykehusleger, spesielt i Helse Nord og Helse Vest. Innføre integrasjon mellom EPJ og kurveløsning i Helse Sør-Øst
- Digitalt helsekort for gravide: Oppstart innføring i alle regioner innen utgangen av 2026
- Pasientens prøvesvar: Utvidet bruk og utvikling av integrert visning i EPJ
- KI: Innføring av fellesanskaffede løsninger for tale-til-utkast og økt bruk av KI-verktøy i alle helseregioner

Kommende år:
- Digitalt helsekort for gravide: Bredding fra 2027
- Pasientens prøvesvar: Forventet nasjonal innføring fra 2027
- Pasientens journaldokumenter for avtalespesialister: Full innføring 2027
- Pasientens måledata: Gradvis utrulling etter evaluering
- Pasientens legemiddelliste: Videre optimalisering og innføring i kommunesektoren
- Felles forberedelser til innføring av EHDS og overgang til ICD--11

Viktigste utfordringer

Juridiske og regulatoriske utfordringer
- Felles tilnærming til juridiske rammer, som for automatisk overføring av kritisk informasjon mellom EPJ og pasientens kritiske informasjon
- Detaljreguleringer av tilganger for både ansatte og pasienter
- Felles tilnærming til personverninnstillinger
- Usikkerhet rundt regelverk knyttet til datadeling og EHDS

Juridiske og regulatoriske handlingsrom kan også resultere i betydelige utfallsrom, med ulike tolkninger av lovkrav og ulik vekting av hensyn til personvern og informasjonssikkerhet. Flere tiltak forutsetter tydelige og anvendbare juridiske rammer for datadeling, journalføring, tilgangsstyring og personverninnstillinger. Manglende felles mekanismer og standardiserte metoder på tvers av virksomheter gjør det vanskelig å etablere felles arbeidsprosesser der ulike aktører kan samarbeide effektivt rundt samme pasient, samtidig som krav til personvern, digital sikkerhet og sporbarhet ivaretas. Dette kan gi økt risiko for forsinkelser, regionale forskjeller og løsninger som skalerer dårlig.

Arkitektur- og leverandørstyring
- Fragmentert systemlandskap og manglende integrasjoner, særlig mellom EPJ og fagsystemer
- Avhengighet av leverandørutvikling og standardiserte API-er, spesielt DIPS og Helseplattformen
- Behov for felles kodeverk, arkitekturprinsipper og informasjonsmodeller på tvers av løsninger
- Utfordringer med autentisering, tilgangsstyring og brukeropplevelse, spesielt når dette skal ivaretas på tvers av lokale og nasjonale løsninger

Helseregionene samarbeider om felles prioriteringer og koordinering overfor felles leverandører, men den samme leverandørkapasiteten skal ofte dekke regionale behov, nasjonale samhandlingstiltak, myndighetskrav, EHDS, felles kodeverk, sikkerhetskrav, med mer.

Kostnader og gevinster
Kostnader bæres ofte lokalt eller regionalt, mens gevinster oppstår på tvers av virksomheter, nivåer og sektorer. Dette gjelder særlig samhandlingsløsninger der nytte kan oppstå hos pasienter, kommuner, fastleger eller andre helseforetak enn den aktøren som finansierer innføring og drift. Endringsledelse og gevinstrealisering tar tid. For å oppnå effekt må løsningene innarbeides i kliniske arbeidsprosesser, opplæring, ansvarslinjer, informasjonsforvaltning og styringsmodeller for digitalisering. Det enkelte sykehus har ofte ikke tilstrekkelig kapasitet eller økonomi til lokal innføring, opplæring, lokal forvaltning, endringsledelse og tilpasning av sykehusets arbeidsprosesser.

Innføring av KI-verktøy er fortsatt et nytt virkemiddel innenfor den pågående digitaliseringen av helsetjenesten. Helseregionene ser derfor stor usikkerhet i beregninger av fremtidige effektiviseringsgevinster i den enkelte virksomhet. Gevinstene kommer ofte i form av økt kvalitet, bedre kapasitetsutnyttelse, redusert vekst i bemanningsbehov og bedre arbeidsforhold for helsepersonell – og

kanskje i mindre grad som direkte økonomiske besparelser i den enkelte virksomhet.

Eksterne forutsetninger for måloppnåelse

- Tydelig prioritering av samhandlingsløsninger, rekkefølge og tempo
- Avklarte juridiske rammer for datadeling, journalføring, personvern og tilgangsstyring
- Felles tilnærming til helhetlige personverninnstillinger på tvers av løsninger og virksomheter
- Gode modeller for finansiering og kostnadsdeling når gevinster realiseres på tvers av sektor
- Tett koordinering med kommunesektoren, fastlegene og nasjonale aktører. Viktig ved innføring av samhandlingsløsninger som pasientens legemiddelliste, pasientens måledata og pasientforløp
- Avklarte roller og ansvar ved innføringen av helsedataforordningen (EHDS)

2. Bakgrunn, oppdrag, koordinering og oppfølging

I helseregionenes oppdragsdokument for 2026 står det:

> *Det skal rapporteres på oppdragene om digital samhandling i oppdatert Felles plan 2026 innen 15. oktober 2026, herunder på bedre bruk av helsedata. De regionale helseforetakene skal innen 15. september 2026 legge frem et første utkast til felles plan. Felles plan skal inneholde en overordnet plan for hvordan hvert samhandlingsområde skal realiseres i hele satsingsperioden og en oversikt over planlagte oppgaver påfølgende år. Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF bes om å beskrive felles strategi og tiltak der det er relevant.*
>
> Oppdragsdokumentet for 2026 inneholder i tillegg en bestilling om rapportering på oppdrag om medisinskteknisk utstyr og KI-løsninger i Felles plan 2026.

Årlige mandat for nasjonale samhandlingstiltak behandles også som oppdrag, og legger føringer for Helseregionenes planer og innføringsløp som omtales i denne rapporten.

Arbeidet med Felles plan 2026 er som tidligere år organisert med interregionalt RHF IKT-direktørmøte som styringsgruppe, en sentral kjernegruppe som koordinerer bidragene til rapporten, én hovedansvarlig koordinator for hvert delkapittel, og utpekte kontaktpersoner per region per delkapittel. Målet er å utnytte eksisterende interregionale nettverk og ressurser som arbeider operativt inn mot tiltakene under Digital samhandling.

Utarbeidelse av Felles plan 2026 utgjør et betydelig arbeid for de regionale helseforetakene med 66 definerte bidragsytere, mye interregional koordinering, samt behandlinger i regionale og interregionale ledermøter. Det er derfor viktig at Felles plan 2026 også gir merverdi for nasjonale myndigheter, etater, og virksomheter tilknyttet helsetjenesten. Helseregionene søker å begrense merarbeid og ulikheter ved overlapp mellom ulike rapporteringskanaler, som for eksempel rapporteringer på nasjonal e-helseportefølje, oppfølging av nasjonale samhandlingstiltak, rapporteringer i nasjonale råd og styringsgrupper, og årlig melding ved årets slutt. Felles plan og andre rapporteringskanaler deler og gjenbruker derfor i stor grad samme tekstmateriale. Det tas sikte på å forenkle og forkorte helseregionenes årlige statusrapport for digitalisering og utvikling i kommende rapporteringer.

3. Nasjonale samhandlingsløsninger

3.1 Digitalt helsekort for gravide

Bakgrunn

I helseregionenes oppdragsdokument for 2026 står det:

> *- Helse Sør-Øst RHF skal på vegne av helseregionene ha en lederrolle, og skal i løpet av 2026 ferdigstille utvikling og utprøving av digitalt helsekort for gravide, og bidra i innhenting av læring og erfaring som kan videreutvikle tjenesten.*
> *- De regionale helseforetakene skal starte utprøving og innføring av digitalt helsekort for gravide innen utgangen av 2026. Målet er at løsningen er tatt i bruk i hele landet i 2027.*

Digitalt helsekort for gravide (DHG) skal erstatte dagens papirbaserte helsekort. Målet er å tilby helsepersonell og den gravide digitale informasjonstjenester som støtter forløpet for svangerskap, fødsel og barsel mer helhetlig. Etablering av et digitalt helsekort for gravide skal bidra til å løfte kvaliteten i svangerskaps- og fødselsomsorgen, gjennom økt digital informasjonsdeling mellom virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten. Tiltaket innebærer at informasjon fra dagens papirhelsekort for gravide blir digitalt tilgjengelig for den gravide og for helsepersonell i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Ved å digitalisere dette kan også annet helsepersonell få tilgang til informasjonen gjennom digitale løsninger.

Felles status og planer

Helse Sør-Øst har på vegne av helseregionene rollen som hovedsamarbeidspart for utvikling og utprøving av Digitalt helsekort for gravide (DHG). Arbeidet gjennomføres som en trinnvis og læringsbasert tilnærming med tydelig vekt på utprøving i klinisk praksis før bred innføring. Løsningen gir helsepersonell tilgang til å registrere og hente ut informasjon via nasjonalt grensesnitt, mens den gravide får innsyn via Helsenorge. Det er betydelig usikkerhet knyttet til nødvendig utvikling i fødejournalsystemet (Partus), som skal gi bedre integrasjon i klinisk arbeidsflyt. Videre fremdrift avhenger av erfaringer fra pågående utprøving og ferdigstilling av nødvendige integrasjoner i systemlandskapet (særlig fødejournalsystem). Det må også etableres robuste forvaltnings- og finansieringsmodeller for tjenesten.

Det er etablert en nasjonal målsetting om at digitalt helsekort for gravide skal tas i bruk nasjonalt i løpet av 2027, med oppstart av utprøving og innføring i alle regioner innen utgangen av 2026. Samtidig er det skissert en trinnvis utrulling, hvor en første fase (2025–2026) innebærer frivillig tilkobling med begrenset utbredelse, før mer målrettede tiltak og eventuell bred nasjonal innføring i senere faser.

Helse Vest og Helse Nord er avhengige av funksjonalitet i fødejournalsystemet Partus for å kunne starte utprøving. Det er nå levert en versjon av Partus med DHG-funksjonalitet, som testes av helseregionene. Parallelt med Partus-sporet pågår utvikling av DHG-funksjonalitet i DIPS Arena.

Som del av det nasjonale innføringsløpet leder og koordinerer Helse Vest arbeidet med å etablere DHG-funksjonalitet i DIPS Arena på vegne av de tre DIPS-regionene, i samarbeid med Norsk helsenett og DIPS AS. I mai 2026 ble det signert utviklingsavtale med DIPS og inngått avtale om tilskudd fra Norsk helsenett for å støtte utvikling og innføring av løsningen. Arbeidet omfatter utvikling og tilpasning av funksjonalitet som integreres med den nasjonale løsningen. Formålet er å gjøre opplysninger fra DHG tilgjengelige også i DIPS Arena, samt bidra til utprøving og innføring av DHG i DIPS-regionene.

Helse Midt-Norge har tilpasset Helseplattformen og innført løsningen for sykehus, jobber nå med implementering blant annet i kommuner og fastleger for de som ikke har Helseplattformen.

Basert på erfaringene så langt fremhever helseregionene flere sentrale behov for videre utvikling av løsningen:

- *Arbeidsprosesser må være førende for løsningene.* Erfaringene viser at manglende integrasjon i eksisterende arbeidsflater (for eksempel fødesystemer) kan medføre merarbeid og usikkerhet i

klinikken.

- *Gradvis overgangsperiode må håndteres.* Samtidig bruk av papir og digital løsning vil i en periode kunne gi økt arbeidsbelastning og behov for dobbeltkontroller.
- *Behov for bedre systemintegrasjon.* Manglende integrasjon mot sentrale fagsystemer (særlig fødesystemet Partus) er en vesentlig begrensning for effektiv bruk og bredere deltakelse.
- *Standardisering av tekniske grensesnitt.* Robust og fremtidsrettet utvikling forutsetter bruk av etablerte standarder og stabilisering av API-er før bredding.

Nasjonal statistikk per 29.08.2026 (NHN):

- 3670 aktive helsekort for gravide
- 5396 gravide har gitt samtykke til å delta i utprøving
- 62 helsestasjoner og 233 fastlegekontor deltar i utprøving



Figur 1: Utvikling i aktive digitale helsekort for gravide (NHN)

Regional innføring i Helse Nord

Helse Nord planlegger innføring av digitalt helsekort for gravide (DHG) som en del av videreutviklingen av digitale løsninger innen svangerskaps- og fødselsomsorgen.

Områdestyret for kliniske og pasientrettede systemer besluttet 29. mai 2026 å gi sin tilslutning til oppstart av et innsiktsarbeid innenfor fødeområdet, med fokus på oppgradering av dagens fødejournal, Partus, og innføring av digitalt helsekort for gravide.

Helse Nord har også sluttet seg til bestillingen til DIPS om utvikling av funksjonalitet for DHG i DIPS Arena. DIPS Arena skal benyttes for tilgang til og bruk av DHG i de fagområdene som ikke benytter fødejournalsystemet Partus. Helse Nord planlegger å ta denne funksjonaliteten i bruk når utviklingen i DIPS Arena er ferdigstilt og løsningen er klar for innføring.

For fødeområdet skal DHG innføres i Partus. Arbeidet med oppgradering av Partus og innføring av DHG er startet, og prosjektleder er på plass. Prosjektet skal planlegge og gjennomføre nødvendige aktiviteter knyttet til oppgradering og innføring.

Helse Nord legger dermed opp til at DHG blir tilgjengelig gjennom både DIPS Arena og Partus, tilpasset hvilke løsninger de ulike delene av helsetjenesten benytter. Fremdriften vil være avhengig av blant annet ferdigstillelse av nødvendig funksjonalitet i de aktuelle systemene.

Regional innføring i Helse Vest

Helse Vest planlegger å ta i bruk digitalt helsekort for gravide både i fødejournalsystemet Partus og i DIPS Arena. Innføringen av Partus fødejournal i Helse Vest er forsinket og oppstart er forskjøvet på ubestemt tid. Det er derfor besluttet å også ta i bruk deling av DHG-informasjon i DIPS Arena.

Innføring og utprøving av DHG-funksjonalitet i DIPS Arena vil være i gang på minst ett helseforetak i Helse Vest innen utgangen av 2026. Videre bredding avhenger av erfaringer fra utprøvingen, men målsettingen er innføring i alle helseforetak i Helse Vest i løpet av 2027.

Regional innføring i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst har gjennomført utprøving av Digitalt helsekort for gravide i perioden juni 2025 til juli 2026, med Vestre Viken HF som primær utprøvingsarena. Utprøvingen omfatter et begrenset antall gravide og gjennomføres i samarbeid med kommuner, fastleger og helsestasjoner. Det er etablert en minimumsløsning på prosessplattformen Pega, utviklet av Sykehuspartner, som benyttes for å teste funksjonalitet og samhandling i praksis. Løsningen er ikke testet med jordmødre på fødeavdeling, med

kvinner i fødsel eller akutte polikliniske hendelser.

Foreløpige erfaringer viser:

- aktiv bruk og nytte i utvalgte pasientforløp
- behov for videre utvikling som beskrevet ovenfor (se felles status og planer)
- merarbeid knyttet til parallell bruk av papir og digital løsning, mye etterregistrering og ekstra kontrollarbeid for jordmødre

Videre arbeid i Helse Sør-Øst vil prioritere test og innføring av Partus med funksjonalitet for DHG, samt utvikling og endring av arbeidsprosesser basert på erfaringer som er gjort i utprøvingen. Helse Sør-Øst planlegger videre innføring/bredding til flere brukere og sykehus når Partus er klar med funksjonalitet for DHG. Helse Sør-Øst RHF og Akershus universitetssykehus HF har startet prosjekt for innføring av digitalt helsekort for gravide i Partus fødejournalsystem, men det er avdekket mange feil i leverte versjoner til testing og derfor er innføringen forsinket. Tentativ plan inkluderer innføring ved minst ett sykehus innen utgangen av 2026.

Helse Sør-Øst deltar i utvikling av DHG-funksjonalitet i DIPS Arena, som ledes av Helse Vest. Funksjonaliteten innføres i DIPS Arena i den hensikt at annet helsepersonell som behandler gravide utenom føde- og barselavdelinger, som ikke har tilgang til Partus-løsningen, skal kunne lese DHG-informasjon i DIPS Arena.

Regional innføring i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har utviklet teknisk løsning i Helseplattformen for nasjonal tjeneste «digitalt helsekort for gravide» som benyttes på helsestasjoner og sykehus. Løsningen ble produksjonssatt i 2025 og blir justert etter erfaringer fra tidlig utprøving i Ålesund kommune og ved Ålesund sjukehus. Innen utgangen av 2026 skal utprøvingen utvides i Ålesund og til de andre sykehusene i regionen. Det er satt på ressurser for videre innføring av digitalt helsekort for gravide hos kommuner og fastleger, i samarbeid med Norsk helsenett og Kommunesektorens organisasjon (KS). Ambisjonen er fullført innføring i Midt-Norge i løpet av 2027.

3.2 Pasientens legemiddelliste

Bakgrunn

I helseregionenes oppdragsdokument for 2026 står det:

> *- De regionale helseforetakene skal ta et særskilt ansvar for at innføring av pasientens legemiddelliste (PLL) i spesialisthelsetjenesten er koordinert med innføringsløpene i kommunale helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlegene. Arbeidet gjøres i samarbeid med Helsedirektoratet, KS (innførings-nettverket) og kommuner i hver region.*

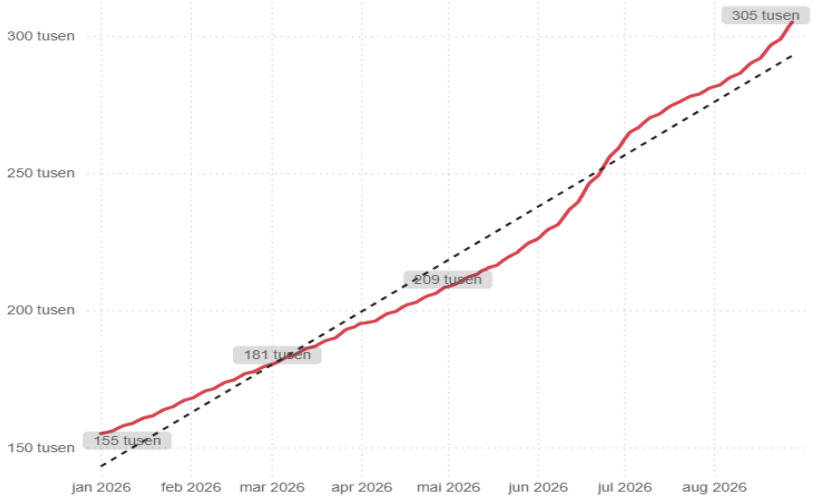
God samhandling rundt pasientens legemiddelbehandling, særlig når pasienten overføres mellom helsevirksomheter eller mellom enheter innenfor sykehus og kommuner, er viktig for å sikre riktig legemiddelbruk. Pasientens legemiddelliste skal bedre informasjonsutvekslingen mellom aktørene om den enkelte pasients legemiddelbruk. Konseptet vil bli realisert gradvis gjennom flere tiltak, samlet i program Pasientens legemiddelliste, eid av Helsedirektoratet.

For øvrig må pasientens legemiddelliste sees i sammenheng med pasientens kritiske informasjon (kapittel 3.5, legemiddelreaksjoner) for å ivareta pasientsikkerheten i PLL.

Felles status og planer

Alle regionene har pågående aktiviteter knyttet til realisering av PLL, men er i ulike faser av prosessen. I Helse Nord er innføringen på sykehusene ferdig og fastlegeløpet ferdigstilles i 2026. I Helse Vest er PLL innført på alle sykehus og hos fastleger i Bergensområdet. Innføring hos fastleger utenfor Bergensområdet er startet. I Helse Sør-Øst er innføringen i startfasen både for sykehus og fastleger og alle helseforetakene er klare for å ta i bruk PLL. I Helse Midt-Norge jobbes det med å utvikle PLL i Helseplattformen og plan for samarbeid med fastleger som ikke bruker Helseplattformen. For alle regioner gjenstår innføringen i pleie og omsorg (PLO).

Det pågår utstrakt samarbeid og erfaringsdeling mellom regionene. Samtlige regioner bidrar også med fagkompetanse, erfaringer og diskusjoner rundt overordnede problemstillinger, rammer og virkemidler i de nasjonale forumene "Samhandlingsråd for digitalisering på legemiddelområdet" og «Helsefaglig råd for PLL».



Figur 2: Akkumulert utvikling i antall PLL i 2026. Det er totalt 305 056 aktive PLL per 28.08.2026. (NHN)

Se også å oversiktstall fra den nasjonale innføringen av pasientens legemiddelliste på Helsedirektoratets nettsider her: *Microsoft Power BI*, og overordnet veikart for området: *Veikart for delmål 2E - Helsedirektoratet*.

Regional innføring i Helse Nord

Med utgangspunkt i oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet samlet Helse Nord regionen om en felles retning og koordinert innsats for utprøving og innføring av PLL gjennom prosjektet *PLL i nord* (etablert 2024). I 2026 har samarbeidet endret form til ett Helse Nord-prosjekt og ett regionalt kommuneprosjekt som samarbeider tett, fortsatt under samlebetegnelsen «PLL i nord».

Innføring av PLL i Helse Nord følger tre ulike innføringsløp; fastleger, sykehus og PLO.

- Fastlegeløpet inkluderer fastleger, legevakter og helsestasjoner. Innføringen er planlagt ferdigstilt innen utgangen av 2026 med noe usikkerhet knyttet til helsestasjonene
- Sykehusløpet inkluderer også avtalespesialister og -institusjoner. Sykehusene tok i bruk PLL juni 2025, innføring blant avtalespesialistene og -institusjonene er i gang og vil pågå gjennom 2026
- PLO-løpet er fortsatt i planleggingsfasen. Flere kommuner har tatt i bruk sentral forskrivningsmodul (SFM) i Aidn, men ingen har startet utprøving av eMD eller PLL. Løpet planlegges av kommunene i samarbeid med Kommunesektorens organisasjon (KS) og Helsedirektoratets bistandsteam. Tidslinjen er uavklart

Oppsummert er PLL i bruk ved alle sykehusene i Helse Nord og vel 75 prosent av fastlegekontorene bruker PLL, mens innføringen blant avtalespesialister og institusjoner pågår. Innføringen innen pleie og omsorg gjenstår. Nærmere 115 000 pasienter i Helse Nord har fått sin legemiddelliste ved utgangen av sommeren 2026.

En rekke utfordringer er identifisert under innføringen og tiltak iverksatt. Relevante problemstillinger er belyst og drøftet nasjonalt hvorav noen har funnet sine løsninger, mens andre gjenstår.

Jobben er imidlertid ikke gjort når systemene er innført. Endring i arbeidsprosesser, samhandling og kvalitet i PLL vil ta tid og krever strukturert oppfølging hos alle aktører. Det vurderes realistisk at 2027 vil gå med til forbedring av eMD og PLL hos fastleger og på sykehusene, og overordnede problemstillinger

må følges opp og avklares nasjonalt. Arbeidet med forbedring og optimalisering av konsepter og systemer, arbeidsprosesser og samhandling må videreføres selv om innføringen for fastleger og sykehus avsluttes, og Helse Nords prosjekt avvikles høsten 2026. Parallelt vil kommunene jobbe med utprøving og innføring av PLL i PLO.

Regional innføring i Helse Vest

Helsefellesskapet Bergensområdet

Etter avslutning av utprøvingsprosjektet for pasientens legemiddelliste (PLL) i mars 2024, har videre bredding av pasientens legemiddelliste fortsatt i sykehusene og kommunene i Bergensområdet. Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) for helsefellesskapet Bergensområdet har rollen som eier av innføringsprosjektene. Helsefellesskapet består av Helse Bergen, Haraldsplass diakonale sykehus og 18 kommuner. Arbeidet er organisert med et innføringsprosjekt på kommunesiden og et innføringsprosjekt for sykehusene. Prosjektene har en felles operativ styringsgruppe bestående av representanter for kommunene, spesialisthelsetjenesten, Helsedirektoratet, Norsk helsenett og Kommunesektorens organisasjon (KS). I tillegg vil det være et mottaksprosjekt i den enkelte kommune. I Helse Bergen og Haraldsplass diakonale sykehus er det også en lokal styringsgruppe.

Avtalespesialistene i Bergensområdet vil primært bli fulgt opp av de kommunale innføringsprosjektene. Denne ansvarsfordelingen er basert på erfaringene fra utprøvingsprosjektet, hvor man erfarte at journalsystemer og arbeidsprosesser hos avtalespesialistene er mer lik fastlegenes, enn sykehuslegenes journalsystemer og arbeidsprosesser. Enkelte avtalespesialister har gjennomført opplæring og oppdaterer PLL.

I kommunene innenfor helsefellesskapet Bergensområdet er pasientens legemiddelliste innført hos fastlegene. De to siste legekontorene fikk opplæring i juni. Dette vil si at 100 prosent av innbyggerne innenfor helsefellesskapet har fastlege som kan opprette og oppdatere pasientens legemiddelliste. Omtrent 77 000 pasienter i Bergensområdet har fått opprettet sine legemiddellister.

Per 1. august 2026 er pasientens legemiddelliste fullt ut innført ved alle sykehus i Bergensområdet ved overgang til ny e-reseptløsning oktober 2025, og alle sykehusleger og leger ved private ideelle institusjoner skal oppdatere legemiddellister.

Innføring i de øvrige helsefellesskapene i Helse Vest

I de øvrige helsefellesskapene i Helse Vest er konkret planlegging av innføring av pasientens legemiddelliste i gang. Her er det flere avhengigheter som må avklares, både organisatorisk modenhet og tekniske avhengigheter. Den tekniske løsningen i sykehusene, DIPS Medikasjon, er på plass for hele Helse Vest. I kommunesektoren må fullversjon av sentral forskrivningsmodul (SFM) være tatt i bruk av flertallet av fastlegene i de aktuelle kommunene. Det er også ønskelig at journalløsninger for sykehjem, hjemmesykepleie og legevakt støtter pasientens legemiddelliste.

Organiseringen av innføringen er basert på modellen fra Bergensområdet, med helsefellesskapene, DigiVestland og DigiRogaland som samarbeidspartnere. I Helse Vest er det i tillegg til lokale innføringsprosjekt i de enkelte helseforetakene blitt etablert et regionalt innføringsprosjekt for å koordinere innføringen i spesialisthelsetjenesten. Innføringen i de tre resterende helsefellesskapene i Helse Vest-området vil være i gang for fastleger og sykehusleger samt avtalespesialister i løpet av høsten 2026.

Regional innføring i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst har etablert et regionalt prosjekt i tråd med oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, som også er videreført til de enkelte helseforetak/sykehus i regionen.

Arbeidet med å innføre PLL i Helse Sør-Øst vil skje via ulike «spor». Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret og har gjennom Helseteknologiordningen gitt tilskuddsmidler til syv områdeprosjekter som dekker de aller fleste kommunene i regionen. Helsedirektoratet har sammen med Kommunesektorens organisasjon (KS) etablert et nasjonalt bistandsteam som blant annet skal

støtte og veilede disse prosjektene og bidra til raskere avklaringer. Bistandsteamet har nå etablert webinarserier som skal sikre nødvendig opplæring for fastlegene slik at de kan komme i gang med PLL for sine pasienter. Webinarene retter seg mot alle fastleger i hele Helse Sør-Øst, bidrar til at alle sykehus potensielt kan få pasienter innlagt som har PLL. Bistandsteamet har også i sitt mandat å bidra til samlet leverandørdialog på kommunesiden.

Innføring av PLL i spesialisthelsetjenesten skjer lokalt i hvert enkelt helseforetak/sykehus med bistand fra det regionale helseforetaket. sentral forskrivningsmodul (SFM) er gradvis innført i regionen, og fra 31. mai 2026 har alle helseforetakene tilgang til SFM og har dermed mulighet for å se og oppdatere PLL. Dette arbeidet er en del av det regionale prosjektet klinisk legemiddelsamhandling. Dette prosjektet har hatt ukentlige, felles statusmøter med representanter fra hvert helseforetak for å sikre gode innføringsløp for PLL i alle helseforetak. Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus er ikke tilknyttet Sykehuspartner og har egne innføringsløp for oppgradering av DIPS Arena. Sykehuspartner har via KLS-prosjektet utarbeidet en opplæringsfilm for PLL som er delt med alle helseforetak og sykehus.

De lokale helseforetakene rigger seg nå for samarbeid med Helseteknologiordning-prosjektet i sitt respektive opptaksområde, og samarbeid med det regionale helseforetaket. Det regionale prosjektet vil støtte det lokale arbeidet ved å etterspørre status for arbeidet internt i sykehuset og for kontakten med lokalt områdeprosjekt. I tillegg vil Helse Sør-Øst etablere gode rutiner for hvor og hvordan konkrete problemstillinger og spørsmål fra brukere kan bli besvart. Samhandlingslegene i det enkelte helseforetak vil kunne ha en viktig rolle i arbeidet med å understøtte innføring av PLL.

Det regionale prosjektet skal ha kontakt med nasjonale myndigheter og med bistandsteamet. Helse Sør-Øst vil også søke å følge med på hvilke helseforetaksområder som har fastleger som har godkjent opplæring og kan opprette PLL på sine pasienter. Det regionale prosjektet har også ansvar for innføring av PLL hos avtalespesialistene, og vil etablere et eget delprosjekt for dette området.

Innføring av Integrasjon mellom hovedjournalsystemet, der journaldokumentene håndteres, og den elektroniske kurve- og medikasjonsløsningen, der klinisk medikamentell behandling og kurve for vitale parametere håndteres (den offisielle pasientlisten under innleggelse på tvers av alle avdelinger på sykehuset) er planlagt høsten 2026.

Regional innføring i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har etablert en regional og lokal organisasjonsmodell for innføring av PLL i Midt-Norge basert på erfaringene fra innføringen i Helse Nord og Helse Bergen. Det regionale prosjektet koordinerer innføringen av PLL i spesialisthelsetjenesten, avtalespesialistene, fastlegene og i kommunene i Midt-Norge. Det er i tillegg etablert mottaksprosjekter i de tre helseforetakene og et utviklingsprosjekt i Helseplattformen.

Oppgavefellesskapet som består av de 34 kommunene som benytter Helseplattformen har etablert et eget prosjekt for innføring av PLL i disse kommunene og til fastlegene. De regionale digi-nettverkene i Kommunesektorens organisasjon (KS), ett i Trøndelag og ett i Møre og Romsdal, har ansvar for innføringsarbeidet i kommuner som ikke har tatt i bruk Helseplattformen. Det er tett samarbeid mellom digi-nettverkene, oppgavefellesskapet og det regionale prosjektet. For å sikre tilstrekkelig fremdrift har ledelsen i Helse Midt-Norge, besluttet at det regionale prosjektet skal delta aktivt sammen med Oppgavefellesskapet for å rekruttere fastleger.

I Helse Midt-Norge er det vedtatt en trinnvis innføring av e-resept, e-multidose og pasientens legemiddelliste i Helseplattformen. Sentral forskrivningsmodul (basis programgrensesnitt, API) er innført hos alle aktører som har tatt i bruk Helseplattformen. Funksjonalitet for e-multidose er utviklet, testet og godkjent av Norsk helsenett, og utprøving er gjennomført ved Øya legesenter i Trondheim.

Funksjonaliteten som er utviklet for e-multidose, dekker om lag 90 % av rekvirentkravene som også gjelder for PLL, og danner grunnlag for den videre utviklingen. Nødvendige tekniske og regulatoriske avklaringer for å bygge videre på denne funksjonaliteten ble gjennomført våren 2026. Det innebar blant annet dispensasjon fra to krav i forskriften.

Videre fremdrift er avhengig av utvikling og leveranse av resterende funksjonalitet i Helseplattformen. Helse Midt-Norge er i dialog med Epic om løsningsdesign, utviklingsbehov og leveranseplan. Foreløpig tilbakemelding fra Epic tilsier at ny løsning kan testes i første/andre kvartal 2027 og innføres i helseforetakene og i kommunene som har tatt i bruk Helseplattformen i andre/tredje kvartal 2027.

Innføringen vil skje trinnvis og koordinert med innføringsløpene hos fastleger og kommunale tjenester som benytter andre journalløsninger.

3.3 Pasientens prøvesvar

Bakgrunn

I helseregionenes oppdragsdokument for 2026 står det:

> *-- De regionale helseforetakene skal i 2026 utvide med flere rekvirenter og fagområder, og minimum inkludere prøvesvar rekvirert for egnede polikliniske pasienter.*

Pasientens prøvesvar er en nasjonal tjeneste som inngår i Kjernejournal, og har som mål å tilgjengeliggjøre laboratorie- og bildediagnostiske prøvesvar på tvers av behandlingsnivåer og helsetjenester. Tjenesten skal sikre at helsepersonell får enkel og sikker tilgang til nødvendige prøvesvar uavhengig av hvor undersøkelsen er utført, og at innbyggere får rask og trygg tilgang til egne prøvesvar via Helsenorge. Dette bidrar til bedre samhandling, raskere diagnostikk og styrket pasientmedvirkning.

Felles status og planer

Tiltaket pasientens prøvesvar har vært i en utprøvingsfase siden juni 2025. I 2026 er løsningen videreført og utvidet til flere aktører og nivåer i helsetjenesten. Utprøvingen omfatter nå et økende antall fastleger, avtalespesialister og kommunale tjenester, samt aktører i spesialisthelsetjenesten.

I primærhelsetjenesten er det oppnådd god fremdrift og flere helseregioner har etablert deling innen sentrale fagområder. Samtidig varierer fremdrift og omfang mellom regionene, ut fra regionale prioriteringer. Deling av prøvesvar fra private laboratorier er kommet relativt langt, mens deling av prøvesvar fra sykehuslaboratorier fortsatt er i en tidlig fase. Dette er en viktig forklaring på hvorfor gevinster og dekningsgrad varierer mellom regioner og virksomheter. Det er viktig at kommunene aktivt benytter helseteknologiordningen til raskere utbredelse av pasientens prøvesvar.

Helse Midt-Norge har startet deling av polikliniske prøvesvar fra sykehus, mens de øvrige regionene forbereder innføring gjennom utvikling av nødvendige løsninger i DIPS. Arbeidet omfatter både integrert visning av prøvesvar i elektronisk pasientjournal og støtte for rekvirering og deling av prøver tatt på sykehus. Innføringene i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst vil starte med utprøving i et begrenset utvalg enheter, før gradvis utvidelse til flere fagområder og virksomheter. Prøvesvar rekvirert fra poliklinikk inngår i første fase. Erfaringer fra utprøvingene vil danne grunnlag for videre innføring.

De regionale helseforetakene samarbeider blant annet om koordinering av tekniske løsninger for deling og bruk av prøvesvar i spesialisthelsetjenesten, erfaringer fra utprøving, avklaringer knyttet til arbeidsprosesser og prioritering av videre utviklingsbehov. Sentrale tema i det interregionale samarbeidet er hvordan prøvesvar skal presenteres i helsepersonells arbeidsflater, håndtering av store datamengder og historiske prøvesvar, samt samspill mellom lokale journalsystemer og de nasjonale løsningene. Det arbeides også med å avklare hvordan ulike typer prøvesvar og laboratoriesvar skal omfattes av løsningen i takt med videre utbredelse.

Videre arbeid i 2026 og 2027 vil ha særlig fokus på:

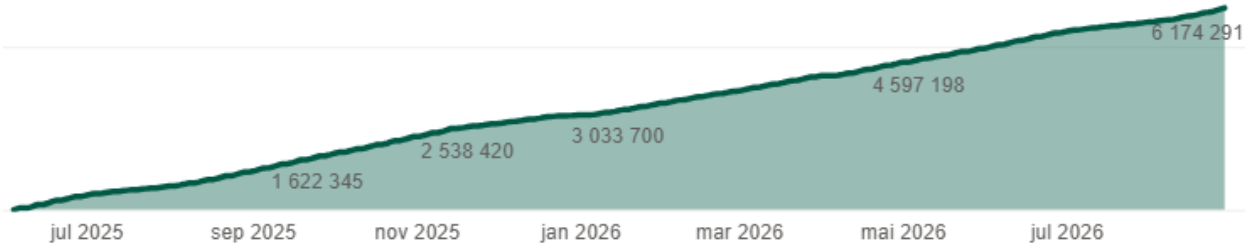
- utvidet utprøving/innføring i primærhelsetjenesten, inkludert kommunal sektor
- utvikling og utprøving/innføring av integrert visning av prøvesvar i sykehusenes EPJ
- forberedelse til deling av prøvesvar fra sykehus, med videre utprøving av løsning
- evaluering av løsningen basert på erfaringer fra helsepersonell og brukere

Overgangen fra utprøving til nasjonal innføring besluttes av Helsedirektoratet. Nasjonal innføring

forventes startet opp i 2027, forutsatt at løsningen er tilstrekkelig utprøvd og forutsatt at nødvendige juridiske, tekniske og organisatoriske forhold er avklart. Full effekt av tiltaket kan først realiseres når deling av prøvesvar fra sykehus er etablert og visning av prøvesvar er integrert i helsepersonells arbeidsflater. Framdrift og kostnader knyttet til utvikling og innføring vil avhenge av tiltakets sentrale avklaringspunkter, både knyttet til løsningene fra Norsk helsenett og avklaringer fra Helsedirektoratet.

Nasjonal statistikk per 29.08.2026 (NHN):

- Totalt 6 174 291 prøvesvar-rapporter siden juni 2025
- 1870 unike virksomheter har utvekslet prøvesvar



Figur 3: Kumulativ utvikling i totalt antall utvekslede prøvesvar-rapporter. (NHN)

Utvikling og integrasjon 2026–2027:

Teknisk løsning for pasientens prøvesvar forventes det neste halve året bli mer modent og Norsk helsenett vil etablere funksjonalitet som gir brukerne bedre kontroll over hvilke prøvesvar som deles. I tillegg forventes det at nødvendige forberedelser for å ta løsningen i bruk blir bedre koordinert og kommunisert. Helseregionene planlegger å inkludere ulike deler stegvis av kommunal sektor, flere avtalespesialister og private helsevirksomheter som rekvirenter i løsningen fra 2027.

Det pågår utviklingsarbeid for integrert visning av prøvesvar i DIPS Arena, slik at prøvesvar fra den nasjonale løsningen presenteres sammen med øvrige prøvesvar i helsepersonellets arbeidsflate. Løsningen vil først bli brukertestet og deretter prøvd ut med et begrenset utvalg helsepersonell før videre innføring. I tillegg skal det i perioden pågå utvidet innføring til kommunale virksomheter i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst.

Videre utvikling av regional løsning i Helse Midt-Norge gjøres i samsvar med nasjonale avklaringer og regionale innspill. Helse Midt-Norge utvikler integrasjon for personverninnstillinger mellom Helseplattformen og Norsk helsenett med forventet levert høsten 2026. Arbeid med oppstart for deling av prøvesvar fra patologi i Helse Midt-Norge vil starte når nødvendig utvikling av fagsystem for patologi er levert, tentativt mot slutten av 2026.

Utprøving med eksterne rekvirenter 2025–2027:

Utprøving av pasientens prøvesvar pågår innen alle fagområder unntatt medisinsk genetikk, ved de fleste sykehus. I Helse Vest deltar alle private legekontor, avtalespesialister, private ideelle sykehus samt utvalgte kommunale legekontor i utprøvingen. I Helse Sør-Øst deltar et mer begrenset antall eksterne rekvirenter. Det planlegges med at de resterende laboratorie- og radiologisystemene vil sende prøvesvar til samhandlingsløsningen pasientens prøvesvar i løpet av 2027. Neste fase innebærer å inkludere flere rekvirenter utenfor sykehus, særlig i kommunal sektor. Det etableres funksjonalitet som gir rekvirentene bedre kontroll over hvilke prøvesvar som deles, noe som forventes å senke terskelen for bruk. Målet er at alle brukersteder som benytter regional rekvisisjonsløsning for rekvirenter utenfor sykehus skal kunne ta løsningen i bruk i 2026–2027.

I Helse Midt-Norge er løsningen for sykehusrekvirerte prøver i stor grad er overførbar til private og kommunale fastlegekontor og avtalespesialister som benytter Helse Midt-Norges rekvisisjonsløsning. Videre utvidelse av utprøvingen planlegges med oppstart høsten 2026.

Deling av prøvesvar fra sykehus 2027–2028:

Forberedelser, utredning, dialog og avklaringer mellom helseregionene, Kommunesektorens organisasjon (KS), Norsk helsenett og Helsedirektoratet har pågått siden 2025. Deling av prøvesvar fra sykehus i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst er likevel ikke etablert ennå, da det forutsetter videre utvikling av DIPS Arena og større klarhet om hvilke rammer og regler som skal gjelde for delingen. Arbeidet planlegges startet høsten 2026 og utprøvinger gjennomføres på sykehus i alle tre regioner fra våren 2027 med deling av prøvesvar fra et begrenset utvalg enheter. Det er forventet at prøver rekvirert fra poliklinikk inngår i første fase. Videre innføring vil skje gradvis, basert på erfaringer fra utprøvingene og innspill fra kliniske miljøer.

Helse Midt-Norge har gjennomført utprøving med deling av prøvesvar fra revmatologisk poliklinikk, lungemedisinsk poliklinikk og poliklinikk for blodsykdommer fra mai 2026. Første del av utprøvingen omfatter deling av prøvesvar fra alle fagområder med unntak av patologi, medisinsk genetikk og radiologi og nukleærmedisin. Videre utvidelser av utprøvingen planlegges under høsten 2026 for patologi, radiologi og nukleærmedisin. Videre innføring på sykehus i Helse Midt-Norge vil skje gradvis fra 2027, etter evaluering og innspill fra fagmiljøene.

Se overordnet veikart for området: *Veikart for delmål 2F - Helsedirektoratet*

Regional innføring i Helse Nord

Helse Nord har i stor grad innført tjenesten til rekvirenter ved private legekontor. Informasjon er gitt ved besøk på legekontorene. Alle som har tatt i bruk tjenesten har signert avtale med Norsk helsenett og delegert for bruk av nytt API. Regionen har god fremdrift i utprøvingen og har startet oppfølging og igangsetting av kommunale virksomheter.

Regional innføring i Helse Vest

Helse Vest har i stor grad konsoliderte laboratorie- og radiologisystemer på tvers av regionen, noe som gir et godt utgangspunkt for innføring av pasientens prøvesvar. Regionen har god fremdrift i utprøvingen, særlig for rekvirenter utenfor sykehus og for de fleste medisinske områdene som skal inngå i tjenesten.

Regional innføring i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst har et betydelig antall ulike laboratorie- og radiologisystemer og flere ulike installasjoner av systemene på tvers av regionen, noe som medfører at innføring av pasientens prøvesvar er omfattende og tidkrevende. Helseregionene har likevel god fremdrift i utprøvingen utenfor sykehus og innenfor de fleste sentrale fagområder.

Regional innføring i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge startet utprøving av deling av sykehusrekvirerte prøvesvar fra utvalgte poliklinikker ved alle helseforetak for inneliggende pasienter fra mai 2026. Helse Midt-Norge har konsoliderte regionale laboratorie- og rekvisisjonsløsninger. Deling gjennom den nasjonale tjenesten kan derfor i stor grad etableres med begrensede endringer i helsepersonellets eksisterende arbeidsflater og arbeidsprosesser. De første erfaringene tyder også på at løsningen blir godt mottatt av fastlegene. Det er foreløpig begrenset kunnskap om nytten for øvrige deler av spesialisthelsetjenesten, og dette vil inngå i den videre evalueringen.

3.4 Pasientens journaldokumenter

Bakgrunn

I helseregionenes oppdragsdokument for 2026 står det:

> *- Helse Sør-Øst RHF skal på vegne av helseregionene ha en lederrolle i arbeidet med å legge til*

rette for at avtalespesialister deler relevante journaldokumenter med helse- og omsorgstjenesten.

Pasientens journaldokumenter (PJD) er en nasjonal tjeneste for deling av relevante journaldokumenter på tvers av virksomheter og nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Målet er å sikre at viktig og oppdatert helseinformasjon er tilgjengelig for autorisert helsepersonell på tvers av virksomheter og nivåer i helsetjenesten. Dette skal bidra til bedre samhandling, økt pasientsikkerhet og mer helhetlige pasientforløp. Dokumenter fra andre deler av helsetjenesten gir viktig klinisk kontekst og utfyller informasjonen som finnes i helsepersonellets egen journalløsning. Dokumentdeling erstatter imidlertid ikke behov for deling av strukturert klinisk informasjon som enklere kan gjenbrukes direkte i arbeidsprosesser, beslutningsstøtte og videre pasientbehandling.

Dagens nasjonale løsning for pasientens journaldokumenter er utviklet sammen med Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Løsningsarkitektur for deling av dokumenter og strukturerte data er leverandørnøytralt og Norsk helsenett tilbyr nødvendige felleskomponenter. Videre utvikling og bredding av pasientens journaldokumenter til Helse Midt-Norge med Helseplattformen, samt avtalespesialister med ulike journalløsninger, krever tilpasninger både i den nasjonale tjenesten og i de aktuelle journalløsningene. Gjenbruk og overføring av løsningskonsept til samtlige helseregioner og helsevirksomheter er krevende da Norsk helsenett er i forvaltningsfase.

I det langsiktige arbeidet bør pasientens journaldokumenter også ses i sammenheng med utviklingen av strukturert informasjonsutveksling. Dette gjelder både innenfor digitale helsetjenester og nye konsepter og standarder for strukturert informasjonsutveksling som følger av EHDS. Dokumentdeling og deling av strukturert informasjon dekker ulike behov, men må inngå i en sammenhengende arkitektur.

Felles status og planer

Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst har ferdigstilt nødvendige løsninger for deling av journaldokumenter og avsluttet de regionale utviklingsprosjektene. Arbeidet i disse regionene er nå i hovedsak rettet mot videre innføring, forvaltning og gevinstrealisering, samt å bistå avtalespesialistene i å dele journaldokumenter. Helse Midt-Norge har startet kartlegging av nødvendige tekniske tilpasninger for å ta i bruk pasientens journaldokumenter og deltar i det interregionale arbeidet med å etablere avtalespesialister som kilde.

De regionale helseforetakene samarbeider om en felles tilnærming til innføring hos avtalespesialister, herunder krav til tekniske løsninger, arbeidsprosesser og informasjonsforvaltning. En interregional arbeidsgruppe koordinerer nasjonale, interregionale og lokale aktiviteter, samt tett samarbeid med sentrale interessenter og aktører i sektoren. Videre kartlegges nødvendige merkantile og administrative forhold med avtalespesialister og deres EPJ-leverandører. Målet er å redusere behovet for regionale særtilpasninger og legge til rette for mest mulig lik innføring på tvers av regionene.

Sentralt i utfordringsbildet står finansiering og gjennomføringsmodell for utvikling hos EPJ-leverandører. Avtalespesialister benytter ulike journalsystemer med varierende grad av modenhet og kapasitet for utvikling. Framdriften er derfor avhengig av at nødvendige funksjoner prioriteres og utvikles hos flere leverandører.

Det utarbeides en veileder for avtalespesialister og EPJ-leverandører som beskriver arbeidsprosesser, regelverk og koding for deling av journaldokumenter. Det gjennomføres også nødvendige juridiske avklaringer knyttet til personvern og pasientsikkerhet. Det arbeides samtidig med å etablere felles anbefalinger for hvilke dokumenttyper som skal deles, hvordan dokumentene skal kodes og presenteres, samt hvordan kvalitet og relevans på delt informasjon kan ivaretas.

Det legges også stor vekt på informasjon og dialog med aktører og interessenter for å sikre god forankring. Helseregionene vil veilede og støtte avtalespesialistene for å sikre vellykket innføring og bredding. Siden avtalespesialistene selv beslutter når de tar i bruk nye versjoner av sine EPJ-systemer, vil innføringstakten kunne variere mellom fagområder og virksomheter. Erfaringer fra utprøving vil derfor være viktige for å vurdere videre innføring og behov for ytterligere tiltak.

Interregional innføring for avtalespesialister som dokumentkilde

Tilrettelegging (2026): Arbeidet i 2026 vil i hovedsak være rettet mot planlegging, forankring og nødvendige avklaringer forut for innføring. Dette omfatter blant annet dialog med EPJ-leverandører til avtalespesialistene, avklaring av finansiering og leveranser fra EPJ-leverandører.

Utprøving (2027): Utprøving hos et lite antall avtalespesialister forventes startet i løpet av første halvår 2027. Fremdriften er avhengig av leveranser fra EPJ-leverandørene.

Innføring (2027–2028): Det legges til grunn at innføringen skjer trinnvis, med oppstart i et begrenset omfang før videre innføring vurderes basert på erfaringer og behov. Avtalespesialister velger selv når de oppgraderer eget EPJ-system, tilpasser rutiner og begynner deling.

Regional innføring i Helse Midt-Norge (Helseplattformen)

Helse Midt-Norge har startet en kartlegging av nødvendige tekniske tilpasninger for å ta i bruk tjenesten pasientens journaldokumenter med Helseplattformen. Det forventes at det vil være nødvendig med utvikling både fra Norsk helsenett og EPJ-leverandør. Regionen har startet dialog med begge parter.

I 2026 forberedes helsetjenestene som bruker Helseplattformen på deres produsent- og konsument-roller, samt helsefaglige dataansvar ved deltakelse i nasjonal dokumentdeling gjennom pasientens journaldokumenter, i tillegg til deling regionalt gjennom Helseplattformen. Det gjennomføres ROS og DPIA-vurderinger.

3.5 Pasientens kritiske informasjon

Bakgrunn

Samhandlingsløsningen mellom DIPS og nasjonal Kjernejournal (KJ) har vært i bruk siden februar 2024. Løsningen har blitt godt tatt imot, og oppleves som et viktig tiltak for å ivareta pasientsikkerheten, fordi den understøtter behovet for oppdatert, tilgjengelig og konsistent kritisk informasjon på tvers av Kjernejournal, DIPS og de interne tredjepartsløsningene og -systemene som konsumerer kritisk informasjon fra DIPS Arena.

Det er et bredt spekter av helsepersonell som dokumenterer og synkroniserer kritisk informasjon. Det er flest sykepleiere som dokumenterer kritisk informasjon, med legene på andreplass. Det er sykepleiere som i minst grad registrerer kritisk informasjon til Kjernejournal, med leger på andreplass. De tre kategoriene av kritisk informasjon som per i dag dokumenteres mest er: 1. Pågående behandling, 2. Legemiddelreaksjon og 3. Annen prosedyreendring.

Felles status og planer

Felles mål er at de regionale helseforetakene skal innføre og ta i bruk kritisk informasjon med integrasjon mellom elektronisk pasientjournal og kjernejournal innen utgangen av 2026. Løsningen skal bidra til at oppdatert og klinisk relevant informasjon er tilgjengelig for helsepersonell på tvers av virksomheter, samtidig som informasjonen kan inngå i arbeidsprosesser og beslutningsstøtte i de lokale journalløsningene.

Innføringen skjer samtidig som både de juridiske og tekniske rammene for deling av kritisk informasjon er i utvikling. Det er behov for avklaringer knyttet til journalføring, ansvar for vurdering og oppdatering av informasjon, samt hvordan konsistens og klinisk presisjon skal ivaretas når informasjon utveksles mellom løsninger med ulike informasjonsmodeller. Den videre utviklingen bør også ses i sammenheng med helsedataforordningen EHDS. Kritisk informasjon vil inngå som en del av den europeiske pasientoppsummeringen, og det vil komme krav til standardisert og strukturert utveksling av slike opplysninger.

Det er foreløpig ikke avklart hvordan den nasjonale løsningen og informasjonsmodellen skal utvikles i

møte med europeiske formater og standarder. Denne sammenhengen bør avklares for å begrense behovet for parallelle informasjonsmodeller og omfattende oversettelse mellom nasjonale, regionale og europeiske løsninger.

Nasjonal statistikk per 29.08.2026 (NHN):

- 23 311 nye registreringer av kritisk informasjon i Kjernejournal siste 12 måneder
- 4 310 endringer i kritisk informasjon i Kjernejournal siste 12 måneder
- 28 slettinger av kritisk informasjon i Kjernejournal siste 12 måneder

Ny delingsløsning for HLR-minus og behandlingsavklaringer

Helsedirektoratet har ferdigstilt arbeidet med beskrivelsen av ny delingsløsning for HLR-minus og behandlingsavklaringer. Arbeidet har blitt gjennomført i samarbeid med alle helseregionene. Norsk helsenett har ansvar for den tekniske utviklingen av API-et, også i tett dialog med aktørene som skal bruke løsningen. Helseregionene som benytter DIPS venter nå på at DIPS skal starte på justering av brukergrensesnitt i DIPS og for DIPS' eget API for kritisk og viktig informasjon for videre distribusjon til tredjepartssystemer internt per region. DIPS har som mål å ha løsning ferdig til test i september 2026.

Felles juridiske og medisinskfaglige vurderinger

Høst 2025 og vår 2026 har Helsedirektoratet gjennomgått de juridiske og medisinskfaglige vurderingene som legges til grunn for journalføring av pasientens kritiske informasjon ved overføring av informasjon fra Kjernejournal (KJ) til lokale pasientjournaler. Konklusjonen er at "Automatisk utlevering av kritisk informasjon fra kjernejournal til lokal journal, og automatisert journalføring uten at helsepersonellet har tatt et aktivt valg, ikke er i tråd med gjeldende rett.", jf. brev av 10. april 2026 til Norsk helsenett. Helse Vest er den eneste helseregionen som har innført løsningen med automatisk nedlasting og journalføring per 1. august 2026.

Konklusjonen fra Helsedirektoratet har utløst diskusjoner på flere nivåer, med ulikt syn på hva som er rett vei videre. Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid med å kartlegge helsefaglige behov for en eventuell regelverksendring knyttet til deling av helseopplysninger. Helsedirektoratet uttaler at "Saken er særdeles omfattende da den berører sentrale deler av helselovgivningen og vil kunne ta relativt lang tid å utrede". Se videre informasjon om konsekvenser og aksjoner per helseregion i de videre kapitlene.

Europeisk pasientoppsummering

Kritisk informasjon inngår også i den europeiske pasientoppsummeringen, som følger av EHDS. Helseregionene deltar sammen med Norsk helsenett i utprøving av europeisk pasientoppsummering gjennom MyHealth@EU. Erfaringene fra dette arbeidet vil være relevante for den videre utviklingen av både nasjonal og europeisk informasjonsdeling. Informasjonsmodellene og standardene som benyttes i Helseplattformen ligger på flere områder nærmere de europeiske formatene enn dagens norske spesifikasjon for kritisk informasjon.

Et integrasjonsløp mot Kritisk informasjon ønskes derfor sett i sammenheng med nasjonale avklaringer om fremtidige informasjonsmodeller, EHDS og den videre utviklingen av pasientoppsummeringen. Helseregionene vil bidra aktivt i dette arbeidet og vurdere videre tilpasning i takt med at det nasjonale og europeiske rammeverket utvikles, med mål om å ivareta klinisk presisjon, gjenbruk av informasjon og god sammenheng med kommende europeiske krav.

Regional innføring i Helse Nord

Helse Nord har lagt til rette for innføring av løsningen som Helse Vest, Norsk helsenett og DIPS har utviklet kan tas i bruk. Innføring i Helse Nord er utsatt. Dette skyldes behov for avklaringer om Helsedirektoratets juridiske vurderinger, knyttet til journalføring av kritisk informasjon fra Kjernejournal. Helseforetakene har besluttet å innføre tjenesten med automatisk synkronisering som i Helse Vest, høsten 2026.

Regional innføring i Helse Vest

Det er siden innføringen jobbet systematisk med korrekt bruk og å sikre synkronisering mellom Kjernejournal og lokal pasientjournal i Helse Vest. Gjennom dialog med miljøene og analyser av rådata har man kunnet hente ut statistikk og avdekke barrierer - for så å iverksette målrettede tiltak. Eksempler på barrierer er manglende kunnskap og uklar ansvarsfordeling.

Tiltakene og API-et har gitt effekt. Synkroniseringsgraden har økt fra 47 % i februar 2024 til over 64 % i 2025 og 2026 (per april). Utviklingen følges opp månedlig av Helsedirektoratet. Forbedringen er et resultat av felles føringer, informasjonsarbeid, opprydding i lokale registreringer og arbeid med å skaffe alt ansvarlig helsepersonell Smartkort med Bypass eller FIDO2. Her gjenstår det videre oppfølging og innføring av viktige tiltak som; ny løsning for autentisering med HelseID som muliggjør engangspålogging og forbedring av løsning for pålogging.

Statistikk viser at meldeplikten ikke overholdes per nå og at det må jobbes videre med tiltak for korrekt bruk og gevinstoppnåelse. Siden spesialisthelsetjenesten registrerer mest og i størst grad mangler en løsning for eID, vil trolig innføring av ny eID-løsning føre til en kraftig forbedring av innmelding. Utprøving av ny eID-løsning er ferdig og endelig implementering starter høst 2026.

Etter at Helsedirektoratet konkluderte med at løsning med automatisk nedlasting fra Kjernejournal og lagring lokalt er i strid med gjeldende lovgivning for journalføring, har Helse Vest igangsatt en prosess for håndtering av konklusjonen. Saken er grundig diskutert internt, og ulike handlingsalternativer er konsekvensvurdert. Saken var til behandling i Områdestyret for Pasientbehandling 12.06.26, for å konkludere hva som blir midlertidig løsning frem til Helsedirektoratet har ferdigstilt behovsanalyse og vurdering av en mulig regelverksendring. Det ble besluttet å beholde eksisterende løsning i drift, inntil en justert løsning som er i tråd med gjeldende lovgivning for journalføring er på plass. Tilbakemeldinger fra helsepersonell er at å skru av automatisk nedlasting vil være et steg tilbake for pasientsikkerheten.

I det videre arbeidet med ny løsning, må pasientsikkerhet og god beslutningsstøtte i kliniske arbeidsprosesser, være viktige føringer. Dette fordi løsningen blir mer manuell, tidkrevende og vil kunne føre til inkonsistent kritisk informasjon på tvers av løsninger. Helse Vest intern aktivitet pågår, der tidslinjen er forskjøvet relatert til annen prosjektaktivitet og skal etter planen ferdigstilles innen sommeren 2027. Her er det avhengigheter til videre arbeid i Helsedirektoratet og DIPS sin prosess for justering av løsning og API.

Regional innføring i Helse Sør-Øst

Funksjonalitet for kritisk informasjon i EPJ med integrasjon mot Kjernejournal ble tilgjengelig for helseforetakene i Helse Sør-Øst fra 30. mai 2026, etter modell fra Helse Vest (se beskrivelse ovenfor). Teknisk innføring skjer som en del av Sykehuspartners planlagte oppgraderinger for DIPS Arena. Regional faggruppe for journalområdet har dialog med tilsvarende funksjoner i de andre helseregionene om innføring av pasientens kritiske informasjon og integrasjon mot Kjernejournal-løsningen.

Regional innføring i Helse Midt-Norge

Helsepersonell i regionen benytter Kjernejournal-portalen for å lese og registrere kritisk informasjon. Plikten til å melde og gjøre bruk av kritisk informasjon ivaretas dermed. Helseplattformen har i tillegg integrert funksjonalitet for registrering og bruk av kritisk informasjon i den kliniske arbeidsflaten.

Helse Midt-Norge har vurdert integrasjon mot dagens nasjonale API for Kritisk informasjon. En sentral utfordring er at informasjonsmodellene og innholdsstrukturene i Kjernejournal og Helseplattformen er ulike. Utveksling mellom løsningene vil derfor kreve oversettelse og samstemming av begreper, strukturer og innhold. Dette øker kompleksiteten og kan medføre tap av klinisk presisjon, samtidig som merverdien sammenlignet med dagens bruk av Kjernejournal-portalen vurderes som begrenset. Dette er særlig relevant for legemiddelallergier. Helseplattformen benytter en hybridløsning basert på anbefalingene fra Direktoratet for e-helse ved innføringen av løsningen. Registreringene inngår direkte i beslutningsstøtten ved ordinering og forskrivning, herunder varsling om allergier og kryssallergier. Overføring av informasjon mellom ulike informasjonsmodeller må derfor utformes slik at klinisk

detaljnivå og eksisterende beslutningsstøtte ikke svekkes.

3.6 Pasientens måledata

Bakgrunn

I henhold til mandatet for helseregionene i 2026 er følgende oppgaver videreført fra 2025:

> *- Helse Sør-Øst RHF skal på vegne av helseregionene ha en lederrolle i videre utprøving av deling av måledata i forbindelse med digital hjemmeoppfølging som krever samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Øvrige regioner skal delta i utprøvingen etter hvert som den utvides til flere områder og regioner.*

Den nasjonale tjenesten pasientens måledata skal legge til rette for at medisinske målinger kan deles og gjøres tilgjengelige for helsepersonell og innbyggere på tvers av virksomheter og nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Tiltaket er særlig relevant for digital hjemmeoppfølging, behovsstyrte tjenester og andre pasientforløp der vurderinger bygger på utvikling i pasientens tilstand over tid.

Enkeltstående målinger har begrenset klinisk verdi dersom de ikke kan knyttes til formålet med oppfølgingen, pasientens symptomer, avtalte tiltak og utviklingen over tid. Når måledata inngår i en slik sammenheng, får helsepersonell et bedre grunnlag for medisinskfaglige vurderinger og for å avgjøre om oppfølgingen bør videreføres, justeres eller intensiveres. Dette kan bidra til mer behovsstyrte tjenester og redusere unødvendige innleggelser og polikliniske kontroller.

Pasientens måledata støtter derfor opp under målene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan[1] og konkret oppdrag til helseregionene om å "intensivere arbeidet med å gå fra kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk og ta i bruk digital hjemmeoppfølging".

Det er behov for å se pasientens måledata i sammenheng med pasientens planer (se kapittel 5.6), både i forhold til behandlingsplaner og pasientens egenbehandlingsplan.

Regional innføring i Helse Nord

Helseforetakene i Helse Nord har jobbet videre med påbegynte initiativ for Digital Hjemmeoppfølging, med fokus på best mulig arbeidsflyt for klinikere og oppfølging av pasienter. Det er også etablert et eget produktteam for Digital Hjemmeoppfølging i Helse Nord-IKT, da dette er et viktig satsingsområde. Det foreligger ikke konkrete planer for når Helse Nord vil prøve ut pasientens måledata, men erfaringene fra Helse Sør-Øst er viktig å ta med i dette arbeidet.

Regional innføring i Helse Vest

Helse Vest har siden mai 2026 deltatt som observatør i pasientens måledata, for å lære av erfaringene fra utprøvingen. Innsikten fra dette vil bli brukt til å forstå forutsetninger og planlegge aktiviteter som må til for å kunne realisere pasientens måledata. Siden Pega prosessplattform anvendes i utprøvningen i Helse Sør-Øst, er det viktig å forstå hvordan dette kan realiseres i helseregioner som ikke har innført samme prosessplattform. Erfaringer med samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten/fastlegene vil være viktige innspill i Helse Vest sin planlegging for pasientens måledata.

Helse Vest ser at måledata fra pasienter kan være relevant flere steder, både innen digital kartlegging, behovsstyrt oppfølging, digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling. Helse Vest anser det som avgjørende at pasientens måledata er tett knyttet til pasientens planer om dette skal gi god nytte.

[1] Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Kortere ventetider og en felles helsetjeneste - regjeringen.no

Regional innføring i Helse Sør-Øst

Pasientens måledata (PMD), er per nå i en tidlig utprøvingsfase. Antallet pasienter med målinger som klinikere på sykehuset har hatt behov for å slå opp, er lavt, så det er ennå tidlig å vurdere effekt. Oslo universitetssykehus med tilhørende fem bydeler er under utprøving. Vestre Viken HF med Asker kommune er teknisk med i utprøvingen, men grunnet bytte av DHO-leverandør er deling av måledata på hold. Det fremheves at måledata sjelden kan vurderes isolert, og at det er behov for kontekstuell informasjon og sammenstilling med andre relevante helseopplysninger for å sikre trygg og riktig klinisk beslutningsstøtte.

Det er noen tekniske utfordringer som må adresseres før bred implementering. Data som ligger i nasjonale tjenester, krever høy autentisering av helsepersonell og fordrer da en ekstra pålogging. Det må tilrettelegges for at helsepersonell ikke trenger å logge på for hver ny pasient, men kan ha åpne sesjoner over en viss tid (en vakt for eksempel). I tillegg må det tilrettelegges for et statusikon slik at helsepersonell kan se at det faktisk foreligger relevante nye målinger i tjenesten på aktuell pasient. Ideelt sett bør kliniker få tilgang til måledata i de arbeidsprosessene de er, i rett kontekst, men i første omgang jobbes det nå med å få delt data i en "oppslagstjeneste".

Det har vært nasjonalt fokus på å dele skrøpelighetsskår eller «Clinical Frailty Scale» (CFS) mellom omsorgsnivå. Det er utarbeidet et grensesnitt som ivaretar delingen av denne måleskåren i Norsk helsenetts PMD-tjeneste. I første omgang jobbes det nå med at kommunesektoren skal kunne dele CFS-skår med sykehus. Oslo kommune deler allerede CFS-skår internt mellom sine kjernesystemer og de ulike applikasjonene deres ansatte bruker. I Helse Sør-Øst jobbes det med å kunne vise CFS-skår på en brukervennlig måte for helsepersonell. Deretter vil man jobbe mot å kunne dele CFS-skår andre vei, slik at kommunehelsetjenesten vil kunne se CFS-skår som er skåret av spesialisthelsetjenesten.

Videre arbeid vil ha fokus på ovennevnte tekniske utfordringer, samt utvide utprøvingen til et helsefellesskap til i Helse Sør-Øst. Det skal arbeides videre med å etablere et bedre kunnskapsgrunnlag gjennom systematisk innhenting av erfaringer og evaluering av effekter.

Regional innføring i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge følger det nasjonale arbeidet med pasientens måledata og vil benytte erfaringene fra utprøvingen i Helse Sør-Øst i den videre planleggingen. Regionen har samtidig gjennom Helseplattformen, HelsaMi og integrasjonen med Velferdsteknologisk knutepunkt regionale kapabiliteter for å samle inn, dele og vise måledata.

For aktører som benytter Helseplattformen, er det mulig å gjøre måledata tilgjengelige direkte i journalløsningen. Gjennom oppfølgingsprogram i HelsaMi kan behandlere se resultater fra målinger som er gjennomført hjemme eller i helsetjenesten, mens innbyggeren har innsyn i egne målinger gjennom HelsaMi. Integrasjonen med Velferdsteknologisk knutepunkt legger til rette for at måledata fra velferdsteknologiske løsninger kan overføres til Helseplattformen. Nesten alle fastleger og om lag halvparten av kommunene i regionen benytter imidlertid andre journalløsninger og Helseplattformen dekker derfor ikke behovet for all informasjonsdeling på tvers av aktørene rundt pasienten.

I det videre arbeidet må det vurderes hvordan den nasjonale tjenesten kan utfylle funksjonaliteten i Helseplattformen og sikre at relevante måledata kan deles på tvers av virksomheter, behandlingsnivåer og journalløsninger. Målet bør være at måledata både kan deles på tvers og presenteres sammen med nødvendig klinisk kontekst, som planer, mål, tiltak og ansvar for oppfølging.

4. Bedre bruk av helsedata

4.1 Sekundærbruk av helsedata

Bakgrunn

I helseregionenes oppdragsdokument for 2026 står det:

> *- Økt bruk av helsedata, herunder tilrettelegging for enklere tilgang til og økt bruk av data fra de medisinske kvalitetsregistrene, er viktig for å redusere uønsket variasjon og for kunnskapsutvikling gjennom forskning og innovasjon.*

Alle helseregionene arbeider målrettet med å utvikle en mer datadrevet spesialisthelsetjeneste. Gjennom flere tiår har helseforetakene investert betydelige ressurser i digitalisering av pasientbehandling, medisinsk teknologi og administrative prosesser. Norske sykehus besitter derfor noen av Europas mest omfattende og pålitelige helsedata om en stor og relativt stabil befolkning. Samtidig er mye av verdiskapingspotensialet fortsatt uutnyttet. Data benyttes i stor grad til dokumentasjon, rapportering og enkeltstående analyser, mens mulighetene for kontinuerlig læring, automatisering, beslutningsstøtte og forbedring av pasientforløp, sykehusdrift, forskning og innovasjon bare delvis er realisert.

Den teknologiske utviklingen innen kunstig intelligens, avansert analyse, prosessanalyse og automatisering gjør det nå mulig å etablere langt raskere tilbakemeldingssløyfer enn tidligere. Data kan i større grad omsettes til innsikt, beslutninger, handling og læring i nær sanntid. Dette gir mulighet for mer presis pasientbehandling, bedre ressursutnyttelse, raskere kvalitetsforbedringer og en tettere kobling mellom klinisk praksis og forskning. Evnen til å etablere slike læringssløyfer vurderes som en sentral forutsetning for å møte fremtidens utfordringer knyttet til ventetider, personellmangel, økende behandlingsbehov og behovet for mer persontilpassede helsetjenester.

Felles status og planer

Sekundærbruk av helsedata omfatter blant annet bruk av data til forskning, innovasjon, kvalitetsforbedring, styring, analyse, beredskap, næringsutvikling og utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Alle helseregioner arbeider kontinuerlig med å utvikle løsninger for å tilgjengeliggjøre, sammenstille og analysere data fra egne og eksterne datakilder.

Arbeidet skjer både regionalt og gjennom interregionale samarbeid. De felleseide selskapene utvikler også datagrunnlag og rapporteringsløsninger innenfor sine områder. Sykehusinnkjøp tilgjengeliggjør stadig mer data i form av åpne rapporteringsløsninger knyttet til innkjøp og legemidler, mens HDO jobber med datavarehus for den akuttmedisinske kjeden. Det foregår i tillegg samarbeid med universitetssektoren gjennom NORTRE-samarbeidet for å utnytte kapabiliteter på tvers.

Det er fortsatt betydelige utfordringer knyttet til automatisk innrapportering til medisinske kvalitetsregistre. Selv om det pågår flere initiativer for å hente data direkte fra elektroniske pasientjournaler, er automatisk datafangst fremdeles krevende. Årsakene omfatter blant annet ulike dataformater og informasjonsmodeller, manglende strukturering av opplysninger, varierende bruk av kodeverk og standarder, og at opplysninger registrert som del av pasientbehandlingen ikke alltid dekker registrenes behov.

Ulike formål med registreringen, varierende datakvalitet, uklare ansvarsforhold og kompliserte styrings- og beslutningsstrukturer bidrar også til å gjøre området krevende. Det er derfor behov for et systematisk arbeid med å forenkle og samordne på dette området.

Automatisert datafangst

Automatisert datafangst er et sentralt tiltak for å redusere dobbeltregistrering, frigjøre tid til pasientbehandling og sikre høy datakvalitet i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Arbeidet baseres på standardisert uttrekk av strukturerte data fra elektronisk pasientjournal (EPJ), Norsk

pasientregister (NPR), fagsystemer og andre relevante datakilder. Tjenesten skal legge til rette for at de fleste av de over 60 nasjonale medisinske kvalitetsregistrene kan ta i bruk automatisert datafangst gjennom felles nasjonale løsninger og standarder.

Den nasjonale tjenesten etablerer et felles rammeverk for tekniske løsninger, juridiske avklaringer, styring og prioritering. Dette skal sikre en koordinert og effektiv innføring av automatisert datafangst på tvers av helseregionene og bidra til økt gjenbruk av helsedata, bedre datakvalitet og redusert registreringsbyrde for helsepersonell. I 2026 har helseregionenes arbeid vært rettet inn mot praktisk anvendelse.

Innføring i Helse Nord

For de åtte nasjonale medisinske kvalitetsregistrene med dataansvar i Helse Nord har det vært jevn fremdrift i arbeidet med nasjonale fellestjenester.

To registre har etablert automatisert datafangst fra elektronisk pasientjournal. Innsynstjenesten og personvernkomponenten (PVK) er innført i syv av de åtte registrene. Seks registre har publisert metadata på helsedata.no.

Implementering av felles søknadsskjema og felles saksbehandlingsløsning er foreløpig ikke igangsatt.

Innføring i Helse Vest

Automatisert datafangst

Automatisert datafangst fra ulike kilder til de nasjonale kvalitetsregistrene forankret i Helse Vest har stort fokus i servicemiljøet for kvalitetsregistre i regionen. Flere registre har meldt ønske om å kunne hente deler av sine opplysninger fra blant annet Norsk pasientregister (NPR), Legemiddelregisteret (LMR) og EPJ. Fremdrift er avhengig av prioritering og ressurser hos ansvarlige for primærkildene for data. Servicemiljøet i regionen arbeider mot aktuelle miljøer i Helse Vest for prioritering og gjennomføring av datafangst fra systemer i regionen. Samtidig skal de nasjonale kvalitetsregistrene hente data fra hele landet og må derfor også holde fokus mot de andre regionene. Det arbeides derfor tett mot den nasjonale tjenesten for automatisert datafangst til kvalitetsregistre som er lokalisert hos SKDE blant annet i faggruppe for automatisert datafangst for kvalitetsregistre.

Ett register (Norsk Parkinsonregister og biobank) mottar data fra Norsk pasientregister (NPR) og fra Legemiddelregisteret (LMR). For Nasjonalt kvalitetsregister for behandling i psykisk helsevern voksne arbeides det med en løsning der man kun legger opp til sekundærbruk av data ved å hente opplysninger fra helseregistre og journalsystemer.

Erfaringer fra pågående arbeid med strukturert dokumentasjon og automatisert datafangst viser at gevinstene ikke bare er avhengige av tekniske løsninger, men også av at strukturert registrering blir en naturlig del av klinikernes arbeidsprosesser. Innføring av nye strukturerte journalmaler og skjemaer krever betydelig klinisk forankring og må gi tydelig verdi for helsepersonell i den daglige pasientbehandlingen. Erfaringene har gitt økt oppmerksomhet på behovet for brukervennlige løsninger, nasjonale standarder og tett samarbeid med fagmiljøene for å lykkes med økt sekundærbruk av helsedata.

Det er i tillegg etablert en løsning for lokale og regionale registre hvor man kan hente data fra det regionale datavarehuset. En slik løsning vil sannsynlig være nyttig for automatisert datafangst også til nasjonale kvalitetsregistre. Videre erfaringer i arbeidet vil høstes fremover.

Publisering av metadata: Det er nå 14 nasjonale kvalitetsregistre i Helse Vest som har publisert metadata i variabelkatalogen på helsedata.no. Fem registre er nesten ferdig og blir fulgt opp av servicemiljøet for kvalitetsregistre i regionen. Noen registre er fortsatt avhengige av tilrettelegging i sin tekniske løsning før de har mulighet til å utarbeide metadata, og leverandør for den tekniske løsningen arbeider med dette i 2026.

Rapporteket: Rapporteket er en tilgangsstyrt interaktiv løsning som gir tilgang til analyser, visualisering

og data for et spesifikt nasjonalt kvalitetsregister. Målet er å gjøre det enkelt for klinikere og ledere å se resultater fra eget sykehus, samt sammenligne egne resultater med resten av landet. Utrulling av løsningen har kommet i gang i 2026 og målet er at alle registre skal ha tilgang til løsningen innen utgangen av året. Åtte av de nasjonale kvalitetsregistrene i Helse Vest har så langt innført Rapporteket.

Regional data- og analyseplattform: De regionale datavarehusene benyttes til virksomhetsoppfølging og kvalitetsforbedring i helseforetakene. Det arbeides med å øke utnyttelsen av eksisterende data til flere sekundærformål, blant annet oppfølging av nytte og effekter av digitaliseringstiltak, samt til forskning og kvalitetsutvikling. Gjennom økt automatisering bidrar dette til å redusere manuelle registreringer.

SanntidsHub er etablert som løsning for tilgjengeliggjøring av anonymiserte sanntidsdata, for å bidra til bedre situasjonsforståelse og styringsinformasjon. I år har hovedfokuset vært etablering og oppstart av bruk. Løsningen skal blant annet bidra til å gi bedre oversikter over blant annet endringer i kapasitet og belegg gjennom dagen slik at flaskehalser og utfordringer kan identifiseres tidlig.

Innføring i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst har etablert fire strategiske innsatsområder: Datadrevet pasientbehandling, datadrevet sykehusdrift, datadrevet forskning og datadrevet næringsutvikling. Innenfor hvert av disse områdene er det utviklet en portefølje av helsedatatiltak som skal demonstrere konkrete gevinster, bygge nødvendig kompetanse og etablere teknologiske og organisatoriske kapabiliteter for videre skalering.

Det er etablert en styringsgruppe for helsedatasatsingen, som har prioritert et begrenset antall tiltak med høy forventet verdi, rask læring og betydelig gjenbrukspotensial. Av syv identifiserte tiltak er fem finansiert og enten igangsatt eller nær forestående igangsetting med dedikerte ressurser. De finansierte tiltakene utgjør de første byggesteinene i utviklingen av en datadrevet foretaksgruppe. Tiltakene retter seg mot ulike behov innen pasientbehandling, drift, forskning og næringsutvikling, men har et felles mål: å etablere mer effektive tilbakemeldingssløyfer mellom data som skapes i helsetjenesten og beslutninger hos klinikere, ledere, forskere og innovatører. Tiltakene er derfor ikke primært teknologiprosjekter, men strategiske investeringer i regionens evne til å lære av egne data.

Samlet skal satsingen vise hvordan automatisert datafangst, bedre datakvalitet, felles grunndata, prosessanalyse, forskningsinfrastruktur og standardiserte dataprodukter kan redusere tiden fra observasjon til forbedring. Ambisjonen er en helsetjeneste som i større grad kan sanse, analysere, beslutte, gjennomføre og lære basert på oppdatert kunnskap om pasientforløp, ressursbruk og behandlingsutfall.

Helse Sør-Øst vurderer dette som nødvendig for å møte fremtidens krav til kvalitet, bærekraft og innovasjon. Helsedatasatsingen skal bidra til reduserte ventetider, styrket pasientsikkerhet, bedre ressursutnyttelse, økt forskningsaktivitet og en mer konkurransedyktig norsk helsenæring. På lengre sikt er målet at helsedata ikke bare dokumenterer hva som har skjedd, men aktivt bidrar til å forbedre hva som skjer videre. For å redusere risiko og sikre tidlige gevinster starter regionen med konkrete tiltak med tydelige effektmål, men med plan for bredere innføring etter utprøving.

Automatisert dataoverføring til kvalitetsregistre og digital hjemmeoppfølging (pågår): Tiltaket skal automatisere innsamling og overføring av journaldata og pasientrapporterte data til kvalitetsregistre og løsninger for digital hjemmeoppfølging, med oppstart for pasienter med hjertesvikt. Formålet er å redusere dobbeltregistrering, forenkle arbeidsflyt for helsepersonell og gi bedre innsikt i pasientens tilstand gjennom behandlingsforløpet. Tiltaket skal bidra til færre unødvendige polikliniske konsultasjoner, bedre oppfølging etter behandling og mer komplette datasett for kvalitetsforbedring og forskning.

Regionalt kvalitetsregister på tvers av omsorgsnivå (pågår): Tiltaket skal etablere et regionalt kvalitetsregister som følger pasienten på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten, med utgangspunkt i pasientforløp for hofteopererte pasienter. Målet er å samle kvalitetsdata ett sted og etablere et mer helhetlig datagrunnlag som kan brukes både til pasientbehandling, kvalitetsforbedring og forskning. Tiltaket belyser samtidig sentrale problemstillinger knyttet til datadeling mellom

omsorgsnivåene.

Gjenbruk av styringsdata på tvers av helseforetak (pågår): Tiltaket skal etablere felles begreper, datamodeller og gjenbrukbare analysekomponenter for virksomhetsstyring. Dette skal sikre at helseforetakene bygger styringsinformasjon på samme definisjoner og datagrunnlag. Tiltaket gir bedre grunnlag for sammenligning mellom helseforetak, raskere etablering av styringsinformasjon og mer effektiv ressursutnyttelse.

Datadrevet prosessanalyse (pågår): Tiltaket skal prøve ut prosessanalyse på digitale spor fra kjernesystemene for å identifisere flaskehalser, variasjon og forbedringsmuligheter i pasientforløp, blant annet for akutte magesmerter og ADHD hos voksne. Formålet er å utforske raskere lærings- og forbedringssløyfer basert på faktiske data fra klinisk praksis. Tiltaket skal gjøre det mulig å identifisere forbedringspotensial raskere, sammenligne pasientforløp mellom helseforetak og simulere effekten av tiltak før implementering.

Regional grunndatatjeneste for organisasjonsinformasjon (RESH) (til beslutning): Tiltaket skal videreutvikle RESH til en regional grunndatatjeneste og autoritativ kilde for organisasjonsinformasjon. Formålet er å etablere et felles fundament for styring, rapportering, analyse, tilgangsstyring og integrasjoner på tvers av foretaksgruppen. Tiltaket skal bidra til bedre datakvalitet, mindre dobbeltarbeid og mer konsistent bruk av organisasjonsdata.

Helsedata for næringsutvikling (til beslutning): Tiltaket skal etablere standardiserte dataprodukter og selvbetjeningsløsninger for legemiddelindustrien og helseteknologinæringen. Målet er å gjøre relevante helsedata tilgjengelige på en trygg, effektiv og lovmessig forsvarlig måte. Tiltaket skal bidra til raskere mulighetsstudier, økt attraktivitet for kliniske studier i Norge, styrket samarbeid med næringslivet og økt verdiskaping basert på norske helsedata.

Helsedata for kliniske studier og forskning (pågår): Tiltaket skal redusere ledetiden fra en studie er godkjent til forskere får tilgang til nødvendige data. Det etableres gjenbrukbare metoder og teknologiske komponenter som gjør helsedata raskere tilgjengelige for forskning og kliniske studier. Helse Sør-Øst har prioritert pakkeforløp for benmargskreft, der det er etablert overvåking av dosering for behandling med legemiddelet teklistamab. Dette videreutvikles med flere variabler, blant annet effekt, bivirkninger og oppfølging i kontrollregime. Tiltaket skal bidra til flere kliniske studier, økt pasientdeltakelse, raskere kunnskapsutvikling og kortere vei fra forskningsresultater til forbedret pasientbehandling.

Innføring i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har etablert et regionalt «helsedatasenter» for å støtte kunnskap om og tilgang til data for forskere. Dette for at forskere raskere skal få tilgang til relevante data, få disse utlevert på en hensiktsmessig måte og tilbyr sikre analyserom inkludert muligheter for bruk av KI. Bruken av helsedatasenteret øker, noe som medfører at regelverk rundt håndtering av helsedata blir fulgt på en tilfredsstillende måte.

Det er gjennomført prosjekter for automatisk innrapportering til to kvalitetsregistre fra Helseplattformen. Erfaringer fra disse prosjektene viser at dette er krevende og at kostnadene er høye både når det gjelder investeringer og videre forvaltning. Men dette belyser også en del konkrete problemstillinger som en bør finne bedre løsninger på for å kunne realisere dette i stort. Det gjelder mange forskjellige forhold både teknisk, funksjonelt, interoperabilitet og organisatorisk. Det er utfordrende å balansere hvilken byrde man skal pålegge klinikerne som skal registrere kontra ønsket om data fra de som skal jobbe med kvalitetsforbedring. Dette kan ikke løses bare med teknologi, det kreves også standardisering og kunnskap om hva som registreres kontra hva man ønsker å samle for ikke å skape for mye merarbeid.

5. Andre fellesregionale tiltaksområder

5.1 Felles strategi og tiltak på journalområdet

Felles status og planer (for alle fire regioner)

Helseregionene har ulike journalarkitekturer, leverandører og regionale utviklingsløp, og det er ikke etablert én felles overordnet strategi for journalområdet. Samtidig er det et økende behov for interregional koordinering og samordning om problemstillinger som går på tvers av de regionale løsningene.

Samordning skjer blant annet gjennom felles arkitekturarbeid knyttet til fødereringskapabiliteter, neste generasjon digital samhandling, EHDS (se kapittel 5.3) og utvikling av nasjonale samhandlingstjenester. Regionene samarbeider også om vurderinger rundt hvilke kapabiliteter som bør realiseres nasjonalt, interregionalt eller i de regionale journalløsningene.

Initiativene har ulike utgangspunkt og omfang, men belyser til dels de samme grunnleggende spørsmålene: hvordan klinisk informasjon kan deles og gjenbrukes på tvers, hvordan nasjonale tjenester kan virke sammen med ulike journalarkitekturer, og hvordan regionene kan utnytte eksisterende investeringer samtidig som løsningene tilpasses nye nasjonale og europeiske krav. Samordningen gir et viktig grunnlag for gradvis å utvikle en mer sammenhengende retning på tvers av regionene.

Helseregionene har innført standardisert, felles språk på prioritert område «Pleieplaner og tverrfaglige pasientplaner», som sist ble rapportert i felles plan 2023. Alle sykehus i Norge dokumenterer innlagte pasienters pleie og omsorg med standardisert kodeverk og terminologi.

Interregional samhandlingsmodell på journalområdet for DIPS-regionene

Tre helseregioner og DIPS AS samarbeider om en forenklet produkt- og samhandlingsmodell for elektronisk pasientjournal. Modellen omfatter et strategisk produktråd, et sekretariat og flere endringsråd.

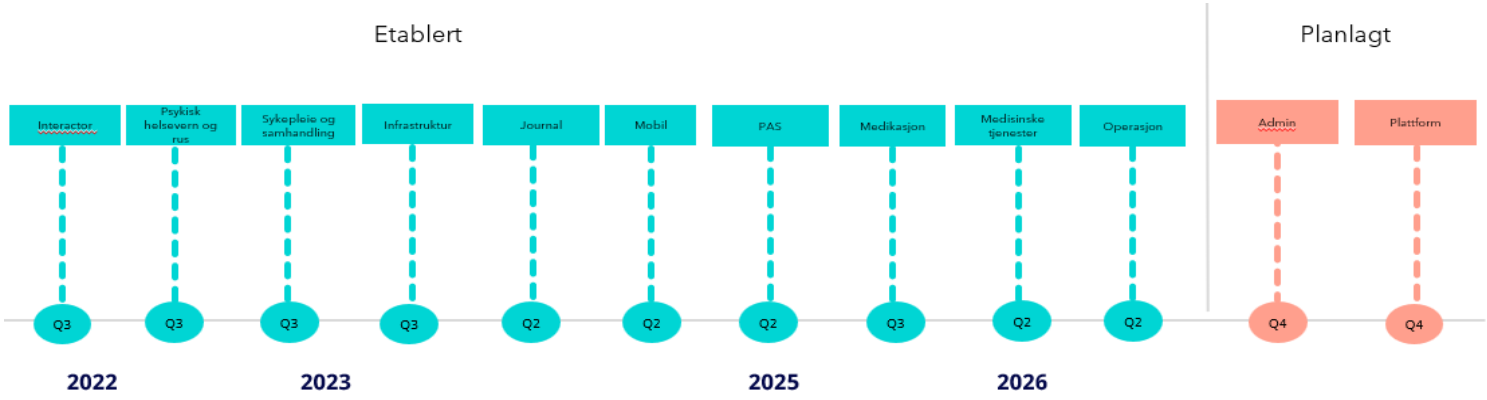
Mål:

- Bedre oversikt og samarbeid mellom kunde og leverandør
- Økt transparens i prioriteringer og bruk av midler
- Bedre forutsigbarhet i planlegging og budsjettering
- Effektiv håndtering av myndighetskrav
- Klart skille mellom standard funksjonalitet og lokal konfigurering i DIPS Arena

Produktråd: Overordnet organ som prioriterer og styrer utvikling av EPJ/PAS-porteføljen. Behandler felles veikart, investeringsbeslutninger og saker som ikke løses i endringsrådene. Medlemmer i rådet er fag- og IKT-direktører fra helseregionene samt ledelse fra leverandøren DIPS.

Sekretariat: Støtter samhandlingsmodellen gjennom koordinering, kvalitetssikring og forberedelse av saker til produktrådet, samt sikrer forankring og kunnskapsdeling.

Endringsråd: Har ansvar for prioritering og gjennomføring av endringer innenfor sine produktområder og budsjett. Skal sikre koordinering, effektiv utvikling og løsninger som møter behovene til helsepersonell og myndighetskrav. Endringsråd «operasjon» er et godt eksempel på samarbeid på tvers av regionene. Dette produktet har ikke Helse Vest, men bidrar likefullt med erfaringer fra egen helseregion i videreutviklingen av løsningen fra DIPS.



Figur 4: Status på etablering av endringsråd.

Regional samordningsmodell rundt Helseplattformen

I Helse Midt-Norge benytter helseforetakene og 34 kommuner Helseplattformen som felles journalløsning. Dette gir et annet utgangspunkt for samordning på journalområdet enn i de øvrige regionene, ved at utvikling og forvaltning av løsningen må ivareta behov på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Samordningen skjer mellom Helse Midt-Norge, helseforetakene, kommunene og Helseplattformen AS gjennom felles produktorientering, beslutningsstruktur og samordning hos den enkelte aktør. Produktorienteringen skal sikre at helsetjenesten i Midt-Norge gjennom tydelig eierskap utvikler de mest nyttige løsningene basert på felles prioritering og samhandling på tvers av organisasjoner

Oppgavefellesskapet ivaretar en viktig rolle i å samle og koordinere kommunenes behov, mens helseforetakene koordinerer seg i den regionale IKT-styringsstrukturen.

Målet med organiseringen er å legge til rette for felles prioriteringer, koordinert utvikling og best mulig utnyttelse av en felles løsning, samtidig som aktørenes selvstendige ansvar og ulike behov ivaretas.

Samordning på tvers av helsetjenesten

I 2026 planlegger svært mange kommuner overgang til nye EPJ-systemer. Disse nye kommunale systemene har også strukturert planfunksjonalitet, men samhandling med standardisert språk er avhengig av teknisk løsning for datadeling. Helseforetakene ønsker derfor å samarbeide med Norsk helsenett om en mulig utvidet bruk av datadeling, for å kunne ta ut forventede samhandlingsgevinster på områder der bruk av standardisert språk er etablert – både mellom ulike sykehusvirksomheter og mellom sykehus og kommunale tjenester.

Pasientens rekvisisjoner

Pasientens rekvisisjoner er et interregionalt prosjekt for elektronisk deling av rekvisisjoner mellom rekvirent og prøvetaker på tvers av helseaktører. En sentral del av løsningen er et rekvisisjonshotell som ligger hos Norsk helsenett. Rekvirenter og prøvetakere vil kommunisere gjennom dette hotellet. Dette ved å benytte tilleggsfunksjonalitet i sine eksisterende rekvisisjonsløsninger. Prosjektet er estimert å gi store tidsbesparelser for rekvirenter, fastleger, prøvetakere og laboratorieansatte. Innbygger vil få økt fleksibilitet med tanke på prøvetaking. Prosjektet er interregionalt, ledes av Helse Vest og det viktigste delmålet er å ha en minimumsløsning klar i produksjon innen utgangen av 2026. Helse Nord, Helse Sør-Øst, Norsk helsenett og leverandøren DIPS er del av prosjektet.

5.2 Prehospital og akuttmedisinsk kjede

Bakgrunn

De fire helseregionene har etablert prosjekt Nasjonal ambulansejournal for utvikling, innføring og helhetlig forvaltning av prehospital elektronisk pasientjournal, en kombinert oppdrags- og pasientjournal, sammen med leverandøren Bliksund. Målet er forenklet produktmodell og tilhørende interregional samhandlingsmodell for løsningen. Det interregionale prosjektet leverer også sanntidsskjerm for legevakt og ny multimonitor til ambulansetjenesten, som brukes til å måle pasientens blodtrykk, oksygenmetning, puls, temperatur, hjerterytme (EKG) og den har innebygd hjertestarter. Prosjektet skal gi helhetlig arkitektur for det prehospitale området og høyere kvalitet på helsehjelpen gjennom effektiv og sikker samhandling i den akuttmedisinske kjeden, tilgang til relevant informasjon om pasienten under helsehjelp, beslutningstøtte og kvalitetssikring.

Felles status og planer

Helseregionene har innenfor dette området i all hovedsak gjennomført fellesanskaffelser enten som interregionale anskaffelser (AMK IKT, Prehospital EPJ, Multimonitor) eller gjennom HDO (Medilogg, Kommunikasjonsløsning, videoløsning). AMK IKT som har vært det største løftet er nå tatt i bruk i Helse Midt-Norge og Helse Vest, og vil være tatt i bruk i Helse Nord og Helse Sør-Øst innen første halvår 2027. For alle disse løsningene er det etablert interregionale prosjekter og etter hvert som løsningene kommer i drift etableres det en felles interregional forvaltning. At løsninger blir tatt i bruk felles på tvers av alle regioner fører til mer standardiserte tjenester, deling av beste praksis og samhandling på tvers av regioner og på tvers av første og andre linje. Alt dette er viktige ting for å understøtte planer om utvikling av den akuttmedisinske kjeden og møte framtidige behov. I det videre arbeidet innenfor dette området jobbes det med å finne forvaltningsmodeller som understøtter de faglige behovene og at løsningene understøtter de faglige behovene. Her er man spesielt opptatt av de forskjellige fagmiljøene blir styrende for den videre utviklingen og at man lager beslutningsstrukturer som gjør at man kan fatte helhetlige beslutninger på tvers av aktører og løsninger.

5.3 Helsedataforordningen – EHDS

Bakgrunn

I helseregionenes oppdragsdokument for 2026 står det:

> *- Helse Sør-Øst RHF skal på vegne av helseregionene ha en lederrolle i arbeidet med å forberede nødvendige tiltak og aktiviteter, og legge til rette for samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Norsk helsenett SF og øvrige relevante aktører i forbindelse med innføring av helsedataforordningen. Relevante områder som må vurderes i arbeidet er knyttet til helsedatatilgangsforvalter (HDAB) og datainnehavere, innbyggeres rettigheter om tilgang til og kontroll over egne helseopplysninger, herunder også konsekvenser for regionenes arbeid med digital samhandling, pasientjournalsystemer, selvhjelpsverktøy mv.*

Helse Sør--Øst har på vegne av helseregionene tatt en lederrolle i oppfølgingen av oppdraget om helsedataforordningen (EHDS). Arbeidet skjer i nært samarbeid med de andre regionene, og i tett dialog med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Norsk helsenett SF, i tråd med føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Sør-Øst har informert Norsk helsenett, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet at Helse Sør-Øst tar ansvar for å koordinere spesialisthelsetjenesten.

EHDS vil stille nye og mer omfattende krav til tilgjengeliggjøring av helsedata for sekundærbruk. Kravene omfatter blant annet hvilke data som skal kunne tilgjengeliggjøres, på hvilken form de skal være, hvordan de skal være beskrevet (metadata), samt krav til sikkerhet der de behandles (lukkede analyserom).

Folkehelseinstituttet har fått hovedansvaret for å utrede hvordan kravene til sekundærbruk best skal realiseres nasjonalt. Helseregionene deltar og ønsker en tydelig rolle i den videre utviklingen. Regionene er både store dataforvaltere og sentrale brukere av helsedata, og sitter med vesentlig kompetanse om datakilder, informasjonsmodeller, analysebehov og eksisterende infrastruktur.

EHDS knytter primær og sekundærbruk av helsedata tettere sammen. Felles krav til datakvalitet, standardisering, metadata, interoperabilitet og sikker behandling kan gi nye muligheter for å forenkle tilgjengeliggjøring og sammenstilling av data. Dette åpner også for en ny vurdering av hvilke oppgaver som bør løses nasjonalt, interregionalt og regionalt. EHDS-arbeidet har allerede blitt en katalysator for økt samarbeid innenfor dette området mellom regionene.

Folkehelseinstituttet, Norsk helsenett og de fire helseregionene har søkt om og fått innvilget i fellesskap EU-midler til et prosjekt for å pilotere utlevering av data på en sikker måte til både sekundærbruk og innsyn for pasient. Dette vil også være med å øke kunnskapsnivået knyttet til hvordan EHDS kan innføres i praksis knyttet til deling av data.

Folkehelseinstituttets felles helsedatasenter er også blitt et supplement for regionenes behov for å kunne utlevere data til forskning. Erfaringer fra dette arbeidet må det derfor jobbes videre med inn i arbeidet med EHDS og behovene for enklere og bedre mekanismer for tilgjengeliggjøring av data.

Felles status og planer

Det meste av arbeidet og oppfølgingen skjer i det som omtales som *kjerneteam EHDS*, fasilitert av Norsk helsenett. I tillegg til helseregionene er Kommunesektorens organisasjon (KS), Legeforeningen, Apotekerforeningen, Direktoratet for medisinske produkter, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet med i kjerneteamet. Frem til nå har kjerneteamet i hovedsak arbeidet med primærbruk, mens arbeid med sekundærbruk har vært i direkte dialog med Folkehelseinstituttet. Etter oppfordring fra helseregionene forsøkes det å samle mest mulig i kjerneteamet.

Det er etablert en regional koordineringsarena med deltakerne i kjerneteamet, for å sikre felles forståelse, samordnede innspill og en konsistent tilnærming overfor nasjonale aktører. Samarbeidet omfatter både strategiske avklaringer og operativ koordinering, og legger vekt på å ivareta regionale behov innenfor en felles nasjonal innretning.

Arbeidet er per sommeren 2026 i en forberedende og avklarende fase. Alle regionene deltar aktivt i arbeidet koordinert av Norsk helsenett, blant annet knyttet til konsekvensvurderinger, forberedende tekniske aktiviteter og test- og standardiseringsløp. Parallelt pågår dialog med Helsedirektoratet om primærbruk av helsedata og med Folkehelseinstituttet om sekundærbruk, inkludert spørsmål knyttet til roller som helsedatatilgangsforvalter («health data access body», HDAB), datainnehavere og behov for fellestjenester.

Det er jevnlige møter i kjerneteamet og møtefrekvensen justeres etter behov. Andre møter tas ved behov etter innkalling fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, og helseregionene koordinerer i forkant av disse møtene så langt det lar seg gjøre.

Sentrale temaer i arbeidet:

- Rolle- og ansvarsdeling nasjonalt og regionalt
- Innbyggernes rettigheter til tilgang og kontroll over egne helseopplysninger
- Konsekvenser for digital samhandling, pasientjournalsystemer og innbyggertjenester

Overordnet tidsplan for EHDS-arbeidet:

- 2026: Forberedende arbeid, regional samordning og nasjonale avklaringer
- 2027: Videre konkretisering av nasjonal innretning, blant annet basert- på EU-rettsakter og regelverksutvikling
- 2028–2029: Trinnvis gjennomføring av prioriterte krav (minimumsløsning), med vekt på nasjonal nytte og gjenbruk av eksisterende løsninger

5.4 Kodeverk, terminologi og standarder – ICD-11

Bakgrunn

I helseregionenes oppdragsdokument for 2026 står det:

> *- De regionale helseforetakene skal kartlegge konsekvenser av overgang til ICD-11 som diagnosekodesystem på de områdene man i dag benytter ICD-10 kodesystem. Kartleggingen skal følge Helsedirektoratets anbefalte plan for overgang til ICD-11*

Ved overgang fra ICD-10 til ICD-11 moderniseres det semantiske grunnlaget for helsetjenesten. Overgangen er nødvendig for å møte fremtidens behov for presisjon, digitalisering og datadrevet helsetjeneste.

Felles status og planer

Med grundige vurderinger, bred involvering og god styring vil helseregionene gjennomføre overgangen til ICD-11 trygt, effektivt og til varig nytte. Helse Midt-Norge har tatt på seg koordineringsansvar for å få en felles og koordinert innretning på leveransen. En mindre arbeidsgruppe med en representant fra hver helseregion har utarbeidet en plan for kartleggingen av konsekvensene. Kartleggingen utføres i perioden juni til november 2026 og utføres av fem interregionale arbeidsgrupper som kartlegger spesifikke konsekvenser innen definerte områder. Interregional kjernegruppe samordner helheten:

- Sikrer sammenheng mellom alle arbeidspakker
- Konsoliderer analyser, risiko og avhengigheter
- Samordner regionale innspill til Helsedirektoratet
- Leverer samlet konsekvensutredning og anbefalt overgangsstrategi

Arbeidsgruppe	Kompetanse	Oppgaver	Leveranser
DP1 – Klinikk, kodepraksis og terminologi	Kliniske fagmiljøer, kodere, terminologer, ICD-10/ICD-11, SNOMED CT, ICPC, kodeveiledning og post-koordinering	Vurdere kliniske konsekvenser, postkoordinering, behov per fagområde, risiko for variasjon, kodeveiledning og beslutningsstøtte	Anbefalinger for kodepraksis og prinsipper, risikoanalyse og forslag til styringsmekanismer
DP2 – Teknologi, arkitektur og interoperabilitet	Arkitekter, integrasjon, API/FHIR, terminologitjenester, dataplattformer og leverandørkompetanse	Kartlegge systemer, integrasjoner, dataflyt, lagring, multippel koding, mapping og konsekvenser for API-er	Teknisk målbilde, integrasjonsoversikt, konsekvensanalyse og overgangsstrategi
DP3 – Data, rapportering og finansiering	Analyse/BI, DRG/ISF, register, forskning, NPR, statistikk og dataplattform	Analysere konsekvenser for ISF, DRG, NPR, registre, forskning, historikk og trender, samt EHDS.	Finansiell konsekvensanalyse, rapporteringsstrategi, risikoanalyse og overgangsmodeller
Kjernegruppe (DP4) – Oppsummert innføring, opplæring og endringsledelse	Endringsledelse, opplæring, HR/kompetanse, klinisk innføring og UX/arbeidsflater	Vurdere modenhet, kompetansebehov, organisatoriske konsekvenser, opplæring og utprøving	Innføringsmodell, opplæringsstrategi, modenhetsanalyse og plan for utprøving
Kjernegruppe (DP5) – Oppsummert jus, styring og nasjonal koordinering	Juss, personvern, EHDS, «governance», kodeverk/standarder, regelverk og finansiering	Analysere regelverk, ansvar, behov for nasjonal styring, standardisering og regional variasjon	Juridisk konsekvensanalyse, styringsmodell, nasjonale avklaringsbehov og styringsprinsipper

Tabell 1: ICD-11 interregionale arbeidsgrupper med kompetanse, oppgaver og leveranser

ICD-11 konsekvensutredning

Helseregionene følger opp vedtatt plan for kartlegging av konsekvenser fra innføring av ICD-11, med følgende tilnærming:

- Grundig konsekvensutredning før beslutninger: Alternativene for oppgraderingsform,

kodepraksis og konvertering må analyseres mot risiko, effektivitet, datakvalitet og kostnad.
- Risiko, kompleksitet og kostnader må håndteres: Overgangen påvirker klinisk praksis, IKT, finansiering, rapportering, forskning og arbeidsflyt. Kan medføre parallelle kodeverk i lang tid.
- Klinisk involvering og behovsstyring: Kodepraksis og postkoordinering må ta utgangspunkt i reelle behov i fagmiljøene og gi minst mulig belastning.
- Nasjonal koordinering er avgjørende: For å unngå variasjon, feiltolkninger og utakt er tydelig styring, felles prinsipper og nasjonale normeringer nødvendig.
- Støtte til parallelle kodeverk: Strategien må legge til rette for sameksistens av ICD-10 og ICD-11, gode mapping-løsninger og trygg rapportering i overgangsperioden.

Konsekvensutredningsrapporten vil behandles av interregionalt IKT-direktørmøte i desember 2026 og danner grunnlag for videre implementering. Kartleggingen skal gi et felles, robust og legitimt beslutningsgrunnlag som reduserer risiko for ukoordinert innføring, tydeliggjør hva som må avklares nasjonalt før bred implementering og setter helseregionene i stand til å starte neste fase på en kontrollert og risikobasert måte. Det er tett samarbeid med Helsedirektoratet for koordinering av aktiviteter og leveranser.

5.5 KI-løsninger

Bakgrunn

I helseregionenes oppdragsdokument for 2026 står det:

> *- De regionale helseforetakene skal sikre at det i perioden 2026-2029 brukes minst 3 mrd. kroner årlig på nytt medisinskteknisk utstyr (MTU) og KI-løsninger i spesialisthelsetjenesten.*
> *- De regionale helseforetakene skal prioritere teknologi som frigjør tid og kapasitet hos personell, med særlig vekt på løsninger som gir dokumentert effekt. KI-verktøy skal tas i bruk ved alle sykehus, og i 2026 skal tale-til-utkast-løsninger implementeres.*
> *- De regionale helseforetakene skal sikre effektiv tilpassing og bredding/skalering av digitale løsninger for å realisere potensialet fra tidligere investeringer, og legge til rette for kontinuerlig innføring av ny funksjonalitet.*
> *- De regionale helseforetakene skal utrede tiltak for å forenkle og forbedre anskaffelsesprosesser for å raskere kunne ta i bruk ny teknologi, herunder å tilgjengeliggjøre en nasjonal oversikt over løsninger som er tatt i bruk i de regionale helseforetakene, for å tilrettelegge for læring på tvers, gjenbruk og tidsbesparelser i anskaffelses- og innføringsløp.*
> *- De regionale helseforetakene skal legge til rette for behovsdrevet innovasjon gjennom å bidra til arenaer som indentifiserer og prøver ut nødvendige løsninger der det ikke finnes eksisterende alternativer i markedet, i samarbeid med helsenæringen.*

Investeringsnivå

De fire helseregionene planlegger investering i tråd med oppdraget. Det vil si til sammen over 3 milliarder kroner per år i perioden 2026 til 2029, til investeringer i KI-løsninger og nytt medisinskteknisk utstyr (MTU). Det er vanskelig å oppgi helt eksakte tall siden KI-funksjonalitet også delvis kan være integrert i MTU og andre løsninger.

Investeringsnivået vil variere noe fra år til år og det kan være utfordrende å holde investeringsnivået over 3,0 milliarder kroner gjennom hele perioden da regionene står overfor betydelige investeringer i nye bygg, vedlikeholdskostnader på eksisterende bygningsmasse, økt lønns- og prisvekst, og investeringer i teknologi og IKT-løsninger som ikke inngår i kategorien «MTU og KI-løsninger» (herunder nasjonale e-helseløsninger og samhandlingsløsninger).

Helseregionene ser betydelig usikkerhet i realisering av målbare effektiviseringsgevinster etter innføring av nytt MTU og KI-verktøy, i et omfang der økt aktivitet og ISF-inntekter fullt ut dekker anskaffelses- og driftskostnadene. Investeringer i MTU og KI er nødvendig for å utvikle medisinen og helsetjenestene, og

gjøre helsevirksomheter mindre avhengig av manuelle og personellkrevende rutiner, men gir i mindre grad direkte økonomiske besparelser for den enkelte virksomhet. Gevinstene kommer ofte i form av økt kvalitet og pasientsikkerhet, redusert vekst i bemanningsbehov, og bedre arbeidsforhold for helsepersonell. Medisinsktekniske løsninger er kostbare å anskaffe og har betydelige løpende driftskostnader. KI-løsninger ser ut til å få lave investeringskostnader, men lisensieres etter bruk. Disse kostnadene er i stadig bevegelse noe som gjør det vanskelig å beskrive eksakt gevinst.

Utviklingen på særlig KI-feltet går raskt og markedsutviklingen er enda i retning av mer avansert funksjonalitet, med dertil høyere kostnader som reflekteres i prisene på produkter og tjenester i kategorien. Det vil være rimelig å anta at konkurranse over tid og etter hvert som initial investering er nedbetalt vil drive prisene nedover, men det er få tegn til at dette vil skje innenfor noen rimelig planhorisont. Investeringer i avansert kunstig intelligens og medisinskteknisk utstyr må derfor i overskuelig fremtid betraktes primært som tiltak for å møte demografiutviklingen og helsepersonellmangel, mer enn tiltak som noe som kan redusere kostnadene til den enkelte virksomhet i sektoren.

Tidsbesparende teknologi og KI-verktøy

De fire helseregionene har gjennomført felles anskaffelse av KI-plattformer for bildediagnostikk (radiologi) og løsninger for «tale-til-utkast».

KI-plattformene for radiologi gir tilgang på en rekke verktøy for å effektivisere eller redusere manuelt arbeid i virksomhetsprosesser knyttet til billeddannende undersøkelser. Plattformene er innført i alle helseregioner, og individuelle verktøy tilgjengelig gjennom plattformene er tatt i bruk i varierende omfang og rekkefølge i tråd med regionale behov, forutsetninger, og prioriteringer. Regionene samarbeider om kravspesifisering og anskaffelse av nye verktøy på plattformene, og har etablert et interregionalt nettverk for å koordinere og dele erfaringer.

Det varierer hvilke gevinster som er realiserbare med KI-verktøy, og for hvem. Som eksemplet med frakturdeteksjon på Vestre Viken HF viser, vil den største effektiviseringsgevinsten kunne tilfalle pasienten, som kan sendes hjem mye tidligere siden verktøyet gir rask indikasjon, og ikke den virksomheten som har kostnaden med verktøyet. På den annen side kan verktøyet forskyve noe belastning fra vaktsituasjon til dagtid, og dermed gjøre det mindre ressurskrevende å ivareta nødvendig vaktberedskap for radiologi.

Helse Vest ved Helse Bergen og Helse Stavanger har på vegne av alle helseregionene i 2025 gjennomført en omfattende utprøving av tale-til-utkast-løsninger. Basert på erfaringene fra denne utprøvingen og forutgående markedsdialog har Helse Sør-Øst gjennomført en anskaffelse av parallelle rammeavtaler på tale-til-utkast-løsninger der de andre helseregionene har opsjon på å tiltre avtalene. Alle regionene er i gang med innføringsaktiviteter og forventer å ha en betydelig utbredelse til relevante fagområder i løpet av 2026.

Utprøvingen i Helse Vest og anskaffelsen i regi av Helse Sør-Øst tegner et bilde av teknologi og et marked i rask utvikling. Kvalitet på stemmegjenkjenning og transkripsjon endrer seg fra måned til måned, og funksjonalitet i produksjon av utkast til journalnotat endres raskt. Samtidig er få av løsningene på markedet tilpasset spesialisthelsetjenestens behov, og er i liten grad integrert i regionenes EPJ-systemer. Omfattende bruk av slike løsninger reiser flere vanskelige spørsmål knyttet til kost–nytte, reell tidsbesparelse for helsepersonell sett i lys av behovet for menneskelig kvalitetskontroll, forringelse av kompetanse, og nasjonal autonomi (der løsningene er bygget på store språkmodeller fra eller kjøres i skytjenester levert av globale teknologileverandører).

Helseregionene deler også erfaringer på dette området.

Forenkle anskaffelser og nasjonal oversikt

Helseregionene har gjennom de siste årene etablert en praksis med å koordinere seg imellom før større anskaffelser på IKT-området, med mål om å gjennomføre flere anskaffelser i samarbeid. Modellen innebærer normalt at en helseregion påtar seg hovedansvar, involverer de andre regionene i

kravspesifisering mv., og gjennomfører anskaffelsen med opsjon for de andre regionene om å tiltre avtalen. Denne modellen er blant annet benyttet i forbindelse med anskaffelsene av KI-plattformer for radiologi- og tale-til-utkast-løsninger.

Interregionale anskaffelser kan være svært krevende, med mange interessenter. Primært søkes det derfor etter pragmatiske tilnærminger som legger til rette for å redusere antall parallelle anskaffelser mellom regionene, deling av erfaringer og gjenbruk av grunnlagsmateriale for eksempel risiko- og sårbarhetsanalyser. Dette løser ikke den underliggende utfordringen med tungrodde anskaffelsesprosesser og et anskaffelsesregelverk som ikke er innrettet for å ivareta innovasjon, men reduserer i noen grad ulempene ved å dele resultatene mellom regionene.

Alle regionene har også bidratt til Helsedirektoratets «KI Norge rundt», en oversikt over KI-løsninger som er i bruk hos aktørene i helsesektoren. Oversikten er ikke uttømmende og utgjør ingen sertifiseringsordning eller kvalitetsstempel for inkluderte løsninger, men legger til rette for bredding av KI-løsninger som er blitt prøvd ut hos en annen helsevirksomhet og muliggjør erfaringsutveksling.

Bidra til innovasjonsarenaer

Alle helseregionene bidrar til innovasjon og samarbeid mellom helsetjenesten, forsknings- og utdanningsmiljøer, kommuner og næringsliv. Regionene har ulike tilnærminger og satsingsområder, og deltar både i regionale innovasjonsarenaer og i nasjonale initiativer.

I Helse Vest driver Helse Bergen i samarbeid med Universitetet i Bergen (UiB) og Vestlandets Innovasjonsselskap AS, helseinkubatoren og innovasjonssenteret Eitri. Eitri legger til rette for samarbeid mellom helsetjenesten, akademia, gründere og næringsliv om utvikling av nye løsninger for helsesektoren. Helse Bergen, i samarbeid med Helse Vest IKT, er i gang med en *testarena for teknologi* for å prøve ut nye teknologier i et autentisk sykehusmiljø. Hensikten er å få testet ut ny teknologi tett på sluttbrukere i klinikk for å avklare om teknologien dekker brukerbehovet og reelt avlaster, og gi teknologiselskaper mulighet for tidligfasetesting av ny teknologi til bruk i helsetjenesten.

I Helse Nord bidrar Nordlandssykehuset HF, sammen med Bodø kommune, til Inovacare Linken eHelselab. Arenaen legger til rette for utvikling, utprøving og samarbeid om nye løsninger innen helse og omsorg på tvers av spesialisthelsetjenesten, kommune og andre aktører.

I Helse Sør-Øst er Health2B etablert som et offentlig-privat-ideelt partnerskap og en fysisk samhandlingsarena i Forskningsparken i Oslo. Arenaen kobler helsetjenesten med næringsliv, oppstartsbedrifter, forskningsmiljøer og andre aktører for å bidra til utvikling og utprøving av nye løsninger.

Helse Midt-Norge deltar i flere regionale og nasjonale innovasjonsarenaer. Regionen er blant annet partner i HAI – Innovasjonsarena for helseteknologi, som kobler helsetjenesten med oppstartsbedrifter, etablerte virksomheter, investormiljøer og forskningsaktører. Helse Midt-Norge og NTNU eier også NTNU Technology Transfer AS (NTNU TTO), som støtter kommersialisering av ideer og forskningsresultater fra NTNU og helseforetakene i regionen.

På nasjonalt nivå samarbeider de regionale helseforetakene og Kommunesektorens organisasjon (KS) gjennom InnoMed, det nasjonale kompetansenettverket for behovsdrevet innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Helse Midt-Norge har en ledende rolle i nettverket. Helse Midt-Norge har også en sentral rolle i NorTrials-senteret for medisinsk utstyr, som er lagt til St. Olavs hospital og inngår i det nasjonale arbeidet med å legge til rette for utprøving og utvikling av medisinsk utstyr.

Samlet bidrar disse arenaene til å koble behov i helsetjenesten med kompetanse, teknologi og utviklingskraft i kommuner, akademia og næringsliv, og til å legge til rette for at nye løsninger kan utvikles, prøves ut og tas i bruk.

5.6 Flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten

Bakgrunn

I helseregionenes oppdragsdokument for 2026 står det:

> *De regionale helseforetakene skal:*
> *- følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger.*
> *- beskrive samhandling med primærhelsetjenesten innenfor digital hjemmeoppfølging, og spesielt innenfor de 14 pilotene i Prosjekt X.*
> *- beskrive hjemmesykehus innenfor psykisk helse.*

Riksrevisjonen har undersøkt i hvilken grad og hvordan spesialisthelsetjenesten bruker teknologi for å flytte helsetjenester nærmere pasientene gjennom:

- Telefon og videokonsultasjoner
- Nettbaserte behandlingsprogram
- Skjemabasert oppfølging/behovsstyrt oppfølging
- Samarbeid med kommunen gjennom bruk av teknologi
- Hjemmesykehus
- Oppfølging via data fra sensorer eller utstyr

Overordnet vurdering fra Riksrevisjonen er at spesialisthelsetjenestens tilbud ikke er tilfredsstillende. Mange sykehus har kommet for kort i bruk av ulike former for digital hjemmeoppfølging av sine pasienter. Sykehusene har i liten grad tatt i bruk muligheter for samarbeid med kommunene og det mangler styringsinformasjon om bruk av digitale helsetjenester bidrar til effektiv ressursbruk.

I juni 2025 startet regjeringen arbeidet med ny helsereform hvor flere samarbeidsprosjekter mellom kommune og sykehus skal prøve ut nye måter å organisere helse- og omsorgstjenestene på. Det pågår nå flere prosjekt, kalt Prosjekt X, hvor erfaringene fra disse blir en del av grunnlaget for regjeringens arbeid med ny helsereform.

Felles status og planer

Nasjonal oversikt over digitale helsetjenester

Helseregionene utarbeidet i 2025 en oversikt over alle digitale helsetjenester under utvikling og i drift i hver enkelt helseregion. Digitale helsetjenester innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient(er) og behandler(e) skjer digitalt. Tjenestene, som nasjonalt betegnes som digital hjemmeoppfølging, kan omfatte ulike deler av et pasientforløp, både forebygging, utredning, behandling og rehabilitering. Enkelte typer velferdsteknologi (alarmer etc.) vil også kunne knyttes til digitale helsetjenester, særlig i primærhelsetjenesten. Den nasjonale oversikten viser en oversikt over initiativer i de ulike helseregionene som enten er i drift eller under utvikling innen satsingsområdene:

- Behovsstyrt oppfølging
- Digitale konsultasjoner
- Nettbasert behandling (inkludert eBehandling)
- Pasientopplæring

Interregional oversikt over digitale helsetjenester

Lenke: ***Microsoft Power BI***. Formålet med listen er å få en oversikt på tvers av regioner med fokus på deling og bredding.

Interregionalt kompetansenettverk for eBehandling

Helseregionene samarbeider om utviklingen av nye behandlingsforløp innen eBehandling. eBehandling er veiledet internettbehandling som tilbys for en rekke ulike lidelser. Pasient og behandler samarbeider gjennom hele forløpet og pasienten får tilgang til et digitalt behandlingsprogram. Alle helseregionene har representanter i interregionalt kompetansenettverk. Nettverket skal bidra til økt tilgang til god helsehjelp, bedre ressursutnyttelse, utvikling, kvalitetssikring og implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder på digitale plattformer. Kompetansenettverket er rådgivende for bruk av eBehandling overfor helseforetak og regionale helseforetak.

Det er også utarbeidet en nasjonal oversikt over løsninger for eBehandling og andre pasient-, pårørende-, og innbyggerrettede løsninger. Formålet med denne oversikten er å lære av hverandre gjennom fokus på deling og bredding av eksisterende teknologi og løsninger som allerede er tatt i bruk.

Felles initiativ til felles målarkitektur for digitale helsetjenester og hjemmesykehus

Det er interregionalt initiert et tiltak for gjensidig informasjonsutveksling om pågående initiativ på digitale helsetjenester og hjemmesykehus. Det er ønskelig med mer samarbeid for å redusere faren for fragmentering, samt vurdere muligheten for om felles arkitekturtilnærming kan ha gevinster. Prosjekt X fungerer som en praktisk arena for å prøve ut nye samarbeidsmodeller og digitale arbeidsformer. Erfaringene fra prosjektet skal bidra til mer effektive pasientforløp, bedre arbeidsprosesser og sterkere kobling mellom fag og teknologi. Helhetlige og sammenhengende pasientforløp forutsetter bedre innsikt i hvordan prosesser faktisk fungerer på tvers av virksomhetene. Ved å koble og analysere data fra kliniske systemer, logistikk og ressursstyringssystemer kan fagmiljøer og ledelse få bedre grunnlag for å identifisere flaskehalser, uønsket variasjon og forbedringsmuligheter. Slike analyser kan bidra til mer presis beslutningsstøtte, mer forutsigbare pasientløp og bedre utnyttelse av kapasitet og ressurser i helsetjenesten. Erfaringene fra slike initiativer synliggjør samtidig behovet for tekniske mekanismer som kan støtte samhandling og informasjonsdeling på tvers av virksomheter og systemer.

Arbeidet i Prosjekt X har avdekket flere gjennomgående behov knyttet til etablering av helhetlige pasientforløp og digital samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste:

- Felles behandlingsplaner, arbeidsflyt, planverktøy, støtte for samhandlingsprosesser
- Automatisering og datadrevet prosesstøtte
- Tilgang til data på tvers

Regelverket åpner i stor grad for deling av nødvendige helseopplysninger, men helsetjenesten mangler praktiske mekanismer og tekniske løsninger for å dele helseopplysninger på en sikker og effektiv måte.

- Manglende digitale løsninger som kan benyttes på tvers av virksomheter begrenser muligheten for tverrgående arbeidsflyt og samhandlingsprosesser.
- Manglende integrasjoner og tilgang til data bidrar til dobbeltregistrering og ineffektiv informasjonsflyt, og begrenser muligheten for automatisering og datadrevet støtte.
- Manglende infrastruktur for å gi samarbeidende virksomheter tilgang til felles digitale løsninger og helseopplysninger på tvers av ulike juridiske enheter.

Nasjonale strategier legger til grunn at bedre samhandling mellom aktører i økende grad skal støttes gjennom digitale løsninger som gjør relevant informasjon tilgjengelig på tvers av virksomheter. Samtidig pekes det mot en utvikling der samhandling i større grad skal realiseres gjennom integrerte løsninger og standardiserte mekanismer for informasjonsdeling. Dette innebærer at samhandling må kunne fungere i et distribuert systemlandskap der flere journalsystemer og fagsystemer samarbeider. For å få dette til kreves felles mekanismer for identitet, tilgangsstyring og kontekstformidling på tvers av virksomheter og systemer.

Relatert til identifiserte barrierer på tilgangsstyring på tvers av virksomheter er det startet en interregional utredning med Norsk helsenett som har til hensikt å identifisere helsetjenestens samhandlingsbehov utover bruk av de nasjonale datadelingstjenestene, tekniske løsningsalternativer, samt kortsiktige og langsiktige tiltak.

Pasientens planer

Pasientens planer er en digital samhandlingsløsning som skal gi helsepersonell og innbyggere tilgang til behandlingsplaner på tvers av fastleger, kommuner og sykehus. Pasientens planer skal dekke både egenbehandlingsplaner, behandlingsplaner og individuelle planer.

Symptomer og målinger høstet hjemme hos pasient er viktig informasjon som må settes inn i en kontekst av mål, tiltak og vurdering av helseeffekt over tid. En behandlingsplan kan blant annet inneholde persontilpasset informasjon og veiledning, mål for oppfølgingen og tiltak i form av legemidler, målinger og aktiviteter som pasienten kan gjennomføre selv.

En oppslagsløsning utvikles av Norsk helsenett (NHN) og har som mål å styrke pasientmedvirkningen,

forbedre samhandlingen mellom behandlere og erstatte papirbaserte planer med en mer effektiv og brukervennlig digital prosess. Arbeidet inngår i Norsk helsenetts satsing «Satsning for fart», som skal bidra til raskere utvikling av prioriterte tiltak i helsesektoren. Helsedirektoratet er invitert med for å normere opp løsningen basert på utprøvinger, men har p.t ikke finansiering til å aktivt kunne delta.

Tjenesten skal på sikt integreres mot innbyggernes løsninger på helsenorge.no og inn i klinikeres arbeidsprosesser, i EPJ og DHO (Norsk helsenett lager ikke brukergrensesnittet til helsepersonell). Målet med tjenesten er å gi alle parter en felles forståelse av pasientens mål og anbefalt oppfølging, noe som er spesielt nyttig for pasienter med sammensatte behov eller som følges opp av flere behandlere samtidig. Ved at planen er digitalt tilgjengelig kan pasienter og behandlere enklere samarbeide om sykdomsforløp og justere mål underveis. Tiltaket pasientens planer er prioritert av Prioriteringsrådet (tidligere NUIT). Norsk helsenett har per nå ansvaret for utviklingen av oppslagsløsningen. Helseregionene må utvikle støtte for koordineringen og samarbeidet som skal foregå i hele pasientforløpet på tvers av aktørlandskapet.

For å lykkes med pasientens planer er det behov for en gjennomtenkt samhandlingsarkitektur som kan håndtere identitet, kontekst og tilgang på tvers av virksomheter og systemer, også for de samhandlingsmønstrene som ikke inkluderer eller dekkes av de nasjonale fellesløsningene for informasjonsdeling og -utveksling.

Det er stort behov for å se pasientens planer i sammenheng med de fleste av de nasjonale samhandlingsløsningene, blant annet pasientens måledata (se kapittel 3.6) og pasientens legemiddelliste, både i forhold til behandlingsplan og pasientens egenbehandlingsplan. Helseregionene gjennomfører innsiktsarbeid knyttet til dette initiativet, med mål om å legge til rette for gode og mer automatiserte arbeidsprosesser rundt løsningen. Helseregionene forbereder seg på å bli involvert, i samarbeid med Helsedirektoratet og KS, i det nasjonale arbeidet gjennom fremtidig oppdrag.

Innføring i Helse Nord

Helse Nord har over tid jobbet strategisk med å tilrettelegge for bruk av digitale konsultasjoner. Flere fagområder benytter nå digitale konsultasjoner der det er mulig og hensiktsmessig. Sykehusene har fremdeles et stort potensial i bruk av digitale poliklinikker og brukerstyrt oppfølging. Det er igangsatt en rekke forskjellige tiltak som tester ut løsninger og forløp. Disse må konsolideres og de mest egnede tiltakene vil breddes regionalt. Nasjonal oversikt over digitale helsetjenester øker i bruk, og informasjon derfra brukes aktivt i vurderingen av hvilke nye tiltak som skal innføres. Helsefellesskapene er aktivt med i etableringen av tiltak som involverer både spesialisthelsetjeneste, kommune og pasient. Flere av utprøvingene som er i drift i dag har potensiale for videre skalering. Helse Nord har nylig opprettet en ny styringsstruktur for digitalisering. Det nye digitaliseringsstyret skal styrke arbeidet med digitalisering på tvers av helseforetakene, møte bemanningsutfordringer og øke nytteverdien av digitale løsninger lokalt og regionalt. Effektene av den nye styringsstrukturen forventes å øke omstillingstakten i regionen og øke pasientenes tilgang på digitale helsetjenester.

Innføring i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge jobber målrettet med å flytte spesialisthelsetjenester hjem ved hjelp av teknologi gjennom blant annet regionalt nettverk for digitale helsetjenester og gjennom prioriterte satsingsområder som behovsstyrt oppfølging og hjemmesykehus. Siden mai 2025 har regionen hatt et spesielt fokus på å øke andelen behovsstyrt oppfølging. Det er opprettet en regional arbeidsgruppe som i fellesskap jobber med involvering av fagmiljøene for å få regional standardisering av nye oppfølgingsprogram. Arbeidet er krevende og det har vært behov for å utarbeide prosess for behovsstyrt oppfølging, basert på kommunesektorens (KS) modell for helhetlig tjenestemodell, og tilpasset spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge.

Den nasjonale oversikten over digitale helsetjenester brukes aktivt og antall forløp i drift har økt fra 17 forløp i august 2025 til 27 forløp i mai 2026. Det gjenstår fortsatt en del arbeid med inkludering av pasienter og overgangen fra utprøving til implementert i daglig drift.

Som en oppfølging av Riksrevisjonens rapport har Helse Midt-Norge i 2026 også sett nærmere på hjemmesykehus. Det pågår nå en konseptutredning i Søndre Trøndelag helsefelleskap som definerer de overordnede målsettingene for etablering av et hjemmesykehus og skal skissere ulike konsepter. I tillegg innhentes erfaringer fra sykehus i Danmark for å se hvordan de benytter «EPIC-funksjonalitet» til hjemmesykehus.

Innføring i Helse Vest

Helse Vest har flere prioriterte områder innen Digitale helse- og samhandlingstjenester. Behovsstyrt oppfølging med mål om å unngå unødvendige konsultasjoner har vært et satsingsområde over flere år. Utviklingen i pasientvolum er positiv i alle helseforetak, men potensialet er ikke godt nok utnyttet. Helse Vest arbeider for en regional tilnærming i all vår utvikling, og standardisering på tvers av fagmiljøer tar tid. I tillegg preges utviklingen av drifts- og teknologiutfordringer. Digitale kartlegginger har et høyt volum, og flere og flere kartlegginger kanaliseres gjennom Helsenorge. eBehandling har vært gjennom et nødvendig teknologiskifte, og det er positivt at alle helseregioner nå har samme løsning og enkelt kan dele behandlingsprogram. Helse Vest ser nå effekt av satsingen og vekst i pasientvolum. Det utvikles nå også eBehandlingsprogrammer i somatikken, spesielt innen rehabilitering.

Digital pasientopplæring er området som har sterkest vekst, og Helse Vest opplever stor etterspørsel etter utvikling av nye opplæringsprogram. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) benyttes en tilbakemeldingsløsning (feedbackløsning) med mer enn 50 000 kartlegginger per år.

Helse Vest har etablert en rekke aktivitetsindikatorer for digitale helsetjenester, og utviklingen kan måles regionalt, for helseforetaket, for klinikk, for diagnosekode mv. Det arbeides med etablering av effektindikatorer.

Innføring i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst har de siste årene hatt særlig fokus på Behovsdrevet poliklinikkoppfølging og har et stadig økende antall forløp i de ulike helseforetakene. Regionalt nettverk for behovsdrevet poliklinikk bidrar til ideoverføring og erfaringsutveksling, samt samlede innspill til forbedringer innen organisering, finansiering og gevinstoversikter. Flere av helseforetakene som begynner å få et visst volum på digital hjemmeoppfølging melder om at arbeidsprosessene må automatiseres i større grad for å kunne klare å skalere mer. Arbeidsprosessene blir for tungvinte når man må arbeide i flere systemer, og informasjon og oppgaver må flyttes manuelt per pasient mellom systemene. Det er igangsatt et initiativ der man skal automatisere utsendelse av pasientskjema i DHO-løsninger og Helsenorge, basert på oppsatt timeavtale i pasientadministrativt system. Initiativet skal starte med skjema innen psykisk helse (Del-med-meg). Her benyttes standardiserte og validerte PROM (patient reported outcome measures) i starten, underveis og ved avslutning av et pasientforløp. Initiativet skal benytte et orkestreringsverktøy for å få til automatisk inklusjon, utsendelse av ulike skjemapakker ved oppstart, underveis og ved avslutning av DHO-forløp basert på oppsatte timeavtaler. Det legges til rette for at løsningsmønsteret skal kunne gjenbrukes på alle typer forløp og kunne initieres basert på flere typer hendelser enn kun oppsatt timeavtale.

Der man ikke har mulighet for å initiere automatisk overføring *av data* internt i et system har man begynt å bruke RPA (robot process automation) også kalt “roboter” for å avlaste administrativt personell. Innen DHO utvikles nå en robot som automatisk skal fylle ut medisinsk registrering av innkomne pasientskjema. Flere slike roboter vil kunne utvikles for å løse administrative og repetitive oppgaver.

Etter tilsyn fra Direktoratet for medisinske produkter hos flere helseforetak og spesifisering av hvilken klasse «MDR-godkjenning» (forordning for medisinsk utstyr) som kreves for hvilken anvendelse av DHO-løsningene, er det flere helseforetak som nå ser at de DHO-løsningene man bruker kanskje ikke innehar den definerte godkjenningstypen. Det er usikkerhet rundt hva som kreves i det enkelte forløp da kodeverket ikke er enkelt å forstå. Dette kan bli et hinder for drive, videreutvikle og skalere DHO. I påvente av at DHO-leverandørene får godkjenning i klasse 2a/b, må man i enkelte DHO-forløp gå gjennom alle pasientbesvarelser, og ikke bare de som DHO-løsningen har triagert ut som utenfor

normalverdier. Dette gjør at man ved for eksempel Akershus universitetssykehus har sett seg nødt til å begrense antall pasienter man følger opp digitalt i enkelte forløp.

Det jobbes med regionale aktivitets- og gevinstdashbord, ved hjelp av regional data- og analyseplattform. Aktivitetsdashbord gir oversikt over antall pasienter som følges opp digitalt, trender og hvilken type oppfølging de har. Gevinstdashbord er ikke ferdigstilt, og her ser en at det er behov for å kunne entydig merke all data om en pasient i ett forløp på tvers av alle systemer som innehar data om den enkelte pasient (forløps-ID). Dette er det ikke støtte for i de ulike systemene i dag. Videre ser en i de ulike forløpene der en har pasientsentrerte team på tvers av omsorgsnivå, at det er behov for å kunne sammenstille data både fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Det er en tungvint prosess i dag, å søke om tilgang til en slik sammenstilling for hvert enkelt prosjekt.

5.7 Digital sikkerhet og robusthet

Bakgrunn

I helseregionenes oppdragsdokument for 2026 står det:

> *- De regionale helseforetakene skal kartlegge egne avhengigheter til satellittbasert teknologi og konsekvenser ved bortfall.*
> *- Det er behov for å styrke spesialisthelsetjenestens motstandsdyktighet mot sikkerhetstruende hendelser og kriser, samt angrep mot IKT-systemene i helseforetakene.*
> *- De regionale helseforetakene skal bidra i utviklingen og overgangen til skybaserte løsninger for å møte økte lagringsbehov, bidra til skalerbarhet, samt ivareta nasjonal kontroll og sikkerhet for helsedata.*

Det forventes at helseregionene skal kunne håndtere masseskader og opprettholde kritiske funksjoner i hele krisespennet opp til krise og krig. Helseregionene jobber kontinuerlig med forebyggende sikkerhet og beredskapsarbeid. Dette arbeidet har gått over mange år, og det samarbeides tett under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet.

I tillegg til oppdragene om intensivert sivil-militært samarbeid så har helseregionene sammen med departementet to hovedspor for felles arbeid med digital sikkerhet:

- systematiske forbedringsarbeidet med å styrke informasjonssikkerheten i spesialisthelsetjenesten etter Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer. Her er det særskilt rapportering og en egen møteserie knyttet til arbeidet.
- arbeid med forebyggende sikkerhet og oppfølging av arbeid med sikkerhetsloven har også en egen løpende møteserie og særskilt oppfølging og rapportering.
- I tillegg jobbes det både i fellesskap og lokalt med å harmonisere og justere beredskapsplaner i tråd med nytt nasjonalt beredskapsplanverk.

Alle aktivitetene omtalt ovenfor har egne rapporteringer og møteserier, og blir ikke ytterligere omtalt i «Felles plan».

Satellittbasert teknologi

I tillegg til punktene omtalt over skal de regionale helseforetakene kartlegge egne avhengigheter til satellittbasert teknologi og konsekvenser ved bortfall. *«Kartleggingen skal omfatte avhengighet til posisjon, navigasjon og korrekt tid, da særlig i kritisk infrastruktur».*

Satellitter benyttes blant annet for posisjon, navigasjon og nøyaktig felles global tid.

Årsaker til bortfall kan være romvær, som for eksempel førte til at Starlink mistet 40 satellitter, eller hacking og andre tilsiktede handlinger fra nasjonalstater (for eksempel «jamming» av GPS som ofte oppleves i Finnmark). I tillegg vil det finnes angrep som kan gi feil i posisjon og/eller tidsangivelse.

Storbritannia har utarbeidet en rapport om konsekvensene ved bortfall av digitale tjenester for posisjon,

navigasjon og tid for det britiske samfunnet. Konsekvensene er i rapporten konvertert til et økonomisk tap, men bygger blant annet på konsekvenser for helsetjenestens produksjon og evne til hurtig respons. Justert kun for befolkningstall, så tilsvarer bortfall i *en uke* et tap på *8 milliarder kroner* i Norge. Rapporten anslo nødetatenes tap for å stå for nær halvparten. Helse utgjør en vesentlig del av nødetatene, slik at basert på rapporten vil bortfall av satellittbaserte tjenester kunne gi et betydelig tap av liv og helse – eller i økonomiske termer: tap i milliardklassen for samfunnet.

De regionale helseforetakene har alle lagt opp til at kartleggingen utføres i tett samarbeid mellom de regionale IKT-enhetene. Avhengighetene er i hovedsak like på tvers av helseregionene, og oppdraget kan derfor med fordel besvares i fellesskap. Dette vil også sikre enhetlig forståelse og koordinert oppfølging på nasjonalt nivå.

Kartleggingen viser at regionene har avhengigheter knyttet til posisjonering og flåtestyring, prehospitale tjenester, logistikk og vareflyt, samt til tidsreferanser som er kritiske for datakommunikasjon, logging og korrekt prosessering av data. Bortfall av slike tjenester vil kunne påvirke samhandling, drift av tekniske systemer, logging av data, kommunikasjon samt enkelte operative funksjoner.

For å redusere sårbarhet arbeides med å tydeliggjøre konsekvenser og vurdere kompenserende tiltak, herunder økt robusthet i tidsforsyning. Det legges til grunn at tidstjenester bør hentes fra robuste, felles løsninger, og den må være synkron. Norsk helsenetts stamnett vurderes som en sentral komponent i en slik tilnærming, med støtte fra flere uavhengige kilder (blant annet GPS og Galileo). Norsk helsenett opplyser også at de jobber med å gjøre tidstjenesten sin mer robust.

Skytjenester

Alle helseregionene bruker skyteknologi og skytjenester for å levere digital infrastruktur og løsninger for sykehusene. Dette gjøres til dels i egen infrastruktur og til dels satt helt ut til tredjepart i ulike driftsformer.

For løsninger som driftes i egen regi og infrastruktur, brukes skyteknologi for å forenkle drift, automatisere oppgaver, overvåke systemer og gi større fleksibilitet. Teknologien gjør det lettere å øke kapasiteten ved behov og å sikre at tjenester kan opprettholdes selv om ett datasenter får problemer. Tjenester kan også flyttes mellom ulike datasentre med begrenset påvirkning på brukerne.

For helseregionene vurderes mulighetene opp mot krav til sikkerhet, beredskap, tilgjengelighet og kontroll over data. Den internasjonale sikkerhetssituasjonen og usikkerhet knyttet til hvilke lands lovverk som kan gjelde for data og tjenester, gjør vurderingene krevende. Derfor har alle regionene valgt en mer forsiktig tilnærming til bruk av offentlig sky enn det som ble forventet for noen år siden. Mange av disse spørsmålene berører også politiske avveiinger som helseforetakene ikke alene kan avgjøre.

Et sentralt prinsipp er at helseforetakene skal ha kontroll over egne data, også når disse behandles i sky. For å ivareta dette arbeides det med helhetlige sikkerhetsløsninger som kombinerer juridiske, organisatoriske og tekniske tiltak. Dette omfatter blant annet sterk beskyttelse av data, kontroll med tilgang til informasjon, sikker håndtering av identiteter og brukertilganger, overvåking av dataflyt og andre sikkerhetstiltak som reduserer risikoen for uautorisert innsyn. Helse Sør-Øst har jobbet mest med disse tiltakene.

Det er viktig å vurdere og redusere sårbarheter knyttet til enkeltleverandører og enkeltland der dette er mulig. Ved inngåelse og videreutvikling av avtaler vurderes derfor løsninger som gir større fleksibilitet og mulighet til å flytte tjenester, eller skifte leverandør dersom sikkerhetsmessige, teknologiske eller geopolitiske forhold tilsier det. I et beredskapsperspektiv arbeides det med å sikre at kritiske tjenester kan videreføres ved endringer i trusselbildet eller leverandørtilgang, blant annet gjennom robuste driftsløsninger, sikkerhetskopiering, dokumenterte beredskapsrutiner og mulighet for å etablere tjenester i alternative driftsmiljøer og lokasjoner ved behov.

På lengre sikt er det sannsynlig at en betydelig del av applikasjonene (kun) vil leveres som skytjenester eller kjøres på skybasert infrastruktur. Dette vil påvirke hvordan IKT-tjenestene organiseres, hvilke oppgaver som utføres internt, og hvordan arbeidet med informasjonssikkerhet innrettes. Ressursbruken

vil i større grad dreies fra teknisk drift til forvaltning av leverandører, oppfølging av avtaler, risikostyring og etterlevelse av regelverk. Samtidig kan en større andel av kostnadene flyttes fra interne driftskostnader til kjøp av eksterne tjenester, noe som kan gi økte kostnader. Endringene vil også kreve ny kompetanse og medføre organisatoriske tilpasninger.

Samlet sett går helseregionene gradvis og varsomt frem på dette området. Det blir prioritert tiltak hvor gevinstene kan realiseres uten at de mest grunnleggende og komplekse spørsmålene først må løses. Samtidig arbeides det videre med de overordnede utfordringene knyttet til digital sikkerhet, regelverk og nasjonal kontroll. Dette er krevende avveiinger som påvirkes av en verden i rask endring, og det er lite som tyder på at alle disse spørsmålene vil få endelige avklaringer på kort sikt.