

Møte i Fagutvalget (NUFA)		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	21. - 22. januar 2026	
<i>Tid</i>	21. januar kl. kl. 10.00 – 16.00 og 22. januar kl. 09.00 – 14.30	
<i>Sted</i>	Clarion Hotel Oslo	
<i>Medlemmer</i>	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet Jacob Holter Grundt, Helsedirektoratet Knut Berglund, Helsedirektoratet Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Einar André Brevik, Helse Sør-Øst RHF Terje Bremnes, Helse Vest RHF Micaela Thierley, Helse Vest RHF Hanne Schanche Önen, Helse Midt RHF Stine Slørdal, Helse Midt RHF Tarald Sæstad, Helse Nord RHF Øystein Berg-Sletteng, Helse Nord RHF Mette Røhne, KS Kjetil Løyning, KS e-helse Geir Omestad, Kristiansand kommune Anne-Marit Rennemo, Oslo Kommune Christoffer Boge, Kommunene i Hallingdal/Digiviken Eva Tone Fosse, Stavanger kommune Line Andreassen Sæle, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF Jan Robert Johannessen, Legeforeningen Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund Line Linstad, Nasjonalt senter for e-helseforskning Elin Thygesen, Universitetet i Agder	

Sak	Agenda	Tidspunkt	Sakstype
	Dag 1		
1/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 29. - 30. oktober 2025	10:00	Godkjenning
2/26	Helsedirektoratet orienterer ved Mariann Hornnes	10:05	Orientering
3/26	Videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier	10:45	Drøfting
	Lunsj	11:30	
4/26	Videre arbeid med digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi	12:30	Drøfting
	Pause	13:30	
5/26	Utfordringer med kodeverk for innrapportering til helseregistre	13:45	Drøfting
	Pause	14:25	
6/26	Nasjonal e-helsestrategi – strategiske indikatorer og ambisjonsnivå 2030	14:40	Drøfting
	Slutt dag 1	16:10	
	Middag	18:30	
	Dag 2		
	Velkommen til dag 2	09:00	
7/26	Temadag – Fastlegedagen		Drøfting
	Om fastlegeordningen v/ Hans Christian Myklestul, Leder Allmennlegeforeningen (AF)		
	Orientering om allmennmedisin v/ Torgeir Hoff Skavøy, Leder Norsk forening for allmennmedisin (NFA)		
	Orientering om e-helse i Legeforeningen og suksessfaktorer for digitalisering v/ Eirik Nikolai Arnesen, Seksjonssjef for Seksjon primærhelsetjenester og e-helse, Legeforeningen		
	Gruppearbeid		
	FL representanter presenterer tema rundt digital samhandling med påfølgende diskusjoner		
8/26	Eventuelt	14:25	
	Slutt dag 2	14:30	

Sak	Onsdag 21. januar 2026	
	Start dag 1	10:00
1/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 29. – 30. oktober 2025	Godkjenning
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 29. – 30. oktober 2025.	Vedlegg 1: Referat NUFA 29. – 30. oktober 2025
	Forslag til vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra møtet 29. – 30. oktober 2025	
2/26	Helsedirektoratet orienterer ved Mariann Hornnes	Orientering
	Helsedirektoratet ved assisterende helsedirektør Mariann Hornnes orienterer om aktuelle saker.	Ingen toppnotat
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering.	
3/26	Videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier	Drøfting
	Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet etablert første versjon av en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi, og lanserte 1. oktober 2025 en felles nasjonal oversikt over krav, anbefalinger og godkjenninger. Arbeidet utvikles stegvis, og skjer i samarbeid med KS, Norsk helsenett SF, Folkehelseinstituttet og helsenæringen. Helsedirektoratet legger frem saken for NUFA for å få innspill til hvordan veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier bør videreutvikles.	Vedlegg 2: Toppnotat Videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier
	Forslag til vedtak: NUFA drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.	
4/26	Videre arbeid med digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi	Drøfting
	Helsedirektoratet løfter saken til NUFA for å få innspill til hvilke grep sektor og sentral helseforvaltning bør prioritere for å styrke og tilrettelegge for økt og sikker bruk av arbeidsbesparende teknologier som digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi. Det er også ønskelig med NUFA sine innspill til arbeidet med velferdsteknologi og foreslåtte normeringsbehov særlig knyttet til responscenter og digitalt tilsyn, blant annet som følge av Helsetilsynets funn i sine tilsynsrapporter.	Vedlegg 3: Toppnotat Videre arbeid med digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi
	Forslag til vedtak: NUFA drøftet og ga råd om tiltak og virkemidler innen digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi. Innspill fra NUFA tas med i videre arbeid og plan for 2026.	
5/26	Forvaltning av metadata for kodeverk	Drøfting
	FHI ønsker å belyse utfordringer knyttet til forvaltning av metadata om kodeverk som benyttes i helsetjenesten og legges til grunn for rapportering til nasjonale helseregistre. Det ønskes å drøfte alternative tilnærminger for å sikre bedre helhet og konsistens i bruk av data til forskning, styring, statistikk og annen helseanalyse, både lokalt og nasjonalt.	Vedlegg 4: Toppnotat Forvaltning av metadata for kodeverk

	Forslag til vedtak: NUFA tar med seg innspill og råd fra NUFA inn i det videre arbeidet med å etablere helhetlig forvaltning av metadata for sentrale kodeverk brukt i innrapporteringen til helseregistre.	
6/26	Nasjonal e-helsestrategi – strategiske indikatorer og ambisjonsnivå 2030	Drøfting
	I henhold til revidert mandat, skal NUFA gi faglige råd ved justering av mål i Nasjonal e-helsestrategi. Helsedirektoratet vil presentere et videreutviklet sett med strategiske indikatorer for Nasjonal e-helsestrategi. Indikatorsettet skal dekke de mest sentrale områdene innenfor digitalisering i helse- og omsorgssektoren, for å gi en overordnet status på måloppnåelse av strategien frem mot 2030. Det er ønskelig at NUFA drøfter forslag til konkrete ambisjonsnivåer for 2030 for de foreslåtte indikatorene, og gir eventuelle innspill til forbedringer av indikatorsettet. Forslag til ambisjonsnivå er utarbeidet internt i Helsedirektoratet, og er ment som <i>utkast</i> for diskusjon. Vedlegg 5A Nasjonal e-helsestrategi – strategiske indikatorer og ambisjonsnivå 2030 er lenket opp mot NUFA sine sider på Helsedirektoratet.no.	Vedlegg 5: Toppnotat Nasjonal e-helsestrategi – strategiske indikatorer og ambisjonsnivå 2030 Vedlegg 5A: Vedlegg til Nasjonal e-helsestrategi – strategiske indikatorer og ambisjonsnivå 2030
	Forslag til vedtak: NUFA drøftet det foreslåtte indikatorsettet og ambisjonsnivå. Helsedirektoratet tar med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.	
	Slutt dag 1	16:10

Sak	Torsdag 22. januar 2026	Sakstype
	Start dag 2	09:00
7/26	Temadag – Fastlegedagen	Drøfting
	Legeforeningen ønsker med temadagen å gi NUFA en innsikt i hva viktige prinsipper innen allmennmedisinen er, hvordan fastlegene jobber, hvordan fastlegeordningen er organisert og hvorfor, hvordan fastleger opplever sin digitale hverdag og hvilke muligheter og behov vi ser for å utløse ytterligere potensial i den digitale samhandlingen. Målet er å gi en bedre forståelse blant andre aktører i helsetjenesten om fastlegetjenestens behov.	Vedlegg 6: Toppnotat Temadag – Fastlegedagen
	Forslag til vedtak: NUFA drøftet problemstillingene, og ber relevante aktører ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.	
8/26	Eventuelt	
	Slutt dag 2	14:30

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	29. – 30. oktober 2025	
<i>Tid</i>	29. oktober kl. kl. 10.00 – 16.00 og 30. oktober kl. 09.00 – 14.30	
<i>Sted</i>	Scandic St. Olavs plass, Oslo sentrum	
<i>Medlemmer</i>	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet Jacob Holter Grundt, Helsedirektoratet Rune Røren, Helsedirektoratet – dag 1 Knut Berglund, Helsedirektoratet Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF – dag 1 Einar André Brevik, Helse Sør-Øst RHF – dag 1 Terje Bremnes, Helse Vest RHF Micaela Thierley, Helse Vest RHF Stine Slørdal, Helse Midt RHF Mette Røhne, KS Kjetil Løyning, KS e-helse Anne-Marit Rennemo, Oslo Kommune Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune Eva Tone Fosse, Stavanger kommune Line Andreassen Sæle, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI – dag 2 Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF Jan Robert Johannessen, Legeforeningen Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet Maren Krogh, Apotekforeningen Line Linstad, Nasjonalt senter for e-helseforskning Elin Thygesen, Universitetet i Agder	
<i>Ikke til stede</i>	Rune Røren, Helsedirektoratet – dag 2 Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF – dag 2 Einar André Brevik, Helse Sør-Øst RHF – dag 2 Tarald Sæstad, Helse Nord RHF Øyvind Broback, Helse Nord RHF Christoffer Boge, Kommunene i Hallingdal/Digiviken Mohammad Nouri Sharikabad, FHI – dag 1 Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund	
<i>Stedfortreder</i>	Håvard Horndalen Tveit, Helse Midt RHF Line Horn Sivertsen, Helse Nord RHF, stiller for Tarald Sæstad Terje Bless, Helse Nord RHF, stiller for Øyvind Broback dag 2	
<i>Helsedirektoratet</i>	Siv Ingebrigtsen Vibeke Jonassen Wang	
	Karen Lima	

Saksnr.	Tittel på sak	Sakstype
	Dag 1	
24/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 28. august 2025	Godkjenning
25/25	Hva har skjedd med tidligere saker?	Orientering
26/25	Konsekvenser av Helsedataforordningen	Drøfting
27/25	Nasjonal informasjonsforvaltning – veikart og datadomener	Drøfting
28/25	Foreldres tilgang til barns digitale tjenester – status etter ekstern høring	Drøfting
29/25	Økt bruk av kvalitetssikrede digitale verktøy innen	Drøfting
	Dag 2	
30/25	Temadag – FHI	Drøfting
31/25	Eventuelt	

Sak	Onsdag 29. oktober 2025
24/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 28. august 2025
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 28. august 2025.
	Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra møtet 28. august 2025.
25/25	Hva har skjedd med tidligere saker?

	Medlemmene fikk en kort status på noen av sakene fra tidligere i år. Sakene det ble orientert om var: - Fullmaktsløsning legemidler - o Nødvendige endringer i bransjeløsningen Eik er utført. - o Innbyggerløsningen fra Norsk helsenett SF er klar til produksjonssetting. - o Nettpoteket Farmasiet er første apotekaktør som tar løsningen i bruk. - o Produksjonsettingen er satt på vent da apotekene må signere oppdaterte leverandørvilkår fra Norsk helsenett SF først. - Nytt mandat for NUFA - o NUFA har kommet med gode innspill som er ivare tatt i det nye mandatet. - o Nasjonalt e-helseråd mener NUFA sitt mandat er bra. Det blir en godkjenningrunde på e-post i E-helserådet da det var noen tema de ønsket å vurdere videre. Blant annet om begrepet e-helse skal brukes i navngivning fremover. Etter e-postbehandlingen blir nytt mandat vedtatt. - o NUFA har fått et tydeligere formål og oppgavebeskrivelser. - o Det er gjort noen justeringer når det gjelder medlemmer. Brukerrepresentantene går ut av NUFA etter eget ønske. - Samtykkebestemmelser for Kjernejournal - o Dette vil være en del av øvrig arbeid med EHDS forordningen.
	Vedtak: NUFA tar saken til orientering.
26/25	Konsekvenser av Helsedataforordningen Siv Ingebrigtsen, Randi Lilletvedt, Hallvard Lærum, Jon Tysdahl, Inger Anette Finrud og Anne Heidi Skogholt, Helsedirektoratet, orienterte NUFA om Helsedirektoratets oppdrag med å utrede konsekvensene av helsedataforordningen og om innholdet i forordningen som var relevant for tiltakene som ble presentert i møtet. Det var ønskelig å drøfte forslag til tiltak og konsepter for å imøtekomme kravene i forordningen. Innspill: • Det var ønskelig å vite hvilke forutsetninger som legges til grunn for dagens pålogging for å ivareta tjenestene som treffes av dette. Helsedirektoratet svarte at noen land bruker allerede MyHealth@EU, og at i forbindelse med at Norge har koblet seg på tjenesten så ble HelseID vurdert å oppfylle kravene til autentisering. Kravene etter forordningen er at helsepersonell må ha e-ID som er i samsvar med art. 6 i eIDAS eller være i samsvar med spesifikasjoner fastsatt etter art. 36. • Det bør ses på felles kriterier å vurdere de ulike konseptene for aksess tjenesten opp mot. Helsedirektoratet kommenterte at de ser det er mye som går på tvers. • Det ville vært nyttig for NUFA å få se kriteriene og vurderingene av konseptene. • Det er viktig å forstå de kliniske konsekvensene og deres behov, før et konsept velges. Kjernejournal gjør det vanskelig å dele data. Fastlegene må ikke oppleve at dataen ligger flere forskjellige steder, eller at det samles inn mye data som ikke kan brukes. • Dagens skille mellom primær og sekundærdata er nå litt unaturlig. • Norsk helsenett SF mener konseptene er for teoretiske slik de fremkommer nå og at svarene kommer under operasjonalisering av konseptene. Norsk helsenett SF støtter derfor ingen av konseptene. • De behandlingsrettede registrene må også inkluderes. • Apotek ser liten nytteverdi i å gjøre utviklingen av funksjonalitet i apotekløsningen for håndtering av utenlandske resepter i Norge. EU-resepter utgjør en liten andel. Det ekspederes om lag 1200 EØS resepter i apotek pr måned. I 2024 ekspederte apotek til sammen 70,6 millioner resepter på legemidler og andre varer. • Apotek mener myndighetene må ta ansvar for å finansiere og utvikle løsning som apotek kan benytte for å utlevere EØS resept i Norge. • Det ble stilt spørsmål om hvor nyansert EU-forordningen er når det gjelder personvern. Helsedirektoratet svarte at helsepersonell kun skal ha tilgang til relevant og nødvendig

	informasjon om pasienten. Helsepersonellet skal ikke oppleve forskjell mellom å behandle en norsk eller en EU-pasient. Pasienter kan reservere seg mot at opplysninger deles. Helsedirektoratet oppsummerte med at det å gjøre minimumsløsningen gir ikke nytte til alle. Vi har en ambisjon om å bruke EU-formatene på digital samhandling.
	Vedtak: NUFA drøftet saken. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.
27/25	Nasjonal informasjonsforvaltning – veikart og datadomener Arbeidet med å styrke helhetlig informasjonsforvaltning fortsetter, både på strategisk, taktisk og operativt nivå. I 2025 settes modell for helhetlig informasjonsforvaltning i verk på flere områder. For å sette strategisk retning på området er det utarbeidet et veikart for informasjonsforvaltning 2025-2035. Jon Stolpnæssæter og Olav Andreas Hoemsnes, Helsedirektoratet, og Terje Bremnes, Helse Vest RHF, la frem saken for NUFA og ønsket å drøfte veikartet for å sikre god operasjonalisering av veikartet de neste årene. Innspill Nasjonal informasjonsforvaltning – veikart: • Veikart for nasjonal informasjonsforvaltning har fått en bra helhetlig struktur. • Det kan være lurt å jobbe med konkrete caser, for å unngå at det blir for teoretisk. Helsedirektoratet kommenterte at de har jobbet mest teoretisk i starten, men har nå begynt å jobbe med behov fra sektoren. Her jobbes det sammen med kompetansenettverket. • Denne modellen bør kunne brukes av andre sektorer også. Her må vi tenke tverrsektorielt, også når det kommer til standarder. • Det ble stilt spørsmål til hvor det kliniske behovet kommer inn, og hvordan klinikere kan bruke dette. Helsedirektoratet kommenterte at de ønsker å se helhetlig på det og ta med leger og helsepersonell inn i diskusjoner etter hvert. Det er viktig å se det store bildet. Vi jobber strategisk, taktisk og operativt. • Samhandling på tvers må ta utgangspunkt i det som faktisk er i bruk. • Bruk av standarder generelt sett oppleves litt varierende. En av årsakene kan være at noen av standardene må det betales for, for å få tilgang til. Det bør en vurdere å løse opp i. • For å lykkes med operasjonaliseringen av dette så kreves det en kulturendring, for å forstå alt dette. Noe som kan være krevende. Helsedirektoratet oppsummerte med at de hører flere innspill til hvorfor sektor har behov for nasjonal informasjonsforvaltning. Vi har ikke alt på plass i dag, og det er derfor vi har en plan på 10 år. EHDS er stort og betyr mye, men det er også mange andre ting en må balansere. EHDS er ikke en isolert ting, alt må ses i sammenheng. Nasjonal informasjonsforvaltning må være med på å se på hvordan alt skal henge sammen, hvor blant annet EHDS kan være med på å dra dette fremover. Vi må bli enige om retningen og hva vi skal prioritere først. Innspill Nasjonal informasjonsforvaltning – datadomener: • Syretesten rundt datadomener blir å gå fra teori til praksis, og hvordan få dette til å gi verdi. • Det må tydeliggjøres hva definisjonen på et domene er, hvem som bestemmer avgrensningene innenfor et domene, og hvordan jobbe med dette på tvers av hele helsesektoren.

	• Et domene som kommer til å komme kraftig fremover er miljø. Det påstås at sykehusene er en av de største forurensnerne. Er det muligheter for at disse datadomenene kan brukes til måling av det. • Det er viktig med prosesseierskap, eller domeneeierskap, knyttet til hvert domene. • Det er viktig å få en forståelse for hva dette kan gi av verdi, knyttet til anvendbarhet og brukbarhet. • Vi må knytte dette til konkrete eksempler som gjør det mulig å forstå gevinstene. Vi må rotfeste det i noe som er konkret. • Sektoren trenger nasjonal føring på hva vi skal ha tilgang til, og når.
	Vedtak: NUFA stiller seg bak forslaget til veikart for informasjonsforvaltning 2025-2035 og ber Helsedirektoratet og kompetansenettverket for informasjonsforvaltning ta med seg innspillene videre i operasjonaliseringen av veikartet. Videre ber NUFA om at innspillene til utprøving av datadomener i helse- og omsorgstjenesten blir tatt med i det videre arbeidet.
28/25	Foreldres tilgang til barns digitale tjenester – status etter ekstern høring
	Helsedirektoratet fikk våren 2024 i oppdrag om å publisere en veileder for foreldres digitale innsyn i barns pasientjournal. 20.mars 2025 ble utkast til Foreldres tilgang til barns digitale innbyggertjenester fra helse og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet sendt på ekstern høring. Vibeke Herikstad, Helsedirektoratet, la frem saken og ønsket å gi NUFA en oppsummering av innspillene som kom inn. Videre var det ønskelig med råd fra NUFA for implementering av veilederen. Innspill: • Veilederen ser fornuftig ut, men det er krevende å se hvordan veilederen blir til slutt. Derfor er det vanskelig å gi råd om implementering. Veilederen må harmoniseres med dagens virkelighet. Vi har behov for informasjon om hvilke endringer som blir gjort før vi kan vurdere. • Det at fastlegene blir pålagt en plikt for å sperre for innsyn når hen mener det er behov kan være krevende. Forståelsen for når det skal sperres er det ikke gitt at alle fastleger har. Det løses ikke ved omfattende opplæring. • Interoperabilitet og koder er viktig for innføring av dette. Helsedirektoratet kommenterte at det er dialog med standardiseringsmiljøet i direktoratet. Det må deles strukturert til neste mottaker. Vi håper at dette er sparket som skal til for å komme i gang. • Det er noen forutsetninger som må komme på plass før dette kan innføres. Som blant annet en avklaring på hvem det er som skal samtykke og hvem som skal ha innsyn. • Helsedirektoratet sa at EHDS kommer. Den digitale retten kommer, og vi ønsker å hjelpe sektor til å forberede seg med denne veilederen når vi har et godt format.
	Vedtak: NUFA drøftet saken og ba Helsedirektoratet ta med NUFAs innspill til tiltak med i det videre arbeidet.
29/25	Økt bruk av kvalitetssikrede digitale verktøy innen psykiske helsetjenester
	Inger Anette Finrud og Anette Jørve Ingjer, Helsedirektoratet, orienterte NUFA om pågående utredningsarbeid – <i>Økt bruk av kvalitetssikrede digitale verktøy innen psykiske helsetjenester</i>. Utredningsarbeidet har bred deltakelse på tvers av avdelinger i Helsedirektoratet og samarbeider godt med aktuelle aktører i helse og omsorgstjenesten, samt pasient, og bruker- og pårørendeorganisasjoner. Det var ønskelig med innspill fra NUFA om konkrete forslag til tiltak som nå er til vurdering i utredningen. Innspill:

	• Det er bra vi får en offentlig vei inn til selvhjelpsverktøy. • Det må defineres tydelig på hvilket tidspunkt bruken av selvhjelpsverktøy går over til å være helsehjelp, om når det treffer helsetjenesten. • Kunnskapen i mottaket ved bruken av selvhjelpsverktøy vil være avgjørende for om det vil avlaste helsepersonell. • Pasientene er i stort mer positive til selvhjelpsverktøy enn klinikere. Dette må kommuniseres godt ut slik at helsepersonell forstår og ser nytten av dette. • Det er viktig at det lages verktøy som klinikere faktisk kan bruke, og bygge tillit rundt det. • Det er viktig at klinikere involveres i anskaffelsen av slike selvhjelpsverktøy. • Det er viktig å tydeliggjøre hva som legges i behandling og behandlingsformer i dette. • Selvhjelpsverktøy bør være nasjonale løsninger, unngå variasjon. Ansvar for dette må være tydelig. • I Oslo er det en markant økning rundt psykisk helse og rus, så her trenger vi å tenke nytt og kombinerte løsninger. Da er det bra slike verktøy utvikles.
	Vedtak: NUFA drøftet saken og ba Helsedirektoratet ta med seg innspillene fra NUFA i det videre arbeidet.

Sak	Torsdag 30. oktober 2025
30/25	Temadag – FHI
	Under pandemien ble Folkehelseinstituttets (FHI) arbeid synlig for mange, og instituttet fikk økt oppmerksomhet. Likevel er det fortsatt mange som ikke kjenner til hele bredden av FHIs virksomhet. Målet med denne temadagen var å gi et innblikk i mangfoldet av oppgaver og fagområder FHI jobber med – både innen forskning og utvikling. Det vises til presentasjonene som ligger på NUFA sine sider på helsedirektoratet.no for informasjon om det som ble presentert i møtet. Temaer som ble presentert i møtet: • Hvilke data har vi? v/ Mohammad Nori Sharikabad, FHI ○ FHI samler inn og forvalter store mengder helsedata. Disse dataene publiseres som statistikker, analyser, styringsdata og forskningsartikler. I tillegg gjøres dataene tilgjengelige for brukere av helsedata etter søknad. ○ Et mer samlet helseregistermiljø har nå etablert seg i organisasjonen. FHI har en klar strategi for å sikre at helsedataene blir til nytte for samfunnet. ○ Klinikere etterlyser hvordan de kan bruke dataene i registrene i sine journalsystem. FHI ser på hvordan de kan lage produkter som kan nyttiggjøres i primærhelsetjenesten. Forskning på individnivå er helt i starten. • Statistikk v/ Gutorm Thomas Høgåsen, FHI ○ Stat19, med mål om mer effektiv sammenstilling av helsedata i nær sanntid. Bedre tilgang til ferske data vil gjøre oss mer forberedt ved kriser. ○ Det juridiske her er komplisert. Stat19 er ikke et helseregister. Dette er en samling av data av helseregistre. I helseregistre finnes det en identifikator på deg som individ, det gjør det ikke i Stat19. Men, teknologien som ligger bak for å samle disse dataene, og når EHDS kommer på plass og det blir modning i lovverket, så har vi teknologien på plass. For eksempel ved en ny pandemi. ○ Det er et sterkt ønske å få ut data fra helseregistre til bruk i en klinisk arbeidshverdag. FHI er klar for en ny pandemi, men det er ikke fastlegene. Vi må kunne levere på det vi faktisk trenger. ○ Når det gjelder data til forskning skal det bli lettere å få utlevert data når dataene nå er samlet organisatorisk. Men det må lages mer effektive søknadsprosesser. • HDAB – Health Data Access Body v/ Øystein Johansen, Trine Orten Groven, FHI

	○ EHDS er en del av EUs ambisjon for et felles europeisk dataområde hvor data har mulighet til å flyte fritt på tvers av sektorer og land. ○ Et ledd i forberedelser of implementering av EHDS er etablere Helsedataservice som koordinerende for HDAB. ○ Det er utarbeidet 3 konsepter til organisering av roller og plikter for HDAB-funksjonen i Norge. Det kom innspill om at data til sekundærformål med tas med når konseptene vurderes. • KPR modernisering v/ Gard Maurud, FHI ○ Det er opprettet faglige referansegrupper for bred forankring. Noe som er viktig for å kunne hente ut gevinstene. • Tre forskningsprosjekter – forskning i Norge ○ Registerbasert verktøy for forebygging av hjerneslag ved atrieflimmer i Norge – RegTool AFNOR v/ Elisabeth Kvalvaag, postdoktor ○ Overdoser som skyldes reseptbelagte legemidler – kunnskapsgrunnlag og utvikling av verktøy v/ Ingvild Odsbu, seniorforsker, FHI ○ Registerdata sikrer oss verdens beste kreftbehandling v/ Bettina Kulle Andreassen, Kreftregisteret, FHI • Tre forskningsprosjekter – forskning på tvers av landegrenser ○ Alvorlige (hjerte) bivirkninger etter coronavaksinen v/ German Tapia, FHI ○ Eksposom-prosjektet ATHLETE v/ Cathrine Thomasen ○ Darwin EU og OMOP, Internasjonal sekundærbruk av helsedata i praksis v/ Espen Enerly, Kreftregisteret, FHI • Smittevern – Hvordan jobber FHI med smittevern etter pandemien? v/ Preben Aavitsland, FHI ○ NUFA ga skryt til FHI for arbeidet som gjøres rundt smittevern.
	<u>Vedtak:</u> NUFA drøftet sakene som ble presentert i møtet. Folkehelseinstituttet tar med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.
31/25	Eventuelt
	Det kom ingen saker til eventuelt.

Til Møte 1/26
Dato 21.01.2026
Saksnummer 3/26
Innretning Drøfting

Sakseier Norunn Saure
Saksbehandler Per Ludvig Skjerven

Videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier

Forslag til vedtak

NUFA drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologier.

Hensikt med saken

Hensikten med saken er å få innspill til hvordan veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier bør videreutvikles.

Bakgrunn

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet etablert første versjon av en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi, og lanserte 1. oktober 2025 en [felles nasjonal oversikt](#) over krav, anbefalinger og godkjenninger. Arbeidet utvikles stegvis, og skjer i samarbeid med KS, Norsk helsenett SF, Folkehelseinstituttet og helsenæringen.

Målet er å gjøre nasjonale krav, anbefalinger og godkjenninger for helseteknologi lettere tilgjengelige og forståelige. Ordningen skal bidra til å forenkle anskaffelsesprosessene hos kommuner og andre helsevirksomheter, samt bidra til økt forutsigbarhet og forenkling for leverandører. Arbeidet har også som formål å støtte opp om satsingen for å fremme økt eksport for helsenæringen.

Første versjon ble lansert 1. oktober 2025

Første versjon er et startpunkt med utgangspunkt i eksisterende tjenester i NHN, FHI, KS og Helsedirektoratet. Det ble tatt utgangspunkt i kommunenes behov i første versjon av ordningen, men veilednings- og godkjenningsordningen vi også kunne være nyttig for andre deler av helsetjenesten og leverandørmarkedet.

Følgende områder ble prioritert i 2025:

1. **Krav og godkjenningsprosedyrer for interoperabilitet**
Oversikt over krav og godkjenningsprosedyrer for integrasjon med samhandlingstjenester, e-helseløsninger og helseregistre. Krav og godkjenningsprosedyrer for interoperabilitet er samlet

og gjort tilgjengelig. Det er også publisert lenker til lister over godkjente produkter med integrasjoner mot de nasjonale samhandlingstjenestene hos NHN og helseregistre hos FHI.

2. **Krav til informasjonssikkerhet og personvern**

Utvikling av et rammeverk for trygg digitalisering, som definerer krav innen informasjonssikkerhet og personvern med utgangspunkt i Normen og lovgivningen. Det legges til rette for selvdeklareringsverktøy.

3. **Samlet oversikt**

En samlet og brukertilpasset oversikt over nasjonale krav, godkjenninger og anbefalinger for anskaffelse av helseteknologi, samt oversikt over leverandører som oppfyller kravene.

Arbeidet skjer i samarbeid med sentrale aktører i helsesektoren. Det er etablert et aktørnettverk som består av representanter fra KS, NHN, FHI og Norway Health Tech, samt fem leverandører utpekt av TEK Norge. Det er etablert et sektorråd med NHN, FHI, KS og Helsedirektoratet. Ytterlige deltakelse og organisering vil vurderes nærmere ut ifra prioriterte oppgaver i 2026.

Videreutvikling

Helsedirektoratet har i oppdrag å videreutvikle ordningen, og vil i samarbeid med NHN, FHI og KS forbedre innhold og funksjonalitet knyttet til den samlede nasjonale oversikten. Aktørene vil arbeide videre med harmonisering og samordne formidling av krav, veiledning og godkjenninger innenfor egne ansvarsområder og på tvers av aktører.

Helsedirektoratet har satt i gang et prosjekt for å oppdatere kriteriene for innhold i referansekatalogen for e-helse. Det planlegges for en høring av reviderte forslag til kriterier og innhold i katalogen, for å sikre bred involvering og innspill fra sektor. Etter høringen vil innspillene bli vurdert, og katalogen vil bli oppdatert i henhold til justerte kriterier.

FHI vil videreutvikle oversikten over godkjente leverandører og standardisere informasjon om innrapportering til helseregistrene.

KS Digital arbeider med å videreutvikle selvdeklaringsløsningen knyttet til rammeverket for trygg digitalisering, med mål om lansering som del av veilednings- og godkjenningsordningen i løpet av 2026. Selvdeklaringsløsningen skal gjøre det enklere for leverandører og helsevirksomheter å håndtere krav til informasjonssikkert og personvern i anskaffelsesprosesser. Helsedirektoratet bidrar i arbeidet.

Innretningen av ordningen skal ses i sammenheng med krav i den europeiske helsedataforordningen (EHDS). Innføringen av helsedataforordningen vil stille nye krav til journalløsninger og andre IKT-løsninger knyttet til interoperabilitet og sikkerhet, og det skal etableres en test- og godkjenningsordning (selvdeklarering) for systemleverandører. Helsedirektoratet, NHN, KS, næringsklyngene og leverandører er involvert i arbeidet. Veilednings- og godkjenningsordningen kan være et naturlig knutepunkt og kanal for informasjon, veiledning og kompetanse for aktørene som berøres av EHDS.

Det har for øvrig kommet innspill om at ordningen bør inkludere områder som kvalitetsrammeverk for selvhjelpsverktøy og kunstig intelligens (KI), samt veiledning, krav og standarder for brukskvalitet.

Diskusjonspunkt:

Hva er de viktigste områdene for videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen de neste årene?

Videre saksprosess

Helsedirektoratet jobber videre med videreutviklingen av veilednings- og godkjenningsordningen i 2026 i samarbeid med aktørene i sektoren.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

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

Til Møte 1/26
Dato 21.01.2026
Saksnummer 4/26
Innretning Drøfting

Sakseier Norunn Saure
Saksbehandler Bjørnar Alexander Andreassen

Videre arbeid med digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi

Forslag til vedtak

NUFA drøftet og ga råd om tiltak og virkemidler innen digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi. Innspill fra NUFA tas med i videre arbeid og plan for 2026.

Hensikt med saken

Formålet med å løfte saken til NUFA er å få innspill til hvilke grep sektor og sentral helseforvaltning bør prioritere for å styrke og tilrettelegge for økt og sikker bruk av arbeidsbesparende teknologier som digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi.

Saken meldes opp som en oppfølging av tidligere innspill, blant annet fra rådsmodellen. I tillegg ses dette opp mot nye erfaringer gjennom 2025 og Riksrevisjonens rapport om digital hjemmeoppfølging. Vi ønsker også NUFA sine innspill til arbeidet med velferdsteknologi og foreslåtte normeringsbehov særlig knyttet til responscenter og digitalt tilsyn, blant annet som følge av Helsetilsynets funn i sine tilsynsrapporter.

Bakgrunn

Det er et uttalt mål at innbyggere skal bo hjemme selv med store helseutfordringer. Samtidig møter flere kommuner allerede nå mangel på helsepersonell. Mange av landets kommuner er i tillegg i en økonomiske utfordrende situasjon, og må legge ned tjenester og redusere tilbud. For å møte bærekraftsutfordringene må vi ta i bruk digitale verktøy og samhandle mer, og vi må utnytte ressursene på best mulige måte. Dette gjelder både internt i den enkelte kommune, i samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og sykehus.

Det har over lengre tid vært et målrettet arbeid knyttet til å ta i bruk velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Oslo Economics sin rapport fra KS viser at det er stort potensiale i å ta i bruk velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging¹. Mange kommuner har tatt i denne type verktøy i bruk, men det er stor variasjon og langt unna det antatte potensialet. Helseteknologiordningen er et verktøy for å støtte kommuner i å ta i bruk teknologi for å møte disse utfordringene, både gjennom tilskudd til

¹ [Gir helseteknologi forventede gevinster?](#)

kommuner og til samhandling, tilskudd til nettverk gjennom KS og utvikling av en veiledning- og godkjenningsordning.

Digital hjemmeoppfølging:

Riksrevisjonens rapport om digital hjemmeoppfølging² viser at sykehusene i liten grad har tatt i bruk digital hjemmeoppfølging, at det er manglende samhandling med kommuner og at det er behov for bedre styringsinformasjon. Rapporten påpeker at det er et stort potensial for å øke bruken av digital hjemmeoppfølging, og for å utjevne uønskede geografiske variasjoner.

Erfaringsrapporten fra spredning av digital hjemmeoppfølging 2022 – 2024 ble publisert i mai 2025³. Brukerne rapporterer svært gode erfaringer og tilbakemeldingen fra prosjektene er positive også når det gjelder helsepersonellens opplevelse og effekter på tjenesteforbruk. For mange av prosjektene er det imidlertid fortsatt små data, selv om noen har begynt å skalere godt. Det er fortsatt barrierer for å sikre at digital hjemmeoppfølging skal bli en effektiv tjeneste. Det er særlig finansiering, både ved oppstart, innføring og i drift, manglende mulighet for datadeling og integrasjon til journal som løstes som utfordringer, samt anskaffelser. Noen har gjennomført felles anskaffelser innen helsefelleskapet, og ser at dette kan lette samarbeid og gjøre det lettere å komme i gang for mindre kommuner. De fleste kommuner er opptatt av at det må gi gevinster også i kommunen, og at man må se på fordeling av kostnader og ansvar. Gevinstrealisering er utfordrende, og det er behov for finansieringsmodeller som kan øke omstillingstakten og gi støtte over i drift.

Helse- og omsorgsdepartementet arrangerte et møte i november 2025 med leverandører, KS, RHFene og Helsedirektoratet. Temaet var hva som skal til for å få ytterligere fart på bredding av digital hjemmeoppfølging, samt hvordan helseteknologiordningen fungerer for å bredding og ibruktaking. Leverandørene løftet frem at det finnes gode løsninger som i for liten grad tas i bruk. Helseteknologiordningen fungerer godt, men er for liten, og det er en utfordring at finansieringssystemer ikke støtter drift. Andre innspill tok opp betydning av endringsledelse, behov for å etablere kompetanse og støtteapparat, mer forskning og samarbeid på tvers, og bedre finansieringsmodeller. Videre ble mulighet til å dele f.eks. egenbehandlingsplaner, standardiserte grensesnitt, samt å muliggjøre kopling mellom NPR- og KPR-data for å se aktivitet og gevinster på tvers nevnt. Utfordring med at gevinster av personellbesparende teknologier ikke nødvendigvis vises på samme tjenestenivå og samme budsjetter som innsatsen ytes på ble også nevnt. For eksempel hvis kommunens økte innsats har som primære gevinst å forebygge eller utsette sykehusinnleggelser.

Digital hjemmeoppfølging er fortsatt i utvikling, både for å skalere og å rette tiltaket til nye målgrupper. Det er fortsatt behov for utvikling og deling av beste praksis. Flere jobber f.eks. med å tilrettelegge og etablere tilbud til personer med psykiske lidelser. Det jobbes aktivt for å øke volum og bredde til flere kommuner. Det ligger også et stort potensial i samordning mellom kommuner innen helsefelleskapene og i samhandling om felles pasienter på tvers av tjenestenivåene. Selv om flere kommuner/prosjekt er over i drift, er det behov for utvikling til nye grupper og støtte til de som er i oppstart. Innen mange helsefelleskap jobbes det med å etablere felles oppfølgingssenter for digital hjemmeoppfølging og mange har fått rekrutterings- og samhandlingsmidler til videre utviklingsarbeid.

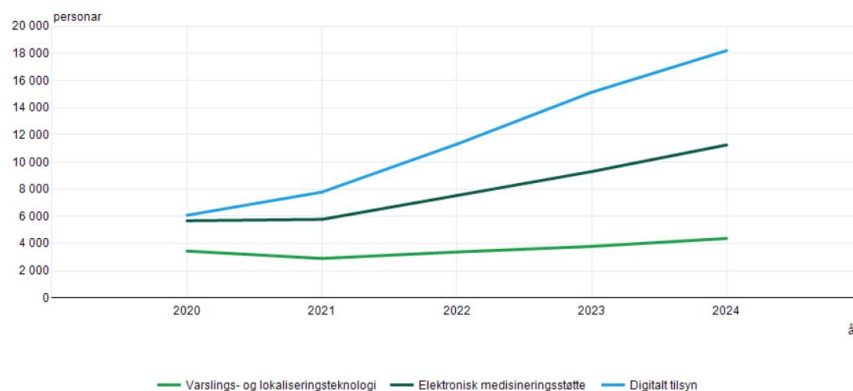
Velferdsteknologi:

Bruken av velferdsteknologi har vært i jevn økning i kommunene de senere årene. I kommunalt pasient- og brukerregister har vi oversikt over bruken av trygghetsalarm, digitalt tilsyn, elektronisk medisineringsstøtte og lokaliseringsteknologi. Trygghetsalarmer ligger på et noenlunde stabilt nivå. Analyser viser også at vi der er på omtrent samme nivå som Sverige, hvilket kan være en indikasjon på at behovet er dekket. Når det gjelder de tre andre velferdsteknologiene så er bruken i jevn stigning. Her er den geografiske variasjonen stor, og potensialet er nok vesentlig høyere når det gjelder grad av implementering.

² [Digital sjukehusoppfølging blir for lite brukt](#)

³ [Erfaringsrapport: Spredning av digital hjemmeoppfølging 2022-2024 - Helsedirektoratet](#)

11642: Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter tenestetype og år. Hele landet, i alt, Brukarar av omsorgstenester.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

I følge tidligere nevnte gevinstrapport fra Oslo Economics/KS og tidligere gevinstrapporter fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram⁴ har velferdsteknologi, særlig digitalt tilsyn og elektronisk medisineringsstøtte, stort arbeidsbesparende gevinstpotensialet. Det er derfor ønskelig å øke bruken av disse teknologiene, samt å redusere uønsket geografisk variasjon i utbredelse. For å følge med på dette er det opprettet en egen indikator i eldrebarmometeret som setter fokus på om kommunen har tatt i bruk minst en velferdsteknologi "ut over trygghetsalarm"⁵. I tillegg er det utarbeidet en egen nasjonal kvalitetsindikator for bruk av lokaliseringsteknologi for personer med demens⁶.

Selv om det er stor enighet knyttet til behovet for økt bruk av velferdsteknologi ser man også at flere kommuner har utfordringer knyttet til bruk av velferdsteknologi. Helsetilsynet har gjennomført både landsomfattende tilsyn på elektronisk medisineringsstøtte⁷ samt enkeltstående tilsyn på trygghetsalarm⁸ og digitalt tilsyn⁹, og disse viser at det gjøres feil som kan gå ut over både pasientsikkerheten og realisering av gevinster av velferdsteknologi. Dette indikerer at parallelt med arbeid for å øke bruk av velferdsteknologi bør det tas grep for å sikre at pasientsikkerheten ivaretas når velferdsteknologi tas i bruk.

Her er en oversikt over de mest sentrale tilsynene som Helsetilsynet har gjennomført på velferdsteknologiområdet:

[Medisindispensere kan gi trygghet – når de brukes riktig | Helsetilsynet](#)

Hovedfunn fra det landsomfattende tilsynet på elektronisk medisineringsstøtte er:

- Det gjøres mye godt arbeid i hjemmetjenestene, og pasientene er gjennomgående fornøyde med medisindispenser som tiltak.
- Medisindispensere kan styrke pasientsikkerheten, men de innebærer også risiko som kommunene må ta høyde for ved sin planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av tjenestene.
- Det er mangler i kommunenes tilrettelegging av god faglig praksis.
- Kommunene har i for liten grad oversikt over egne tjenester.

⁴ [Gevinstrealiseringsrapport - en kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram, 2021.pdf](#)

⁵ [Eldrebarmometeret - kommune - Helsedirektoratet](#)

⁶ [Lokaliseringsteknologi til hjemmeboende personer med demens - Helsedirektoratet](#)

⁷ [Tilsyn med bruk av medisindispenser hos hjemmeboende eldre | Helsetilsynet](#)

⁸ [Håndtering av utløst trygghetsalarm i hjemmet | Helsetilsynet](#)

⁹ [Digitalt tilsyn på sykehjem og i hjemmetjenester – mer enn bare teknologi](#)

Digitalt tilsyn på sykehjem og i hjemmetjenester – mer enn bare teknologi

Det siste året har Helsetilsynet registrert en økning i antall varsler om alvorlige hendelser relatert til bruk av digitalt tilsyn i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Manglende alarmering fra digitalt tilsyn har i flere tilfeller ført til at pasienter ikke har fått nødvendig helsehjelp i tide, som igjen har resultert i alvorlige skader eller dødsfall.

Håndtering av utløst trygghetsalarm i hjemmet | Helsetilsynet

Gjennomgangen viste at:

- responstiden ble overholdt, men det fremstår mer tilfeldig enn som resultat av planmessig styring
- kommunen mangler helhetlig og koordinert håndtering av trygghetsalarmer og responstjenester
- tjenestemottakere som kun har trygghetsalarm som tiltak, er særlig risikoutsatt

Hvordan kan Helsedirektoratet og sektor styrke og tilrettelegge for økt og sikker bruk av arbeidsbesparende teknologier som digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi?

Det er flere mulige tiltak og virkemidler som kan iverksettes på området. Det totale virkemiddelapparatet kan berøre organisatoriske, regulatoriske, finansieringsmessige og faglige forhold. Noen eksempler på virkemidler er:

- Helseteknologiordningen gir tilskudd til kommuner for å ta i bruk helseteknologi (herunder digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi)
- Eksisterende og mulige framtidige normerende produkter.
 - Det finnes nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging¹⁰, men som bør revideres
 - Nasjonalt faglig råd for digitalt tilsyn.
 - Nasjonalt faglig råd for responstjenester for trygghetsskapende teknologier
 - I tillegg vurderes det om faglige råd for elektronisk medisineringsstøtte kan bli en del av det nasjonale faglige rådet for multidose¹¹.
- Nasjonale kvalitetsindikatorer for utbredelse og effekt/gevinst av digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi – her er det p.t. en slik indikator, lokaliseringsteknologi for personer med demens¹².
- Analyser knyttet til bruk og gevinster av digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi (eksempel: eldrebarometeret). Krever lettere tilgang til data på tvers av forskjellige register (primært KPR og NPR).
- Vurdere revisjon av på virkemidler som velferdsteknologiens ABC¹³ og kvikkguider for velferdsteknologi¹⁴ og digital hjemmeoppfølging¹⁵.

Gjennom å løfte denne saken til NUFA, ønsker vi innspill til hvilke grep som Helsedirektoratet og sektor bør ta for å styrke og tilrettelegge for økt og sikker bruk av arbeidsbesparende teknologier som digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi.

¹⁰ [Digital hjemmeoppfølging - Helsedirektoratet](#)

¹¹ [Multidose - Helsedirektoratet](#)

¹² [Lokaliseringsteknologi til hjemmeboende personer med demens - Helsedirektoratet](#)

¹³ [Velferdsteknologiens ABC - Hjem](#)

¹⁴ [PowerPoint Presentation](#)

¹⁵ [Kvikk-guide digital hjemmeoppfølging](#)

Videre saksprosess

- *Helsedirektoratet tar innspill fra NUFA med i det videre arbeidet med digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi*

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Digital hjemmeoppfølging har vært oppe til behandling i rådsmodellen tidligere;

Saksnummer	Møte og dato	Tittel på sak	Vedtak
14/25	NUFA 23.04.2025	Digital hjemmeoppfølging	NUFA drøftet og ga råd til innretning av videre satsing på digital hjemmeoppfølging gjennom Helseteknologiordningen. Innspill fra drøftinger og råd fra NUFA tas med i videre arbeid i 2025 og plan for 2026
14/25	NUIT 15.5.2025	Erfaringer fra arbeid med digital hjemmeoppfølging fra Bergen og Oslo	NUIT drøftet arbeidet som ble presentert i møtet. Helsedirektoratet, Bergen og Oslo kommune tar med seg innspillene som kom fra NUIT i deres arbeid videre med digital hjemmeoppfølging.
33/25	Nasjonalt e-helseråd desember	Riksrevisjonens gjennomgang av digital hjemmeoppfølging i spesialisthelsetjenesten	Nasjonalt e-helseråd tok Helsedirektoratets orientering om Riksrevisjonens undersøkelse om bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester hjem ved hjelp av teknologi til orientering, og bidro med en drøfting knyttet til mulig oppfølging av undersøkelsens funn.

Til Møte 1/26
Dato 21.01.2026
Saksnummer 5/26
Innretning Drøfting

Sakseier Fagdirektør digitalisering Roger Schäffer, FHI
Saksbehandler Avdelingsdirektør Tove Brekken, FHI

Forvaltning av metadata for kodeverk

Forslag til vedtak

FHI tar med seg innspill og råd fra NUFA inn i det videre arbeidet med å etablere helhetlig forvaltning av metadata for sentrale kodeverk brukt i innrapporteringen til helseregistre.

Hensikt med saken

Saken løftes til NUFA for å få strategiske og taktiske råd om retning, organisering og samordning av metadataforvaltning av kodeverk, ikke for å beslutte konkrete løsninger.

FHI ønsker å belyse utfordringer knyttet til forvaltning av metadata om kodeverk som benyttes i helsetjenesten og legges til grunn for rapportering til nasjonale helseregistre. Utfordringene forplanter seg videre til brukere av data som f.eks. analysemiljøer i helsetjenesten. Det ønskes å drøfte alternative tilnærminger for å sikre bedre helhet og konsistens i bruk av data til forskning, styring, statistikk og annen helseanalyse, både lokalt og nasjonalt.

- FHI har behov for en mer helhetlig og styrket metadataforvaltning av kodeverk for rapportering til helseregistrene. De samme kodeverkene benyttes i de behandlingsrettede helseregistrene som utover å være helt sentrale i behandlingsaktiviteten også er grunnlag for lokal forskning, styring, statistikk og andre helseanalyser. Det ønskes drøftet om også helsetjenesten utenfor FHI har de samme behovene for bedre løsninger på utfordringene og mulighetene beskrevet i notatet.
- Det ønskes innspill på gode løsninger utfra gjennomprøvd lokal praksis i helsetjenesten, samt andre innspill til konsepter og tilnærming til området i det videre arbeidet.

Bakgrunn

Nær alle de lovbestemte helseregistrene ble samlet i FHI 1.1.2024 og dette har gitt oss ny innsikt i felles utfordringer og muligheter med utvikling av helseregistrene. Herunder ser vi at det er behov for en mer helhetlig forvaltning av metadata rundt flere av kodeverkene benyttet for innrapportering til helseregistrene.

Data i helseregistre benyttes til styring på ulike måter, herunder som grunnlag for beregning av innsatsstyrt finansiering, gjestepasientoppgjør, ventetider og pasientrettigheter, nasjonale over sikter over sykehusbelegg, styringsdata for kommunale helse og omsorgstjenester mv.

Data fra helseregistre som SYSVAK blir også brukt lokalt til å holde oversikt over vaksinasjonsstatus for enkeltindivid og vaksinasjonsdekningen lokalt og nasjonalt. Gjennom tjenesten KoSy (kommunens sykdomsoversikt) kan alle landets kommuneoverleger få tilgang på dagsaktuell statistikk for sykdom, smitte og vaksinasjon i egen kommune, slik at de kan følge opp det lokale smittevernarbeidet.

Årlige publiserte kommune- og fylkeshelseprofiler er i stor grad basert på data fra helseregistrene og blir blant annet benyttet i oppfølging i det kommunale folkehelsearbeidet.

Alle helseregistrene publiserer statistikker som viser innholdet i registrene i FHI sin åpne statistikkportal samt at det utgis kvalitetssikrede årsstatistikker. Flere av helseregistrene inngår også i Det nasjonale statistikkprogrammet over offisiell statistikk som forvaltes av SSB. Helseregisterstatistikk er et viktig redskap i utformingen av evidensbasert helsepolitikk. Det benyttes også til å beregne sykdomsbyrden i Norges befolkning som er et mål på det samlede helsetapet gjennom tidlig død og sykdommer og skader.

Data fra helseregistrene er også essensielle i helseforskning og øvrige helseanalyser. De er spesielt attraktive grunnet nasjonal dekning, lange tidsserier og høy kvalitet.

Helseregistrene står også helt sentralt i arbeidet med global helse. Norske helseregistre blir benyttet til å levere pålitelige data til internasjonale organisasjoner, drive internasjonal helseforskning, støtte evidensbasert internasjonal helsepolitikk, planlegge forebyggingsstrategier, styrke global beredskap og bygge kapabiliteter andre land.

Forvaltning av kodeverk skjer i dag gjennom etablerte normerings- og forvaltningsstrukturer, herunder sentrale aktører med ansvar for utvikling og publisering av kodeverk. FinnKode, forvaltet av Helsedirektoratet, er en god tjeneste for oversikt over gjeldende kodeverk. Samtidig er disse strukturene i hovedsak rettet mot primærbruk i helsetjenesten. Behov knyttet til sekundærbruk – som analyse, forskning, statistikk og historiske sammenstillinger – er i mindre grad ivare tatt, særlig når det gjelder tilgjengelig og maskinlesbar metadata om historikk, versjoner og endringer.

Utfordringsområder

Helseregistrene i Norge er av høy kvalitet og har longitudinelle datasett. Dataene i helseregistrene er også i hovedsak strukturelle data som gjør dem spesielt godt egnet til sine formål. Det er benyttet nasjonale og internasjonale kodeverk for registrering av dataene og kodeverksbruken er sentral for verdien av registrene. Det er imidlertid krevende å forvalte metadataene rundt kodeverk.

De enkelte registermiljøene har ulike tradisjoner og løsninger for utfordringen med dokumentasjon på historikk over revisjoner og versjoner av kodeverk, konverteringer mellom kodeverk, gyldighetstider for kodeverk, endringer i enkeltkoder, forutsigbarhet i kommende kodeverk mm. Disse løsningene er til dels ressurskrevende å vedlikeholde og oppdatere. Potensialet for feil eller ulikheter i data knyttet til at det ikke er en enhetlig metadataforvaltning på nasjonalt nivå for kodeverk er stor. Det er også en barriere for bruk og sammenstilling av data på tvers av årstall, registre og opp mot andre registre.

Under beskrives i mer detalj fire av de viktigste utfordringsområder som er kjent for helseregistermiljøene og som vi også opplever at de fleste analysemiljøene i helsesektoren er kjent med:

1. Asynkron innføring av endrede kodeverk i helsetjenesten ved kodeverksrevisjoner skaper utfordring for registrene. Hvordan skal innrapporteringene lagres, hvordan skal de representeres i registeret og i hvilken form skal de leveres ut? For at dataene skal være anvendelige for analyse, styring og forskning, er det avgjørende at de er sammenlignbare over tid og på tvers av aktører. Ved konvertering av koder i helseregistrene for de som sender inn data på eldre versjoner av kodeverk hvis de ikke har kommet over på ny versjon, må det tas en rekke avgjørelser på hvordan kodeverkene skal mappes. Det kan være koder som er erstattet med flere nye koder, koder som har fått et endrede inkluderingskriterier, koder som er blitt slått sammen eller at det er innført nye dimensjoner i kodeverket som ikke eksisterte tidligere.
2. Ved lange overgangsperioder mellom ulike versjoner av kodeverkene blir det et stort dokumentasjonsarbeid i helseregistrene for hvordan man skal dokumentere_
 - hvem som rapporterer i forhold til hvilke kodeverksversjoner i hvilke tidsperioder
 - hvilke konverteringer som er gjort i hvilke perioder for hvilke aktører
 - hvilken usikkerhet for kvalitet som disse overgangene representerer for ulike delmengder i helseregistrene
 - hvordan disse metadataene skal håndteres ved senere datautleveringer eller bruk.
3. Leverandører av EPJ-systemer som skal tilpasse systemer til nye og endrede krav til nye kodeverk både til klinisk praksis og dokumentasjon og som grunnlag for rapportering til helseregistre, trenger tilgang til kodeverkene både før de skal tas i bruk i klinisk praksis, når de er gyldige og også etter de har vært gyldige. Slike metadatabeskrivelser kan også være nyttige for å kunne tilpasse egne produkter i henhold til frister, de vil også ha behov for tilgang til selve kodeverket for å kunne kvalitetssikre egne leveranser. Dette fordrer at man må publisere kodeverk i god tid før de er gyldige og at det må kunne opereres med flere versjoner av samme kodeverk i forhold til status for gyldighet. Det vil være en fordel om leverandører av EPJ-systemer, helsesektoren og helseregistrene og andre har tilgang til samme metadatabeskrivelser om dette.
4. Det forekommer variasjon i lojaliteten til bruk av de standardiserte kodeverkene i helsesektoren. Dette kan ha ulike årsaker som:
 - Kodeverket oppleves ikke dekkende for arbeidet som gjøres i tjenesten og man velger å innføre tilleggskoder
 - Systemleverandøren har begrensninger i sin applikasjon som gjør det vanskelig å utnytte kodeverkens fulle potensiale
 - Brukergrensesnitt er uhensiktsmessig og gjør det tidskonsumerende å finne rett kode
 - Endring eller implementering av kodeverk prioriteres ikke da man ikke forstår ringvirkningene av å utsette implementering
 - Det mangler etterlevelseskontroll og oppfølging på om man ikke rapporterer i henhold til vedtatte standarder.

FHI opplever at analysemiljøer i helsetjenesten utover FHI ser tilsvarende utfordringsbilder og det fremstår som et det brukes mye ressurser mange steder på kompensierende tiltak.

Videre saksprosess

FHI vil ta med seg innspill fra NUFA og følge opp relevante forslag for å avklare hensiktsmessig videre utvikling av området.

Det er grunn til å mene at noen oppgaver fortsatt vil ligge tett opp til det enkelte helseregister i FHI, andre oppgaver vil det være rasjonelt for FHI å løse i fellesskap for helseregistrene, mens det også vil være oppgaver som er best tjent med et samarbeid på tvers i helsesektoren.

Innspill på innretninger, kompetansemiljøer, erfaringer og gode ideer tas med i det videre arbeidet

Til Møte 1/26
Dato 21.01.2026
Saksnummer 6/26
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Nasjonal e-helsestrategi – strategiske indikatorer og ambisjonsnivå 2030

Forslag til vedtak

NUFA drøftet det foreslåtte indikatorsettet og ambisjonsnivå. Helsedirektoratet tar meg seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

I henhold til revidert mandat, skal NUFA gi faglige råd ved justering av mål i Nasjonal e-helsestrategi. I denne saken presenteres et videreutviklet sett med strategiske indikatorer for Nasjonal e-helsestrategi. Indikatorsettet skal dekke de mest sentrale områdene innenfor digitalisering i helse- og omsorgssektoren, for å gi en overordnet status på måloppnåelse av strategien frem mot 2030. Indikatorsettet har vært drøftet i NUIT og Nasjonalt e-helseråd i løpet av fjerde kvartal 2025, og indikatorsettet er bearbeidet til en 0.95-versjon.

I fortsettelsen av dette arbeidet, ønsker vi at NUFA drøfter forslag til **konkrete ambisjonsnivåer for 2030** for de foreslåtte indikatorene, og gir eventuelle innspill til forbedringer av indikatorsettet. Forslag til ambisjonsnivå er utarbeidet internt i Helsedirektoratet, og er ment som *utkast* for diskusjon. Vi ber NUFA om å ta stilling til hvorvidt det bør være et ambisjonsnivå på de ulike indikatorene, og i tilfellet forslag til ambisjonsnivå for 2030.

Det planlegges at denne saken gjennomføres som gruppearbeid i NUFA.

Planen er å publisere indikatorer og ambisjonsnivå på et dashbord på helsedirektoratet.no, for å visualisere status og fremgang på sentrale områder innenfor digitalisering frem mot 2030.

Bakgrunn

Ifølge Nasjonal helse- og samhandlingsplan er «*Nasjonal e-helsestrategi helse- og omsorgssektorens felles strategi for digitalisering og er en sentral premiss for den nasjonale gjennomføringen av arbeidet med digitalisering i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom nasjonal e-helsestrategi har helse- og omsorgssektoren samlet seg om fem strategiske mål som skal bidra til å følge opp de helsepolitiske målene. Disse målene vil sektoren jobbe sammen om fram mot 2030. Nasjonal rådsmodell benyttes for å følge opp strategien.*»

Som del av det kontinuerlige arbeidet med oppfølging og realisering av nasjonal e-helsestrategi, foreslås nå et videreutviklet indikatorsett, som skal støtte strategiske diskusjoner om status og måloppnåelse. Arbeidet er i tråd med tilbakemeldinger fra E-helserådet 20. mars 2025 (sak 4/25), hvor Helsedirektoratet ble oppfordret til å revidere indikatorene i e-helsestrategien for å sikre mer datadrevet oppfølging.

Innledningsvis i strategiperioden ble det utviklet et sett med indikatorer for de fem strategiske målene i strategien. Erfaringene hittil viser at flere av dagens indikatorer er for detaljerte, mangler helhet og ikke dekker de overordnede målene. Det er også behov for et tydelig ambisjonsnivå mot 2030. Oppsummert mangler det en enkel og oversiktlig måte for å følge opp status og helhetlig måloppnåelse frem mot 2030. Vi har jobbet mot et konsist sett med et fåtall strategiske indikatorer som gir et overblikk over måloppnåelse, og som kan tilrettelegge for gode strategiske diskusjoner om muligheter, barrierer, virkemidler og tiltak.

Vi skiller mellom begrepene

- *strategiske indikatorer* (et fåtall av de viktigste indikatorene per mål, som til sammen gir et godt overblikk på helhetlig måloppnåelse av strategien mot 2030), og
- *støtteindikatorer* som er supplerende indikatorer som er mer detaljerte og ofte kortsiktige.

Selv om vi løfter frem et fåtall strategiske indikatorer i dette arbeidet, vil Helsedirektoratet fortsette å følge med på øvrige støtteindikatorer.

Det er viktig å understreke at oppfølgingen av strategien er dynamisk, og det samme gjelder de strategiske indikatorene. Forslagene som nå legges frem vil videreutvikles frem mot 2030. Det er naturlig at enkelte indikatorer fases ut over tid, mens nye legges til for å sikre relevans og helhet.

Prosess for utarbeidelse av indikatorsett

Helsedirektoratet har utarbeidet et utkast til indikatorsett gjennom interne prosesser. Resultatet ble drøftet med NUIT 20. november (sak 40/25) og Nasjonalt e-helseråd 11. desember (sak 37/25);

- Medlemmene i NUIT ble bedt om å komme med innspill til indikatorene, samt innspill til involvering av sektor i videre arbeid. NUIT støttet det fremlagte indikatorsettet. Enkelte aktører ønsket dialog i det videre arbeidet, herunder DigiViken, KS og Legeforeningen. Det ble en diskusjon rundt at det er krevende å finne gode effektindikatorer. Helsedirektoratet vil følge opp innspillene.
- Nasjonalt e-helseråd ble bedt om å gi innspill til indikatorene, og til hvilke fremtidige indikatorer som bør prioriteres å utvikle fremover. Det kom innspill om at indikatorer og dashboard kan bidra til å motivere fagmiljøene, og det er viktig å måle at vi går fremover. Man bør starte med et begrenset antall indikatorer, og det bør komme tydelig frem hva indikatorene skal brukes til, indikere hhv. retning og endringstakt fremfor direkte styringsformål.

Indikatorsettet er utviklet med utgangspunkt i målbeskrivelsen til hvert av målene, samt hva som er tilgjengelig i dag av indikatorer og datakilder, for eksempel i [Nasjonal digitaliseringsmonitor](#). Det er et mål at indikatorsettet i størst mulig grad gjenbruker eksisterende indikatorer og datakilder i sektoren, for ikke å skape merarbeid. Arbeidet har derfor i stor grad handlet om å sortere og prioritere eksisterende indikatorer.

Vi har lagt til grunn etablerte kriterier for gode indikatorer. I tillegg har vi vektlagt balanse mellom ulike typer indikatorer:

- *Strukturindikatorer*: sier noe om innsatsfaktorer som rammer, ressurser, kompetanse og tilgjengelighet til teknologi
- *Prosessindikatorer*: sier noe om gjennomføring (endrede (arbeids)prosesser som følge av digital transformasjon hos helsepersonell og innbyggere/pasienter)
- *Effektindikatorer*: sier noe om resultater av digitalisering (effekt av digital transformasjon, som endringer i ressursbruk, produktivitet, tidsbruk og tilfredshet)

Det er krevende å isolere effekten av digitalisering, fordi mange faktorer påvirker resultatene, og effektene kommer ulike steder. For å få et helhetlig bilde, søker vi balanse mellom ulike datakilder. Loggdata gir først og fremst informasjon om bruk og innføring av digitale løsninger – altså struktur- og prosessindikatorer. For å måle effekt baserer vi oss i stor grad på spørreundersøkelser med tidsserier tilbake til 2019, både blant innbyggere og helsepersonell. Der vi mangler gode effektindikatorer, kan forskning og evalueringer gi verdifull innsikt. Indikatorsettet vil videreutvikles over tid, med ambisjon om å tilføye flere effektindikatorer. Det pågår også arbeid internt i direktoratet med å utvikle indikatorer på ulike områder innen digitalisering, som på sikt kan være relevante.

Vi har sett til andre aktører for inspirasjon, blant annet til [Digitaliseringsdirektoratets nye strategi 2024-2030](#) som benytter indikatorer på flere nivåer, med tydelige ambisjonsnivåer for måleindikatorene i 2030. Vi har også sett til Norges plassering i internasjonale målinger innen digitalisering i helse- og omsorgstjenesten (eks. [EU Digital Decade](#)), som vil lenkes til fra dashbordet.

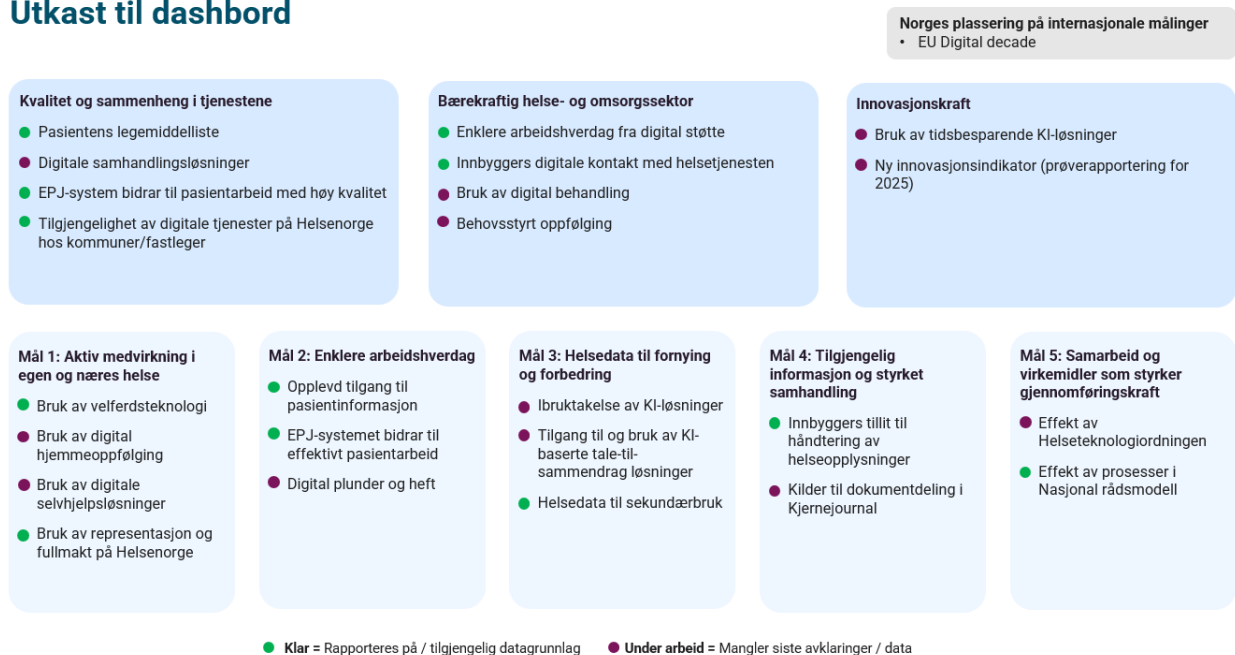
Det er viktig at indikatorsettet er representativt for digitalisering i helse- og omsorgssektoren, og at aktørene kjenner seg igjen i områdene som er fremhevet (gitt hvilke indikatorer som er tilgjengelig). Særlig er det forsøkt å inkludere indikatorer for både primær- og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet ønsker i det videre arbeidet innspill til indikatorer fra aktørenes egne virksomheter og ellers i sektoren som kan egne seg bedre enn foreslåtte indikatorer.

Foreslått indikatorsett v0.95

Nedenfor vises oversikt over foreslåtte strategiske indikatorer (se [vedlegg 5A Sak 6-26 strategiske indikatorer og ambisjonsnivå 2030](#) for detaljer). Flere indikatorer er allerede i bruk og har tilgjengelig datagrunnlag (merket som *Klar*), mens andre er under utvikling (*Under arbeid*). Utover indikatorene listet i bildet er det også foreslått *Fremtidige* indikatorer som ikke enda er utviklet, men som kan være aktuelle å utvikle frem i tid (se vedlegg).

Det er også foreslått indikatorer for de overordnede målene, noe som skiller seg fra tidligere. Disse er enten særlig sentrale for å realisere overordnede mål eller måle de ønskede langsiktige effektene som de overordnede målene beskriver. Noen er også løftet opp fordi de er brede nok til å dekke flere strategiske mål. Det viktigste er å sikre at indikatorsettet samlet gir et godt bilde av måloppnåelse.

Utkast til dashbord



Ambisjonsnivåer mot 2030

Å sette ambisjonsnivåer er krevende. Likefullt er det nyttig å søke å lande en felles ambisjon, både for å kunne ha en felles ramme for å diskutere måloppnåelse på digitalisering i helse- og omsorgssektoren, men også fordi prosessen med å sette ambisjonsnivå i seg selv kan løfte gode strategiske diskusjoner. Arbeidet tvinger oss til å ta stilling til hvor vi ideelt sett ønsker å være i 2030, hva vi mener er realistisk å få til, og hvordan vi adresserer eventuelle gap mellom de to.

I **vedlegget** vises *forslag* til ambisjonsnivå for majoriteten av indikatorene hvor vi har historisk data tilgjengelig. Det er viktig å presisere at dette er et første utkast for å ha noe å ta stilling til i en diskusjon i NUFA. Det er ikke Helsedirektoratet som skal sette disse nivåene, og vi er avhengig av sektors innspill rundt hvorvidt ambisjonene som er satt er realistiske og i tråd med det sektor jobber mot, samt hvorvidt det er hensiktsmessig å sette ambisjonsnivå for alle indikatorene. For et fåtall indikatorer (eksempelvis tjenestene på Helsenorge DigiHelse og DigiHelsestasjon) har vi ikke foreslått ambisjonsnivå, og avventer videre diskusjoner med kommunal sektor. For indikatoren om digital hjemmeoppfølging (DHO) i kommuner og spesialisthelsetjenesten, er det foreløpig kun tall for kommune som er klart i vedlegg, og her viser vi illustrert fremskrivning basert på historiske data. Dersom tall for DHO spesialisthelsetjenesten blir klart til 21. januar, vil denne også inkluderes i gruppearbeidet.

Det arbeides fortløpende med å vurdere hvor det er hensiktsmessig å involvere aktører fra sektor (utover prosessene i rådsmodellen). Utgangspunktet for ambisjonsnivåene har vært forventet utvikling basert på historisk data og de tiltak og ambisjoner som foreligger i sektor. Det er forsøkt å holde en god balanse mellom realisme og strategiske ambisjoner. I enkelte indikatorer er det noe avvik mellom hvor man realistisk sett forventer og være i 2030 og hvor man ideelt sett ønsker å være. I disse tilfellene er det ventet diskusjon knyttet til hvor ambisiøse ambisjonsnivåene skal være.

For enkelte indikatorer er det ikke foreslått et ambisjonsnivå, men kun vist framskrivninger basert på historisk data. Dette er i all hovedsak der det ikke eksisterer tydelige ambisjoner eller tiltak i sektor å basere seg på. Det er heller ikke gitt at det er hensiktsmessig å sette ambisjonsnivå på samtlige foreslåtte indikatorer, og det er en del av vurderingen i denne prosessen.

Vi presiserer at et "godt" ambisjonsnivå ikke nødvendigvis er maks uttelling på en skala. For noen indikatorer vil et løft fra 20 % til 30 % kreve stor innsats og være den endringen man ønsker – dette kommer helt an på hva man måler (og hvilke kilder som ligger til grunn som eksempelvis loggdata og spørreundersøkellesdata), hva de ulike nivåene betyr i praksis og hva det koster å nå dem. Bare fordi et ambisjonsnivå ikke viser 100 % uttelling, betyr ikke det at det er prioritert ned eller at det vil være lett å nå ambisjonen. Når det er sagt, ligger det viktige strategiske avveininger knyttet til hvilket nivå man setter. For eksempel vil det i en del tilfeller være svært krevende å løfte seg fra 85 % til 100 %. Da vil man måtte vurdere om den kostnaden er verdt det opp mot nytten, eller om det er mer hensiktsmessig å si seg fornøyd med 85 %. Disse vurderingene bidrar til nyttige strategiske diskusjoner rundt ambisjonsnivåene, men da er det viktig at vi har med oss dette inn i diskusjonen.

Disse nyansene er viktige å ha i bakholdet for å få de gode strategiske diskusjonene knyttet til indikatorer og ambisjonsnivå.

Første utkast til ambisjonsnivåer med begrunnelse kan sees i **vedlegget**.

Spørsmål til NUFA:

Vi ber NUFA om å ta stilling til hvorvidt det bør være et ambisjonsnivå på de ulike indikatorene, og i tilfellet forslag til ambisjonsnivå for 2030.

Videre saksprosess

Prosjektgruppen vil arbeide videre med følgende prosesser:

- Forberede statusrapportering for strategien til NUIT og e-helserådet
- Arbeide videre med utvikling av indikatorsett og ambisjonsnivåer for resterende indikatorer
- Begynne prosessen med å utvikle dashbord våren 2026

Det er viktig å poengtere at oppfølgingen av strategien er dynamisk og det vil også de strategiske indikatorene og ambisjonsnivåene være. Det som nå forslås er ikke låst til 2030, og det er naturlig at både indikatorsettet og ambisjonsnivåene revideres og videreutvikles mot 2030.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Møte og dato	Tittel på sak	Vedtak
37/25	Nasjonalt e-helseråd 11.12.2025	Nasjonal e-helsestrategi – strategiske indikatorer	Nasjonalt e-helseråd ga innspill til det foreslåtte indikatorsettet og hvilke fremtidige indikatorer som bør prioriteres å utvikle fremover.
40/25	NUIT 20.11.2025	Nasjonal e-helsestrategi – strategiske indikatorer	NUIT ga innspill til det foreslåtte indikatorsettet og innspill til videre involvering av sektor i arbeidet.
4/25	Nasjonalt e-helseråd 20.03.2025	Nasjonal e-helsestrategi og hypoteser til gap	Nasjonalt e-helseråd ga innspill til hypoteser om gap i gjennomføringen av nasjonal e-helsestrategi og stiller seg bak fremlagte status for realiseringen av strategien med de innspill som kom opp under drøftingen.
4/25	NUIT 13.02. 2025	Oppfølging nasjonal e-helsestrategi 1. kvartal 2025	NUIT stiller seg bak fremlagte status- og fremdrift for realiseringen av nasjonal e-helsestrategi. NUIT ga også innspill til hvilke strategiske tema som det er viktigst å drøfte i nasjonal rådsmodell for e-helse.

Til Møte 1/26
Dato 22.01.2026
Saksnummer 7/26
Innretning Drøfting

Sakseier
Saksbehandler Legeforeningen
Jan Robert Johannessen

Temadag – Fastlegedagen

Forslag til vedtak

NUFA drøftet problemstillingene, og ber relevante aktører ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Legeforeningen ønsker med denne saken å gi NUFA en innsikt i hva viktige prinsipper innen allmennmedisinen er, hvordan fastlegene jobber, hvordan fastlegeordningen er organisert og hvorfor, hvordan fastleger opplever sin digitale hverdag og hvilke muligheter og behov vi ser for å utløse ytterligere potensial i den digitale samhandlingen. Målet er å gi en bedre forståelse blant andre aktører i helsetjenesten om fastlegetjenestens behov.

Klinisk informatikk er et felt i utvikling. Legeforeningen har en gruppe fastleger som står med én fot i klinikken og én fot i digitaliseringsarbeid i og utenfor EPJ-løftet. Vi ønsker å gjøre denne gruppen bedre kjent og utvide den slik at fastleger enkelt kan rekrutteres inn som konsulenter i utviklingsarbeid. Videre må vi sikre gode tilbakemeldingssløyer fra klinisk praksis for kontinuerlig forbedring av de eksisterende samhandlingsløsningene våre.

Avslutningsvis ønsker vi å drøfte noen konkrete behov til samhandlingsløsninger som må utvikles og videreutvikles, både nye løsninger, men også i godt etablerte løsninger. Det savnes i dag en forvaltningsmodell som fortløpende videreutvikler løsningene basert på klinikernes behov. Hvilke arenaer finnes i dag, og hvilke kan vi bruke bedre.

Bakgrunn

Fastlegene er frontlinjen i helsetjenesten. Fastlegeordningens styrke ligger i kontinuitet og helhetlig oversikt, og i evnen til å identifisere de få syke blant de mange friske, tilby høy kvalitet i utredning og behandling og fungere som portvokter for fellesskapets ressurser. Fastlegene har også den klart største mengden pasientkontakter i helsetjenesten, noe som gjør dem til hovedbrukere av digitale samhandlingsløsninger.

Fastlegehverdagen er preget av høyt arbeidstempo, stort faglig spenn og økende oppgaver, særlig i møte med en aldrende befolkning. Dette forutsetter digitale verktøy som gir enkel tilgang til relevant

informasjon til rett tid, uten å forstyrre arbeidsflyten eller bidra til informasjonsbelastning. Selv om det finnes omfattende kunnskapsressurser og retningslinjer, er tilgjengeliggjøring i klinisk praksis en vedvarende utfordring.

Gjennom arbeid i og rundt EPJ-løftet har det vokst frem et mindre fagmiljø av klinikere med erfaring og kompetanse innen klinisk informatikk. Dette miljøet har samlet behov og erfaringer som i stor grad er felles på tvers av aktører, men det er behov for bedre arenaer for å løfte disse inn i prioriterings- og beslutningsprosesser. Fastlegeordningens særpreg stiller egne krav til styring og medvirkning, og det er et uttalt ønske om dialog med NUFA om hvordan fastlegenes behov kan ivaretas bedre i videre utvikling av digital samhandling.

For at digitale samhandlingsverktøy skal ha ønsket effekt, må de utvikles med og for fastlegene, og være i tråd med allmennmedisinsk praksis og arbeidsflyt. Til tross for enighet om betydningen av klinikerinvolvering i digitaliseringsarbeidet, opplever mange fastleger å bli involvert sent i prosessene, ofte etter at sentrale rammer og prioriteringer allerede er lagt. Reell klinisk innsikt må derfor inn tidligere, og fastleger må delta i behovsavklaring, evaluering, prioritering og videreutvikling av løsningene.

Eksisterende løsninger har i liten grad etablerte arenaer for forvaltnings- og videreutviklingsaktiviteter som ivaretar behov hos brukere utenfor systemeiers egen organisasjon. Dette gjør at vi taper gevinster i hele helse- og omsorgstjenesten da systemene låser arbeidsprosesser og funksjonalitet når modernisering og forbedring ikke foregår kontinuerlig. Det er flere kanaler og arenaer som kanskje kan nyttiggjøre, både i kommuner og helsefelleskap.

Dagsorden (endringer kan tilkomme)

Bakgrunn		
Om fastlegeordningen	Hans Christian Myklestul	Leder Allmennlegeforeningen (AF)
Orientering om allmennmedisin	Torgeir Hoff Skavøy	Leder Norsk forening for allmennmedisin (NFA)
Orientering om e-helse i Legeforeningen og suksessfaktorer for digitalisering	Eirik Nikolai Arnesen	Seksjonssjef for Seksjon primærhelsetjenester og e-helse, Legeforeningen
Gruppearbeid		
FL representanter presenterer tema rundt digital samhandling med påfølgende diskusjoner.		Bent Asgeir Larsen Regin Hjertholm Egil Johannessen Jan Robert Johannessen