

Møte i NUFA		
Møte	Fagutvalget (NUFA)	
Dato	28. august 2025	
Tid	Kl. 08.30 – 16.20	
Sted	Scandic Helsfyr, Oslo	
Medlemmer	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet Jacob Holter Grundt, Helsedirektoratet Erik Hedlund, 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 Stine Slørdal, Helse Midt RHF Tarald Sæstad, Helse Nord RHF Øyvind Broback, Helse Nord RHF Mette Røhne, KS Kjetil Løyning, KS e-helse Anne-Marit Rennemo, Oslo Kommune Christoffer Boge, Kommunene i Hallingdal/Digiviken Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune 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 Arnfinn Aarnes, FFO Sverre Ur, Diabetesforbundet Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund Line Linstad, Nasjonalt senter for e-helseforskning Elin Thygesen, Universitetet i Agder	

Sak	Agenda NUFA	Tidspunkt	Sakstype
	28. august 2025		
18/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 23. – 24. april 2025	08:30	Godkjenning
19/25	Kvalitetsprosjektet for analyse av alvorlige hendelser og nesten-hendelser i helseforetak i kommunehelsetjenesten	08:40	Drøfting
20/25	Vurdering av kriterier for innhold i Referansekatalogen for e-helse	09:25	Drøfting
	Pause	10:05	
21/25	Endring av mandat for NUFA	10:15	Drøfting
22/25	Tema – Digital samhandling	10:55	Drøfting
	Introduksjon til digital samhandling	10:55	
	Lunsj	11:30	
	Digital samhandling i tall – plenumsdiskusjon	12:30	
	Hvordan kan vi lykkes med innføring av nasjonale tjenester? Gruppearbeid	13:00	
	Pause	13:50	
	Oppsummering av gruppearbeid	14:00	
	Virkemiddelbruk for å støtte innføring av kritisk informasjon API i primær og spesialisthelsetjenesten	14:30	
	Pause	15:10	
	Nasjonale standarder vs. lokale tilpasninger – hvordan finne en god balanse	15:20	
	Oppsummering	16:00	
23/25	Eventuelt	16:15	
	Slutt	16:20	

Sak	Torsdag 28. august 2025	
18/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 23. – 24. april 2025	Godkjenning

	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 23. – 24. april 2025	Vedlegg 1: Referat NUFA 23. – 24. april 2025
	Forslag til vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra møtet 23. – 24. april 2025	
19/25	Kvalitetsprosjektet for analyse av alvorlige hendelser og nesten-hendelser i helseforetak i kommunehelsetjenesten	Drøfting
	FHI ønsker å informere NUFA om Kvalitetsprosjektet for analyse av alvorlige hendelser og nesten-hendelser i helseforetak i kommunehelsetjeneste, og få innspill til forankring og organisering av prosjektet.	Vedlegg 2: Toppnotat Kvalitetsprosjektet for analyse av alvorlige hendelser og nesten-hendelser i helseforetak i kommunehelsetjenesten Vedlegg 2A: Tildelingsbrev Nasjonalt register for alvorlige hendelser og nesten-hendelser
	Forslag til vedtak: FHI tar med seg innspill og råd fra NUFA inn i den videre realiseringen av prosjektet.	
20/25	Vurdering av kriterier for innhold i Referansekatalogen for e-helse	Drøfting
	Kriteriene for innholdet i Referansekatalogen for e-helse ble vedtatt av NUIT i 2015. Siden den gang har både teknologi, sektorens behov og den digitale samhandlingen utviklet seg betydelig. Det vil også komme en rekke nye krav og føringer i forbindelse med EHDS. På bakgrunn av dette vurderer Helsedirektoratet at det er nødvendig å gjennomgå og oppdatere kriteriene for hvilke standarder som skal inngå i katalogen. Helsedirektoratet ønsker å orientere NUFA om arbeidet, og drøfte med NUFA hvordan referansekatalogen kan utvikles til å bli et mer nyttig verktøy for både virksomheter og leverandører.	Vedlegg 3: Toppnotat Vurdering av kriterier for innhold i Referansekatalogen for e-helse
	Forslag til vedtak: NUFA drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet med å gjennomgå og oppdatere kriteriene for oppføringer i Referansekatalogen for e-helse.	
21/25	Endring av mandat for NUFA	Drøfting
	Helsedirektoratet har gjennomført en evaluering av rådsmodellen, der formålet har vært å sikre at vi har en aktuell og effektiv modell. Gjennom prosessen opplevde vi at aktørene i sektoren rettet seg inn mot å fortsette med dagens modell, noe også E-helserådet anbefalte i møte 12. juni. E-helserådet anbefalte at rådsmodellen fortsetter med tre nivåer, men at det utarbeides nye mandater for hvert utvalg, at det sees på rollene til og representasjonen i hvert utvalg og at Helsedirektoratet iverksetter forbedringstiltakene som er spilt inn underveis i prosessen.	Vedlegg 4: Toppnotat Endring av mandat for NUFA

	Helsedirektoratet ønsker å få innspill på endringer av NUFAs mandat.	
	<u>Forslag til vedtak:</u> NUFA har gitt sine innspill på forslag til endringer av mandat for NUFA. Helsedirektoratet tar med innspillene til Nasjonalt e-helseråd, som vedtar mandatene for NUFA og NUIT.	
22/25	Tema – Digital samhandling	Drøfting
	Satsingen på digital samhandling er en strategisk aktivitet innen digitalisering av helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet ønsker å involvere NUFA i pågående arbeid med spesielt fokus på problemstillinger som går på tvers av flere tiltak. Helsepersonell trenger relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasienten for å ta gode beslutninger om rask, god og trygg behandling og pleie. Tilsvarende trenger innbyggere tilgang til informasjon for å medvirke aktivt i valg om egen helse. Nasjonale samhandlingstjenester skal gi økt effektivitet, tilfredshet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Her er satsingen på digital samhandling et viktig skritt.	Vedlegg 5: Toppnotat Tema – Digital samhandling
	<u>Forslag til vedtak:</u> NUFA har drøftet virkemiddelbruk for å få opp dekning på kritisk informasjon og stiller seg bak forslaget. Aktørene tar med seg andre innspill fra drøftingene til videre arbeid med digital samhandling.	
23/25	Eventuelt	
	Slutt	16:20

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	23. – 24. april 2025	
<i>Tid</i>	23. april kl. kl. 10.00 – 16.00 og 24. april kl. 08.30 – 14.30	
<i>Sted</i>	Radisson Blu Royal Hotel, Bergen	
<i>Medlemmer</i>	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet Erik Hedlund, 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 Tarald Sæstad, Helse Nord RHF Øyvind Broback, Helse Nord RHF Mette Røhne, KS Kjetil Løyning, KS e-helse Kristoffer Hansen, Bergen kommune Christoffer Boge, Kommunene i Hallingdal/Digiviken Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune Eva Tone Fosse, Stavanger kommune Line Andreassen Sæle, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Jan Robert Johannessen, Legeforeningen Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet Sverre Ur, Diabetesforbundet Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund Gro Berntsen, Nasjonalt senter for e-helseforskning Elin Thygesen, Universitetet i Agder	
<i>Ikke til stede</i>	Jacob Holter Grundt, Helsedirektoratet Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF Lars Henrik Hegrenæs, Helse Midt RHF Stine Slørdal, Helse Midt RHF Arnfinn Aarnes, FFO Anne-Marit Rennemo, Oslo Kommune	
<i>Stedfortreder</i>	Øyvind Kvennås, Norsk helsenett SF, stiller for Ronny Holten Olsen	
<i>Helsedirektoratet</i>	Siv Ingebrigtsen Karen Lima Vibeke Jonassen Wang	

Saksnr.	Tittel på sak	Sakstype
	Dag 1	
9/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 22. -23. januar 2025	Godkjenning
10/25	Helse Vest RHF sin datastrategi	Drøfting
11/25	EU-HIP prosjekt – Behovsanalyse leveranse	Orientering
12/25	Samtykkereglene for Kjernejournal	Drøfting
13/25	Anbefaling om videre innføring av pasientens kritiske informasjon	Drøfting
14/25	Digital hjemmeoppfølging	Drøfting
15/25	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	
	Dag 2	
16/25	Temadag – Digitalisering i vest	Drøfting
17/25	Eventuelt	

Sak	Onsdag 23. april 2025
9/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 22. – 23. januar 2025
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 22. – 23. januar 2025. På grunn av tett tåke på Flesland flyplass var flere av medlemmene forhindret i å delta denne gangen grunnet innstilte og kraftig forsinkede fly.
	Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra møtet 22. – 23. januar 2025.
10/25	Helse Vest RHF sin datastrategi

	Sissel Marie Børthus, Helse Vest RHF, orienterte NUFA om arbeidet som er gjort med datastrategi i Helse Vest og ønsket å drøfte hvordan informasjonsforvaltning i sektoren kan utvikles videre gjennom nasjonalt samarbeid og koordinering. Innspill: • Det er viktig med et tett samarbeid om dette i sektoren. I regionene, mellom regionene, og også mellom nivåene. • Målene for strategien bør være tettere knyttet til pasientforløp, arbeidsflyt og konsepter som ligger i en klinisk hverdag. Hvordan kan dataene gjenbrukes i en klinisk hverdag som gjør at en kliniker får et bedre beslutningsgrunnlag? Målene i Helse Vest sin datastrategi er også basert på å forbedre klinisk hverdag, men det er viktig at dette kommer tydeligere frem i kommunikasjonen om strategien. • Dataene må være adskilt fra systemene de lagres i, hvis ikke kan det bli lock in. Vi må ha tilgang til våre egne data, til det beste for våre pasienter. • Det må og skal være barrierer for tilgang til data. Tilgangen må dokumenteres. Samtidig må det ikke iverksettes en struktur som lager barrierer for tilgang. Tilgang til data må gjøres riktig, men enkelt. Strategien har ikke som formål å lage barrierer for tilgang, og flere av innsatsområdene, som innsatsområde 1 om "Oversikt over egne data" kan bidra til å forenkle tilgang ved å synliggjøre hvilke data som er tilgjengelig til hvilket bruk. • Apotekforeningen informerte om at apotekbransjen har en modell som fungerer med tanke på samarbeid på tvers i apotek. Apotekene har valgt "Én innbygger, én apotekjournal", altså felles dataansvar. Det felles dataansvaret ivaretas av Samarbeidsstyret. Det er et felles "Ledelsessystem for personvern og informasjonssikkerhet". Det er etablert et felles "Produktteam" som bestemmer hva som skal lages av funksjonalitet i felles løsning (Eik), et "Arkitekturforum" som ivaretar arkitekturen i løsningen og et felles "Personvern og informasjonssikkerhetsforum" som ivaretar sikkerhet og personvern. Det er etablert en egen styringsmodell. • Informasjonsforvaltning er stort og krevende, og mange kommuner skal nå anskaffe journalløsninger. På eKommune konferansen før påske var samarbeid fellestrekket i dette. Hver kommune kan ikke løse dette alene. • I forhold til samarbeid så bør det rundt innsatsområde 1 "Oversikt over egne data" være mye å gjenbruke. Det vil være mye av de samme dataene. • Det er viktig å gå opp roller og ansvar knyttet til datadeling. Hvem er dataeier for de samme dataene som deles flere steder? • Sektor har en felles utfordring som burde ha en felles løsning, og som krever samarbeid. AD-er, IKT-direktører og regionalansvarlige omfavner dette. Men har de omfavnet dette i en offentlig setting, slik at alle rundt bordet i NUFA forstår deres entusiasme? Dette må fremsnakkes av medlemmene i NUFA i egne virksomheter. • Vi må ha to tanker i hodet samtidig; operasjonalisering og samtidig sette det i en kontekst. Det er viktig for å skape tillit mellom teknologi og klinikermiljøene. Vi må fjerne barrierene rundt tilgang til data for utvalgte caser, slik at vi kan selge denne strategien videre og oppover i systemet.
	Vedtak: Helse Vest RHF tar med seg innspillene fra drøftingen i det videre arbeidet med å operasjonalisere datastrategien, og vil vurdere hvordan dette best kan følges opp i samarbeid med relevante aktører og arenaer.
11/25	EU-HIP prosjektet
	Line Andreassen Sæle, FHI, orienterte om prosjektet EU-HIP og behovsanalysen som er gjennomført. Innspill: • Det var usikkerhet blant medlemmene i NUFA om omfanget av konsekvensene for de som produserer dataene det er behov for er vurdert, og hvor mye dette vil koste for regionene.

	• En tidslinje over når dette vil treffe sektoren ble etterspurt. • Arbeidet med nasjonalt genomsenter må kunne gjenbrukes. • Det var ønskelig å vite om dette arbeidet har en sammenheng med MyHealth@EU. • Løsninger som bare brukes i kriser, må også kunne gjenbrukes i en normalsituasjon. • Det er viktig at kommunal sektor og kommunelegene involvert i arbeidet. Line Andreassen Sæle, FHI, svarte at prosjektet jobber nå med flere av spørsmålene som ble stilt, så det må prosjektet komme tilbake med svar på. Prosjektet kommer til å gjenbruke det de kan. Dette har ikke noe med EHDS eller MyHealth@EU å gjøre, men det vil ha et fellesskap til det og vi skal ikke gjøre samme ting flere ganger. Vi vil hente data fra andre steder, men må ha dataene et sted for å analysere de.
	Vedtak: NUFA tar saken til orientering. EU-HIP tar med seg innspill videre inn i prosjektet.
12/25	Samtykkebestemmelser for Kjernejournal Håkon Larsen, Helsedirektoratet, og Nina Nordberg og Kristin Lyng, Norsk helsenett SF, gikk gjennom utfordringsbildet knyttet til samtykkebestemmelsene for Kjernejournal med medlemmene i NUFA. Det var ønskelig å få en avklaring på om sektor har en omforent forståelse av konsekvensene ved å avvente en regelverksendring av selve samtykkekravet. Videre presenterte Helsedirektoratet sine vurderinger. Det var ønskelig å få NUFAs innspill til det videre arbeidet. Innspill: • Lovverket er komplisert, og klinikere sitter med valgene og er redde for å gjøre noe ulovlig. Det å ha flere regler kan gjøre situasjonen mer krevende. • Flere tok til ordet for å få lovverket på plass med en gang, en lovverksendring om samtykkekravet i pasientjournalloven og en klarhet nå. • Det å få leverandørene til å tilpasse seg samtykkebestemmelsene vil koste sektoren mye penger og ressurser. • Det er blitt nevnt at Norge ikke skal være best i klassen rundt tilpasninger til EHDS. Men hva med kostandene rundt unntakene som da må gjøres? • Legeforeningen har behandlet denne saken og ønsker velkommen en vurdering av dette. Jo flere hindringer og ulemper som kan fjernes så raskt som mulig jo bedre. Fastlegene blir satt i en vanskelig situasjon da de vil ende opp med å bryte loven hvis de gjør oppslag i Kjernejournal. • Apotekforeningen dro frem at unntaksbestemmelsene for kritisk informasjon, og da legemiddelreaksjoner, er viktig for dem. • Når regelverket blir for komplisert oppstår rettslig usikkerhet og fare for ulik praksis. • Det å videreføre og forsterke en modell som bygger på samtykke, vil kunne øke forskjellen mellom oss og Europa. • Digitaliseringsdirektoratet stilte seg til rådighet, på forespørsel, til å bistå de aktuelle parter med faglige drøftinger på dette området i fortsettelsen. • Unntaksbestemmelsene som beskrives i Kjernejournalforskriften, over hvem som ikke behøver samtykke for å gjøre oppslag i Kjernejournal, overensstemmer stort sett med ønskene fra sektoren. Det bør også vurderes om flere i helsetjenesten i kommunene bør inn i unntaksbestemmelsen, og initiativet helsekort for gravide. • Norsk helsenett SF kommenterte at det er snakk om å endre en lovbestemmelse i en lov, og at det er snakk om ett år med vilje og pågangsmot for å få til det. • Helsedirektoratet sin holdning er at samtykkebestemmelsene er noe som vil bli utfaset, men at det er en vei å gå før det. Det er viktig at sektor forstår hva en lovendring krever. Helse- og omsorgsdepartementet er tydelige på at de vil starte et stort lovarbeid nå, og ønsker minst mulig endring på dagens lovverk. Endringer som ikke medfører stort ekstra arbeid, og som er i overensstemmelse med EHDS-innføringen i lovverket, vil ha større mulighet til å bli behandlet i parallell.

	Vedtak: NUFA stiller seg bak det beskrevne utfordringsbildet knyttet til samtykkebestemmelsene i kjernejournal, og ber Helsedirektoratet ta med seg innspillene fra møtet i det videre arbeidet, og dialogen med helse- og omsorgsdepartementet for å løse de konkrete behovene som er knyttet til innretningen av samtykkekravet.
13/25	Anbefaling om videre innføring av pasientens kritiske informasjon Helsedirektoratet jobber for at kritisk informasjon oftere blir delt med kjernejournal, og at opplysningene er lett tilgjengelige for helsepersonell med tjenstlig behov. Dette skal bidra til å redusere risiko for feil behandling og redusere tiden helsepersonell bruker på å lete etter slik informasjon. Ole Kristian Losvik, Helsedirektoratet, la frem saken for drøfting med NUFA. Innspill: • Vi må få primærhelsetjenesten til å legge inn informasjon i kritisk informasjon, samtidig må vi få spesialisthelsetjenesten til å ta i bruk denne informasjonen. • Dette illustrerer behovet for beslutningsstøtte. Vi må løse hvordan kritisk informasjon som er tilgjengelig faktisk blir lest. API løser lite om ikke informasjonen blir benyttet. • Apotek er en aktør som ikke bruker kjernejournal, på grunn av manglende tilgang. Multidose apotekene har kritisk informasjon, men det vil de miste når det går over til kjernejournal. Det er viktig at apotekansatte får tilgang til informasjon. • Det må avklares hvem det er som har tilgang til informasjonen, hva tjenstlig behov er, og hvem som definerer hva tjenstlig behov er. Det er mange i pleie og omsorg i kommunal sektor som ikke har høyt sikkerhetsnivå. • Vi trenger at leverandørene tar i bruk API-et og legger det inn i det lokale arbeidsverktøyet. Bør det stilles krav til leverandørene om at de skal eksponere det som er kritisk informasjon til helsearbeiderne? • Vi må jobbe sammen på flere nivåer for å kunne gå i takt. Intensiver som gode informasjonsmodeller er sentralt, og intensiver for selve virksomhetene. • Erfaringer er at EPJ-anskaffelsene har krav fra 20 år tilbake i tid. Det er en betydelig andel kommuner som i år skal gå til anskaffelse av EPJ-system, så her bør kravene tydeliggjøres. • Vi trenger en mer langsiktig arkitekturtenkning i forhold til kjernejournal.
	Vedtak: 1. NUFA støtter anbefalingen om videre innføring av tjenesten Pasientens kritiske informasjon. 2. NUFA ber helsevirksomhetene om å vurdere økt utbredelse av HelseID i egne virksomheter for å sikre at helsepersonell kan bruke nasjonale e-helseløsninger på en god måte.
14/25	Digital hjemmeoppfølging Siw H. Myhrer, Helsedirektoratet, ga NUFA en status og informerte om erfaringer fra det nasjonale prosjektet for spredning av digital hjemmeoppfølging. Det var ønskelig å få innspill og råd til videre satsing på digital hjemmeoppfølging. Innspill: • Fra klinisk side opplever enkelte helseforetak utfordringer i forhold til de systemene som blir berørt der hjemmeoppfølging er en del av systemet. Arbeidsflyt på tvers må forenkles. • Det er viktig å få med alt helsepersonell inn i arbeidet med digital hjemmeoppfølging. • Sektor har et takstsystem som ikke er tilrettelagt for god samhandling. Gevinstene kommer andre steder. • Pasienter som får personlig måleutstyr i sitt hjem blir i noen tilfeller veldig opptatt av måleenhetene sine – de blir sin sykdom. Noe som kan være problematisk. • Forskning viser at det er fornøyd brukere av digital hjemmeoppfølging. Det som er mer usikkert er konsekvensene for helsepersonell, og hvem det er som høster gevinstene.

	Det en sparer på sykehusene kommer fort som belastning på kommunehelsetjenesten. Her må det bli et tettere samarbeid og en opprydning i det. • Vi må finne bedre løsninger for hvordan vi skal måle effektene av digital hjemmeoppfølging. • Begrepsbruken bør tydeliggjøres. Løsninger i digital hjemmeoppfølging varierer fra datainnsamlingsløsninger, og til å være enkle meldingsutvekslinger. Strukturen blir utfordrende å diskutere da en diskuterer forskjellige ting. • Leverandørmarkedet er sentralt for å få til en skalering av digital hjemmeoppfølging. Erfaring og utprøving rundt brukere og helsepersonell, og retningslinjer for skalering, blir viktig. Helsetjenesten må omorganiseres og jobbe annerledes. • Det er en del ting rundt avtaleverket til digital hjemmeoppfølging som ikke er avklart. • Det er viktig å ha en tett dialog med KS, på hvordan ivareta skalering og innføring, etter at det nasjonale velferdsteknologiprogrammet er lagt ned. • Fra et sykehusperspektiv er det viktig å få bistand til et kunnskapsgrunnlag som viser hvor dette har størst effekt, slik at midler og ressurser blir bruk riktig. I tillegg må spesialisthelsetjenesten gå i takt med primærhelsetjenesten. • Det er viktig at sektor tenker pasientforløp og ikke tjenester når vi jobber med digital hjemmeoppfølging. Vi må få til felles helhetlig informasjonsflyt i pasientforløpet.
	Vedtak: 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.
15/25	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse
	Helsedirektoratet gjennomfører en evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse. Siv Ingebrigtsen orienterte NUFA om tilbakemeldingene som er kommet fra medlemmene så langt, og det var ønskelig å drøfte ulike forslag til endringer av modellen og hvilken rolle NUFA kan ta. Helsedirektoratet ønsket i tillegg å drøfte eventuelle ressursbesparende tiltak for NUFA. Innspill: • NUFA har utviklet seg i en positiv retning, fra å følge opp enkeltstående tiltak til å drøfte felles utfordringer og temaer. NUFA ønsker å ta et steg videre. • Rådsmodellen skal være et virkemiddel for å styrke gjennomføringsevnen av digitaliseringen i helse- og omsorgstjenesten. De fremlagte alternativene med fordeler og ulemper, kan gi inntrykk av at ressursbruken er viktigere enn gjennomføringsevnen. • Evalueringen bør fokusere på hvilken effekt rådsmodellen skal gi. • NUFA anerkjenner behovet for å samles på tvers. Sektoren står ovenfor store utfordringer fremover, der vi må jobbe sammen. • Målet med rådsmodellen bør være at den i størst mulig grad blir førende for aktørene. • I en revidert struktur må hvert utvalg ha en unik verdi. • Mandatene må tydeliggjøres, og vi må være tro til disse. • Hvis en sak skal behandles i flere utvalg, må saken innrettes og tilpasses hvert utvalgs mandat og oppgaver. • Det var ulike meninger om alternativene som ble presentert. Noen kommenterte at det er mulig å ta utgangspunkt i alternativ 1, men at modellen kan være mer fleksibel, både ved å avlyse møter og arrangere kortere og mer hyppige videomøter. • Det ble også kommentert at det er behov for å gjøre endring for å få modellen til å fungere bedre fremover. • Flere mente at forslaget om etablering av en form for arbeidsutvalg for Nasjonalt e-helseråd er godt.
	Vedtak:

	NUFA har gitt sine tilbakemeldinger på ulike forslag til endringer av nasjonal rådsmodell for e-helse, og NUFAs rolle i modellen. Helsedirektoratet tar med innspillene til videre drøfting i NUIT og Nasjonalt e-helseråd.
--	---

Sak	Torsdag 24. april 2025
16/25	Temadag – Digitalisering i vest
	Helse Vest i samarbeid med Bergen kommune orienterte NUFA om ulike grep for å styrke digitaliseringsarbeidet. Gjennom presentasjon av noen av resultatene var det ønskelig med diskusjon om utvalgte utfordringer og aktuelle problemstillinger som også treffer det nasjonale nivået og bredden i sektor. Det vises til sakspapirene og 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: • Digitalisering i Helse Vest: Fra siloer og store prosjekter til helhet og kontinuerlig forbedring ○ Bakgrunn for og ambisjoner med ny organisering v/ Ole Jørgen Kirkeluten, Adm.dir. Helse Vest IKT ○ Erfaringer hittil – hvilke gevinster ser vi? v/ Gunn Synnøve Dahl, leder Digitaliseringssekretariatet ○ Arkitekturstyring for helhet og felles retning v/ Terje Bremnes, Områdeleder Arkitektur- og datastyring, og Micaela Thierley, Områdearkitekt i Pasientbehandling ○ Innspill: ▪ En må balansere mellom det å utvikle selv inhouse, og det å kjøpe fra leverandører. Det er krevende å se 4-5 år frem i tid, noe som gjør kravspesifikasjoner ut til leverandører vanskelig. ▪ Helse Vest nevnte de er blitt mer offensive til å utvikle mer selv, for å møte klinikerne på deres brukerbehov. I tillegg er markedsdialog med leverandørene viktig. ▪ Det er viktig å koble sammen helsefag og IT på en god måte. Det tverrfaglige er kjernen i å lykkes. ▪ Sektor er tjent med at det er så lik struktur som mulig mellom regioner slik at vi kan styre utviklingen sammen. ▪ Det er viktig å ivareta det helhetlige pasientforløpet, også ut mot kommunene. Det er viktig å tenke innbygger i sentrum. • Digitalisering i Bergen kommune ○ Fra kreativt kaos til portefølje v/Kristin Brekke, Seksjonssjef Seksjon for e-helse, og Elise C. D. Haferstrom, Digitaliseringskoordinator og prosjektleder ○ Domenearkitektur i Bergen kommune v/ Kristoffer Hansen, Virksomhetsarkitekt ○ Innspill: ▪ Helse Vest RHF har Helse Vest IKT. På spørsmål om kommunene har noe tilsvarende ble det nevnt at de har Diginettverkene, i tillegg til IKT-samarbeid på operativt plan som en del kommuner har rundt omkring i landet, og en intern driftsorganisasjon som også gjør utvikling. Men det er ikke på nivå med det som helseforetakene har. ▪ Klinikere må involveres i arbeidet. Det er viktig å forstå deres behov. ▪ Hvordan få til felles pasientforløp ved bruk av blant annet ulike språk, konsepter og perspektiv.

	▪ Brukerperspektivet er viktig, i tillegg til pasientsikkerhet og personvern. ▪ Politisk ledelse styrer kommunene, og det utfordrer noe av det vi prøver å løse. Vi har flere nasjonale felles samhandlingsløsninger, som forutsetter en form for porteføljestyling; mellom sykehus og kommuner, og mellom kommuner. Det er en utfordring. • Tilgang til kritiske pasientopplysninger i akutte behandlingssituasjoner ○ Fra behov til app v/ Else Wilhelmsen, Delområdeleder Journaldokumentasjon ○ Med journalen i lomma – erfaringer fra klinikken v/ Jonas Fevang, Avdelingssjef Haukeland Universitetssykehus ○ Innspill: ▪ Ved utvikling av nye digitale løsninger er det viktig å finne ut hva dette gir av verdi for virksomheten, og hvordan få til bruk og en kollektiv endring. ▪ Det er viktig å formidle nytteverdien ut til brukerne. ▪ Det er enklere å endre vaner når noe gir en umiddelbar gevinst. Som det var med DIPS Arena Mobil. ▪ Nye funksjoner inn i løsningen må veies opp mot kompleksiteten, slik at det ikke ødelegger brukervennligheten. ▪ En bør se om brukergrensesnittet til DIPS Arena Mobil kan gjenbrukes andre steder. • I trygge omgivelser – digitale helsetjenester i hjemmet ○ Fra fragmentert til samlet: En ny felles retning for DHO v/ Preben Ahnen, Prosjektleder Digital hjemmeoppfølging ○ Innspill: ▪ Det er viktig at digital hjemmeoppfølging tenkes inn i et helhetlig pasientforløp, og ikke som en tjeneste. ▪ Sektor må få en felles forståelse for hvordan et pasientforløp ser ut. Et felles teoretisk konsept vil kunne lette dialogen om alle barrierene som finnes. ▪ Den dokumenterte nytteeffekten er størst for sykehusene. Vi må også få dokumentert den eventuelle og potensielle nytten i kommunene. ▪ Fastlegene må enda tydeligere inn i arbeidet, og synliggjøres i alle ledd. Fastlegene må vite om en pasient har hjemmesykepleie eller hjemmesykehus, og hva som gjøres i hjemmet. Vi må samhandle, men med dagens systemer er det for krevende. ▪ Hva vil kostnaden være ved å bemanne opp, i stedet for digital hjemmeoppfølging? Et sted å begynne er å estimere hva et forventet hjelpebehov ville vært hvis vi ikke hadde digital hjemmeoppfølging. Hvor nøyaktig et slikt regnestykke vil bli er usikkert. ○ Initiativ og utfordringer rundt digitale helsetjenester i Helse Vest v/ Geir Granerud, Delområdeleder Digitale helsetjenester ○ Innspill: ▪ Samfunnsgevinster bør regnes inn i dette. Digital hjemmeoppfølging er forebyggende folkehelse. ▪ Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner er et område som viste seg å gi gevinst. Vi må få mer kraft på politisk ledelse for å få opp slike tiltak.
--	--

	▪ En bør vurdere å se bort fra innsatsstyrt finansiering og heller mot behovsstyrt belønning. ▪ Digital hjemmeoppfølging og digitale helsetjenester; det handler om helsetjenesten som etter hvert vil ha et digitalt element, for alle. Stortingsmelding 23 for allmennlegetjenesten, som legger opp til at alle fastlegene skal kunne følge opp alle sine pasienter digitalt. ▪ Det er krevende å jobbe med anskaffelser knyttet til digital hjemmeoppfølging. Vi kan ikke ha lang varighet da vi ikke vet hva som kommer på nasjonalt nivå. • Digital hjemmeoppfølging: Vi tror vi har svaret, men har vi forstått behovet? ○ Diskusjonssak om ulike problemstillinger
	<u>Vedtak:</u> NUFA drøftet sakene som ble presentert i møtet. Helse Vest og Bergen kommune tar med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.
17/25	Eventuelt
	Avslutningsvis i møtet så informerte Erik Hedlund, Helsedirektoratet, om at departementet starter et lovarbeid knyttet til EHDS nå. De vurderer da samtidig om det er endringer som kan tre i kraft før 2029 når EHDS kommer. Samtykke er en del av dette.

Til Møte 3/25
Dato 28.08.2025
Saksnummer 19/25
Innretning Drøfting

Sakseier Områdedirektør Christine Bergland, FHI
Saksbehandler Fagdirektør digitalisering Roger Schäffer

Kvalitetsprosjektet for analyse av alvorlige hendelser og nesten-hendelser i helseforetak i kommunehelsetjenesten

Forslag til vedtak

FHI tar med seg innspill og råd fra NUFA inn i den videre realiseringen av prosjektet.

Hensikt med saken

Hensikten med å løfte saken til NUFA er å få informert om prosjektet og få innspill til forankring og organisering. Vi ber om at NUFA drøfter følgende to spørsmål:

- Hvordan og med hvem kan dette arbeidet best forankres og koordineres i helseforetakene og i de regionale helseforetakene?
- Har NUFA innspill til hvordan arbeidet best kan organiseres for et effektivt samarbeid inn mot helseregionene sett i lys av den stramme tidsaksen?

Bakgrunn

Meldeordningen for alvorlige hendelser og nesten-hendelser ble innført i 2010 med ny hjemmel i **spesialisthelsetjenesteloven § 3-3**. Ordningen ble først lagt til Statens helsetilsyn, og senere overført til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Formålet var å legge til rette for læring og forbedring i helsetjenesten gjennom systematisk innsamling og analyse av hendelser.

Varselordningen, hjemlet i **spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a**, er derimot et tilsynsverktøy. Den innebærer at Statens helsetilsyn straks skal varsles om hendelser der en pasient er død eller alvorlig skadet, og utfallet er uventet sett opp mot påregnelig risiko. Selv om denne saken ikke direkte omhandler varselordningen, kan det være berøringspunkter mellom arbeidet med de to ordningene.

Avvikling og kritikk

I 2019 ble meldeordningen avviklet som et ledd i regjeringens avbyråkratiseringsreform, begrunnet med lav påvist nytte.

Våren 2021 publiserte VG kritikk av Helsetilsynets praksis, og pekte på store forskjeller mellom tilsynets vurderinger i enkeltsaker og pasientenes journalopplysninger. I februar 2022 fulgte VG opp med å avdekke at om lag **80 %** av alle alvorlige feil og dødsfall ikke ble varslet til Helsetilsynet.

Varselutvalget

Som en respons nedsatte helse- og omsorgsministeren i april 2022 et eget utvalg for å gjennomgå og evaluere varselordningene. **Varselutvalget** leverte sin rapport i 2023, og Helsedirektoratet fikk i oppdrag å følge opp saken. Folkehelseinstituttet (FHI) ble involvert, og i juni 2025 leverte de sin anbefaling.

FHI og Helsedirektoratets anbefalte tilnærming (juni 2025)

1. Ha et overordnet formål knyttet til styrings- og kvalitetsarbeid.
2. Starte stegvis, med et kvalitetsprosjekt basert på data fra spesialisthelsetjenesten.
3. Ta utgangspunkt i eksisterende kvalitets- og avvikssystemer i RHF/HF, ikke etablere et parallelt system.
4. Søke Helsedirektoratet om hjemmel i **helsepersonelloven § 29** (unntak fra taushetsplikt).
5. Gjennomføre ROS-analyse og DPIA.
6. Trekke ut data fra kvalitetssystemene i RHF/HF.
7. La dataminimering utføres av databehandler valgt av dataeier.
8. Vurdere kobling til andre registre (f.eks. NPR, Folkeregisteret, Melde.no).
9. Utvikle statistikk basert på indirekte personidentifiserbare data.
10. Utrede behov, muligheter og alternativer for et fremtidig nasjonalt helseregister.

Nye oppdrag (juli 2025)

Helsedirektoratet og FHI fikk i juli 2025 hvert sitt oppdrag for å realisere løsningen. FHI har fått ansvaret for å lede arbeidet med å realisere den nye ordningen i tråd med følgende føringer:

- Etablere et flerårig kvalitetsforbedringsprosjekt for å få tilgang til data om uønskede hendelser fra både helseforetak og kommuner.
- Bruke dataene til analyser som kan bidra til bedre pasientsikkerhet.
- Innhente personidentifiserbare opplysninger for analyse og kvalitetssikring.
- Legge grunnlag for et eventuelt permanent nasjonalt helseregister.
- Vurdere styrker og svakheter ved datakildene for statistikk og analyse.
- Starte samarbeid høsten 2025 med RHF, HF, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Norsk helsenett og andre relevante aktører.
- Sørge for at nasjonal informasjon om uønskede hendelser i helseforetak er tilgjengelig innen utgangen av 2025.
- Parallelt vurdere hvordan kommunehelsetjenesten kan inkluderes, med mål om at enkelte kommuner er med fra 2026.
- Utarbeide tids- og leveranseplan, med statusrapporter innen 1. desember 2025.

Ref. for øvrig fullstendig oppdragstekst vedlagt.

Videre saksprosess

FHI vil fremme saken for NUIT for å drøfte prioritering opp mot annet arbeid i helseregionene og kommunene. Styringsstruktur for prosjektet vil snarest bli etablert og det blir lagt vekt på å få etablert god og rask dialog med aktuelle samarbeidspartnere.

Folkehelseinstituttet
Postboks 222 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref

Vår ref
24/3525-

Dato
9. juli 2025

Korrigerings - supplerende tildelingsbrev nr. 2

Helse- og omsorgsdepartementet viser til supplerende tildelingsbrev nr. 2 for 2025 til Folkehelseinstituttet. Ved en inkurie ble feil versjon av oppdrag TB2025-36 oversendt. Oppdragsteksten under erstatter i sin helhet det nevnte oppdraget.

TB2025-36	Avd. HOD: SHA	Nasjonalt register for alvorlige hendelser og nesten-hendelser (uønskede hendelser)
Det vises til innspill fra Helsedirektoratet om nasjonalt register for alvorlige hendelser og nesten-hendelser, inkludert Folkehelseinstituttets plan for etablering. Som en oppfølging av innspillet får Folkehelseinstituttet i oppdrag å etablere et kvalitetsforbedringsprosjekt med sikte på å få tilgang til data og informasjon om uønskede hendelser fra helseforetakene og fra kommuner. Dataene skal brukes til å analysere ulike aspekt ved uønskede hendelser som kan bidra til bedre pasientsikkerhet. Departementet legger til grunn at FHI vil ha behov for personidentifiserbare opplysninger for å gjennomføre ulike typer analyser og kvalitetssikring av data. Prosjektet skal legge grunnlaget for et evt. permanent nasjonalt register for alvorlige hendelser og nesten-hendelser, og Folkehelseinstituttet bør legge vekt på nær kontakt med dataeier (f.eks. HF'ene) for å få belyst styrker og svakheter ved datakildene for framstilling av statistikk og analyse. Kvalitetsprosjektet vil være flerårig og gjennomføres i flere trinn. Departementet legger til grunn at prosjektet etableres i samarbeid med de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Norsk helsenett og øvrige aktuelle aktører fra høsten 2025. Departementet legger til grunn at informasjon om uønskede hendelser i helseforetakene på nasjonalt nivå er tilgjengelig innen utgangen av 2025.		

Det skal parallelt arbeides med hvordan alvorlige hendelser og nesten-hendelser fra kommunehelsetjenesten kan inkluderes, og med å få inkludert data om uønskede hendelser fra enkelte kommuner i løpet av 2026.

Prosjektet skal utarbeide tids -og leveranseplan som også inkluderer statusrapporter innen **1. desember 2025**. Statusrapportene skal inkludere status for arbeidet, resultater fra analysene og anbefalinger for videre arbeid med et nasjonalt register som kan bidra til å fremme bedre pasientsikkerhet.

Med hilsen

Vibeke Helene Riekeles (e.f.)
avdelingsdirektør

Georg Øvland
rådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Kopi
Riksrevisjonen

Til Møte 3/25
Dato 28.08.2025
Saksnummer 20/25
Innretning Drøfting

Sakseier Morten Græsli
Saksbehandler Inger Dybdahl Sørby

Vurdering av kriterier for innhold i Referansekatalogen for e-helse

Forslag til vedtak

NUFA drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet med å gjennomgå og oppdatere kriteriene for oppføringer i Referansekatalogen for e-helse.

Hensikt med saken

Kriteriene for innholdet i [Referansekatalogen for e-helse](#) ble vedtatt av NUIT i 2015. Siden den gang har både teknologi, sektorens behov og den digitale samhandlingen utviklet seg betydelig. Det vil også komme en rekke nye krav og føringer i forbindelse med EHDS. På bakgrunn av dette vurderer Helsedirektoratet at det er nødvendig å gjennomgå og oppdatere kriteriene for hvilke standarder som skal inngå i katalogen.

Saken løftes til NUFA for å orientere om arbeidet Helsedirektoratet har igangsatt med å vurdere innholdet og kriteriene for oppføringer i referansekatalogen. Helsedirektoratet vil, i samråd med sektoren, vurdere hvilket innhold referansekatalogen bør ha for å være et nyttig virkemiddel for enhetlig digital samhandling. Relevante interessenter vil bli involvert i prosessen, og arbeidet vil forankres og drøftes i nasjonal rådsmodell for e-helse og andre relevante fora.

Spørsmål for drøfting i NUFA:

- Hvordan kan referansekatalogen utvikles til å bli et mer nyttig verktøy for både virksomheter og leverandører?
- Har NUFA innspill til prosess og innretning på prosjektet?

Bakgrunn - Referansekatalogen for e-helse

[Referansekatalogen for e-helse](#) gir en samlet oversikt over e-helsestandarder og andre kravdokumenter for IT systemer som er obligatoriske eller anbefalte for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Obligatoriske standarder er hjemlet i forskrift, mens anbefalte standarder er anbefalt av Helsedirektoratet

eller annen offentlig myndighet. Referansekatalogen omfatter standarder utgitt og forvaltet av Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Norsk helsenett SF og NAV m.fl.

Det er Helsedirektoratet som har ansvaret for å forvalte Referansekatalogen. Katalogen forvaltes i henhold til et årshjul, og i dialog med fagansvarlige/eiere av kravdokumentene.

Innholdet i Referansekatalogen er delt inn etter tema, og den inneholder per august 2025 ca. 170 kravdokumenter innen følgende områder:

- Grunnleggende standarder som brukes ved meldingsutveksling, data- og dokumentdeling
- Standarder for elektronisk samhandling i pasientforløp (dialogmeldinger, henvisning, epikrise, rekvisisjon og svar, pleie- og omsorgsmeldinger)
- E-reseptstandarder
- Obligatoriske og anbefalte kodeverk
- Standarder for samhandling med NAV, Helfo og Helsenorge
- Standarder for innrapportering til nasjonale registre (NPR, SYSVAK, MFR, MSIS mv.)
- Referanse til Normen (informasjonssikkerhet) og overordnede arkitekturdokumenter (mål- og referansearkitekturer)
- Standarder knyttet til EPJ, helsedata og avlevering til Norsk helsearkiv
- Anbefalinger om internasjonale e-helsestandarder

Formålet med referansekatalogen er å gi en tydelig oversikt over hvilke standarder som er obligatoriske eller anbefalte for de enkelte typer virksomheter. Virksomhetene skal kunne vise til referansekatalogen i anskaffelsesprosesser og gi leverandører klarhet i hvilke standarder som må implementeres.

Referansekatalogen er hjemlet i [forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger](#), § 7, som angir at Helsedirektoratet skal utgi en katalog med oversikt over obligatoriske og anbefalte standarder mv.

Forskriften skal bidra til at *"virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som yter helsehjelp eller virksomheter som forvalter og tilgjengeliggjør helseopplysninger for helseregistre, bruker standarder, standardsystemer og godkjent programvare, kvalifikasjonssystemer og nasjonale e-helseløsninger for å fremme sikker og effektiv behandling og bruk av IKT"* (§ 1). Det er hver enkelt virksomhet i helse- og omsorgstjenesten som har ansvar for at IKT-systemene deres oppfyller kravene i forskriften.

Forskriften oppdateres årlig. Det er Helsedirektoratet som har ansvar for å forvalte forskriften, og som foreslår endringer overfor Helse- og omsorgsdepartementet. Relevante interessenter involveres i arbeidet med å vurdere aktuelle obligatoriske standarder, og det er departementet som gjennomfører høringer på forskriftsendringer.

Gjeldende kriterier for innhold vedtatt av NUIT i 2015

Obligatoriske standarder er fastsatt i regelverket.

Standarder som er anbefalt av offentlig myndighet gjennom rundskriv, brev eller annen måte, skal som hovedregel tas inn i Referansekatalogen.

Standarder utviklet av offentlig myndighet eller på oppdrag fra myndighet skal tas inn i Referansekatalogen som anbefalt, dersom ikke spesielle forhold skulle tilsi noe annet.

Andre standarder kan tas inn i Referansekatalogen som anbefalt dersom følgende kriterier er oppfylt:

- Standarden avhjelper et erkjent behov
- Standarden er etterspurt av målgruppene for standarden
- Standarden ikke er i konflikt med eksisterende obligatoriske eller anbefalte standarder
- Standarden ikke bryter med vedtatte nasjonale strategier, herunder også strategier på arkitekturområdet
- Standarden oppfyller relevante standardiseringsfaglige kriterier
- Kostnadene ved innføring av standarden ikke vurderes som uforholdsmessig store

Nye standarder kan tas inn i referansekatalogen med status "Anbefalt standard til utprøving" for en begrenset periode.

Prosess og metode

Helsedirektoratet har etablert et prosjektteam som ledes av avdeling for normering. Teamet vil samarbeide tett med fagressurser fra andre relevante avdelinger i direktoratet. Arbeidet vil bygge på innsikt, dialog og forankring i sektoren.

Prosjektet starter med en behovskartlegging blant ulike interessenter, inkludert innholdseiere, brukere og andre aktører. Kartleggingen vil danne grunnlaget for forslag til hvilke kriterier som bør gjelde for oppføringer i katalogen, og hvordan disse bør forvaltes og følges opp. Dette vil forankres i nasjonal rådsmodell for e-helse, standardiseringsutvalget for internasjonale e-helsestandards, leverandørsamlinger og andre relevante fora.

Videre planlegges det å gjennomføre en høring, for å sikre bred involvering og innspill fra alle relevante interessenter i sektoren. Basert på tilbakemeldingene, vil kriteriene for oppføringer i referansekatalogen oppdateres.

Drøfting

Regjeringen har i Veikart for helsenæringen (2023)¹ løftet frem normering og standardisering som sentrale virkemidler for å styrke helsenæringen i Norge. Det pekes på behovet for tydeligere krav og standarder for å skape større forutsigbarhet for både virksomheter og leverandører.

Det bør vurderes om referansekatalogen er tilstrekkelig tilpasset nye rammebetingelser, som kommende krav knyttet til forordningen om det europeiske helsedataområdet (European Health Data Space – EHDS). Flere leverandører uttrykker bekymring for at særnorske krav medfører store tilpasningskostnader, noe som potensielt kan hemme innovasjon og eksport². Det kan derfor være behov for en bredere diskusjon om hvordan kravene i referansekatalogen skal hensynta kravene som vil komme med EHDS.

Den teknologiske utviklingen aktualiserer også spørsmålet om hvilke typer standarder som bør inngå i katalogen. I dag er katalogen i stor grad fokusert på meldingsutveksling, men det er økende behov for standarder som støtter datadeling, informasjonsflyt og nye teknologiske løsninger³. Dette åpner for en diskusjon om hvordan katalogen kan utvikles for å møte fremtidige behov i sektoren.

¹ Veikart for [Helsenæringen](#),

² [Modell for kravstilling, veiledning, tilrettelegging og godkjenning innen helseteknologi v1.0.pdf](#)

³ [Utforming av en helseteknologiordning v.1.01.pdf](#)

Flere aktører har også pekt på behovet for å styrke normeringskraften⁴. Det pekes blant annet på at eierskapet til standardene kan fremstå uklart, og at prosessene for å gjøre standarder obligatoriske oppleves tidkrevende.

Aktuelle problemstillinger for drøfting i NUFA:

- Hvordan kan referansekatalogen utvikles til å bli et mer nyttig verktøy for både virksomheter og leverandører?
- Har NUFA innspill til prosess og innretning på prosjektet?

Videre saksprosess

Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet med å gjennomgå og oppdatere kriteriene for oppføringer i Referansekatalogen for e-helse.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Referansekatalogen er tett knyttet til arbeid med normering og normerende produkter på e-helseområdet, som har vært tema i rådsmodellen en rekke ganger, se tabell med oversikt over noen relaterte saker.

Saksnummer	Møte og dato	Tittel på sak	Vedtak
3/25	NUFA 22.01.25	Normerende produkter i nye Helsedirektoratet	NUFA drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med normerende produkter på e-helseområdet
53/23	NUIT 16.11.23	Normering som virkemiddel for økt gjennomføringsevne	Innspill fra NUIT om normering innen e-helse tas med inn i videre arbeid.
4/23	NUFA 25.01.2023	Styrke normeringskraften	NUFA har drøftet skisserte aktiviteter/tiltak og innspillene fra NUFA tas med inn i arbeidet knyttet til styrking av normeringskraften.

⁴ [Referat fra møte i NUIT 16.11.2023](#), sak 53/23 og [Referat fra møte i NUFA, 25.1.2023](#), sak 4/23

Til Møte 3/25
Dato 28.08.2025
Saksnummer 21/25
Innretning Drøfting

Sakseier Siv Ingebrigtsen
Saksbehandler Anne Kristin Einarsrud

Endring av mandat for NUFA

Forslag til vedtak

NUFA har gitt sine innspill på forslag til endringer av mandat for NUFA. Helsedirektoratet tar med innspillene til Nasjonalt e-helseråd, som vedtar mandatene for NUFA og NUIT.

Hensikt med saken

Helsedirektoratet ønsker å få på innspill på endringer av NUFAs mandat.

Bakgrunn

Nasjonal rådsmodell for e-helse skal samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren om behov, felles utviklingsretning, innsats og mål for e-helseutviklingen. Helsedirektoratet har gjennomført en evaluering av rådsmodellen, der formålet har vært å sikre at vi har en *aktuell* og *effektiv* modell.

Etter anbefaling fra Nasjonal e-helseråd utarbeidet Helsedirektoratet tre alternative modeller, som ble vurdert opp mot dagens modell. De alternative modellene ble drøftet med NUFA i møte 23. april.

Gjennom prosessen opplevde vi at aktørene i sektoren mer og mer rettet seg inn mot å fortsette med dagens modell, noe også E-helserådet anbefalte i møte 12. juni. E-helserådet anbefalte at rådsmodellen fortsetter med tre nivåer, men at det utarbeides nye mandater for hvert utvalg, at det sees på rollene til og representasjonen i hvert utvalg og at Helsedirektoratet iverksetter forbedringstiltakene som er spilt inn underveis i prosessen.

De mest sentrale forbedringstiltakene er oppsummert her:

- Det bør fremover vurderes hvilke saker som er egnet for hvert utvalg, og innretningen på sakene må tilpasses hvert utvalgs mandat og oppgaver. NUFA ønsket saker med en tydelig kobling til arkitektur og fag.
- Sakene og drøftingene bør være mer forankret i helsetjenesten, og i større grad ta utgangspunkt i helse- og omsorgstjenestens og innbyggernes behov, og hvordan digitalisering kan understøtte utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.
- Representasjonen i hvert utvalg må gjennomgås for å sikre en bedre balanse mellom teknologi og helsefag. Antall medlemmer per utvalg bør også vurderes.

- Sakene til hvert møte bør kobles bedre sammen for å få en helhet, gjerne med en temabasert agenda.
- Fire møter i året oppfattes som gunstig, og det er en fordel med fysiske møter. Men det er rom for større fleksibilitet og justeringer av dette, dersom saksmengden tilsier det.

Forslag til endringer i mandatet for NUFA

Helsedirektoratet foreslår følgende endringer i formål og oppgaver og ansvar for NUFA.

Dagens mandat	Justert mandat
Formål NUFA skal gi råd og anbefalinger om helsefaglige behov, innbyggers behov og arkitekturvalg på e-helseområdet.	Formål NUFA skal gi råd og anbefalinger innen tjenesteutvikling, samhandling og digitalisering som støtter innbyggernes og de helsefaglige behovene.
Oppgaver og ansvar NUFA skal: • Gi råd vedrørende sentrale faglige problemstillinger innen helsefag, innbyggers behov og arkitektur • Gi råd om nasjonal arkitekturstyring og rammer • Gi innspill og råd om faglige behov som kan påvirke fremtidige initiativer og justering av mål i nasjonal e-helsestrategi • Synliggjøre behov og anbefale nye normerende produkter om standarder, kodeverk, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet mv., samt gi råd i relevante problemstillinger knyttet til disse • Drøfte problemstillinger innen helsefag, arkitektur eller innbyggerperspektivet på forespørsel fra NUIT	Oppgaver og ansvar NUFA skal: • Gi råd vedrørende sentrale faglige problemstillinger innen helsefag, innbyggernes behov og arkitektur • Gi faglige råd ved justering av mål i nasjonal e-helsestrategi • Synliggjøre behov og anbefale arbeid med nye prinsipper og standarder innen kodeverk, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet mv., samt gi råd i relevante problemstillinger knyttet til disse • Drøfte problemstillinger innen helsefag, arkitektur eller innbyggerperspektivet på forespørsel fra NUIT

Vi ønsker også innspill på representasjonen i NUFA. Helsedirektoratet har ansvar for en hensiktsmessig sammensetning av utvalgene, og sikrer i dialog med medlemmer i utvalgene en løpende vurdering av dette.

Følgende er representert i NUFA i dag:

- Kommuner (fem medlemmer)
- KS (to medlemmer)
- De regionale helseforetakene (åtte medlemmer)
- Helsedirektoratet (fire medlemmer)
- Folkehelseinstituttet (to medlemmer)
- Digitaliseringsdirektoratet (ett medlem)
- Pasient- og brukerforeninger (to medlemmer)
- Legeforeningen (en fastlege)
- Norsk Sykepleierforbund (ett medlem)
- Apotekforeningen (ett medlem)
- Norsk helsenett SF (ett medlem)

- Forskningsmiljø (to medlemmer)

Medlemmene skal representere sin kompetanse og sin virksomhet, og har et ansvar for å informere og forankre NUFAs anbefalinger og råd i egen virksomhet. Medlemmene fra kommunene representerer sin kompetanse og kommunal sektor.

Dagens mandater for utvalgene i rådsmodellen ligger her <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/rad-og-utvalg/nasjonal-radsmodell-for-e-helse>

Videre saksprosess

Helsedirektoratet tar med innspillene til Nasjonalt e-helseråd, som vedtar nytt mandat for NUFA.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Møte og dato	Tittel på sak	Vedtak
18/25	E-helserådet 12.06.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	Nasjonalt e-helseråd anbefaler, basert på innspillene fra aktørene, at rådsmodellen fortsetter med tre nivåer, men at det utarbeides nye mandater for hvert utvalg, at det sees på rollene til og representasjonen i hvert utvalg og at Helsedirektoratet iverksetter forbedringstiltakene som har blitt spilt inn. I tillegg anbefaler Nasjonalt e-helseråd at eiere av andre relevante råd og utvalg gjennomgår og tydeliggjør grenseflaten mot rådsmodellen i dialog med Helsedirektoratet.
21/25	NUIT 15.05.2025.	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	NUIT har gitt sine tilbakemeldinger på evalueringen av nasjonal rådsmodell for e-helse. Helsedirektoratet tar med innspillene fra NUIT til drøfting i Nasjonalt e-helseråd.
15/25	NUFA 23.4.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	NUFA har gitt sine tilbakemeldinger på ulike forslag til endringer av nasjonal rådsmodell for e-helse, og NUFAs rolle i modellen. Helsedirektoratet tar med innspillene til videre drøfting i NUIT og Nasjonalt e-helseråd.
9/25	E-helserådet 20.3.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	Nasjonalt e-helseråd har gitt sine innspill til hvordan sakene, møtene og selve rådsmodellen kan forbedres. Helsedirektoratet tar tilbakemeldingene og forslagene med i det videre arbeid med å videreutvikle modellen.
9/25	NUIT 13.2.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	NUIT har gitt sine tilbakemeldinger på hvordan sakene, møtene og selve rådsmodellen kan forbedres. Helsedirektoratet tar tilbakemeldingene med til videre drøfting i Nasjonalt e-helseråd og i sitt videre arbeid med evaluering av rådsmodellen.
7/25	NUFA 22.1.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	NUFA har gitt sine tilbakemeldinger på rådsmodellen, som Helsedirektoratet tar med til videre drøfting i NUIT og Nasjonalt

			e-helseråd og i sitt videre arbeid med evaluering av rådsmodellen.
--	--	--	--

Til Møte 3/25
Dato 28.08.2025
Saksnummer 22/25
Innretning Drøfting

Sakseier Elin Høyvik Kindingstad/ Erik Hedlund
Saksbehandler Anne Greibrokk

Tema – Digital samhandling

Forslag til vedtak

NUFA har drøftet virkemiddelbruk for å få opp dekning på kritisk informasjon og stiller seg bak forslaget. Aktørene tar med seg andre innspill fra drøftingene til videre arbeid med digital samhandling.

Hensikt med saken

Satsingen på digital samhandling er en strategisk aktivitet innen digitalisering av helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet ønsker å involvere NUFA i pågående arbeid med spesielt fokus på problemstillinger som går på tvers av flere tiltak.

Tidsplan

Fra	Til	Type aktivitet	Tema
10.55	11.30	Innledning	Introduksjon til digital samhandling
11.30	12.30	Lunsj	
12.30	13.00	Plenumsdiskusjon	Digital samhandling i tall
13.00	13.50	Gruppearbeid	Hvordan kan vi lykkes med innføring av nasjonale tjenester?
13.50	14.00	Pause	
14.00	14.30	Plenumsdiskusjon	Oppsummering av gruppearbeid
14.30	15.10	Plenumsdiskusjon	Virkemiddelbruk for å støtte innføring av kritisk informasjon API i primær og spesialisthelsetjenesten
15.10	15.20	Pause	
15.20	16.00	Plenumsdiskusjon	Nasjonale standarder vs lokale tilpasninger – hvordan finne en god balanse

16.00	16.15	Avslutning	Oppsummering
-------	-------	------------	--------------

Bakgrunn om digital samhandling (introduksjon i plenum)

Helsepersonell trenger relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasienten for å ta gode beslutninger om rask, god og trygg behandling og pleie. Tilsvarende trenger innbyggere tilgang til informasjon for å medvirke aktivt i valg om egen helse. Nasjonale samhandlingstjenester skal gi økt effektivitet, tilfredshet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Her er satsingen på digital samhandling et viktig skritt.

Satsingen på digital samhandling gjennomføres i perioden fram til 2029. Stortinget har gjennom bevilgning i statsbudsjettet for 2024 vedtatt en styringsramme for digital samhandling steg 2 på 1 250,3 mill. kroner (P50) over seks år.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å koordinere og følge opp helheten i satsingen på digital samhandling. Norsk Helsenett SF etablerer tjenestene og er ansvarlig for videre drift og forvaltning. Helsedirektoratet, som myndighet, legger til rette for at aktørene lykkes med tiltakene i digital samhandling. Virksomhetene i helse- og omsorgssektoren, som regionale helseforetak, kommuner og fastleger, tilpasser løsninger og arbeidsprosesser i egen virksomhet. KS er pådriver for digital kompetanse, utvikling og utbredelse av sammenhengende tjenester i kommunene, herunder koordinerer deltakelse fra kommunal sektor og felles leverandørdialog med formål å utarbeide planer for kommunal sektor.

Tiltakene i satsingen er på forskjellige nivå fra uttesting av konsept gjennom utprøving til innføring for mer modne tjenester. I en smidig verden er det en mer flytende overgang mellom utprøving og innføring

Det jobbes med følgende tiltak i satsingen:

- [Pasientens legemiddelliste](#): Feil legemiddelbruk er blant de viktigste årsakene til pasientskader. Pasientens legemiddelliste gjør det mulig for helsepersonell å få en samlet oversikt over alle legemidler en pasient bruker. Oversikten skal være oppdatert til enhver tid, og tilgjengelig for pasienten selv og helsepersonellet — uavhengig av hvor i tjenesten helsepersonellet arbeider.
- [Pasientens prøvesvar](#): Pasientens prøvesvar gir helsepersonell tilgang til og oversikt over laboratorie- og radiologisvar digitalt, uavhengig av hvem som har rekvirert undersøkelsen og hvor den er utført. Innbyggerne vil få en samlet oversikt over sine prøvesvar på Helsenorge.no. Løsningen vil bidra til å begrense omfanget av at pasientundersøkelser bestilles på nytt fordi prøvesvar ikke er tilgjengelige.
- [Pasientens journaldokumenter](#): Deling av pasientens journaldokumenter gir helsepersonell tilgang til journaldokumenter fra andre virksomheter. På den måten kan personell i sykehus eller legevakt, fastleger og innbygger selv få enkel og sikker tilgang til informasjon som epikriser og sammenfatninger.
- *Pasientens kritiske informasjon*: Deling av pasientens kritiske informasjon (alvorlige diagnoser og tilstander) er informasjon som det er særskilt viktig at helsepersonell kjenner til i en behandlingssituasjon. For å øke registreringsgraden av opplysninger nasjonalt, skal helsepersonell kunne registrere opplysningene i eget fagsystem, samtidig som opplysningene overføres automatisk til kjernejournalen.
- [Pasientens måledata](#): Pasienter og brukere som får digital hjemmeoppfølging har ofte behov for behandling fra helsepersonell fra flere virksomheter og tjeneste- og omsorgsnivå. Pasientens måledata tilrettelegger for at informasjon om pasienten kan deles på tvers.

Følgende tiltak ses i sammenheng med satsingen:

- *Helsekort for gravide*: Helseopplysninger om gravide deles mellom alle som er involvert i svangerskapsomsorgen, og med den gravide selv. Helsepersonell får tilgang til helseopplysninger om gravide på tvers av helseinstitusjoner. Den gravide får tilgang til sine opplysninger gjennom Helsenorge.no. Formålet er å øke kvaliteten i svangerskap- og fødselsomsorgen.
- [MyHealth@EU](#): MyHealth@EU er digital infrastruktur og tjenester som skal bidra til å sikre gode helsetjenester for europeiske borgere som reiser innenfor EU/EØS- området. Det første prosjektet i Norge startet i 2023 og vil vare til utgangen av 2025. I dette prosjektet legges det i første omgang til rette for at helsepersonell i Norge skal kunne motta helseopplysninger om EU/EØS-borgere som har behov for helsehjelp mens de oppholder seg i Norge.

Drøftingsspørsmål:

- Er det ytterligere problemstillinger innenfor digital samhandling som burde vært behandlet i NUFA?

Digital samhandling i tall (Plenumsdiskusjon)

Bruk av bruksstatistikk fra nasjonale tjenester som styringsinformasjon i utprøving og innføring er datadrevet utvikling i praksis basert på data som allerede bør være tilgjengelig. Ved å samarbeide om utveksling av styringsinformasjon, bygger vi en felles virkelighetsforståelse og felles beslutningsunderlag

Helsedirektoratet tenker at viktige spørsmål er:

- Hvem har tilgang til hva?
- Hvem produserer informasjon?
- Hvem konsumerer informasjon?



Figur 1 Datakilder i Helsedirektoratet for bruksstatistikk. Kilder i parentes jobbes det med å få på plass

Kobling av flere kilder gir mulighet for å gi dypere innsikt eks svare på spørsmålet " Hvor stor andel av befolkningen i kommune X har en fastlege ved et fastlegekontor som har gjort oppslag i dokumenter i Pasientens journaldokumenter?"

Drøftingsspørsmål:

- Kjenner dere til data eller annen innsikt som vi burde ta inn for å følge opp aktivitetene i digital samhandling på en god måte?
- Har NUFA innspill til hvordan vi kan bruke indikatorer og innsikt for å sikre gode utprøvinger og en vellykket innføring?

Hvordan kan vi lykkes med innføring nasjonale tjenester for digital samhandling? (Gruppearbeid)

Samhandlingstjenestene understøtter effektiv informasjonsflyt og gir mulighet for å jobbe på nye og mer hensiktsmessige måter. Nyten av digitale samhandlingstjenester i helse- og omsorgssektoren kommer når de tas i bruk, ikke ved at tjenestene etableres og løsninger tilpasses. Samhandling har nettverkseffekter hvor nyten blir større når mer informasjon er tilgjengelig for flere, noe som gjør det enda viktigere å lykkes med at tjenestene tas i bruk hos et flertall av aktørene.

For å gi sammenhengende pasientforløp, er det viktig at samhandlingen fungerer godt i hele verdikjeden og på tvers av helseprofesjoner, omsorgsnivåer og regioner. Det må etableres gode og effektive arbeidsrutiner i tjenestene, og helsepersonell og innbyggere må ha tillitt til løsningene og informasjonen de får tilgang til, hvis løsningene skal bli tatt i bruk.

Det er noen dilemma ved innføring av nye tjenester. Bruk av informasjon fra samhandlingstjenestene vil på sikt gi mindre tid på å lete etter informasjon og mindre feil behandling (som kan spare tid), men kan i en overgangsfase når man lærer seg nye ting medføre mer tidsbruk. Full nytte av tjenestene krever at

man forstår hvordan samhandlingsperspektivet vil påvirke lokale rutiner, men helsepersonell har ofte begrenset tid/overskudd til kurs.

Eierskapet og gjennomføring av innføring ligger hos den enkelte aktør som utøver helsehjelp, og Helsedirektoratet bruker ulike virkemidler i arbeidet for å støtte opp om innføring. Vi har blant annet gitt tilskudd via helseteknologiordningen, utarbeidet nasjonale råd og veiledere, lagt til rette for erfaringsutveksling mellom aktørene, veiledet i endringsprosessen og jobber via bruker- og gevinsthistorier for å vise hvilken nytte man kan oppnå med å ta de nye tjenestene i bruk.

Erfaringen så langt viser at vi har et underforbruk av tjenestene mot forventet nivå selv når det tekniske har kommet på plass. Vi ser at det er i overgangene mellom tjenestenivåene at det største potensialet for nytteverdi ligger, men også den største risikoen for at ting kan gå galt. Oppsummert ser vi lovende effekter av tjenestene, men også et behov for å vurdere tiltak for å øke bruk - utover det rent tekniske. Dette ønsker vi å få innspill på fra NUFA.

Drøftingsspørsmål:

- Hvordan identifisere og formidle hvilken nytte samhandlingstjenestene kan gi i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten, både for helsepersonell og pasienter?
- Hvordan skape/bygge forståelse for samhandlingskjeden slik at helsepersonell forstår hvorfor de skal ta tjenesten i bruk og endre adferd, samt hvordan deres bruk påvirker andre i samhandlingskjeden (inkl. å skape tillit til tjenesten)
- Hvilke tiltak bør komme fra Helsedirektoratet og andre sentrale aktører for å understøtte at tjenesten tas i bruk og sikre hensiktsmessig bruk av tjenestene over tid?

Virkemiddelbruk for å få opp dekning på kritisk informasjon? (Plenumsdiskusjon)

Vedlegg: [Diskusjonsutkast virkemiddelbruk](#)

Kritisk informasjon er helseopplysninger som kan få avgjørende betydning for valg av helsehjelp - som alvorlige allergier, medisinske tilstander eller behandlingsbegrensninger. Vi antar at 5% av innbyggere har slik informasjon, men dekningen i kjernejournal er fortsatt for lav. Dette skyldes blant annet dobbeltregistrering - helsepersonell må både registrere i egne systemer og i kjernejournal separat.

Kritisk informasjon API skal løse dette ved å gjøre oppslag og registrering mulig direkte fra fagsystemene. Men teknologi alene er ikke nok - vi trenger også virkemidler som sikrer at løsningen tas i bruk og gir reell verdi.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra HOD utarbeidet en vurdering av relevante virkemidler innen fire hovedområder. Områdene og tiltakene baserer seg blant annet på innspill fra NUFA.

- **Oppdatert og tilgjengelig informasjon** - økt registrering og deling i kjernejournal gjennom blant annet økonomiske insentiver til fastleger og årlig gjennomgang for innbyggere
- **God bruk og brukeropplevelser** - god bruk hos helsepersonell støttes av klinisk fagråd, gode brukeropplevelser, målrettet opplæring og faglige veiledere
- **Helsevirksomhetenes tilrettelegging** - ledelsesforankring og lokale rutiner via kommunenettverk, tilskuddsordninger og sikring av HelseID-pålogging
- **Ivaretagelse av rettigheter** - trygg håndtering for innbyggere og helsepersonell, inkludert tilpasninger til EHDS og bedre kontroll over samtykker

Konkret foreslår vi blant annet tiltak som:

- **Regionale handlingsplaner** - at helsefelleskapene lager egne planer for økt deling og bruk
- **Klinisk fagråd** - etablere kontinuerlig faglig innspill på behovsinnhenting og prioriteringer
- **Kommunenettverk** - strukturert erfaringsdeling og støtte til kommunal innføring
- **Poenggivende nettkurs** - målrettet opplæring for leger, sykepleiere og annet helsepersonell
- **Helsemelding, eventuelt med takst for fastlege** - oppfordre innbyggere til å gjennomgå egen kritisk informasjon og annen informasjon i nasjonale løsninger, eventuelt med honorert årskontroll hos fastlegen for å oppdatere informasjon i nasjonale e-helseløsninger

Drøftingsspørsmål

- Hvilke tiltak mangler?
- Hvilke tiltak er viktigst?
- Hvilke tiltak bør prioriteres innen 2026?

Hvordan finne en god balanse mellom nasjonale standarder og lokale tilpasninger (Plenumsdiskusjon)

Ved deling av informasjon på tvers av nivåer og virksomheter ønsker man å standardisere. Samtidig vil man gjerne beholder muligheten for lokal utvikling og tilpasning for å ta hensyn til lokale behov. Dette kan skje på teknisk nivå, informasjonsmodell, prosessmodeller og/eller policy.

På teknisk nivå vil en tett kobling kunne medføre at systemene blir for avhengig av hverandre.

En annen problemstilling vi har sett er tilfeller hvor et system har mer detaljert informasjon enn andre. Deling av informasjon fra dette systemet vil fungere fint ved å aggregere informasjon, men datakvaliteten vil kan bli dårligere hvis man mottar aggregerte data.

Ikke all informasjon kan og bør deles. Noe informasjon er og skal være lokal for eksempel fordi informasjonen er overflødig og dermed blir "støy" i det store bildet. Det er ikke gitt at det er lett for brukerne å forstå hva som er hva i en hektisk hverdag. Eksempelvis er det fra et rent smittevernsperspektiv nyttig å dele informasjon om mange smittsomme tilstander, men det er begrensninger på hva som er lov å dele i kjernejournal. Smittsomme sykdommer som er nyttig å kjenne til ut fra smittevernhensyn kan ikke deles i kjernejournal, med mindre det vil påvirke behandlingen til pasienten. Det er også nødvendig å ha flere opplysninger lokalt, for eksempel om bærertilstander eller nødvendige isolasjonstiltak som alle som behandler pasienten bør kjenne til, men som ikke skal deles i nasjonale e-helseløsninger. Dermed vil vi ofte se at lokal pasientjournal og kjernejournal trenger å utfylle hverandre. Og både i primærhelsetjenesten og i sykehusene vil kritisk informasjon ofte være mer informasjon enn det som kan deles i kjernejournal.

Drøftingsspørsmål

- Hvilke mekanismer kan vi bruke for å løse de eksemplene vi har gitt og hvilken konsekvens har det for tjenestene og brukeropplevelsen?