

Møte i NUFA

28. August 2025

Scandic Helsfyr, Oslo



Endringer i representasjon i NUFA

Vi ønsker nye medlemmer velkommen i NUFA:

- Line Linstad, Nasjonal senter for e-helseforskning, overtar etter Gro Rosvold Berntsen.

Stedfortredere til dette NUFA

- Merete Lyngstad, Norsk Sykepleierforbund, stiller for Sissel Skarsgård
- Per Olav Skjesol deltar fra Helse Midt RHF til erstatteren etter Lars Henrik Hegrenæs er på plass.
- Øystein Berg-Sletteng, Helse Nord RHF, stiller for Øyvind Broback.

Saksnr.	Agenda NUFA 28. august 2025	Presenter saken	Tid	Sakstype
18/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 23. – 24. april 2025 - Samt en liten påminnelse om EHDS	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet	08:30	Godkjenning
19/25	Kvalitetsprosjektet for analyse av alvorlige hendelser og nesten-hendelser i helseforetak og kommunehelsetjenesten	Roger Schäffer, FHI	08:40	Drøfting
20/25	Vurdering av kriterier for innhold i Referansekatalogen for e-helse	Morten Græsli og Inger Dybdal Sørby, Helsedirektoratet	09:25	Drøfting
Pause			10:05	
21/25	Endring av mandat for NUFA	Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet	10:15	Drøfting
22/25	Tema – Digital samhandling			Drøfting
	Introduksjon til digital samhandling	Anne Greibrokk, Helsedirektoratet	10:55	
Lunsj			11:30	
	Digital samhandling i tall – plenumsdiskusjon	Jarle Hersvik, Helsedirektoratet	12:30	
	Hvordan kan vi lykkes med innføring av nasjonale tjenester? Gruppearbeid	Elin H. Kindingstad og Anne Greibrokk, Helsedirektoratet	13:00	
Pause			13:50	
	Oppsummering av gruppearbeid	Anne Greibrokk, Helsedirektoratet	14:00	
	Virkemiddelbruk for å støtte innføring av kritisk informasjon API i primær og spesialisthelsetjenesten	Ole Kristian Losvik, Helsedirektoratet	14:30	
Pause			15:10	
	Nasjonale standarder vs. lokale tilpasninger – hvordan finne en god balanse	Thomas Rosenlund, Helsedirektoratet	15:20	
	Oppsummering	Elin H. Kindingstad og Erik Hedlund, Helsedirektoratet	16:00	
23/25	Eventuelt	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet	16:15	
	Slutt		16:20	

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



Forslag til vedtak

NUFA godkjenner innkalling og dagsorden.

NUFA godkjenner referat fra NUFA 23. – 24. april 2025.

Sak 19/25: Kvalitetsprosjektet for analyse av alvorlige hendelser og nesten-hendelser i helseforetak og kommunehelsetjenesten



Kvalitetsprosjektet for analyse av uønskede hendelser i helseforetak og i kommunehelsetjenesten

Uønskede hendelser inkludere alvorlige hendelser og nesten hendelser.

Fagdirektør digitalisering Roger Schäffer, FHI

Hva er Varslingsordningen kontra Meldeordningen

Varslingsordningen (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a): akutt varsel til Helsetilsynet om alvorlige hendelser og Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3a om varsling av alvorlige hendelser

→ kan føre til tilsyn/reaksjon.

→ Ivaretas i dag gjennom Melde.no

Meldeordningen (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3): bredere rapportering av uønskede hendelser og nesten-hendelser → ble behandlet i et lærings- og forbedringsperspektiv, ikke for sanksjonering.

→ Ble nedlagt i 2019 og § 3-3 utgikk fra Spesialisthelsetjenesteloven

Tidslinje for utvikling av meldeordninger

- 2010: Meldeordningen for alvorlige hendelser og nesten-hendelser ble innført med utgangspunkt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 og lagt til Helsetilsynet
- 2011: Meldeordningen ble flyttet til Kunnskapssenteret
- November 2016: Riksrevisjonen: Undersøkelse av helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser
- 2019: Meldeordningen ble avviklet, UKOM ble opprettet
- Høst 2020: Etablering av en elektronisk meldeportal, melde.no
- Vår 2021: Kritikk av helsetilsynets praksis. VG påviste store ulikheter mellom Helsetilsynets vurdering i saken – varselvurderingen – og pasientens journal.
- Februar 2022: VG har avdekket at 80 prosent av alle alvorlige feil og dødsfall ikke varsles til Helsetilsynet.
- April 2022: Varselutvalget ble nedsatt
- April 2023: Varselsutvalgets rapport avleveres
- Juni 2025: Meldeplikt for uønskede hendelser ble innført for kommunale helse og omsorgstjenester (§ 12-3a)
- 2024 Oppdrag til Helsetilsynet om å anbefale en styrket eldetjeneste
- Juli 2025 Oppdrag til FHI (og Helsedirektoratet)

Aktørenes ansvar

Aktør	Hjemmel / Lovgrunnlag	Rolle
Ukom	Lov om Statens undersøkelseskommisjon (ikrafttredt 2018–2019)	Undersøker alvorlige hendelser for læring og forebygging, uavhengig og uten sanksjoner.
Statens helsetilsyn	Helt ny helsetilsynslov (2019) – varslingsplikt § 6 mv.	Mottar varsler om alvorlige hendelser, kan gjennomføre tilsyn og gi administrative reaksjoner.
Statsforvalteren (fylkesmannen)	Helsetilsynsloven § 4 – regionalt tilsyn	Førstelinje, behandler klager, fører tilsyn lokalt, og videresender saker til Statens helsetilsyn ved behov.
Spesialisthelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a - Varslingsordningen	Gir spesialisthelsetjenesten plikt til å melde alvorlige hendelser, men ikke uønskede hendelser som ikke har fått alvorlig utfall
Helse- og omsorgstjenesten i kommunene	Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3a	Gir kommunehelsetjenesten plikt til å melde alvorlige hendelser, men ikke uønskede hendelser som ikke har fått alvorlig utfall

Melde.no

Det er flere meldeordninger for uønskede hendelser relatert til helse i dag. For følgende ordninger meldes hendelser via melde.no:

- Bivirkninger av legemidler: Meldinger behandles av Direktoratet for medisinske produkter (DMP).
- Bivirkninger vaksiner: Meldinger behandles av Folkehelseinstituttet (FHI) og DMP.
- Alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten: Meldinger vil i henhold til ny ordning bli behandlet av

statsforvalter og Ukom (Helsetilsynet skal motta kopi)

- Medisinsk utstyr: Meldinger behandles av DMP.
- Blod, celler og vev: Meldinger behandles av DMP.
- Bivirkninger av kosttilskudd: Meldinger behandles av Mattilsynet.
- Bivirkninger av kosmetikk: Meldinger behandles av Mattilsynet.

.

Riksrevisjonens funn i 2016

- Den lokale meldekulturen i enheter og stillingsgrupper avgjør om uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp.
- Helseforetakene utnytter i liten grad informasjonen fra avviksmeldingene til å identifisere risikoområder og forbedringsmuligheter.
- Helseforetakene bruker i liten grad informasjonen fra uønskede hendelser på en systematisk måte i det kontinuerlige forbedringsarbeidet.
- Styrene er for lite involvert i hvordan helseforetakene arbeider med uønskede hendelser.

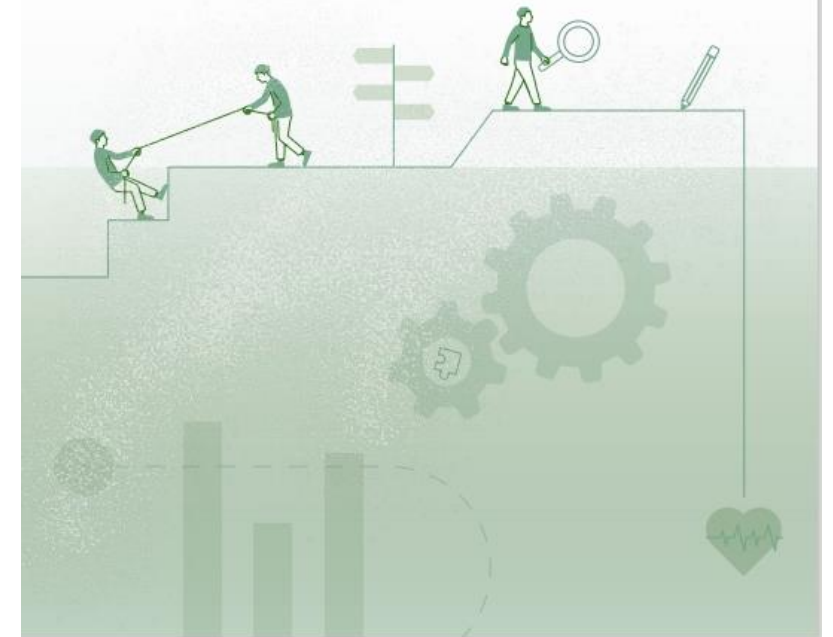
Meldeutvalget

- Svakheter i dagens system at understøtter ikke spredning av læring
- Må samle innmeldingen hos en statlig aktør
- Slå sammen Helsetilsynet og Statens undersøkelseskommisjon
- Alvorlige hendelser og nesten alvorlige hendelser bør meldes Statsforvalter med kopi til sentralt register
- Identifisering av felles forbedringsområder forutsetter et nasjonalt register
- Registeret tilgjengeliggjøres for Statens helsetilsyn

Rapport

Fra varsel til læring og forbedring

Rapport fra utvalg oppnevnt for å vurdere varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten



Regjeringens forslag til endringer

- Slå sammen miljøet i Helsetilsynet og UKOM
- Etablere register som inkluderer nestenhendelser
- Samle meldinger fra hele helsetjenesten



Prop. 121 L

(2024–2025)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i helsetilsynsloven mv.
(ny meldeordning for alvorlige hendelser
i helse- og omsorgstjenesten)

TV 2 har gransket alvorlige hendelser på norske sykehus som har én ting til felles.

Feilene som aldri skulle skjedd

957 personer har dødd de siste fem årene.

2939 personer har fått skader som har endret livene deres

Kommunikasjonen so

Krever en avsløring

Ekspertene mener ett

TV 2 avslørte dødsfall – nå ordning

Sykehusene blir nå bedt om å varsle om alvorlige uønskede dødsfall på en ny måte.



NTB 04.10.2024 12:55



Helseministeren har varslet nye tiltak etter TV2s avsløringer om uønskede hendelser på norske sykehus.

– Først vil jeg si at det [TV 2](#) har avdekket denne høsten, det i helsevesenet. Folk skal få helsehjelpen de trenger, og helseminister J



– Bør gå en alarmklokke

Statsråden sier de nå skal samle alt på et sted, og at det vil gjøre det enklere å varsle.

– Dette er en del av et større arbeid hvor vi også vil få en nasjonal oversikt. Slik at hvis vi ser at den samme feilen gjentas mange ulike steder, så bør det gå en liten alarmklokke.

KREVER STRAKSTILTAK: – Vi kan ikke leve med de eksemplene TV 2 har fortalt om, sier helseminister Jan Christian Vestre. Foto: Julie Kalveland

Gir marsjordre: Vil ha oversikt over alvorlige sykehusfeil

Jan Christian Vestre ber om tiltak etter TV2s avsløringer om uønskede hendelser på norske sykehus.

Tall fra helsetilsynet basert på innmelding av alvorlige hendelser over Melde.no

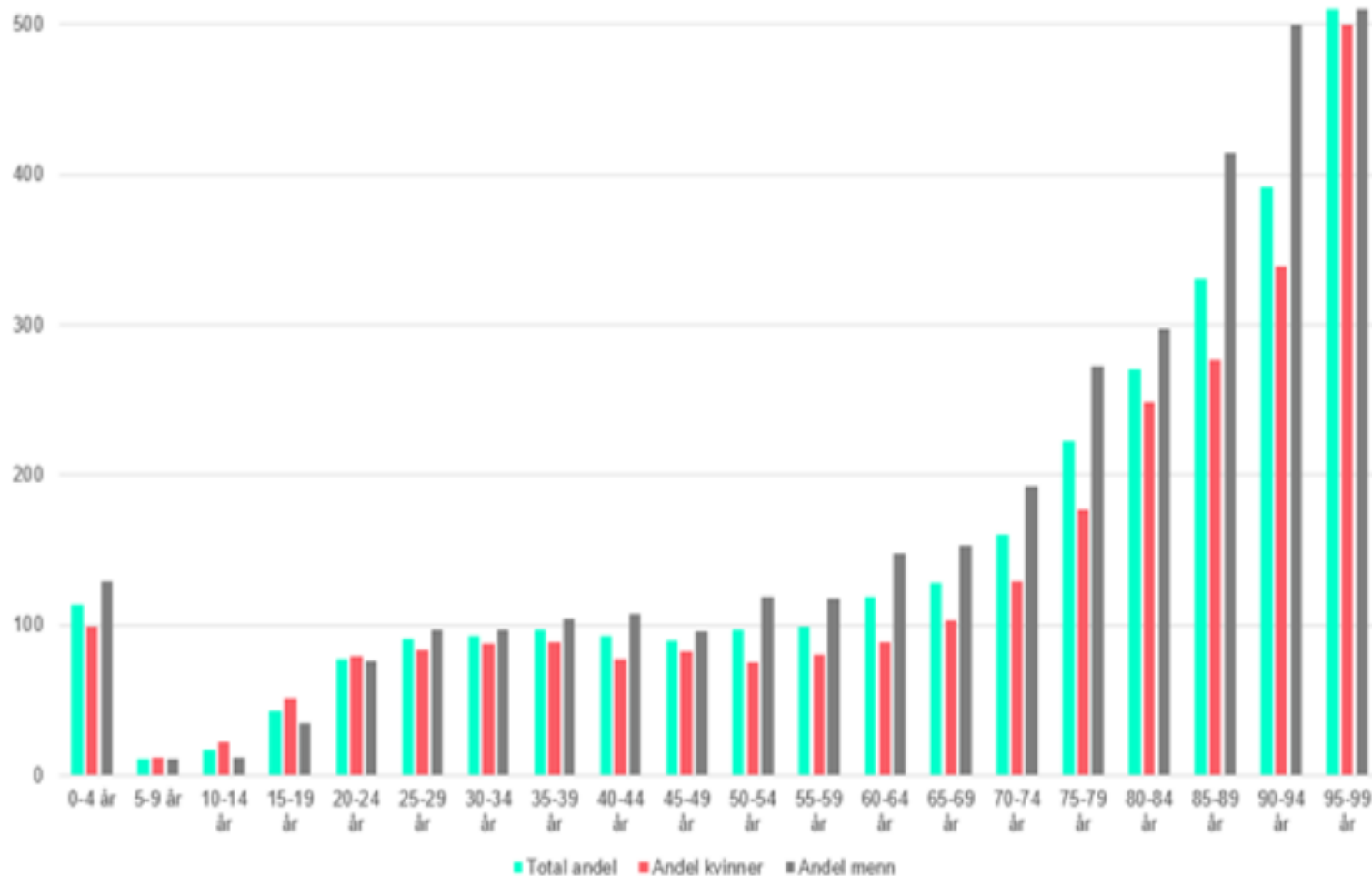
- Periode 2020-2024
- Fordelt på skadegrad
- Tall fra hele helsetjenesten
- Tall fra Melde.no meldt av helsepersonell, pasienter og pårørende

Tabell. Fordeling av skadegrad, hendelser 2020-2024.

Skadegrad	Antall hendelser
Dødsfall	3518
Svært alvorlig skade	954
Annet og usikkert	804
Kunne ført til svært alvorlig skade	349
Svært alvorlig skade på annen forvoldt av pasient/bruker	40
Dødsfall på annen forvoldt av pasient/bruker	22

Tall fra helsetilsynet basert på innmelding av alvorlige hendelser over Melde.no

- Periode 2020-2024
- Fordelt på alder
- Tall fra hele helsetjenesten
- Tall fra Melde.no meldt av helsepersonell, pasienter og pårørende



Mistet oversikt

Trosset råd: – Må vurdere om det var smart

Flere partier tar selvkritikk etter TV 2s avsløringer. Nå åpner de for å snu.



HELESTOFFER: Rådet Hørsrud og Erlend Skjott-Larsen i helsepolitiske taleprosesser i FpU og Høyre. Foto: Geir Arne Jensen / NTB

- Før 2019 var sykehusene pliktig til å melde inn nasjonalt alle uønskede hendelser. Såkalte 3–3-meldinger.
- Regjeringen ønsket heller å styrke 3-3a-meldeordningen, som handler om alvorlige uønskede hendelser.
- Meldeordningen ble avvirket da varslingsplikten til Statens helsetilsyn ble utvidet til også å gjelde kommunene og private aktører.
- Undersøkelses-kommisjonen for helse- og omsorgstjenesten ble opprettet.
- Helsedirektoratet advarte mot å nedlegge ordningen.

Lovet at Norge skulle få bedre oversikt – nå blir det kraftig utsatt

Helseministeren kalte situasjonen uholdbar, og tok umiddelbart grep. Men nå har planen hans fått en ripe i lakken.



Oppdrag til Helsedirektoratet (utkast)

Helsedirektoratet bes bistå inn i prosjektet, herunder med å fremme pasientsikkerhetsformål og kompetanse og oppdatere/videreutvikle NOKUP for spesialisthelsetjenesten samt kartlegge avvikssystemer og kodeverk i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.

Oppdrag til Regionale helseforetak (utkast)

- Helse X RHF skal samarbeide med Folkehelseinstituttet om overføring av data til nasjonal database for uønskede hendelser i tråd med rammene for kvalitetsforbedringsprosjektet FHI etablerer, samt bistå Helsedirektoratet inn i oppdatering/videreutvikling og opplæring i NOKUP. Det er et mål å ha en nasjonal database på plass innen utgangen av 2025. De regionale helseforetakene bes gå i dialog med det enkelte helseforetak om å inngå eventuell databehandleravtale med FHI om tilgang til data.

Oppdrag FHI

- 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.

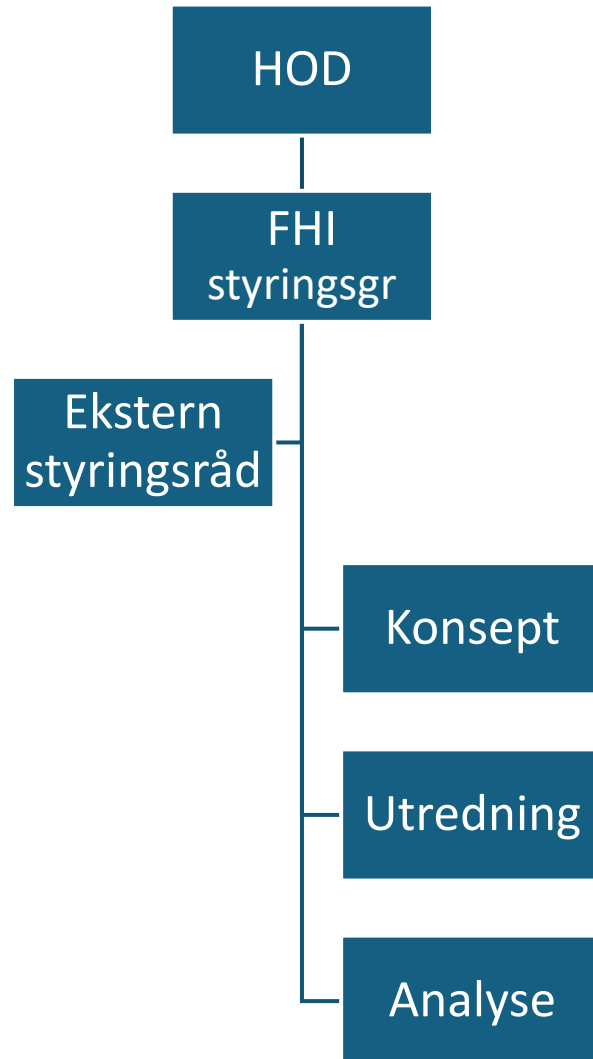
Tilnærming

- Helsedirektoratet har anbefalt og fått gjennomslag for å gå veien om et Kvalitetsprosjekt for innsikt og læring i feltet før man eventuelt etablerer et nasjonalt helseregister
- Datasamling etableres i FHI ved uttrekk fra kvalitets- og avvikssystemer i Helseforetak / Regionale helseforetak slik at man henter primærkilden og ikke går via suboptimale meldesystemer som gir høy grad av underrapportering
- Det søkes om unntak fra taushetspliketen iht §
- Det legges opp til et tett samarbeid med Regionale helseforetak og helseforetakene mtp tolkning og bruk av data.
- Det legges opp til en utforskende og smidig tilnærming for å forstå dataenes begrensninger, muligheter og utviklingsbehov

Samhandling

- Initiale tanker om organisering
 - Intern styringsgruppe i FHI
 - Ekstern styringsråd med Hdir, RHF/HF, KS, NHN, Helsetilsynet, UKOM, Statsforvalter
 - Fagråd analyse med RHF/HF, KS/Kommune, UKOM
 - Prosjektgruppe
- Arenaer for forankring og samhandling
 - Rådsmodellen
 - Kommit-rådet
 - Regionalt fagdirektørmøte
 - Bilaterale møter

Skisse organisering



Gruppe	Deltagere
Intern styringsgruppe	FHI, ledes av Kjetil Telle som oppdragsansvarlig
Eksternt fagråd	Hdir, RHF/HF, KS, NHN, Helsetilsynet, UKOM, Statsforvalter, ledes av prosjektleder Roger Schäffer
Prosjektgruppe	FHI, ledes av prosjektleder
Arbeidsgruppe konsept og arkitektur	FHI, NHN
Arbeidsgruppe Utredning kommune	FHI, KS, Hdir, NHN,
Arbeidsgruppe analyse	FHI, RHF/HF

Tentativ tidsplan

- Fremleggelse av sak i NUFA uke 35
- Avvikling av første møte i intern styringsgruppe uke 36
- Avvikling av første møte i eksternt fagråd samt fremleggelse i NUIT uke 37
- Konsept for løsning valgt uke 39
- Ferdigstilt første versjon ROS og DPIA uke 40
- Søknad om unntak fra taushetsplikt sendt Helsedirektoratet uke 41
- Første data mottatt fra RHF/HF uke 43
- Skisser for samarbeidet med kommuner i 2026 legges frem uke 49
- Kvalitetsikring av analyser med fagråd analyser uke 49 - 50
- Analyserapport overlevert HOD uke 51

Innspill og råd fra NUFA

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

Forslag til vedtak

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

Sak 20/25: Vurdering av kriterier for innhold i Referansekatalogen for e-helse



Sak 25/20 – Vurdering av kriterier for innhold i referansekatalogen for e-helse

NUFA 28.8.2025

Inger Dybdahl Sørby, avdeling for normering



Agenda

1. Informasjon om prosjekt for vurdering av kriterier for innhold i Referansekatalogen for e-helse høsten 2025
2. Drøfting

Formål med saken

- Informere om prosjekt for vurdering av kriterier for innhold i Referanse katalogen
- Drøfte og få innspill på hvordan referanse katalogen kan utvikles til å bli et mer nyttig verktøy for både virksomheter og leverandører
- Innspill til prosess og innretning på prosjektet

Referansekatalogen for e-helse

- Oversikt over obligatoriske og anbefalte standarder for helse- og omsorgstjenesten, samt andre kravdokumenter som tekniske spesifikasjoner. Ca. 170 oppføringer pr. juni 2025.
- Inneholder informasjon om hvem som bør eller må følge en standard
- Helsedirektoratet forvalter en del av standardene, men katalogen peker også på standarder som utgis/forvaltes av andre (FHI, NAV, NHN osv.)
- Referansekatalogen for e-helse er sektorspesifikk. Anbefalte og obligatoriske krav som gjelder for hele offentlig sektor finnes i referansekatalogen til Digitaliseringsdirektoratet.

Referansekatalogen for e-helse

Referansekatalogen gir oversikt over anbefalte og obligatoriske e-helsestandarder og andre kravdokumenter for helse- og omsorgstjenesten.



Om referansekatalogen
Informasjon om innholdet i referansekatalogen, målgrupper og hvordan den forvaltes

[→](#)



Unntak fra obligatoriske standarder
Om forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger, hvordan søke om unntak fra forskriften og oversikt over hvilke virksomheter som har fått unntak.

[→](#)



Endringer
Oversikt over endringer i standarder, målgrupper, nye obligatoriske og anbefalte standarder samt standarder som tas ut av referansekatalogen

[→](#)

Gjeldende obligatoriske og anbefalte standarder

Standardene i referansekatalogen er gruppert i ulike tema. Trykk på firkantene for å se hvilke standarder som gjelder for de ulike temaene.

Grunnleggende standarder Grunnleggende standarder som brukes ved meldingsutveksling, data- og dokumentdeling.	Standarder for elektronisk samhandling i pasientforløp Dialog, henvisning og epikrise, rekvisisjon og svar samt pleie- og omsorgsmeldinger.	E-resept Standarder som benyttes ved utveksling av resepter og reseptopplysninger.
Kodeverk Obligatoriske og anbefalte kodeverk som skal bidra til ensartet bruk av termer og koder i helse- og omsorgstjenesten.	Samhandling med NAV, Helfo og Helsenorge Standarder for dialog og oppfølging ved sykefravær, refusjonskrav, innrapportering av egenandeler mv.	Rapportering til nasjonale registre Standarder for innrapportering av data til Norsk pasientregister, SYSVAK, Medisinsk fødselsregister mv.
Arkitektur og informasjonssikkerhet Referanse- og målarkitekturer, Normen mv.	EPJ, helsedata og avlevering til Norsk helsearkiv Standarder for vedtak etter psykisk helsevernloven, tilgangsstyring, arkivuttrekk og avlevering til Norsk helsearkiv mv.	Anbefalinger om internasjonale e-helsestandarder Kvalitetsvurdering av helseapper, International Patient Summary, GS1-standarder mv.

Hjemlet i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger, § 7

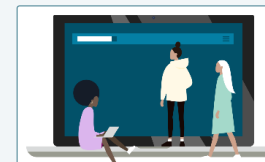
Formålet med katalogen

- Gi oversikt over hvilke standarder som er **obligatoriske eller anbefalte** for de enkelte typer virksomheter
- **Virksomhetene** skal kunne vise til Referansekatalogen i anskaffelsesprosesser
- **Leverandørene** skal kunne bruke Referansekatalogen for å få oversikt over hvilke standarder de må implementere
- Oversikt over unntak gitt etter forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger

39

Referansekatalogen for e-helse

Referansekatalogen gir oversikt over anbefalte og obligatoriske e-helsestandarder og andre kravdokumenter for helse- og omsorgstjenesten.



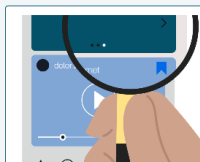
Om referansekatalogen

Informasjon om innholdet i referansekatalogen, målgrupper og hvordan den forvaltes



Unntak fra obligatoriske standarder

Om forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger, hvordan søke om unntak fra forskriften og oversikt over hvilke virksomheter som har fått unntak.



Endringer

Oversikt over endringer i standarder, målgrupper, nye obligatoriske og anbefalte standarder samt standarder som tas ut av referansekatalogen



Gjeldende obligatoriske og anbefalte standarder

Standardene i referansekatalogen er gruppert i ulike tema. Trykk på firkantene for å se hvilke standarder som gjelder for de ulike temaene.

Grunnleggende standarder

Grunnleggende standarder som brukes ved meldingsutveksling, data- og dokumentdeling.



Standarder for elektronisk samhandling i pasientforløp

Dialog, henvisning og epikrise, rekvisisjon og svar samt pleie- og omsorgsmeldinger.



E-resept

Standarder som benyttes ved utveksling av resepter og reseptopplysninger.



Kodeverk

Obligatoriske og anbefalte kodeverk som skal bidra til ensartet bruk av termer og koder i helse- og omsorgstjenesten.



Samhandling med NAV, Helfo og Helsengerne

Standarder for dialog og oppfølging ved sykefravær, refusjonskrav, innrapportering av egenandeler mv.



Rapportering til nasjonale registre

Standarder for innrapportering av data til Norsk pasientregister, SYSVAK, Medisinsk fødselsregister mv.



Arkitektur og informasjonssikkerhet

Referanse- og målarkitekturer, Normen mv.



EPJ, helsedata og avlevering til Norsk helsearkiv

Standarder for vedtak etter psykisk helsevernloven, tilgangsstyring, arkivuttrekk og avlevering til Norsk helsearkiv mv.



Anbefalinger om internasjonale e-helsestandarder

Kvalitetsvurdering av helseapper, International Patient Summary, GS1-standarder mv.

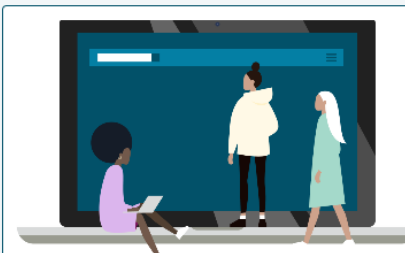


Referansekatalogen på helsedir.no

- Temasider med undersider
- Oversikt over standarder og andre kravdokumenter etter tema
- Tilgjengelig fra [Digitalisering og e-helse - Helsedirektoratet](#)

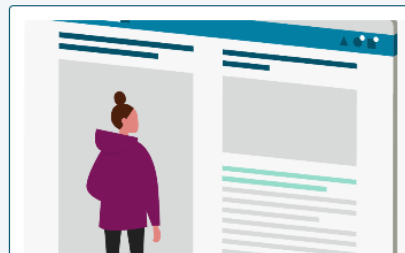
Referansekatalogen for e-helse

Referansekatalogen gir oversikt over anbefalte og obligatoriske e-helsestandarder og andre kravdokumenter for helse- og omsorgstjenesten.



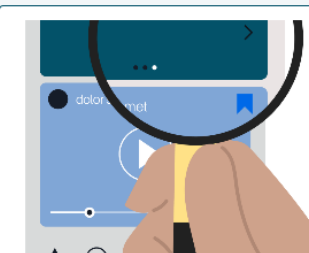
Om referansekatalogen

Informasjon om innholdet i referansekatalogen, målgrupper og hvordan den forvaltes



Unntak fra obligatoriske standarder

Om forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger, hvordan søke om unntak fra forskriften og oversikt over hvilke virksomheter som har fått unntak.



Endringer

Oversikt over endringer i standarder, målgrupper, nye obligatoriske og anbefalte standarder samt standarder som tas ut av referansekatalogen



Gjeldende obligatoriske og anbefalte standarder

Standardene i referansekatalogen er gruppert i ulike tema. Trykk på firkantene for å se hvilke standarder som gjelder for de ulike temaene.

Grunnleggende standarder

Grunnleggende standarder som brukes ved meldingsutveksling, data- og dokumentdeling.



Standarder for elektronisk samhandling i pasientforløp

Dialog, henvisning og epikrise, rekvisisjon og svar samt pleie- og omsorgsmeldinger.



E-resept

Standarder som benyttes ved utveksling av resepter og reseptopplysninger.



Kodeverk

Obligatoriske og anbefalte kodeverk som skal bidra til ensartet bruk av termer og koder i helse- og omsorgstjenesten.



Samhandling med NAV, Helfo og Helsenorge

Standarder for dialog og oppfølging ved sykefravær, refusjonskrav, innrapportering av egenandeler mv.



Rapportering til nasjonale registre

Standarder for innrapportering av data til Norsk pasientregister, SYSVAK, Medisinsk fødselsregister mv.



Arkitektur og informasjonssikkerhet

Referanse- og målarkitekturer, Normen mv.



EPJ, helsedata og avlevering til Norsk helsearkiv

Standarder for vedtak etter psykisk helsevernloven, tilgangsstyring, arkivuttrekk og avlevering til Norsk helsearkiv mv.



Anbefalinger om internasjonale e-helsestandarder

Kvalitetsvurdering av helseapper, International Patient Summary, GS1-standarder mv.



Helseteknologiordningen

- Veiledning og godkjenning for helseteknologi
- Fokus på å gjøre det enklere å få oversikt over og etterleve eksisterende krav og anbefalinger for helseteknologi
- Første versjon 1. oktober 2025
- Stegvis utvikling



Vektlegge i større grad standardisering, normering og veiledning for å bidra til at kommunene kan anskaffe journalsystemer som tilfredsstiller krav til sikkerhet, funksjonalitet og samhandling, samt gi leverandørene bedre forutsigbarhet og grunnlag for leveranseevne .

Bakgrunnen for prosjektet

- Det er 10 år siden kriteriene for innholdet i Referansekatalogen ble vedtatt av NUIT og katalogen ble etablert
- Siden den gang har både teknologi, sektorens behov og den digitale samhandlingen utviklet seg betydelig
- I dag er katalogen i stor grad fokusert på meldingsutveksling, men det er økende behov for standarder som støtter datadeling, informasjonsflyt og nye teknologiske løsninger
- Det vil også komme en rekke nye krav og føringer i forbindelse med EHDS

Hovedleveranser

- Et oppdatert sett med kriterier for hvilket innhold som skal inngå i katalogen
- En oppdatert og forbedret referansekatalog for e-helse i henhold til nye kriterier
- Tydeligere rutiner for oppdatering av katalogen

Kriterier vedtatt av NUIT i 2015

Følgende skal inngå i referansekatalogen som anbefalt:

- Standarder som offentlig myndighet gjennom rundskriv, brev eller på annen måte har anbefalt.
- Standarder som er utviklet av offentlig myndighet eller på oppdrag fra offentlig 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:

- 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 og
- kostnadene ved innføring av standarden ikke vurderes som uforholdsmessig store

Informasjon om hver enkelt standard:

- Normeringsgrad
 - Obligatorisk standard
 - anbefalt standard
 - anbefalt standard til utprøving
- Lenke til kravdokumentet + tekniske filer
- Formål og bruksområde
- Målgrupper
- Hjemmel hvis obligatorisk
- Ev. lenke til relevant tilleggsdokumentasjon

 Helsedirektoratet

Søk  Meny 

Forsiden / Standarder

Epikrise v1.2

 Obligatorisk standard

ID: HIS 80226-2014 Utgiver: Helsedirektoratet

Teknisk dokumentasjon

Formål og bruksområde

Standarden gjelder for

Tilleggsdokumentasjon

Teknisk dokumentasjon

Last ned standarden (PDF)

Gå til Sarepta – teknisk arkiv 

Formål og bruksområde

Helsepersonelloven § 45 a. pålegger helsepersonell å bruke epikrise i forbindelse med pasientbehandling. Denne standarden beskriver en informasjonsmodell og XML Schema som skal brukes for elektronisk sending og mottak av epikrise.

Standarden gjelder for

Oversikt over virksomhetstyper standarden er obligatorisk eller anbefalt for

Virksomhetstype	Obligatorisk	Anbefalt
Spesialisthelsetjenesten	Sende	
Helseforetak og private sykehus	Sende og motta	
Allmennlegetjenesten	Motta	
Kommunal pleie- og omsorgstjeneste	Motta	Sende
Øvrige virksomheter som sender epikriser		Sende
Øvrige virksomheter som mottar epikriser		Motta

 [Vis i fullskjerm](#)

Hjemmel

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 6 første ledd nr. 3

Tilleggsdokumentasjon

Applikasjonskittering v1.1 →

Kobling av relaterte meldinger →

Bruk av kodeverk og identifikatorer →

Bruk av kontaktopplysninger →



Hva er nasjonal e-helsestandard?



45

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger



Innholdsfortegnelse ▼

10. Helsedirektorat og private sykehus skal ved sending av utskrifter og rapporter til kommunen bruke melding som angitt i nr.

1148:2014. Kommuner plikter å kunne motta slik melding.

§ 7. Katalog over standarder

(2015)

Helsedirektoratet gir ut en katalog med oversikt over obligatoriske og anbefalte standarder.

§ 7. Katalog over standarder

2021
(gjeldende)

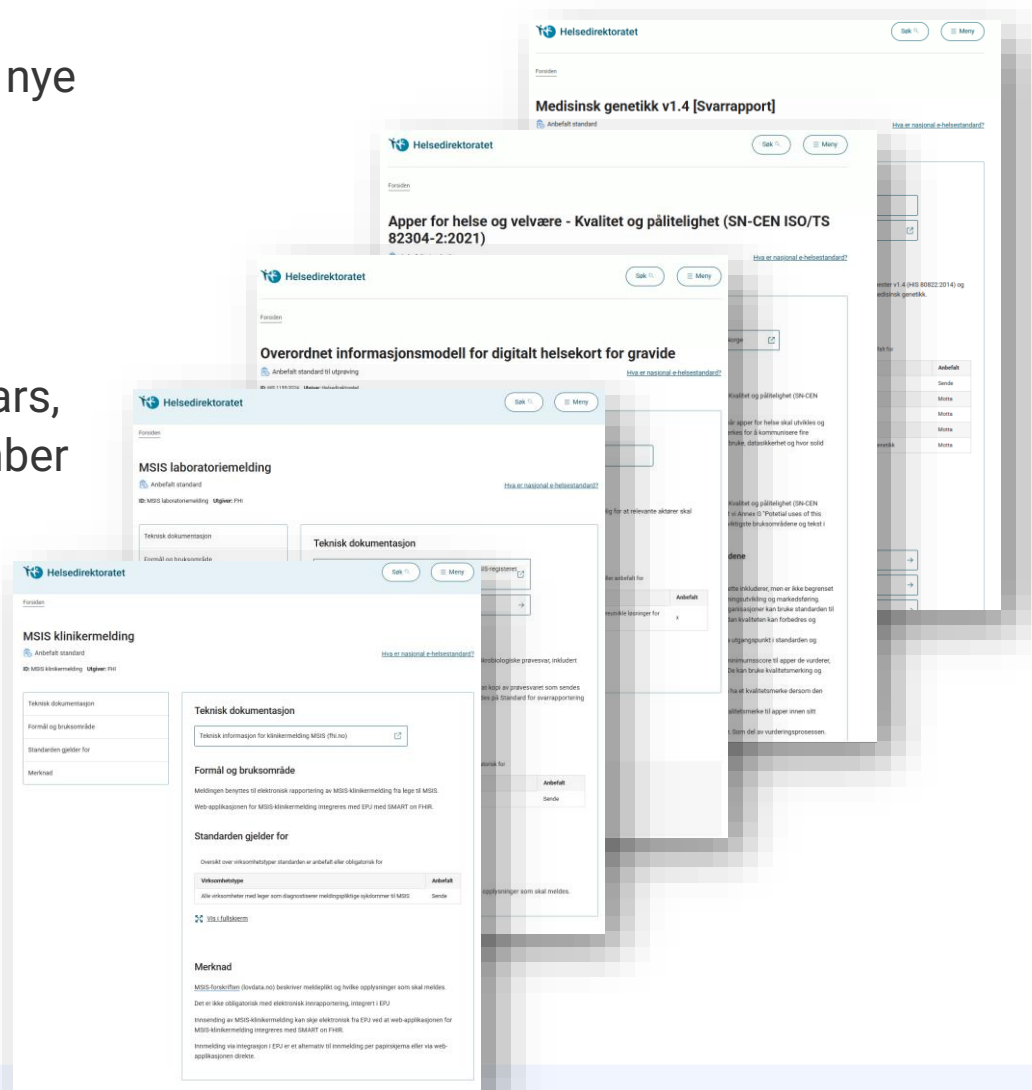
Helsedirektoratet gir ut en katalog med oversikt over obligatoriske og anbefalte standarder, standardsystemer, kodeverk, terminologi og klassifikasjonssystemer. Katalogen skal være oversiktlig og lett tilgjengelig.

0 Endret ved [forskrifter 18 des 2015 nr. 1740](#) (i kraft 1 jan 2016), [18 juni 2021 nr. 2023](#) (i kraft 1 juli 2021), [21 des 2023 nr. 2281](#) (i kraft 1 jan 2024).

Virksomheter som utprøver en ny standard eller versjon av en standard anbefalt av Helsedirektoratet for å undersøke om den skal erstatte en eller flere av standardene angitt i denne forskriften, unntas fra kravet i [§ 5](#) og [§ 6](#) om å bruke den eller de standardene som den standarden som utprøves skal erstatte.

Forvaltning av referansekatalogen

- Vurdering av behov for nye oppføringer
- Oppdateres ved behov
- Større endringer 15. mars, juni, september, desember



Noen nye oppføringer siste år:

- Apper for helse og velvære – kvalitet og pålitelighet (Anbefalt standard 2023)
- Informasjonsmodell for digitalt helsekort for gravide (Anbefalt standard til utprøving 2024)
- Svarrapport medisinsk genetikk (Anbefalt standard 2024)
- MSIS klinikermelding (Anbefalt standard 2025)
- MSIS laboratoriemelding (Anbefalt standard 2025)

Forvaltning av referansekatalogen

- Løpende oppgaver:
 - Dialog med produkteiere internt og eksternt i henhold til årshjul:
 - Er innholdet fortsatt korrekt eller er det behov for endringer?
 - Er det nye normerende produkter som skal inn i katalogen?
 - Er det noe som er utdatert og skal tas ut av katalogen?
 - Saksbehandling ved endringer
 - Følge med på nye e-helsestandards og andre kravdokumenter som bør inn i katalogen
 - Behandling av unntakssøknader

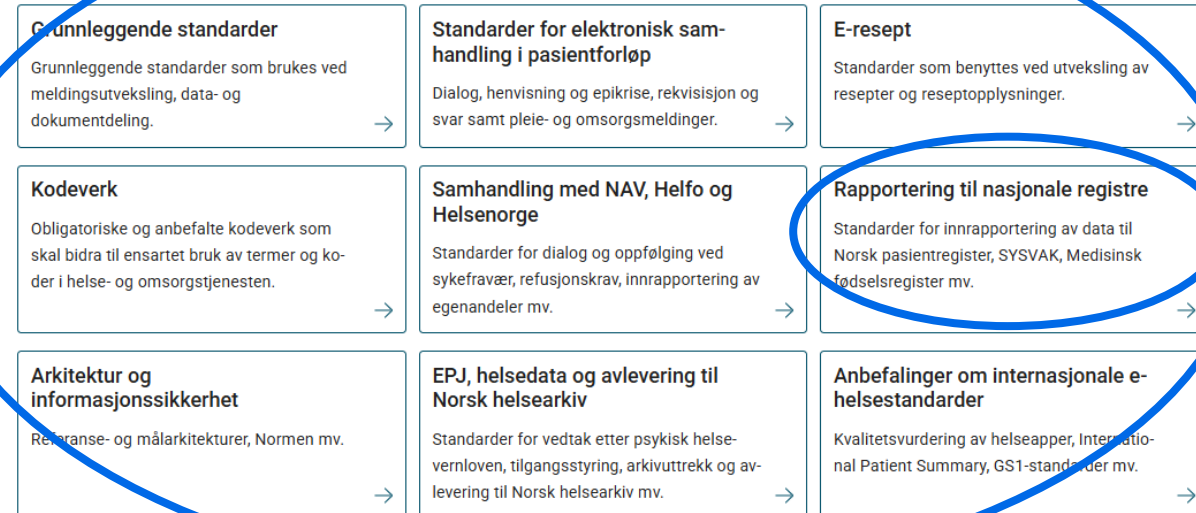
Referansekatalogen for e-helse

Referansekatalogen gir oversikt over anbefalte og obligatoriske e-helsestandards og andre kravdokumenter for helse- og omsorgstjenesten.



Gjeldende obligatoriske og anbefalte standarder

Standardene i referansekatalogen er gruppert i ulike tema. Trykk på firkantene for å se hvilke standarder som gjelder for de ulike temaene.



Abonner på nyheter

Folkehelseinstituttets oppføringer i Referansekatalogen

- FHI har besluttet å ta inn alle meldingsstandarter knyttet til nasjonale helseregistre i referansekatalogen
- Fokus på innhold relevant for kommuner i 2025
- Kvalitetssikring av eksisterende oppføringer i referansekatalogen
 - KPR
 - SYSVAK
 - NPR
- Nye oppføringer
 - MSIS (meldingssystem for smittsomme sykdommer) juni 2025
 - Andre registre høsten 2025, f.eks. Legemiddelregisteret
- Videre vurderinger av ev. oppføring av krav til f.eks. API-er

Standarder for rapportering til nasjonale registre

Her er oversikt over standarder som skal brukes for rapportering til nasjonale registre hos FHI

Standarder for rapportering til nasjonale registre

Melding til Norsk pasientregister (NPR)	→
---	---

SYSVAK	→
--------	---

Melding om fødte overflyttet nyfødtavdeling	→
---	---

MSIS klinikermelding	→
----------------------	---

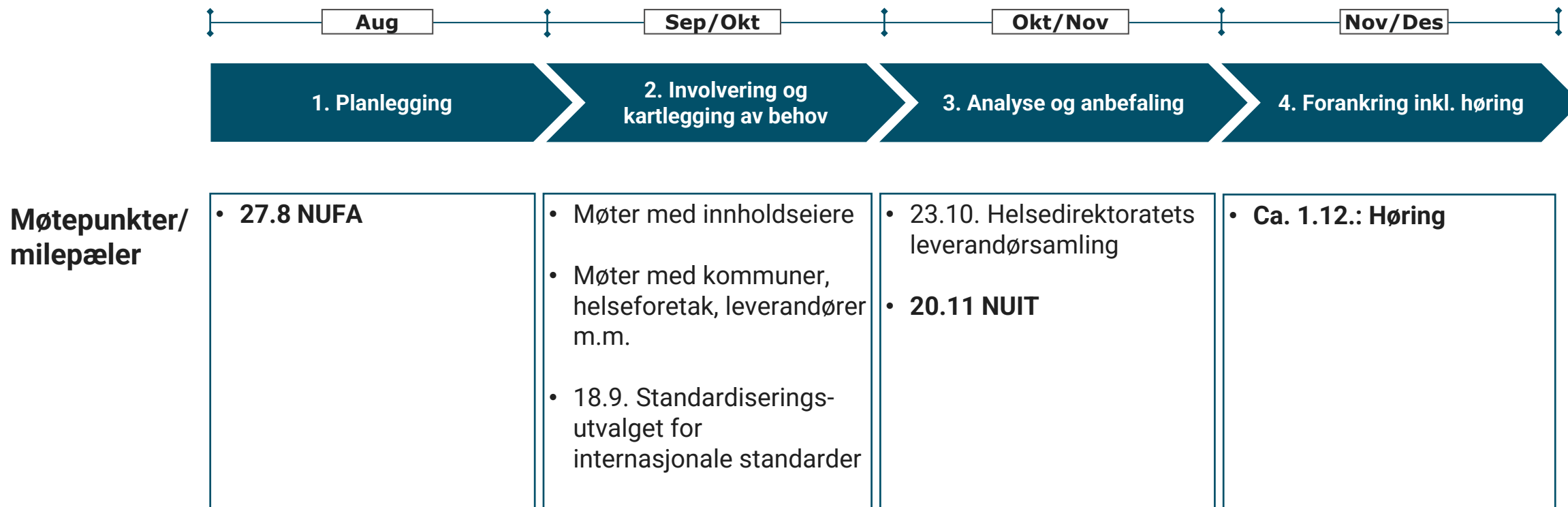
Melding til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)	→
--	---

Melding av fødsel til Medisinsk fødselsregister (MFR)	→
---	---

Melding om svangerskapsavbrudd v4.2	→
-------------------------------------	---

MSIS laboratoriemelding	→
-------------------------	---

Prosjektgjennomføring og plan for involvering høsten 2025



Drøfting

- 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?

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.

Pause – oppstart igjen kl. 10.15

—

Sak 21/25: Endring av mandat for NUFA



Endring av mandat for NUFA

NUFA 28. august 2025



Hensikt med saken

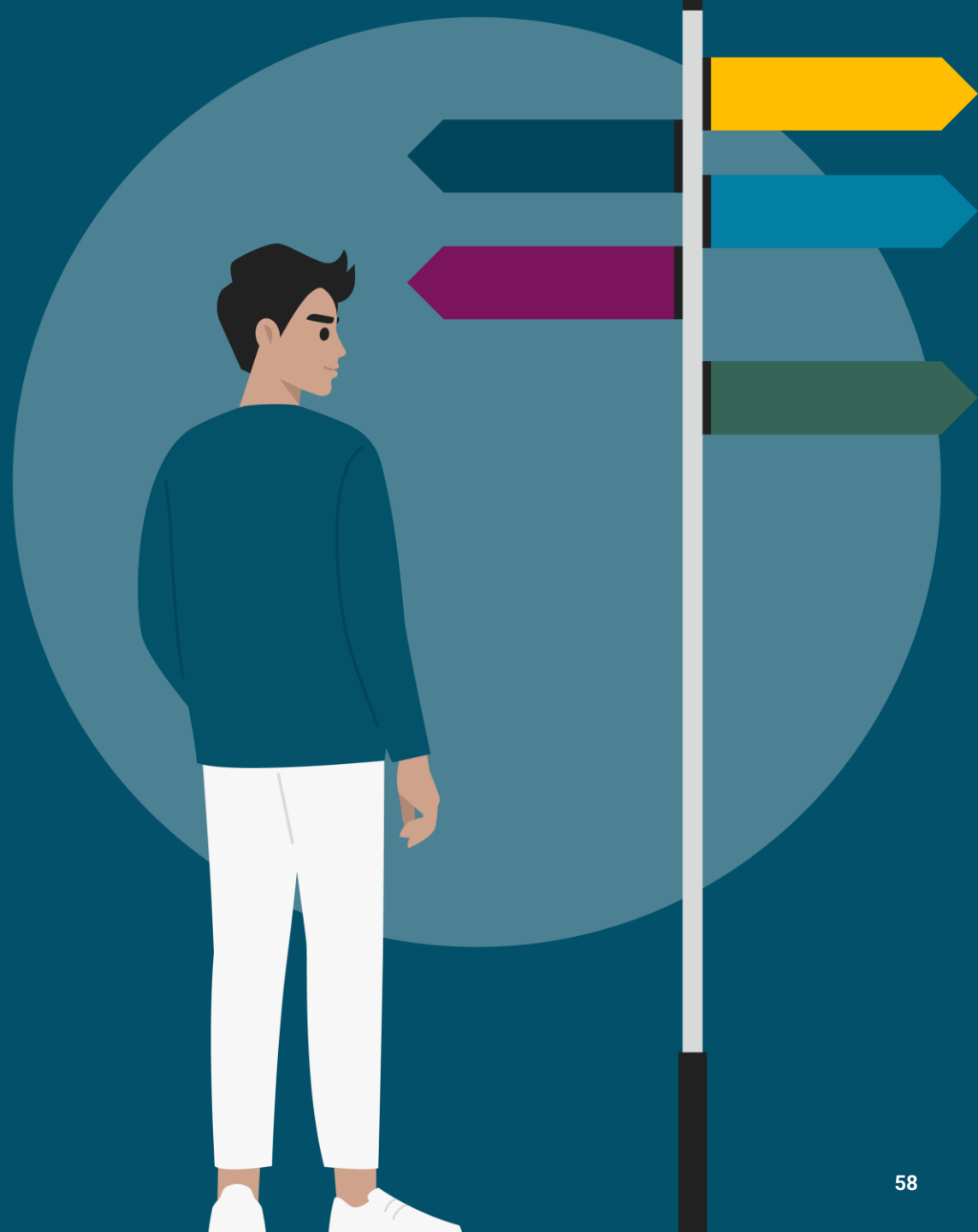
Få innspill på forslag til endringer
i NUFAs mandat.



Anbefaling fra E-helserådet

E-helserådet anbefalte at rådsmodellen fortsetter med tre nivåer, men at

- det utarbeides nye mandater for hvert utvalg
- rollene til og representasjonen i hvert utvalg sees på
- forbedringstiltakene som har blitt spilt inn underveis i prosessen iverksettes.



De mest sentrale forbedringstiltakene

- 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.



Formål

Dagens mandat

NUFA skal gi råd og anbefalinger om helsefaglige behov, innbyggers behov og arkitekturvalg på e-helseområdet.

Forslag endringer

NUFA skal gi råd og anbefalinger innen tjenesteutvikling, samhandling og digitalisering som støtter de helsefaglige og innbyggernes behov.

Oppgaver og ansvar

Dagens mandat

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

Forslag endringer

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

Innspill på representasjon?

Følgende er representert i NUFA:

- 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)



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.

Sak 22/25: Tema – Digital samhandling



Digital samhandling

Temadag NUFA

28. august 2025



Agenda

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	Standardisering vs lokalt handlingsrom– hvordan finne en god balanse
16.00	16.15	Avslutning	Oppsummering

Introduksjon til digital samhandling

Innledning



Hvorfor trenger vi digital samhandling?



BENT

- KOLS og hjerteproblemer
- Bor hjemme med digital hjemmeoppfølging
 - Respirasjon og vekt
- Får akutt pustebesvær i sin søsters 70-årsdag
- Pårørende ringer til 113



Sykehus

- Blir sendt til mottak lokalsykehus
- Bruker informasjon fra tidligere behandling og oppfølging
- Konklusjon: behandlingstrengende forverring av hjertesvikt og mulig lungebetennelse
- Behandling: Justering av hjertesviktmedisiner og antibiotika

Korttidsopphold

- Behandling fullføres ved korttidsopphold i hjemkommunene.
- Bents legemiddelliste hentes inn i systemet
- Prøvesvar og vurderinger er tilgjengelig for videre vurderinger og planlegging av behandling.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027)

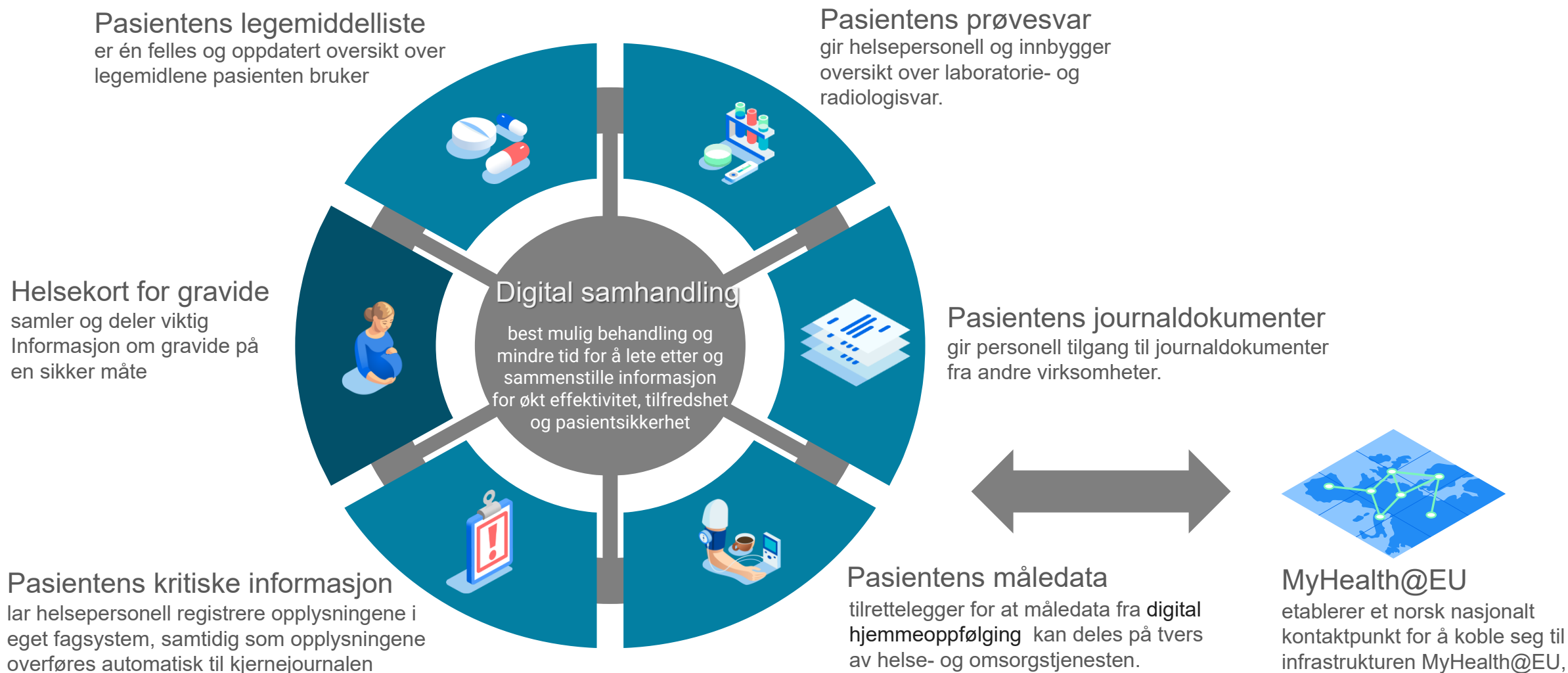
Digital samhandling skal bidra til at helsepersonell får tilgang til **relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasienten**, slik at de kan gi **best mulig behandling** og **bruke mindre tid til å lete etter og sammenstille informasjon**.

Nasjonale samhandlingstjenester skal gi **økt effektivitet, tilfredshet og økt pasientsikkerhet** i helse- og omsorgstjenesten.

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**.



Digital samhandling – pågående tiltak



Pasientens journaldokumenter

Helse Sørøst, Helse Nord og Helse Vest deler dokumenter KS og RHF vurderer hvordan kommuner og avtalespesialister kan dele dokumenter. Helsepersonell kan lese når systemer er tilpasset og hvis de har rettigheter. Det er behov for tiltak for at flere skal kunne lese..



Pasientens prøvesvar

Helse Vest, Helse Nord og private aktører leverer prøvesvar rekvirerte av fastleger til utprøving



Nytteverdi i helse- og omsorgstjenesten



Pasientens kritiske informasjon

har hatt utprøving på den nasjonal tjenesten i Helse Vest. Helse Sør-Øst og Helse Nord skal tilpasse sine systemer i 2025. EPJ-løftet anskaffer støtte for fastleger.



Pasientens legemiddelliste

er i utprøving i Nord og under innføring i Vest. Utprøving og innføring skjer på tvers av HF, kommunale tjenester og fastleger.



Pasientens måledata

er i ferd med å starte utprøving av den nasjonale tjenesten med Helse Sør-Øst og 2 kommuner

Status tiltak

Hvordan realisere nytten av digital samhandling?



Både fastleger og leger ved sykehus er fornøyde med PLL!



Fastlege Regin Hjertholm gikk fra 50 minutter til 30 sekunder på å sørge for at legemiddellisten er korrekt



Overlege Ole Martin Hoff på UNN sier «den nye løsningen vil drastisk forenkle jobben, spare tid og minske risikoen for feil»



Fastlege Øyvind Skyberg sier «SFM forbedrer og forenkler all legemiddelhåndtering» og «Jeg trodde jeg hadde veldig ryddige legemiddellister, men i arbeidet med PLL har jeg sett at det er en del utdatert informasjon

Organisering av satsingen Digital samhandling



STORTINGET

har vedtatt satsingen med en styringsramme for Steg 2 på 1, 25 milliarder (P50) i perioden 2024-2029



Helse- og omsorgsdepartementet

koordinerer og følger opp helheten i satsingen.



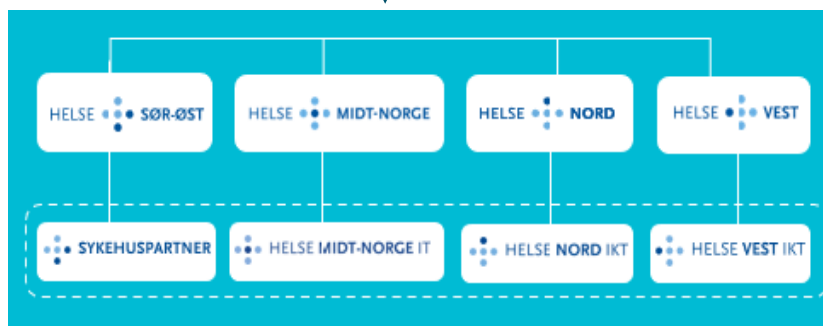
Helsedirektoratet

som myndighet, legger til rette for at aktørene lykkes med tiltakene i digital samhandling.



Norsk helsenett

etablerer tjenestene og er ansvarlig for videre drift og forvaltning.



tilpasser løsninger og arbeidsprosesser i egen virksomhet



tilpasser løsninger og arbeidsprosesser i egen virksomhet

Innbyggere – Leverandørmarkedet - Interesseorganisasjoner

Drøftingsspørsmål

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



Lunsj – oppstart igjen kl. 12.30

—

Digital samhandling i tall

Plenumsdiskusjon



Pasientens legemidler

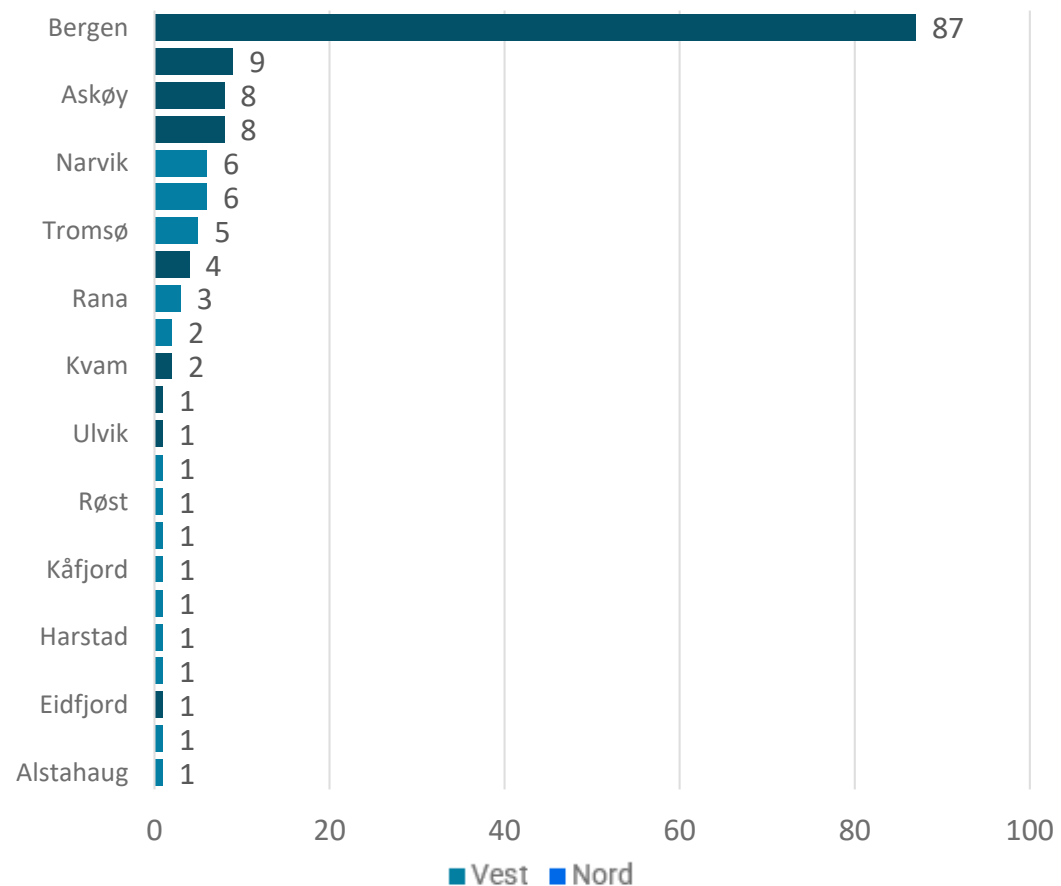
August 2025



Virksomheter som bruker PLL

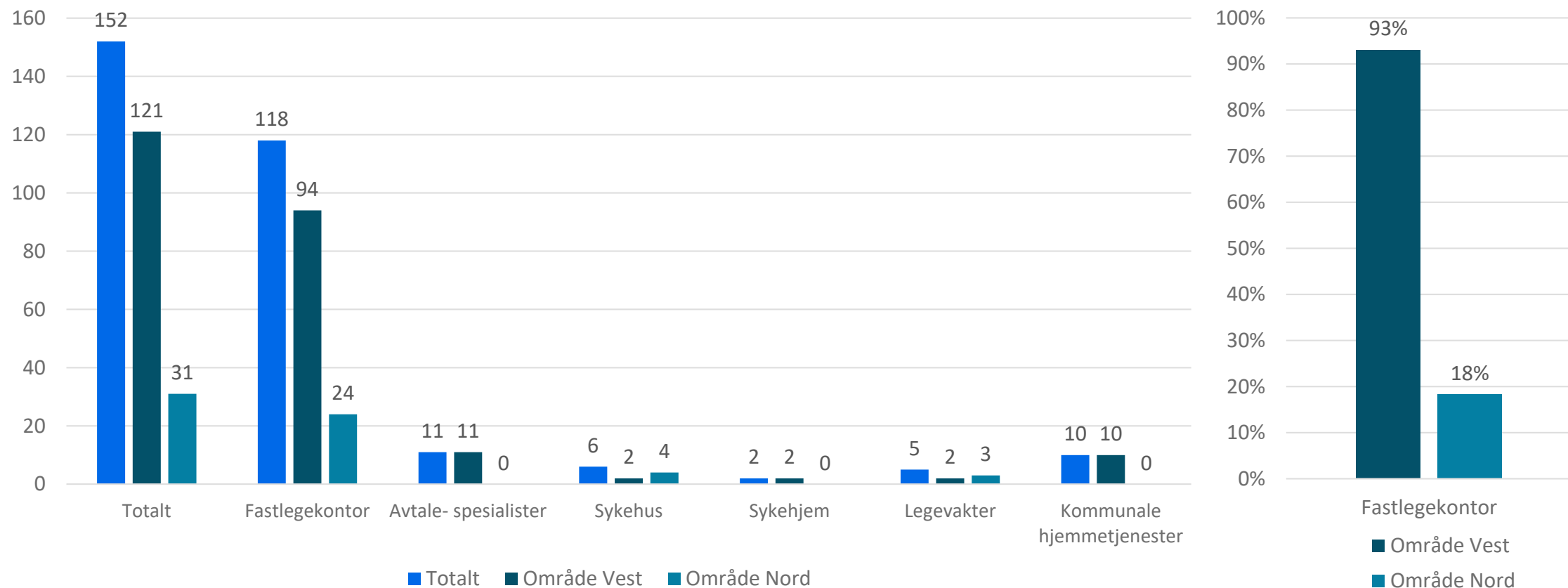


Antall virksomheter per kommune

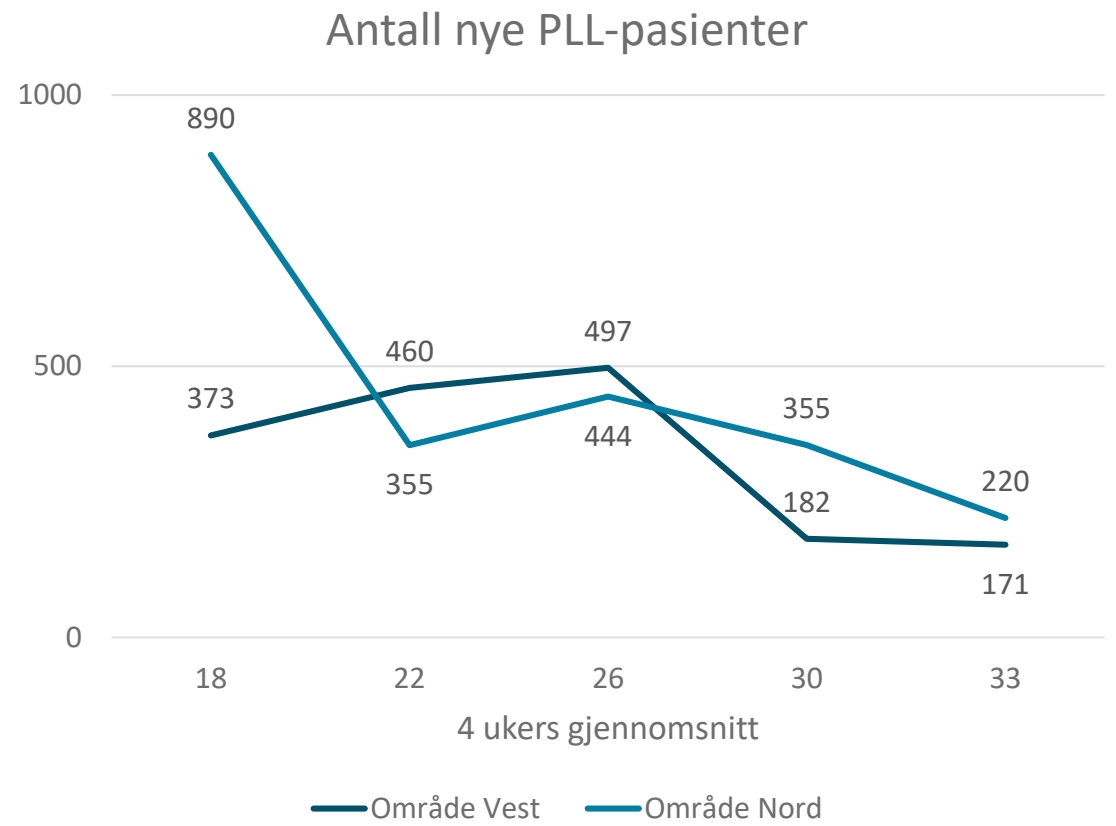
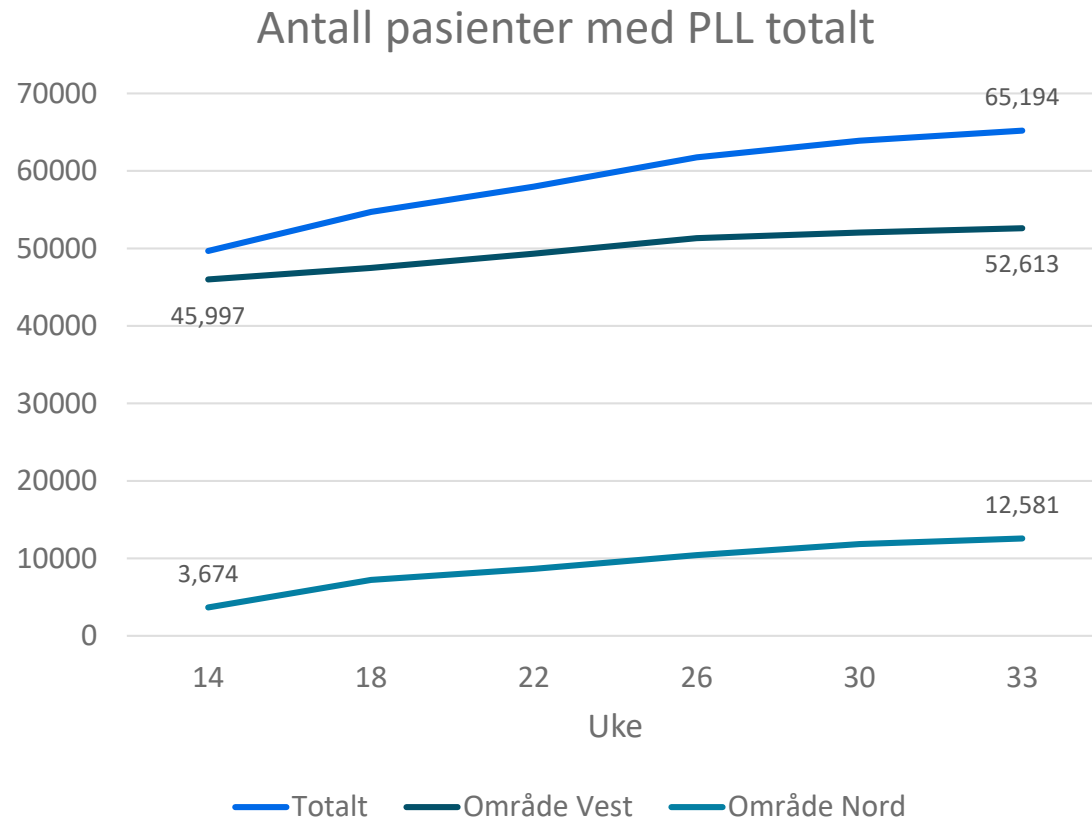


Type virksomheter som bruker PLL

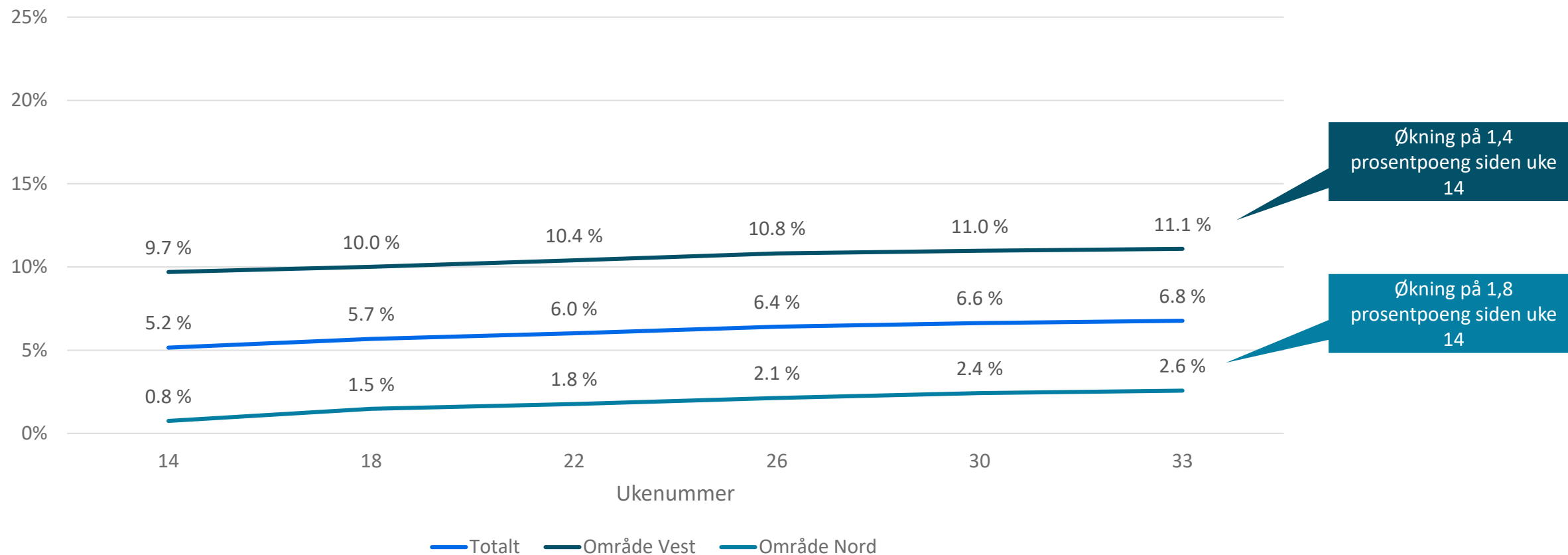
Virksomheter som er meldt inn. I noen tilfeller har det ikke blitt registrert bruk av PLL hos virksomhetene



Antall pasienter med PLL



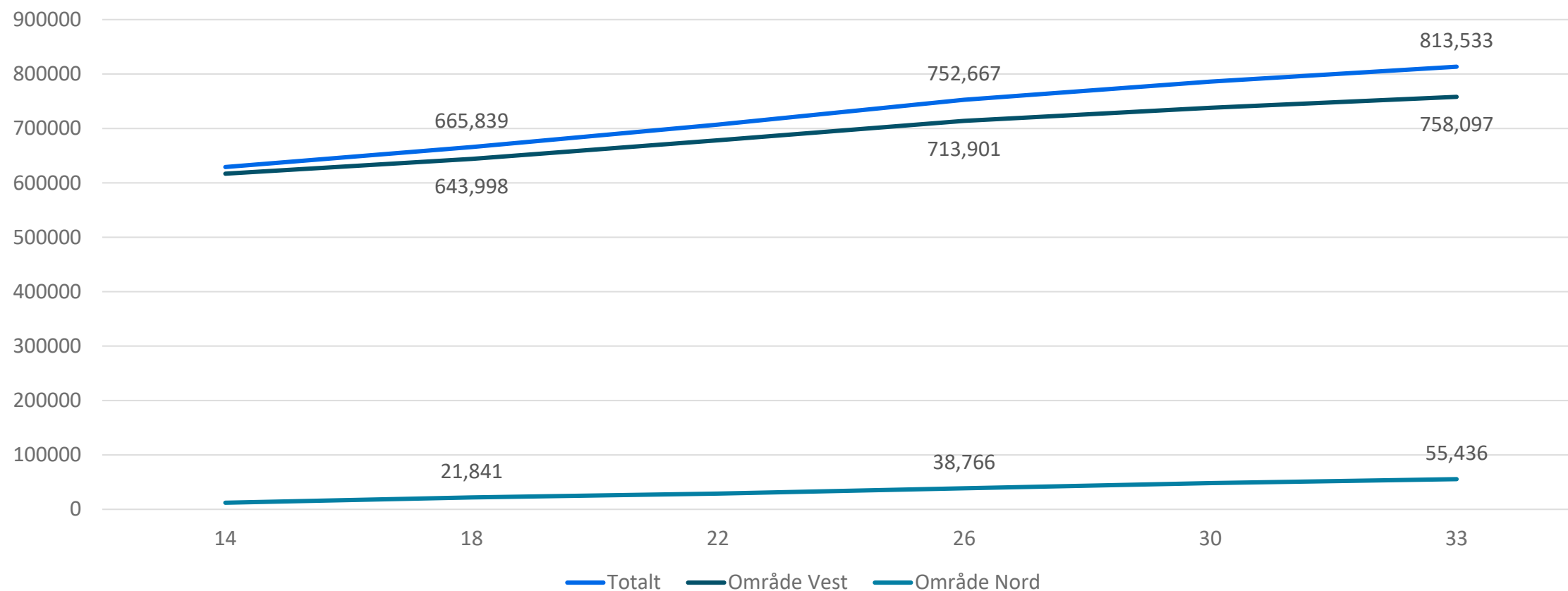
Andel av innbyggere* som har PLL



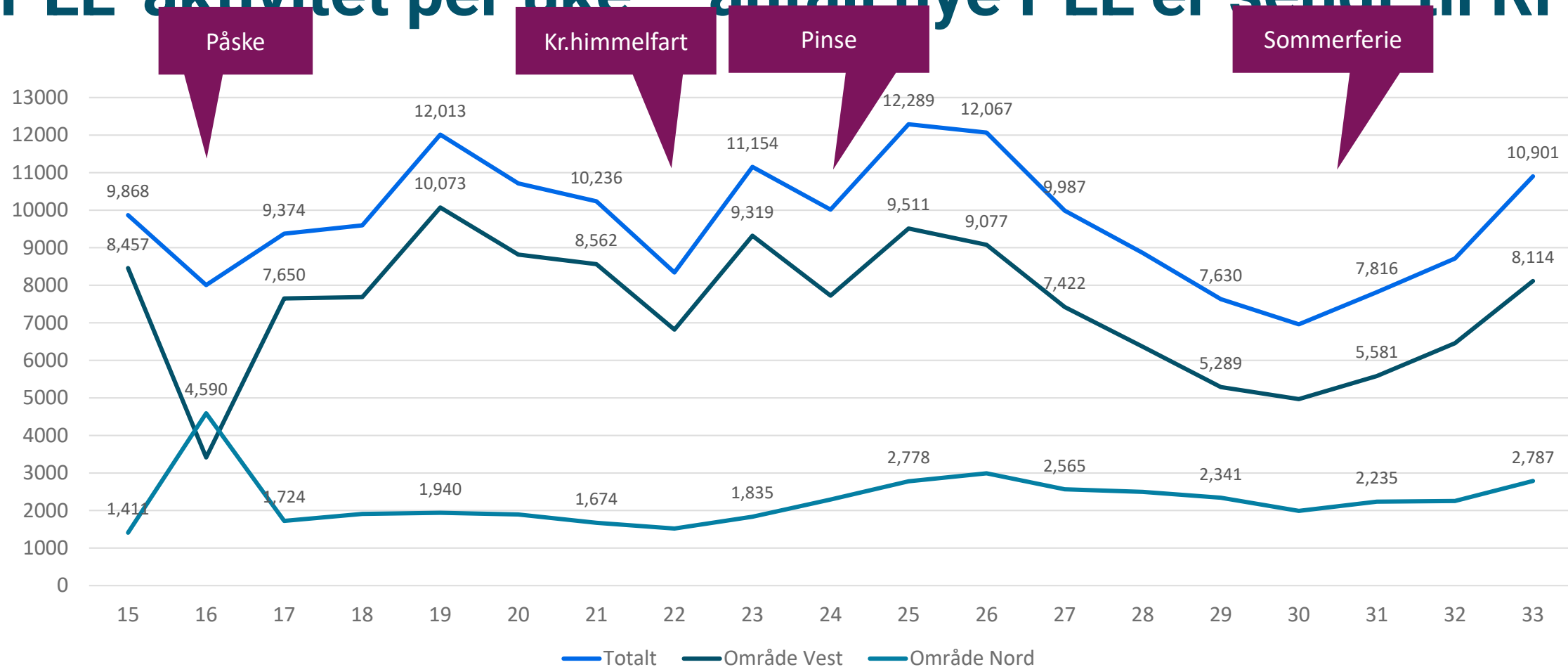
*Innbyggere i Bergensområdet, samt de fire helsefellesskapene i Nord har blitt benyttet i beregningen

Total PLL-aktivitet for aktive pasienter

Totalt antall PLL'er sendt til RF



PLL-aktivitet per uke – antall nye PLL'er sendt til RF

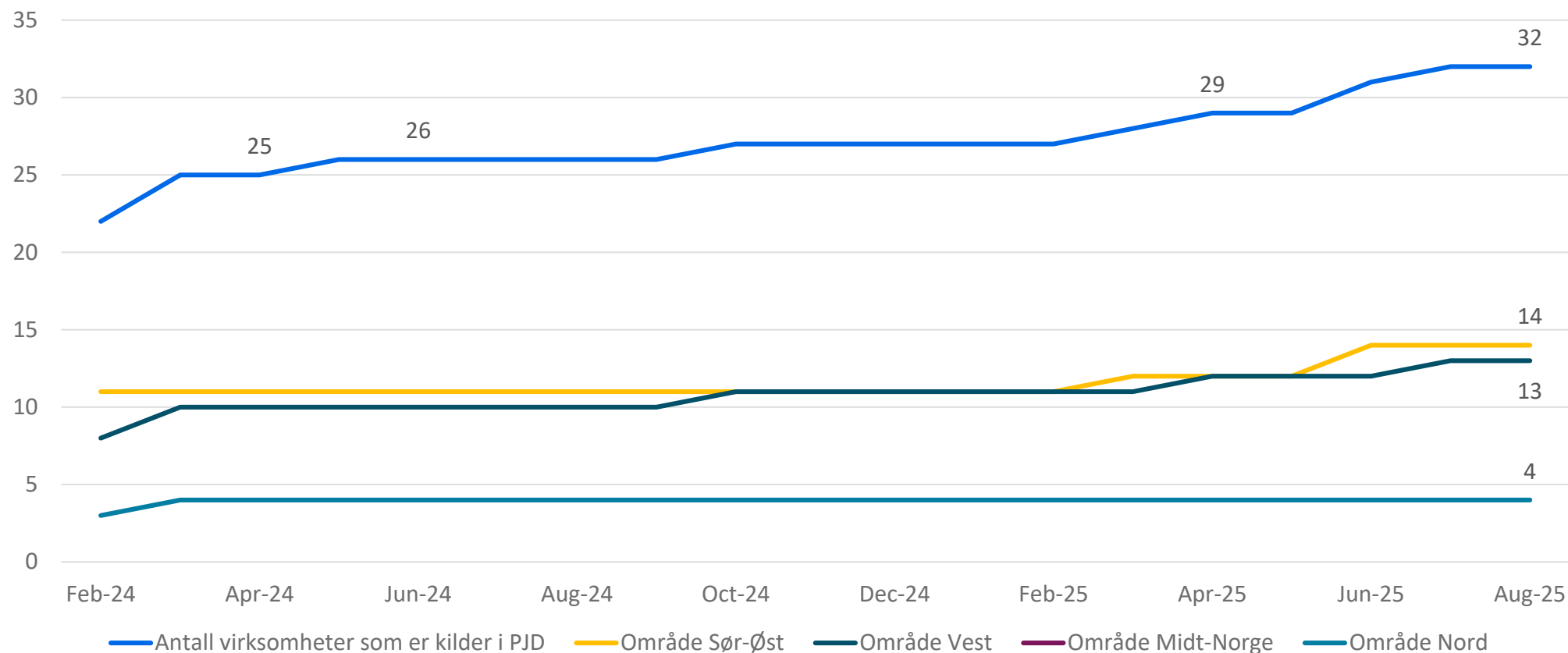


Pasientens journaldokumenter

August 2025

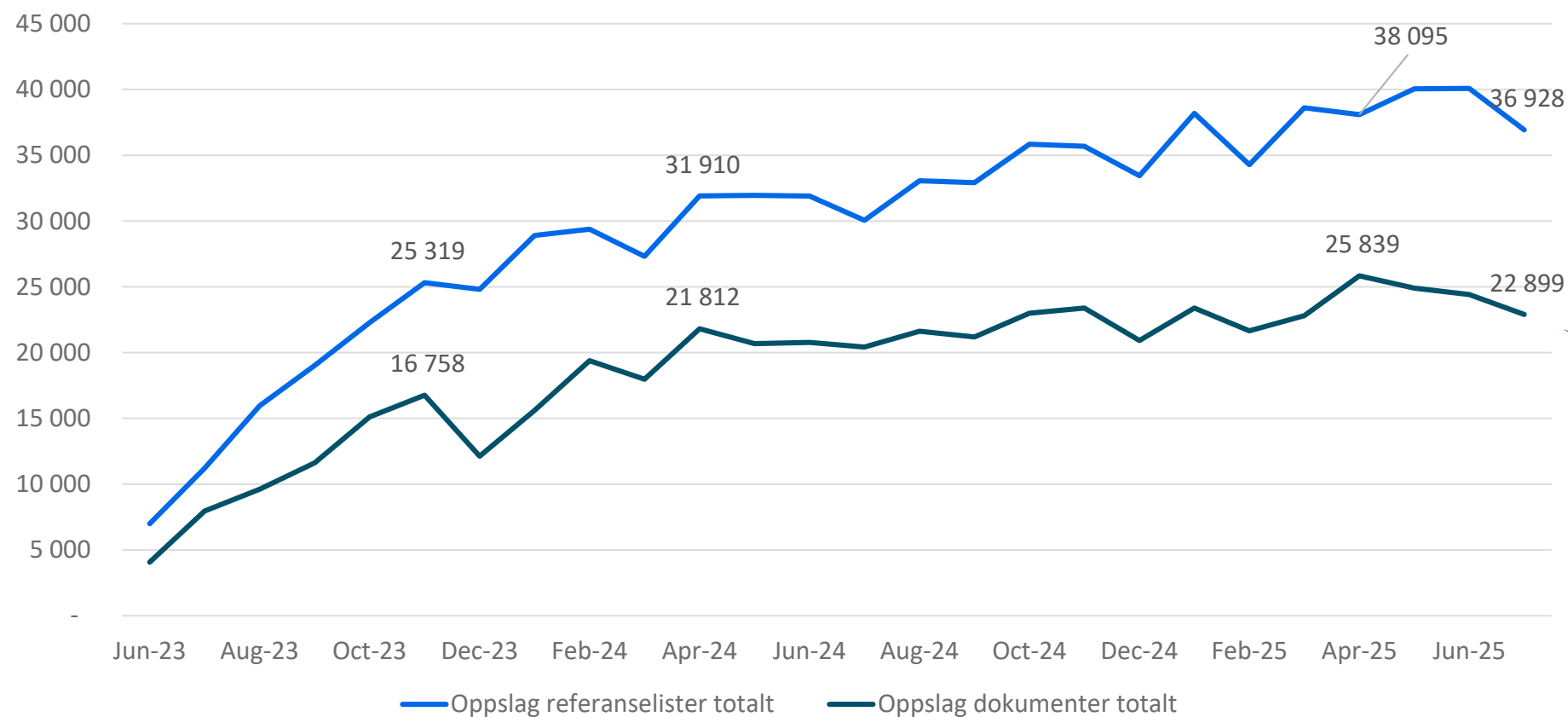


Antall virksomheter som er kilder til dokumenter i Pasientens journaldokumenter



NB! Data til og med 21.august

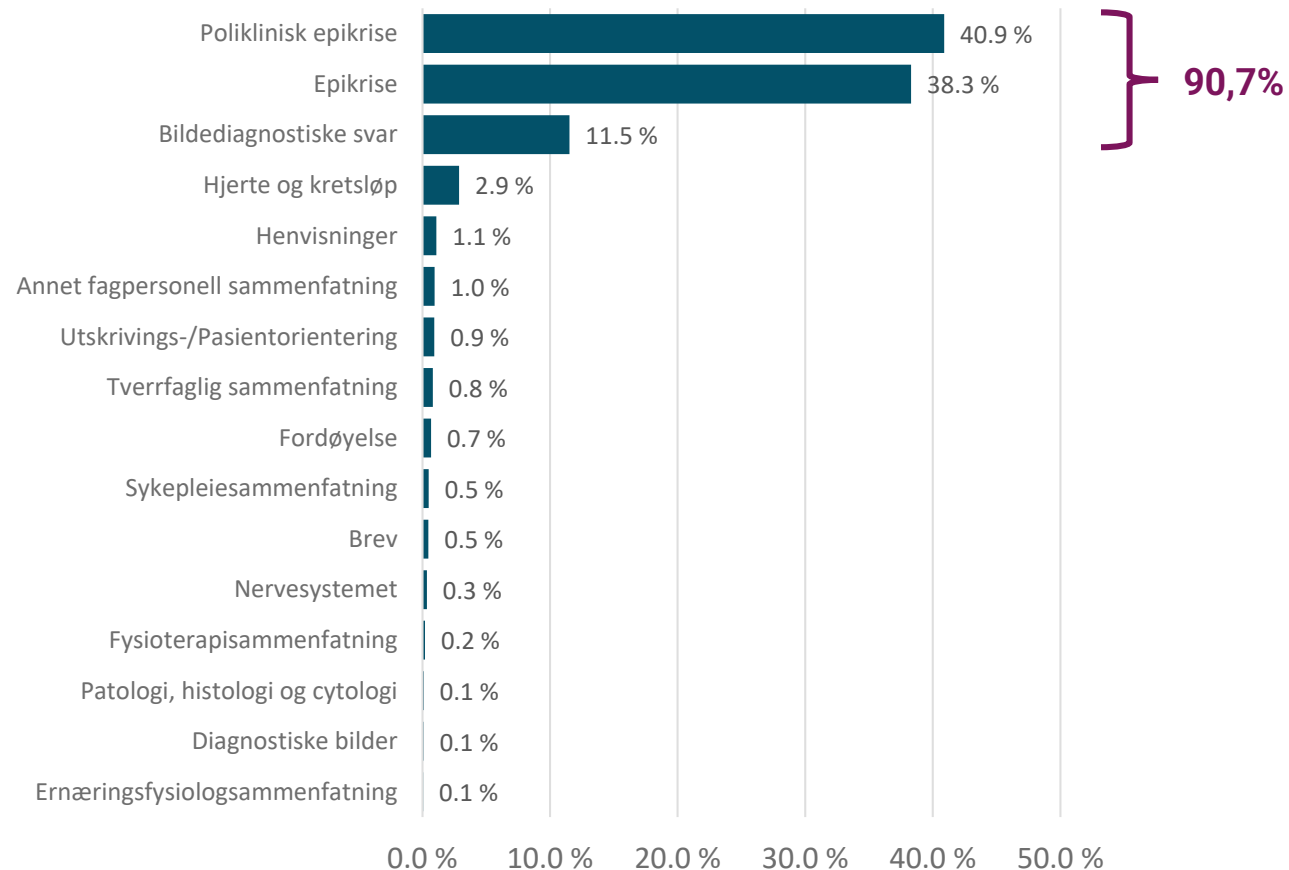
Totalt antall oppslag i Pasientens journalldokumenter per måned



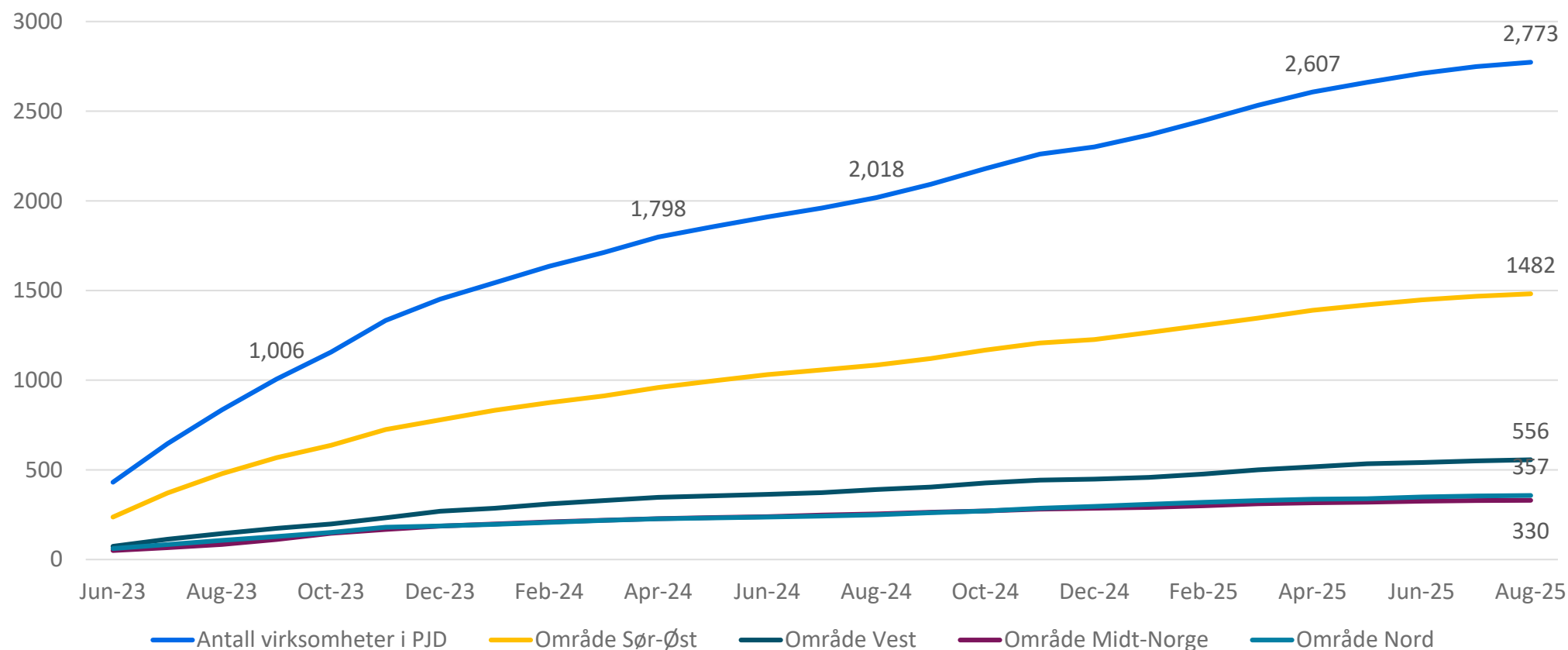
Totalt mer enn 750 000 oppslag i referanselister

Totalt nærmere 510 000 oppslag i dokumenter

Typer av dokumentoppslag som andel av totalt antall oppslag

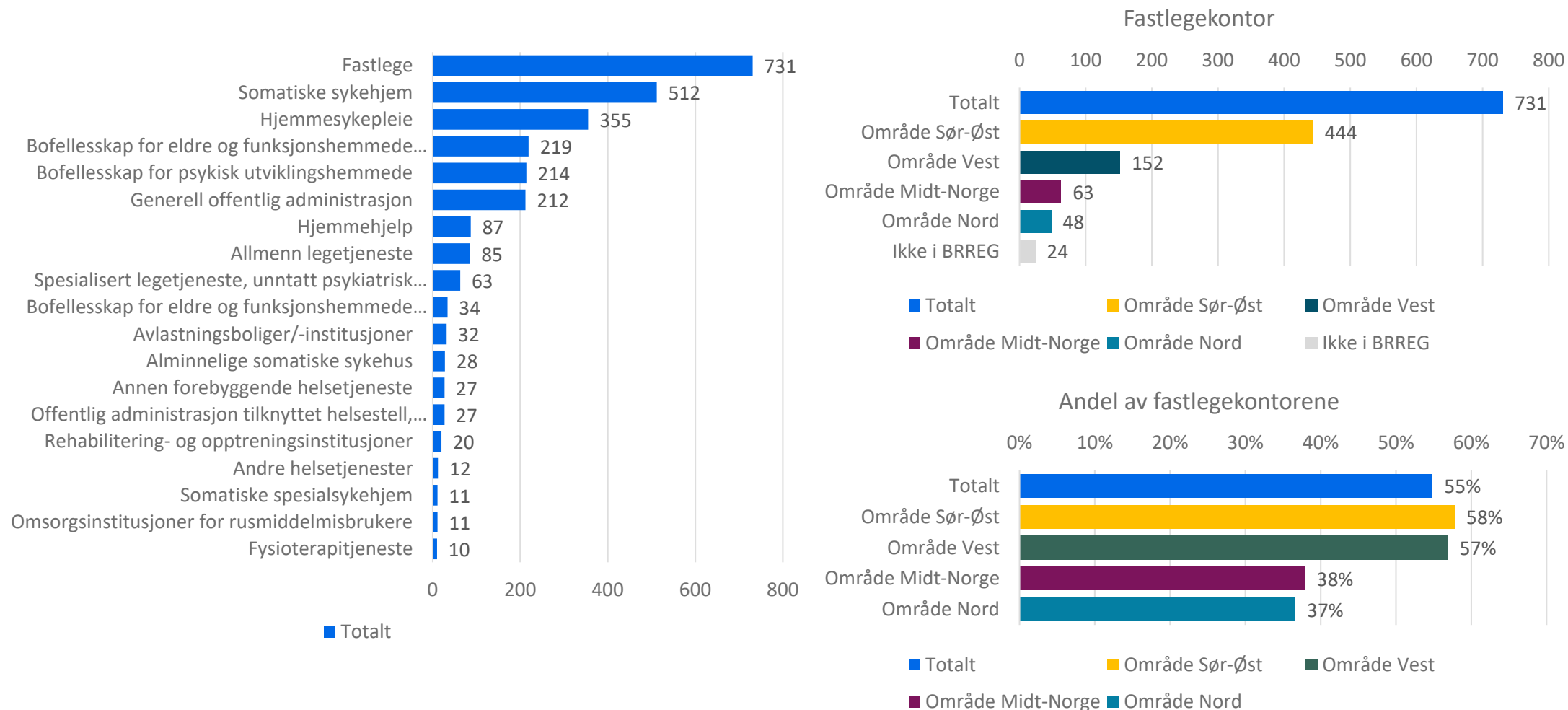


Antall virksomheter i Pasientens journaldokumenter

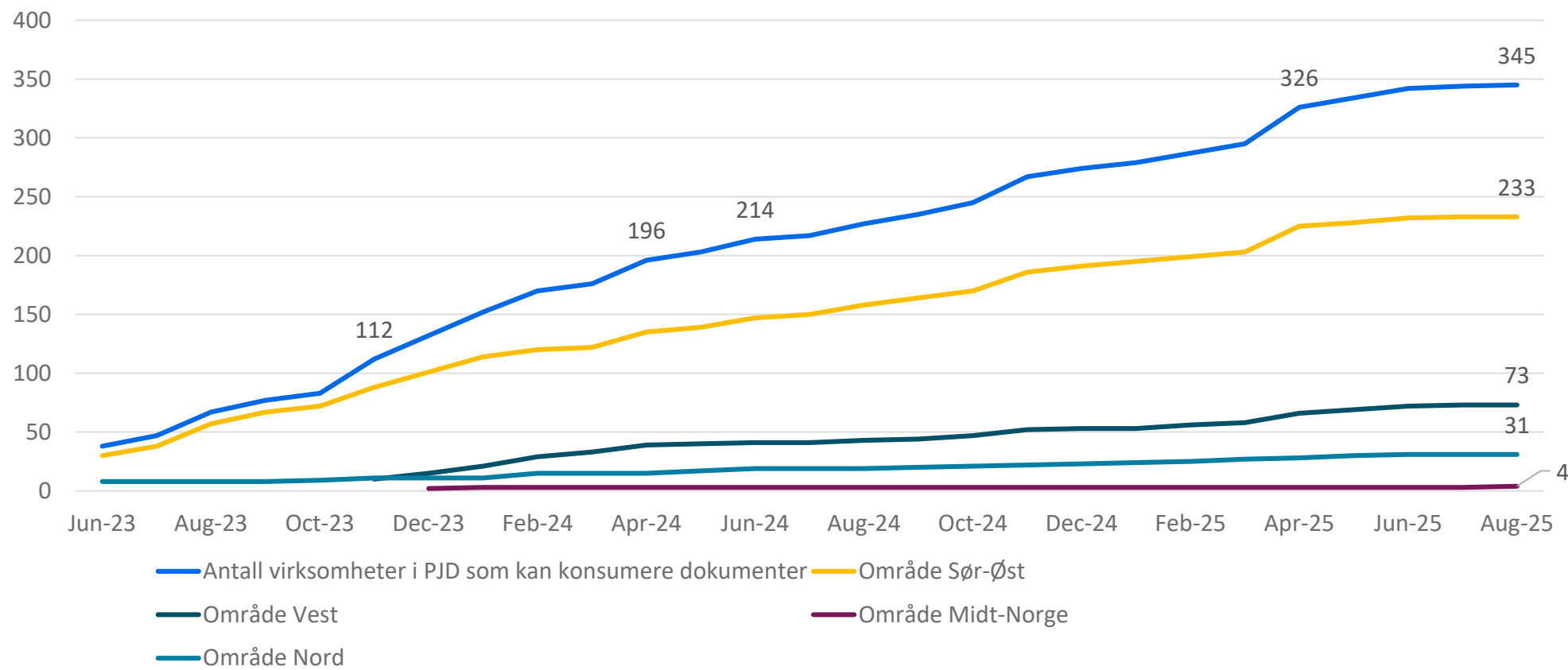


NB! Data til og med 21.august

Antall virksomheter av ulike typer i Pasientens journaldokumenter per august 2025

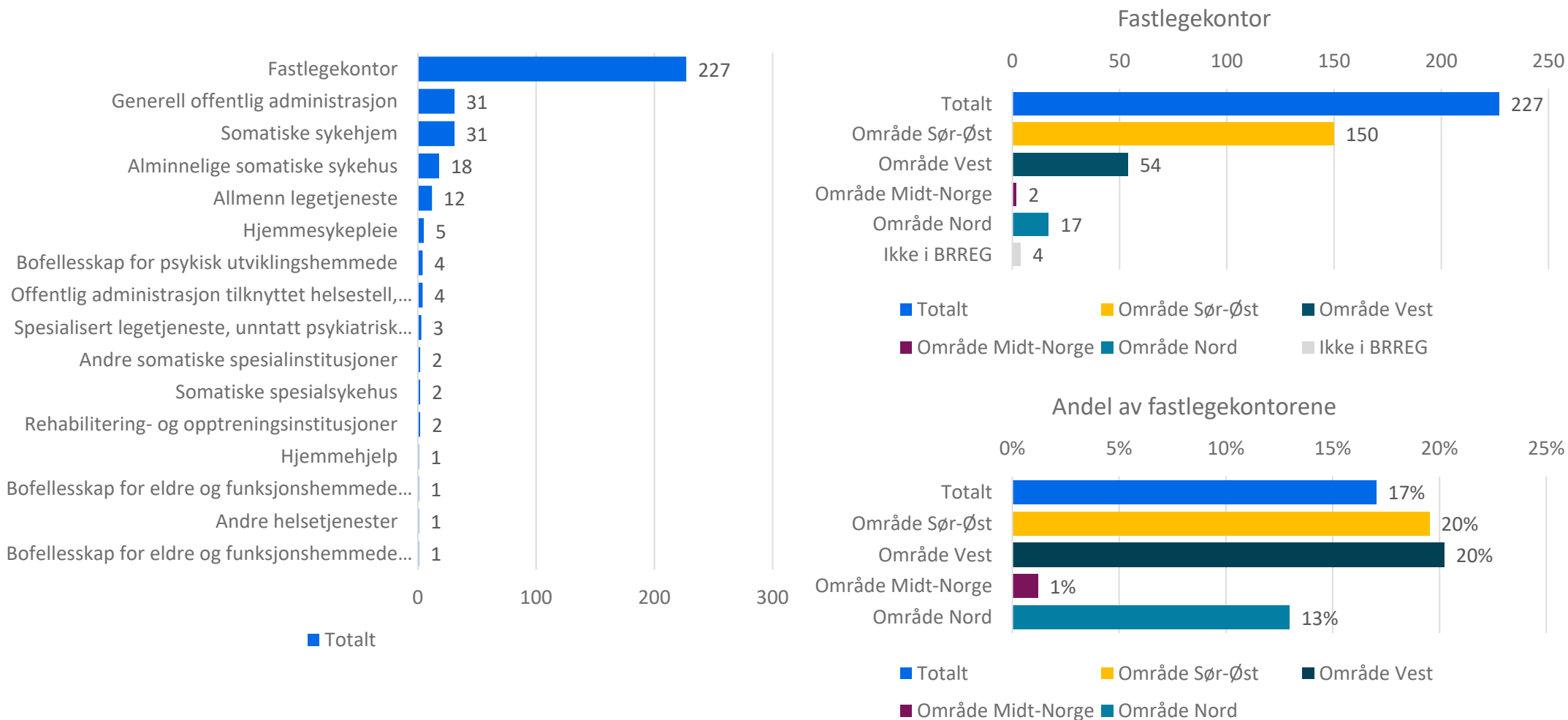


Antall virksomheter som konsumerer dokumenter i Pasientens journaldokumenter

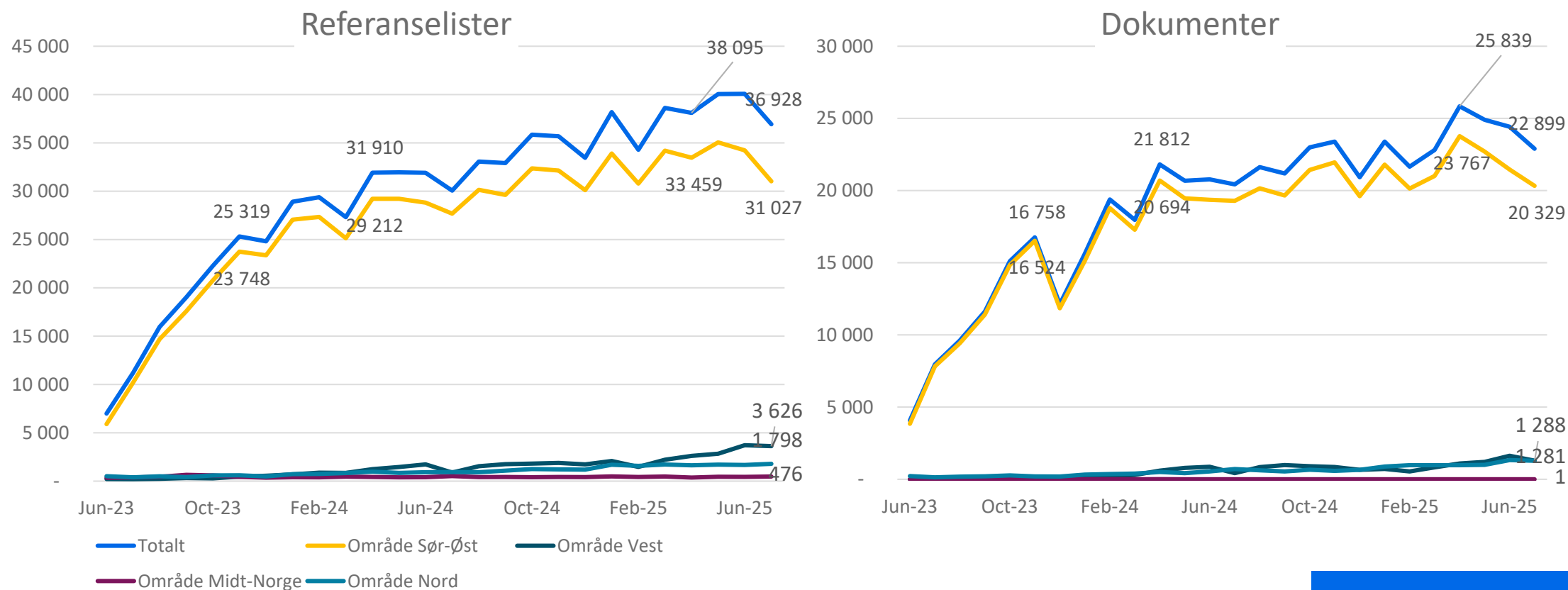


NB! Data til og med 21.august

Antall virksomheter av ulike typer som kan gjøre dokumentoppslag per august 2025



Totalt antall oppslag i Pasientens journaldokumenter per måned



NB! Data til og med 31. juli

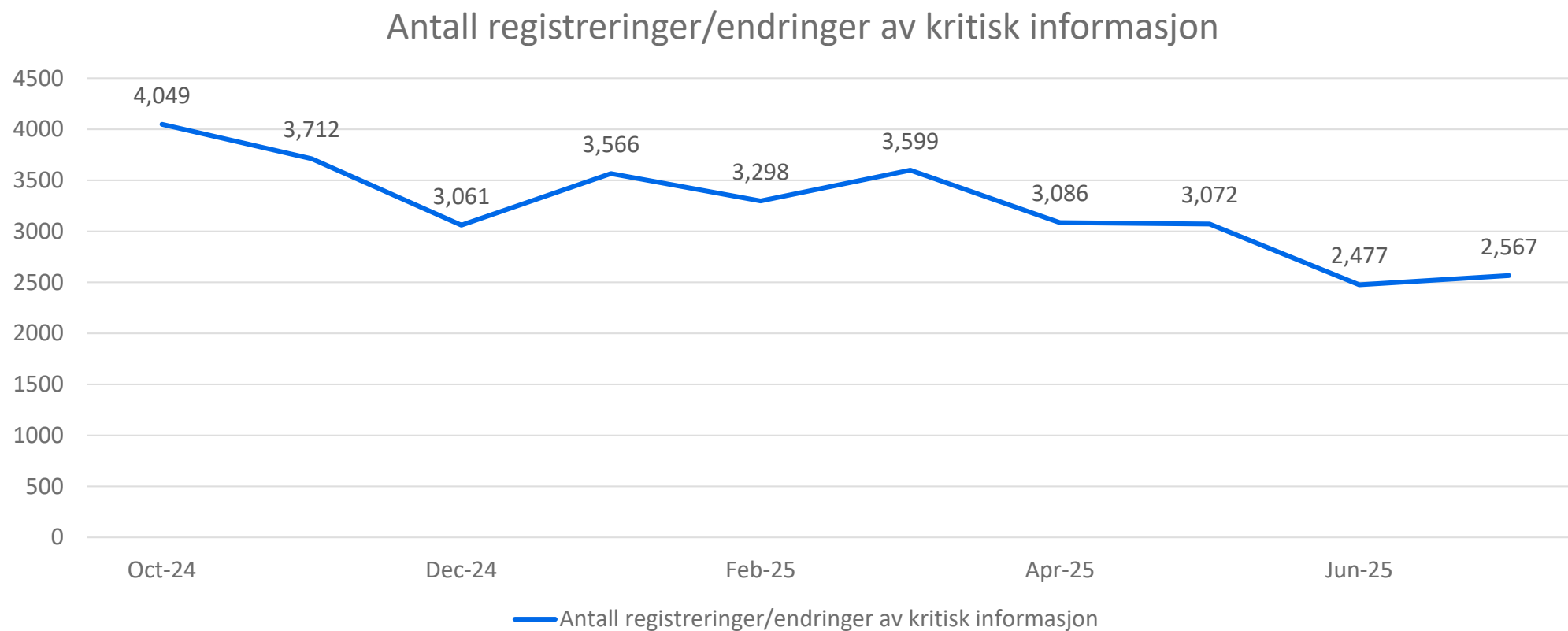
Pasientens kritiske informasjon

August 2025

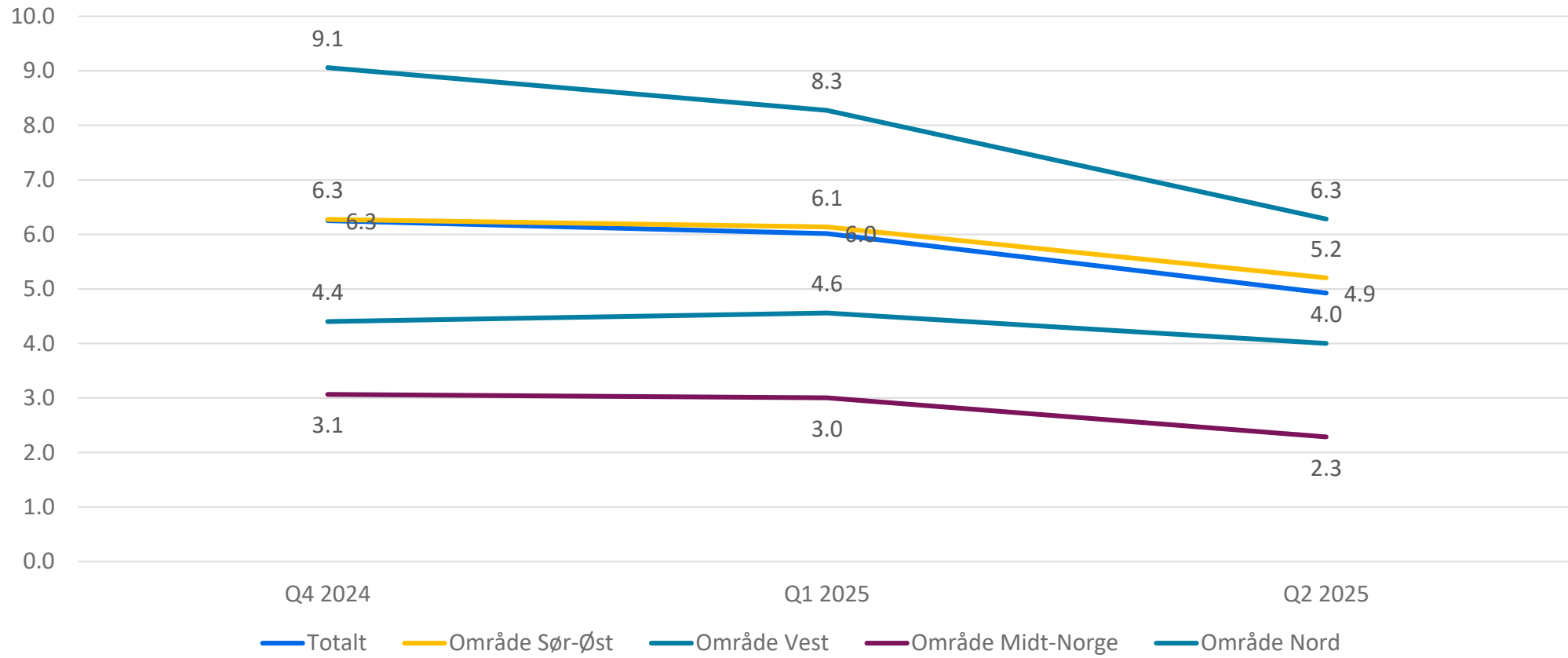


Antall registreringer av kritisk informasjon

NB! Ufullstendige data



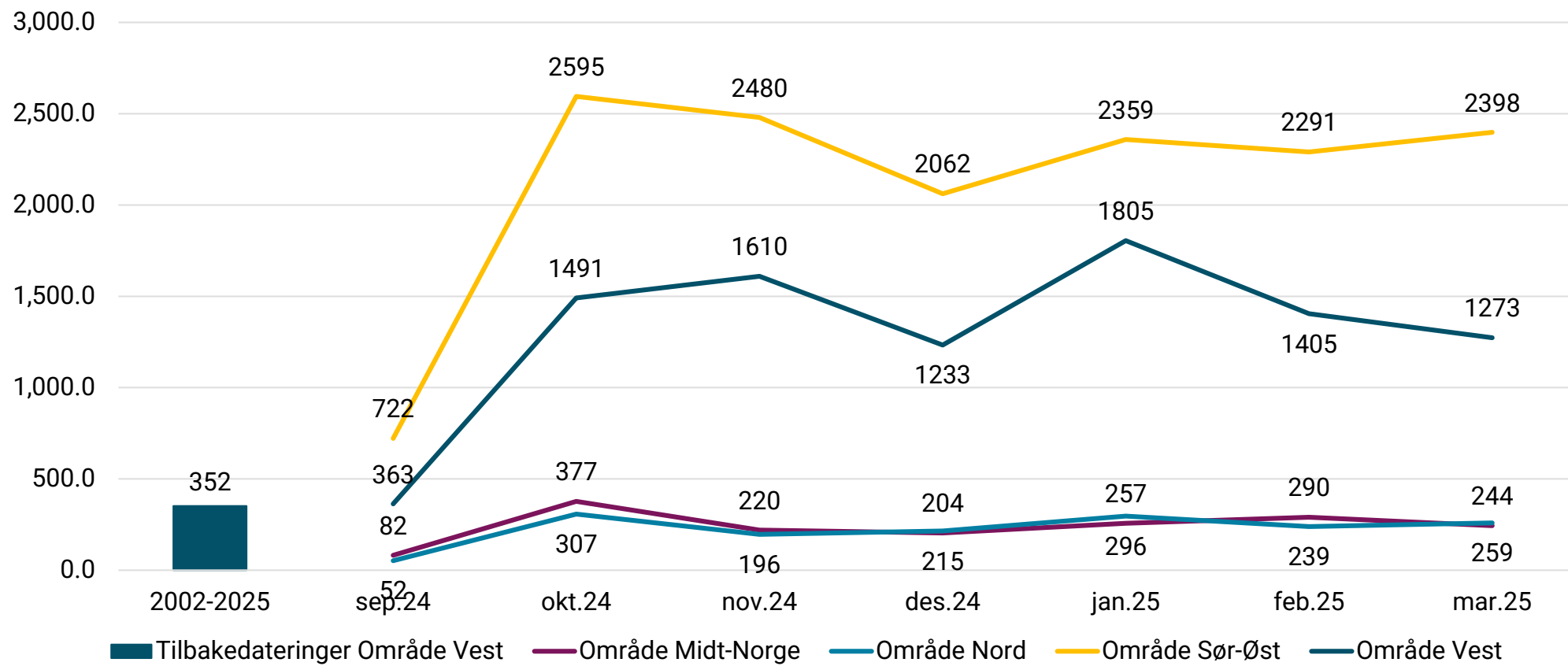
Gjennomsnittlig antall registreringer av kritisk informasjon per måned per 10.000 innbyggere* i regionene



*Innbyggertall per 1.12.2025

Antall registreringer etter RHF-område

I Vest og Sør-Øst benyttes kategoriene «Hentet fra tidligere journal» oftere enn i Midt og Nord.
I Vest tilbakedateres tilsynelatende oppføringene.

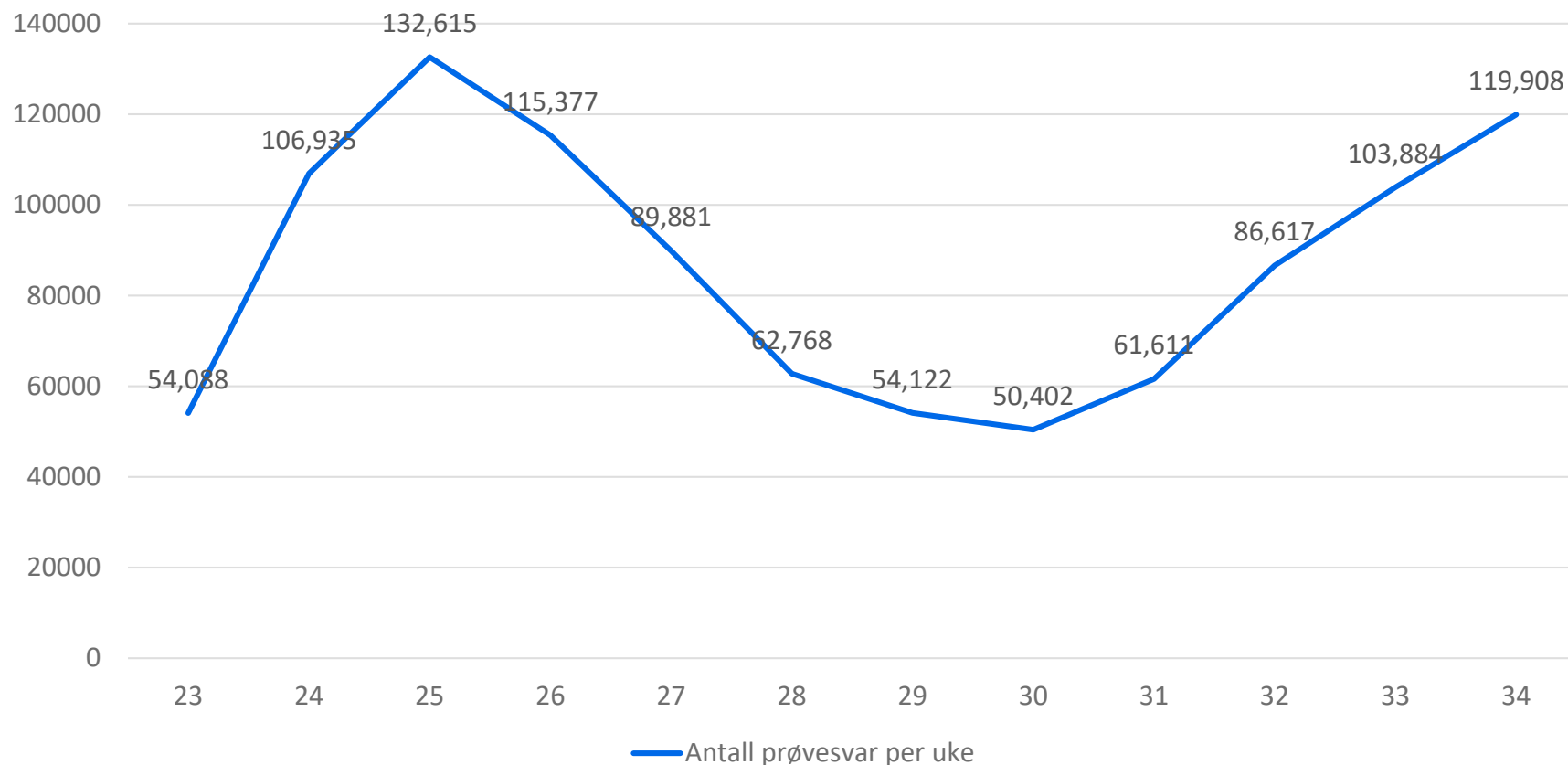


Pasientens prøvesvar

August 2025



Antall innsendte prøvesvar

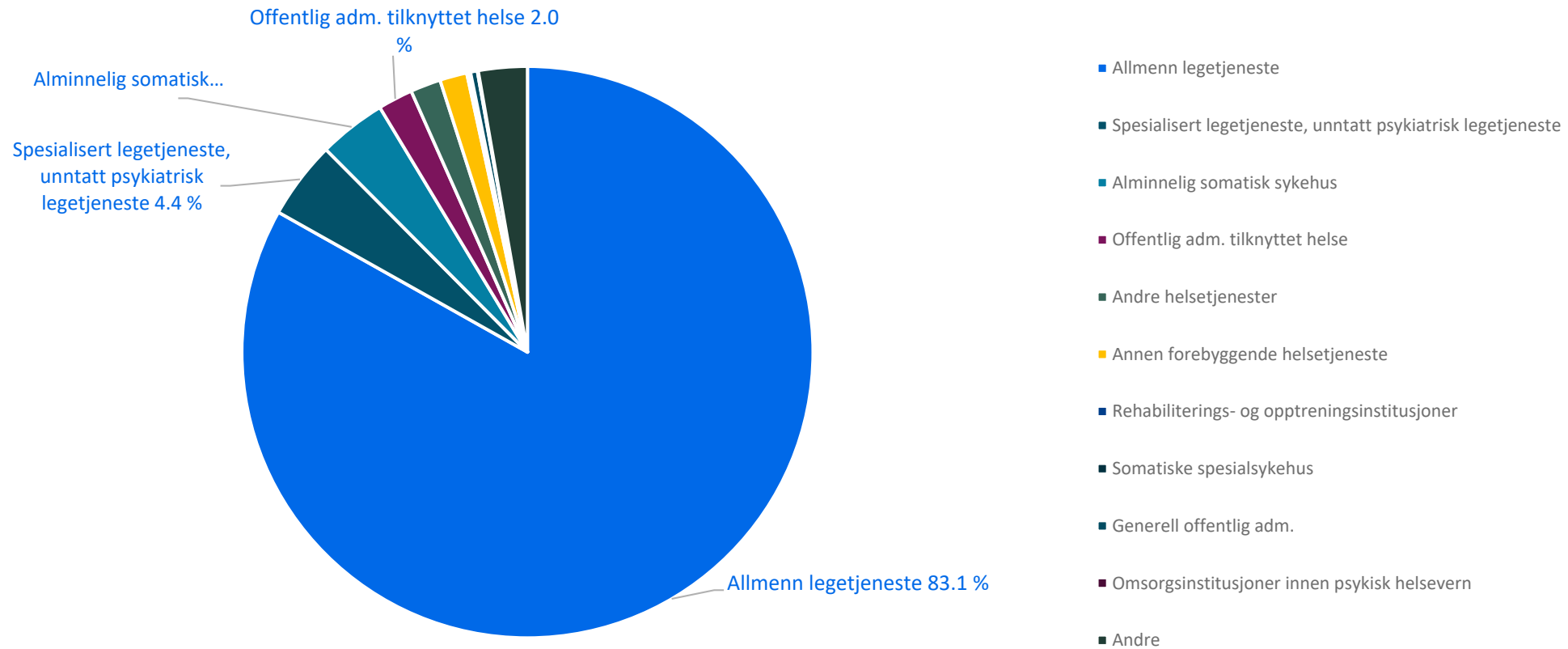


Totalt er sendt inn
1 038 208 prøvesvar

Totalt er det fra
innbyggere gjort
1 687 846 oppslag mot
tjenesten

Totalt er det fra
helsepersonell gjort
12 038 oppslag mot
tjenesten

Hvem sender inn prøvesvar?



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?

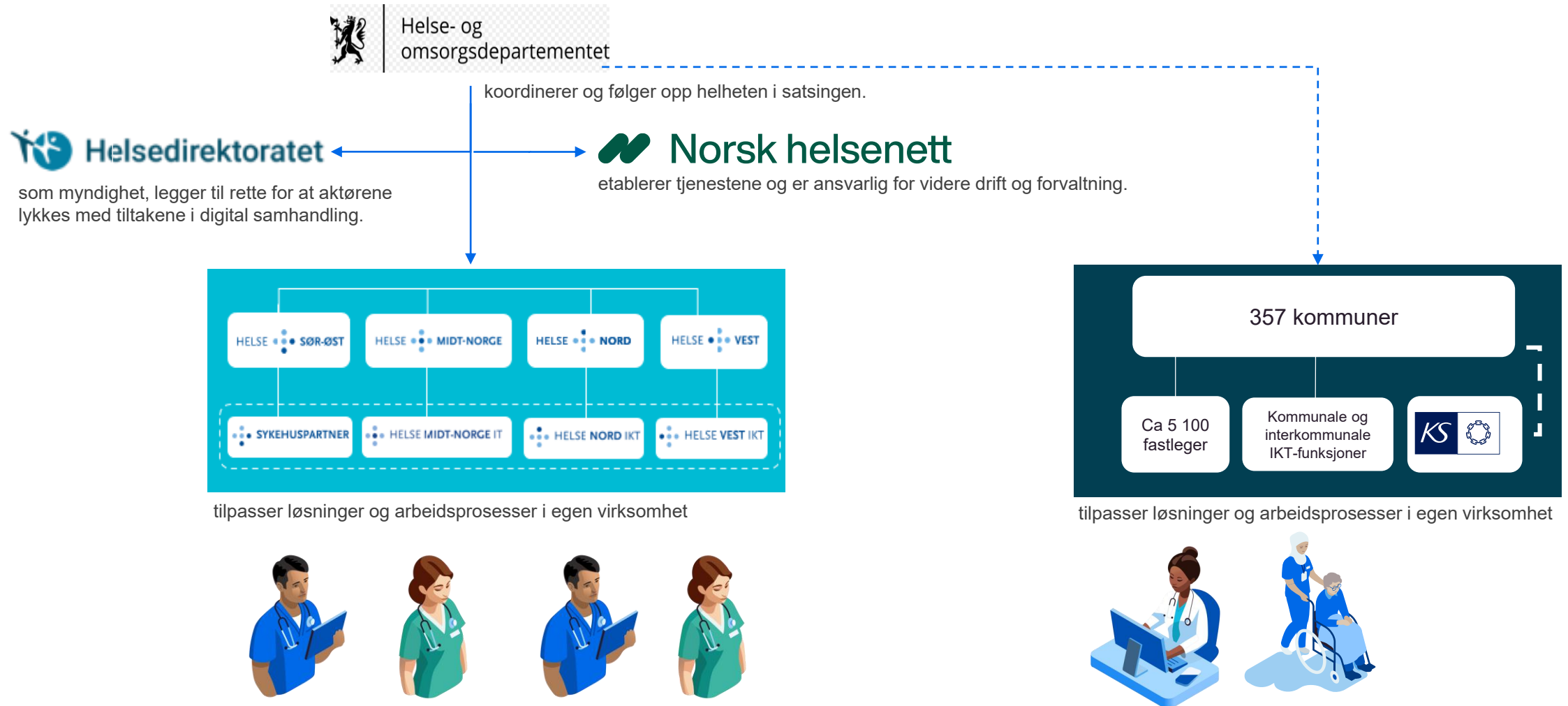
Gruppearbeid



Nytten fra tjenestene realiseres ved innføring



En vellykket innføring betyr at helsepersonell er med



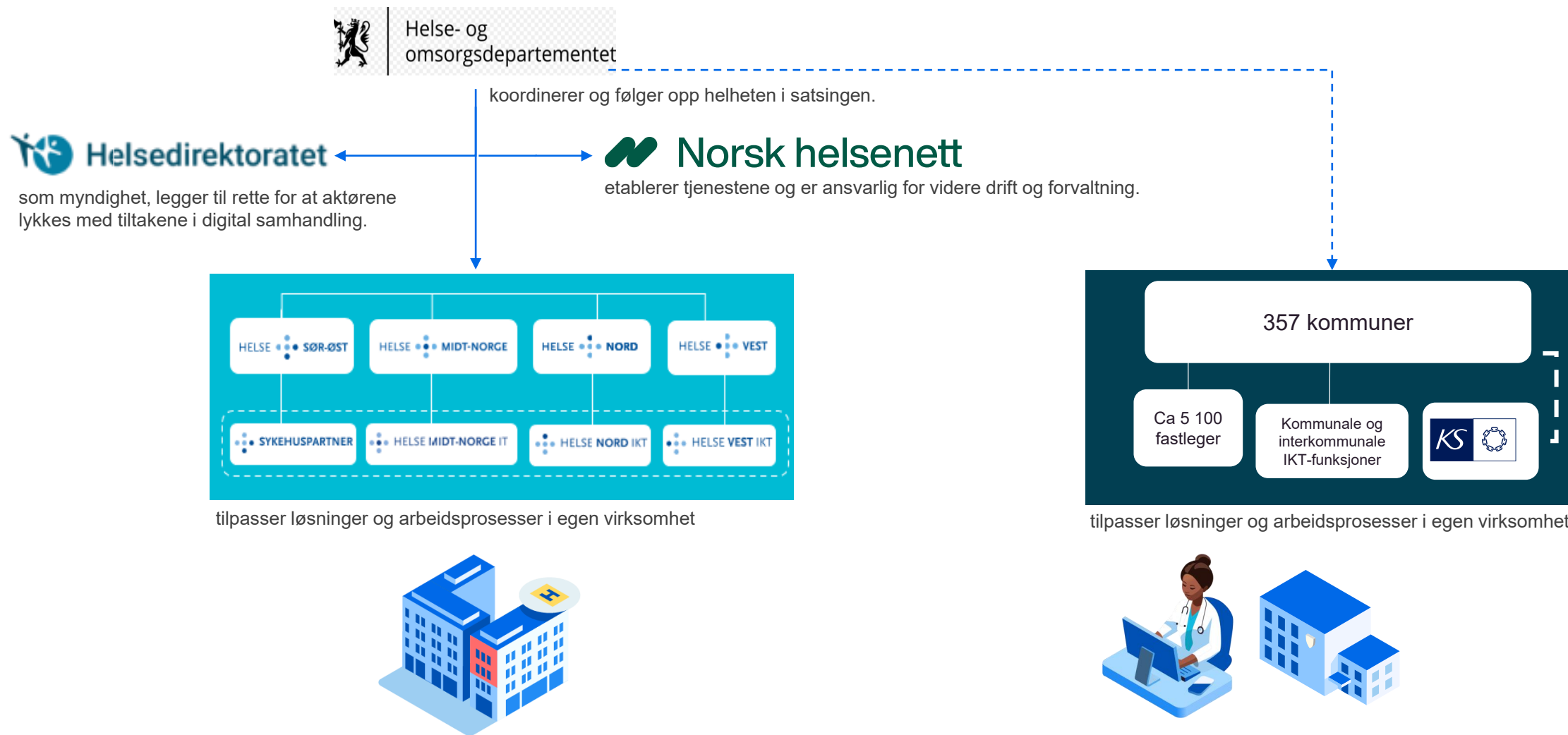
Endring skjer på individnivå (Adkar-modellen)

ADKAR element	Definisjon	Hva du hører
A Bevissthet (Awareness)	Om behovet for endring	«Jeg forstår hvorfor...»
D Ønske (Desire)	Om å delta og støtte endringen	«Jeg har bestemt meg for å...»
K Kunnskap (Knowledge)	Om hvordan man endrer	«Jeg vet hvordan jeg skal...»
A Evne (Ability)	Om å anvende nødvendige ferdigheter og atferd	«Jeg er i stand til å...»
R Forsterkning (Reinforcement)	Om å opprettholde endringen	«Jeg vil fortsette å...»

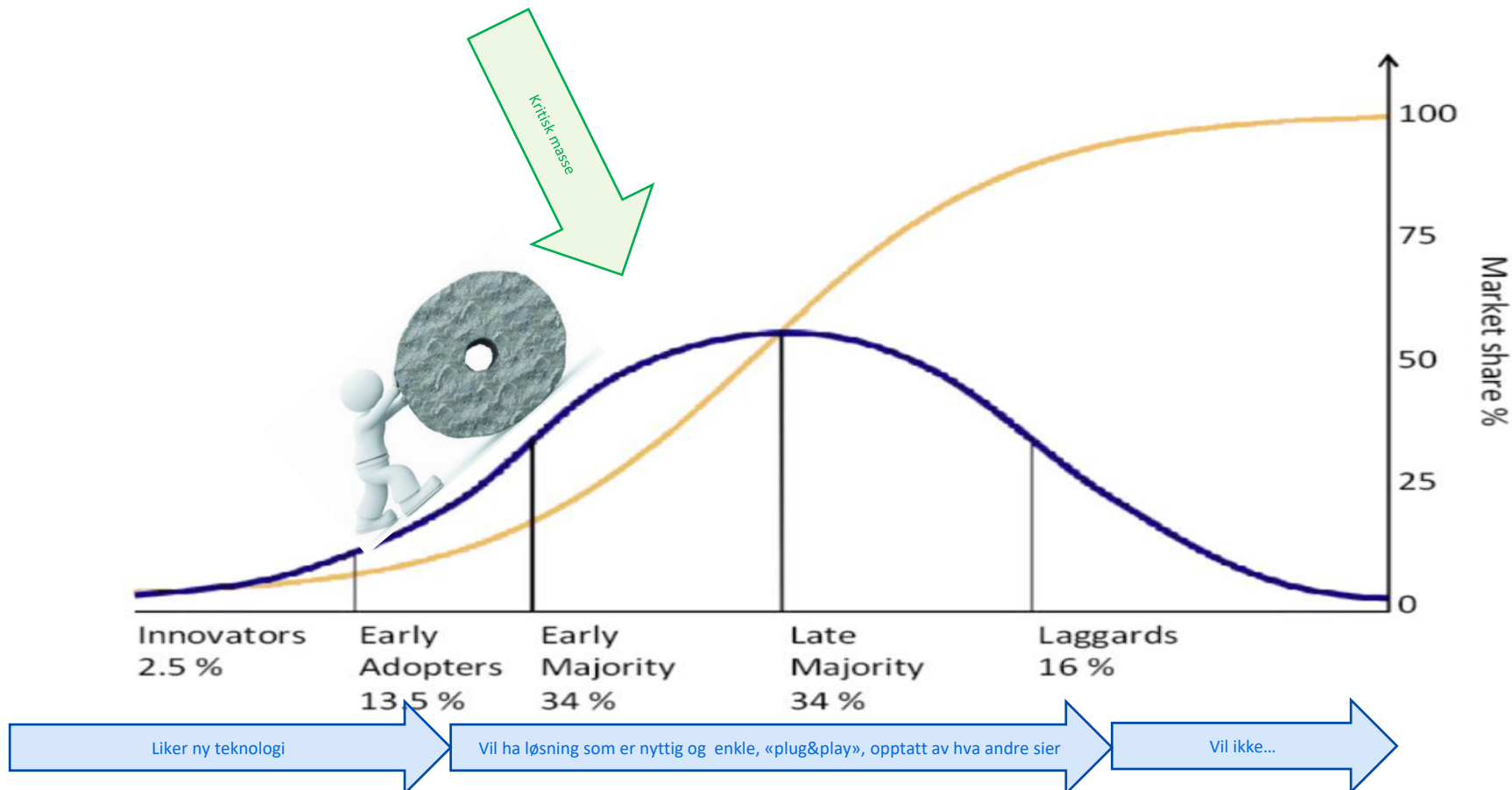


Kilde: Prosci

En vellykket innføring betyr at virksomhetene er med



Hva skal til for at aktører ønsker å ta nye tjenester i bruk?



«Diffusion of innovation», Everett M. Rogers 1995

Avhengigheter – eksempel multidose

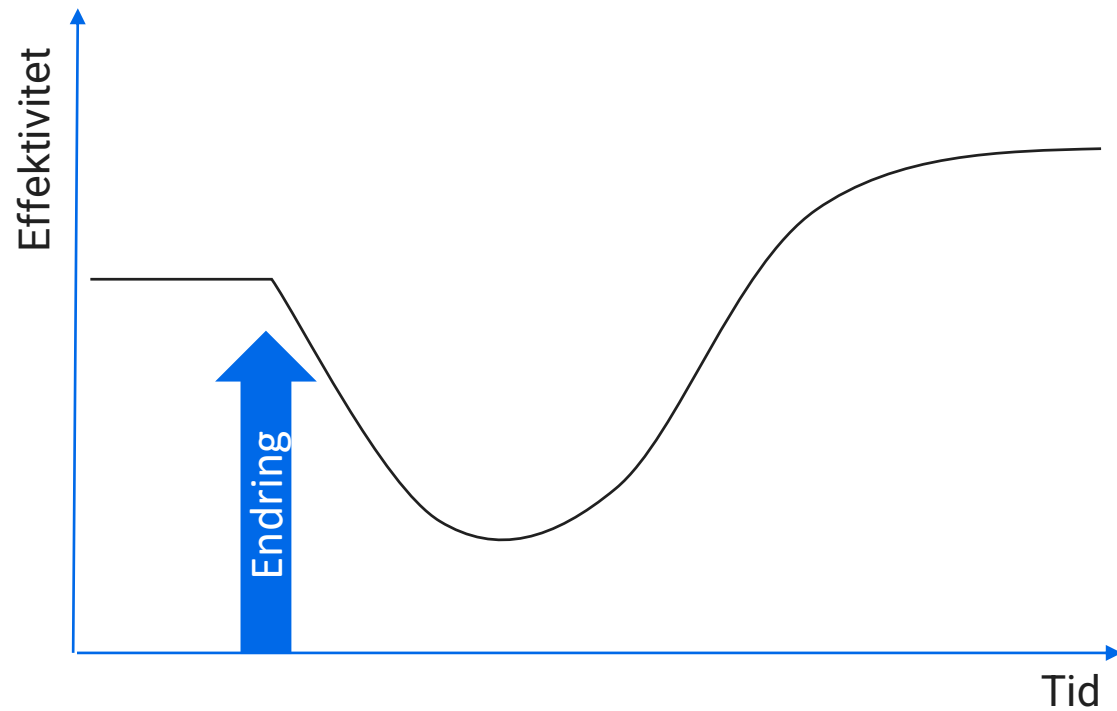


- Fastlegen ønsker ikke å starte før apoteket kan ta imot.
- Apoteket ønsker ikke å legge om før fastlegene er klare
- Kommunen bruker multidose, har noen husket å snakke med dem?



Dilemma - Investering for fremtidig nytte

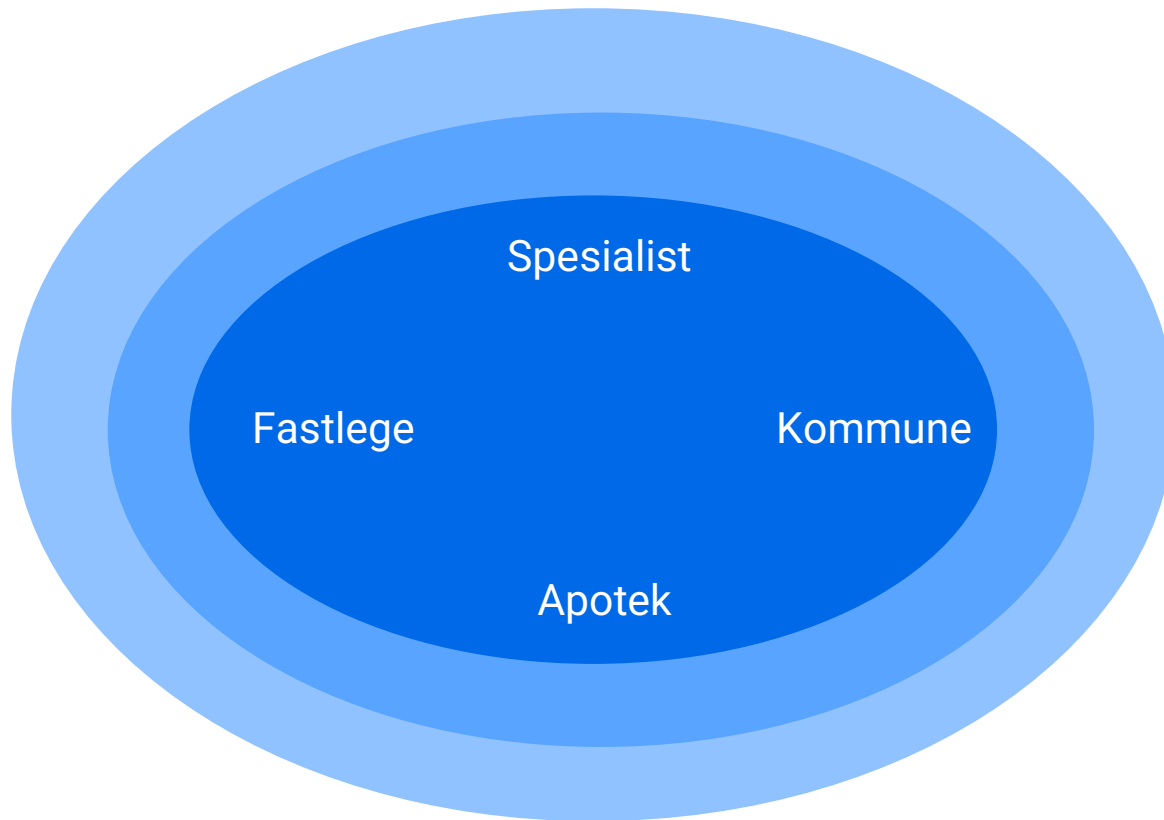
- The learning curve



- Hvor mye endring klarer brukerne? (How much change can users handle?)



Innføring skjer i virksomhetene – sentrale myndigheter støtter



Eksempler på Helsedirektoratets virkemidler

tilskudd via helseteknologiordningen,

nasjonale råd og veiledere,

legge til rette for erfaringsutveksling mellom aktørene,

veiledet i endringsprosessen

Vist nytte man kan oppnå med å ta de nye tjeneste via bruker- og gevinsthistorier

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?



Grupper

Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Jan Robert Johannessen	Eva Tone Fosse	Terje Bremnes	Maren Krogh
Elin Thygesen	Sverre Ur	Line Linstad	Jon Gupta
Jim Yang	Ronny Holten Olsen	Thor Johannes Bragstad	Jacob Holter Grundt
Anne Marit Rennemo	Merete Lyngstad	Mette Røhne	Christoffer Boge
Per Olav Skjesol	Line A. Sæle	Mohammad Sharikabad	Øystein Berg-Sletteng
Knut Berglund	Einar André Brevik	Tarald Sæstad	Stine Slørdal

Gruppe 1 og 2 – Grupperom
Gruppe 3 og 4 - Hovedmøterommet

Pause – oppstart igjen kl. 14.00

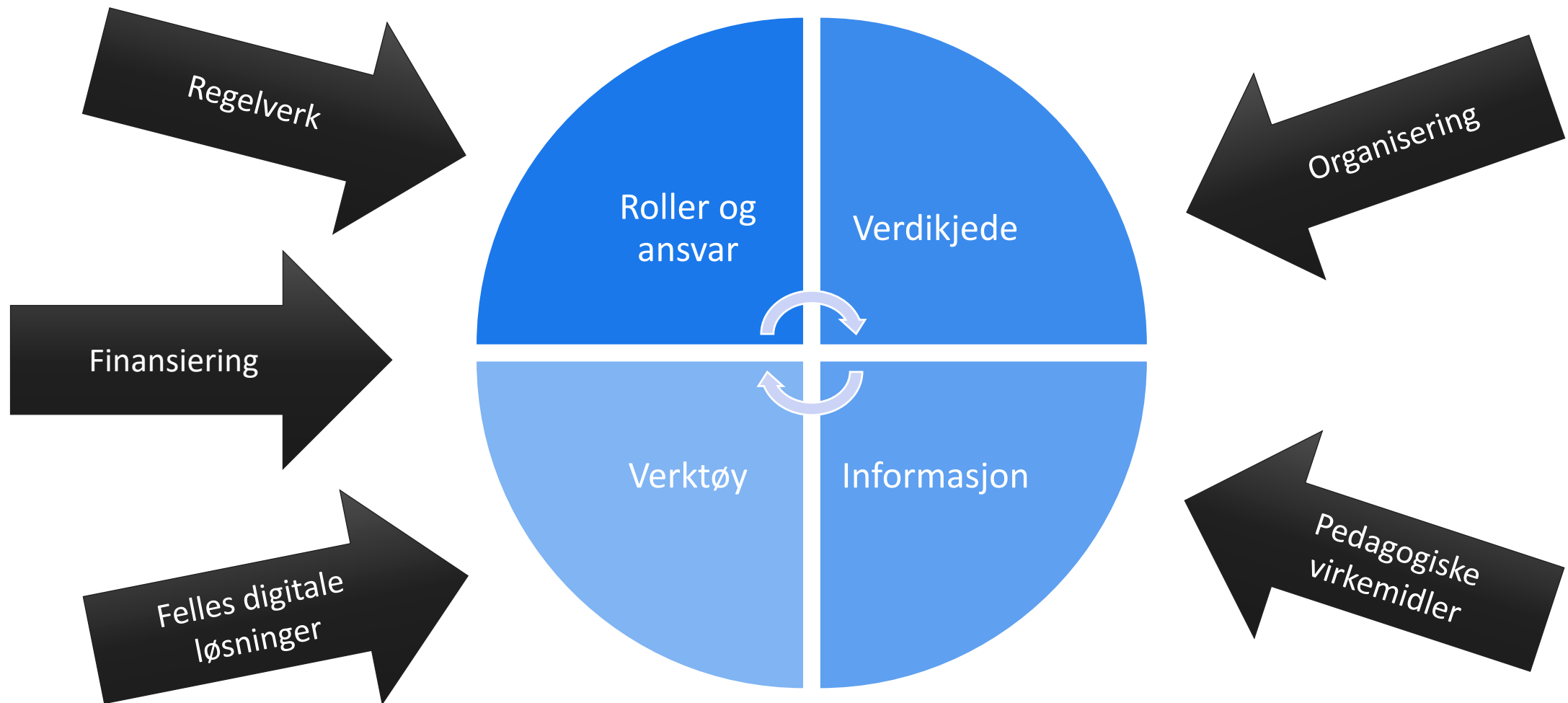


Oppsummering av gruppearbeid

Plenumsdiskusjon



Hvordan etablere samhandlingsevne?



Virkemiddelbruk for å få øke bruken av Pasientens kritiske informasjon

Plenumsdiskusjon



Men...hvorfors?

Tobias Iveland, AHUS



Vi ønsker at andelen kritisk informasjon som blir delt er

100%

* der hvor det ikke er gode grunner til å ikke dele

Antall ganger helsepersonell skal registrere kritisk informasjon

1

Andel kritisk informasjon som er kjent når det gis helsehjelp

100%

* når det er tjenstlig behov...

Kritisk informasjon API

- Gjør det mulig å gjøre oppslag i kjernejournal og registrere kritisk informasjon fra eget fagsystem
- Gir nye muligheter... og nye problemstillinger

Formål med virkemiddelbruken

Innsatsområde	Hvorfor
Oppdatert og tilgjengelig kritisk informasjon - kritisk informasjon er tilgjengelig når det trengs, og deles og oppdateres i kjernejournal når det er mulig	Når kritisk informasjon er oppdatert og tilgjengelig i kjernejournal, blir helsehjelpen tryggere – også når pasienten ikke kan si fra selv. Det reduserer feil, styrker pasientbehandling og gir tilgang til kritisk informasjon på tvers av helseaktører.
God bruk og brukeropplevelser – god forståelse av muligheter for deling i kjernejournal, når oppslag bør gjøres, hvordan informasjonen samstemmes og holdes oppdatert. Innbyggere kan bruke informasjonen via helsenorger.no	Når kritisk informasjon er enkelt tilgjengelig i helsepersonells arbeidsflater, blir helsehjelp tryggere og pasienter får bedre oversikt over egne data. Trygg bruk forutsetter at helsepersonell forstår både muligheter og ansvar ved deling i kjernejournal. Klare budskap og målrettet opplæring gjør det lettere å vite når de bør slå opp, hva som deles, og hvordan informasjonen holdes oppdatert.
Helsevirksomhetene legger til rette for god bruk – god informasjon til virksomhetene om hvordan roller og ansvar er fordelt, og hva som må være på plass av vurderinger, rutiner og teknologi	Når virksomhetene tilrettelegger for at kritisk informasjon er tilgjengelig og brukes riktig, styrker det pasientsikkerheten og sikrer at informasjonen gir reell verdi i helsehjelpen.
Ivaretagelse av både innbyggers og helsepersonells rettigheter og plikter – både innbyggerne og helsepersonell har rettigheter og plikter som må ivaretas for at tilliten til helsevesenenet opprettholdes.	Det skal være enkelt for helsepersonell å få tilgang til kritisk informasjon når de har tjenstlig behov, og samtidig så må rettigheter og plikter ivaretas på en god måte. Innbyggere må vite hvem som har tilgang til deres informasjon, og hvordan de ivaretar sine rettigheter.

Oppdatert og tilgjengelig kritisk informasjon

Tiltak	Formål
Pasientens gjennomgang av egen informasjon og innsending av helsemelding	Vurdere en årlig oppgave/oppfordring til innbyggere om å gå gjennom sin kritiske informasjon og diskutere med fastlegene om det kan etableres en honorert årskontroll for gjennomgang av innbyggers informasjon i nasjonale e-helseløsninger. Innbyggere kan etter oppfordring se over kritisk informasjon, og eventuelle samtykker, legemidler som brukes, forskningssamtykker og vaksineveiledning. En vurdering av konseptet kan gjøres i samarbeid mellom Helsedirektoratet og Norsk Helsenett, i samarbeid med helsetjenestene. Hvis fastlegene får et ansvar for oppfølgingen av helsemeldingene, er det naturlig med tett dialog med fastlegetjenesten.
Regionale handlingsplaner for økt deling og bruk av kjernejournal	De regionale helseforetakene bør lage forpliktende handlingsplaner for hvordan man skal oppnå at helsepersonell alltid deler kritisk informasjon og at de alltid gjør seg kjent med kritisk informasjon når det er relevant, og at man når ambisjonsnivået som er satt. Gjennom dialog med KS kan man detaljere videre hvordan kommunene skal ivareta plikt til bruk fra 1. januar 2026. Det er ønskelig at man også oppnår forpliktende avtaler mellom sykehus og kommuner, for eksempel gjennom avtaler i helsefellesskapene.
Forvalte informasjonsmodell for kjernejournal slik at den ivaretar kliniske behov	Informasjonsmodellen legger til rette for riktig og nødvendig informasjonsutveksling. Helsedirektoratet må videreutvikles for å ivareta de helsefaglige behovene, for eksempel rundt behandlingsbegrensninger, og absoluttlisten med diagnoser som bør deles, må holdes oppdatert.
Økonomiske insentiver til fastleger for registrering	Fastlegen og fastlegens vikar får honorar for å melde opplysninger til kjernejournal. Taksten 2kd er en del av stønadsforskriften og gir et økonomisk incentiv for at fastleger skal registrere kritisk informasjon. Taksten kom inn som en tidsbegrenset takst og skulle gjelde inntil kjernejournal var integrert i alle pasientjournalene. Det bør vurderes om taksten er hensiktsmessig utformet og hvordan den eventuelt bør videreføres.

God bruk og brukeropplevelser

Tiltak	Formål
Etablere klinisk fagråd som bistår med behovsinnhenting, oppdatering av absoluttlisten og vurderinger av god bruk av kjernejournal	Helsedirektoratet og Norsk helsenett ønsker innspill fra de som jobber i helsesektoren og som vet hvordan nasjonale e-helseløsninger påvirker deres arbeidshverdag, og det bør etableres et klinisk fagråd som kan gi råd om klinisk bruk av kjernejournal og bistå med prioriteringer for videreutvikling. Vi ser særlig at en tydeligere ansvarsbeskrivelse kan være nyttig for å sikre at kritisk informasjon blir registrert.
Informasjon og veiledning om god bruk av kritisk informasjon til helsepersonell	Relevant informasjon om god bruk av kjernejournal er nødvendig for at tjenesten skal brukes slik at den gir mest mulig nytte. Helsedirektoratets og Norsk helsenetts nettsider for kritisk informasjon bør videreutvikles og fortløpende oppdateres med relevant innhold. Helsedirektoratet sammen med Norsk Helsenett bør også vurderes bruk av informasjonskampanjer rettet mot helsepersonell med informasjon om hvorfor det er viktig å dele og bruke kritisk informasjon i kjernejournal.
Øke normering på bruk og deling av kritisk informasjon	Helsedirektoratet har nå en faglig veileder om deling av kritisk informasjon i kjernejournal er nå på høring. Det bør vurderes å gi faglig veiledning på når helsepersonell bør gjøre oppslag i kjernejournal.
Kurs/opplæringsmateriell	Helsedirektoratet bør se på muligheten for å anskaffe eller utvikle poenggivende nettkurs for leger, sykepleiere og annet helsepersonell om god bruk av kjernejournal og kritisk informasjon.
Statistikk fra bruk av kjernejournal og kritisk informasjon	For å kunne analysere innføring og bruk av tiltaket Pasientens kritiske informasjon er det nyttig å kunne hente ut bruksstatistikk. Helsedirektoratet henter nå inn data om bruk til eget datavarehus, og jobber med analyser som gir bedre innsikt i registrering og bruk av kritisk informasjon. NHN publiserer god informasjon på sine sider. I tillegg er det ønskelig å få opp mer innsikt fra helsevirksomhetene på hvordan løsningene fungerer, gjerne gjennom statistikk.

Helsevirksomhetene legger til rette for god bruk

Tiltak	Formål
Kommunenettverk for Pasientens kritiske informasjon	Kommunale sykehjem og hjemmebaserte tjenester får plikt til bruk av kjernejournal fra 1. januar 2026. Helsedirektoratet ønsker at også kommunehelsetjenester bruker Kritisk informasjon API. KS har etablert regionale nettverk innen e-helse som skal bidra til erfaringsdeling, forankring og raskere innføring av helseteknologi, og vi ønsker å diskutere med KS om disse nettverkene skal støtte kommuner i å bestille videreutvikling av pasientjournalssystemer eller på annet vis få mulighet til å bruke Pasientens kritiske informasjon. KS bør vurdere om Pasientens kritiske informasjon har en tilstrekkelig prioritering og ambisjonsnivå i sine anbefalinger til kommunene.
Benytte rådsmodellen til å innhente behov for videreutvikling	Helsedirektoratet skal bruke de etablerte samarbeidsarenaene, inkludert rådsmodellen, til å identifisere og følge opp tiltak som øker verdien av kritisk informasjon ved deling i kjernejournal. Arenaene kan bidra med erfaringer, koordinering og faglig innretning innenfor områder som integrasjon, bruk i praksis og teknisk videreutvikling. Profesjonsorganisasjoner og KS bør involveres for å sikre legitimitet, spredning og forankring.
Sikre at alt helsepersonell kan logge inn med HelseID	HelseID pålogging med sikkerhetsnivå høyt, er en forutsetning for å kunne ta i bruk samhandlingstjenesten pasientens kritiske informasjon. Ikke alt helsepersonell bruker HelseID i dag, og helsevirksomhetene bør sørge for at alt helsepersonell kan bruke HelseID. Fastlegetjenesten har i stor grad tatt i bruk HelseID, mens for den øvrige kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten anbefaler både Helsedirektoratet og NUFA at alt helsepersonell som skal bruke kjernejournal har mulighet for pålogging med HelseID. Videre innføring er virksomhetenes ansvar, og bør være en del av forpliktende handlingsplaner. Gjennom dialog med virksomhetene kan vi få mer innsikt i barriere for å ta HelseID i bruk, og vurdere andre virkemidler.
Tilskudd for innføring av løsninger	Helsevirksomheter har flere tilskuddsordninger som kan være relevante for søknader om støtte til å innføre Pasientens kritiske informasjon. Det gjennomføres nå en anskaffelse gjennom EPJ-løftet, som vil dekke deler av fastlegenes EPJ-marked. I helseteknologiordningen ser vi dessverre få søknader fra kommune på innføring av samhandlingstjenesten pasientens kritiske informasjon, og Helsedirektoratet, Norsk helsenett og KS bør gjøre en vurdering på om helseteknologiordningen er godt nok kjent for bruk til dette formålet, om ordningene bør justeres eller aktørene har behov for mer veiledning.

Ivaretagelse av både innbyggers og helsepersonells rettigheter og plikter

Tiltak	Formål
Tilpasninger til EHDS/IPS	Helsedirektoratet og Norsk helsenett bør sammen se på hvordan vi kan forberede kjernejournal og deling av kritisk informasjon til nye krav i EHDS-forordningen.
Krav til bruk av kritisk informasjon API	Helsedirektoratet og Norsk Helsenett bør se gjennom og oppdatere krav til systemer og brukere av kritisk informasjon API, og vurdere om det er krav som skal spesifiseres nærmere. Å ha oppdaterte krav til både brukere og systemer gjør det enklere å sikre at løsningen brukes på en god og lovlig måte. Det bør også etableres prinsipper for synkronisering av kritisk informasjon mellom pasientjournalssystemer og kjernejournal. Kravene skal supplere bruksvilkårene som setter forutsetninger for hvordan virksomheten setter rammer for bruk av kjernejournal.

Drøftingsspørsmål

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



Pause – oppstart igjen kl. 15.20



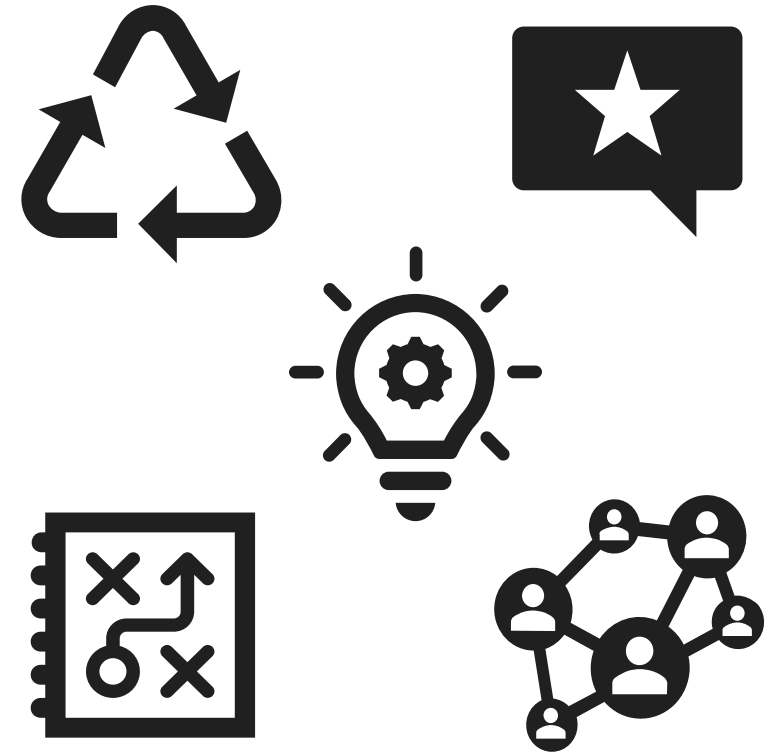
Hvordan finne en god balanse mellom standardisering vs lokalt handlingsrom

Plenumsdiskusjon



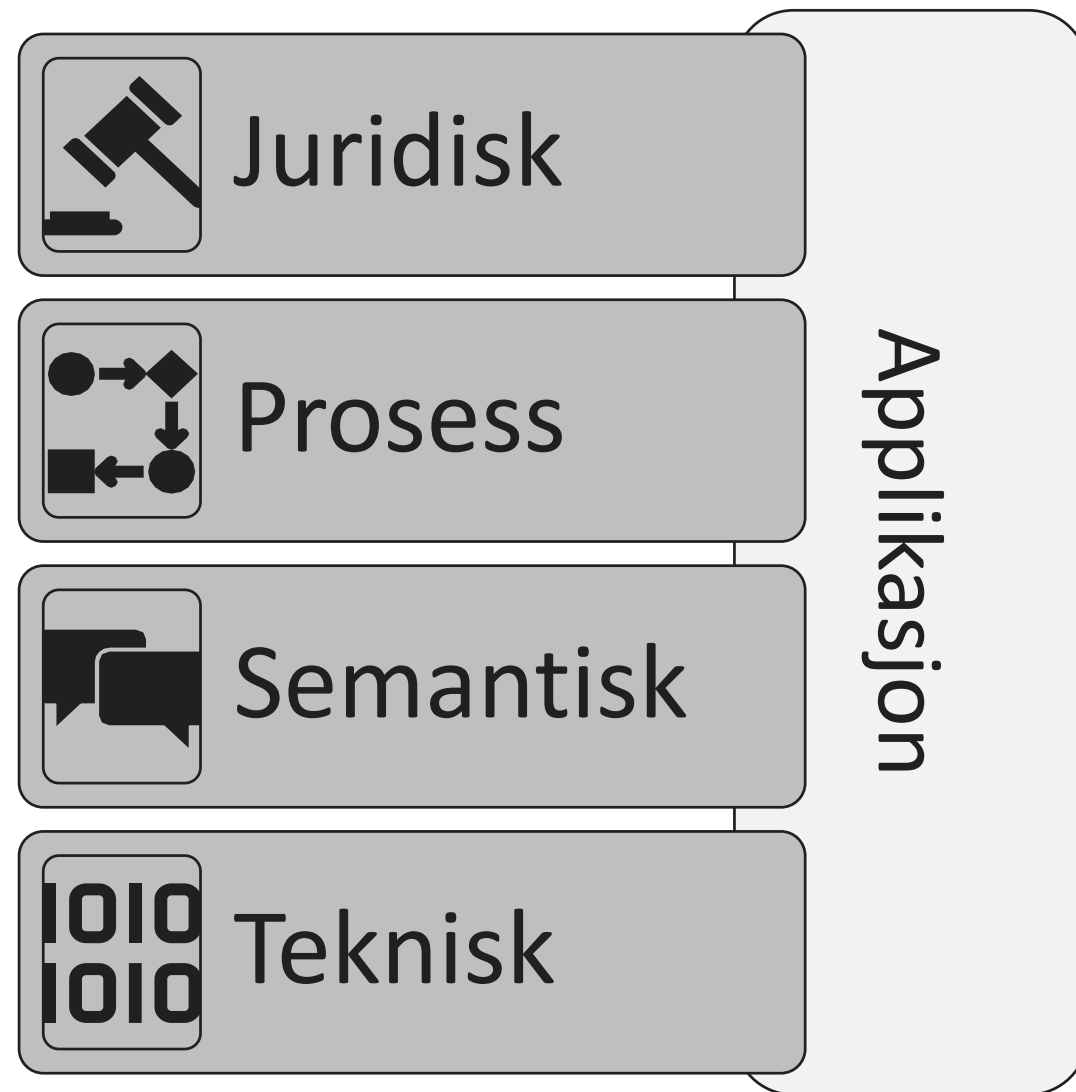
Hvorfor standardisering?

- Gjenbruk av gode løsninger
- Bedre samhandling
- Høyere kvalitet
- Høyere effektivitet
- Understøtte innovasjon
- Ønske om å ta i bruk internasjonale standarder



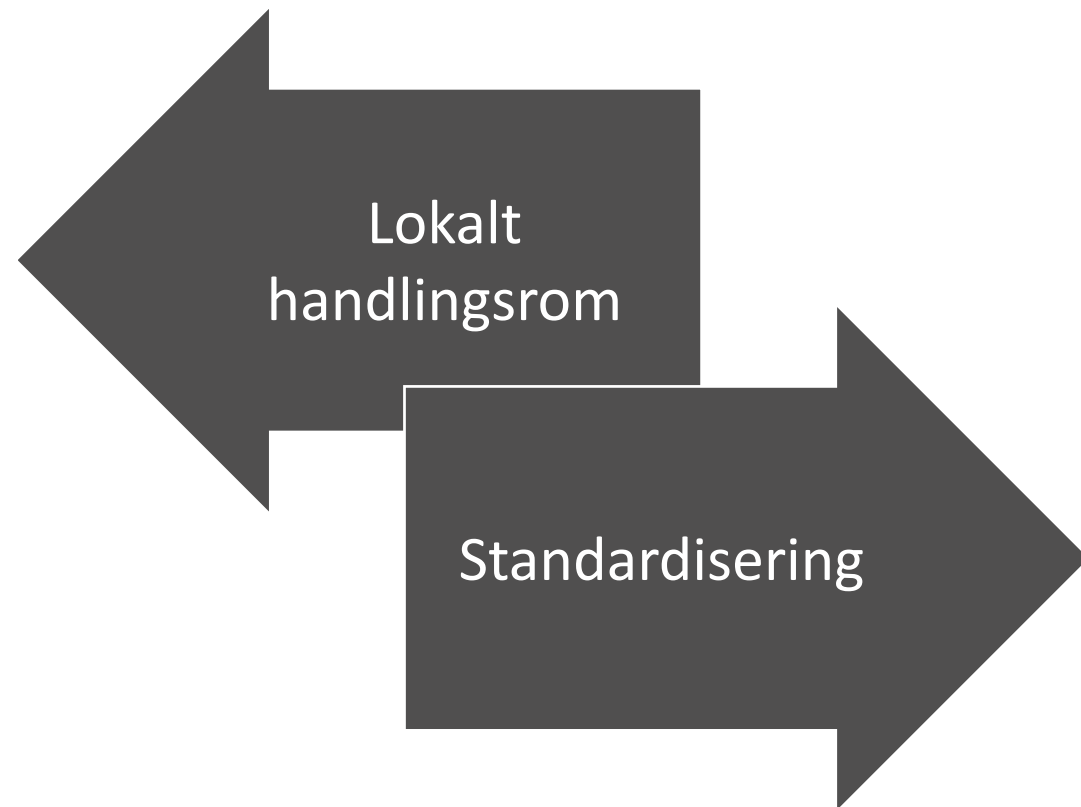
Standardisering på ulike nivå

- Lovverket er i praksis standardisering på juridisk nivå
- Prosess og policy bestemmes både lokalt og nasjonalt
- Semantisk standardisering avgjør hva slags terminologi og syntaks som benyttes
- Teknisk standardisering beskriver tekniske krav til samhandlingen
- Applikasjon og tjenesteutvikling
 - Gjennomfører de facto standardisering på alle nivå



Problemstilling: standardisering vs lokalt handlingsrom

- Ikke alltid en motsetning.
- Standardisering må anvendes der det er hensiktsmessig og der potensialet for gjenbruk er stort.
- En del løsningsutvikling etablerer løsninger med sterke koblinger mellom tjenester og applikasjoner og fungerer som de-facto standardisering av proprietære løsninger.
- Viktig at standardiseringsarbeidet og løsningsutviklingen utføres i samarbeid med behovseierne.



Drøftingsspørsmål

- Hvilke mekanismer kan vi bruke for å balansere behovet for standardisering med behovet for lokalt handlingsrom i utviklingen av samhandlingstjenester.



Oppsummering



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.

Sak 23/25: Eventuelt

—

Takk for nå!



Neste møte i NUFA er 29. – 30. oktober på Scandic St. Olavs plass, Oslo sentrum