

Veikart for nasjonal e-helsestrategi 2021-2027

Versjon 1.0

RAPPORT |



Innhold

Kapittel 1	3
1. Innledning	4
Kapittel 2	9
2. Veikart for hvert strategimål	10
Mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse	10
Mål 2: Enklere arbeidshverdag	24
Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring	41
Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling	50
Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft	56
Kapittel 3	60
3. Kandidater til Veikart for nasjonal e-helsestrategi	61
Kapittel 4	63
4. Prosess og forankring	64
Kapittel 5	65
5. Figurliste og referanseliste	66
5.1 Figurliste	67
5.2 Referanser	68

Kapittel 1

Innledning

1. Innledning

Veikart for nasjonal e-helsestrategi viser status og planer i helse- og omsorgssektoren for å realisere målene i e-helsestrategien.

Bakgrunn

Veikartet for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger ble utarbeidet høsten 2020 av Direktoratet for e-helse på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Veikartet tok da for seg de nasjonale e-helseløsningene og prioriterte samhandlingsløsninger, og hvordan de bidro til å oppnå ønsket nytte. Dette veikartet er siden blitt jevnlig oppdatert og videreutviklet.

Et samlet e-helseråd stilte seg bak en ny nasjonal e-helsestrategi gjeldende fra januar 2023. Dette er helse- og omsorgssektorens felles strategi for digitalisering fra 2023 og frem mot 2030. En felles strategi skal bidra til felles overordnede prioriteringer og økt gjennomføringsevne på e-helseområdet i Norge. Strategien beskriver fem mål som dekker innbyggere, helsepersonell, helsedata, samhandling og virkemidler. For å realisere e-helsestrategien ble det definert hvordan man skal komme nærmere målene (delmål) og hvor langt man er kommet på hvert mål (strategiske indikatorer).

Basert på den nye nasjonale e-helsestrategien ble det besluttet å endre innhold og struktur i veikartet slik at det fremstiller aktivitet som pågår eller er planlagt i helse- og omsorgstjenesten innenfor hvert strategiske mål. Med dette viser det nye veikartet status og planer i helse- og omsorgssektoren for å realisere målene i e-helsestrategien og erstatter det gamle veikartet for nasjonale e-helseløsninger.

Veikart + plan for målindikatorer = plan for realisering

Veikartet utgjør, sammen med indikatorer for strategien Plan for realisering av e-helsestrategien. Hvert mål i nasjonal e-helsestrategi har definert delmål, med nyttemålsetninger, som bidrar til å nå målet. Delmålene følges opp via veikartet. Innenfor hvert delmål er det mange leveranser og aktiviteter som skal bidra til realisering av delmål og måloppnåelse. Veikartet er derfor nå strukturert etter de strategiske målene og fremstiller hovedaktivitetene innenfor de ulike delmålene.

Strukturen er illustrert i figuren under. Plan for realisering finnes på ehelse.no.

Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren



Figur 1 illustrerer hvordan Veikart for nasjonal e-helsestrategi sammen med Strategiske indikatorer utgjør plan for å realisere Nasjonal e-helsestrategi

Veikartet er et verktøy for beslutningstakere og andre interessenter til helse- og omsorgssektoren. Veikart gir oversikt over aktivitet som foregår eller er planlagt frem i tid innenfor de ulike strategiske målene. Dette er nyttig for myndigheter med behov for oversikt over aktivitet som foregår, for helseforetak og kommunal sektor som skal ta i bruk nye teknologiske løsninger og for annet helsepersonell og ansatte i helse- og omsorgssektoren som ønsker å vite når de får tilgjengelig nye funksjoner og teknologier som gir bedre tjenester eller en enklere arbeidshverdag.

Utvalgene i Nasjonal rådsmodell for e-helse vil behandle nye versjoner av strategien og planer for realisering. NUIT er hovedansvarlig for behandling og oppfølging, mens endelig godkjenning gjøres av Nasjonalt e-helseråd.

Veikartet bør være lett søkbart og tilgjengelig på nettet for ulike aktører i helse- og omsorgssektoren, ikke bare presentert som et dokument. Det samme gjelder informasjon om nasjonal portefølje. Derfor er veikartet for nasjonal e-helsestrategi og rapportering til nasjonal e-helseportefølje tilgjengelig på ehelse.no. Arbeidet har resultert i noe forenkling av navn på fasene i samt endringer i farger på fasene i verdikjeden i veikartet. Veikart for nasjonal e-helsestrategi og Nasjonal e-helseportefølje vil bli flyttet fra ehelse.no til helsedirektoratet.no i løpet av fjerde kvartal 2024.

Veikartets verdikjede

For å få en oversikt over hvor langt sektoren har kommet med de ulike aktivitetene og leveransene i veikartet, er det etablert en verdikjede som består av flere faser. Verdikjeden er en forenkling av den faktiske gjennomføringen, og i

praksis vil en endringsprosess gjennomføre aktiviteter som tilhører flere faser samtidig. Fasene i veikartets verdikjede er:

- KONSEPT / MANDAT

 Utredning av konsepter for løsning, som beslutningsunderlag før oppstart av nasjonal utvikling.
- UTVIKLING OG BEGRENSET

 Utvikling av nasjonal tjeneste/regler, inkludert vurdering av nytte og begrenset utprøving med relevante aktører.
- TILPASNING OG UTVIDET

 Videreutvikling og utvidet utprøving, ofte tilpasning i ulike relevante journalløsninger for brukergrupper i helse- og omsorgssektoren.
- INNFØRING

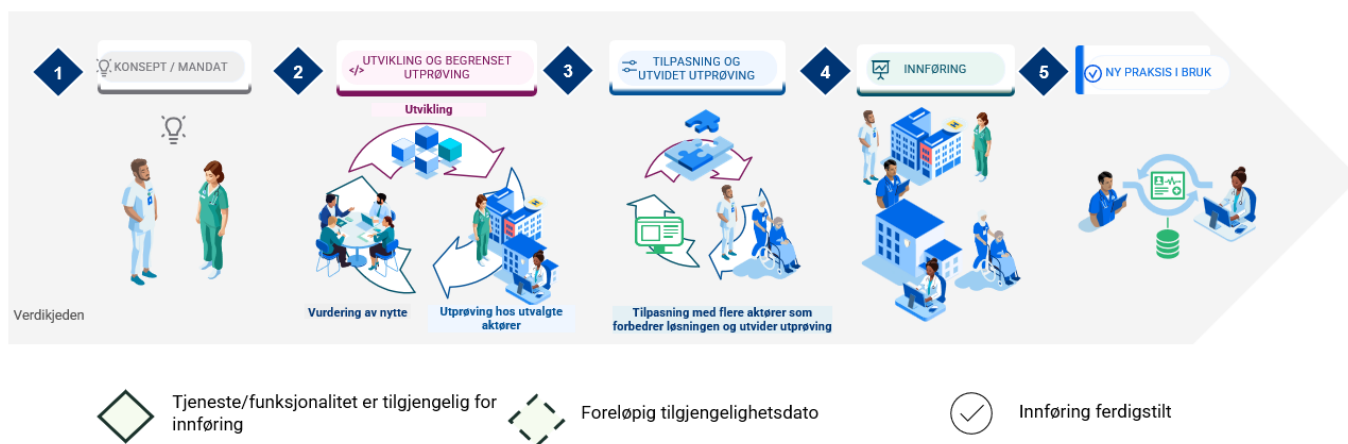
 Aktørene tar i bruk tjenesten, gjennom endring i virksomhetene med endrede arbeidsprosesser, opplæring og innføring av bruk.
- NY PRAKSIS I BRUK

 Ny praksis i bruk betyr at aktørene har implementert den nye tjenesten. Her skjer realisering av nytte.

Aktivitet i Veikartet som er tentativ er markert med stiplet linje.



Aktivitet i Veikartet som er planlagt er markert med en heltrukken linje.



Figur 2: Verdikjeden til Veikart for nasjonal e-helsestrategi

I de to første fasene, *konsept* og *utvikling og begrenset utprøving*, gjennomføres som regel leveranser fra tiltak i nasjonal regi med tett involvering av interessentene i sektoren. I de etterfølgende fasene er det de ulike virksomhetene i sektoren som har fremdriftsansvaret, og i veikartsammenheng ser man på hvor langt majoriteten av aktørene har kommet når det konkluderes hvilken fase tjenesten er i.

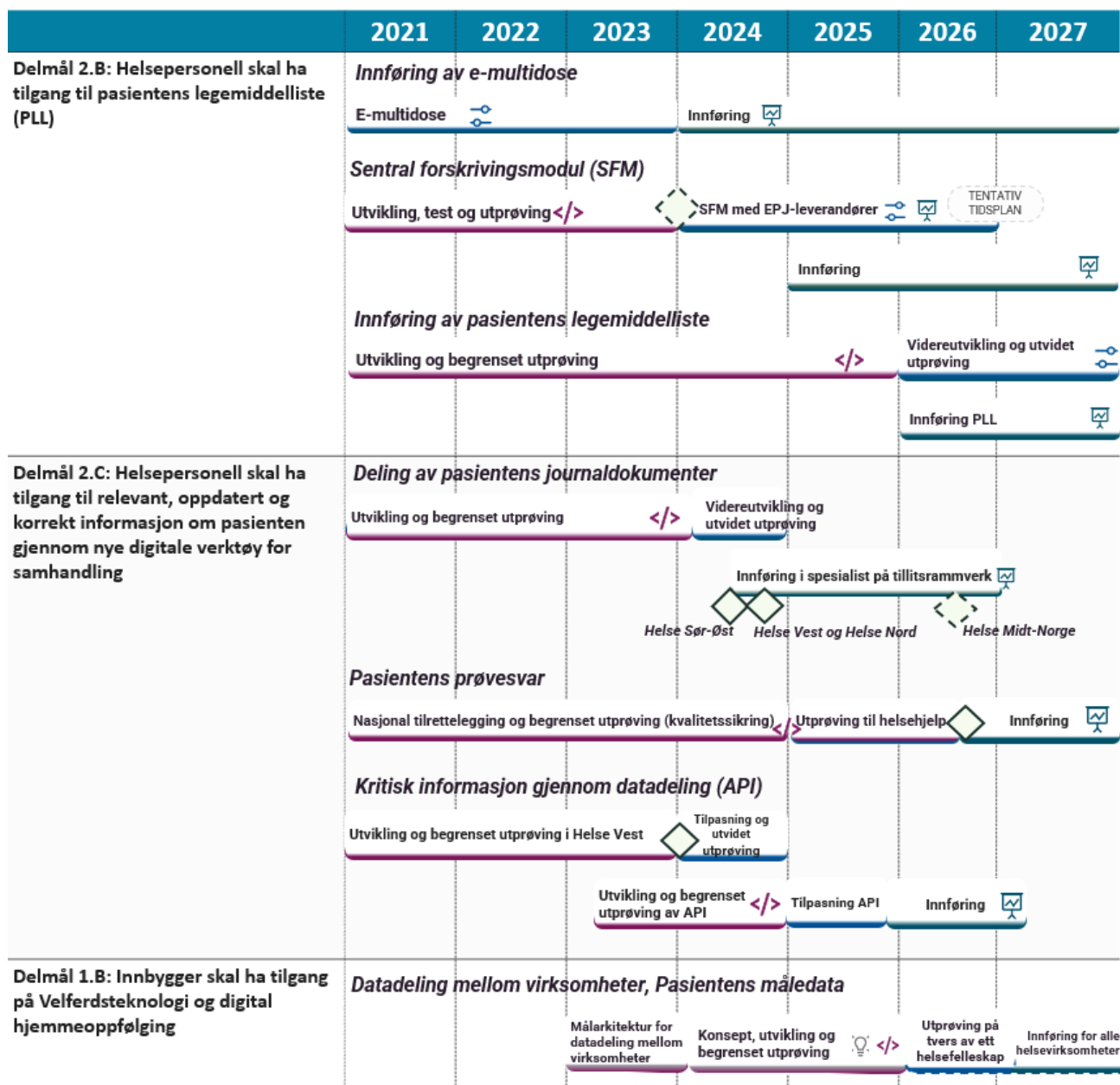
Som nevnt er verdikjeden en forenkling av virkeligheten. Det vil for eksempel gjøres endringer i en nasjonal e-helsetjeneste i fasen *tilpasning og utvidet utprøving i helse- og omsorgstjenesten*, fordi man lærer underveis og videreutvikling er en del av forvaltning. Det kan også jobbes med å innføre en versjon av en tjeneste, mens en ny versjon er i fasen *utvikling og begrenset utprøving*. Verdikjeden legger også til rette for smidig utvikling, men ettersom det oftest er behov for å prøve ut og kvalitetssikre leveranser før de breddes i stort, er det i praksis likevel behov for fasene.

Veikartet gir en oversikt over hvor i verdikjeden de ulike tjenestene er når veikartet er laget, det viser tilbakelagte faser med leveranser, og hva som er planlagt fremover. Dette inkluderer beskrivelser av hvilke aktørgrupper som har gjort nødvendige tilrettelegginger, gjennomført endring i virksomhetene og fått ny praksis i gang, og hvilke aktører som ikke har det.

- En aktivitet eller leveranse blir definert til å være i *konseptfasen* når det er identifisert behov for endringer i helse- og omsorgssektoren som støtter opp under målene i nasjonal e-helsestrategi.
- Dersom *konseptutredningen* viser at behovet løses gjennom et konsept som er samfunnsøkonomisk nyttig går prosessen videre til fasen *utvikling og begrenset utprøving*. I denne fasen utvikles tjenesten, nødvendige standarder etableres, helsefaglige veiledere utarbeides, forskrifter endres og lignende. Som en del av denne fasen skal tjenesten testes og utprøves med et representativt antall aktører for å verifisere at gjennomføringsstrategi, innføringsstrategi og samfunnsøkonomisk nytte står seg med de antakelser som er lagt til grunn i konseptfasen
- Etter *utvikling og begrenset utprøving* fasen overføres ansvaret til hver enkelt virksomhet og de må legge til rette i lokal infrastruktur, gjennomføre nødvendige endringer i prosesser og organisasjon for å tilgjengeliggjøre tjenesten til brukerne sine. Dette skjer i fasene *tilpasning og utvidet utprøving*, og *innføring*.
- Når det gjelder fasene *tilpasning og utvidet utprøving* og *innføring* så vil ulike typer tjenester kreve ulik grad av koordinering og styring. For enkelte tjenester holder det at en aktør tilrettelegger for deling, for eksempel at besøkshistorikk blir tilgjengeliggjort i kjernejournal, og andre aktører trenger ikke gjøre noen endringer for å få nytte av dette. Når man derimot skal innføre pasientens legemiddelliste innebærer det at prosessen må være styrt og koordinert, og alle berørte aktører må gjøre nødvendige tilrettelegginger og endringer på sin side for at praksisen skal bli tatt i bruk.
- I veikartoversiktene er faktiske planer og milepæler vist med heltrukne linjer mens prognoser og forventninger er vist med stiplede linjer.

Prioriterte området i Veikart for nasjonal e-helsestrategi

For å kunne holde fart på viktige prosjekter og programmer er det noe områder i veikart for nasjonal e-helsestrategi som er særlig prioritert av NUIT i Rådsmodellen for e-helse. En samlet sektor har prioritert fem tiltak som skal bidra til sammenhengende pasient- og brukerforløp. De fem i prioritert rekkefølge er Pasientens legemiddelliste, deling av Pasientens journaldokumenter via Kjernejournal, Pasientens prøvesvar, deling av Pasientens kritiske informasjon og Pasientens måldata/digital hjemmeoppfølging. Den første er delmål 2B, mens de 3 neste er synliggjort som aktivitet under delmålet 2.C - Innføring og bruk av nye informasjonssystemer. Det siste prioriterte tiltaket finnes under strategisk delmål 1.B - Utvikle rammeverk og infrastruktur for velferdsteknologi og datadeling for digital hjemmeoppfølging.



- Tjeneste/funksjonalitet er tilgjengelig for innføring
- Foreløpig tilgjengelighetsdato
- Innføring ferdigstilt

Figur 3 Illustrasjonen viser Veikart for fem tiltak en samlet sektor har prioritert gjennom Rådsmodellen, som skal bidra til sammenhengende pasient- og brukerforløp

Kapittel 2

Veikart for hvert strategimål

2. Veikart for hvert strategimål

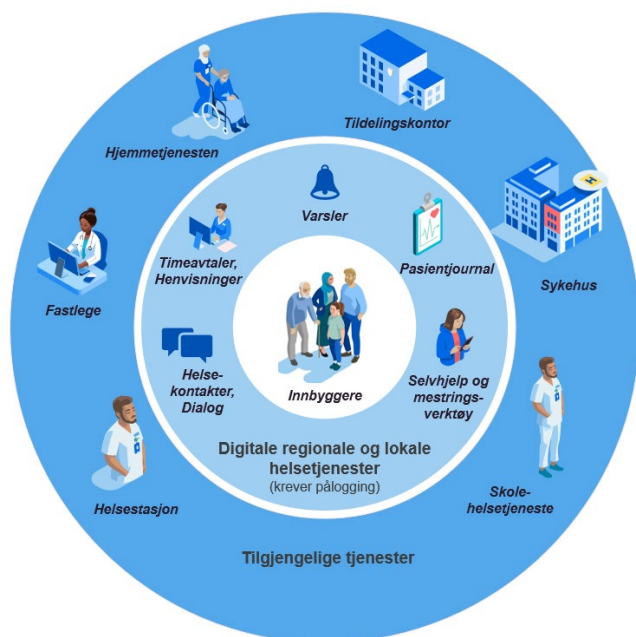
Oversikt over delmål og tilhørende aktivitet i helse- og omsorgssektoren beskrives per strategisk mål i delkapitler som følger.

Mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Digitale helse- og omsorgstjenester gir en mangfoldig befolkning likeverdige og sammenhengende tjenester uavhengig av bosted, og bidrar til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Digitale helse- og omsorgstjenester skal tilrettelegge for at innbyggere og pårørende, uavhengig av sosial bakgrunn, enkelt kan involvere seg i forebygging, behandling og oppfølging av egen og næres helse og mestring. Når, hvor og hvordan helse- og omsorgstjenester utføres skal i større grad tilpasses innbyggers behov. Dette vil bidra til bedre utnyttelse av kompetanse og kapasitet.

Utfyllende beskrivelse av mål 1 finnes på ehelse.no og pågående aktivitet innenfor hvert delmål er vist i kapitlene som følger.

Delmål 1.A: Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge



Innbyggere har enkel tilgang til informasjon og tjenester som setter dem i stand til å ta gode helsevalg og gjøre mer selv.

Helsenorge er hovedinngangen til helse- og omsorgstjenester på nett, dette forutsetter at tjenester fra hver enkelt aktør i helse- og omsorgstjenesten er tilgjengelig via den nasjonale portalen. Delmålet skal ivareta innbyggers behov for helhet og oversikt, og videre støtte regjeringens mål om å gjøre det enklere for pasienter og pårørende å delta i beslutninger om egen helse og behandling, samt øke helsekompetansen i befolkningen.

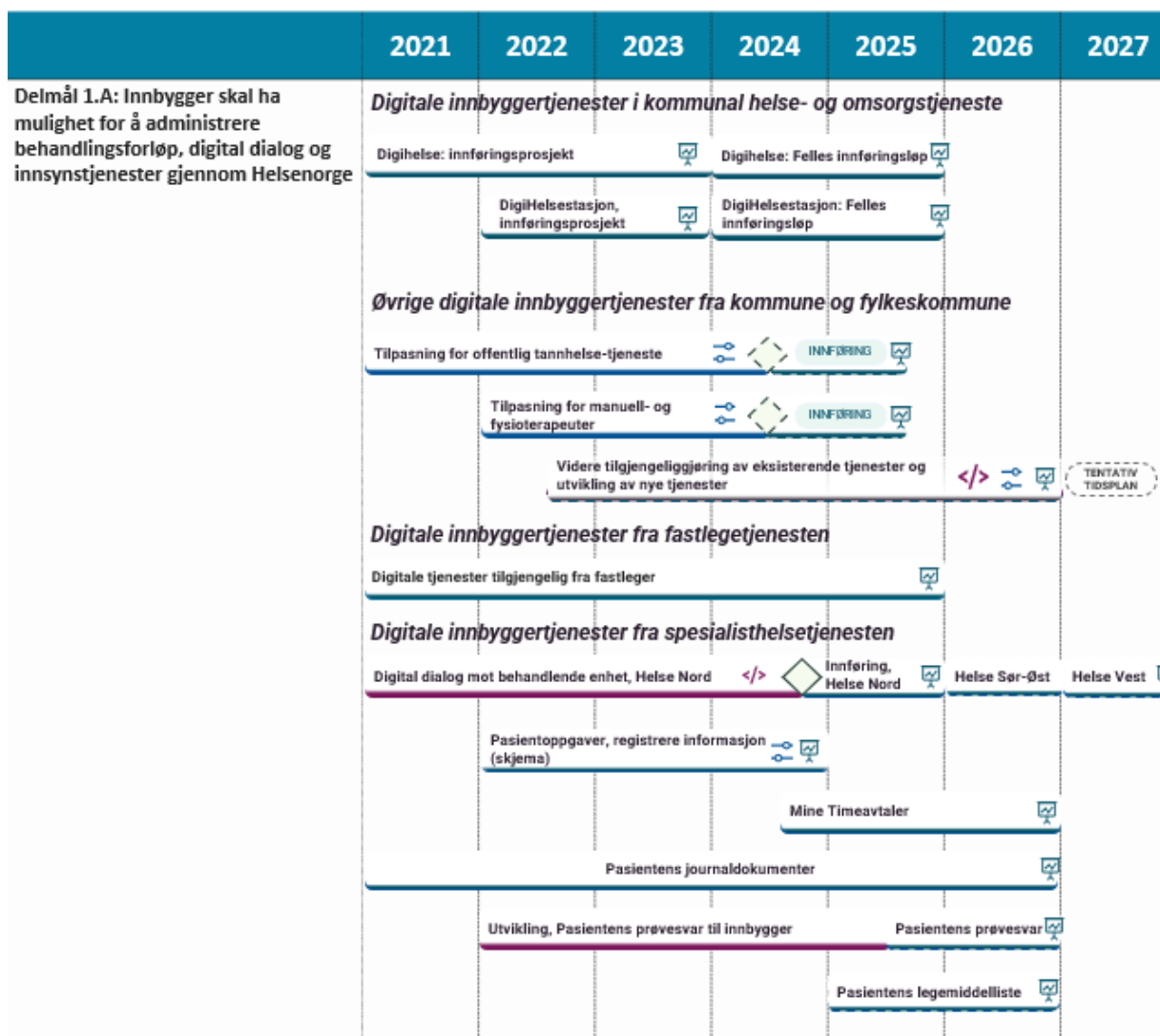
Per i dag er tilbudet på Helsenorge fragmentert, og det er geografiske ulikheter og manglende sammenheng i tilbudet. Det er et viktig mål å sikre at vår felles helse- og omsorgstjeneste åpner for at

innbyggere finner tjenester på Helsenorge, som inngår i et økosystem med andre digitale dialogtjenester. Prinsipper for innbyggertjenester beskriver hvordan Helsenorge bør spille sammen med andre e-helseløsninger. Det kan leses mer om [innbyggerprinsippene på ehelse.no](https://ehelse.no)

I Meld. ST. 24(2022- 2023) Felleskap og meistring – Bu trygt heime, vektlegges at digitale helse- og omsorgstjenester skal gi en mangfoldig befolkning likeverdige, trygge og sammenhengende tjenester av høy kvalitet, og bidra til mer geografisk likeverdige tjenester uavhengig av bosted. Innbyggere skal settes i stand til å være aktive i egen og næres helse, ta gode helsevalg, gjøre mer selv og være hjemme mest mulig ved hjelp av for eksempel digital hjemmeoppfølging.

Delmålet innebærer at innbyggere, pasienter og pårørende får tilgang til å administrere mest mulig av sitt behandlingsforløp, som inkluderer å se status på henvisninger, følge med på timeavtaler og endre disse. Innbygger skal også ha mulighet til å starte en digital dialog med helsekontaktene sine, foreta oppgaver som reseptfornyelse, og motta varsler eller brev når det skjer endringer eller når det foreligger prøvesvar. Innbygger skal også kunne lese journaldokumenter som er relevante for behandlingsforløpet, og kunne gi fullmakt til sine nære. Innbygger skal kunne gjennomføre oppgaver i forbindelse med all helsehjelp som mottas fra den offentlige helsetjenesten, samt ha kontroll på hvem og hvordan de nærmeste involveres.

Helse Midt-Norge RHF arbeider med tilpasning av informasjonsdeling mellom Helseplattformen og Helsenorge.no. Helse Midt-Norge dekker i stor grad ønsket funksjonalitet regionalt for de aktørene som har tatt i bruk Helseplattformen.



- Tjeneste/funksjonalitet er tilgjengelig for innføring
- Foreløpig tilgjengelighetsdato
- Innføring ferdigstilt

Figur 4 Veikart for tilgjengeliggjøringen av lokale og regionale tjenester via Helsenorge. Siden variasjonen i status og planer er store for ulike aktører på Helsenorge, er også de ulike tjenestene illustrert med flere av fargene på fasene

Digitale innbyggertjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste

DigiHelse gir brukere av hjemmebaserte tjenester og deres pårørende med fullmakt mulighet til å ha dialog med helsetjenestene i sin kommune, via Helsenorge. Innbyggere kan sende og motta meldinger, se avtaler og avbestille hjemmebesøk. I tillegg kan innbygger få varsler om gjennomførte hjemmebesøk på tekstmelding eller e-post. Noen kommuner har tatt løsningen i bruk og erfarer at DigiHelse gir innbyggere mulighet til å ta større styring i egen hverdag, gjøre hverdagen for innbyggere enklere, samt styrke samarbeidet med hjemmetjenesten.

Det opprinnelige innføringsprosjektet i regi av KS er avsluttet, men for å hjelpe nye kommuner i gang med DigiHelse er det utarbeidet innføringsmaterieell, som veileder nye kommuner gjennom de ulike fasene fra oppstart til realisering av gevinster. Les mer om [DigiHelse – meldinger og kalender på helsenorge.no](#) og [hvilke kommuner som tilbyr DigiHelse](#) på KS sine hjemmesider.

DigiHelsestasjon er en meldingstjeneste mellom helsestasjon, skolehelsetjenesten og innbygger. Her kan innbygger på en sikker og trygg måte sende og motta meldinger, få oversikt over avtaler, motta varslinger og få tilgang til relevant informasjon. Løsningen kan gi store gevinster knyttet til tilgjengelighet, involvering og tidsbruk. Brukeropplevelsen heves av at innbyggerne får enklere kontakt med helsepersonell gjennom et tilgjengelig og sikkert digitalt verktøy (KS, 2022). DigiHelsestasjon er teknisk ferdigutviklet både på Helsenorge og i journalsystemene. Det nasjonale innføringsprosjektet for DigiHelsestasjon er avsluttet. Nye kommuner som ønsker å koble seg på kan bruke innføringshåndboken som ble utarbeidet av prosjektet. Les mer på om [DigiHelsestasjon](#) og [hvilke kommuner som tilbyr DigiHelsestasjon](#) på KS sine hjemmesider.

Felles innføringsløp er en ny modell for innføring av helseteknologi og nasjonale e-helseløsninger i kommunesektoren. En ny samordnet struktur for nettverk innen e-helse vil bidra til at innføringen av e-helseløsninger går raskere. Den nye modellen er laget i samarbeid med KS, Norsk helsenett og ressurspersoner fra ulike nettverk, og målet er å understøtte felles innføringsløp innen nasjonale e-helseløsninger og helseteknologi, samt bruk av kompetanse og kapasitet i nettverket i større grad. Kommuner kan melde seg på felles innføringsløp for Kjernejournal, VKP, DigiHelsestasjon, og DigiHelse. Les mer om [modell for innføring av helseteknologi og innføringsløp](#) på KS sine hjemmesider.

Øvrige digitale innbyggertjenester fra kommune og fylkeskommune

Det pågår arbeid med å tilrettelegge for at fysio- og manuellterapeuter tilbyr timeadministrasjon og dialog via Helsenorge. I første omgang innebærer denne løsningen at innbygger kan se og bli varslet om timer og får mulighet til å avbestille time. Det vil også være mulig å sende meldinger til innbygger. Dette er planlagt klart frem mot 2024.

I tillegg til tjenestene som er innført på Helsenorge gjennom større satsninger, finnes det flere kommuner som har valgt å i tillegg gi innbyggere tilgang til helsekontakter på Helsenorge for ulike tjenester i kommunen. Eksempler er helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, hjelpemidler, ergoterapi og frisklivstilbud. Noen kommuner har åpnet for digital kontakt for helsetjenester som demensteam, koordinator med/uten individuell plan, medisineriing, kreftteam, rus og psykiatri, dagtilbud/aktivitetssenter og ulike bolig, og bo-støtte tilbud.

Det er også en del kommuner som har tjenester for bistand til oppgaver som: hjelpemidler, velferdsteknologi, trykghetsalarm, parkering og TT-kort via Helsenorge.

Digitale innbyggertjenester fra fastlegetjenesten

Digital Dialog Fastlege (DDFL) gir den enkelte innbygger mulighet til å kommunisere med og administrere avtaler med fastlegetjenesten. Det er gunstig for egenmestring.

86,5 prosent av fastlegene har nå koblet seg til DDFL- tjenesten. Gjennom den tilbyr de fleste e-konsultasjon, e-kontakt, digital fornyelse av resept og timeadministrasjon via Helsenorge.no. Enkle verktøy for kartlegging og veiledning er inkludert. Tjenestene for fastleger er under kontinuerlig utvikling basert på identifiserte behov i sektoren, og egne prosjekter med særskilt finansiering, som for eksempel EPJ-løftet. Tjenester for fastleger drives videre i forvaltning hos Norsk Helsenett SF, og videre innføring vil skje ved at fastlegene inngår avtaler om digitale tjenester med sin journalleverandør. De fleste leverandører har gjort nødvendige tilrettelegginger. Norsk Helsenett

har tilgjengeliggjort informasjon om hvordan tjenestene fungerer, hvordan komme i gang og hvordan fastlegene kan tilpasse egen informasjon på Helsenorge.

Digitale innbyggertjenester fra spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har kommet lengst i å tilby digitale helse- og omsorgstjenester.

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger gir helseforetak plikt til å gjøre tjenester for selvbetjening, dialog og innsyn tilgjengelig for pasienter og brukere på Helsenorge fra 1. januar 2023. Det gjenstår litt før dette er innfridd i alle fire regionene. Det pågår arbeid med å få på plass løsninger etter hvert som det innføres nye journalløsninger i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst.

Helseregionene har som mål å fortsette samarbeidet med å utvikle og bredde digitale innbygger tjenester for å bidra til at pasientens helsetjeneste blir en likeverdig helsetjeneste og at forskjellene i det digitale tjenestetilbudet i Norge reduseres. De regionale helseforetakene samarbeider og fordeler ansvar mellom seg for å få på plass nasjonale løsninger. Viktige prosjekter er [Digitale pasienttjenester i Nord \(Helse Nord\)](#) og [Digitale innbyggertjenester - Mine timeavtaler \(Helse Sør-Øst\)](#). Videreutvikling av innbyggertjenestene utover dette i spesialisthelsetjenesten foregår i det enkelte regionale helseforetak.

Tjenester for foreldre til ungdom mellom 13 og 15 år (ledes av Helse Nord RHF). Etter hvert som barn og ungdom modnes, skal de involveres mer og mer i helsehjelpen selv i tillegg til foreldrene. I noen særlige tilfeller skal også ungdom kunne kontakte helsetjenesten uten at foreldrene involveres. Helse Nord etablerer funksjonalitet i EPJ der kliniker kan gi og holde tilbake informasjon fra foreldre i tråd med barns bestevurdering. Helsedirektoratet bidrar med en veileder til lov og forskrift på dette området.

Mine Timeavtaler (ledes av Helse Sør-Øst RHF) vil gi innbygger en forbedret timetjeneste på Helsenorge som gjør det mulig å henge på informasjon basert på alder, kjønn, timetype, hvor undersøkelsen og behandlingen skal foregå. Dette vil også legge til rette for bedre og mer relevant informasjon til innbygger. Dette vil trolig også bidra til at innbygger møter bedre forberedt til avtalen på sykehuset.

Tjenestene Pasientens journaldokumenter, Pasientens legemiddelliste og Pasientens prøvesvar kan gi innbygger et større eierskap til egen helse og blir mer aktiv i egen helsehjelp. Tjenestene blir tilgjengelig gjennom Helsenorge. Tjenestene omtales under delmål [2B](#) og [2C](#).

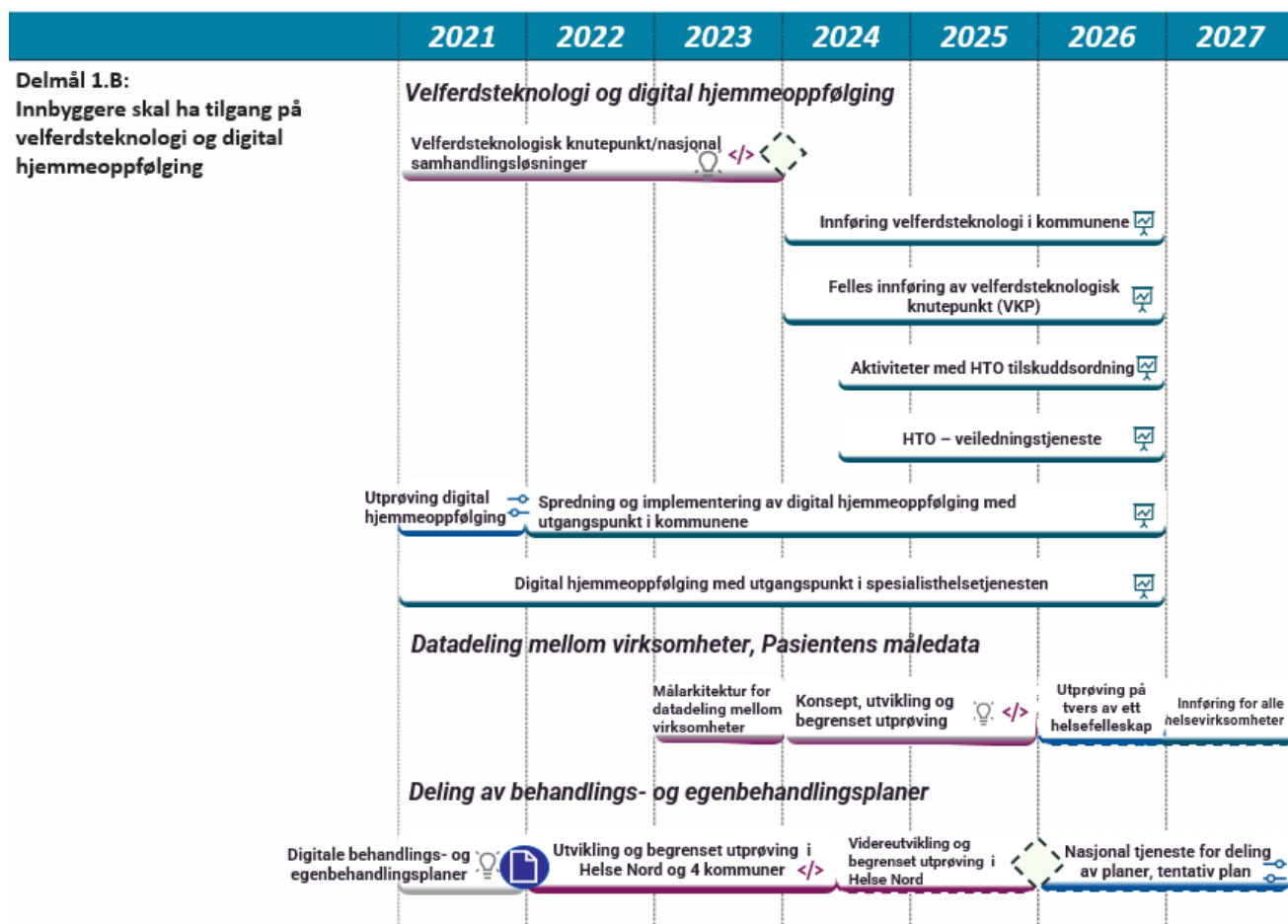
Delmål 1.B: Innbyggere skal ha tilgang på velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging



Velferdsteknologi og digitale hjemmeoppfølging vil gi gevinster både for innbyggere og for helsetjenesten.

Det forventes en økning av antall innbyggere som trenger helse- og omsorgstjenester fremover. Innbyggeres tilgang til velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging vil tilrettelegge for en mer aktiv medvirkning i egen og næres helse. Dette vil også tilrettelegge for en mer målrettet bruk av helsepersonell ut fra innbyggeres behov (fra kalenderbasert til brukerstyrt kontakt). Nasjonalt velferdsteknologiprogram har siden 2014 arbeidet med tilrettelegging for innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging i helse- og omsorgstjenesten. Programmet ble

avsluttet i 2023. Fra nasjonale myndigheters ståsted fortsetter satsningen nå i Helseteknologiordningen, som gjennom flere virkemidler skal stimulere kommunene til å innføre velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging i tjenestene (samt fasiliteter bedre anskaffelser av journalsystemer).



Figur 5 Veikart med oversikt over pågående og planlagt aktivitet innen velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging i kommunene. I tillegg foregår det aktiviteter i helseregionene.

Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet hadde som hovedmål at velferdsteknologi skulle bli en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene. Digital hjemmeoppfølging var også en del av denne satsningen. Nasjonalt velferdsteknologiprogram ble avsluttet i 2023, og da ble Helseteknologiordningen etablert.

Helseteknologiordningen skal gi drahjelp til kommuner som tar initiativ til å investere i helseteknologi som journalløsninger og velferdsteknologi. Den skal stimulere kommuner til å gå foran, og til å samarbeide med andre kommuner om digitaliseringsarbeidet. Helseteknologiordningen skal bidra til stabile rammebetingelser for leverandører av helseteknologi, og øke investeringene i markedet.

Målet med å innføre velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging er at det skal bidra til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling.

Økt bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging i helse- og omsorgstjenestene skal bidra til at:

- Pasienter og brukere opplever økt trygghet og bedre helse.
- Pasienter og brukere opplever økt mestring og bedre evne til å ivareta egen helse.
- Pasienter og brukere er mer tilfreds med oppfølgingen fra helse- og omsorgstjenestene.
- Det er økt kvalitet i helse- og omsorgstjenestene på tvers av tjenestenivåer.
- Spart tid og unngåtte kostnader i helse- og omsorgstjenestene gir samfunnsøkonomiske gevinster og økt omsorgskapasitet.

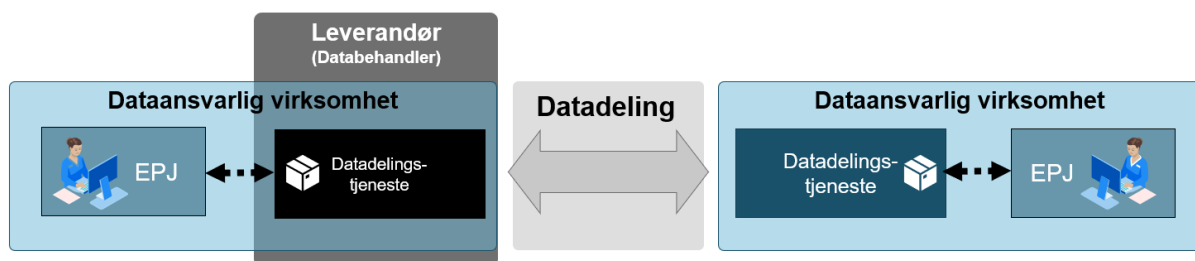
Antall registrerte mottakere av en eller flere velferdsteknologitjenester har økt fra 89 227 personer i 2019 til 148 651 personer i 2023.

I arbeidet med å tilrettelegge for datadeling innen velferdsteknologi (VFT) og digital hjemmeoppfølging (DHO) har det spesielt vært arbeidet med infrastruktur, standardisering og juridiske rammebetingelser for deling av journalnotater og måldata mellom VFT/DHO utstyr og journalsystem innenfor samme virksomhet. Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) er i daglig bruk i 30 kommuner. VKP ble overført fra Direktoratet for e-helse til Norsk helsenett høsten 2022, og vil fra 1. januar 2024 inngå i den nasjonale e-heseløsningen Helsenettet. Det er mange kommuner som ønsker å benytte VKP, så det forventes at utbredelsen vil øke fra 2024. Helseplattformen har VKP integrasjon mot 14 av kommunene som har tatt i bruk Helseplattformen, og Helseplattformen kommunene har vært prioritert i 2023. Det er nødvendig at denne prioriteringen fortsetter i 2024 slik at de seks kommunene som skal på i november får nødvendig VKP integrasjon på plass.

Datadeling mellom virksomheter, Pasientens måldata

Innen digital hjemmeoppfølging er det et stort behov for bedre samhandling. Helsedirektoratet anbefaler at datadeling vurderes for å dekke nye samhandlingsbehov. Målarkitekturen gir råd og anbefalinger om hvordan datadeling kan tas i bruk. Målet er å bidra til at dette blir enklere og raskere for aktørene. Dokumentet er særlig nyttig for beslutningstakere, arkitekter og tekniske prosjektledere.

Den enkelte aktør har ansvaret for å dele informasjon med andre, og vi ser at mange har behov for hjelp for å etablere datadeling. Det er derfor avklart at de dataansvarlige virksomhetene kan bruke en tredjepart til å etablere datadelingstjenester, uten å flytte dataansvaret. For aktører som har behov for dette, anbefaler vi å vurdere tjenesten Pasientens måldata fra Norsk helsenett.



Figur 6 Datadeling mellom helsepersonell i ulike virksomheter.

Grunnlaget for målarkitekturen

Samhandlingsbehovet er ofte størst på tvers av helsevirksomheter innen et avgrenset geografisk område, for eksempel et helsefelleskap. Derfor ser vi ikke behov for å sentralisere dataansvaret i forbindelse med utprøving av Pasientens Måldata så lenge anvendelsesområdet begrenser seg til digital hjemmeoppfølging. Behov for endring av dataansvar og regelverksutvikling bør vurderes på nytt etter hvert som Pasientens måldata tas i bruk innenfor andre typer pasientforløp og anvendelsesområder.

Helsevirksomhetene har ulike forutsetninger og behov. I tillegg er datadeling innen digital hjemmeoppfølging et såpass nytt fagområde at det er for tidlig å beslutte ett løsningsmønster. Det må derfor være åpent for utprøving av ulike måter som samhandlingsbehovene kan løses på. Dette legger også grunnlaget for å komme raskt i gang med datadeling og skaffe oss flere erfaringer.

Målarkitekturen forutsetter felles spesifikasjoner av informasjonsmodeller og grensesnitt, og at noen fellestjenester utvikles og tas i bruk.

Helsedirektoratet oppfordrer aktørene i helse- og omsorgssektoren til å prøve ut arkitekturen, enten ved å utvikle egne løsninger, benytte seg av tilbud fra markedet eller tjenester fra NHN. Vi vil sørge for å revidere arkitekturen etter hvert som aktørene gjør seg erfaringer og gir tilbakemeldinger om hva som bør justeres.

Planer for arbeidet med pasientens måledata i 2024-2025

Det er planlagt oppstart av utprøving av pasientens måledata i 2024. Norsk helsenett SF er ansvarlig for teknisk utvikling og utprøving av tiltaket. Norsk helsenett SF er ansvarlig for drift og forvaltning av løsningen. En utprøving av tiltaket innebærer at målinger på en pasient gjort av en helsevirksomhet skal gjøres tilgjengelig for og anvendes av helsepersonell i en eller flere andre helsevirksomheter. Et eksempel på dette er vitale målinger foretatt i forbindelse med digital hjemmeoppfølging, hvor en kommune har ansvaret for den digitale hjemmeoppfølging og hvor det er behov for at fastlege og spesialist får tilgang til måledataene som en del av pasientoppfølgingen. Dette betyr at virksomhetene som skal delta i utprøving av pasientens måledata har gjennomført eller planlegger å gjennomføre en tjenesteutvikling hvor prosesser og ansvar for pasientoppfølgingen på tvers av virksomhetene blir definert.

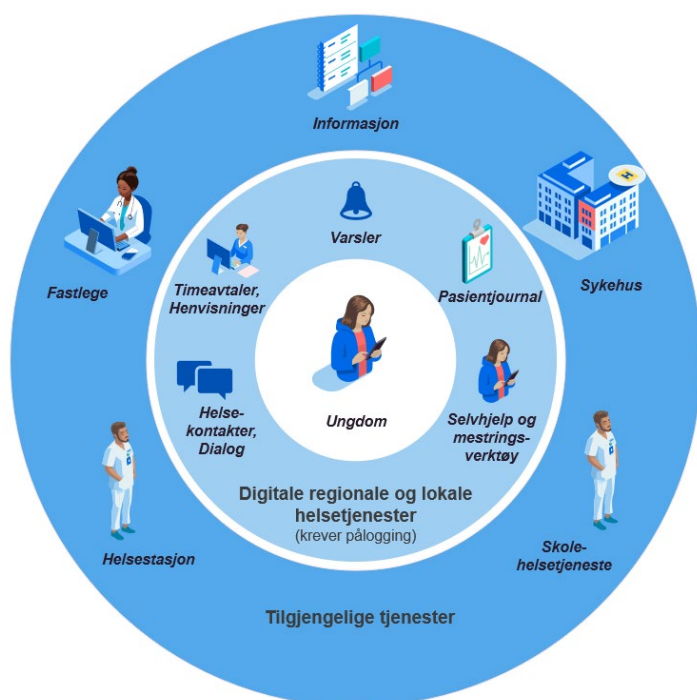
Målsetningen for utprøvingen i 2024 er at minst én virksomhet deler data med én annen virksomhet og at dette anvendes i oppfølging av et sett av pasienter innenfor en definert pasientgruppe. Ett eksempel på konkret utprøving kan være en kommune som har DHO for KOLS-pasienter og som deler måledata med sykehus og fastleger. Helsepersonell på sykehus samt fastlege kan da få tilgang til måledata fra DHO når de trenger det, typisk når pasienten kommer til konsultasjon eller poliklinisk behandling.

Deling av behandlings- og egenbehandlingsplaner

Tilrettelegge for endring og deling av digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner (DBEP) mellom involverte behandlere er også et høyt prioritert behov ved bruk av digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet har, sammen med Norsk helsenett, siden 2020 arbeidet med konsept som møter disse behovene (DBEP prosjektet). Et konsept, basert på masterlagring av planene i Kjernejournal, har vært under utprøving i Helse Nord i 2023. Rapport med erfaringer fra denne utprøvingen er utarbeidet i 2023. Foreløpig vurdering er at integrasjoner mot journalsystem, og noe mer funksjonalitet, må på plass før dette er klart for bredding. Det er en risiko knyttet til videreføring av dette tiltaket i 2024 på grunn av manglende finansiering, men Norsk helsenett har signalisert at de vil finansiere noe av dette arbeidet videre.

Les mer om [Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner på Helsedirektoratets hjemmesider](#).

Delmål 1.C: Ungdom skal ha tilgang til digitale tjenester

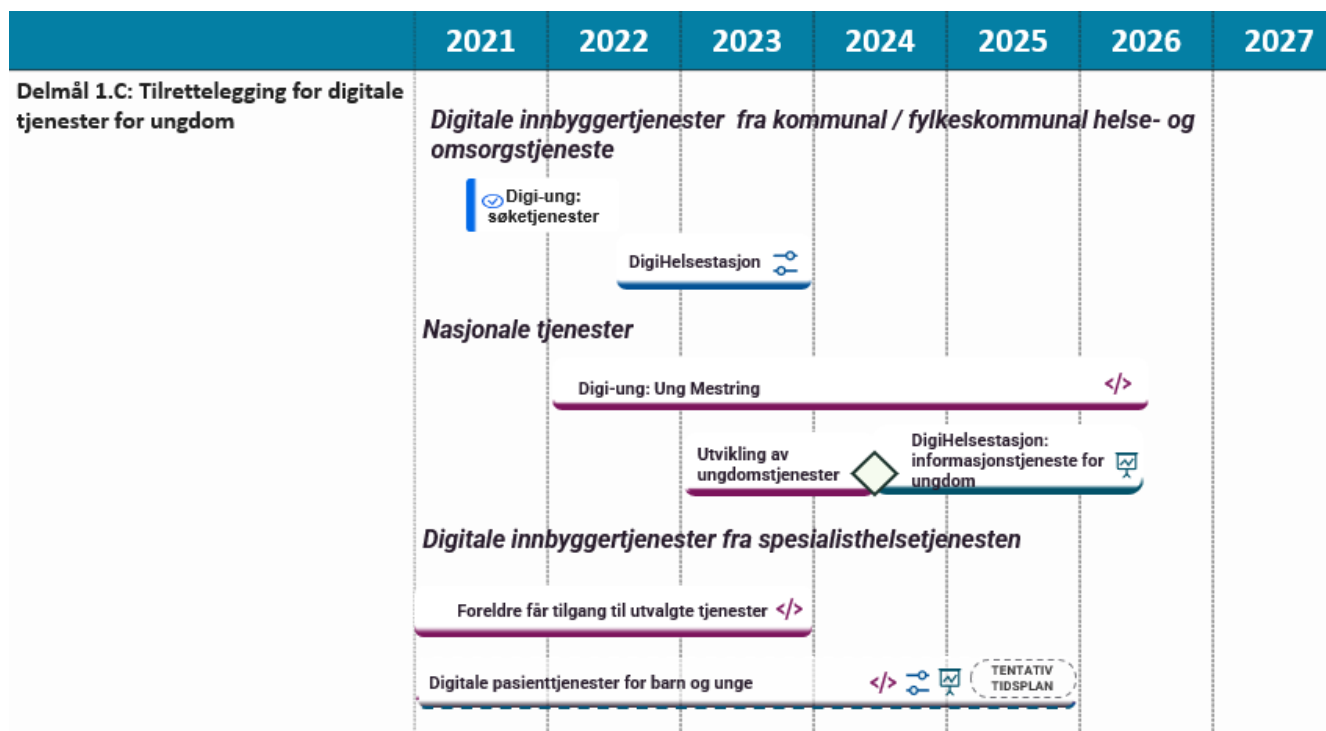


Ungdom ønsker tjenester som er tilgjengelige der de er, på de plattformer de foretrekker. Det finnes mange tilbud og informasjonstjenester i dag, men det er problematisk at tjenestene ikke når frem til ungdommene som har behov for hjelp eller søker informasjon.

Ungdommer er en svært heterogen pasientgruppe, men de har en del felles også. De gjennomgår store endringer både fysisk og psykisk, og det finnes stort potensial for forebygging og tidlig intervensjon i denne målgruppen.

Dessverre benytter ungdom seg i altfor liten grad av allmennlegetjenesten. Brukerinnsikt viser at mange ungdommer kvier seg for å ta kontakt med fastlegen, det er utfordrende for

dem å komme seg frem til fastlegekontorer, de er usikre på hva de kan spørre om/få hjelp til og de vet generelt for lite om tilbudet. Ungdommer representerer ca. 10 prosent av konsultasjonene hos fastlegen (totalt 400 000 pasienter i året). I Nasjonal e-helsestrategi (2023-2030) trekkes det frem flere brukergrupper, særlig aldersgruppen 12-15 år som per nå ikke har noen digitale tjenester på



Figur 7 Veikarter synliggjøre pågående og planlagt tilgjengeliggjøring av lokale og regionale tjenester for ungdom

Digitale innbyggertjenester fra kommunal / fylkeskommunal helse- og omsorgstjeneste

DigiHelsestasjon for ungdom

DigiHelsestasjon som er beskrevet under 1A har også en ungdomsløsning. Ungdomsløsningen gir ungdom fra og med 13 år mulighet til å ta kontakt med skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom via Helsenorge-appen. Ungdom får tilgang til funksjonaliteten via Helsenorge-appen ved innlogging med MinID. Her får de tilgang til tjenester som gjør det mulig å få informasjon om og fra skolehelsetjenesten på egen skole. De kan be om, og få tildelt time hos skolehelsetjenesten på egen skole, og finne nærmeste helsestasjon for ungdom (HFU) i kart (nærmest der telefonen befinner seg), med mulighet for å finne informasjon om HFU også andre steder i Norge. Det er ikke timebestilling til helsestasjon for ungdom. Dette er et lavterskeltilbud som tilbyr ungdom tjenester direkte, uten foreldreinvolvering.

Erfaringer fra pilotprosjektet viser at ungdom får enkel tilgang på kvalitetssikret helsesrelatert informasjon, som vil bidra til å gi ungdom mer kunnskap og større trygghet rundt egenhelse.

KS legger i 2024 opp til et felles innføringsløp av DigiHelsestasjon med både basis- og ungdomsfunksjonalitet. Kommunene kan selv velge hvilken funksjonalitet de vil ta i bruk. For å lykkes med å nå ut til ungdommen, bør den enkelte skoleeier (kommune/fylkeskommune) i tett samarbeid med kommunens helsestasjons- og skolehelsetjeneste, sørge for god informasjon om hvordan ungdommene kan ta i bruk tjenesten.

Les mer om [DigiHelsestasjon for ungdom på KS sine hjemmesider](#)

Nasjonale tjenester

Programmet DIGI-UNG skal levere lett tilgjengelig, og kvalitetssikret informasjon, veiledning og tjenester til ungdom, gjennom et helhetlig tverrsektorielt digitalt tilbud som bidrar til mestring og selvhjelp. Alle programmets tjenester samles på ung.no, som er statens primære kanal for digital informasjon, dialog og digitale tjenester til barn og unge (Digiung, 2024).

Ungdom er en gruppe som benytter helsetjenester i liten grad. Et eksempel er allmennlegetjenesten. Brukerinnsikt viser at mange ungdommer kvier seg for å ta kontakt med fastlegen, det er utfordrende for dem å komme seg frem til fastlegekontorer og de er usikre på hva de kan spørre om/få hjelp til. De vet også generelt for lite om tilbudet. Ungdommer representerer ca. 10 prosent av konsultasjonene hos fastlegen (totalt 400 000 pasienter i året). Ungdom er en gruppe som ikke har fått tilgang til digitale helsetjenester på Helsenorge, for denne gruppen skyldes ikke utenforskapet digitale ferdigheter, men at det ikke har vært løsninger som dekker kravene for denne brukergruppen.

Det er behov for at ungdom i alderen 13 til 16 år får tilgang til tjenester på Helsenorge. det er viktig å sikre at ungdom får tilgang til tjenester som gir de mer kontroll over egen helseinformasjon og enklere tilgang til helsehjelp, samt redusere digitalt utenforskap.

Det er prosjekter som har tatt tak i dette og jobbet frem tjenester for ungdom, eksempler er Digi helsestasjon, ungdomsløsningen og prosjektet "Fastlegetjenester for ungdom, som nå er samlet i prosjektet Helsenorge for ungdom. Dette prosjektet jobber for å utvikle tjenester for ungdom på Helsenorge. Prosjektet skal sørge for at ungdom har tilgang til nødvendige tjenester på Helsenorge, som informasjon om sin fastlege, timebestilling, oversikt over resepter og vaksiner, tilgang til selvhjelpsverktøy, med mer. Målet er at ungdom tidlig skal lære seg å benytte Helsenorge.no slik at de enklere kan oppsøke helsehjelp. Prosjektet har allerede fått på plass flere tjenester for ungdom på Helsenorge.

Ungdom fra og med 13 år kan nå bruke Helsenorge med og uten foreldresamtykke. Med foreldrenes samtykke kan ungdom logge inn med bank id å bruke Helsenorge. Tjenester som tilbys er å se oversikt over sine resepter, se kontaktinformasjonen til fastlegen, se liste over hvilke vaksiner de har tatt og selvhjelpsverktøy (apper, videoer og kurs). Flere funksjoner er under utvikling. Planlagte tjenester er for eksempel bestille time hos fastlegen og fornye resepter.

Ungdom kan også gjøre enkelte ting på Helsenorge uten å ha foreldresamtykke, dette er beskrevet over i ungdomsløsningen.

Les mer om [ungdomstjenester på Helsenorge sine hjemmesider](#).

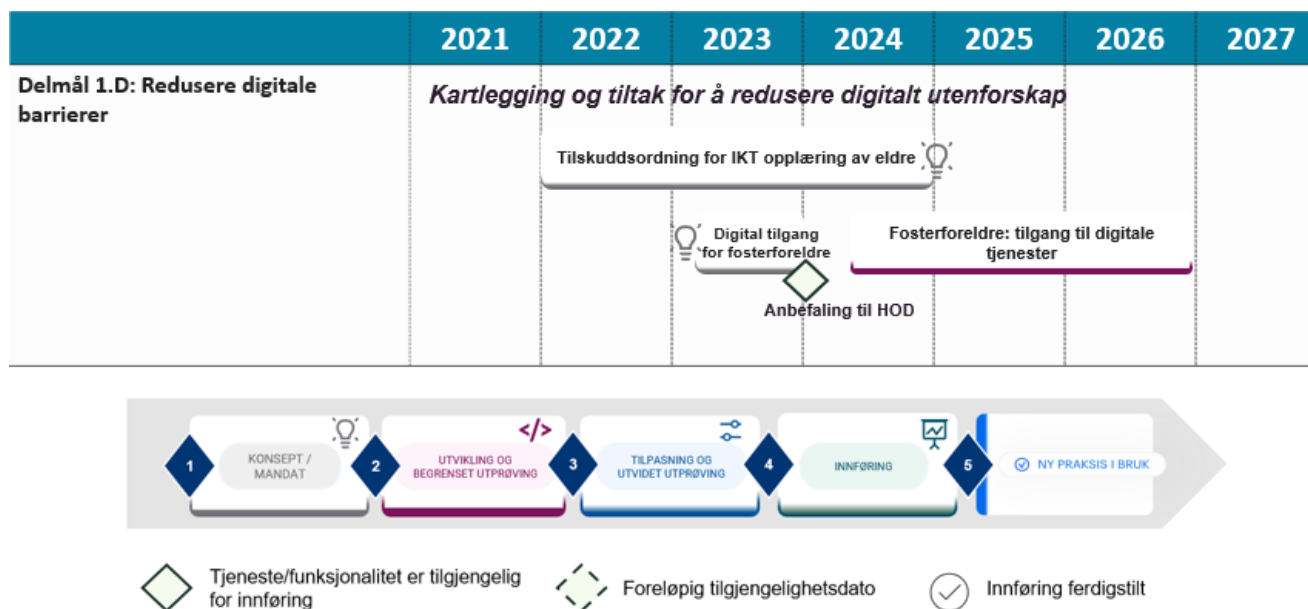
Digitale innbyggertjenester fra spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene arbeider med tilgjengeliggjøre av innbyggertjenester for ungdom i aldergruppen 12 - 16 år. Det dreier seg blant annet om tilgang til dokumenter for barn og unge, foreldre. Ungdom i Helse Midt-Norge har tilgang til innbyggertjenester som blant annet vaksinasjon gjennom HelsaMi.

Tjenester for ungdom (ledes av Helse Nord RHF) skal gi ungdom mellom 13 og 15 år tilgang til utvalgte helsetjenester på Helsenorge.

Delmål 1.D: Redusere digitale barrierer

Det er behov for økt fokus på digitalt utenforskap og barrierer. Innbyggere har ulike forutsetninger for digital deltagelse, og digitalt utenforskap innebærer manglende mulighet eller tilganger til å benytte nødvendige digitale tjenester (Digitaliserings direktoratet, 2024). For å kunne ta i bruk de offentlige digitale tjenestetilbudet forutsettes det digitale ferdigheter, en kartlegging visert at om lag 600 000 nordmenn er ikke har eller har svake digitale ferdigheter.



Figur 8 Veikartet synliggjøre pågående aktiviteter som skal bidra til å redusere digitale barrierer

Kartlegging og tiltak for å redusere digitalt utenforskap

En start på arbeidet med å motvirke digitalt utenforskap er å utføre innsiktsarbeid for å kartlegge digitalt utenforskap innenfor helsesektoren. I tillegg har Helsedirektoratet etablert en tilskuddsordning som har som målsetning å gi IKT-opplæring og veiledning som kan heve den digitale kompetansen blant eldre. Ved å legge til rette for møteplasser og samhandling som motvirker ensomhet og redusere digitalt utenforskap, bedre den digitale helsekompetansen slik at eldre kan tilegne seg helseinformasjon, og gjøre eldre i stand til å motta digitale helsetjenester (Helsedirektoratet, 2023).

Helsedirektoratet og Norsk helsenett har i sammen med Bufdir og Skatteetaten fått i oppdrag å realisere løsning for å gi fosterforeldre tilgang til digitale helse- og omsorgstjenester for barn de har ansvar for. Plan for realisering skal leveres november 2024. Dette tiltaket kan bidra til at utsatte barn får bedre helsehjelp og at fosterforeldre får en enklere hverdag.

Delmål 1.E: Innbyggere skal ha tilgang på elektroniske Helsekort for gravide

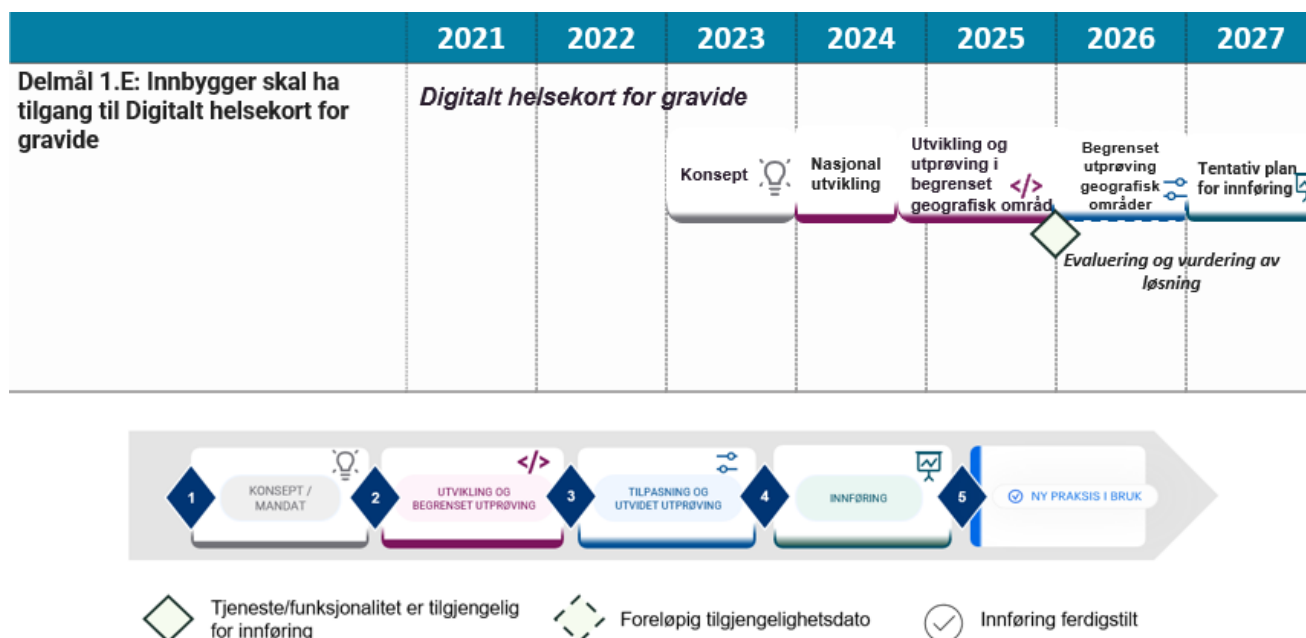
Dagens gravide bærer med seg opplysninger om svangerskapet gjennom hele svangerskapet, dette utgjør en risiko for at informasjon kan gå tapt i form av at papiret glemmes eller at ikke alle opplysninger er dokumentert. Digitalt helsekort for gravide skal erstatte dagens papirbaserte helsekort. Et digitalt helsekort vil bidra til økt kvalitet i svangerskapsomsorgen, redusere dobbeltarbeid og dobbeltføringer for helsepersonell og gi bedre ivaretagelse av personvern og informasjonssikkerhet.

Målet er å tilby helsepersonell og den gravide digitale informasjonstjenester som støtter forløpet for svangerskap, fødsel og barsel mer helhetlig. Etablering av et digitalt helsekort for gravide skal bidra til å løfte kvaliteten i svangerskaps- og fødselsomsorgen, gjennom økt digital informasjonsdeling mellom virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten. Tiltaket innebærer at informasjon fra dagens papirhelsekort for gravide blir digitalt tilgjengelig for den gravide og for helsepersonell i svangerskaps- og fødselsomsorgen

Prosjektet skal i 2024 utvikle en testversjon som kan testes ut med et fåtall aktører. Formålet er å teste teknisk løsning, for å innhente læring og erfaring som kan brukes til å videreutvikle konseptet og forbedre løsningen i samarbeid med helsetjenesten. Dette skal bidra til å redusere risiko, og til at prosjektet er i stand til å starte utprøving i et større geografisk område når nødvendig regelverksutvikling er på plass. Representanter fra alle aktører som følger den gravide skal delta i testen.

Det er planlagt å starte utprøving av løsningen i 2024.

I Statsbudsjettet for 2024 foreslår regjeringen 26 millioner kroner til utprøving av et digitalt helsekort for gravide. Når utprøvingen er ferdig, vil regjeringen ta stilling til om tiltaket skal innføres på nasjonal basis. En samlet vurdering av kostnad og nytte vil være en del av en slik avgjørelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023)



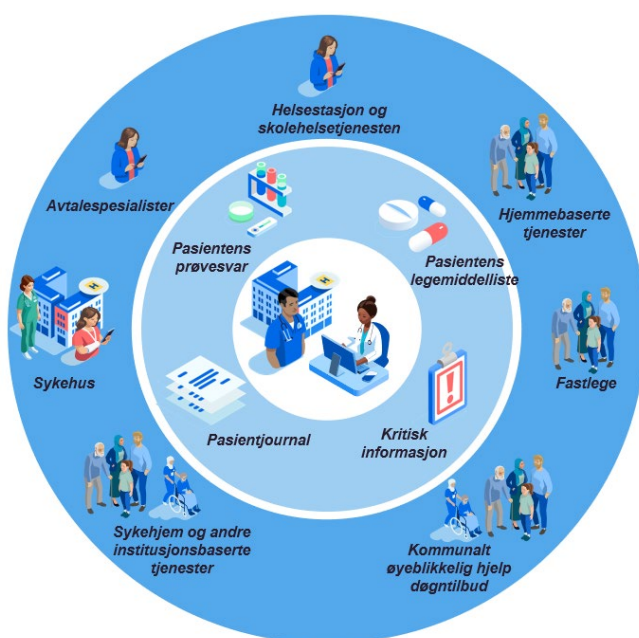
Figur 9 Veikart viser planer for utvikling, tilrettelegging og innføring av Helsekort for gravide

Mål 2: Enklere arbeidshverdag

Helsepersonell skal ha tilgang til nødvendig informasjon og brukervennlige digitale arbeidsverktøy som gir god beslutningsstøtte og støtter og videreutvikler deres arbeidsprosesser. Dette vil bidra til styrket pasientsikkerhet, reduksjon i uønsket variasjon i helsehjelp og en mer attraktiv arbeidssituasjon for helsepersonell.

Utfyllende beskrivelse av mål 2 finnes på ehelse.no og pågående arbeid på delmål er vist nedenfor.

Delmål 2.A: Helsepersonell skal ha tilgang til moderniserte helhetlige digitale arbeidsverktøy



Det pågår flere tiltak i virksomhetene i helse- og omsorgstjenestene for å modernisere og forbedre helsepersonells digitale arbeidsflater.

Målsetningen er at helsepersonell skal ha enklere tilgang til relevant og nødvendig informasjon om pasienten, uavhengig av hvor i landet og på hvilket behandlingsnivå vedkommende har fått helsehjelp tidligere. Løsningene skal støtte helsepersonellens arbeidshverdag, bidra til mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester og redusere behov for å registrere informasjonen gjentatte ganger.

Ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten har ulike behov. Sykehusene er for eksempel store enheter med mange spesialiteter, der det er behov for et større utvalg spesialiserte arbeidsverktøy

enn eksempelvis hos fastlegene. Disse aktørene har behov for å samhandle på tvers ettersom ansvaret for pasientene endres, sammen med kommunene og andre som inngår i helsetjenesten. I tillegg vil det være behov for å inkludere løsninger og utstyr som brukes av pasienten.

Pasientjournalen er en av helsepersonells kjerneløsninger. Moderniserte, brukervennlige journalløsninger (pasientjournalssystemer) med god funksjonalitet er avgjørende for å yte god pasientbehandling, og for å sikre sammenhengende pasient- og brukerforløp med effektiv bruk av ressurser.

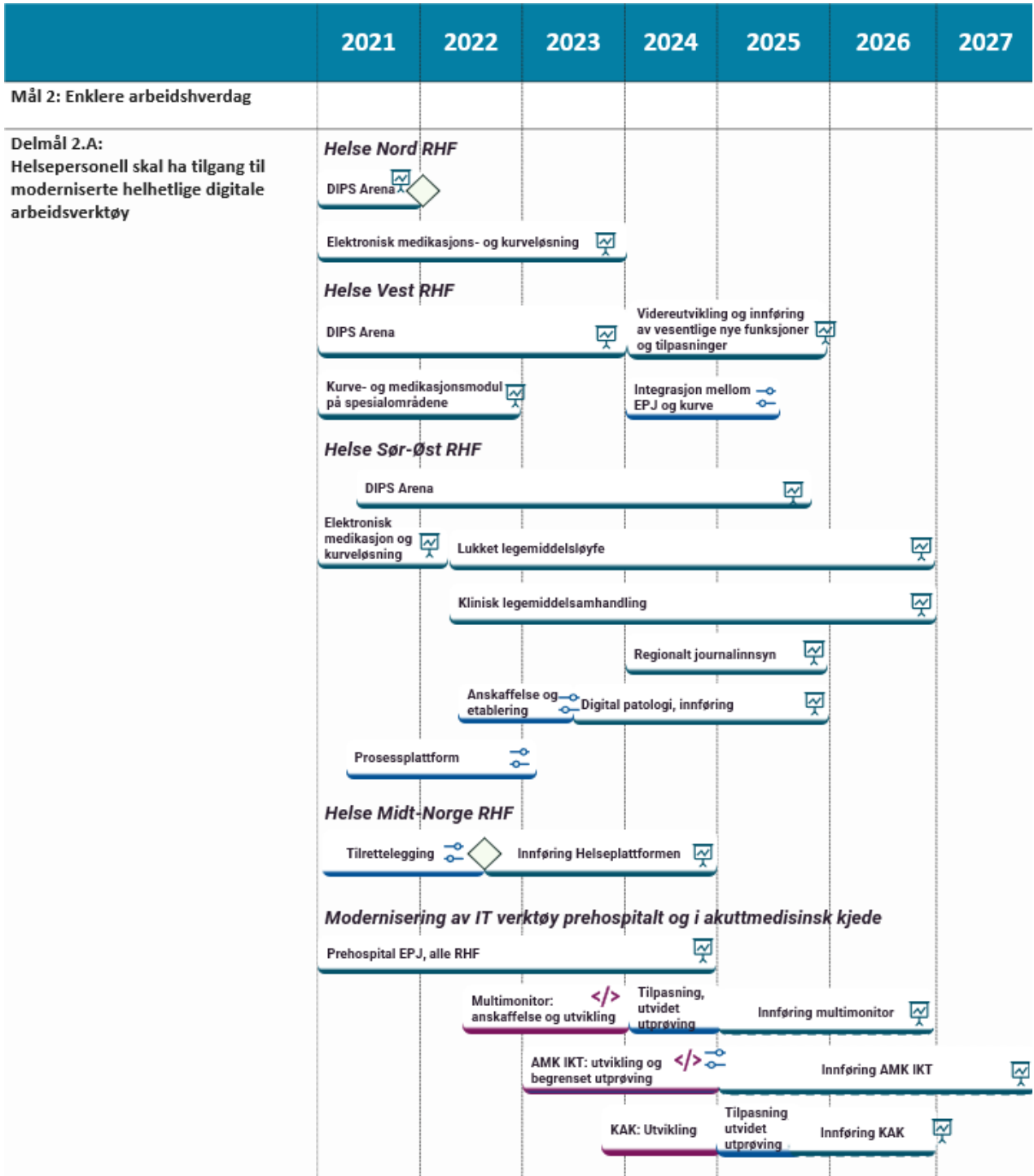
I en kartlegging av [journalløsninger i Norge](#) (Direktoratet for e-helse, 2023) er det identifisert 41 journalløsninger fra 29 ulike leverandører, som leverer til ulike deler av helse- og omsorgssektoren. Det kan være krevende for helsepersonell å få oversikt over nødvendige pasientopplysninger når informasjon om pasienter ligger lagret i ulike journalløsninger og andre digitale arbeidsverktøy.


For at de digitale arbeidsverktøyene som helsepersonell bruker skal spille godt sammen på tvers av behandlingstedene, må arbeidsverktøyene være tilrettelagt for samhandling. Dette innebærer å ha støtte for dokumentdeling og datadeling, gjerne gjennom åpne grensesnitt (API'er), og å legge til rette for å innhente, strukturere og tilgjengeliggjøre data her. Måloppnåelse på mål 2 er avhengig av god og sikker informasjonsflyt, som beskrives i [mål 4.](#)


Strukturerte data gir andre muligheter for bruk og gjenbruk i form av søk og oversikter, beslutningsstøtte, automatiserte prosesser, rapportering og mulighet for å tilpasse kunstig intelligens. God arbeidsflyt og beslutningsstøtte krever systematisk involvering av klinikere slik at løsningene til enhver tid er tilpasset arbeidsprosessene. Mer strukturerte data vil bidra til at det i større grad er mulig å utnytte dem til sekundære formål, som omfattes av [mål 3.](#)


Spesialisthelsetjenesten har gjennom mange år arbeidet med å modernisere sine regionale journal- og kurveløsninger og tilrettelegge for at helsepersonell får en mest mulig helhetlig arbeidsflate. Det er et viktig felles mål å unngå dobbeltregistrering. Den kommunal helse- og omsorgstjenesten er også i ferd med å modernisere sine løsninger, og legge bedre til rette for samhandling.

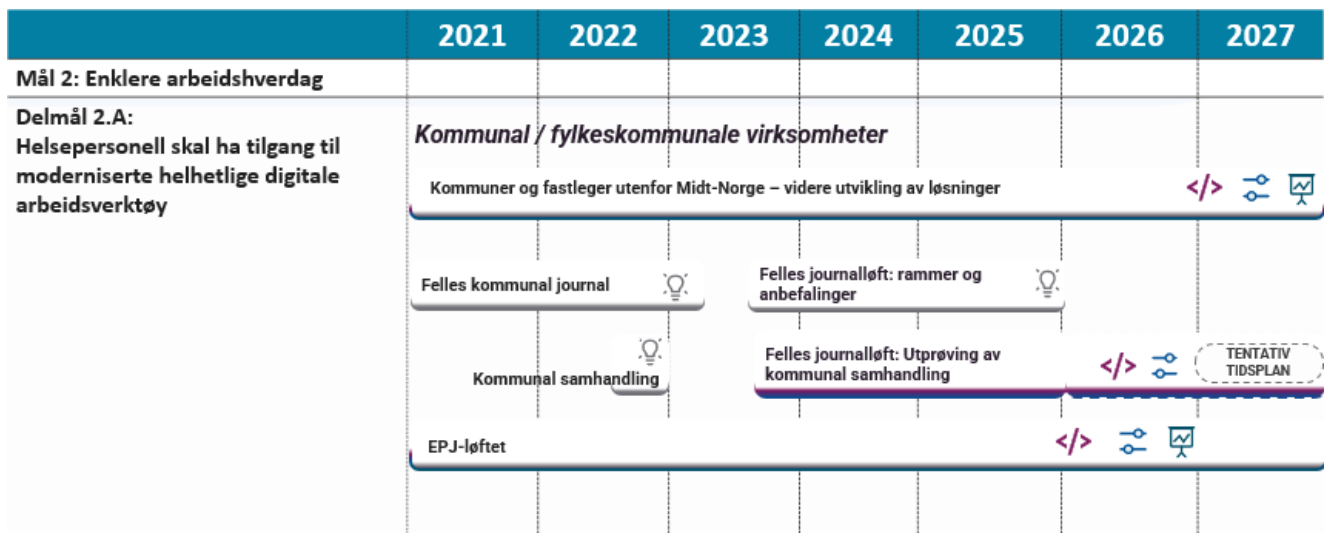
Måloppnåelse vil medføre bedre innsamling av data og strukturert informasjon i e-helseløsningene. Dette vil bidra til at det i større grad er mulig å utnytte helsedata til flere formål, som omfattes av [mål 3.](#)



 Tjeneste/funksjonalitet er tilgjengelig for innføring

 Foreløpig tilgjengelighetsdato

 Innføring ferdigstilt



Figur 10 Veikartet viser modernisering og tilrettelegging av journalløsninger (EPJ-systemer) for datadeling ved innføring av strukturerte data, åpne API og felles språk

Helse Nord RHF

Helse Nord har modernisert og regionalisert sentrale IKT-baserte kliniske støttesystemer, samt innføring av journalløsningen DIPS Arena. DIPS Arena er basert på en leverandøruavhengig datamodell (OpenEHR), basert på arketyper, som er standardiserte kliniske informasjonsmodeller. Helse Nord har også tatt i bruk ny medikasjonsløsning fra DIPS - DIPS Arena Medikasjon - i samtlige helseforetak i regionen (se [tiltaket FRESK i nasjonal portefølje](#) på ehelse.no)

Helse Vest RHF

Helse Vest har de siste 10 - 15 årene modernisert og konsolidert en rekke av sine journalløsninger. Regionen har innført DIPS Arena som EPJ-system og Meona som elektronisk kurve- og medikasjonsløsning. Dette har ført til mer strukturering og standardisering av helseopplysninger, samt gitt mulighet for videre strukturering og standardisering. Hva som struktureres og standardiseres bestemmes ut fra om informasjonene skal gjenbrukes eller deles. Helse Vest forventer å se nytte for klinisk behandling og forbedring av helsetjenesten i dette arbeidet ([Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering 2023](#)).

Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst er i en omfattende modernisering av digitale verktøy gjennom innføring av DIPS Arena som regionens sentrale EPJ-system. Alle ni sykehus skal ha innført DIPS Arena innen juni 2025. Helse Sør-Øst har innført flere kliniske løsninger med strukturerte helseopplysninger, blant annet Metavisjon som elektronisk kurve- og medikasjonsløsning og Partus som fødejournale. DIPS Arena regnes som en forutsetning for å ta i bruk strukturert journal med felles språk i Helse Sør-Øst ([Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering 2023](#)).

Helse Midt-Norge RHF

I Midt-Norge innføres Helseplattformen som en felles journalløsning på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten. Med Helseplattformen blir alle helseopplysningene om innbyggerne i regionen samlet på ett sted. Informasjonen legges inn bare én gang og blir tilgjengelig for de som trenger den for å utføre sine arbeidsoppgaver. Målet er en mer sammenhengende helsetjeneste for pasienter og ansatte i hele regionen.

Som del av Helseplattformen bygges også strukturert kurve- og legemiddelfunksjonalitet, og pasienter i regionen får en felles legemiddelliste. Helseplattformen opparbeider mye erfaring og det er viktig at relevant læring gjenbrukes hos andre aktører, eksempelvis knyttet til samhandling, strukturering av journal og bruk av nasjonalt standardisert språk. Innføringen innebærer omfattende endringer i arbeidsprosesser, og er opplevd som krevende både teknisk og organisatorisk. Helseplattformen har i tillegg en del funksjonalitetsområder internt som ellers dekkes av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal og Helsenorge. For mer informasjon om Helseplattformen henvises det til [siste rapportering til nasjonal e-helseportefølje](#).

Modernisering av IT verktøy prehospitalt og i akuttmedisinsk kjede

De fire regionale helseforetakene samarbeider om innføring av ny AMK-løsning og felles løsning for **prehospital EPJ** (P-EPJ). P-EPJ er planlagt innført i Helse Nord RHF i løpet av 2023, mens øvrige helseregioner allerede har tatt løsningen i bruk. Ved bruk av P-EPJ ønskes det å oppnå effektivisering og kvalitetsforbedring i ambulansetjenesten, og å gi øvrige deler av behandlingsskjeden et bedre og mer oppdatert underlag for pasientbehandling (Helse Nord IKT, 2023) (Ambulanseforum, 2023). I Helse Midt-Norge har ambulanspersonalet tilgang til felles pasientjournal for sykehus og primærhelsetjenesten gjennom en integrasjon mellom Helseplattformen og prehospital journal via Helseplattformen Link. Muligheten til å innhente viktig informasjon fra pasientens journal prehospitalt styrker pasientsikkerheten.

Dagens **multimonitorer** (avansert overvåkningsutstyr som inkluderer målinger av sirkulasjon og respirasjon hos pasienten) og deres mottaksløsninger driftes nå lokalt / regionalt til dels uten samhandling mellom regionene. Det er gjennomført en nasjonal anskaffelse av nye multimonitorer med felles nasjonal mottaksløsning i allmenn sky. Den nye multimonitorløsningen tilrettelegger for bedre samhandling, og målsettingen er å etablere en plattform som muliggjør samhandling uavhengig av organisatorisk tilhørighet. Helse Vest leder arbeidet, for mer informasjon om Multimonitor henvises det til [siste rapportering til nasjonal e-helseportefølje](#).

Dagens IKT-løsninger i de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene (AMK) er fragmenterte, og muligheten til arbeidsflyt på tvers av sentralene er begrenset. For å imøtekomme behovet for en effektiv og fremtidsrettet AMK-løsning, gjennomføres det et interregionalt **AMK IKT-prosjekt**, som ledes av Helse Vest. Ny AMK-løsning vil bidra til at helsepersonell er bedre rustet til å besvare medisinske nødsamtaler, og AMK-sentralene vil kunne avlaste hverandre i større grad enn i dag ([Nasjonal IKT-løsning for AMK i Helse Sør-Øst - Sykehuspartner HF](#)).

Kommunikasjonsløsning for Akuttmedisinsk Kjede (KAK) er et prosjekt for anskaffelse, etablering og utskifting av nødnett (ICCS) til en ny og moderne løsning. Dagens kommunikasjonsløsning for helse i nødnett brukes på alle landets AMK, legevaktsentraler og akuttmottak. For å møte dagens - og fremtidens behov har Helsetjenestens Driftsorganisasjon (HDO) inngått kontrakt med Frequentis AG om leveranse av produktet LifeX 3020. Denne løsningen vil gi økt fleksibilitet, inneha fremtidsrettet funksjonalitet, samt at den vil bli mer kostnadseffektiv å forvalte. Innføring av LifeX vil gjennomføres som et samarbeid mellom lokale prosjekter i regi av kommunene og de regionale helseforetakene, Brukergrensesnittet til LifeX 3020 har større fleksibilitet enn dagens ICCS, og kan tilpasses de ulike brukergruppens behov, les mer om KAK på HDO sine hjemmesider, [Kommunikasjonsløsning for Akuttmedisinsk Kjede \(KAK\) - HDO HF](#).

Kommunal helse- og omsorgstjeneste inkludert fastlegjetjenesten

Kommunal helse- og omsorgstjenester og fastleger har i dag en rekke ulike journalløsninger som i ulik grad er tilrettelagt for samhandling og strukturering av data. Kommunene og fastlegene i Midt-Norge får tilbud om å benytte Helseplattformen og får tilgang til samhandling og strukturert journal gjennom den. For øvrige kommuner er det fortsatt behov for et journalløft for å gi helsepersonell en enklere arbeidshverdag, og som kan forbedre samhandlingen med andre deler av helsetjenesten.

Felles kommunal journal var et tiltak for å realisere målbildet om én innbygger – én journal, men tiltaket ble avsluttet juni 2023. Planer for hvordan journalløft for kommunene kan realiseres er ferdigstilt gjennom et styringsdokument for Felles journalløft for kommunen (Felles kommunal journal interim AS, 2023). Målet er at informasjonen den enkelte helsearbeider trenger blir lett tilgjengelig i de verktøyene de bruker til daglig ([Felles kommunal journal - KS](#)).

Mange kommuner vil de nærmeste årene gjennomføre anskaffelser av nye journalløsninger. KS har sammen med utvalgte kommuner utformet felles rammer og anbefalinger, som vil gi kommunene støtte i anskaffelsesprosessen. Felles rammer og anbefalinger vil også synliggjøre hva som forventes av leverandørene.

Les mer [om Felles rammer og anbefalinger på KS.no](#).

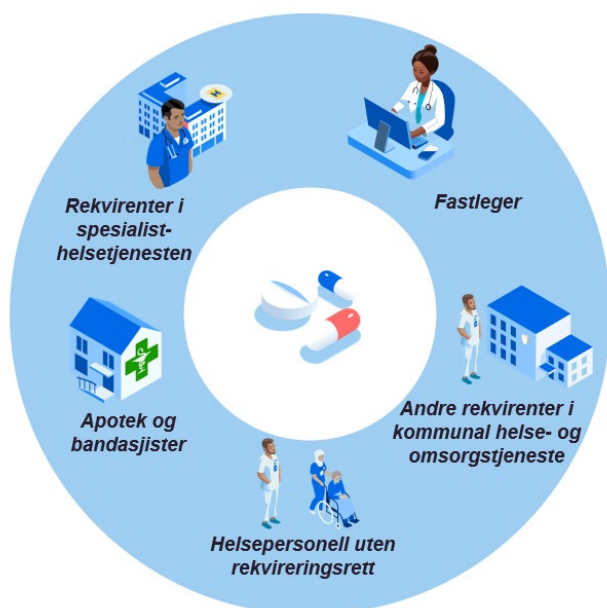
En annen satsning innen Felles journalløft er utprøving av samhandlingstjenester, der Norsk Helsenett i samarbeid med KS, legger til rette for å prøve ut samhandlingstjenester innad og på sikt mellom kommuner. Målet er å gi helsepersonell tilgang til relevant helseinformasjon direkte i sine arbeidsverktøy. I første fase foreslås to parallelle utprøvningsprosjekter, deling av pasientens NEWS 2- målinger (National Early Warning Score) og en oversikt over hvilke kommunale tjenester innbygger mottar. I tillegg til plattform består målbildet av en markeds plass som skal bidra med innovasjons- og erfaringsdeling, innkjøps samarbeid og felles anskaffelser, og test- og utprøvningsarena for leverandørene. Tiltakene kan delfinansieres gjennom Helseteknologiordningen (HTO).

Les mer om KS sitt videre arbeid med [Felles journalløft, samhandlingstjenester på KS sine hjemmesider](#)

EPJ-løftet er et samarbeidsprosjekt som i over 10 år har arbeidet med å forbedre funksjonaliteten i fastlegers, avtalespesialisters, fysio- og manuellterapeuters journalløsninger. Hovedtilnærmingen i arbeidet har vært å samle helseaktører og leverandører av journalløsninger, kartlegge og spesifisere funksjonelle løsninger, og gjennomføre offentlige anskaffelser av IKT-utvikling. I 2024 har aktiviteten bl.a. dreid seg om enklere oppfølging av kliniske oppgaver, digital dialog med pasient, legemidler, m.m.

Les mer [om EPJ-løftet på ehelse.no](#).

Delmål 2.B: Helsepersonell skal ha tilgang til en felles oppdatert legemiddelliste, Pasientens legemiddelliste (PLL)



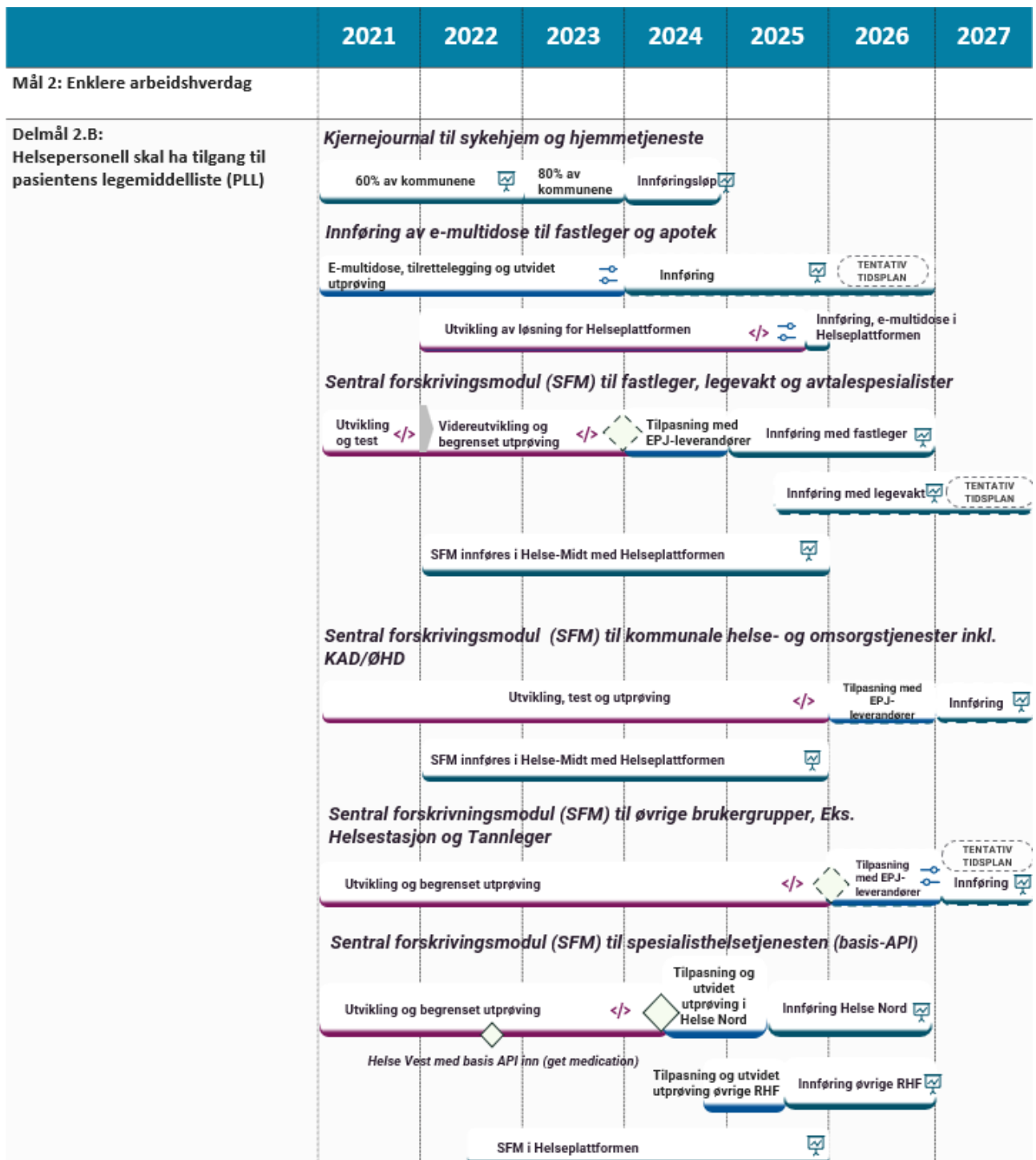
Pasientens legemiddelliste (PLL) er en samlet og oppdatert oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. PLL får informasjon fra hele helsetjenesten, både fastlege, sykehuslege, sykehjemslege og andre rekvirenter. Dette skal bidra til tryggere legemiddelbehandling og mer effektive arbeidsprosesser, spesielt i ansvarsoverganger mellom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten.

Årlig fører feil ved bruk av legemidler til flere dødsfall, pasientskader og innleggelser på sykehus. Manglende legemiddelinformasjon eller svikt i informasjonsoverføring er en stor utfordring for pasientsikkerheten, for eksempel når pasienter flyttes mellom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Dersom helsepersonell ikke har

et godt grunnlag for å ta beslutninger om legemiddelbehandlingen, vil det kunne føre til feilmedisinering og i verste fall pasientskade. Risikoen er særlig stor for pasienter med store og sammensatte helseutfordringer, pasienter som bruker mange legemidler eller når flere helsepersonell på ulike omsorgsnivå og ulike virksomheter er involvert i pasientens legemiddelbehandling.

I Pasientens legemiddelliste (PLL) vil leger rydde og oppdatere legemiddellisten i pasientjournalen (legemiddelsamstemming), slik at denne informasjonen blir utvekslet via reseptformidleren og kjernejournal. Da kan for eksempel hjemmesykepleier hente listen direkte inn i hjemmetjenestens pasientjournalssystem. Pasienten vil selv få oversikt via Helsenorge. For pasienten innebærer PLL også at helsepersonellet alltid er oppdatert på pasientens legemidler, og vi unngår at pasienten selv eller pårørende må bære og formidle disse opplysningene. Legemiddelsamstemming må jevnlig gjentas for å opprettholde kvaliteten i PLL.

Dette tiltaket er høyt prioritert av aktørene i helse- og omsorgstjenesten, og vil være nyttig for både spesialisthelsetjeneste, kommunal helse- og omsorgstjeneste, pasient og innbyggere gjennom spart tid og økt pasientsikkerhet. En viktig forutsetning for realisering av PLL er at helse- og omsorgstjenestens journalløsninger blir teknisk tilrettelagt for PLL. Dette forutsetter for de fleste av journalløsningene integreres med SFM.



- Tjeneste/funksjonalitet er tilgjengelig for innføring
- Foreløpig tilgjengelighetsdato
- Innføring ferdigstilt

Figur 11 Gir en oversikt over innføring av kjernejournal, e-multidose og sentralforskrivingsmodul, som er viktige forutsetninger for innføring av Pasientens legemiddelliste

Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenesten

Nasjonal kjernejournal er et sentralt virksomhetsovergrepene behandlingsrettet helseregister, som deler helseopplysninger på tvers i helsevesenet (Helsenorge, 2023). Kjernejournal er tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten, og stadig flere kommuner tar i bruk løsningen. Denne innføringen oppleves som nyttig for helsepersonell. For sykepleiere er for eksempel kjernejournal eneste mulighet til å få tilgang til oversikt over pasientens resepter, og på sikt PLL. [Kartlegging av EPJ-systemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger](#) i januar 2023 viste at 32 av totalt 41 pasientjournalssystemer har integrert kjernejournal eller planlegger integrasjon (Direktoratet for e-helse, 2023). KS kompetansenettverk for e-helse bidrar til utbredelse av løsningen (KS, 2020).

Les mer [om innføring av kjernejournal i kommuner via Felles innføringsløp](#).

Innføring av e-multidose til fastleger og apotek

Multidose er maskinell pakking av legemidler i poser til personer som ønsker eller trenger hjelp til å dosere og huske å ta legemidlene sine. Med e-multidose vil multidoseansvarlig lege (oftest fastlegen) videreformidle fullstendig legemiddelliste som sendes via Reseptformidleren til et multidoseapotek. Funksjonaliteten for e-multidose er knyttet til legens pasientjournalssystem (EPJ), som ved bruk av SFM. Multidoseapotek pakker legemidler i multidose basert på legemiddellisten og eventuelt tilhørende resepter. E-multidose innebærer i likhet med PLL at det vedlikeholdes en oversikt over pasientens legemidler, og kan fungere som en forberedelse til å vedlikeholde legemiddellisten for alle pasienter.

E-multidose er under utprøving og innføring i tett samarbeid med fastlegene, EPJ-leverandører for fastlegene, multidoseapotekene og kommunenes hjemmetjeneste. Det er et mål at 80 prosent av samhandlingen for multidose-pasienter foregår elektronisk i løpet av 2024.

Les mer [om erfaringer knyttet til bruk av e-multidose på Norsk helsenett sine hjemmesider](#).

Sentral forskrivningsmodul (SFM)

Sentral forskrivningsmodul (SFM) er en legemiddelmodul som leverandører av journalløsninger kan velge å integrere for å få dekkende funksjonalitet innen e-resept, multidose og pasientens legemiddelliste (Norsk Helsenett, 2023). Leverandører av journalløsninger til sykehus har valgt å bygge brukergrensesnitt selv, med en teknisk integrasjon med SFM (SFM basis API). Helseplattformen tok i bruk SFM basis API for sending av e-resept i april 2022. De fleste leverandørene av journalløsninger til andre deler av helsetjenesten planlegger å bruke SFM fullversjon (Direktoratet for e-helse, 2023).

Sentral forskrivningsmodul til fastleger og legevakt

En rekke leverandører for fastleger, legevakt og avtalespesialister arbeider med utprøving av integrasjon av Sentral forskrivningsmodul (SFM) fullversjon ([se Leverandøroversikt](#)), mens andre velger å utvikle funksjonalitet for Pasientens legemiddelliste (PLL) selv. SFM til fastleger er forsinket, men SFM forventes å være klart for innføring fra 2025. Tentativ plan for innføring til legevakt er i løpet av 2025. Leverandørenes integrasjon med SFM har også tatt lengre tid enn planlagt, noe som forsinker utprøvingen av løsningen.

Les mer om utprøving og innføring av SFM og PLL til fastleger [i EPJ-løftets siste rapportering til Nasjonal e-helseportefølje](#), og [rapportering på Pasientens legemiddelliste til Nasjonal e-helseportefølje](#) på ehelse.no.

Sentral forskrivningsmodul til kommunale helse- og omsorgstjenester inkl. KAD/ØHD

Sentral forskrivningsmodul (SFM) kan også dekke behovet til brukergrupper som sykehjem, hjemmetjeneste og kommunal akutt døgnetenhet (KAD). Uprøving av SFM i kommunal helse- og omsorgstjeneste er i gang.

Les mer [om SFM på Norsk helsenett sine hjemmesider](#).

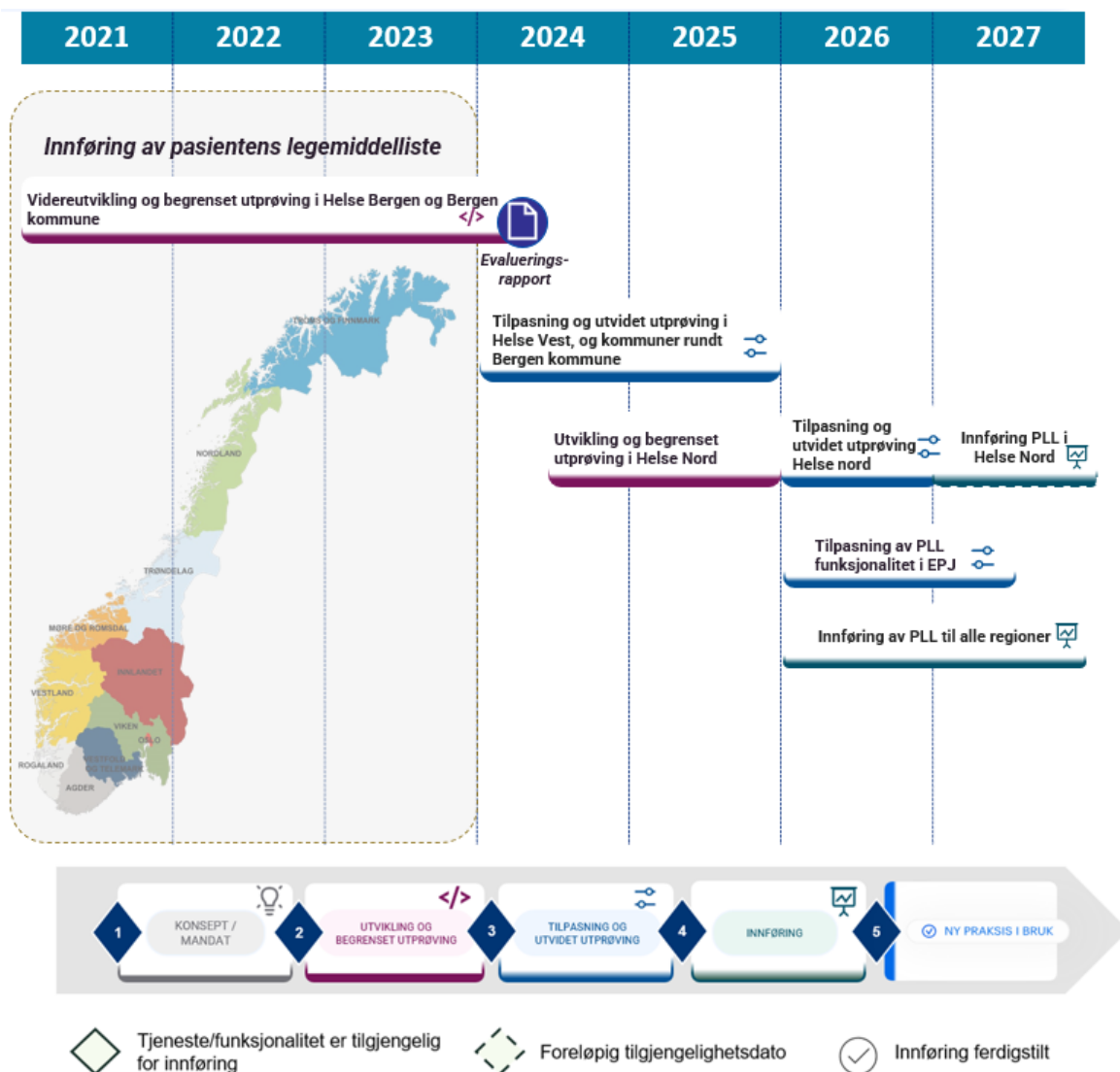
Sentral forskrivningsmodul til øvrige brukergrupper, eks. Helsestasjon og tannleger

Sentral for skrivningsmodul (SFM) vil på sikt også dekke behovet til andre brukergrupper som tannlegeklinikker og helsestasjoner. Les mer [om SFM på Norsk Helsenett sine hjemmesider](#).

Sentral forskrivningsmodul til spesialisthelsetjenesten (basis API)

Leverandører av journalløsninger til sykehus har til nå valgt å bygge brukergrensesnitt for e-resept og PLL selv, med en teknisk integrasjon med SFM (SFM basis API). DIPS Arena er godkjent for e-resept med SFM Basis API.

Helseplattformen tok i bruk SFM basis API for sending av e-resept i april 2022. Når nye helseaktører i regionen tar i bruk Helseplattformen tar de i bruk SFM.



Figur 12 Veikartet gir en oversikt over plan for innføring av pasientens legemiddelliste

Innføring av Pasientens legemiddelliste (PLL)

Pasientens legemiddelliste (PLL) vil som tidligere nevnt gi helsepersonell digital tilgang til oppdatert informasjon om pasientens legemiddelbruk på tvers av helsetjenesten. Full nytte av PLL realiseres når alle helseaktører har EPJ som benytter PLL. Utdyllende informasjon om PLL kan leses på [prosjektets side på ehelse.no](#). Utprøvningsprosjektet i Helse Vest ble avsluttet i mars 2024, den begrensede utprøvingen har vært et samarbeid med fastleger, avtalespesialister, Helse vest og Bergen kommune. Helse Vest planlegger videre innføring i regionene, men dette må koordineres med primærhelsetjenesten i kommunene i regionen. Tilpasning og innføring må også koordineres med utfasing av forskrivningsmodul (FM) og innføring av medikasjons- og e-reseptmodul med PLL-funksjonalitet i DIPS Arena (se mål 2a)

Helse Nord leder nå samarbeidet rundt utviklingen av PLL-funksjonalitet i DIPS Arena, og utprøvingen med utvalgte aktører i Helse Nord sitt nedslagsfelt. PLL-funksjonaliteten skal bygge på eksisterende funksjonalitet i DIPS Arena, nasjonale tjenester som reseptformidler, kjernejournal, SFM basis API, og erfaringer fra utprøvingen i Helse Vest. Utviklingen vil skje tett på klinikere for å sikre en brukervennlig løsning som understøtter behov og

arbeidsprosesser. Helsedirektoratet og Norsk helsenett er sentrale samarbeidspartnere og godkjenningsinstans ([Felles Plan for IKT-utvikling og digitalisering 2023](#)).

Delmål 2.C: Helsepersonell skal ha tilgang til relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasienten gjennom nye digitale verktøy for samhandling

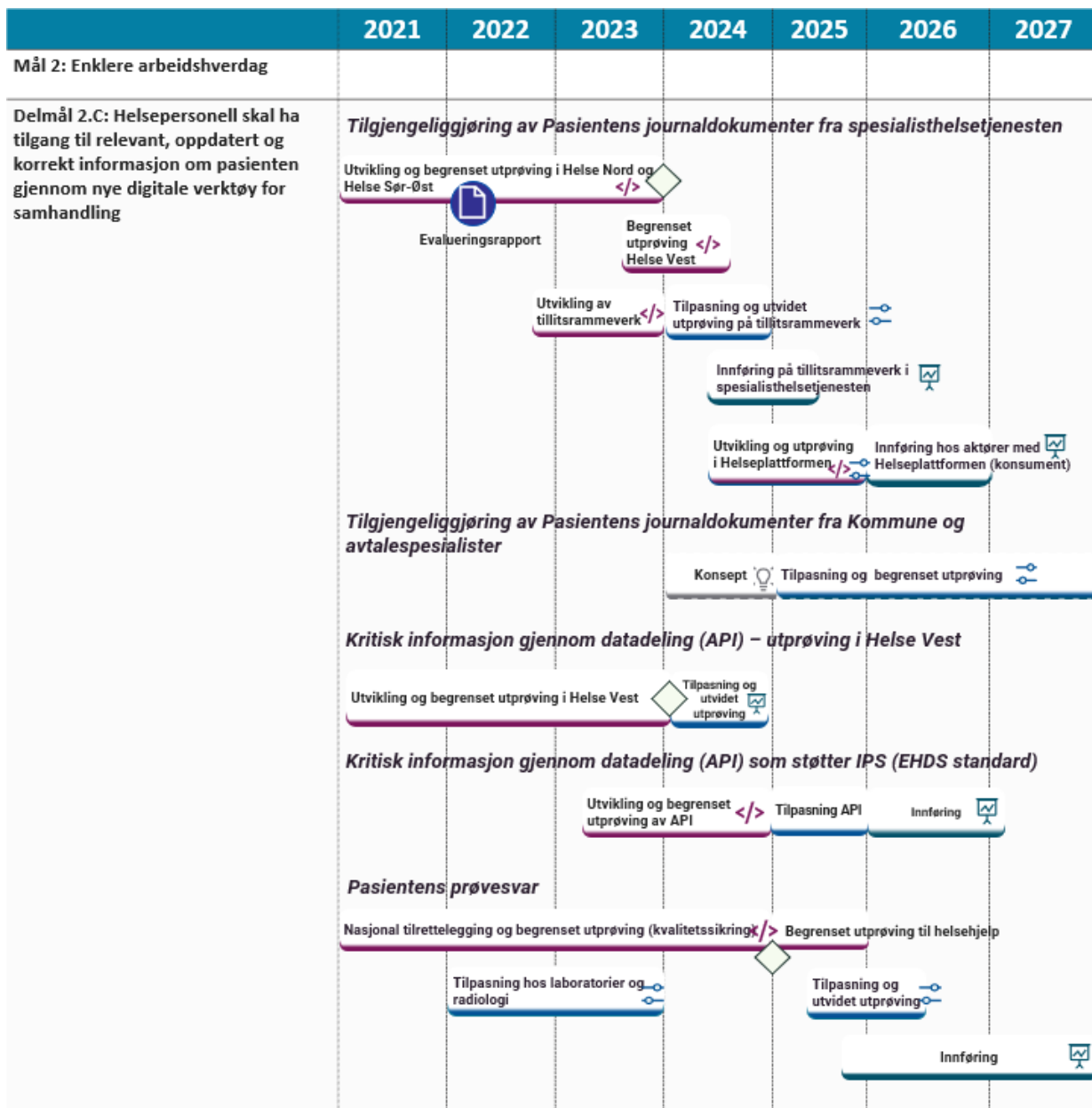


Digital samhandling skal bidra til at helsepersonell får enkel og sikker tilgang til relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasient og bruker, slik at de kan gi best mulig helsehjelp. Dette gjelder gjennom hele forløpet, på tvers av virksomheter og omsorgs- og tjeneste nivå.

Fokus i strategiperioden vil være innføring og bruk av nye informasjonstjenester som deling av pasientens journaldokumenter, pasientens prøvesvar og pasientens kritiske informasjon. En forutsetning er at helsepersonell har tilgang til og bruker kjernejournal, eller at journalløsningen integrerer seg med informasjonstjenestene via API.

Helseplattformen vil være viktig for regional samhandling i Midt-Norge.

Tillitsrammeverk som beskrives under mål 4 er en av flere forutsetninger for måloppnåelse av delmål 2.C.



- Tjeneste/funksjonalitet er tilgjengelig for innføring
- Foreløpig tilgjengelighetsdato
- Innføring ferdigstilt

Figur 13 Veikartet viser en detaljert oversikt over leveranser og planer for deling av pasientens journalldokumenter, kritisk informasjon og pasientens prøvesvar.

Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens journaldokumenter på tvers av virksomheter



Helsepersonells tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp er et av de viktige digitaliseringstiltakene som trekkes frem i Meld. St 7 (2019-2020), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 og [Meld. St 9 \(2023-2024\) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027](#).

Deling av pasientens journaldokumenter er en av flere former for deling av informasjon mellom virksomheter. Produsentene samler strukturert eller ustrukturert informasjon i godkjente dokumenttyper, og legger disse tilgjengelig for innsyn. Informasjonen som deles er ferdig produsert og godkjent av helsepersonell.

Tilgjengeliggjøring av Pasientens journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten som kilde tilgjengeliggjør oppsummeringer av behandling (epikriser og sammenfatninger), henvisninger, samt svrappporter for laboratorie- og bildedannende undersøkelser fra pasientjournalen i sykehusene. Spesialisthelsetjenesten er også konsument av dokumenter fra andre virksomheter direkte i egen journalløsning eller via kjernejournalportalen. Se [Norsk helsenett sin bruksstatistikk for deling av pasientens journaldokumenter](#).

I 2024 planlegges det for at Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest vil dele dokumenter ved bruk av tillitsrammeverk, som er omtalt under [mål 4](#). Helsepersonell som deler journaldokumenter (kilde) er ansvarlig for å sette tilganger for helsepersonell som skal lese dokumentene, ref. tillitsmodell som er omtalt under mål 4. (Helse Midt-Norge RHF, Felles plan 2023 IKT-utvikling og digitalisering, 2023). Ambisjonene er å innføre deling av pasientens journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten med bruk av tillitsrammeverk i 2024-2025.

I Midt-Norge brukes Helseplattformen til dokumentdeling mellom sykehus og kommuner i regionen, og har planer om å tilgjengeliggjøre dokumentene via dokumentdeling til helsetjenesten i andre deler av landet.

Tilgjengeliggjøring av Pasientens journaldokumenter fra kommune og avtalespesialister

Helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester med tilgang til kjernejournal kan lese journaldokumenter (epikriser og sammenfatninger, henvisninger, samt svrappporter for laboratorie- og bildedannende undersøkelser¹)

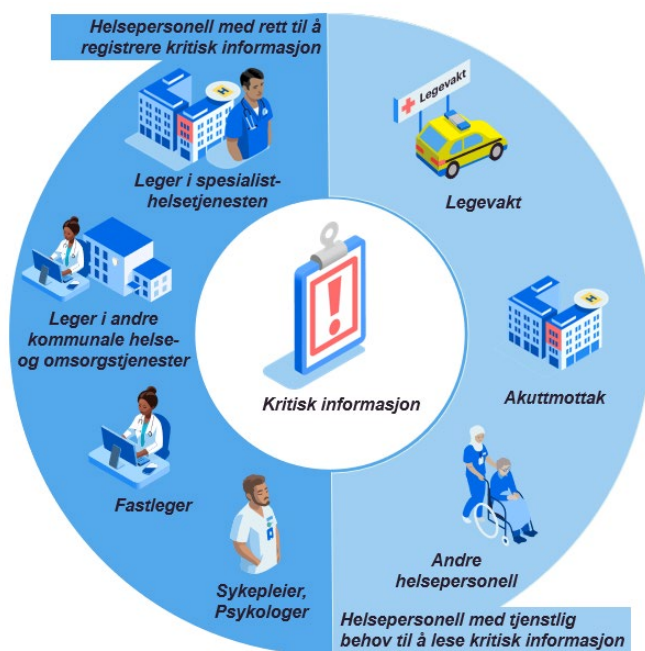
¹ Disse opplysningene finnes også i Pasientens prøvesvar, men der er søkemulighetene bedre, og informasjonen hentes fra flere kilder.

fra pasientjournalen via kjernejournal portal. Så langt er det fastleger og psykologer som kan konsumere dokumenter.

Helsepersonell som deltok i utprøvingen av deling av Pasientens journaldokumenter har gitt tilbakemelding på stor nytte av løsningen, de har lagt vekt på at løsningen bidrar til økt pasientsikkerhet, er effektiv og tidsbesparende og bidrar til god dialog med pasienter. Innbyggere vil kunne oppleve at helsepersonellet de møter, i større grad har tilgjengelig nødvendige og relevante journaldokumenter fra tidligere kontakt med helse- og omsorgstjenesten. At informasjonen vil være tilgjengelig er spesielt nyttig i akutte situasjoner prehospitalt. Pasienten slipper å være bærer av egen informasjon og å oppgi samme informasjon flere ganger.

Det planlegges for at helseaktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste vil gjøre sine journaldokumenter tilgjengelig som kilde på sikt.

Helsepersonell skal ha tilgang til oppdatert og autorativ beskrivelse av kritisk informasjon



I en behandlingssituasjon er det viktig for helsepersonell å vite om det er registrert Kritisk informasjon om pasienten, fordi denne kan påvirke valg av behandling eller utredning. Eksempler på kritisk informasjon er allergier, overfølsomhet overfor legemidler, spesielle sykdommer, eller tidligere komplikasjoner ved anestesi. Kjernejournal skal være en felles autorativ kilde for kritisk informasjon.

Kritisk informasjon gir nytte for helsepersonell både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Før kjernejournal ble innført var det ingen mulighet for elektronisk deling av slik informasjon på tvers av behandlingssteder, annet enn ved en-til-en-meldinger og varselkort som pasienten bar på seg.

Kritisk informasjon gjennom datadeling (API) i Helse Vest

Praksisen med å registrere kritisk informasjon i helsepersonellportalen i kjernejournal er ikke tilstrekkelig utbredt. En av grunnene er at helsepersonell, på grunn av sin journalføringsplikt, må registrere kritisk informasjon i pasientens journal på behandlingsstedet, og deretter registrere det igjen i helsepersonellportalen i kjernejournal. Denne dobbeltregistreringen medfører en administrativ byrde for helsepersonell, som ofte resulterer i manglende registrering av kritisk informasjon i kjernejournal. Dette fører til at informasjonen ofte ikke er tilgjengelig i kjernejournalen for innbyggere som burde hatt en slik registrering.

I 2020 utviklet Norsk helsenett et API som muliggjør datadeling mellom kritisk informasjon i Kjernejournal og lokale kliniske fagsystemer. Ved at Kjernejournal og lokale fagsystemer synkroniseres, vil helsepersonell slippe dobbeltregistrering av kritisk informasjon. En begrenset utprøving av kritisk informasjon gjennom datadeling (API)

er gjennomført i Helse Vest. I februar 2024 tok Helse Vest i bruk Kritisk informasjons APIet, før dette hadde helsepersonell som deltok i utprøvingen tilgang til tjenesten via Kjernejournal.

Kritisk informasjon gjennom datadeling (API) som støtter IPS (EHDS standard)

Kritisk informasjon gjennom datadeling (API) vil bidra til at flere innbyggere får registrert kritisk informasjon i kjernejournal. Dette vil redusere risiko for feilbehandling og redusere tiden helsepersonell bruker på å lete etter kritisk informasjon. Verdien av løsningen vil øke i takt med antall innbyggere som har fått registrert kritisk informasjon i kjernejournal. Det antas at omtrent 5 prosent (274 000 i 2022) av landets innbyggere har kritisk informasjon som bør registreres, se [Norsk helsenett sine hjemmesider for bruksstatistikk knyttet til registreringer av kritisk informasjon](#).

Kritisk informasjon inneholder flere av de samme helseopplysningene som er del av den internasjonale Patient Summary (IPS) standarden. Ambisjonen er at kritisk informasjon er registrert i kjernejournal og tilgjengelig for oppslag i helsepersonell sine journalløsninger i løpet av 2028. Det langsiktige målet er å kunne registrere kritisk informasjon på et internasjonalt format som sikrer kapabilitet med EU siden anbefalinger og eventuelle krav gjennom EHDS.

Les mer om [Kritisk informasjon i rapportering på tiltaket til Nasjonal e-helseportefølje](#).

Helsepersonell skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt



Pasientens prøvesvar skal gi helsepersonell oversikt over og tilgang til laboratorie- og radiologisvar digitalt, uavhengig av hvem som har bestilt undersøkelsen og hvor den er utført. Helseopplysningene blir tilgjengelig i kjernejournal, men kan også integreres via API inn i journalløsninger.

Tilgjengeligheten vil kunne bidra til å redusere feil, legge til rette for gjenbruk av prøvesvar og gi raskere tilgang på informasjon som kan sikre raskere helsefaglige beslutninger. Pasientens prøvesvar vil også kunne bidra til å kutte kostnader knyttet til unødvendig prøvetakning.

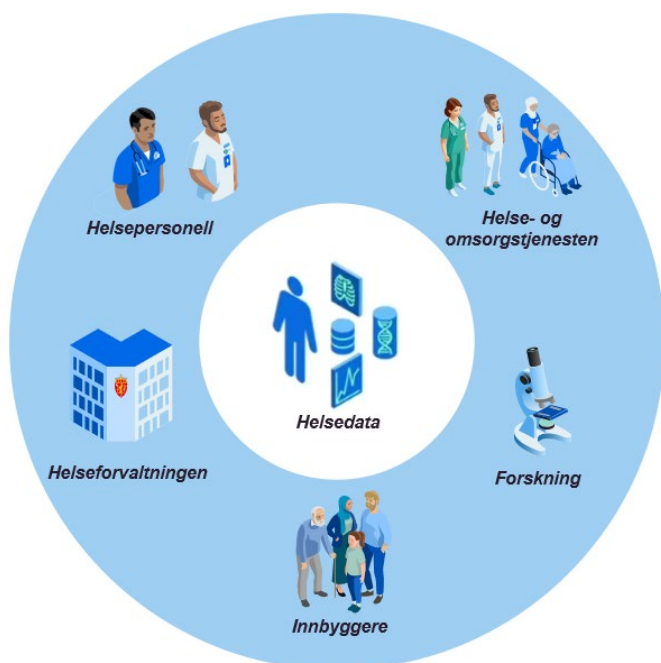
Prosjektet pasientens prøvesvar bygger på erfaringer som er gjort ved tilgjengeliggjøring av prøvesvar om Covid-19-virus i kjernejournal og Helsenorge. Prosjektet vil tilgjengeliggjøre prøvesvar innen alle fagområder (medisinsk biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin, klinisk farmakologi, medisinsk mikrobiologi, genetik, patologi, radiologi og nukleærmedisin), og inngår som del av program digital samhandling. Dette innebærer at det etableres en nasjonal informasjonstjeneste som følger:

- laboratorie- og radiologisystemene ved alle landets laboratorier og radiologiske virksomheter tilpasses, slik at kopi av alle svarmeldinger går til den nasjonale løsningen
- nødvendige tilpasninger i kjernejournal gjennomføres for å håndtere søk etter og visning av svrappporter og prøvesvar
- Helsenorge tilpasses slik at innbygger får ivaretatt sine rettigheter, herunder innsyn, sperring mv.

Pasientens prøvesvar gikk over fra testing til første trinn av utprøving i desember 2023, med formål kvalitetssikring. Første trinn innebar manuell innsending av svrappporter. I juni 2024 gikk prosjektet inn i andre trinn av utprøvingen, som innebar at alle prøvesvar for utvalgte rekvisiter sendes automatisk fra ett labsystem. I Q1 2025 planlegges oppstart av minimumsløsning med formål helsehjelp. Minimumsløsning er deling av alle eksterne rekvisiter sine prøvesvar fra ett lab-system. Utvidet minimumsløsning er deling av eksterne og interne rekvisiter sine svrappporter fra alle lab-systemer. Den vil være på plass i 2025/2026. Full produksjon inkluderer støtte for registrering av rekvisisjon på papir, og det forventes i løpet av 2026.

Les mer om [Pasientens prøvesvar i rapportering på tiltaket til Nasjonal e-helseportefølje](#).

Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring



Helsedata kan gi oss verdifull innsikt som kan forbedre helse- og omsorgstjenester, forskning, helseovervåking, beredskap og folkehelse. Innsikt fra helsedata skal bidra til å utnytte ressurser effektivt og redusere uønsket variasjon i kvalitet. Helse- og omsorgstjenestene, helsepersonell og helseforvaltningen skal i økende grad ta beslutninger basert på data. Mer datadrevne beslutninger vil bidra til bedre ressursutnyttelse, økt kvalitet og innovasjon i tjenesten, samt bedre forskning, helseovervåking, beredskap og folkehelse. Det vil også gjøre sektoren bedre forberedt i møte med kriser.

Ved hjelp av kunstig intelligens (KI) kan helsedata brukes til å gi raskere og mer

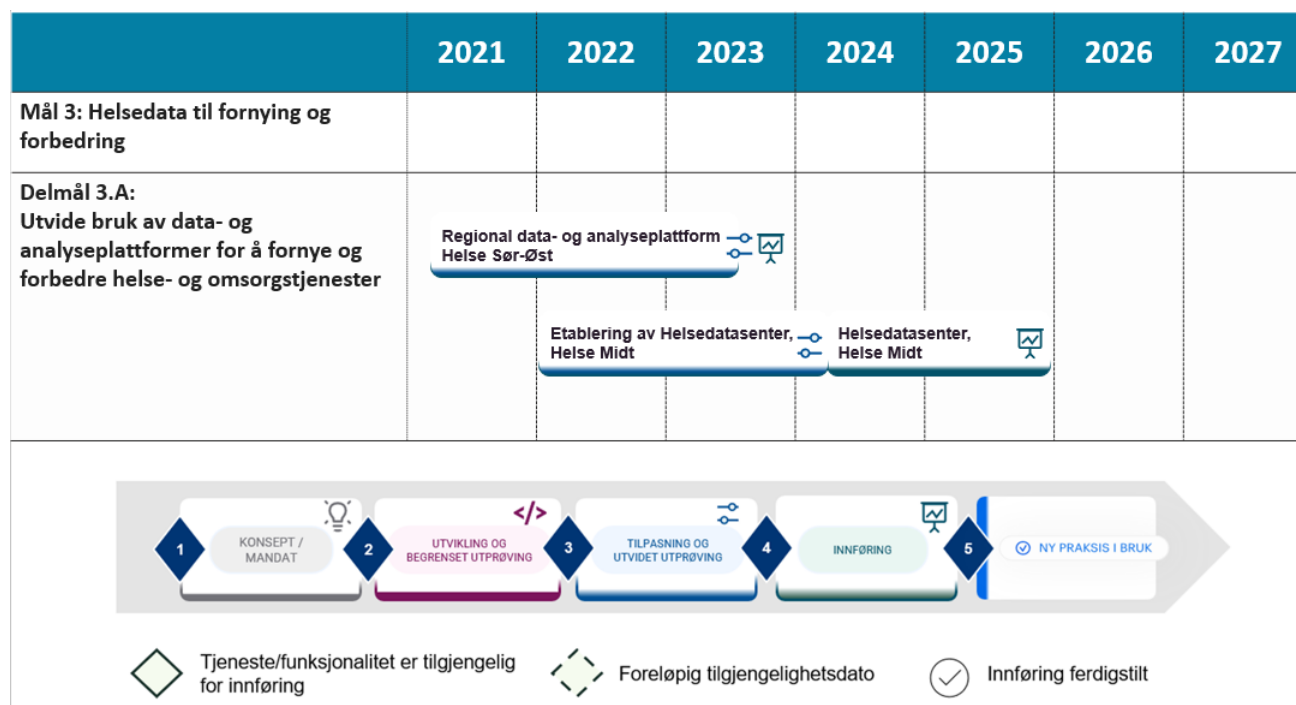
nøyaktig diagnostikk, samt bedre behandling, ressursutnyttelse og forebygging. Utfyllende beskrivelse av mål 3 finnes på ehelse.no mens pågående aktivitet er vist nedenfor.

Innsamling av helsedata dekkes i sammenheng med [mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse](#) og [mål 2: Enklere arbeidshverdag](#) da det er interaksjon mellom innbygger og helsepersonell disse dataene kommer fra, enten direkte fra utstyr (for eksempel måledata og bilder), via registrering i journal eller egne grensesnitt. En ønsket utvikling på helsedatafeltet er at modernisering av journalsystemene gir nødvendig kvalitet på data og mulighet for beslutningsstøtte i helsehjelpen, og automatisert innrapportering til helseregistre og data- og analyseplattformer, som samler data til styring og oppfølging. Til slutt kan helsedata som blir tilgjengelig brukes til dataanalyse, forskning og annen utvikling, såkalt sekundærbruk (Helse- og omsorgsdepartementet).

Utfyllende beskrivelse av Mål 3 er beskrevet på ehelse.no og pågående delmål er vist nedenfor.

Delmål 3.A: Utvide bruk av data- og analyseplattformer for å fornye og forbedre helse- og omsorgstjenesten

Data og analyseplattformer er viktige utgangspunkt for forbedringer og fornying av helse- og omsorgstjenesten. I spesialisthelsetjenesten favner videreutvikling av de regionale data- og analyseplattformene bredt. De kan bli sentrale i å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk, og for å utnytte ressurser effektivt. De ulike helseregionene har per i dag pågående eller etablerte data- og analyseplattformer.



Figur 14 Figuren viser en oversikt aktører som innfører og videreutvikler data- og analyseplattformer

Helse Sør-Øst har etablert Regional data- og analyseplattform som en regional løsning for uthenting, behandling, lagring og utlevering av data i Helse Sør-Øst. Plattformen vil fungere som en «motorvei» for uthenting, behandling, lagring og utlevering av data til en rekke bruksområder, deriblant for å sikre kontinuerlig tjenesteforbedring (Helse Sør-Øst, 2024).

Helse Midt-Norge har etablert første versjon av regionalt Helsedatasenter (Midt-Norge, 2024) som legger til rette for mer og bedre bruk av helsedata fra journal, registre og andre datakilder. Helsedatasenteret vil gi større mulighet til forskningsarbeid i regionen, nasjonalt og internasjonalt (Helse Midt-Norge, 2022).

Helse Vest har etablert datavarehus som leverer styringsdata innen utvikling, innføring og forvaltning av løsninger for kvalitet, styring og virksomhetsinformasjon.

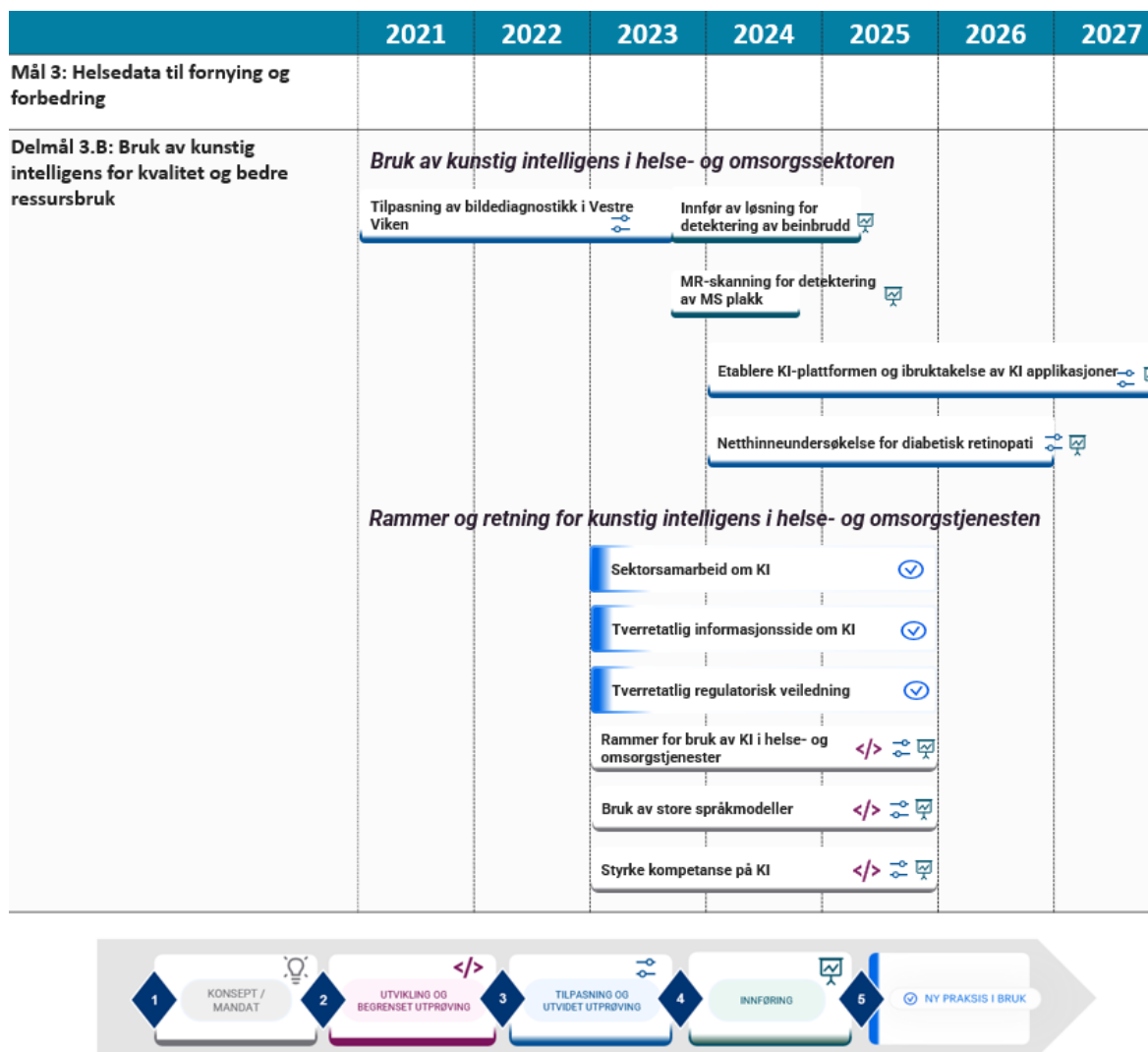
Helse Nord har et felles regionale datavarehus som videreutvikles, og er en sentral kilde for datagrunnlag i beslutningsstøtte og forbedringsarbeid (Helse Nord, 2018).

Delmål 3.B: Bruk av kunstig intelligens for kvalitet og bedre ressursbruk

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan for 2024-2027 understrekes det at KI vil kunne utgjøre et betydelig bidrag til en bærekraftig utvikling av vår felles helsetjeneste. I planen slås det fast at det er et stort potensial for å etablere en

mer hensiktsmessig oppgavedeling og organisering av arbeidsprosesser i helsetjenestene. Det påpekes at det kontinuerlig må vurderes om oppgaver kan løses på andre og mer personellbesparende måter, for eksempel ved bruk av kunstig intelligens, ved å automatisere arbeidsoppgaver og endre arbeidsprosesser som tidligere er gjort manuelt. Det forventes videre at kunstig intelligens og annen personellbesparende teknologi vil kunne bidra til at vi kan opprettholde kvaliteten i tjenesten i årene framover, i tillegg til at det kan bidra til å redusere ventetidene på de stedene der det er tatt i bruk i dag.

Det er stor interesse for kunstig intelligens i sektoren og det finnes mange forskningsprosjekter og noen eksempler på implementering av KI i arbeidsprosessene i helse- og omsorgstjenestene.



Figur 15 Veikart for bruk og utnyttelse av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten

Bruk av KI i helse- og omsorgstjenesten

De siste årene har tolkning av bilder gjennom bruk av KI blitt bedre og bedre, og er lovende innen flere medisinske spesialiteter. Brukertilpasset anvendelse av KI for å analysere medisinske bilder kan redusere arbeidsbelastningen til helsepersonell, bidra til å redusere strålingsdose og redusere tiden det tar for pasienten å gjøre en undersøkelse.

Vestre Viken har tatt i bruk KI-systemet «Bone View» for å detektere beinbrudd til klinisk bruk. Bærum Sykehus gikk i drift i august 2023 med plattform for kunstig intelligens innen bildediagnostikk. De andre sykehusene i Vestre

Viken HF implementerte denne løsningen høsten 2023. Plattformen som er installert har tilgang til over 100 KI-modeller fra mer enn 30 leverandører. Kontrakten gir tilgang til 5 KI-modeller.

Beinbruddmodellen vil implementeres ved flere helseforetak. Akershus universitetssykehus HF og Sørlandet Sykehus HF har bestilt løsningen fra Sykehuspartner. Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet er også interessert i å anskaffe løsningen.

I løpet av høsten vil Vestre Viken HF ta i bruk andre KI-modeller innenfor bildediagnostikk. I første omgang planlegger foretaket å innføre en CE-merket modell for MR-skanninger i kontroller av pasienter med multiple sklerose.

Det pågår et interregionalt samarbeid for anskaffelse av KI plattformer. Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest vil starte arbeidet med henholdsvis implementering og avrop på avtalen som inngås i 2024.

Regelmessig netthinneundersøkelse for diabetisk retinopati er et prosjekt ledet av Helse Sør-Øst, der målet er å etablere programmet for regelmessige netthinneundersøkelser i samarbeid med helseforetakene. For å håndtere det økte pasientvolumet kreves det organisatoriske endringer og effektiviseringstiltak. Dette inkluderer etablering av netthinnefotografering nær pasientens bosted, en regional innkallingsenhet og en funksjon for bildetolkning der flere helseforetak samarbeider om denne oppgaven. Oppgaveglidning fra øyelege til annet personell med bildetolkningskompetanse vil frigjøre øyelegeressurser. Det er identifisert flere gevinster, deriblant bruk av Kunstig intelligensbasert maskinell gradering, forbedret arbeidsflyt og automatisering som reduserer behovet for personell. Les mer [om prosjektet på Sykehuspartner sine hjemmesider](#).

Rammer og retning for kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten

Nasjonale helse- og samhandlingsplan 2024-2027 peker på at kunstig intelligens (KI) vil kunne utgjøre et betydelig bidrag til en bærekraftig utvikling av vår felles helsetjeneste. KI kan bidra til å automatisere arbeidsoppgaver og forbedre arbeidsprosesser, noe som er essensielt for å møte fremtidige utfordringer innen helsepersonellkapasitet og tjenestekvalitet.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å lede arbeidet med å tilrettelegge for trygg innføring av KI i helse- og omsorgstjenesten. Dette skjer i samarbeid med Direktoratet for medisinske produkter, Helsetilsynet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene og KS.

Det overordnede målet med planen er å øke bruken av trygge og effektive KI-systemer i helse- og omsorgstjenesten. Dette skal bidra til tjenester av like god eller bedre kvalitet og frigjøre tid for helsepersonell. Planen omfatter både kliniske og ikke-kliniske bruksområder, med vekt på å realisere gevinster gjennom effektiv implementering av KI-teknologi. Hovedretning for planen:

- **Understøtte behov i tjenesten:** Tiltakene skal støtte behovene i kommuner og helseforetak. Involvering av pasienter og helsepersonell er viktig for å velge relevante KI-bruksområder.
- **Helsefaglig forsvarlig, etisk og trygg bruk** er avgjørende for å sikre tillit blant helsepersonell og pasienter. Dette inkluderer å forhindre skjevheter i KI-systemer som kan føre til urettferdige behandlingsutfall.
- **Økt bruk av KI:** Planen vektlegger økt klinisk bruk av KI og risikoreducerende tiltak for å sikre trygg bruk. Det er også stort potensial for bruk av KI i administrative funksjoner, som dokumentasjon og planlegging.
- **Bruk av kommersielle KI-produkter:** Anskaffelse og bruk av kommersielle KI-produkter anses som en rask vei til å hente ut gevinster i helsetjenesten. Planen prioriterer mindre forskning og utvikling av KI-produkter.

- **Beregne og realisere gevinster:** Det legges vekt på å tydeliggjøre og synliggjøre gevinster ved bruk av KI, inkludert å lære av andre sektorer og land.
- **Økt kompetanse:** Økt kompetanse om digital transformasjon og KI er nødvendig for både ledere, helsepersonell og innbyggere for å oppnå tillit og hensiktsmessig bruk av KI-løsninger.
- **Europeisk samarbeid:** Det er viktig med samarbeid innen EU og Norden for å tilpasse seg, bidra til og dra nytte av erfaringer og ressurser.
- **Tydelige myndigheter:** Fra myndighetssiden er tydelige rammeverk, felles retningslinjer, veiledning, veiledere, standarder og kompetanse viktig for å bygge tillit til teknologien.

Planen er strukturert i følgende innsatsområder og tiltak for å oppnå de overordnede målene:

- **Sektorsamarbeid om KI:** Opprettelse av et KI-råd som skal gi strategiske råd. Arrangere temabaserte seminarer for å dele erfaringer og tydeliggjøre behov, tiltak og ansvar. Vurdere behovet for endringer i ansvarsområder og styrke europeisk samarbeid.
- **Tverretattlig informasjonsside om KI:** Videreutvikle tverretattlig informasjonsside som publiserer veiledningsmateriale, kunnskapsoppsummeringer og annen relevant informasjon.
- **Tverretattlig regulatorisk veiledning:** Fortsette veiledning om dagens regelverk og forberede for kommende EU-reguleringer som KI-forordningen og European Health Data Space (EHDS).
- **Rammer for bruk av KI:** Utarbeide rapport om kvalitetssikring av KI og engasjere helsesektoren i relevant standardiseringsarbeid. Anbefalte tema om validering, gevinster, finansiering, tilgang til data og infrastrukturer, som drøftes og konkretiseres i seminarrekken.
- **Bruk av store språkmodeller:** Utarbeide kunnskapsgrunnlag. Risikovurderinger for bruk av store språkmodeller. Tilpasse språkmodeller til norske forhold. Anbefalte tema om bruk, utvikling og finjustering av store språkmodeller og som drøftes og konkretiseres i seminarrekken.
- **Styrke kompetanse på KI:** Videreutvikle kunnskap og kompetanse, og utarbeide rapport med anbefalinger om for å dekke kompetansebehov for digital transformasjon med KI.

Planen legger vekt på en smidig tilnærming, hvor tiltak blir jevnlig prioritert og igangsatt basert på behov og strategiske mål for helsesektoren. Tiltakene skal støtte opp under behovene i primær- og spesialisthelsetjenesten, sikre trygg og effektiv bruk av KI, og realisere gevinster gjennom kompetanseheving og europeisk samarbeid. Samtidig skal planen være fleksibel nok til å tilpasses den raske teknologiutviklingen, nye utfordringer og muligheter som oppstår i løpet av planperioden.

Denne felles KI-planen for 2024-2025 er en helhetlig plan for å sikre trygg og effektiv bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom samarbeid, kompetanseutvikling og tydelige rammer og veiledninger for implementering, skal planen bidra til å forbedre tjenestekvaliteten, effektivisere arbeidsprosesser og møte fremtidige utfordringer innen helsesektoren. Samtidig vil økt oppmerksomhet knyttet til etisk bruk og økt europeisk samarbeid kunne sikre at teknologien brukes på en ansvarlig måte som bygger tillit blant både helsepersonell og pasienter.

Prosjektet Rammer og retning for kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten ble startet 1.1. 2023, med Helsedirektoratet som ansvarlig etat.

Les [mer om KI planene på Helsedirektoratets hjemmeside](#).

Delmål 3.C: Bedre styring, kvalitetsforbedring, forskning, helseovervåking, beredskap og krisehåndtering gjennom helseregistrene

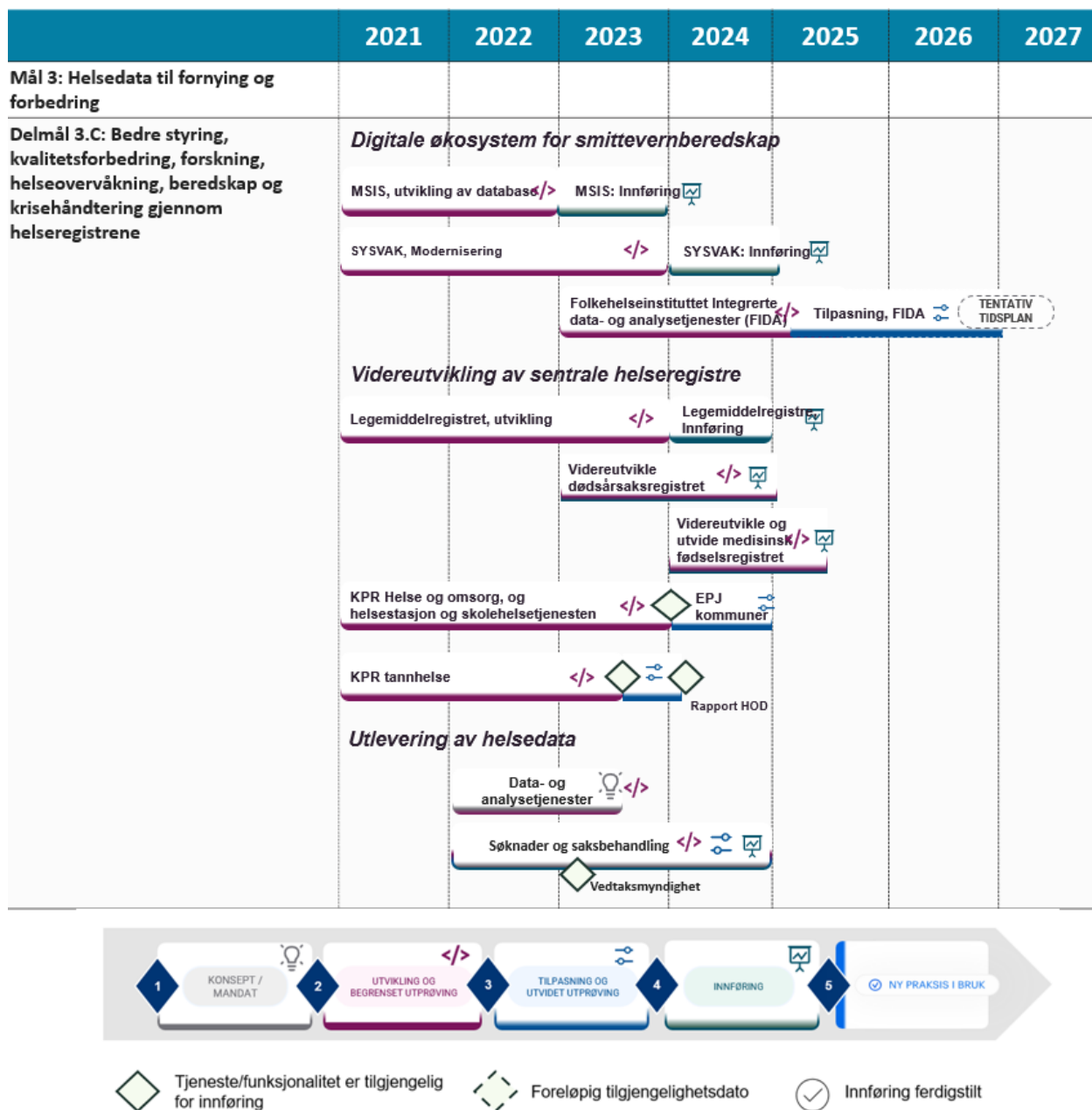
Helseregistrene er sentrale i kvalitetsforbedring, helseovervåking, beredskap og krisehåndtering, styring og forskning. Det er en målsetning i nasjonal e-helsestrategi (2023-2030) om at helsedata skal brukes til bedre utnyttelse av ressurser og redusere uønsket variasjon i kvalitet. Det synliggjøres et behov for å legge til rette for å utvikle målrettede tiltak for kvalitetsforbedring samt forbedre beredskap og forebyggende- og helsefremmende arbeid.

Det pågår arbeid hos flere registereiere for å modernisere og videreutvikle helseregistre og utnyttelse av helsedata. Det finnes ulike typer helseregister der de **sentrale helseregistrene** er etablert for å ivareta landsomfattende oppgaver og brukes først og fremst til helseanalyser, statistikk, kvalitetsforbedring av helsetjenester, forskning, styring og beredskap (Folkehelseinstituttet, 2024). De **medisinske kvalitet-registrene** samler informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper, der hovedformålet er å bidra til bedre kvalitet på pasientbehandlingen og redusere uberettiget variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet. De medisinske kvalitetsregistrene etableres av fagmiljøer i helsetjenesten, og nasjonal status gis av Helsedirektoratet etter gitte [kriterier](#) (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2024).

Helsedirektoratet er dataansvarlig for to av de sentrale/lovbestemte helseregistrene: Norsk pasientregister (NPR) inneholder helseopplysninger om alle personer som har fått behandling, eller som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Det pågår videreutvikling av helseregistre for å møte behovene for kvalitet, aktualitet, datadeling og samhandling. Helsedirektoratet «har allerede etablert automatisk innrapportering og har mandat til å høste data fra alle offentlige finansierte helsetjenester». Den videre utviklingen innebærer økt samarbeid om registrenes innhold og en satsning på et bredt kunnskapsgrunnlag hos Helsedirektoratet og andre brukere innen helseforvaltningen (Helsedirektoratet, u.d.).

Folkehelseinstituttet er dataansvarlig for en rekke lovbestemte helseregistre. Det pågår kontinuerlig videreutvikling av helseregistrene i FHI for å forbedre og profesjonalisere registrene og registerdriften. Dette skal bidra til å styrke personvern og informasjonssikkerheten i registrene, øke kvaliteten på data og metadata, samt å berike og utvide datagrunnlaget i registrene.

Helsedataservice og videreutviklingen av nasjonale helseregistre ble samlet i nye FHI fra 01.01.2024. Målet er bedre utnyttelse av eksisterende data- og analyseinfrastrukturer for å effektivisere tilgangen til helsedata til forskning, innovasjon og næringsutvikling.



Figur 16 Veikartet synliggjør noe av aktiviteten som foregår i helse- og omsorgssektoren som bidrar til bedre styring, forskning og smittevernberedskap

Digitalt økosystem for smittevernberedskap

Formålet med smittevernberedskap er å verne om liv og helse, og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig medisinsk behandling, pleie, omsorg og smitteverntiltak.

Les mer om smittevernberedskap på [FHI.no](https://fhi.no)

MSIS (Meldingssystem for smittsomme sykdommer) databasen øker kvaliteten på innrapportert helsedata og får mer av dataene i sanntid. Dette skal gi et bedre grunnlag for vurdering av hendelser, eksempelvis oppdage utbrudd av smittsomme sykdommer raskere. Les mer om MSIS på [FHI.no](https://fhi.no)

SYSVAK (Nasjonalt vaksinasjonsregister) har primært vært knyttet til barnevaksinasjonsprogrammet, men behovet har endret seg de senere årene til også å dekke koronavirusvaksinasjonsprogrammet, influensa- vaksinasjonsprogrammet og andre vaksineforebyggbare sykdommer som det er viktig å ha oversikt over, både for enkeltindivid og befolkningen. SYSVAK skal være en god datakilde for overvåking og beredskap, for publisering og håndtering data til helse- og omsorgssektoren, samt til innbyggerne via Helse Norge, media og andre publiseringskilder. Registeret er under kontinuerlig videreutvikling for å forbedre registeret og styrke datagrunnlaget. Les mer om SYSVAK på [FHI.no](https://fhi.no)

Folkehelseinstituttet (FHI) har sammen med Kommunesektorens organisasjon (KS) fått midler fra medfinansieringsordningen i Digitaliseringsdirektoratet til prosjektet **Folkehelseinstituttets integrerte data- og analysetjenester (FIDA)** for overvåking og statistikkproduksjon. Prosjektet skal utvikle og ta i bruk en infrastruktur som skal benyttes til helseovervåking, analyse, statistikkproduksjon samt deling av statistikkprodukter. Dette skal styrke den digitale helseberedskapen i Norge gjennom systemer, tjenester, ressurser, rutiner og prosesser som skal benyttes i normaltid og kunne skaleres opp raskt i krisetider. Målet er at man skal kunne lagre, behandle og analysere data fra de aktuelle kildene for å kunne produsere, publisere og dele kunnskap i form av statistikk til relevante konsumenter (som f.eks. kommuneleger) enklere, raskere, hyppigere og sikrere enn i dag. Dette skal bidra til at både FHI, myndigheter, helsesektoren og kommunene vil være bedre forberedt og i stand til å håndtere smitteutbrudd i normal- og krisetid.

Les mer om [FIDA i rapportering på tiltaket til Nasjonal e-helseportefølje](#).

Videreutvikling av sentrale helseregistre

Legemiddelregisteret (LMR) ble etablert i 2022 og er den fremste kilden til legemiddeldata i Norge for sekundærformål som forskning og helseanalyse. Det jobbes med å utvikle og etablere gode og effektive løsninger for tilgjengeliggjøring av data til forskere, myndigheter, helsepersonell og andre aktører. Legemiddelregisteret skal videreutvikles til å kunne ta imot og behandle opplysninger om legemiddelbruk i institusjon på individnivå ved at data skal hentes fra behandlingsstedenes elektroniske kurveløsninger med avtalt frekvens. Det skal etableres en løsning for å gi legemiddelrekvirenter tilgang til rapport om egen forskrivning av antibiotika sammenlignet med andre rekvisitter, med formål om forbedret antibiotika forskrivning og redusert antibiotika resistensutvikling.

Dødsårsaksregisteret (DÅR) skal videreutvikles med innføring av elektronisk innmelding av obduksjoner. Dette vil erstatte dagens papirløsning med en digital løsning noe som vil bidra til raskere og enklere innmelding for helsepersonell, ressursbesparelser og bedre kvalitet på data.

Medisinsk fødselsregister (MFR) skal utvide datagrunnlaget med innhenting av nye data om kunstig befruktning (ART) og fosterdiagnostikk. Det har lenge vært et ønske fra det medisinske fagmiljøet i klinikken om bedre data knyttet til ART i MFR. Dette vil også bidra til at helsemyndighetene kan følge med på konsekvensene av nylige endringer i bioteknologiloven. De nye elektroniske meldingene vil også bidra til bedre personvern.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) skal utvides med data fra helsestasjon- og skolehelsetjenesten, tannhelsetjenesten samt oppdatert innhold og økt frekvens på innsending fra helse- og omsorgstjenestene. Knyttet til denne utvidelsen piloteres innsending av data på ny plattform tilpasset daglig innsending fra journalsystemer og som enkelt kan skaleres med nye tjenestoområder. KPR er også beriket med data fra KUHR, og via tjenesteportalen for helseaktører får leger tilgang på statistikk for allmennlegetjenester fra KPR og statistikkene brukes aktivt i allmennlegers kvalitetsarbeid.

I veikartet for nasjonal e-helsestrategi synliggjøres flere sentrale registre der det er pågående videreutvikling, disse er også fulgt opp som [tiltak i Nasjonal e-helseportefølje](#).

Utlevering av helsedata

Helsedataservice med [helsedata.no](#) skal være den naturlige og foretrukne inngangen for de som trenger tilgang til helsedata. Dette kan for eksempel være forskere, offentlige og private virksomheter, journalister, studenter på høyere nivå mm. Helsedataservice vil som kontaktpunkt for de som trenger disse opplysningene gi en enklere og mer forutsigbar prosess og søkere å data slipper å forholde seg til mange ulike aktører. Helsedataservice vil, som navet i prosessen fra søknad til utlevering, ha mulighet til å drive med kontinuerlig forbedring til glede for brukerne.

Viktige trinn i tjenesten er helsedata.no med veiledere, variabelliste og felles søknadskjema, helsedataservice som sentralt mottak som kan gi råd og fatte vedtak for søknader og helsedataservice som front i en mer effektiv og sikker utleveringsprosess i samarbeid med registerforvalterne og leverandører av analyserom. Det pågår arbeid i EU for å definere krav til sikre analyserom og datatransport.

Tilgang til søknadsfrie data er en viktig tjeneste og samarbeid med microdata.no som eies av SSB og Sikt er en satsning som på sikt vil kunne mange synergier.

Tverrsektorielt samarbeidsprosjekt jobber med å etablere et felles veikart som viser prioriterte tiltak i utvikling av tjenester innenfor bruk av helsedata.

Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Digital samhandling, styrket informasjonsforvaltning og økt standardisering skal sørge for at oppdaterte helseopplysninger er sikre, av god kvalitet og lett tilgjengelig ved behov. Dette vil legge til rette for en mer aktiv innbygger, bedre og mer effektiv helsehjelp samt bedre datanalyser til kvalitetsforbedring, helseovervåking og styring.

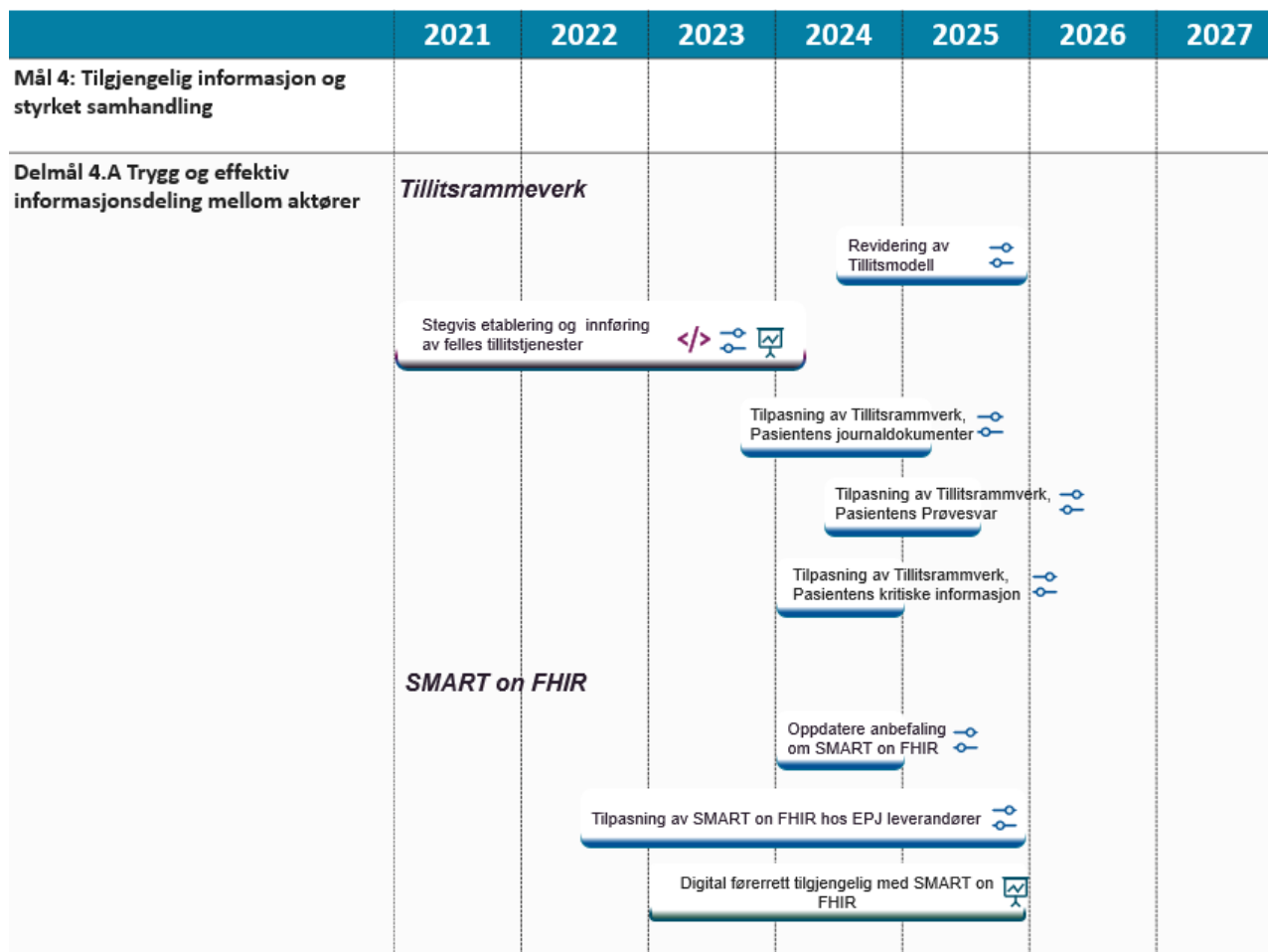
Det er etablert et solid grunnlag for digital samhandling i helse- og omsorgssektoren, men det er fortsatt utfordringer knyttet til kvalitet, strukturering, tilgjengelighet og helhetlig informasjonsforvaltning. Sammen med bestemmelser i regelverk, påvirker dette deling og utnyttelse av helsedata. Det er flere sentrale pågående programmer og prosjekter som adresserer en del av disse problemstillingene.

Utfyllende beskrivelse av Mål 4 er beskrevet på ehelse.no og pågående delmål er vist nedenfor.

Delmål 4.A: Trygg og effektiv informasjonsdeling mellom aktører



Digital samhandling, styrket informasjonsforvaltning og økt standardisering skal sørge for at helseopplysninger kan deles mellom aktørene. Dette vil legge til rette for en mer aktiv innbygger. Bidra til at helsepersonell får enkel og sikker tilgang til relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasient og bruker. I tillegg vil det legge til rette for bedre dataanalyser til kvalitetsforbedring, helseovervåking og styring.



Figur 17 Pågående veikartsaktivitet innenfor delmålet trygg og effektiv informasjonsdeling mellom aktører

Tillitsrammeverk

Samhandlingstjenester som deling av pasientens journaldokumenter, forutsetter etablering av et nasjonalt tillitsrammeverk. Dette er under etablering av Norsk Helsenett SF. Deling av pasientens journaldokumenter via kjernejournal har blitt prøvd ut i Helse Sør-Øst RHF (med Oslo universitetssykehus som dokumentkilde) og Helse Nord RHF (med samtlige helseforetak som dokumentkilde) i perioden november 2020 til februar 2021 (Norsk Helsenett, 2021). Enkelte leger og sykepleiere ved utvalgte legevakter, kommunal akutt døgnenhet, sykehus og fastleger fikk tilgang til ulike typer journaldokumenter fra sykehus i sin region

Utprøvingen har vist at løsningen må styrkes slik at HF og andre kilder som produserer dokumenter kan ivareta sin rolle som dataansvarlige. For å verifisere at kun helsepersonell med tjenstlige behov, og behandlerrelasjon til pasienten får gjøre oppslag, er det behov for å sende ytterligere informasjon av betydning for tilgangen. Dette behovet ivaretar Norsk Helsenett ved etablering av tillitsrammeverk som skal gjøre informasjonsutveksling mellom aktører i helsesektoren enklere og sikrere. Spesifikasjonene for tillitsrammeverket foreligger i første versjon.

Tillitsrammeverket blir generisk og skal kunne understøtte ulike tjenester hvor det kreves tillit mellom aktørene. Det er Pasientens journaldokumenter som først vil prøve ut tillitsrammeverket og ta det i bruk, i 2024. EPJ-leverandørene må tilpasse bruk av tillitsrammeverket før begrenset utprøving kan starte på hvert område.

Tillitsrammeverket utvikles i tråd med tillitsmodellen beskrevet av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet gjennomfører en revisjon av tillitsmodellen basert på erfaringene fra etablering og utprøvingen av informasjonstjenester og tillitsrammeverk i sektoren.

SMART on FHIR

SMART on FHIR er et integrasjonsrammeverk basert på åpne spesifikasjoner som ble utviklet i samarbeid mellom Boston Children's Hospital og Harvard Medical School, med støtte fra amerikanske myndigheter. Rammeverket brukes nå av mange sykehus i USA. Rammeverket er basert på velkjente teknologier fra internett og helse, inkludert HTML, JavaScript, OAuth, REST og HL7 FHIR. SMART on FHIR bruker FHIR-basert REST og FHIR innholdsmodeller til å kommunisere mellom webapplikasjonen og pasientjournalssystemet.

FHIR-grensesnittene og FHIR standardene som brukes av webapplikasjoner i SMART on FHIR kan potensielt gjenbrukes av andre integrasjoner enn webapplikasjoner, med eventuelle tilpasninger i sikkerhetsmekanismene. SMART on FHIR gjør det mulig for kliniske fagsystemer å tilrettelegge for at eksterne webapplikasjoner kan bli integrert inn i brukerflaten, med felles pålogging, delt pasientkontekst og dataintegrasjon. Det blir mulig for en applikasjonsleverandør å lage applikasjoner som kjører på EPJ'er fra forskjellige leverandører, uten å måtte utvikle spesielt per EPJ. SMART-applikasjonen kan hente ut og vise data fra EPJ og andre datakilder, og gir mulighet til å tilpasse brukerflaten til spesifikke brukerbehov. Rammeverket legger til rette for at en slik dataintegrasjon kan skje på enklere tvers av forskjellige leverandører. Med SMART on FHIR kan man åpne for at eksterne miljø kan tilby verktøy og visualiseringsmodeller direkte integrert med kliniske fagsystemer som del av forskningsprosjekt, for eksempel vekstkurver, risikokalkulatorer og andre nye diagnoseverktøy.

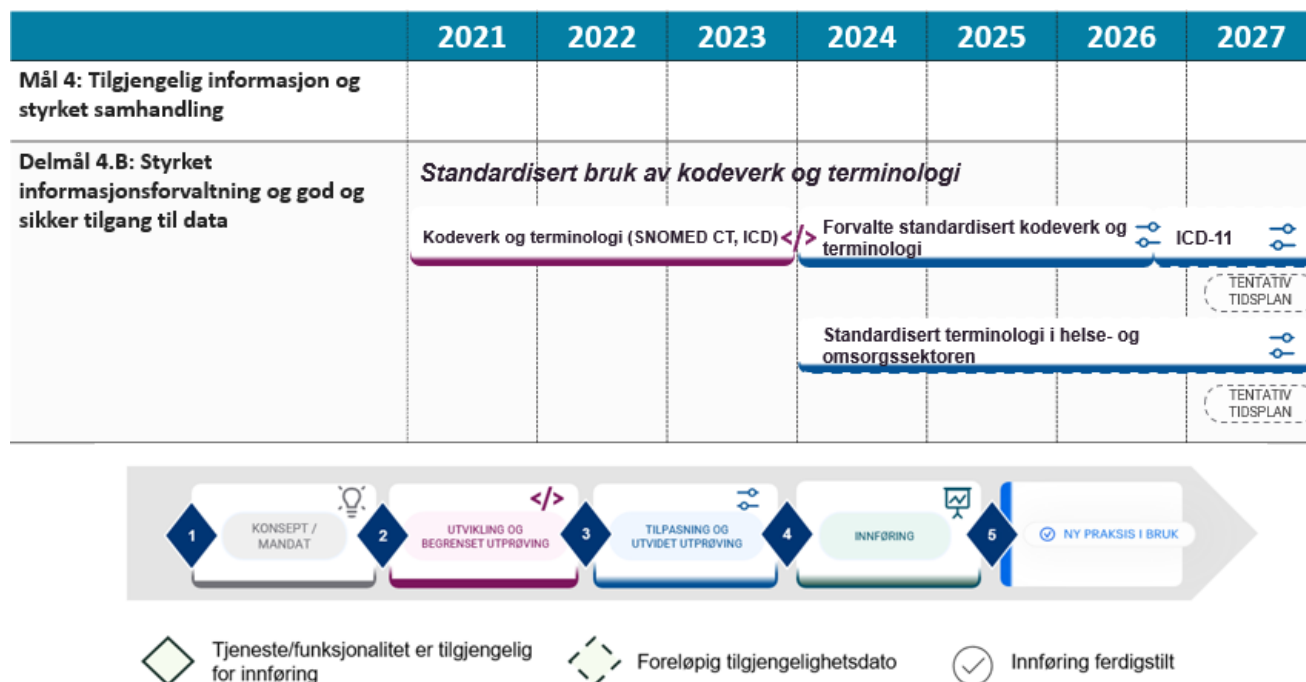
SMART on FHIR tilbys av flere leverandører og er i kommersiell bruk i flere land. Erfaring og undersøkelser fra disse prosjektene kan brukes til å tilpasse rammeverket og gi viktig læring for åpning av integrasjon med eksterne applikasjoner i EPJ i Norge.

Delmål 4.B: Styrket informasjonsforvaltning og god og sikker tilgang til data

For å lykkes med de strategiske målene og delmålene er det nødvendig med en helhetlig informasjonsforvaltning som sikrer enhetlig og god bruk av data på tvers. Informasjonsforvaltning legger til rette for samhandling og økt datakvalitet gjennom forutsigbar forvaltning av begrepsdefinisjoner, modeller, kodeverk og terminologier. Det pågår arbeid med informasjonsforvaltning, automatisert innrapportering og tilgang til data for sekundærbruk hos flere aktører i sektoren.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet konkretisert det nasjonale ansvaret for **begrepharmonisering, normering og innføring av standardisert språk**, oppdatert status på anbefalinger som inngår i utviklingsretningen og utarbeidet planer for videre arbeid for automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre. Arbeidet ble utført i samarbeid med utvalgte sektorrepresentanter og har vært i rådsmodellen (NUFA og NUIT) flere ganger i 2022. Det er utarbeidet en prosess som beskriver ansvarsdelingen mellom aktørene i arbeidet med harmonisering og normering av variabler. Denne prosessen benytter Samarbeidsmodell for internasjonale standarder og **Forvaltningsmodell for normerende produkter** som utgangspunkt for å beskrive hvordan begrepharmonisering og normering skal gjennomføres. Arbeidet ble levert til HOD i desember 2022.

Innføring av standardisert terminologi, kodeverk og registervariabler som settes i sammenheng med hverandre – et felles språk – vil bidra til bedre samhandling ved at helsefaglige opplysninger kan dokumenteres, formidles, forstås på en entydig måte, og gjenbrukes til det formålet de er beregnet på (Direktoratet for e-helse, 2023). Felles standardisert språk skal bidra til bedre samhandling ved at helsefaglige opplysninger kan dokumenteres, formidles og forstås på en entydig måte. Modernisering av journalløsningene (mål 2), strukturering av data og arbeidet med felles standardisert språk er viktige forutsetninger for å gjøre dette. For at arbeidet med informasjonsdeling og strukturering av journal skal lykkes, er det en forutsetning å utvikle/ tilpasse og ta i bruk både informasjonsstandarder, kodeverk og terminologier. Harmonisering av kliniske variabler som benyttes både til primær- og sekundærbruk er også viktig for å unngå dobbeltregistreringer og effektiv innsamling av data.



Figur 18 Oversikt over aktivitet innen delmålet styrket informasjonsforvaltning og god og sikker tilgang til data for sekundærbruk

Standardisert bruk av kodeverk og terminologi

Helsepersonell benytter kodeverk og terminologi til å registrere helseinformasjon på en standardisert måte, eksempelvis med SNOMED CT eller ICD-10.

Program kodeverk og terminologi har i samarbeid med Helseplattformen utviklet første versjon av et «felles språk» for helse- og omsorgstjenesten i Norge, basert på SNOMED CT terminologien. Ved å ta i bruk SNOMED CT med kobling til andre kodeverk vil dette bidra til mer presis dokumentasjon som registreres én gang først og fremst bidra til behandling av pasienten gjennom mer presis dokumentasjon som registreres en gang. Det gir også grunnlag for bedre samhandling mellom pasienter og helsepersonell, mellom helsepersonell i en virksomhet og mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren (Direktoratet for e-helse, 2023).

Fra 2023 skal prosessen for harmonisering og normering av variabler operasjonaliseres gjennom utprøving av aktiviteter og ansvarsdeling. Dette omfatter blant annet samhandlingsstrukturer- og arenaer på tvers av aktører og nivå, prinsipper for valg av variabler som skal harmoniseres og normeres, og hvordan harmoniseringsarbeidet kan knyttes opp mot pågående aktiviteter.

Helse Midt-Norge har ved produksjonssetting av Helseplattformen i 2022 tatt i bruk strukturert journal bygget på SNOMED CT innenfor områdene legemidler, pleieplaner, medisinske kvalitetsregistre, funn/diagnose, virkestoffer og allergier. Helse Midt-Norge vil fortsette å ta i bruk standardiserte språk på andre områder etter hvert som nye områder blir klargjort for ibruktakelse.

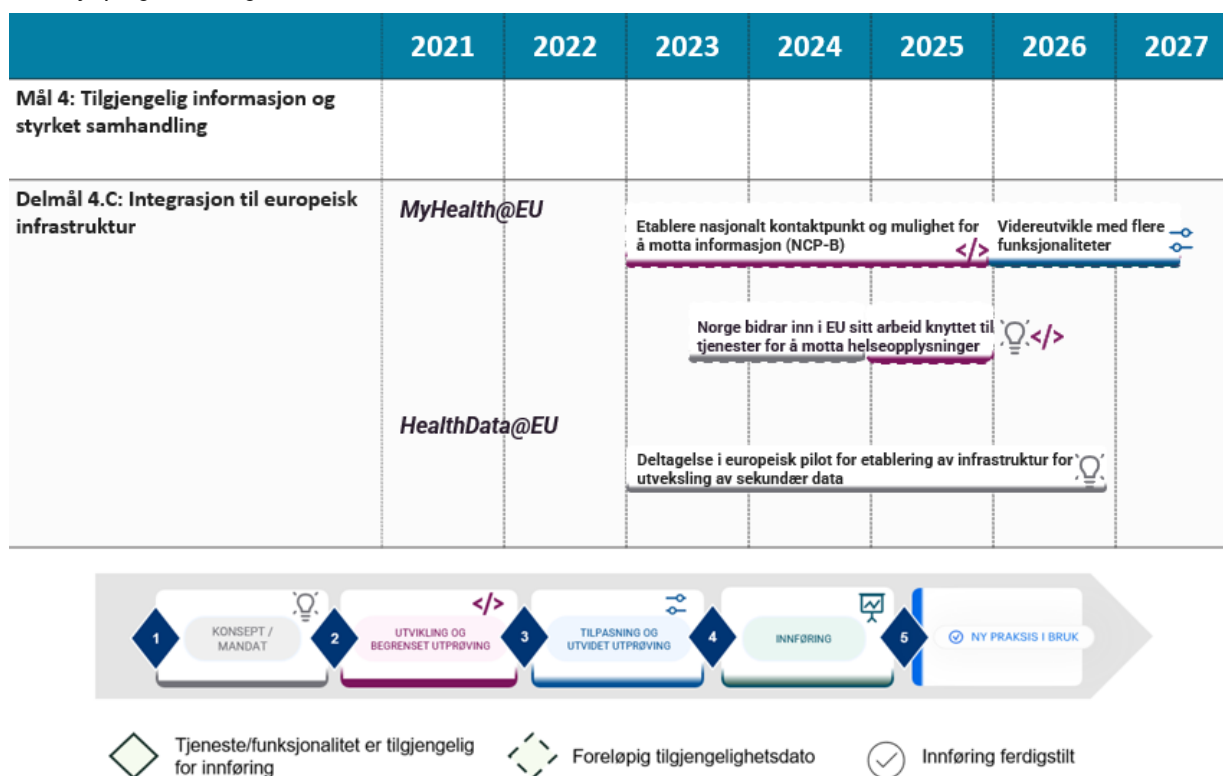
Helsedirektoratet har startet en utredning av overgang fra ICD-10 til ICD-11. Utredningen er utløst av at WHO har lansert ICD-11 som erstatning for ICD-10. Videre at helsesektoren etterspør et medisinskfaglig oppdatert kodeverk. Den aller viktigste endringen fra ICD-10 til ICD-11 er at den har innhold og struktur som speiler moderne medisinsk forståelse og kunnskap om sykdommer. Den andre viktigste endringen er at ICD-11 leveres og forvaltes på en [heldigital plattform](#) som leveres av WHO.

En overgang fra ICD-10 til ICD-11 er et komplekst prosjekt. ICD-10 inngår i en rekke arbeidsprosesser og digitale systemer, og overgangen vil berøre mange aktører (virksomheter). I sum betyr dette omfattende endringer som betyr at mange aktiviteter må koordineres og mange virksomheter må komme til enighet. Det vil derfor ta lang tid å gjennomføre overgangen. I første omgang utredes hvilke endringer som må gjøres, også tas det sikrer på at de første kan begynne å ta i bruk ICD-11 fra 2027.

De regionale helseforetakene vil fortsette å prioritere utvikling av standardisert språk innen områdene medisinske kvalitetsregistre, legemidler, pleieplaner og deler av klinisk beskrivelser (Helse Midt-Norge RHF, Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering 2022, 2022).

Delmål 4.C: Samhandling på tvers av landegrenser i EU

EU har tydelig ambisjoner om å styrke det europeiske samarbeidet på e-helseområdet. Motivasjonene er blant annet å kunne håndtere fremtidige helseberedskapssituasjoner bedre, ved å legge til rette for utveksling av data til helsehjelp og forskning.



Figur 19 Veikart som synliggjør Norges aktivitet knytte til europeisk infrastruktur

MyHealth@EU

Det pågår arbeid med Norges tilknytning til MyHealth@EU. Ambisjonsnivået i minimumsløsningen omfatter etablering av en nasjonal infrastruktur (NCP-B: norsk kontaktpunkt) for å koble Norge til den europeiske infrastrukturen for innhenting av helseopplysninger knyttet til EU-borgere.

For å komme i gang med norsk deltakelse i det europeiske samarbeidet vil det etableres en minimumsløsning hvor norsk helsepersonell kan bruke for å spørre om helseopplysninger tilhørende EU-borgere. I første omgang vil dette være helseopplysninger knyttet til tjenestene ePrescription og Patient Summary.

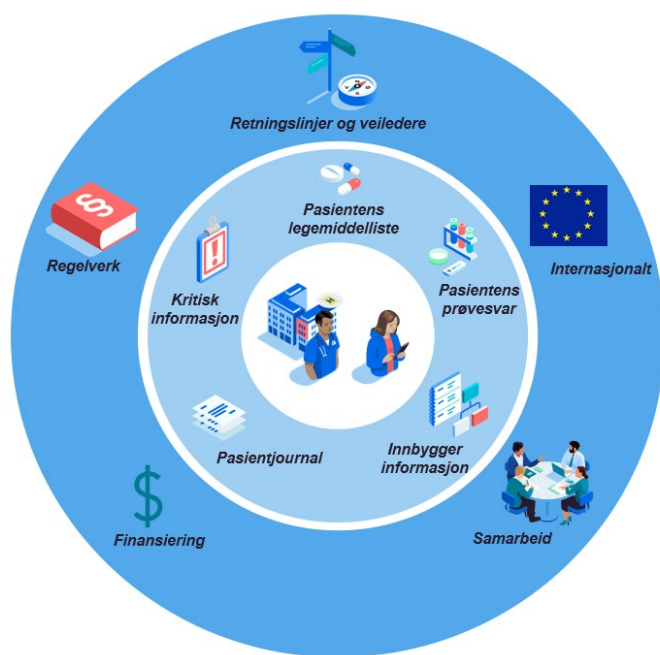
Utenlandsk helsepersonell i EU sin tilgang til helseopplysninger om norske pasienter, inngår ikke i omfanget av det pågående prosjektet. Les mer om [MyHealth@EU på Helsedirektoratets hjemmesider](#).

HealthData@EU

HealthData@EU er et forslag til en ny desentralisert infrastruktur for helsedata til sekundærformål som skal gjøre det mulig å dele analyseresultater på tvers av landegrenser i EU. I perioden 2022 - 2024 gjennomfører EU en pilot på denne infrastrukturen, og Norge deltar. Formålet med piloten er å kartlegge og teste modenhet og rammer for en europeisk infrastruktur for helsedata til sekundære formål, og knytter sammen et nettverk av nasjonale noder med europeisk institusjoner og forskningsinfrastruktur.

Les mer om [HealthData@EU på Europa kommisjonens hjemmesider](#).

Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft



Gjennomføringskraften på e-helseområdet skal styrkes gjennom økt samarbeid og bedre bruk av virkemidler som regelverk og finansieringsmodeller. Dette vil gi en samordnet og helhetlig e-helseutvikling som gir gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

Samarbeid på e-helseområdet har utviklet seg de siste årene, med etablering av flere viktige samarbeidsarenaer. Disse må videreutvikles og brukes målrettet, også med strukturert involvering av innbyggere og helsepersonell. Det er utviklet samstyringsprinsipper som innebærer at samarbeidet mellom stat og kommune må bygge på likeverdighet slik at kommunal sektor har reell innflytelse. Det bør legges til rette for bedre samarbeidsmodeller og økosystem på

tvers av offentlige sektorer, næringsliv og med sivilsamfunn.

E-helseutviklingen har i for liten grad vært basert på dokumentert kunnskap, og forskningsmiljøer har ikke blitt systematisk involvert. Det har de siste årene vært økt internasjonalt innsats på e-helseområdet og det blir nødvendig å styrke innsatsen på det internasjonale samarbeidet fremover, spesielt med EU og Norden. Videre er det behov for at det arbeides aktivt med at regelverk i større grad utvikles i takt med nye digitaliseringsbehov og at finansieringsmodeller skaper forutsigbarhet for aktørene samt gir fleksibilitet og insentiv for effektivisering. Utfyllende beskrivelse av Mål 5 er beskrevet på ehelse.no og pågående delmål er vist nedenfor.

Delmål 5.A: Forordningsforslaget Europeiske helsedataområdet (EHDS), fremme sikker tilgang og utveksling av helsedata på tvers av landegrensler

EU ønsker å legge til rette for at innbyggere kan ta større kontroll over egne helsedata, fremme et indre marked for digitale tjenester- og produkter, og skape en sikker og effektiv ramme for bruk av helsedata til forbedring av helsetjenesten, forskning, innovasjon og regelverksutforming.

Målet er å fremme sikker tilgang til og utveksling av helsedata på tvers av landegrensler i EU. Dette vil gi innbyggere tilgang til og kontroll på sine egne helsedata, fremme indre marked for digitale helsetjenester- og produkter, og tilrettelegge for sikker og effektiv ramme for bruk av helsedata til forskning, innovasjon, politikkutforming og regulering.

Følge opp behandling av EHDS forordningsforslaget i EU-parlamentet og vurdere konsekvenser lovendringer vil ha for Norge. Implementering av forordningsforslaget vil innebære behov for endring i flere norske lover. Les mer om [EHDS på Europa kommisjonens hjemmesider](#).

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrer gjennomføringskraft							
Delmål 5.A Forordningsforslaget Europeiske helsedataområdet (EHDS), fremme sikker tilgang og utveksling av helsedata på tvers av landegrensener		<i>Bistå og benytte EHDS vedtak</i>		Forhandling i EU	Overgangsordning		
				EHDS er vedtatt			



Figur 20 Veikart for aktivitet knyttet til EHDS

Delmål 5.B: Regulatorisk veiledning for økt gjennomføringskraft

Manglende og ulik forståelse av regelverk om behandling av helseopplysninger oppleves av sektor som et hinder for digitalisering og samhandling. Regelverket oppleves som krevende å sette seg inn i og det legges til grunn ulike tolkninger. Det gjelder blant annet ved digital samhandling og deling av helseopplysninger ved helsehjelp mellom ulike virksomheter. Les mer om [regelverk på Helsedirektoratets hjemmeside](#).

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrer gjennomføringskraft							
Delmål 5.B Regulatorisk veiledning for økt gjennomføringskraft		<i>Veiledning innen deling av helseopplysninger</i>					
				Utarbeid, publisere og planlegge			
		Faste samarbeidsmøter mellom jurist i Hdir, Htil og NHN					



Figur 21 Oversikt over aktivitet som skal øke forståelsen av handlingsrommet i eksisterende regelverk og dekke behov for regelverksutvikling

Veiledning innen deling av helseopplysninger

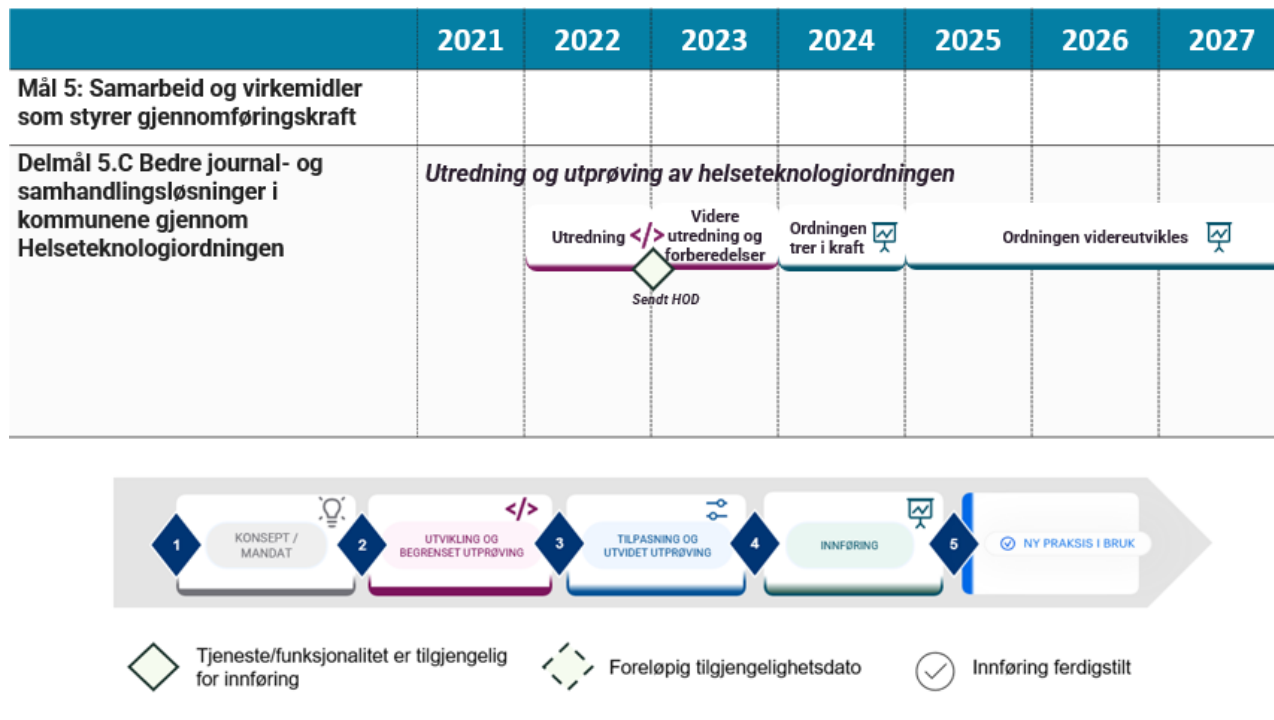
For å sikre felles forståelse av handlingsrommet i gjeldende rett, er det behov for mer regulatorisk veiledning til sektor. Dette vil også kunne bidra til å avdekke behov for regelverksendringer.

Hesledirektoratet vurderer tiltak som kan være egnet til å øke forståelsen av handlingsrommet i eksisterende regelverk og samtidig avdekke behov for regelverksendringer på et tidlig tidspunkt.

Delmål 5.C: Bedre journal- og samhandlingsløsninger i kommunene gjennom Helseteknologiordningen

Målet med Helseteknologiordningen er å gi drahjelp til og avlaste risiko for kommuner som går foran og tar initiativ til å investere i helseteknologi som journalløsninger og velferdsteknologi, gjerne sammen med andre kommuner. Ordningen skal bidra til å stimulere kommunene til å samordne seg, bidra til mer forutsigbarhet for leverandørene og legge til rette for teknologiinvesteringer. Helseteknologiordningen kan være en viktig støtte til arbeidet i kommunene med å ta i bruk helseteknologi, og til å løse noen av utfordringene på journalområdet. Den viderefører ambisjonene på velferdsteknologiområdet og skal styrke arbeidet med standardisering. Standardisering, normering og veiledning skal bidra til at kommuner og leverandører har tydelige krav og rammer å forholde seg til.

Helseteknologiordningen skal bygges ut over tid, og den skal bidra til at helseteknologi kommer i drift heller enn å starte nye piloteringer. Helseteknologiordningen består av ulike virkemidler, blant annet etablering av en veiledningstjeneste for helseteknologi, søknadsbasert tilskuddsordning for kommunene, tilskudd til nettverk i kommunene, støtte til standardiseringsarbeid og prosessveiledning.



Figur 22 Oversikt over aktivitet inne delmålet utredning og utprøving av helseteknologiordningen

Utredning og utprøving av helseteknologiordningen

Helseteknologiordningen for anskaffelser av bedre journalløsninger og innføring av velferdsteknologi er etablert med formål om å styrke kommunenes kundemakt og avlaste risiko for kommuner som går foran. Oktober 2023 ble første av tre tilskuddsordninger åpen for kommuner som ønsker å søke støtte til anskaffelse eller innføring av bedre journalløsninger. Les mer om [Helseteknologiordningen på Helsedirektoratets hjemmesider](#).

Kapittel 3

Kandidater til Veikart for nasjonal e-helsestrategi

3. Kandidater til Veikart for nasjonal e-helsestrategi

Kandidater til mål 2

Legemiddelområdet – Digital legemiddelhåndtering

Legemiddelområdet er sammensatt, og med store digitaliserings- og samhandlingsbehov. Digitalisering er ett av flere tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk og øke pasientsikkerheten i helse- og omsorgssektoren. Digitale verktøy skal støtte oppgavene i legemiddelhåndteringen, og det er særlig behov for bedre system knyttet til klargjøring og utdeling av legemidler (Direktoratet for e-helse, 2024).

Det er i 2022 gjennomført et forprosjekt hvor det er kartlagt utfordringer og behov knyttet til legemiddelhåndtering. På bakgrunn av funnene er det utarbeidet anbefalinger for videre arbeid i regi av KS og samstyingsstrukturen i kommunal sektor. Ambisjonene er å etablere prosjekt for samordning og sammenstilling av felles behov knyttet til digital funksjonalitet som støtter tilberedning, klargjøring og utdeling av legemidler i 2023. Vurdere digitaliseringstiltak som virkemiddel for å møte kartlagte behov også i andre deler av legemiddelkjeden i 2023 – 2023, og starte utprøving og innføring av anbefalte tiltak i 2024 – 2025 (Direktoratet for e-helse, 2024). [Les mer som Digital legemiddelhåndtering på ehelse.no](#)

Pasientens målinger tilgjengelig på tvers av tjenestenivå

Kliniske målinger som blodtrykk, puls og oksygenmetning m.fl. er vesentlige for å komme frem til riktig diagnose, og for å følge effekt av behandling. Slike målinger gjennomføres de fleste steder pasienten er i kontakt med helsepersonell. Ofte er det nyttig å samle mange målinger, fra ulike steder og å kunne følge dem over tid. Ved behov for øyeblikkelig hjelp er det viktig å følge slike målinger time for time, og på tvers av ulike aktører i akuttmedisinsk kjede. Derfor er det behov for å utveksle utvalgte målinger på tvers av aktører i helsetjenesten, både av nye og gamle målinger.

Pasientoverganger mellom aktører som yter helsehjelp kan også medføre en risiko for pasientsikkerheten (Helsedirektoratet, 2022) fordi informasjon ofte går tapt i overføringer mellom aktørene. Tilgjengeliggjøring av målinger trengs både i overgangen mellom kommunale tjenester og sykehus, men også mellom virksomheter som leverer tjenester i en kommune, eksempelvis i overgang fra sykehjem til legevakt.

Bedre digital samhandling kan oppnås gjennom modernisering av journalsystemer, men det også behov for flere aktiviteter som bidrar til bedre samhandling. KS sammen med samarbeidspartnere starter med en begrenset utprøving av tjenester for informasjonsdeling og samhandling innad og mellom kommuner og med spesialisthelsetjenesten. Pasientens NEWS2- målinger er valgt som ett av to utprøvingstiltak (Direktoratet for e-

helse, 2023). NEWS2 er et sammensatt scoringsverktøy som inkluderer målinger som telling av pustefrekvens, måling av oksygenmetning og blodtrykk. Kliniske målinger brukes imidlertid i mange andre sammenhenger også, utenom scoringer.

Kandidater til mål 4

Legemiddel grunndata som forutsetning for tryggere, enklere og bedre legemiddelbehandling i hele helse- og omsorgssektoren

Mangel på felles, enhetlige og strukturerte legemiddelgrunndata gir utfordringer ved samhandling og manglende funksjonalitet i fagsystemene. Lokal og regional forvaltning av ulike kilder er ressurskrevende, øker risiko for feil og utfordrer pasientsikkerheten. Målet er at alle som behandler legemiddelopplysninger digitalt, bruke felles grunndata om legemidler. Dette vil støtte gjenbruk og samhandling på tvers av fagsystemer og omsorgsnivåer. Det pågår arbeide med å utrede behov og omfang for legemiddel grunndata, og beskrive hvordan SLV sin DELE-plattformen kan bidra i en fremtidig målarkitektur. Det er viktig å koordinere med det europeiske arbeidet rundt legemidler, og den internasjonale IDMP standarden. Relasjoner mellom informasjonselementene SAFEST og FEST skal fremkomme i denne beskrivelsen, samt hvordan disse kan ivaretas i DELE-plattformen (Direktoratet for e-helse, 2023). [Les mer om Legemiddel grunndata på ehelse.no](#)

Automatisert innrapportering til registre

Innrapportering til helseregistre er fragmentert ved stor variasjon i løsninger og grad av automatisering, rapporteringen er i dag i stor grad basert på manuell registrering i webbaserte skjemaer (Direktoratet for e-helse, 2022). Målsetningen er at data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåkning, styring og forskning, og at innrapportering til registre skal automatiseres i større grad enn i dag. Dette vil bidra til å redusere dobbeltregistrering og legge til rette for at innrapportering til helseregistre blir en del av helsepersonellens arbeidsprosesser (Direktoratet for e-helse, 2023).

Det pågår en rekke initiativ i sektoren i arbeidet med automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre (Direktoratet for e-helse, 2022). Hovedleveranser i 2023 har vært å samordne og koordinere arbeid med automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre, samt prøve ut prosessen for begrepharmonisering og normering av registervariabler. Behovene tilsier at arbeidet med disse leveransene bør videreføres. Det er ikke gjort avklaringer på omfang eller innretning.

Kapittel 4

Prosess og forankring

4. Prosess og forankring

Proessen med utarbeidelse av denne versjonen av Veikart for nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren startet i andre kvartal 2024. Veikartet er gjennomgått med samtlige aktører som rapportere til Nasjonal e-helseportefølje i porteføljekontaktmøter avholdt i juni og august 2024.

På bakgrunn av innspill fra aktørene er det gjennomført justeringen i veikartet for å reflektere aktørene planer og ambisjoner i påfølgende år. Veikartet er også revidert i tett samarbeid med fagansvarlige for de ulike strategiske målene i Helsedirektoratet.

Veikartet behandles i Rådsmodellen i tredje kvarte 2024.

I tabellen under presenteres en oversikt over møter med porteføljekontakter i aktuelle organisasjonene i forbindelsen med utarbeidelse av veikart for nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren.

Aktør		Dato
Helse Nord RHF	Porteføljekontaktmøte	10. juni
Helse Midt-Norge RHF	Porteføljekontaktmøte	11. juni
Helse Vest RHF	Porteføljekontaktmøte	10. juni
Helse Sør-Øst RHF	Porteføljekontaktmøte	11. juni
Folkehelseinstituttet	Porteføljekontaktmøte	13. juni
KS	Porteføljekontaktmøte	17. juni
Helse- og omsorgsdepartementet	Porteføljekontaktmøte	24. juni
Norsk Helsenett	Møte for kvalitetssikring av SFM	27. juni
Helsetjenestens driftsorganisasjon	Porteføljekontaktmøte	12. august

Kapittel 5

Figurliste og referanseliste

5. Figurliste og referanseliste

5.1 Figurliste

Figur 1 illustrerer hvordan Veikart for nasjonal e-helsestrategi sammen med Strategiske indikatorer utgjør plan for å realisere Nasjonal e-helsestrategi.....	5
Figur 2: Verdikjeden til Veikart for nasjonal e-helsestrategi.....	6
Figur 3 Illustrasjonen viser Veikart for fem tiltak en samlet sektor har prioritert gjennom Rådsmodellen, som skal bidra til sammenhengende pasient- og brukerforløp.....	8
Figur 4 Veikart for tilgjengeliggjøringen av lokale og regionale tjenester via Helsenorge. Siden variasjonen i status og planer er store for ulike aktører på Helsenorge, er også de ulike tjenestene illustrert med flere av fargene på fasene.....	12
Figur 5 Veikart med oversikt over pågående og planlagt aktivitet innen velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging i kommunene. I tillegg foregår det aktiviteter i helseregionene.	16
Figur 6 Datadeling mellom helsepersonell i ulike virksomheter.	17
Figur 7 Veikarter synliggjøre pågående og planlagt tilgjengeliggjøring av lokale og regionale tjenester for ungdom20	
Figur 8 Veikartet synliggjøre pågående aktiviteter som skal bidra til å redusere digitale barrierer	22
Figur 9 Veikart viser planer for utvikling, tilrettelegging og innføring av Helsekort for gravide	23
Figur 10 Veikartet viser modernisering og tilrettelegging av journaløsninger (EPJ-systemer) for datadeling ved innføring av strukturerte data, åpne API og felles språk.....	27
Figur 11 Gir en oversikt over innføring av kjernejournal, e-multidose og sentralforskrivningsmodul, som er viktig forutsetninger for innføring av Pasientens legemiddelliste.....	31
Figur 12 Veikartet gir en oversikt over plan for innføring av pasientens legemiddelliste.....	34
Figur 13 Veikartet viser en detaljert oversikt over leveranser og planer for deling av pasientens journaldokumenter, kritisk informasjon og pasientens prøvesvar.....	36
Figur 14 Figuren viser en oversikt aktører som innfører og videreutvikler data- og analyseplattformer.....	42
Figur 15 Veikart for bruk og utnyttelse av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten.....	43
Figur 16 Veikartet synliggjør noe av aktiviteten som foregår i helse- og omsorgssektoren som bidrar til bedre styring, forskning og smittevernberedskap	47
Figur 17 Pågående veikartsaktivitet innenfor delmålet trygg og effektiv informasjonsdeling mellom aktører	51
Figur 18 Oversikt over aktivitet innen delmålet styrket informasjonsforvaltning og god og sikker tilgang til data for sekundærbruk	53
Figur 19 Veikart som synliggjør Norges aktivitet knytte til europeisk infrastruktur.....	54

Figur 20 Veikart for aktivitet knyttet til EHDS	57
Figur 21 Oversikt over aktivitet som skal øke forståelsen av handlingsrommet i eksisterende regelverk og dekke behov for regelverksutvikling	57
Figur 22 Oversikt over aktivitet inne delmålet utredning og utprøving av helseteknologiordningen	58

5.2 Referanser

- Ambulanseforum. (2023, 4 6). *Ambulansene i Finnmark får elektronisk ambulansjournal*. Hentet fra Ambulanseforum.no : <https://ambulanseforum.no/artikler/ambulansene-i-finnmark-far-elektronisk-ambulansjournal>
- Digitaliserings direktoratet. (2024, januar). <https://www.digdir.no/rikets-digitale-tilstand/tema-digital-utanforskap/3568>. Hentet fra Digdir.no: <https://www.digdir.no/rikets-digitale-tilstand/tema-digital-utanforskap/3568>
- Digiung. (2024). *Digital ungdomsportal*. Hentet fra Digiung.no: <https://www.digiung.no/digital-ungdomsportal>
- Digiung.no. (2023). *DigiHelsestasjon*. Hentet fra Digiung.no : <https://www.digiung.no/digi-helsestasjon>
- Direktoratet for e-helse . (2023). *Sluttrapport for kodeverk og terminologi*. Oslo: Direktoratet for e-helse.
- Direktoratet for e-helse. (2022). *Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre*.
- Direktoratet for e-helse. (2023). *Elektronisk helsekort for gravide* . Oslo: Direktoratet for e-helse.
- Direktoratet for e-helse. (2023). *Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemet og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger*. Oslo: Direktoratet for e-helse.
- Direktoratet for e-helse. (2023). *Legemiddel grunndata*. Hentet fra ehelse.no: <https://www.ehelse.no/publikasjoner/plan-for-digitalisering-pa-legemiddelområdet/legemiddel-grunndata>
- Direktoratet for e-helse. (2023, 05 25). *NUIT prioriteringsutvalget*. Hentet fra ehelse.no: https://www.ehelse.no/r%C3%A5d-og-utvalg/nuit-prioriteringsutvalget/_/attachment/download/ef477111-2ed0-48a8-90fb-ecce0805abd9:592c4f4fae15c8d48638cb64001808519baef797/Referat%20NUIT%2025.%20mai%202023.pdf
- Direktoratet for e-helse. (2023, 05 25). *NUIT prioriteringsutvalget*. Hentet fra ehelse.no: https://www.ehelse.no/r%C3%A5d-og-utvalg/nuit-prioriteringsutvalget/_/attachment/download/5db9358d-c8ab-4d14-8e82-c502f5efcd06:7ccb152a76a5551c65bca8512a36c31c2038fe29/Presentasjon%20m%C3%B8te%20i%20NUIT%2014.%20september%202023.pdf
- Direktoratet for e-helse. (2024). *Digital legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgssektor*. Hentet fra ehelse.no: <https://www.ehelse.no/publikasjoner/plan-for-digitalisering-pa-legemiddelområdet/digital-legemiddelhandtering-i-kommunal-helse-og-omsorgssektor>
- Felles kommunal journal interim AS. (2023). *Styringsdokument, Felles journalløft for kommuner*. KS.
- Folkehelseinstituttet. (2024). *Oversikt over sentrale helseregistre*. Hentet fra FHI.no: <https://www.fhi.no/hd/datatilgang/om-sentrale-helseregistre/>

- Folkehelseinstituttet. (u.d.). *Health Technology Assessments (HTA)*. Hentet fra Fhi.no: <https://www.fhi.no/en/kn/HTA/>
- Helse Midt-Norge. (2022). *Regional Utviklingsplan 2023-2026*. Hentet fra Helse Midt-Norge: <https://www.helsemidt.no/helsefaglig/utviklingsplaner>
- Helse Midt-Norge RHF, H. N.-Ø. (2022). *Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering 2022*.
- Helse Midt-Norge RHF, H. N.-Ø. (2023). *Felles plan 2023 IKT-utvikling og digitalisering*.
- Helse Nord. (2018). *Regional utviklingsplan 2035*.
- Helse Nord IKT. (2023). *Prehospital Elektronisk Pasientjournal for ambulansetjenesten i Helse Nord (P-EPJ)*. Hentet fra Helse Nord IKT : <https://www.helsenordikt.no/prosjekter/pre-epj/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Startskot for utprøving av digitalt helsekort for gravide, ei ny helseteknologiordning og satsning på digitlæ fellesløsninger*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/startskot-for-utproving-av-digitalt-helsekort-for-gravide-ei-ny-helseteknologiordning-og-satsing-pa-digitale-felleslosningar/id2996269/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.d.). *Endringer i helseregisterloven m.m. (tilgjengeliggjøring av helsedata)*.
- Helse Sør-Øst. (2024). *Helse Sør-Øst Regional data- og analyseplattform*. Hentet fra Helse Sør-Øst: <https://helse-sorost.fnsp.prep.nhn.no/no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/digitalisering-og-e-helse/regionale-ikt-prosjekter/regional-data-og-analyseplattform/>
- Helsedirektoratet. (2022). *Somatiske akuttmottak*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/somatiske-akuttmottak/innleggelse-av-pasienter-i-akuttmottak#akuttmottakene-bor-samarbeide-tett-med-de-instansene-som-henviser-pasienter-dit-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2023). *IKT-opplæring for å heve den digitale kompetansen blant eldre*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/ikt-opplaering-for-a-heve-den-digitale-kompetansen-blant-eldre#regelverk-mal-for-ordningen>
- Helsedirektoratet. (2023). *Omsorg 2022 - årsrapport: Velferdsteknologi i omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (u.d.). *Strategi for Helsedirektoratets sentrale helseregistre*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/strategi-for-helsedirektoratets-sentrale-helseregistre>
- Helsedirektoratet, D. f.-h.-Ø.-N. (2022). *Kunstig intelligens i helsetjenesten*.
- Helsenorge. (2023). *Kjernejournal*. Hentet fra Helsenorge.no: <https://www.helsenorge.no/kjernejournal>
- KS. (2019). *Digihelse i Drammen kommune*. Hentet fra KS.no: <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/meldinger-og-kalender-pa-helsenorge.no-digihelse/digihelse-i-drammen-kommune/>
- KS. (2019). *KS.no*. Hentet fra Vi har stor tro på at Digihelse vil gjøre hverdagen for innbyggerne våre enklere: <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/meldinger-og-kalender-pa-helsenorge.no-digihelse/-vi-har-stor-tro-pa-at-digihelse-vil-gjore-hverdagen-for-innbyggerne-vare-enklere/>
- KS. (2020). *Kommuner tar i bruk kjernejournal*. Hentet fra KS.no: <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/kommuner-tar-i-bruk-kjernejournal/>

KS. (2022). *DigiHelsestasjon - innføringshåndbok*. Hentet fra KS.no:
<https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digihelsestasjon/digihelsestasjon---innforingshandbok/>

Midt-Norge, H. (2024, april). *Regionalt helsedatasenter åpnet i Midt-Norge*. Hentet fra Helse Mide-Norge:
<https://www.helse-midt.no/nyheter/2024/regionalt-helsedatasenter-apnet-i-midt-norge/>

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. (2024). *Om medisinske kvalitetsregistre*. Hentet fra Kvalitetsregistre.no: <https://www.kvalitetsregistre.no/om-medisinske-kvalitetsregistre>

Norsk Helsenett. (2021). *Evalueringsrapport for utprøving av dokumentdeling i kjernejournal*. Oslo: Norsk Helsenett.

Norsk Helsenett. (2023). *Sentral forskrivningsmodul*. Hentet fra nhn.no:
<https://www.nhn.no/tjenester/sentralforskrivningsmodul>

Standard Norge. (u.d.). *Standardiseringskomiteer*. Hentet fra Standard.no:
<https://standard.no/standardisering/komiteer/komiteoversikt/>

Veikart for nasjonal e-helsestrategi 2021-2027

Utgitt

21.08.2024

Bestillingsnummer

[Bestillingsnummer]

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 7000 St Olavs plass
0130 Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon

810 20 050

Faks

24 16 30 01

Forsidefoto

[Navn fotograf/Byrånavn]

Design

[Designbyrå]

www.helsedirektoratet.no

Kapittel 5