

Referat fra møte i NUIT		
Møte	3/2024	
Dato	5. september 2024	
Tid	09:00 – 16:00	
Sted	Helsedirektoratet, Verkstedveien 1, Oslo	
Medlemmer	Mariann Hornnes (Helsedirektoratet) Kristin Brekke (Bergen kommune) Liv Heidi Brattås Remo Odd Ruud (Moss kommune / DigiViken) (Helsedirektoratet) Roger Schäffer (Folkehelseinstituttet) Ole Johan Kvan (Helse Sør-Øst RHF) Petter Brelin (Legeforeningen) Ole Jørgen Kirkeluten (Helse Vest RHF) Bente Christensen (Norsk Per Olav Skjesol (Helse Midt RHF) Sykepleierforbund) Bjørn Nilsen (Helse Nord RHF) Eva Buschmann (FFO) Asbjørn Finstad (KS) Bodil Rabben (Norsk helsenett SF) Terje Wistner (KS) Terje Jørgensen (Bodø kommune)	
Ikke til stede	Harald Sundt-Ohlsen (Oslo kommune) Anne-Lise Härter (Apotekforeningen) Jon Kirknes (Kreftforeningen)	
Stedfortreder	Solveig Tesdal, Oslo kommune, for Harald Sundt-Ohlsen Maren Krogh, Apotekforeningen, for Anne-Lise Härter Mario Gaarder, Kreftforeningen, for Jon Kirknes	
Helsedirektoratet	Lucie Aunan Karen Lima Bente Andersen Sundlo Vibeke Jonassen Wang Siv Ingebrigtsen	

Sak	Tittel på sak	Sakstype
28/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
29/24	Godkjenning av referatet fra NUIT 15. mai 2024	Godkjenning
30/24	Orientering fra Helsedirektoratet	Orientering
31/24	Plan for realisering av Nasjonal e-helsestrategi 2025	Drøfting
32/24	Helseteknologiordningen – etablering av veilednings- og godkjenningsordning	Drøfting
33/24	Virkemiddelstrategi for EPJ-utvikling	Drøfting
34/24	Erfaringer fra Pandemien og system for infeksjonsovervåkning (NORSURV)	Drøfting
35/24	Strategi for helsedata	Drøfting
36/24	ICD-11 – En første gjennomgang	Drøfting
37/24	Foreløpig anbefaling av nasjonal håndtering av legemiddelreaksjoner	Drøfting
38/24	Eventuelt	

Sak	Tema
<b>28/24</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	<b>Vedtak:</b> NUIT godkjenner innkalling og dagsorden.
<b>29/24</b>	<b>Godkjenning av referatet fra NUIT 15. mai 2024</b>
	Det kom ingen innspill til referatet som ble sendt ut med sakspapirene.
	<b>Vedtak:</b> NUIT godkjenner referatet fra NUIT 15. mai 2024.
<b>30/24</b>	<b>Orientering fra Helsedirektoratet</b>
	Vibeke Herikstad orienterte om <ul style="list-style-type: none"> <li>Foreldres digitale innsyn i barns pasientjournal</li> </ul> <b>Innspill:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>DigiHelsestasjon har gjort seg flere erfaringer det bør ses mot i dette prosjektet.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Barn og ungdom vil ofte at foreldrene skal vite hva som skjer med dem. Samtidig er det de tilfellene hvor innsyn for foreldre må hindres, som for eksempel ved tilfeller med fosterhjem, eller voldsbruk i hjemmet. Dette må systemene kunne ta hensyn til.</li> <li>○ Det var ønskelig at FFO ble påkoblet arbeidet, som representant for en gruppe som er mye i kontakt med helsevesenet. Helsedirektoratet kunne informere om at dette løftes inn til Helsedirektoratets Brukerråd for involvering og innspill.</li> <li>○ Behovene som ligger i foreldres digitale innsyn i barns pasientjournal må ivaretas, samtidig er det viktig med brukervennlighet for klinikerne, slik at de vet hva som blir vist.</li> </ul> <p>Lucie Aunan, Helsedirektoratet, orienterte om følgende saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hendelsen i e-resept  <b>Innspill:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kommunikasjon ut til alle aktører ved slike hendelser er viktig. Kommunene opplevde det som krevende å forstå hvordan dette traff de og hva de skulle gjøre.</li> <li>○ NUIT ønsker at Helsedirektoratet kommer tilbake med sak om læringspunktene etter denne hendelsen på et senere tidspunkt</li> </ul> </li> <li>• EHDS  <b>Innspill:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Det ble nevnt at NUFA har gitt klare signaler på behovet for bistand fra sektoren til dette arbeidet, så prosjektet må være tidlig ute slik at aktørene kan stille med de riktige ressursene.</li> <li>○ Er det tilstrekkelig med involvering og forankring i rådsmodellen?  Helsedirektoratet kommenterte at det er planer om en bredere involvering, utover rådsmodellen.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b>  NUIT tar sakene til orientering.</p>
<b>31/24</b>	<b>Plan for realisering av Nasjonal e-helsestrategi 2025</b>
	<p>Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet, orienterte NUIT om pågående prosess for å vurdere behov for å oppdatere strategien. Videre ble det en drøfting av årlig oppdatering av Plan for realisering.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NUT ga sin støtte til strategien, delmålene og indikatorene. Strategien er viktig for helsesektoren.</li> <li>• NUIT ga også sin støtte til porteføljestyringen. Den gir en god og viktig status på digitaliseringstiltakene i sektoren.</li> <li>• Strategien og handlingsplanen setter retning, men det bemerkes at sterkere styring med tydeligere prioriteringer kan være nødvendig. Det er viktig at vi bruker de rette virkemidlene og bruker de på rett måte.</li> <li>• Det er viktig med tydelighet i prioriteringene, ferdigstille det som er prioritert og satt i gang. Det er viktigst å gjennomføre Pasientens legemiddelliste.</li> <li>• Bør vi tydeliggjøre behovet for løsninger/konsept som støtter mer radikale endringer og ansvarfordelinger på tvers?</li> <li>• Fra kommunal sektor sitt ståsted er det mange foraer å delta i, noe som er krevende. Det oppfattes som en fragmentert styring.</li> <li>• Helse Nord spilte inn at det samiske perspektivet bør inn i strategien. Helse Nord har på oppdrag utformet en strategi på området.</li> <li>• Den nasjonale e-helsestrategien må ha en kobling til digitaliseringsstrategien til regjeringen. Dette vil vi se på når digitaliseringsstrategien blir offentlig.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategien reflekterer ikke i tilstrekkelig grad de utfordringene som kommunene står i. Det er usikkerhet knyttet til modernisering av EPJ-systemene og konsekvensene av det for kommunene.</li> <li>• Målingene og indikatorene må være konsistente. Vi kan ikke bytte indikatorene årlig.</li> <li>• Indikatorutviklingen må ikke kun knyttes til teknologien og løsningene, men også til effekten for helsesektoren.</li> <li>• Følgforskning er viktig å følge med på og der det er følgforskning så bør dette komme frem i oppfølgingen av strategien.</li> <li>• Vi må også forholde oss til at vi må måle det vi kan for å se om dette går riktig vei. Derfor er det viktig å få inn data fra Norsk helsenett SF. NUIT ga et tydelig signal om at bruken av de nasjonale e-hesløsningene må måles.</li> <li>• Selv om man avslutter noen indikatorer knyttet til Digital hjemmeoppfølging fordi de er oppnådd, så ble det understreket at det her skal komme nye indikatorer.</li> <li>• Spesialisthelsetjenesten ønsker at ventetidsløftet synliggjøres som en prioritert aktivitet.</li> <li>• Det må gjøres en risikovurdering av hva som er de største utfordringene knyttet til gjennomføring av tiltakene. Der handler det både om ressurser og finansering.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b>          NUIT stiller seg bak plan for realisering av e-helsestrategien 2025, med fremlagte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endringer i veikart</li> <li>• Plan for videreutvikling av strategiske indikatorer</li> </ul> <p>Innspill fra NUIT tas med i endelig Plan for realisering 2025.</p>
<b>32/24</b>	<b>Helseteknologi – etablering av veilednings- og godkjenningsordning</b>
	<p>Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi, som del av oppdraget med Helseteknologiordningen. En første minimumsversjon skal etableres innen 1. oktober 2025.</p> <p>Norunn Saure og Thor Steffensen, Helsedirektoratet, la frem saken for NUIT og ønsket innspill til gjennomføringen av dette arbeidet.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NUIT ga sin støtte til arbeidet. Samtidig er det en utålmodighet fra sektoren for å se stegvis realisering, raskest mulig.</li> <li>• Dette er et viktig arbeid. Sektoren kan spare masse ressurser, tid og penger. Er det noe vi kan få til raskt? Det er mye jobb, men lenge å vente. Det er viktig med god samhandling i sektor, ikke bare i de formelle foraene.</li> <li>• Dette må ikke bli for komplekst, og tillit står sentralt her. Oppfyllelse av sikkerhetskrav er et viktig tema i starten.</li> <li>• Det er et problem at det ikke er en nasjonal godkjenningsordning i dag.</li> <li>• Det ble stilt spørsmål om kravene til EHDS og om utenlandske aktører kan være med. Helsedirektoratet bekreftet at utenlandske aktører kan komme på. Videre er EU enig om krav til sertifisering innen interoperabilitet og sikkerhet. Det handler ikke bare om journalsystemer, men til alle systemer som inneholder denne type data.</li> <li>• Det ble understreket viktigheten av konsekvensvurdering av EHDS.</li> </ul> <p>Helsedirektoratet informerte om at detaljplanen ikke er ferdig. Innspillene fra møtet tas med videre slik at det kan planlegges for en trinnvis innføring. Det må vurderes om helsesektoren er omforent om hva kravene er og hvilke systemer som er gode nok.</p>
	<p><b>Vedtak:</b>          NUIT drøftet saken og ga innspill til hvordan arbeidet med godkjenningsordningen bør gjennomføres. Helsedirektoratet tar med seg innspillene gitt i møte i det videre arbeidet.</p>
<b>33/24</b>	<b>Virkemiddelstrategi for EPJ-utvikling</b>
	<p>Truls Losnegaard, Merete Lassen og Erik Hedlund, Helsedirektoratet, la frem saken i NUIT og ønsket medlemmenes syn på utfordringsbildet for EPJ-utviklingen, få innspill til hvordan</p>

utfordringene bør møtes, og hva som er hensiktsmessig virkemiddelbruk. NUIT fikk også en orientering om erfaringene fra NAV/Portal oppdraget.

**Innspill:**

- Flere av medlemmene i NUIT ga uttrykk for at analysen som ble presentert ikke helt treffer dagens situasjon. Gode grep er tatt som har bedret situasjonen noe.
- Flere av medlemmene kjenner seg ikke igjen i at leverandørene ikke har kapasitet, gjelder bare de gamle og "end of life"-systemer.
- EPJ-markedet fungerer, men ikke på de parameterne staten ønsker. For fastlegene er det tidsbruken i systemene som er blitt prioritert.
- Kommunal sektor opplever at leverandørene er veldig involvert nå. Leverandørene liker at kommunal sektor samler seg rundt rammer. Leverandørene ønsker å møte kommunene på deres behov. Men det oppstår usikkerhet hos leverandørene når flere prioriterer og prioriteringene spriker.
- Kommunene er blitt bedre på koordinering og prioritering. Samtidig er det fortsatt en del å hente der. Det er noe som må adresseres tydelig inn i kommunenes samhandlingsforaer.
- Leverandøravtalene må forbedres. Kommunene sitter i en situasjon hvor avtalene må reforhandles ved de minste endringene.
- Kommunene har behov for et økosystem innenfor pleie og omsorg for datadeling.
- Kommunene og spesialisthelsetjenesten må sette seg ned og sammen se på virkemiddelapparatet.
- Helse Sør-Øst RHF, Helse Nord RHF og Helse Vest RHF har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å samordne deres leverandør oppfølging. Det ble ikke reflektert i analysen som ble presentert.
- Det er fortsatt forsinkelser og utfordringer knyttet til integrering mot de nasjonale samhandlingsløsningene. Der har sektoren en felles utfordring.
- Vi må få inn leverandørstemmen og høre hvordan de ser på de utfordringene vår sektor har. Legeforeningen mener at EPJ-løftet har vært en god modell.
- Roller og ansvar er et viktig inngående spørsmål i dette. Det er helsevirksomhetene selv som må settes i stand til å utøve sin plikt, og ansvar i loven. Også når det kommer til EU lov. De som kjøper løsningene og de som forvalter kontraktene må understøttes og hjelpes, for å utøve det ansvaret. Store kommuner har bedre forutsetninger for å gjøre dette, enn de små kommunene. Det handler om å se hva som skal til for å understøtte kommunene sine behov og ansvar.
- Når det innføres godkjenningsordninger, må vi ta konsekvensen av det også. Noen vil falle utenfor.
- Leverandørmarkedet må rigge seg for en API-first-tilnærming, og Helsedirektoratet må følge opp med standarder på det. Helsedirektoratet informerte om at de har hatt dialog med flere leverandører. Det er bred enighet om API first,.. Samtidig er det områder som ikke er leverandørenes kjernevirksomhet, som noen andre må levere. Her kommer tredjepartsapplikasjoner inn i bildet med bruk av f.eks. portaler og SMART og FHIR. En slik tilnærming åpner opp for et marked, slik vi ser med f.eks. Google og Apple, dere flere leverandører kan bidra med utvikling av ny funksjonalitet. Det åpner også opp for nasjonale løsninger som en del av den kliniske arbeidsflaten når det er hensiktsmessig, eksempelvis for forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten.
- Er det noen muligheter knyttet til økonomiske virkemidler, statlig støtte til kommersielle aktører, det bør det ses nærmere på.

**Aksjonspunkt:**

- Helsedirektoratet kommer tilbake med sak til NUIT om NAV-oppdraget i 4. kvartal.

**Vedtak:**

Helsedirektoratet tar med seg NUITs innspill i det videre arbeidet.

34/24	<b>Erfaringer fra pandemien og system for infeksjonsovervåkning (NORSURV)</b>
	<p>Trine Orten Groven og Preben Aavitsland, Folkehelseinstituttet, orienterte om Folkehelseinstituttets erfaringsrapport fra pandemien, Folkehelseinstituttets svar på supplerende tildelingsbrev nr. 12 fra Helse- og omsorgsdepartementet om system for infeksjonsovervåking, samt EU-prosjektet NORSURV. Det var ønskelig med refleksjoner og innspill til arbeidet.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble stilt spørsmål om Folkehelseinstituttet får tilstrekkelig med data fra spesialisthelsetjenesten. Folkehelseinstituttet svarte at det jobbes med dataflyt fra RHF-ene til Norsk pasientregister (NPR).</li> <li>• EHDS er viktig å hensynta i dette arbeidet</li> <li>• Det er godt å se anbefalingene og tiltakene i sammenheng. Dette er også viktig for kommunal sektor.</li> <li>• Det ble stilt spørsmål om hva NUFA-møtet i slutten av august mente om saken. Folkehelseinstituttet svarte at NUFA var opptatt av kostnader og standardisering. Når det gjelder analysedelen er de i dialog med analysemiljøene i RHF-ene med mål om å kunne dele data med dem.</li> <li>• Det bør tilrettelegges for mest mulig automatisk innhenting av data. Folkehelseinstituttet kommenterte at de har fokus på å få mest mulig automatisert. Samlingen av registermiljøene hos Folkehelseinstituttet har bidratt til masse læring. Utviklingen av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) vil også bidra med data.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b>            NUIT oppfordrer FHI til å arbeide videre for å realisere målbildet, involvere relevante deler av helsetjenesten og helseforvaltningen underveis og komme tilbake til NUIT med en oppdatering om ett års tid.</p>
35/24	<b>Strategi for helsedata</b>
	<p>Folkehelseinstituttet fikk i tildelingsbrev for 2024 fra Helse- og omsorgsdepartementet oppdrag om å «lage en strategi for å utvikle og modernisere helseregistrene og for å hente ut gevinster av et samlet registermiljø».</p> <p>Ida Møller Solheim, FHI, la frem saken i møtet og ønsket NUITs innspill på utkast til strategiske mål og delmål for helsedatafeltet. Videre var det ønskelig å høre hvilke tiltak aktørene i sektor vurderte som nyttige vs. mindre nyttige innenfor de ulike strategiske målene, og få innspill til nye tiltak NUIT mente bør igangsettes.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dette er et veldig bra arbeid med god struktur.</li> <li>• Fint å se at innspill gitt tidligere er innarbeidet. Det er litt usikkerhet rundt tiltakene. Kan det være flere tiltak, og kan det prioriteres på andre områder?</li> <li>• Det blir viktig å sette gjennomføringskraft bak tiltakene, ved å jobbe mer med tiltakene enn målene fremover.</li> <li>• Er utfordringen med varierende datakvalitet belyst godt nok i strategien?</li> <li>• Formålet til det internasjonale arbeidet bør utdypes.</li> <li>• I strategien bør det tydeliggjøres at myndighetene er en viktig bruker av all den kunnskapen Folkehelseinstituttet sitter med.</li> <li>• Det er viktig å være tydelig på formålet med strategien.</li> <li>• Mål 2 – "Kunnskapshull skal tettes, særlig i de kommunale helsetjenestene"; kan det være lurt å lage et veikart sammen, med kost nytte..</li> <li>• Mål 3 – "Rapporteringsbyrden skal ned"; her bør det være et mål med størst mulig grad av automatisk innrapportering.</li> <li>• Mål 4 – "Internasjonalt samarbeid skal gjøre oss sterke i krise og relevante i kunnskapsutvikling"; her er det viktig å se mot det internasjonale.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er viktig å stille krav til leverandørene.</li> <li>• KI kan bli et verktøy for å samle data.</li> <li>• Automatisert innhenting av data bør omfatte mer enn kreftregisteret.</li> <li>• EHDS gapanalysen bør ivareta behovene som er belyst her. Gapanalysen kunne sett på hva som leveres av standarder som EU har publisert, og hva det er behov for i tillegg. Dette bør Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet ha en dialog på.</li> <li>• Det ble gitt innspill om å involvere kommunenes samstyringsstruktur i arbeidet.</li> </ul> <p>Folkehelseinstituttet sa det var grensesnitt opp mot kvalitetsregistrene, men at de er holdt utenfor i dette arbeidet i og med at det er spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for disse registrene. FHI skal se på tiltakslisten både på kort og lang sikt, og har dialog med aktørene i sektor om disse.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> Saken tas til etterretning. FHI tar med seg innspill fra NUIT for bearbeiding i den videre strategiprosessen.</p>
<b>36/24</b>	<b>ICD-11 – En første gjennomgang</b>
	<p>Bente Andersen Sundlo, Helsedirektoratet, ønsket å drøfte med NUIT overgangen fra ICD-10 til ICD-11, og hvordan ICD-11 skal brukes og forvaltes. Det var ønskelig å få innspill til dette arbeidet.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dette er et arbeid av høy kompleksitet og kost. Kapasiteten i sektor for å være med å bidra er lav. Sektor er avhengig av et kompetent helsedirektorat i dette arbeidet. Det er store forventninger til Helsedirektoratets utredning.</li> <li>• Vi må se på de økonomiske og administrative konsekvensene, for hele forløpet.</li> <li>• Det må være en tydelighet rundt migreringsstrategien. Det kan bli utfordrende å få alle til å gå i takt her. Det er snakk om store komplekse økosystemer som skal oppdateres.</li> <li>• For kommunene handler det om å ta ut gevinster så fort som mulig. Vi må tenke på rekkefølgen og kapasiteten i sektoren til å få alt på plass.</li> <li>• Hvordan skal dette håndteres i dagens systemer og hvordan i de fremtidige systemene? Det må det gjøres en vurdering på.</li> <li>• EU har et langsiktig mål om overgang til ICD-11. Analysefasen som skal gjøres nå må ta med det seg tidsaspektet.</li> <li>• Helse Nord RHF ga innspill om at informasjonsmodellen i EHDS kan bygge på ICD-10. At det er noe en bør vurdere og være oppmerksomme på.</li> <li>• Som medlem av WHO har Helsesektoren forpliktet seg internasjonalt til dette, noe vi må forholde oss til. Er det et nasjonalt mål om ICD-11? Det må ses i sammenheng med våre øvrige planer.</li> <li>• For Helse Midt RHF er det viktig å få med koblingen til SNOMED CT.</li> <li>• Implementeringen krever tett forankring ut mot de kliniske miljøene. Det kom tips om å bruke miljøene i Legeforeningen. Det er viktig å ha klinikerne med på laget.</li> <li>• Videre må vi jobbe med å forstå hva dette betyr, og hvilke konsekvenser det har. Det er derfor vi starter nå.</li> <li>• Det er ønskelig å få inn en beslutningslinje i planen for arbeidet.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUIT drøftet overgangen til ICD-11 og ba Helsedirektoratet ta innspill med videre i arbeidet.</p>
<b>37/24</b>	<b>Foreløpig anbefaling av nasjonal håndtering av legemiddelreaksjoner</b>
	<p>I mandat for pasientens kritiske informasjon gir Helse- og omsorgsdepartementet et oppdrag til Helsedirektoratet om å «utarbeide en anbefaling om nasjonal håndtering av kritiske legemiddelreaksjoner, herunder en kilde til denne informasjonen».</p> <p>Ole Kristian Losvik, Helsedirektoratet, presenterte for NUIT den foreløpige anbefalingen og ønsket tilbakemeldinger på den og eventuelle konsekvenser som må håndteres.</p>

	<p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NUIT ga sin støtte til at legemiddelreaksjoner deles med Kjernejournal som nasjonal autoritativ kilde.</li> <li>• Det er fornuftig å ha kun en kilde.</li> <li>• Det må tydeliggjøres hva vi legger i legemiddelreaksjoner.</li> <li>• Helse Midt-Norge har i dag en utfordring knyttet til forskjeller i informasjonsmodellene (inkl. bruk av kodeverk og terminologi) for kritiske legemiddelreaksjoner som benyttes i Helseplattformen og Kjernejournal. Det er behov for en løsning som sikrer at klinikeren kan forholde seg til funksjonalitet for kritisk informasjon i Helseplattformen, uten å måtte slå opp i kjernejournalportalen.</li> <li>• Helsepersonell i apotek vil i forbindelse med utleveringsprosessen ha behov for tilgang til opplysninger om legemidler og legemiddelreaksjoner i Kjernejournal. Det må vurderes hvordan de kan få tilgang til denne delmengden av informasjonen i Kjernejournal.</li> <li>• Det er ønskelig at Helsedirektoratet kommer tilbake til NUIT med en plan for det videre arbeidet. Dialog med sektoren utover rådsmodellen er også viktig.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b>          NUIT anbefaler at legemiddelreaksjoner deles med Kjernejournal som nasjonal autoritativ kilde. Det bes om at innspill gitt i møtet tas med videre.</p>
<b>38/24</b>	<b>Eventuelt</b>
	Det kom ingen saker til eventuelt.