



Direktoratet for
e-helse

NUFA – Videomøte

26. – 27. januar 2022

Velkommen

Endringer i representanter i NUFA

Vi ønsker nytt medlem velkommen i NUFA:

- Terje Bremnes fra Helse Vest IKT, erstatter Geir Granerud.

Sak	Agenda NUFA	Presenterer saken	Tid	Sakstype
	Dag 1 – onsdag 26. januar 2022			
1/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 27. – 28. oktober 2021	Hans Löwe Larsen Direktoratet for e-helse	10:00	Godkjenning
2/22	Orientering fra Direktoratet for e-helse – utgår	Hans Löwe Larsen Direktoratet for e-helse	10:03	Orientering
3/22	Kunstig intelligens – tilgang til data	Hilde Margrethe Lovett Direktoratet for e-helse	10:05	Drøfting
	Pause		10:50	
4/22	Digital kompetanse og redusert helsepersonellbelastning	Jon-Torgeir Lunke og Minna Maria Hernandez Direktoratet for e-helse	11:00	Drøfting
	Lunsj		11:45	
5/22	Tryggere bruk av helseapper	Arve Paulsen Helsedirektoratet	12:15	Orientering
6/22	Helsedirektoratets strategi for Helseregistre 2022-2026	Håkon Haaheim Helsedirektoratet	12:45	Orientering
	Pause		13:15	
7/22	Referatform til møtene i NUFA	Hans Löwe Larsen Direktoratet for e-helse	13:30	Drøfting
	Slutt dag 1		14:00	



Direktoratet for
e-helse

Sak 1/22: Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra NUFA 27. – 28. oktober 2021

Forslag til vedtak

NUFA godkjenner innkalling og dagsorden.

NUFA godkjenner referat fra NUFA 27. – 28. oktober 2021.



Direktoratet for
e-helse

Sak 2/22: Orientering fra Direktoratet for e-helse

Ingen saker til orientering til NUFA denne gangen.



Direktoratet for
e-helse

Sak 3/22: Kunstig intelligens – tilgang til data



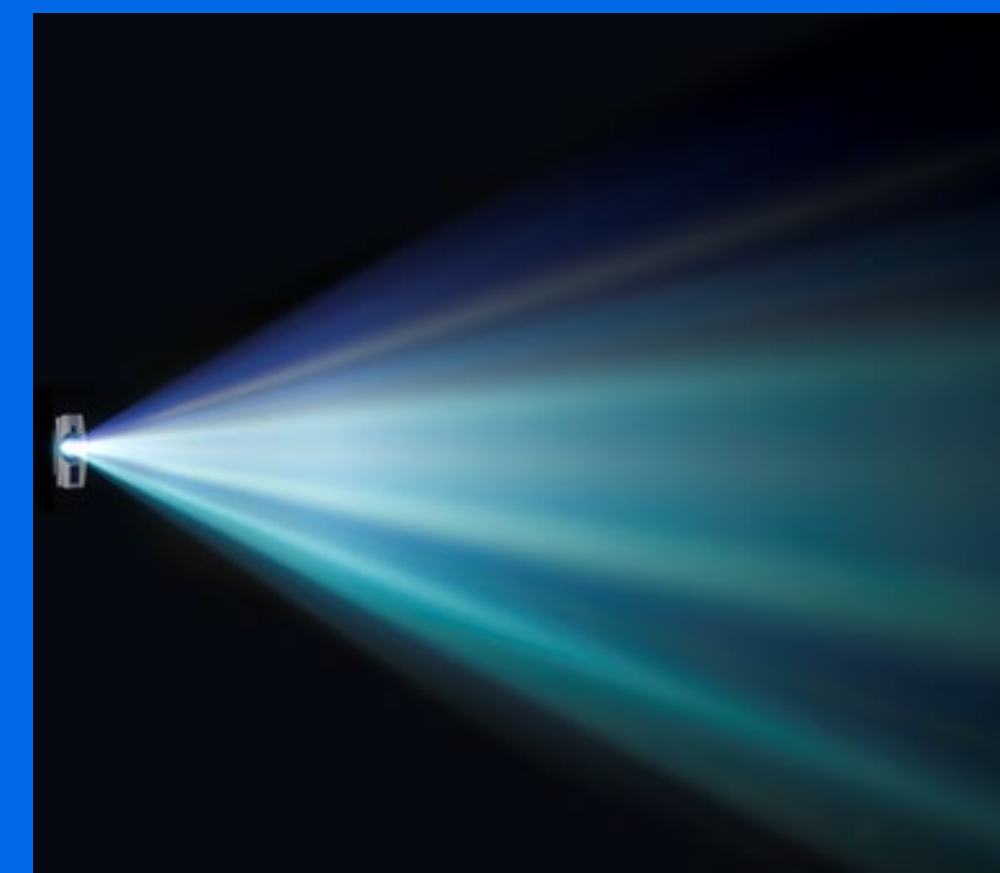
Direktoratet for
e-helse

«KI - data og algoritmer»

Presentasjon og innspill til innsiktsrapport om behov for data til kunstig intelligens (KI) og drøfting av hva som skal vektlegges i prioritering

NUFA 26. januar 2022

Maja Erke, Nils Gullhaug, Just Haffeld,
Aasta Hetland og Hilde Lovett



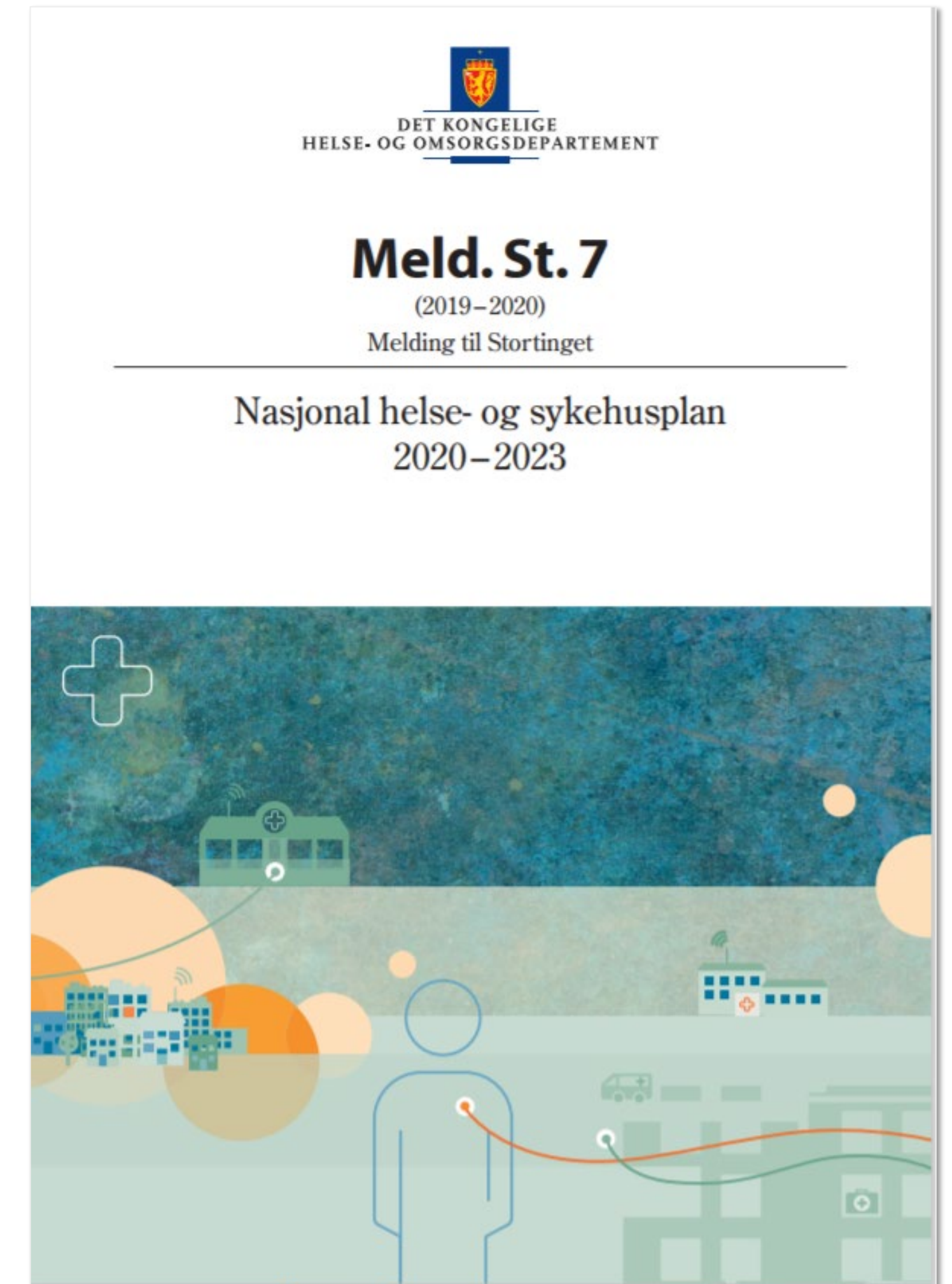
Formål med saken

- Presentere innsikt om behov for data til KI
 - Drøfting: innspill fra NUFA om behovene og om det finnes ytterligere behov som ikke er dekket
- Prosessen videre
 - Drøfting: innspill fra NUFA om hvilke behov og problemstillinger er de viktigste -> hva skal vektlegges i prioriteringen?

Nasjonal helse- og sykehusplan (2020 - 2023)

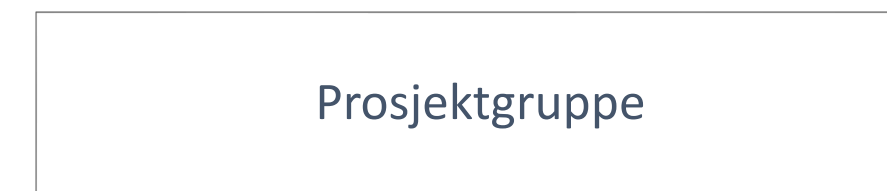
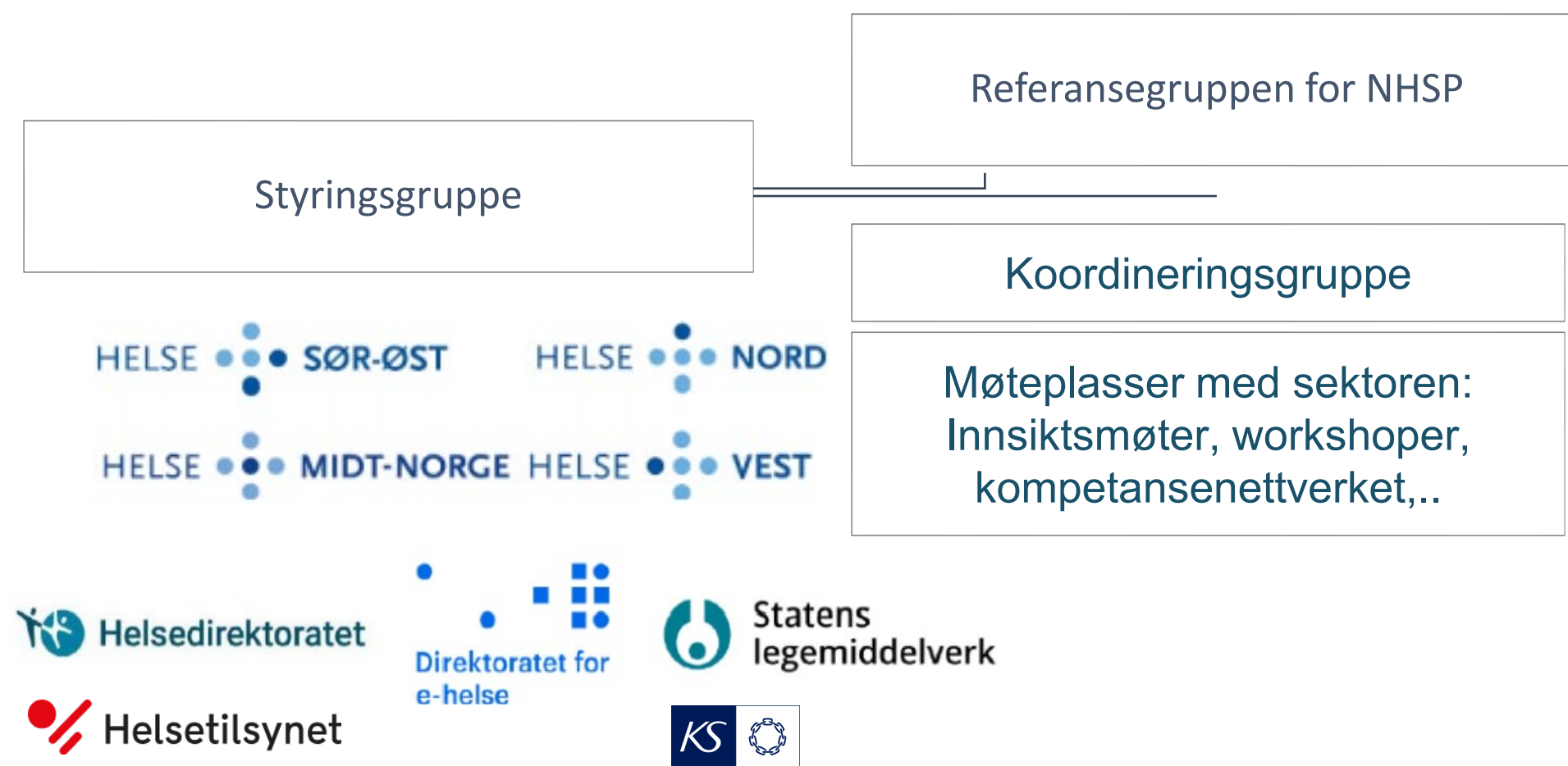
Kunstig intelligens (KI) sammen med store mengder helsedata kan bidra til bedre helse- og omsorgstjenester

- gi bedre grunnlag for forskning og innovasjon
 - bidra til mer effektiv ressursbruk
 - tilby raskere og mer presis diagnostisering og bedre behandling
- God kvalitet på og tilgjengelighet til helsedata ... viktig for å oppnå gevinstene ved bruk av KI



Nasjonalt koordineringsprosjekt for KI

ledet av Helsedirektoratet



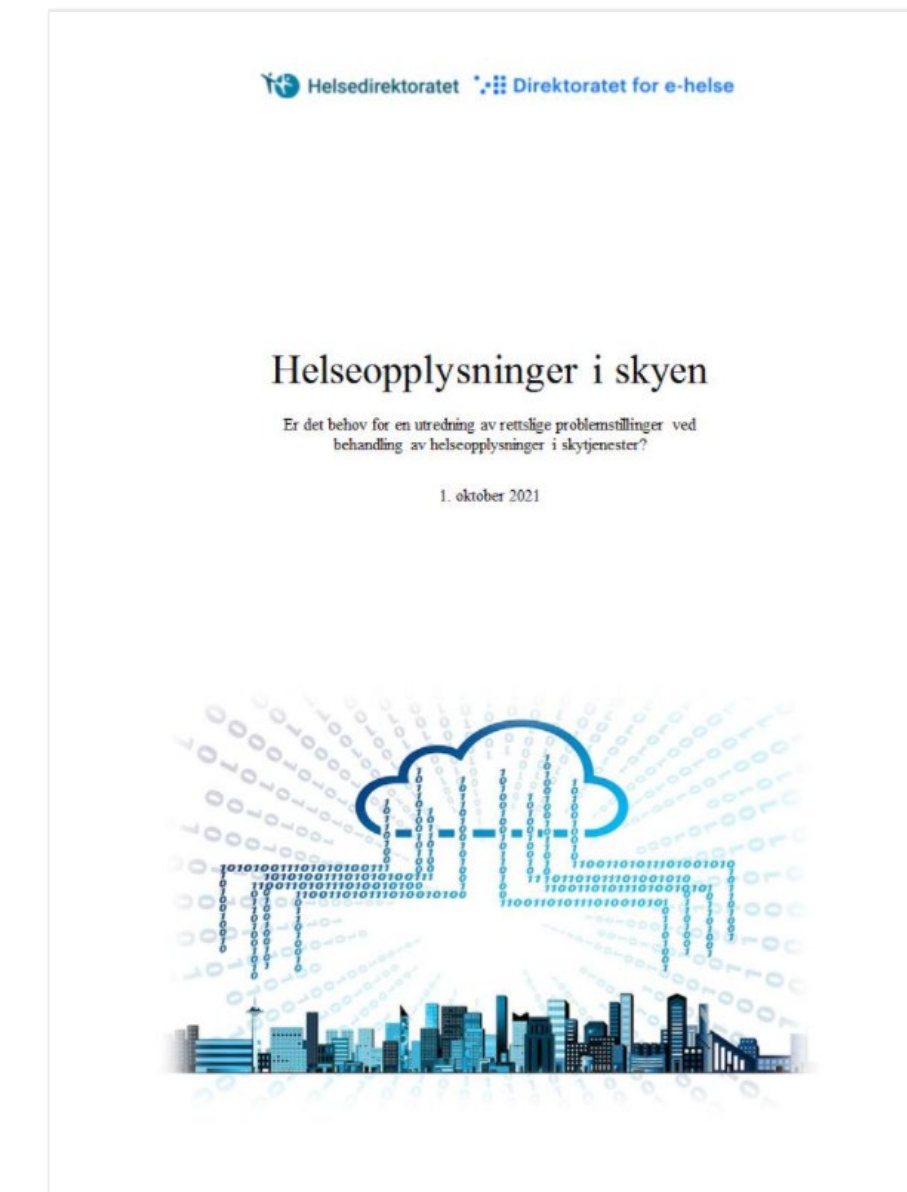
- 13 juridiske problemstillinger
- KI i primærhelsetjenesten
- KI – data og algoritmer
- Veiledning av KI-prosjekter
- Tverretatlig veiledningstjeneste (pilot)
- Tverretatlig informasjonsside
- Oppdatering av flytdiagram og veileder
- Innføringsprosjekter
- Prosess for innovativ anskaffelse av CE-merket medisinsk utstyr med kunstig intelligens
- Veileder for krav til anskaffelser
- Nasjonalt kompetansenettverk

Underprosjekter/ aktiviteter
som ledes av etatene

Relaterte aktiviteter
som ledes av RHF-ene

Delprosjekt KI – data og algoritmer

- Tre rapporter avdekker lignende behov knyttet til tilgang til data til KI
 - udekket behov for data i alle steg fra forskning, produktutvikling og klinisk bruk
 - krevende å få tilgang til representative og klinikknære data
 - standardiserte data
 - kunnskap om alternative, personvernvennlige tilnærminger
- E-helse ansvarlig for delprosjekt «KI – data og algoritmer» (2021 – 2022)
 - har utarbeidet innsiktsrapport for å tydeliggjøre sektorens behov
 - skal utforske og prioriterte behov nærmere, og vurdere og anbefale alternative tiltak



Innhold i innsiktrapport

Del 1: Introduksjon

- ▷ 1 Sammendrag
- ▷ 2 Innledning
- ▷ 3 Hva er Kunstig intelligens

Del 2: Behov

- ▷ 4 Behandlingsgrunnlag, personvern og informasjonssikkerhet
- ▷ 5 Samhandling, standardisering og datadeling
- ▷ 6 Spesialisthelsetjenesten
- ▷ 7 Kommunal helse- og omsorgstjeneste
- ▷ 8 Næringslivsaktører
- 9 Sentral helseforvaltning

Del 3: Status og planer

- ▷ 10 Utvalgte e-helsetiltak
- ▷ 11 Nasjonale og internasjonale ambisjoner
- 12 Vedlegg 1: Deltakelse
- 13 Vedlegg 2: Begreper



Har vurdert behov for data i ulike prosesser

trening, testing, validering, verifisering, tilpasning og re-trening



Rammeverk for digital samhandling («EIF-modellen»)



Økende behov for enklere tilgang til større mengder helsedata

Regelverk tilpasset kunstig intelligens, harmonisering av regelverksforståelsen, tolkningsveiledning og kompetanse

- vanskelig å finne riktig behandlingsgrunnlag, og vanskelig å sikre at datasett er anonyme
- viktig å jobbe godt med risiko, sårbarhetsanalyser og informasjonssikkerhet, f.eks. personvernforemmede teknologier

Økt deling av helsedata mellom ulike miljøer, både mellom forvaltningsnivåer og mellom offentlig og private virksomheter

- kompetanse og veiledning: på lovverk, søknadsprosesser, kommersielle avtaler, kunstig intelligens og datahåndtering
- utveksling av kunnskap og erfaringer, og gjenbruk av prosesser

Oppskalere semantisk arbeid

- forutsetning for å kunne få store nok datasett og sammenligne data fra ulike kilder og/eller virksomheter
- strukturere pasientjournalopplysninger, inkludert kurve-, medikasjons- og multimedialøsninger, for gjenbruk til KI
- kan baseres på eksisterende informasjonsmodeller, felles språk, kodeverk og terminologi, men kan kreve utvikling av nye modeller

Moderne infrastrukturer med regne- og analysekapasitet for forskning, utvikling og validering

Enklere og mindre manuelle operasjoner for å få tilgang til data

- krav til standardiserte tekniske grensesnitt

Samlet tilgang til data fra alle aktører som er involvert i et pasientforløp

- deling av data på tvers av landegrenser gir økt kompleksitet

Løfte forvaltning av standardiserte kliniske informasjonsmodeller

- ta hensyn til internasjonalt utviklings- og standardiseringsarbeid

Helsesektoren og helsenæringen etterlyser

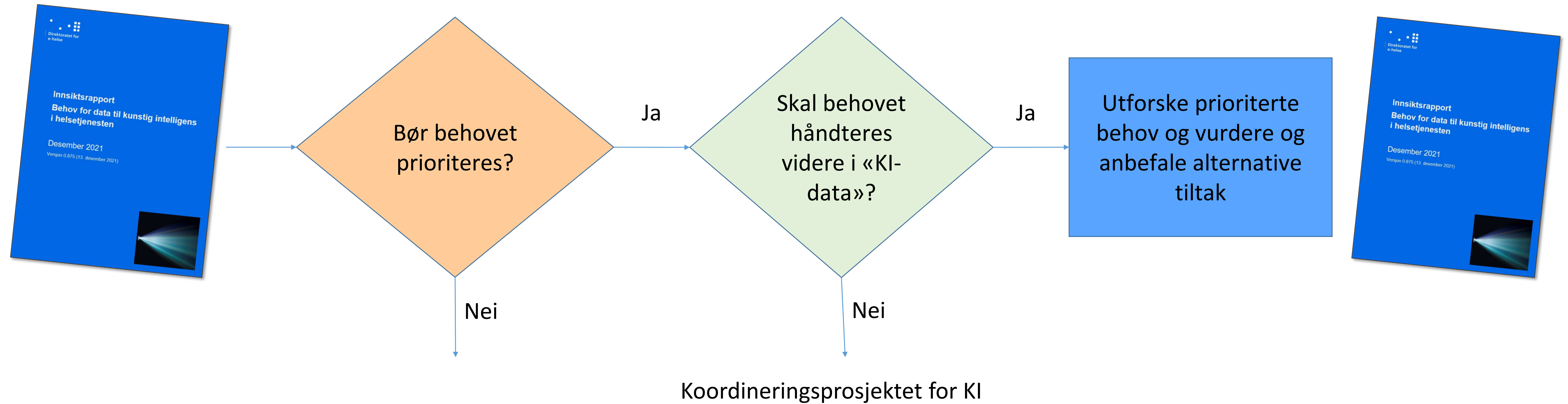
- prinsipper for forvaltning av helsedata og produktene som utvikles fra helsedataene
- kompetanse og veiledning på kontraktsinngåelse og oppfølging av kontrakter

Økt behov for kompetanse og ressurser på alle lag i EIF-modellen

Formål med saken

- Presentere innsikt om behov for data til KI
 - Drøfting: innspill fra NUFA om behovene og om det finnes ytterligere behov som ikke er dekket
- Prosessen videre
 - Drøfting: innspill fra NUFA om hvilke behov og problemstillinger er de viktigste -> hva skal vektlegges i prioriteringen?

Prosess for nedvalg av behov



Formål og interessenter: mange roller og behov å ivareta

- Brukere av data
 - forskning
 - utvikling
 - beslutninger om implementering og klinisk bruk
- Produsenter av data
 - helsepersonell, innbygger, maskiner
- Gir tilgang og samtykke
 - virksomhetens data
 - innbyggers data
- Tilrettelegger for tilgang til data
- Leverandører
 - utvikling av KI-produkter
- Brukere av KI-løsninger
 - helsepersonell, pasienter og innbyggere og administrasjon i helsetjenesten



Forslag til kriterier for vurdering av behovene

God kvalitet på helsedata	God tilgjengelighet til helsedata	Bedre pasient-behandling	Trygghet for pasienter	Mer effektiv ressursbruk	Fremme næringsutvikling
<ul style="list-style-type: none">-representativt utvalg-mulighet for sammenstilling-semantikk	<ul style="list-style-type: none">-datautveksling-interoperabilitet	<ul style="list-style-type: none">-raskere og mer presis diagnostisering-bedre forebygging-bedre behandling	<ul style="list-style-type: none">-pasientsikkerhet-personvern-informasjonssikkerhet-bedre etiske vurderinger	<ul style="list-style-type: none">-bedre arbeidsprosesser	<ul style="list-style-type: none">-grunnlag for forskning og innovasjon

Drøfting

- Er det andre effekter som er viktige å vurdere?
- Bør vi vurdere andre forhold, f.eks
 - helsefaglige mål/områder?
 - hvor stor er barrieren?
 - formålet som er viktigst (forskning, utvikling eller ta i bruk)?
 - andre?



God kvalitet på helsedata	God tilgjengelighet til helsedata	Bedre pasient-behandling	Trygghet for pasienter	Mer effektiv ressursbruk	Fremme næringsutvikling
- representativt utvalg - mulighet for sammenstilling - semantikk	- datautveksling - interoperabilitet	- raskere og mer presis diagnostisering - bedre forebygging - bedre behandling	- pasientsikkerhet - personvern - informasjonssikkerhet - bedre etiske vurderinger	- bedre arbeidsprosesser	- grunnlag for forskning og innovasjon

Takk for oss

Vi tar i mot innspill i etterkant av møtet:
kunstigintelligens@ehelse.no

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.



Direktoratet for
e-helse

Pause – oppstart igjen kl. 11:00



Direktoratet for
e-helse

Sak 4/22: Digital kompetanse og redusert helsepersonellbelastning



Direktoratet for
e-helse

Digital kompetanse og

Redusert helsepersonellbelastning (v/ IKT)

(Reducing Clinician Burden, RCB)


NUFA 26. januar 2022

Minna M. Hernandez, avd. int. standarder og normering

Jon-Torgeir Lunke, avd. utredning og samarbeid

Digital Kompetanse – Tildelingsbrev 2021+ 2022

«Direktoratet skal være en rådgiver for departementet og sektoren og bidra til å øke den digitale kompetansen i alle ledd av helse- og omsorgssektoren»


**DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**

Direktoratet for e-helse
Postboks 221 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref: Vår ref: Dato:
20/5623-1 18. desember 2020

Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2021
Helse- og omsorgsdepartementet har på bakgrunn av Prop. 1 S (2020-2021) og Innst. 11 S (2020-2021) utarbeidet tildelingsbrev for Direktoratet for e-helse for 2021.

Tildelinger over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett

Kap.744 Direktoratet for e-helse		(i 1000 kr)
Post	Betegnelse	2021
01	Driftsutgifter	178 849
21	Spesielle driftsutgifter	150 966
Sum kap. 744		329 815

Tildelingen på kap. 744 post 21 inkluderer 81 mill. kroner til bedre pasientsikkerhet og samhandling med standardisert språk.

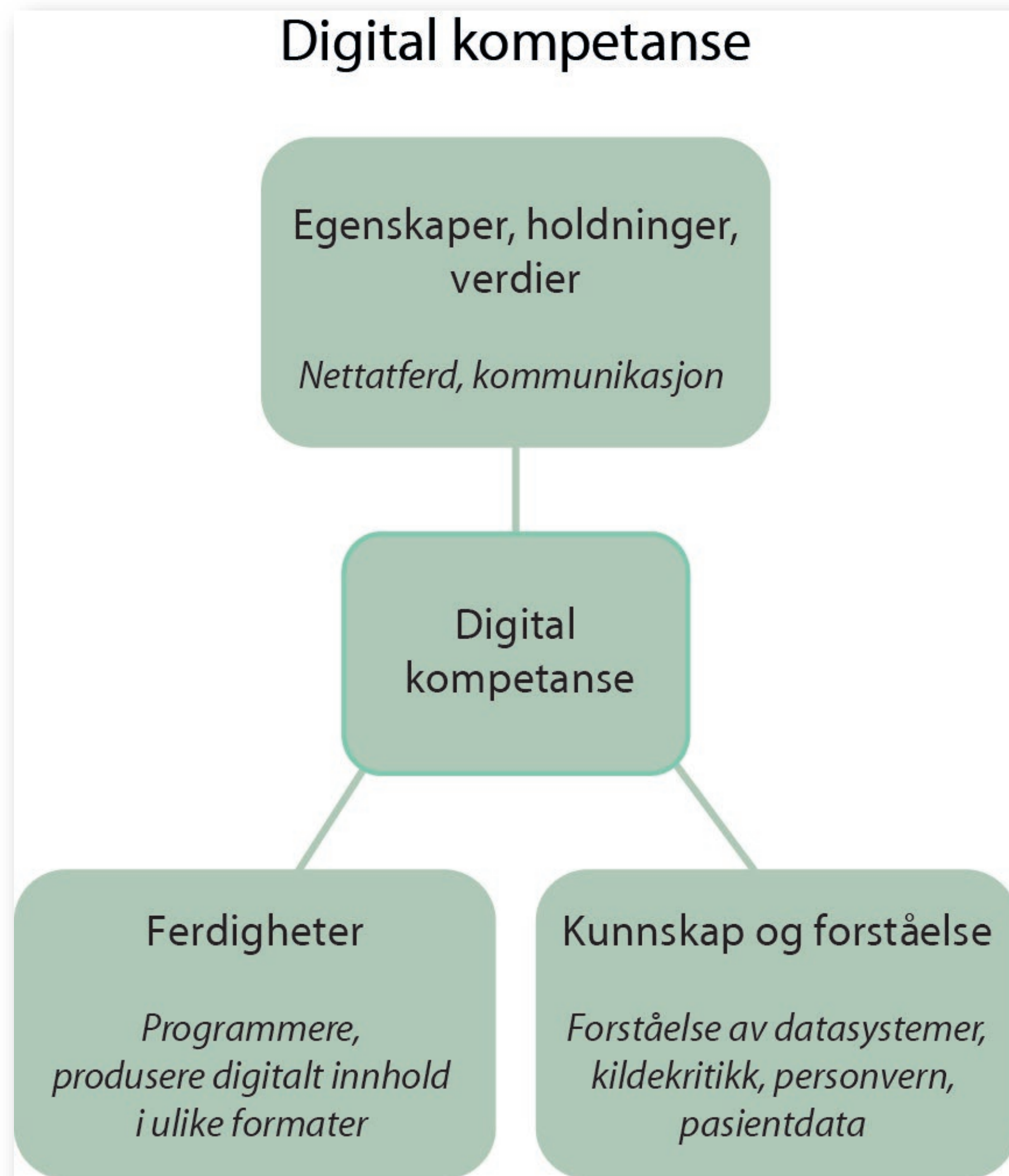
Kap. 701 E-helse, helseregistre mv.		(i 1000 kr)
Post	Betegnelse	2021
21	Spesielle driftsutgifter	715 128
Sum kap. 701		715 128

Tildelingen på kap. 701 post 21 inkluderer 80 mill. kroner til modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren. Tildelingen inkluderer midler til å slutføre innføring av melding om dødsfall og etablere og starte innføring av en felles sektorløsning for distribusjon av folkeregisteropplysninger.

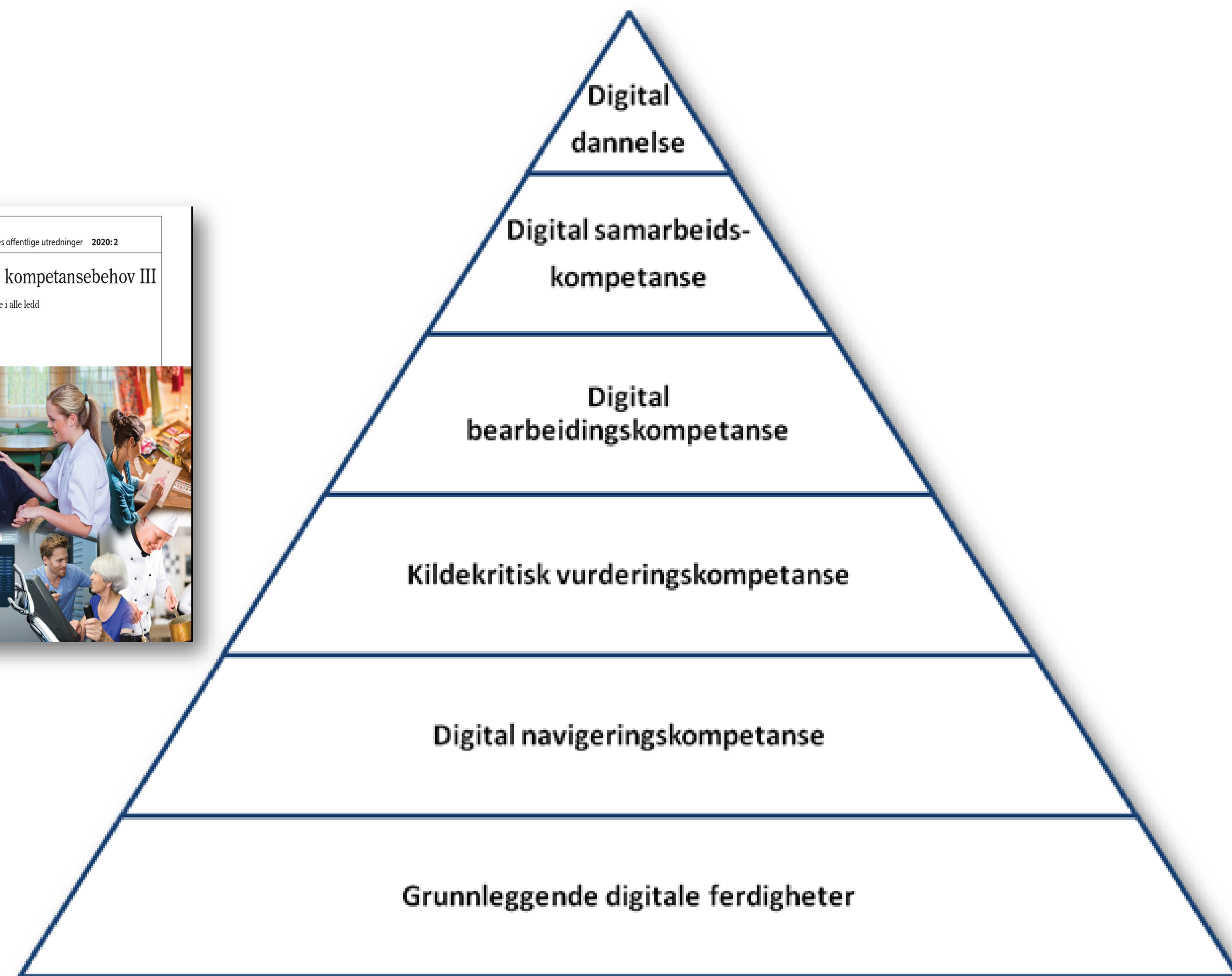
Tildelingen på kap. 701 post 21 inkluderer 189 mill. kroner til samhandling steg 1. I tillegg til 93 mill. kroner til programaktiviteter i arbeidet med å realisere felles kommunal

Postadresse: Postboks 8011 Dep, 0030 Oslo, postmottak@hod.dep.no
Kontoradresse: Teatergt. 9, www.hod.dep.no
Telefon*: 22 24 90 90, Org.nr. 983 887 406
Avdeling: E-helseavdelingen
Saksbehandler: Kristian Skauli, 22 24 87 63

“Digital kompetanse” vs. “Digitale ferdigheter”



Kilde: KBU, NOU:2 (KD, 2020)



Ref. Rolf Kristian Baltzersen, dosent, avd. for lærerutdanning, Høgskolen i Østfold (2008)

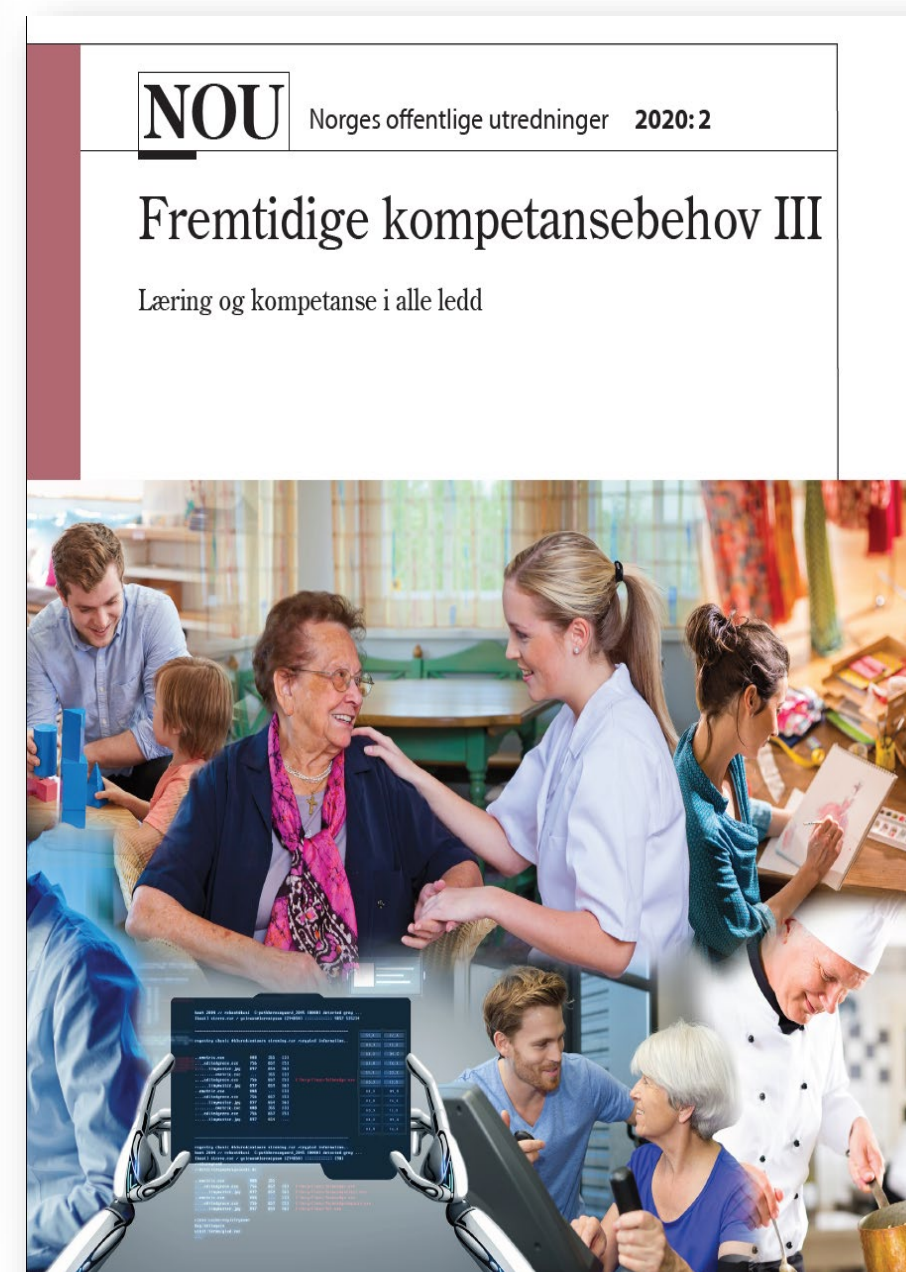
Digital Kompetanse er ein kritisk faktor for digital transformasjon

(Kjelder: Digitaliseringsdirektoratet, KBU og OECD m.fl.)

E-helse: «Digital kompetanse er forståinga av når teknologi er til nytte(*)»
(i helse- og omsorgssektoren)

Operasjonalisert til

- Generell kompetanse (basis kompetanse)
- Spesifikk kompetanse (spesialisert IKT- kompetanse): Kontekstuell digital anvendelse



RETHOS – Retningslinjer for helse- og sosialfag (KD) (2017-2021/22)

§ 2. Felles læringsutbytte (punkt 1-12)

1) kan identifisere, reflektere over og håndtere etiske problemstillinger i sin tjenesteutøvelse

11) kjenner til nytenkning og innovasjonsprosesser og kan bidra til tjenesteinnovasjon og systematiske og kvalitetsforbedrende arbeidsprosesser

12) har digital kompetanse og kan bistå i utviklingen av og bruke egnet teknologi både på individ- og systemnivå

Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanning

Innholdsfortegnelse ▾



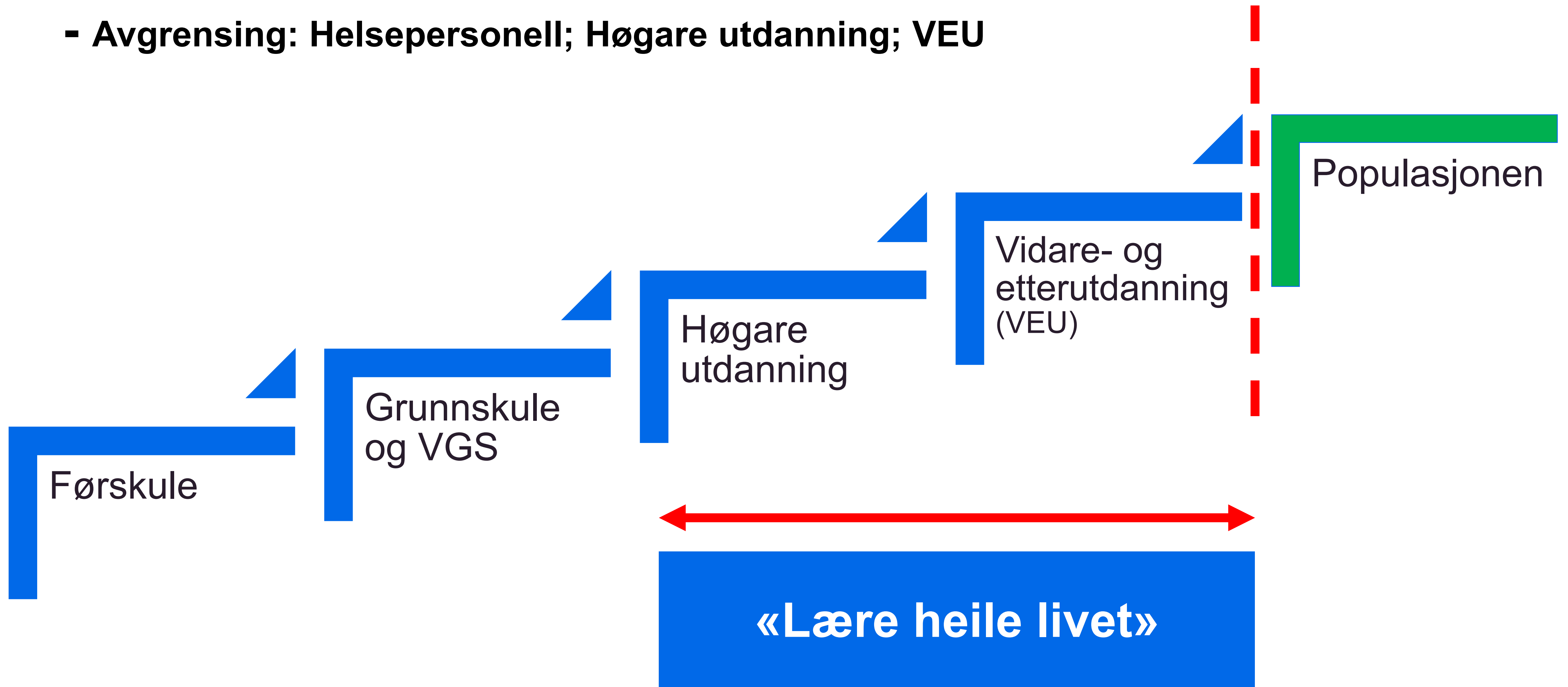
➔ [Gå til opprinnelig kunngjort versjon](#)

Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger

Dato	FOR-2017-09-06-1353
Departement	Kunnskapsdepartementet
Ikrafttredelse	06.09.2017, fra og med opptak til studieåret 2020–2021
Sist endret	FOR-2019-11-01-1459 fra 01.12.2019
Endrer	FOR-2005-12-01-1377 , FOR-2005-12-01-1373 , FOR-2005-12-01-1374 , FOR-2005-12-01-1375 , FOR-2005-12-01-1376 , FOR-2005-12-01-1378 , FOR-2008-01-25-128 , FOR-2005-12-01-1379
Gjelder for	Norge
Hjemmel	LOV-2005-04-01-15-§3-2
Kunngjort	06.09.2017 kl. 15.00
Korttittel	Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger

Sjanselikkenskap og ulikskap - Kunnskapstrappa

- Avgrensning: Helsepersonell; Høgare utdanning; VEU



Kompetansebehov – Etterspørsel – Undervisningstilbod

Ref. kjeldegrunnlaget OECD ↔ EU ↔ KBU m.m.



- Digital kompetanse er sentralt læringsutbytte
- Institusjonelt samarbeid mellom akademia, helse-sektor, tilsette, næringsliv og praksis plass
- Dynamisk: «Lære heile livet»
- Stort behov for spesialisert IKT- kompetanse



Redusert helsepersonellbelastning (RHB) og Digital kompetanse

- Vi adresserer digitale kompetansebehov ved bruk av eksempelet Redusert helsepersonell- belastning (RHB)



Hva er Clinician Burden?



«Alle faktorer som påvirker negativt på pasientbehandling bør reduseres»



- Økt stressnivå, utmattelse
- Økt fysisk arbeidsbelastning
- Økt kognitiv belastning
- Redusert produktivitet
- Redusert effektivitet og motivasjon for læring
- Redusert pasientkontakt på grunn av økt dokumentasjonskrav

Kilde: [Reducing Clinician Burden- project](#)

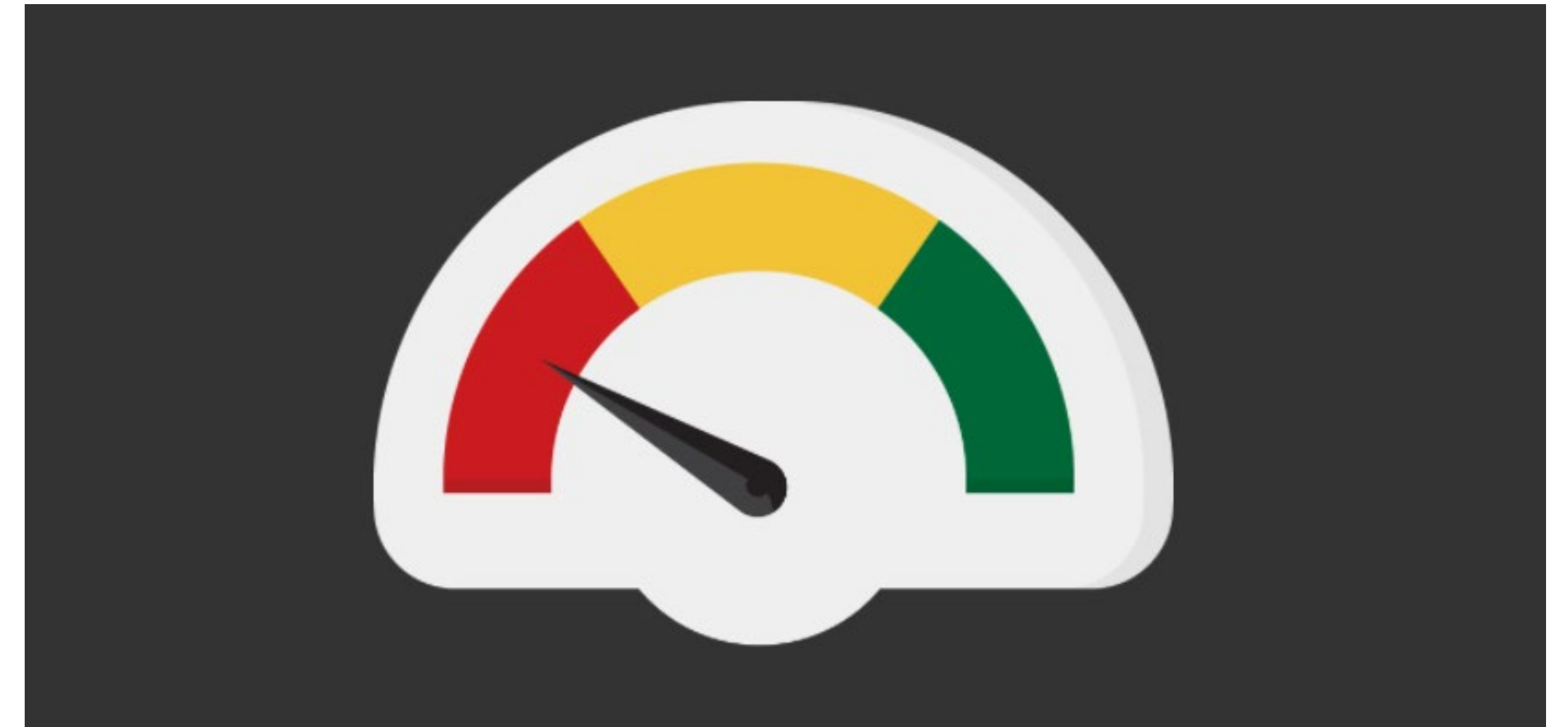
RCB- utfordringer med IKT- løsninger

- **Brukervennlighet**

(liten klinisk beslutningstøtte, tar ikke hensyn til menneskelige faktorer, andre stressfaktorer øker)

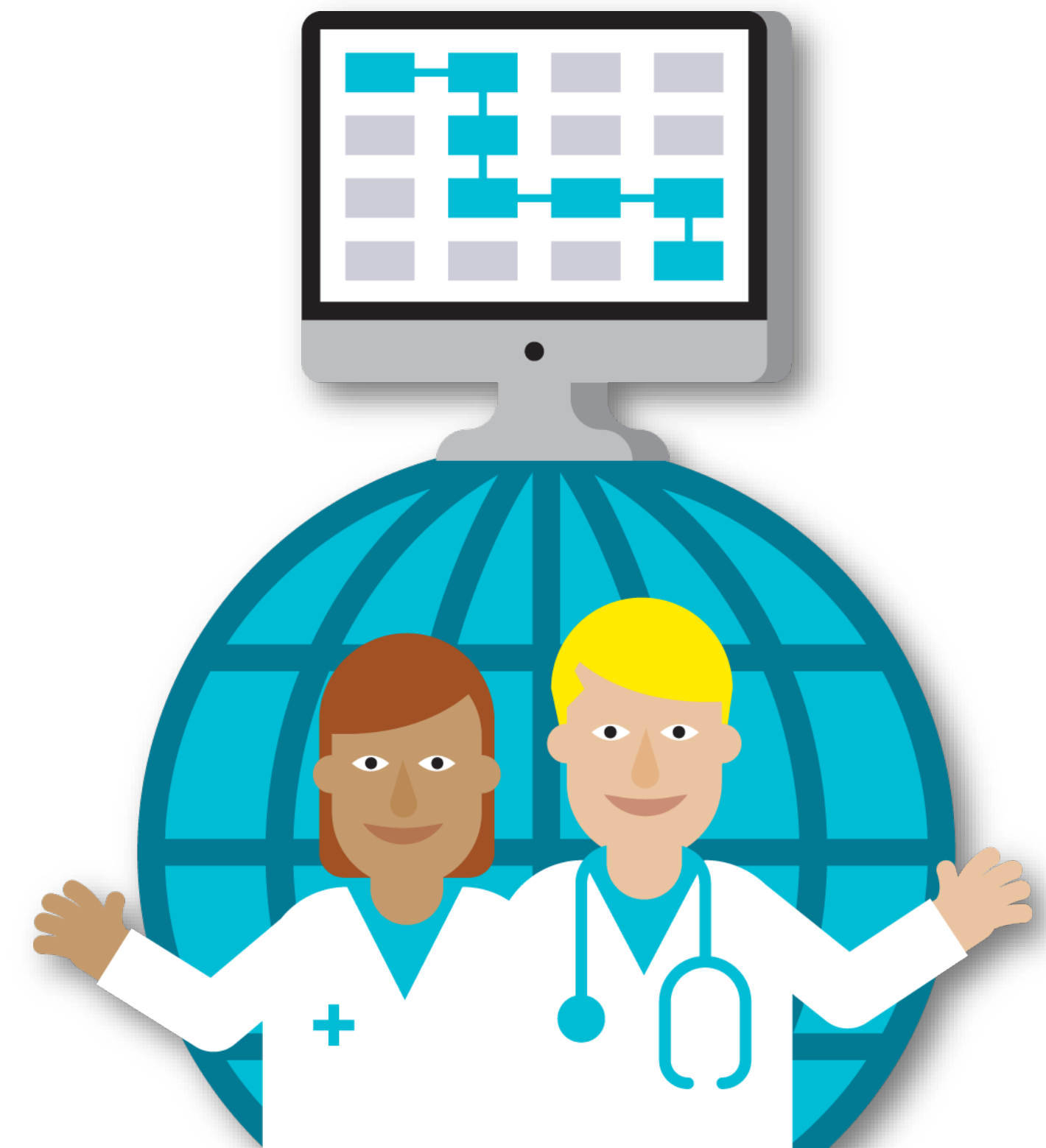
- **Manglende interoperabilitet**

(samhandling, ustrukturert data, mangel på konsensus om standarder)



Internasjonalt og nasjonalt arbeid om Reducing Clinician Burden

- Mange prosjekter i standardiseringsorganisasjoner og forskningsmiljøer i Europa, USA, Canada, NL m.fl. Jobber sammen om Reducing Clinician Burden
- HL7 International og ISO-speilkomiteer
- Økt norsk engasjement med bl.a. Standard Norge som har tatt initiativ til et samarbeid med Sverige. Hvor klinikere og teknologer fra begge land deltar.



ICS

ISO/AWI TR 4419

Health informatics – Reducing clinicians burden

Reducing Clinician burden – project

Reducing Clinician Burden – Breaking It Down Topics/Categories

- | | | |
|---|---|---|
| 1) Clinician Burden – In General | management | process models |
| 2) Patient Safety (and Clinical Integrity) | 15) Information overload | 27) Software development and improvement priorities, end-user feedback |
| 3) Administrative tasks | 16) Transitions of care | 28) Product transparency |
| 4) Data entry requirements | 17) Health information exchange, claimed “interoperability” | 29) Product modularity |
| 5) Data entry scribes and proxies | 18) Medical/personal device integration | 30) Lock-in, data liquidity, switching costs |
| 6) Clinical documentation: quality and usability | 19) Orders for equipment and supplies | 31) Financial burden |
| 7) Prior authorization, coverage verification, eligibility tasks | 20) Support for payment, claims and reimbursement | 32) Security |
| 8) Provider/patient face to face interaction | 21) Support for cost review | 33) Professional credentialing |
| 9) Provider/patient communication | 22) Support for measures: administrative, operations, quality, performance, productivity, cost, utilization | 34) Identity matching and management |
| 10) Care coordination, team-based care | 23) Support for public and population health | 35) Data quality and integrity |
| 11) Clinical work flow | 24) Legal aspects and risks | 36) Process integrity |
| 12) Disease management, care and treatment plans | 25) User training, user proficiency | 37) List Management: problems, medications, immunizations, allergies, surgeries, interventions and procedures |
| 13) Clinical decision support, medical logic, artificial intelligence | 26) Common function, information and | |
| 14) Alerts, reminders, notifications, inbox | | |

Blue = RCB Focus Teams Formed

Green = HL7 Da Vinci Accelerator Project



© Health Level Seven and HL7 are registered trademarks of Health Level Seven International, registered with the United States Patent and Trademark Office.

8 March 2021

22

Mål for å redusere helsepersonell belastning



- Redusere tiden helsepersonell må bruke for registrering av informasjon
- Redusere tiden helsepersonell må bruke for innrapportering av data
- Forbedre/ forenkle funksjonaliteten av digitale verktøy (brukeropplevelse og brukervennlighet)

Kilde: Strategy on Reducing Regulatory and Administrative Burden Relating to the Use of Health IT and EHRs

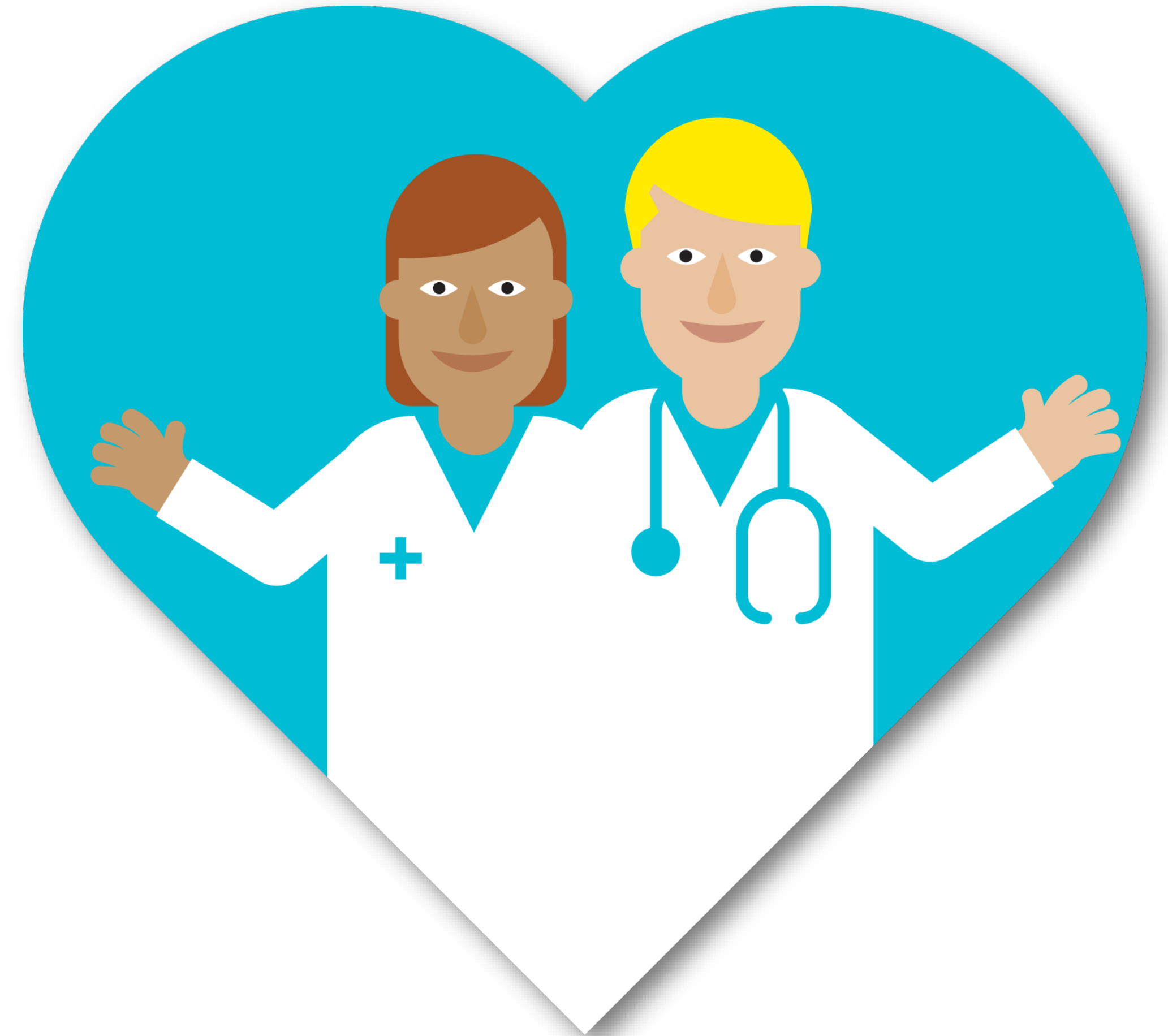
Veien videre

- Helsepersonell bør involveres tett i arbeidet med å forbedre funksjonaliteten av IT- løsningene
- Bruk av standarder påpekes som viktig virkemiddel for å redusere byrdene for helsepersonell ved utvikling av løsninger
- Behov for mer forskning



Diskusjon

- Kva er relevante kompetansebehov for å redusere helsepersonellbelastning frå IKT?
- Involvering er viktig ved digitalisering. Utfordrande pga. ulike behov, ulike faggrupper og ulike fagområde i helse- og omsorgssektor.
 - Korleis bør ein involvere helsepersonell for å imøtekoma behovet for redusert helsepersonellbelastning?
- E-helse tilrår bruk av internasjonale standardar og normerande produkt.
 - Kva er relevansen til kompetanse og helsepersonellbelastning?



Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering. Innspillene brukes til å fremme en ny sak om:

- a) Status på arbeidet med Reducing Clinician burden i Norge
- b) En bredere anlagt sak om digital kompetanse i løpet av 2022



Direktoratet for
e-helse

Lunsj – oppstart igjen kl. 12.15



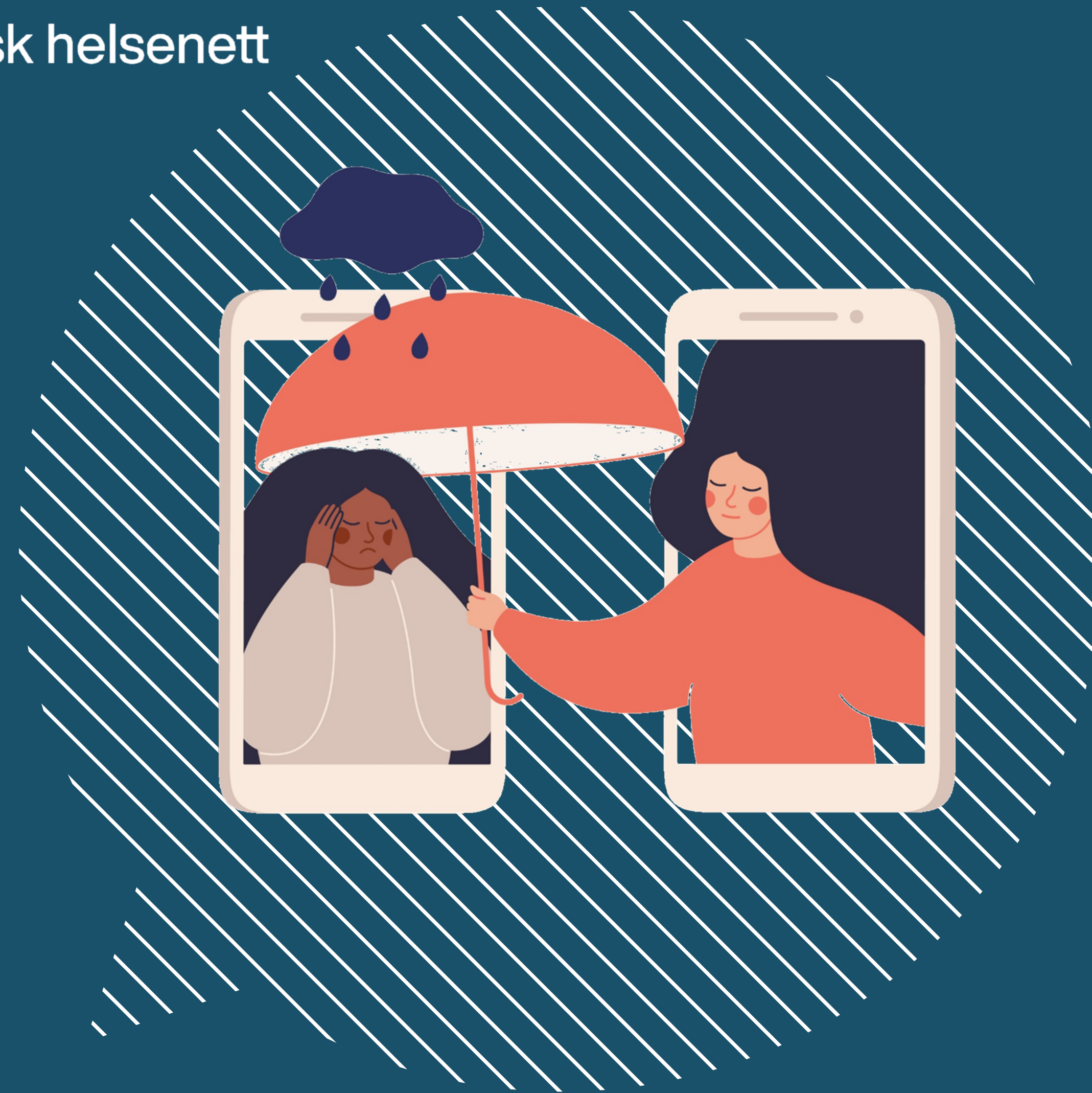
Direktoratet for
e-helse

Sak 5/22: Tryggere bruk av helseapper

Tryggere helseapper

Hvem skal gjøre hva med hvilket ansvar?
NUFA

Arve Paulsen, prosjektleder HDIR
26. januar 2022



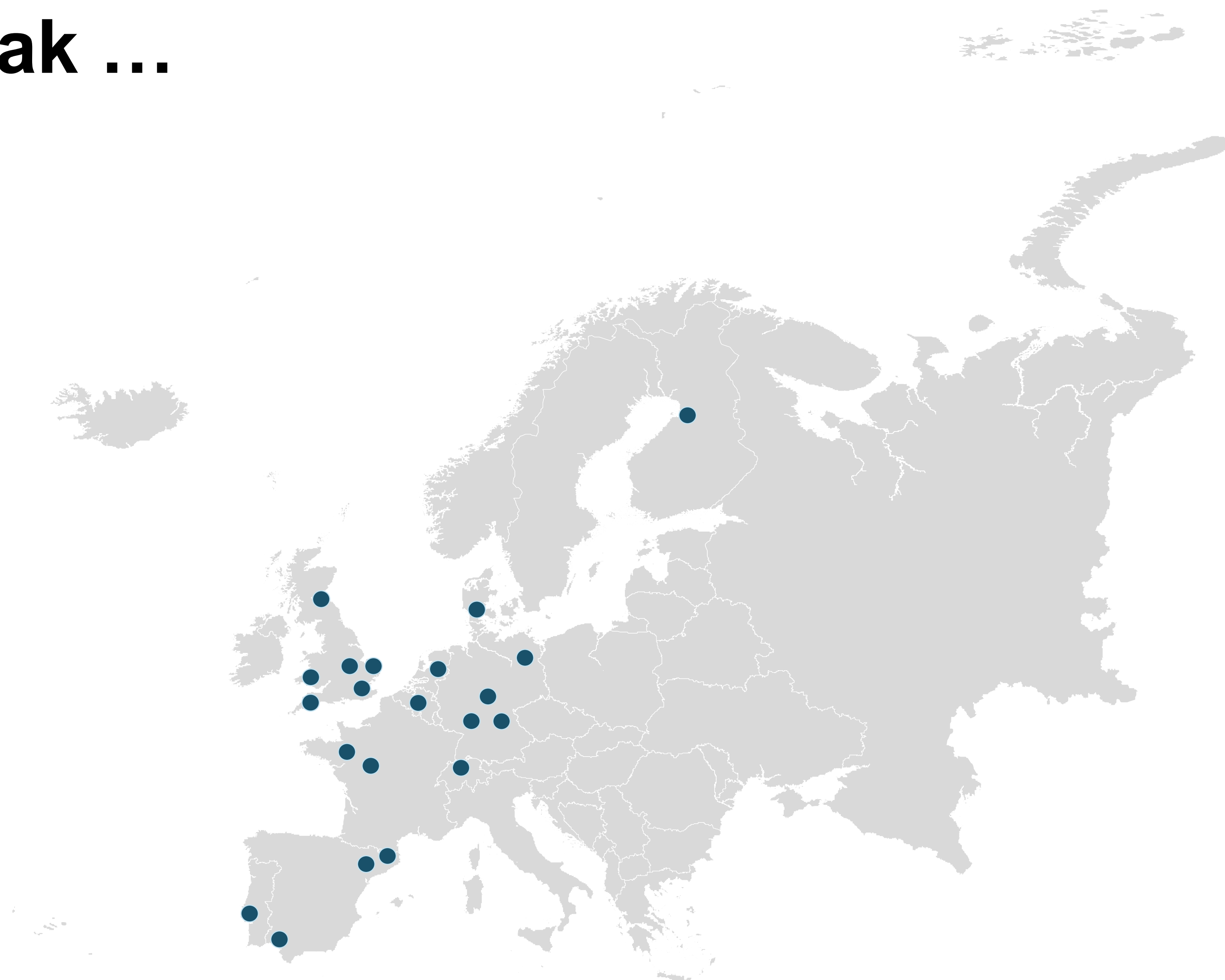
Vi ligger et stykke bak ...

Oppsummert

Vi ser økt fokus på kvalitetssikring av helseapper i flere land, ofte i samarbeid med næringslivet.

Videre ser vi at:

- Det finnes over **45+ evaluerings-rammeverk** for helseapper i dag.
- I **Norden** er det så langt kun Danmark som har en etablert løsning. Det er flere initiativer på gang, blant annet et nordisk initiativ kalt *NIP – Nordic Interoperability Project*
- Harvard Business Review tror **Tysklands tilnærming** er en god modell å følge for andre land som ønsker å drive digital innovasjon i helsesektoren.
- **UKs tilnærming** er godt utprøvd, har kommet lengst og UK har en helsestruktur som ligner Norges.



... men vi skal komme oss i front



Innbyggere som pasienter og pårørende, og friske som vil forebygge



Helsepersonell som skal anbefale apper



App-utviklere som ønsker å tilby nye og/eller oppdaterte helseapper til innbyggere.



Helsevirksomheter* og kommuner som skal anskaffe apper



Forskere* som gjennomføre effektstudier av helseapper



Myndigheter som skal godkjenne og regulere bruk av apper

Helsevirksomheter

Helsevirksomheter som skal anskaffe apper, som kommuner, helseforetak eller myndigheter.

Behov og utfordringer



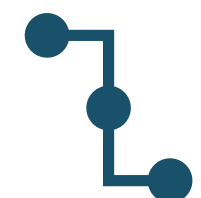
Standardiserte kriterier

De som skal anskaffe er i dag fristilt til å stille egne kriterier når de skal anskaffe apper. Et harmonisert rammeverk ville gjort det enklere.



ROS og DPIA er krevende

Personvern og datasikkerhet er helt nødvendig for virksomhetene å forholde seg til. ROS, DPIA og andre krav kan være en utfordring å sette seg inn i for virksomheter som ikke har de nødvendige ressursene.



Integrasjonsbehov

For å øke verdien ved bruk av digitale verktøy ytterligere hos virksomhetene, vil det etter hvert være behov for å sikre at data kan flyte mellom app og helseaktørenes EPJ.

Muligheter



Samordnet anskaffelse

Et felles evalueringsrammeverk kan gi grunnlag for samordnede anskaffelser. Kommuner og helsevirksomheter kan lære av hverandre og det en får til, slik at det kan gjenbrukes av andre.



Trygghet

Hvis en app ligger på verktøyformidleren hos NHN – basert på en tillitsmodell som har kontrollsystemer bak – senker det terskelen for klinikerne mht. å ta i bruk en app.



Nye teknologiske muligheter for integrasjoner

Åpner for trygg integrasjon og dataflyt mellom app og EPJ. Gjør teknologi til en tidsbesparende, naturlig og integrert del av helse- og omsorgstjenestene.

Kategorisering av helseapper

Fri bruk



Tusen blomster blomstrer

Apper som "alle" bruker, men ikke en del av prosjektet

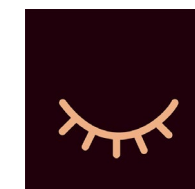
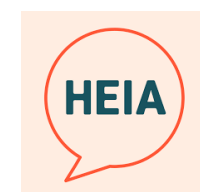


Lærings- og mestringsverktøy for selvhjelp



Selvdeklarerer

Brukervennlighet
Personvern
Datasikkerhet
Helsenytte



Selvdeklarerer med kontroll

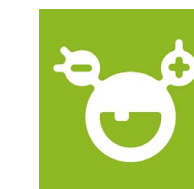
Brukervennlighet
Personvern
Datasikkerhet
Helsenytte
Opplysninger er verifisert

Medisinsk utstyr for behandling



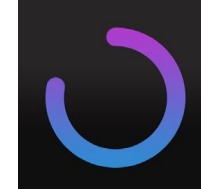
Godkjent som medisinsk utstyr

CE-merket
Inn i retningslinje?

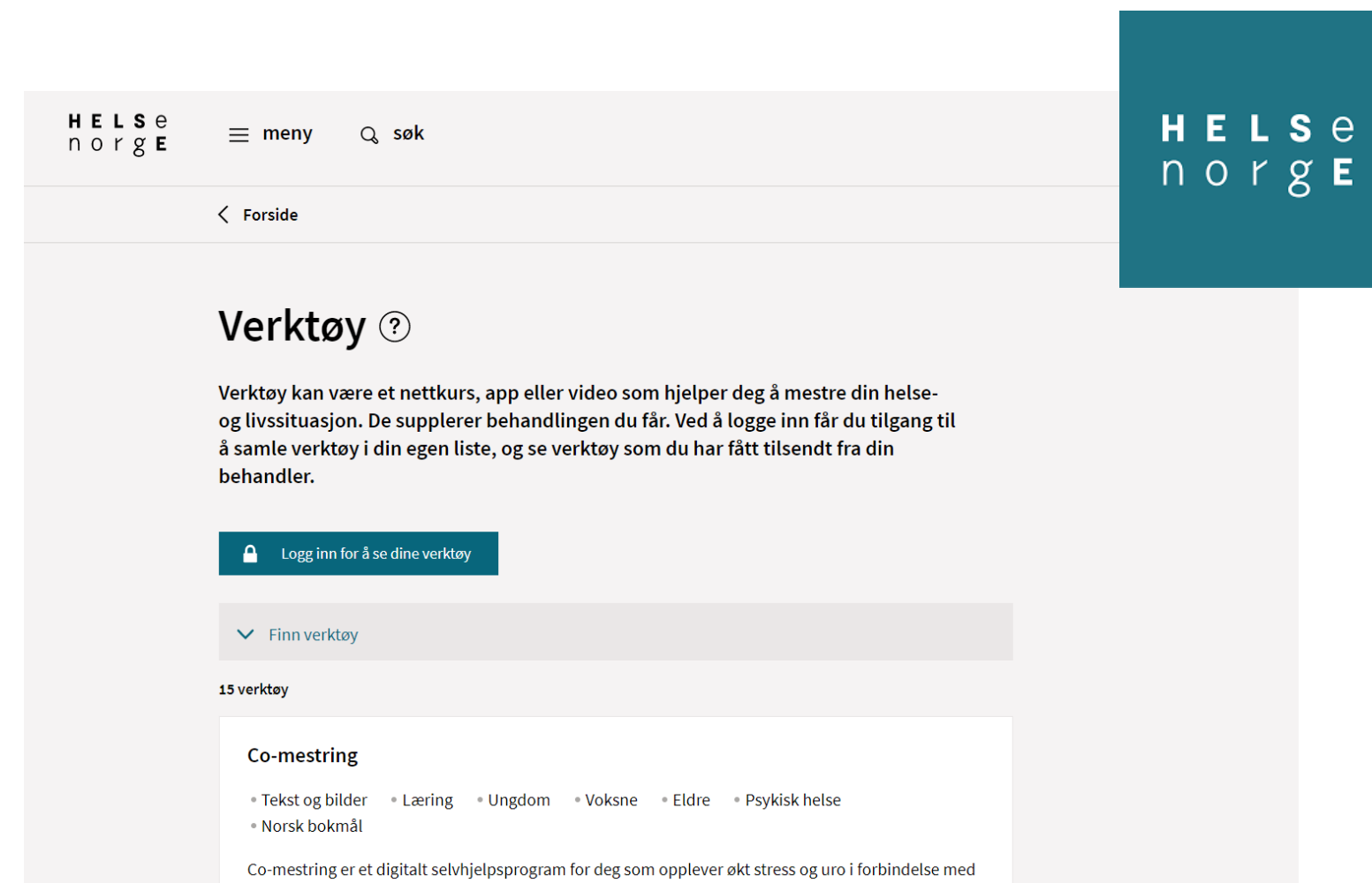


Godkjent som medisinsk utstyr og "anskaffet"

CE-merket
Inn i retningslinje?
Knyttet til takst?
Data fra app til EPJ?



Pilotering av evalueringsrammeverk i januar-februar 2022



1

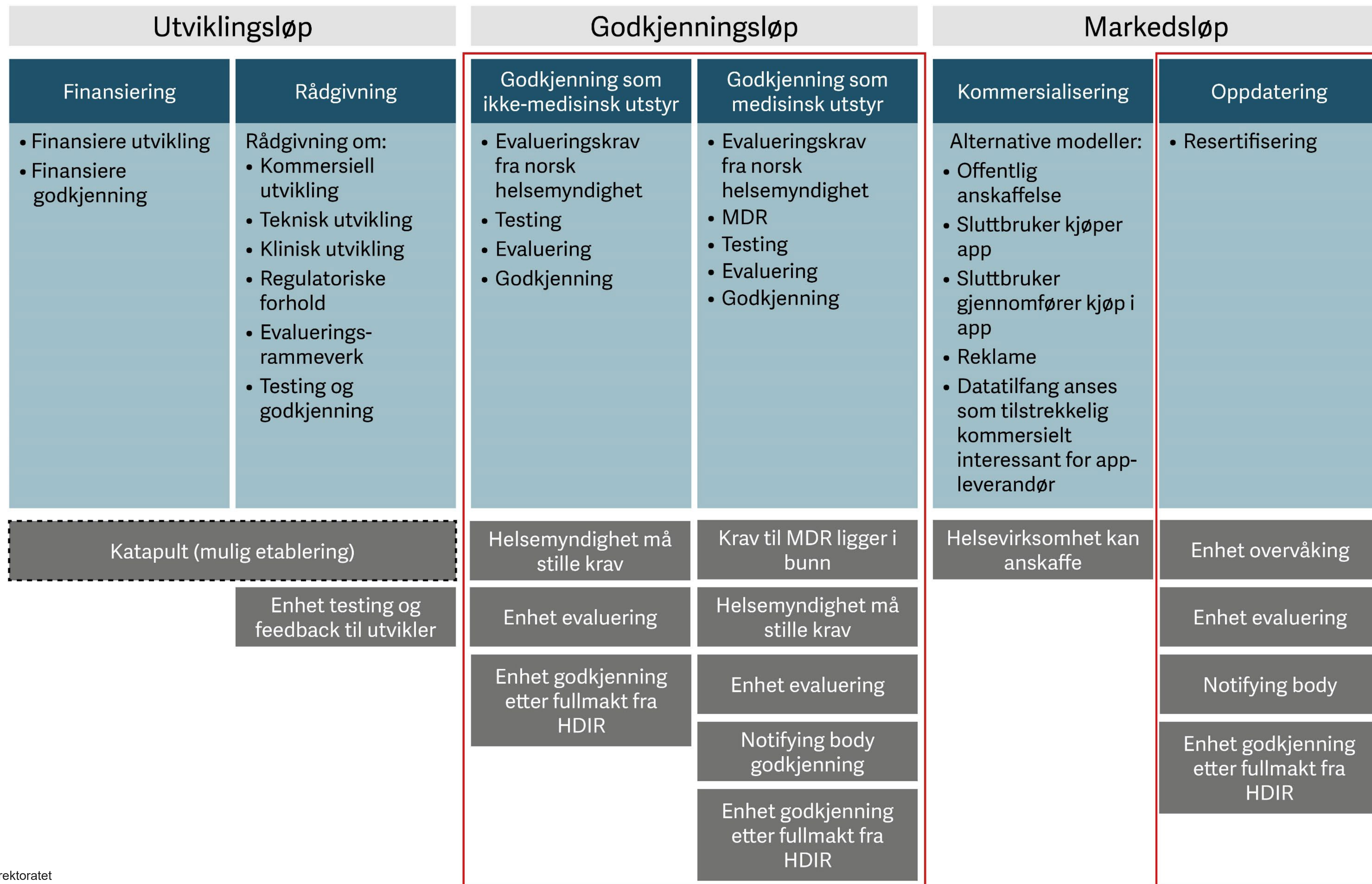
Minst fem app-leverandører prøver evalueringsrammeverket

2

Godkjente apper publiseres i en redesignet verktøykatalog på helsenorge.no

3

Innbyggere og helsepersonell får tilgang til appene gjennom verktøykatalogen og verktøyformilderen på helsenorge.no



Hva er viktig nå?

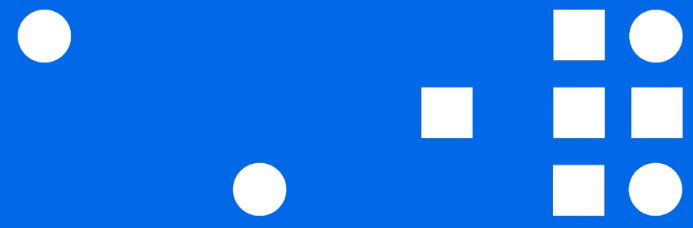
- + Sette rammene for en styrings- og forvaltningsmodell. Hvem gjør hva med hvilket ansvar?
- + Kommunene og spesialisthelsetjenesten må være med i utviklingen av nasjonal modell
- + Vi må utnytte allerede igangsatte initiativ
- + Det vi lager må passe inn i en større sammenheng



God helsete
Gode liv

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering.



Direktoratet for
e-helse

Sak 6/22: Helsedirektoratets strategi for Helseregistre 2022-2026

Direktoratets strategi for sentrale helseregistrene

NUFA 6/22

Videomøte, 26.01.22.

Håkon Haaheim, Avdeling helseregistre





Tildelingsbrev for 2021

- 2.8.4 SPESIELLE OPPDRAG

Helsedirektoratet skal utarbeide en strategi for utviklingen av helseregistrene som forvaltes av direktoratet. Strategien skal synliggjøre hvordan helseregistrene understøtter Helsedirektoratets øvrige oppgaver, og innrettes med sikte på bedre samlet måloppnåelse for direktoratet.

Sammenhengen med mål og tiltak i helsedataprogrammet, herunder etablering av HDS, skal synliggjøres. Oppdraget skal sees i sammenheng med utvikling av Hdir sine registre som ledd i arbeidet med coronapandemien, oppdraget om å vurdere etablering av flere kvalitetsregistre for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Høringsrunder/grunnlag

BRUKEREN FØRST

Systematisk brukermedvirkning, brukerne er likeverdige medlemmer i våre prosesser, Vi skal bidra til brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten

GODE ANALYSER

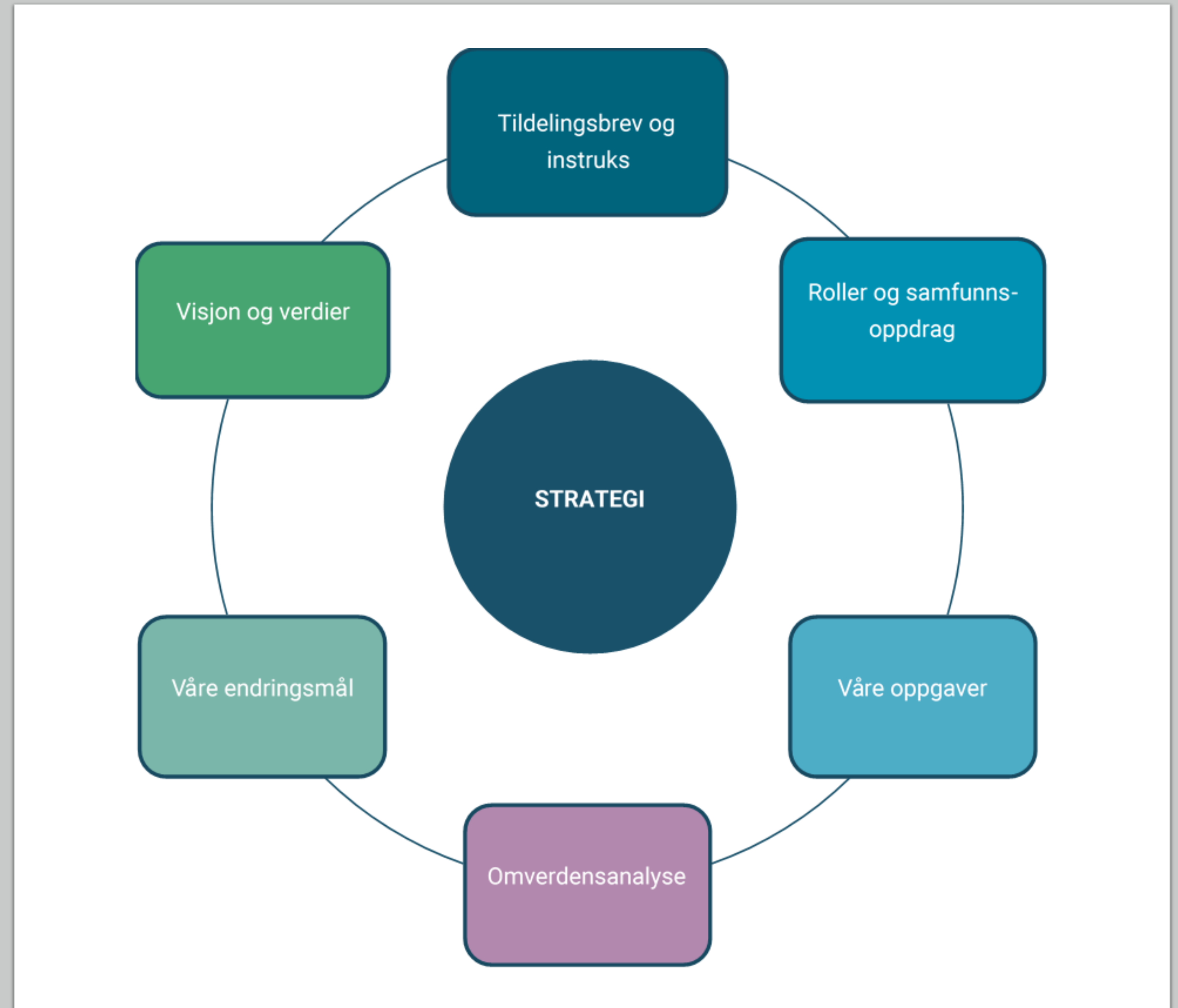
Bidra til at Hdir kan formidle ny kunnskap, styrke Hdirs evne til analyse og utnytte helsedata, bedre samarbeid med andre kunnskapsleverandører

DIGITALT FØRSTEVALG

Kompetanse og kultur for digitalisering, våre tjenester er for alle, støtte opp om helsetjenester på nye måter

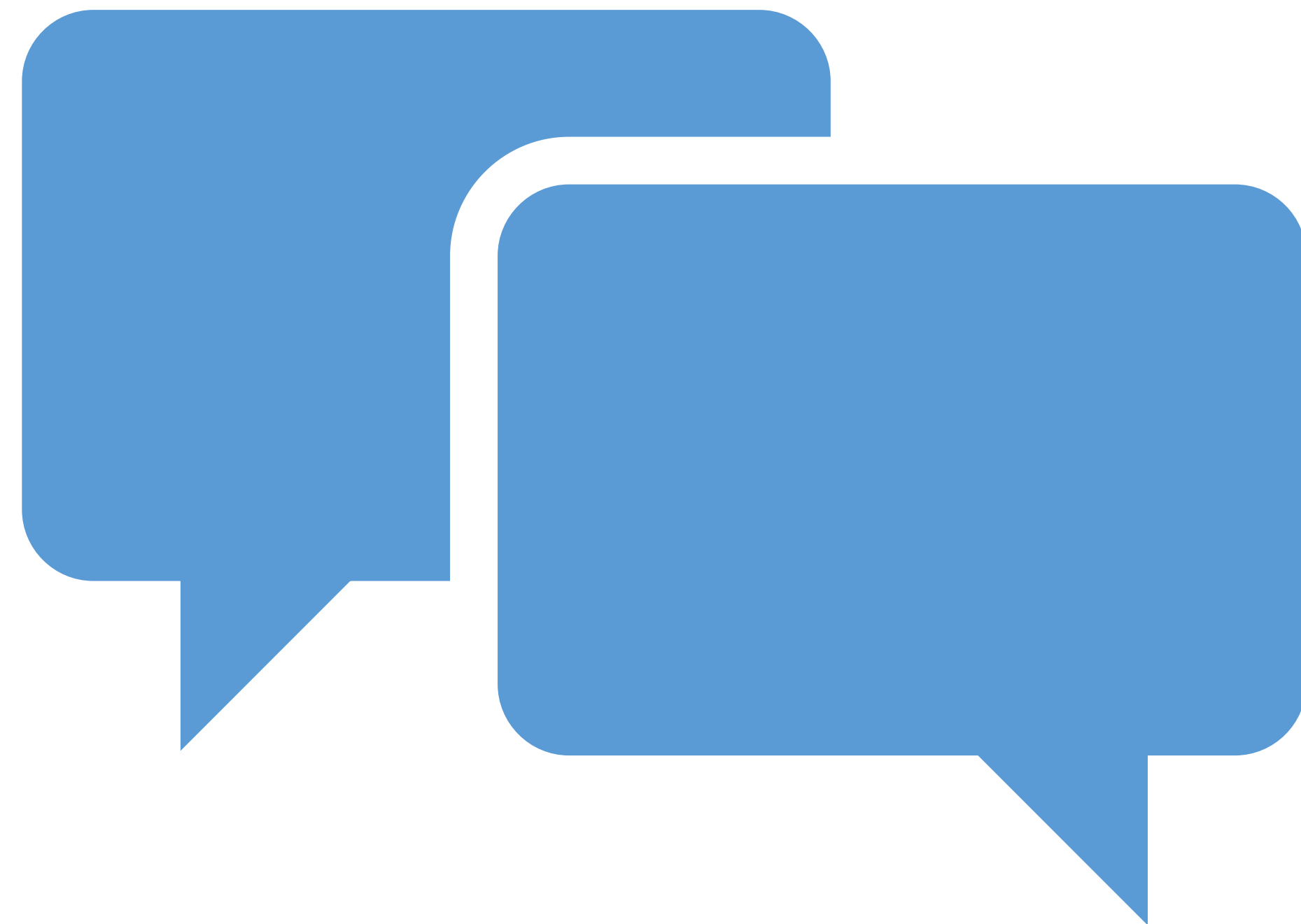
EFFEKT HELT UT

Økte krav til kvalitet, effektivitet og bærekraft, målrettet implementering, tett samarbeid med aktørene

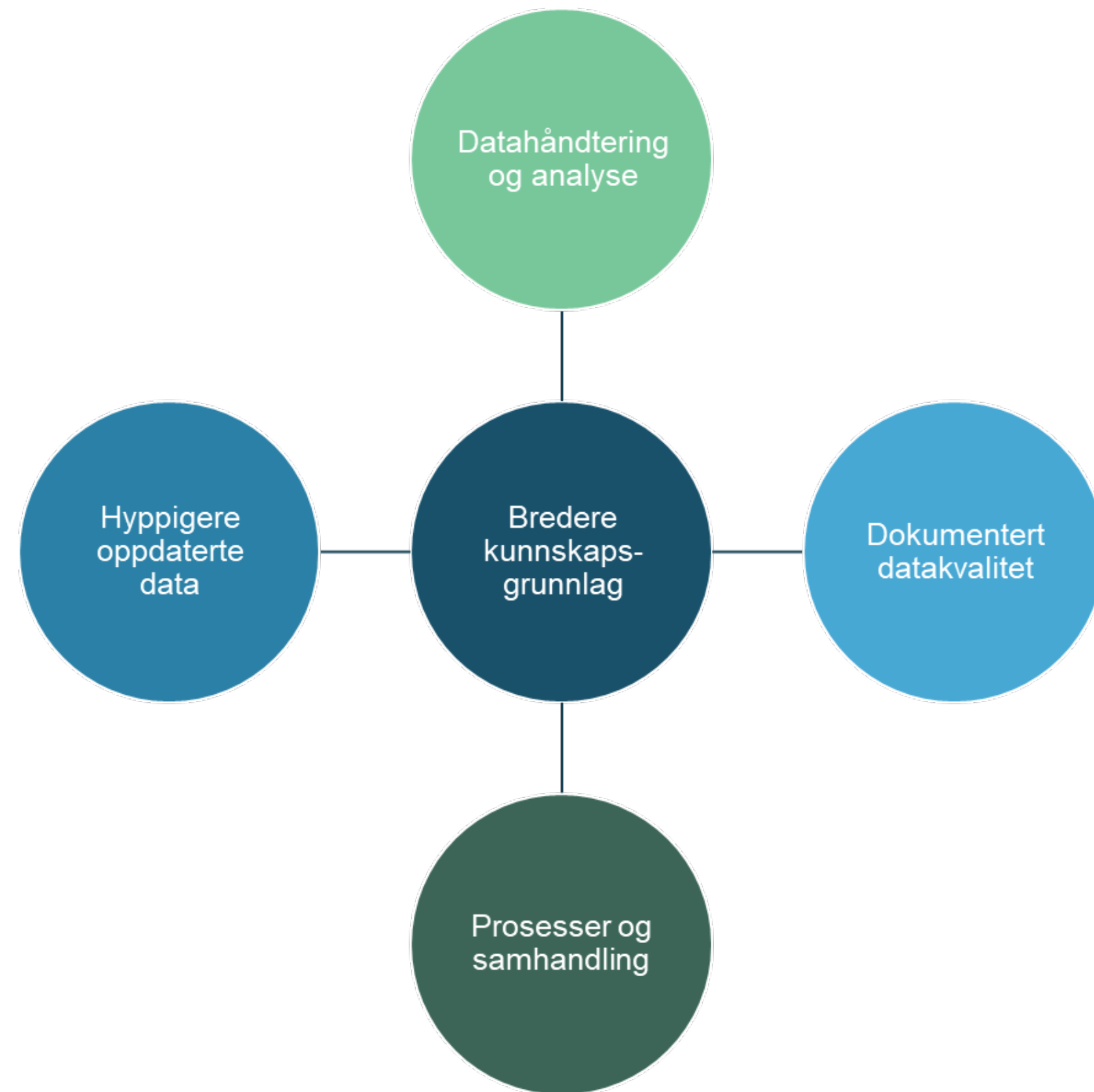


Funn fra innsikts- fase og behovs- kartlegging

- **Bredere data- og kunnskapsgrunnlag**
- **Hyppigere oppdaterte data**
- **Bedre dokumentering av datakvalitet**
- **Forløpsanalyser og pasientorienterte koblinger**
- **Tettere knytning mellom helseregistrene og øvrige deler av direktoratet**
- **Enklere og raskere tilgang til data**
- **Grunnlag for å evaluere nye helsetjenester**
- **Muliggjøre bruk av kunstig intelligens**
- **Bruk og tilgang til helsetjenester i ulike sosioøkonomiske grupper i befolkningen og i ulike innvandrergupper**

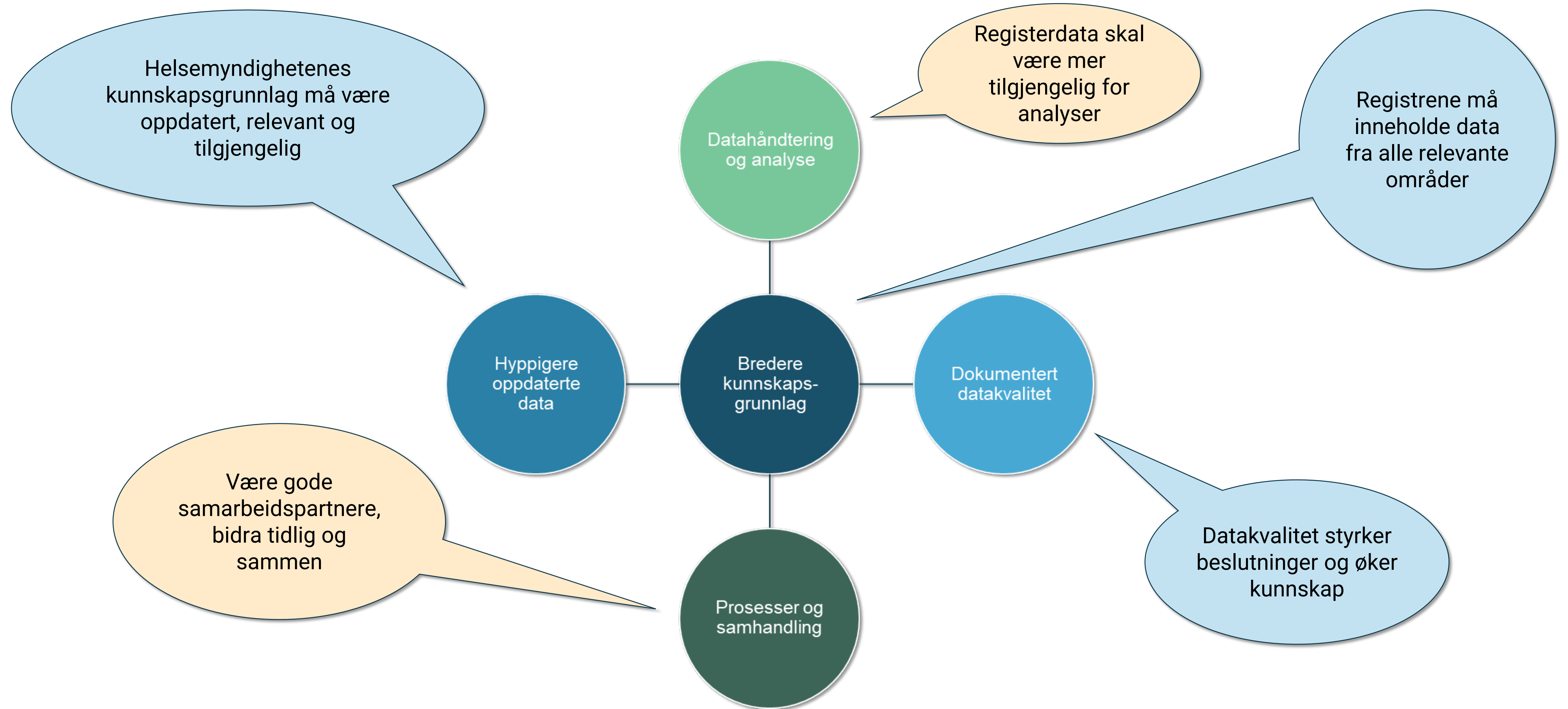


Strategiske satsningsområder



- Helsedirektoratets samfunnsoppdrag krever et **bredt kunnskapsgrunnlag**. Registrene må derfor inneholde data fra alle relevante områder og utvide sitt datainnhold.
- Samfunnet og helsesektoren er i endring og mange trenger **hyppigere oppdaterte data** for å følge med og styre sektoren. Helsemyndighetenes kunnskapsgrunnlag må være oppdatert, relevant og tilgjengelig for å danne grunnlag for gode beslutninger.
- **Dokumentert datakvalitet** styrker beslutninger og øker kunnskap. Ved å utarbeide kvalitetsvurderinger og synliggjøre faktisk kvalitet, leverer Helsedirektoratet grunnlag for bedre datakvalitet fra de rapporterende enhetene i sektoren
- Registerdata skal være mer tilgjengelig for hele Helsedirektoratet som grunnlag for **datahåndtering og analyser** for å forbedre leveransene. Registerdata muliggjør datadrevne beslutninger i helseforvaltningen og må tilpasses ulike behov for å understøtte og øke samlet måloppnåelse i direktoratet og sektoren.
- Helsedirektoratet vil øke bruken av helsedata og informasjon fra direktoratets nasjonale helseregistre. Helseregistrene skal være en god og forutsigbar samarbeidspartner som bidrar tidlig i **prosesser med god samhandling** der direktoratet og andre behovshavere kan øke sin måloppnåelse ved å anvende helsedata.

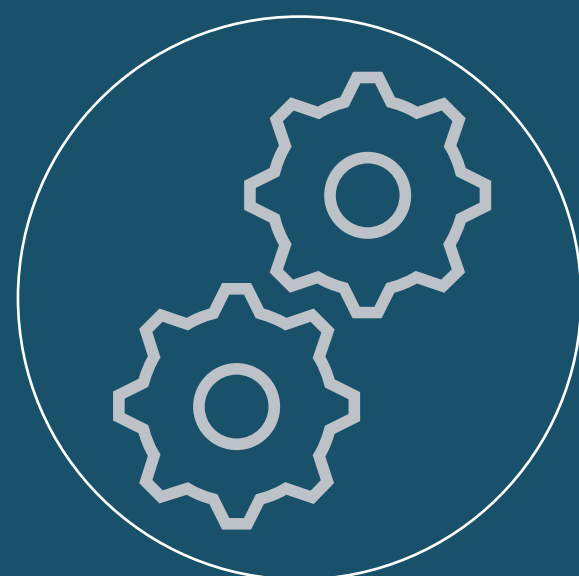
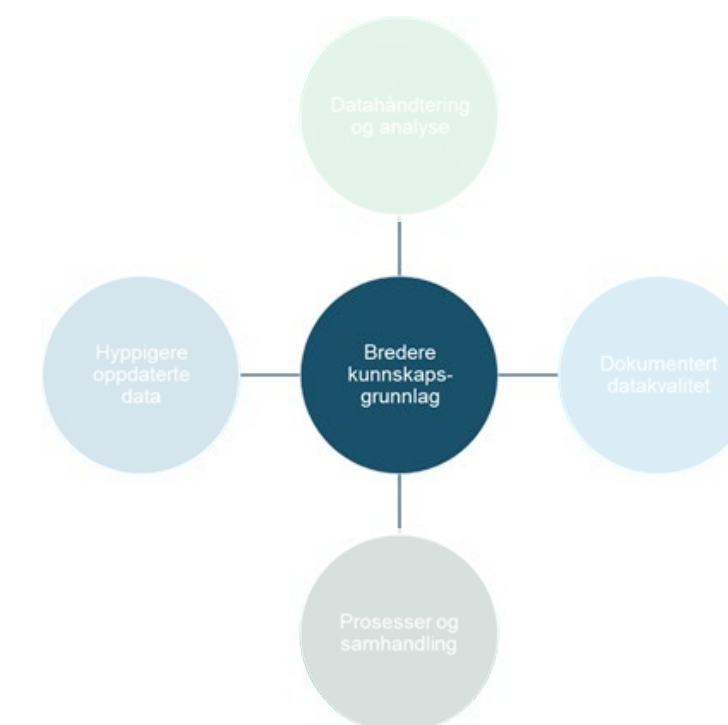
Involvering og forankring



Strategiske veivalg

Bredere kunnskapsgrunnlag

Helsedirektoratet skal ha tilgang til og kunne levere alle typer relevante data. Vi legger til rette for bredere analyser og oppdatert styringsgrunnlag på prioriterte områder.



Aktivitetsdata

- Mer av det vi gjør med mandat i forskrift (NPR og KPR)
- Habilitering, rehabilitering, psykisk helse, rus, demens, ernæringsoppfølging, folkehelse mv.



Kapasitets- og operative data

- Innsamling av nye typer data, uavklart i forskrift
- Senger, operasjonsrom, ambulanser, ansatte, vaktordninger, geodata, mv.
- NAV, SSB, DSB, NVDB, BREG, mfl.



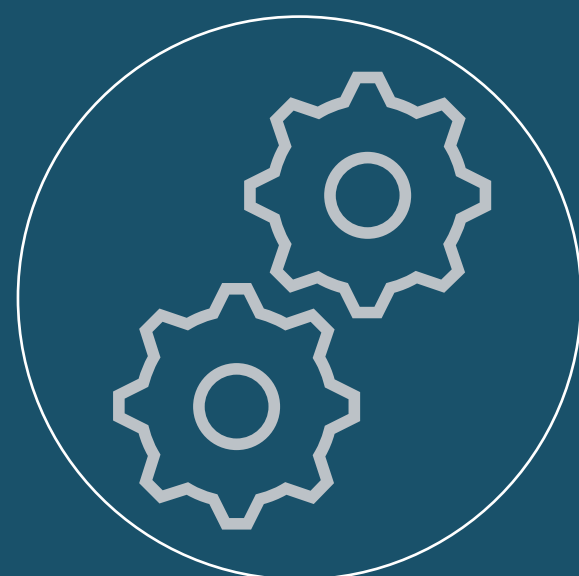
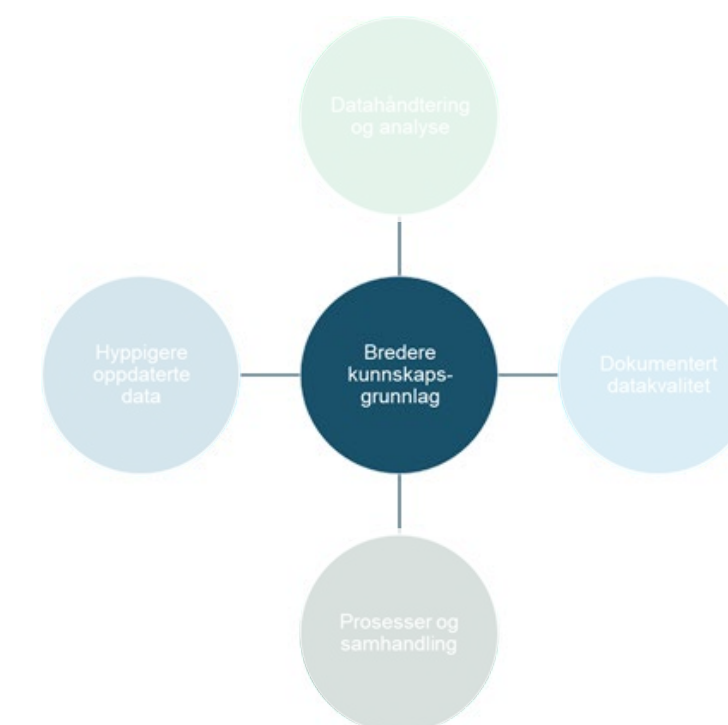
Samarbeid om rapportering

- Direktoratets divisjoner og avdelinger, samt HOD
- Medisinske kvalitetsregistre, FHI, kreftregisteret, SKDE



Bredere kunnskapsgrunnlag

Helsedirektoratet skal ha tilgang til og kunne levere alle typer relevante data. Vi legger til rette for bredere analyser og oppdatert styringsgrunnlag på prioriterte områder.



Aktivitetsdata

- Mer av det vi gjør med mandat i forskrift (NPR og KPR)
- Habilitering, rehabilitering, psykisk helse, rus, demens, ernæringsoppfølging, folkehelse mv.



Kapasitets- og operative data

- Innsamling av nye typer data, uavklart i forskrift
- Senger, operasjonsrom, ambulanser, ansatte, vaktordninger, geodata, mv.
- NAV, SSB, DSB, NVDB, BREG, mfl.



Samarbeid om rapportering

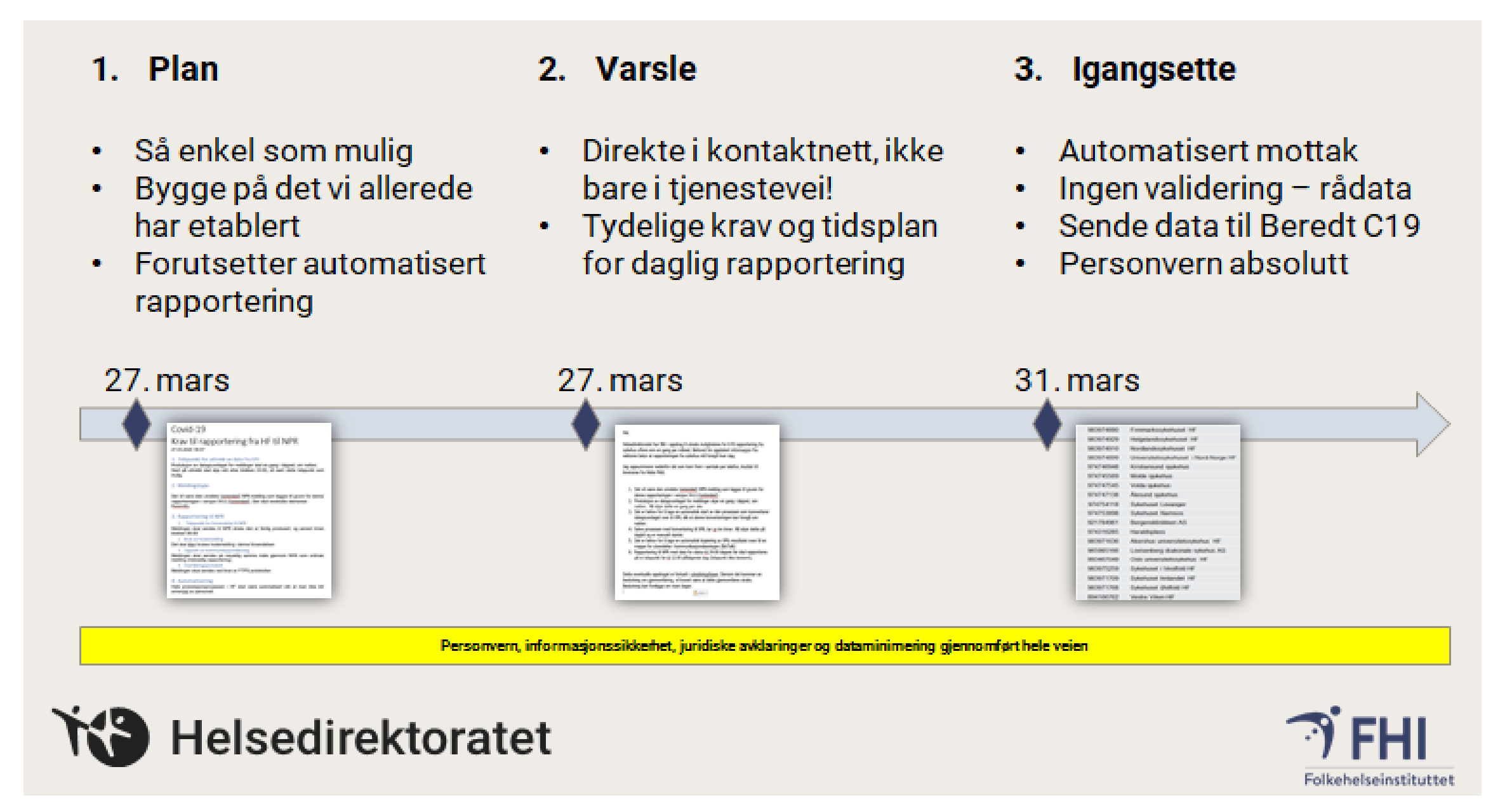
- Direktoratets divisjoner og avdelinger, samt HOD
- Medisinske kvalitetsregistre, FHI, kreftregisteret, SKDE



Behov for både **aktivitets-** **og kapasitets/operative data**

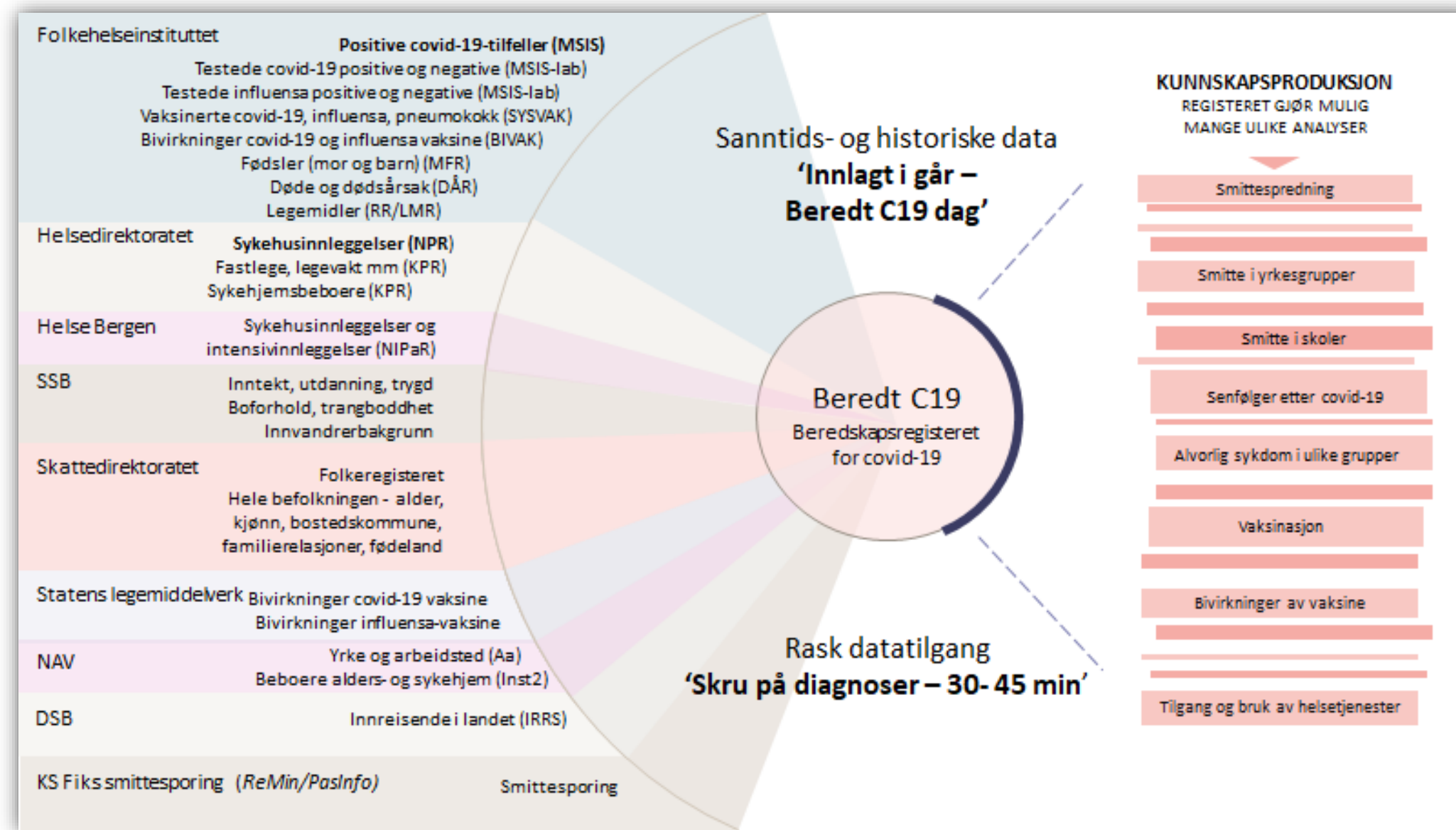


Regjeringens pressekonferanse, 12.3.20
- «*Viruset er så smittomt at vi ikke kan ta på hverandre, men vi skal altså ta vare på hverandre*».



FHI og Hdir, 15.11.21: *Beredt C19 Sanntidskunnskap til håndtering av pandemien*. Helse- og Kvalitetsregisterkonferansen 2021. Om hasteoppdraget som ble gitt FHI av HOD den 24.mars 2020.

Behov for både aktivitets- og **kapasitets/operative data**



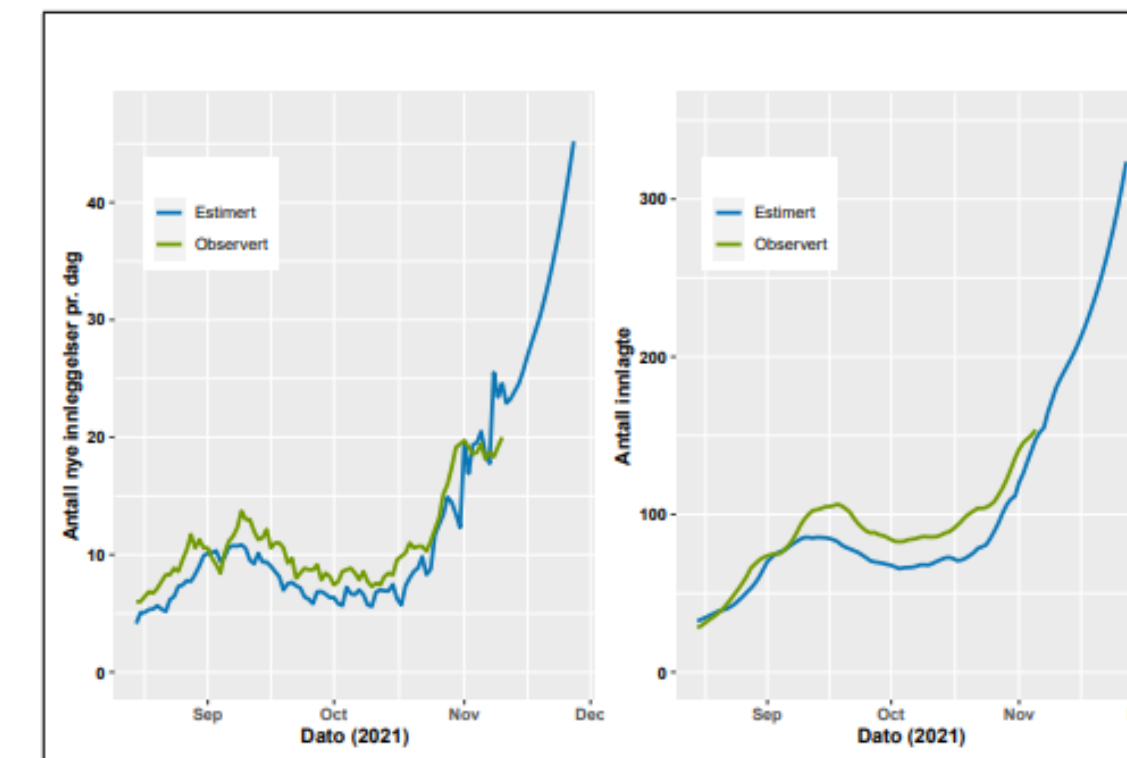
FHI, 15.11.21: Den Norske Dataforenings innsiktspris tildelt Beredt C19



3 Estimert antall innleggelser

I henhold til modellen er antall innleggelser i kommende uker estimert fra nåværende smittetall og smittetrend. Figur 5 viser modellestimert totalt antall nye innleggelser og innlagte pasienter. Figurene 6-13 viser tilsvarende estimater, delt etter kategorier etter alder, vaksinestatus etc.

Estimert antall innleggelser, totalt

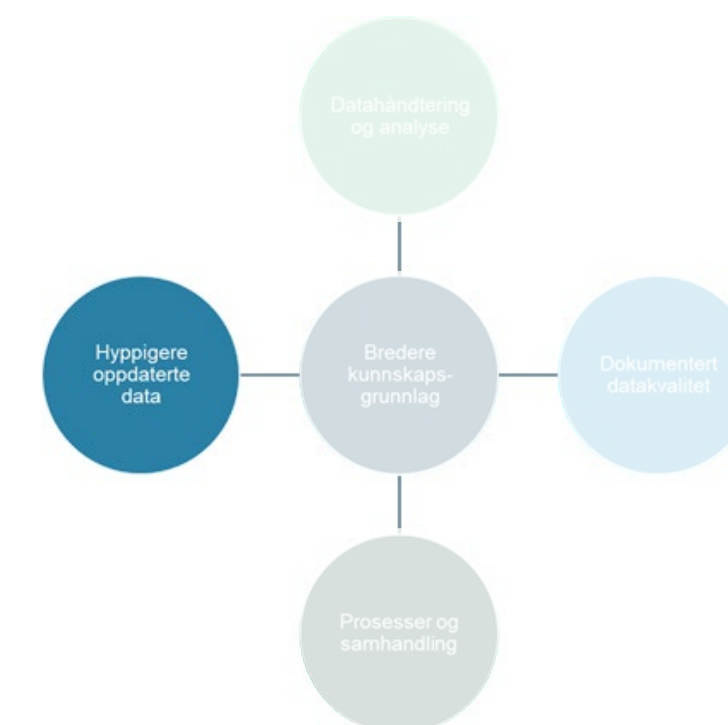


Figur 5: Venstre panel: Antall registrerte nye sykehusinnleggelser pr. dag (7 dagers glidende gjennomsnitt) siste ukene, og tilhørende modellestimerte verdier. Høyre panel: Tilsvarende verdier, for antall sykehusinnlagte.

FHI, 13.11.21: Korttidsframskrivninger sykehusinnleggelser.

Hyppigere oppdaterte data

Helsesdata samles hyppigere for å følge med på og legge til rette for utvikling av helsesektoren, samt å sikre mer effektiv og lik helsetjeneste uansett bosted.



Helseberedskap

- Utveksling og analyse av store datamengder i ulike beredskapssituasjoner
- Med kilde i ordinær drift



Storbrukere

- Samdata, NKI, publikumstjenester, RHF, ventetider, fritt sykehusvalg, mv.
- Hyppigere oppdaterte data gir bedre beslutningsstøtte for myndigheter, tjeneste og publikum



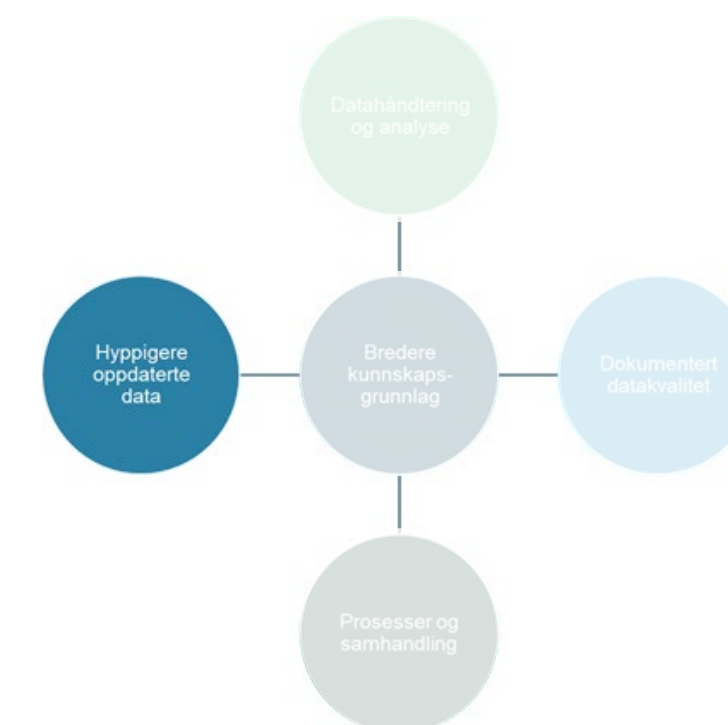
Koordinere rapporteringen

- Krav til arkitektur for sending, transport, mottak, lagring og kontroll av data, inkludert sikkerhet og personvern.
- Opp mot 20 000 rapporterende institusjoner og deres leverandører



Hyppigere oppdaterte data

Helsesdata samles hyppigere for å følge med på og legge til rette for utvikling av helsesektoren, samt å sikre mer effektiv og lik helsetjeneste uansett bosted.



Helseberedskap

- Utveksling og analyse av store datamengder i ulike beredskapssituasjoner
- Med kilde i ordinær drift



Storbrukere

- Samdata, NKI, publikumstjenester, RHF, ventetider, fritt sykehusvalg, mv.
- Hyppigere oppdaterte data gir bedre beslutningsstøtte for myndigheter, tjeneste og publikum

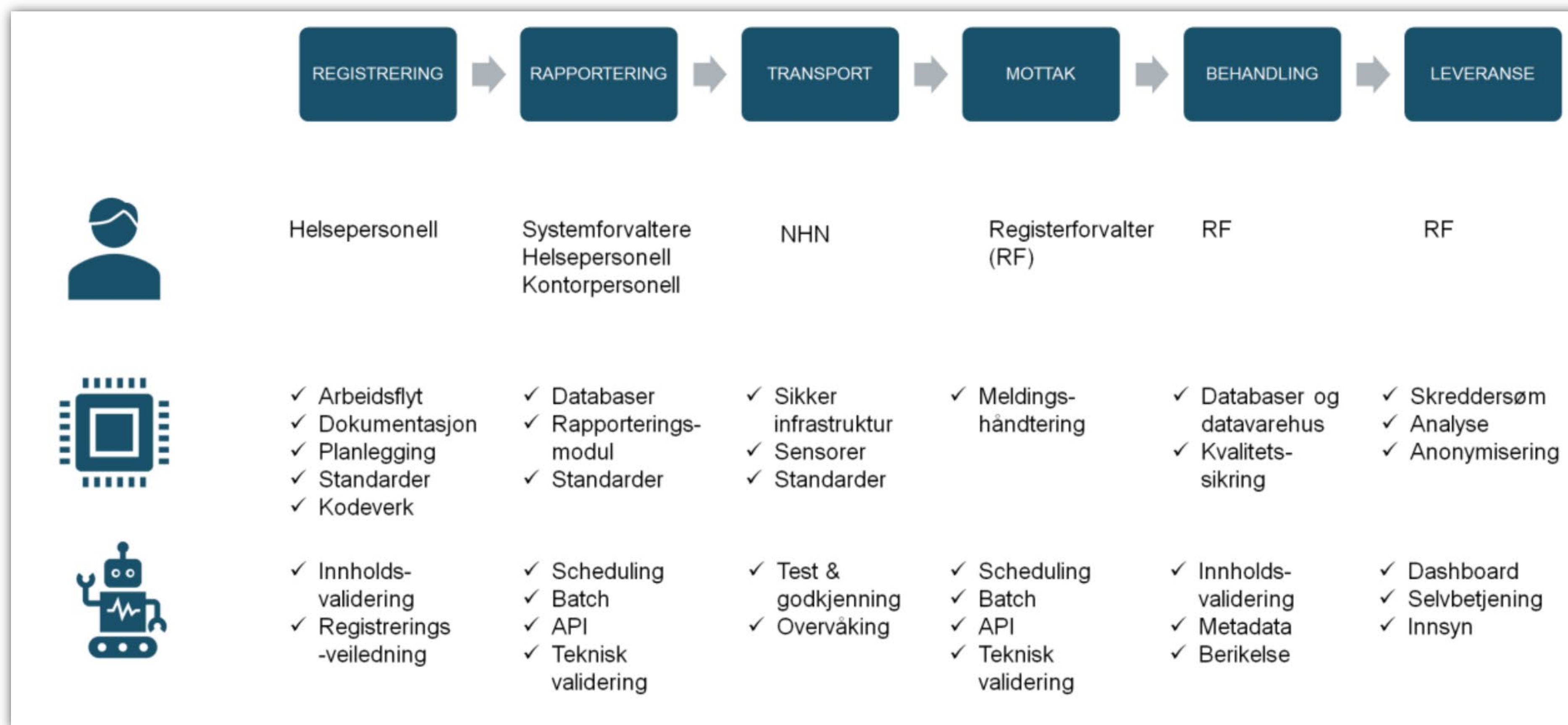


Koordinere rapporteringen

- Krav til arkitektur for sending, transport, mottak, lagring og kontroll av data, inkludert sikkerhet og personvern.
- Opp mot 20 000 rapporterende institusjoner og deres leverandører



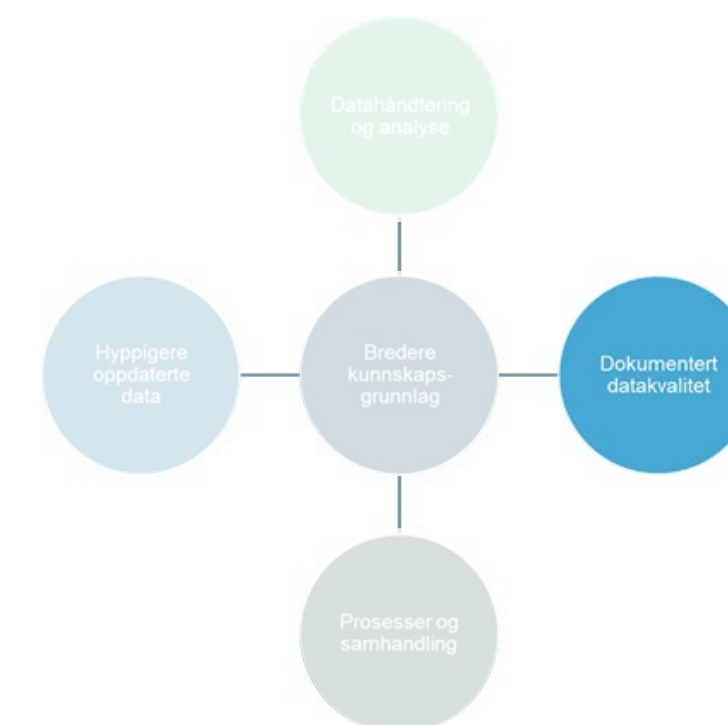
Koordinere innrapporteringen



Direktoratet for e-helse, 28.9.21: [Utviklingsretning automatisert innrapportering til helseregistre](#) Jf. tildelingsbrevet for 2021 med oppdrag om å beskrive utviklingsretning for arbeidet med automatisk innrapportering og datafangst til helseregistre.

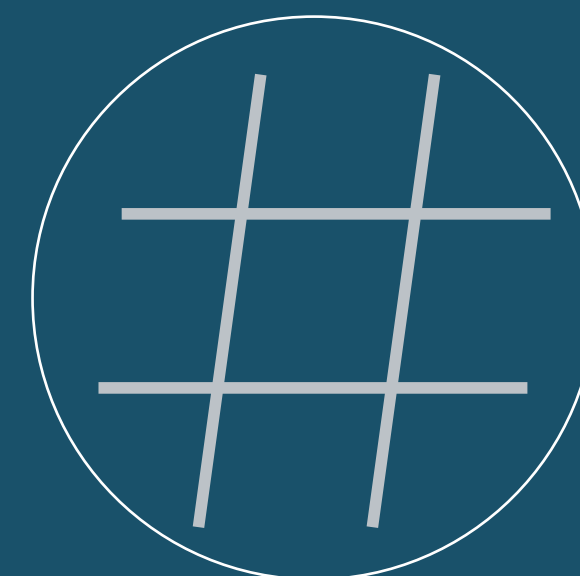
Dokumentert datakvalitet

Helsedirektoratet tilbyr datagrunnlag som øker presisjon i analyser, beslutningsstøtte og styring.



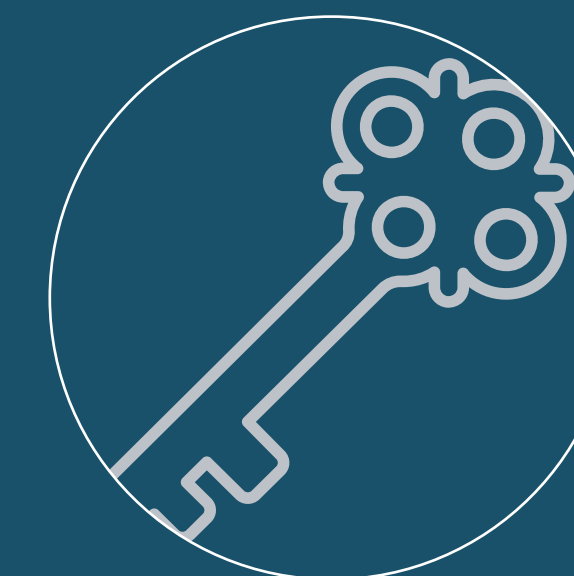
Tilbakerapportering

- Legger til rette for validering hos både avsender og mottaker
- Stor effekt på datakvalitet når helsepersonell får tilgang til veiledning ved registrering av opplysninger



Metadata

- Utvikles som del av leveransen til Helseanalyseplattformen
- Tilgjengeliggjøres og gjenbrukes av andre brukere



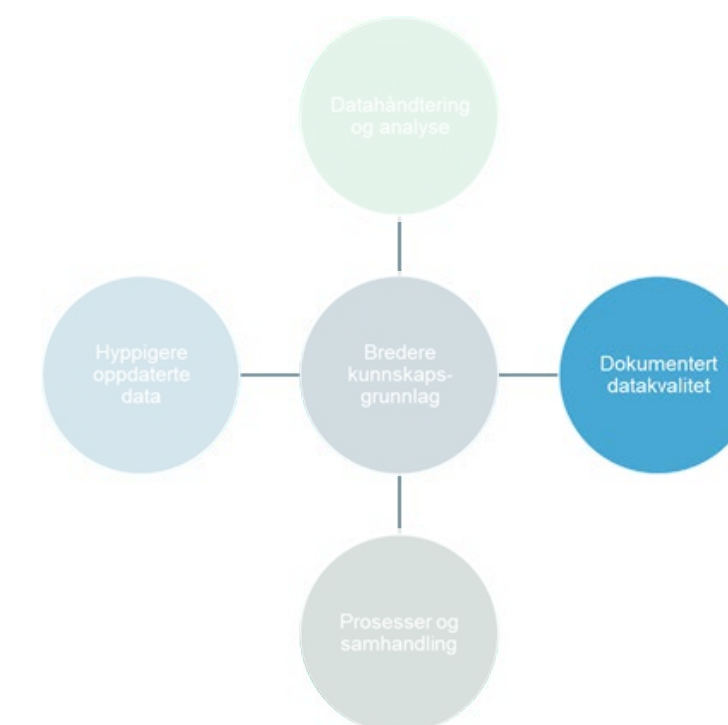
Nøkkelregister

- Helsedirektoratet fyller medisinske kvalitetsregistre med autoritative data, kvalitetssikret og «stemplet»
- Reduserer dobbelrapportering fra helsetjenestene til ulike registre



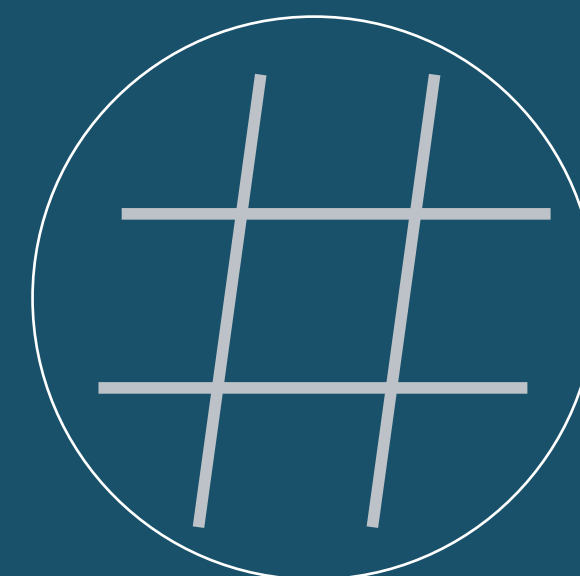
Dokumentert datakvalitet

Helsedirektoratet tilbyr datagrunnlag som øker presisjon i analyser, beslutningsstøtte og styring.



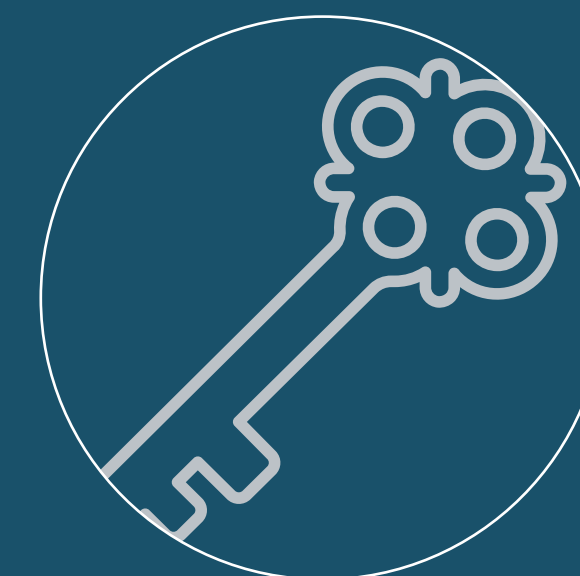
Tilbakerapportering

- Legger til rette for validering hos både avsender og mottaker
- Stor effekt på datakvalitet når helsepersonell får tilgang til veiledning ved registrering av opplysninger



Metadata

- Utvikles som del av leveransen til Helseanalyseplattformen
- Tilgjengeliggjøres og gjenbrukes av andre brukere



Nøkkelregister

- Helsedirektoratet fyller medisinske kvalitetsregistre med autoritative data, kvalitetssikret og «stemplet»
- Reduserer dobbelrapportering fra helsetjenestene til ulike registre



Nøkkelregisterfunksjonen

NASJONALT SERVICEMILJØ FOR MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE

SKDE

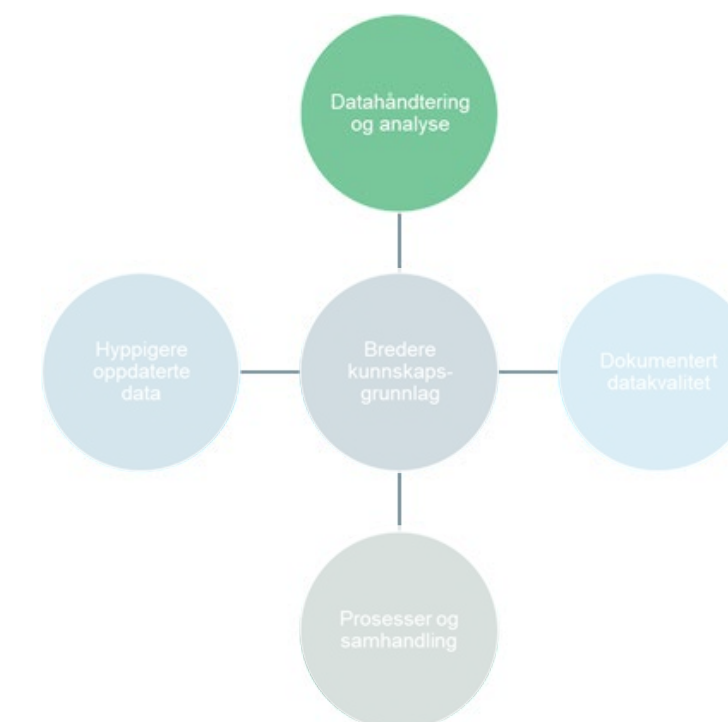
BEHOV FOR DATA FRA NPR

1. Data som...
2. Data som...
3. Data for...
4. Data for...
5. Muligh...

Kvalitetsregister for psykisk helsevern voksne	Kvalitetsregister for barn- og unges psykiske helse	Kvalitetsregister for alderspsykiatri	Norsk diabetesregister for voksne	Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler
Norsk Register for Gastrokirurgi	Norsk MS-register og biobank	Aktuelle kvalitetsregistre	Norsk register for Hidradenitts suppurativa	Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser
Norsk karkirurgisk register	Nasjonalt Høftebruddregister	Norsk intensiv- og pandemiregister	Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi	Norsk register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer

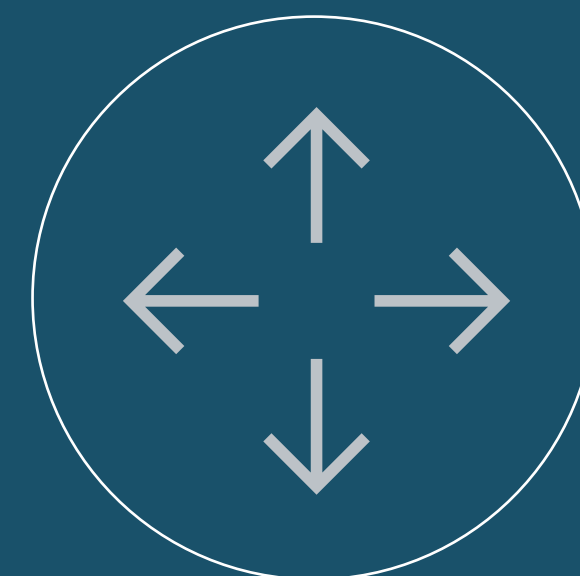
Datahåndtering og analyse

Vi tilbyr oppdatert analysegrunnlag når det er behov. Datagrunnlag tilpasses ulike perspektiv som understøtte og øker mål-oppnåelse i direktoratet og sektoren i stort.



Økt tilgang

- Data mer tilgjengelig uten saksbehandling, brukerne selvhjulpne
- Samtidig skal personvernet sikres i tråd med direktoratets strategier og målbilder for informasjonssikkerhet



Pasientorientering

- Legge til rette for helseutvikling og videreutvikle finansieringsordninger
- Utvikle datamodeller hvor pasienten er utgangspunkt for dataprosesseringen på tvers av helsetjenestene



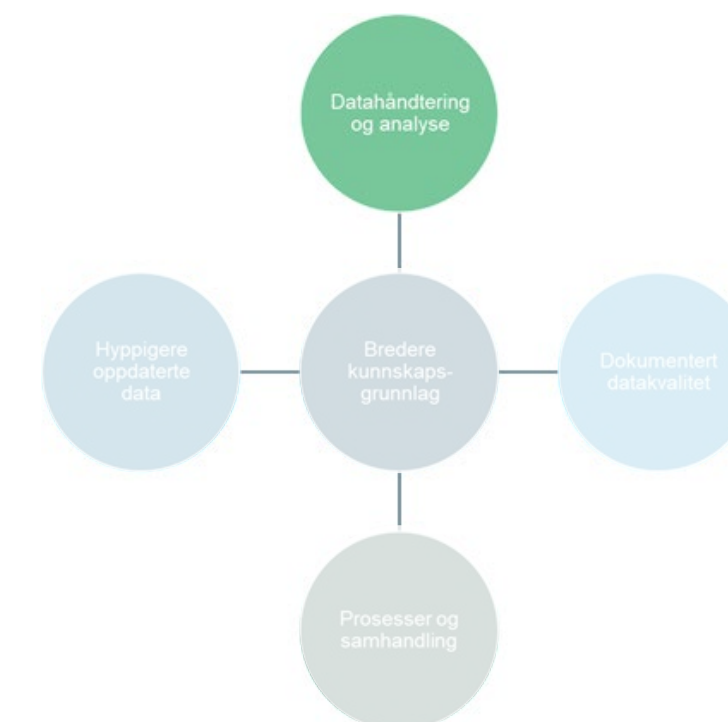
Anvendt kunstig intelligens

- Helseregistrene er kilde til stordata som kan analyseres med ny teknologi
- Anvendes til alt fra kvalitetskontroll på data i mottak til avansert modellering og prediksjonsanalyse



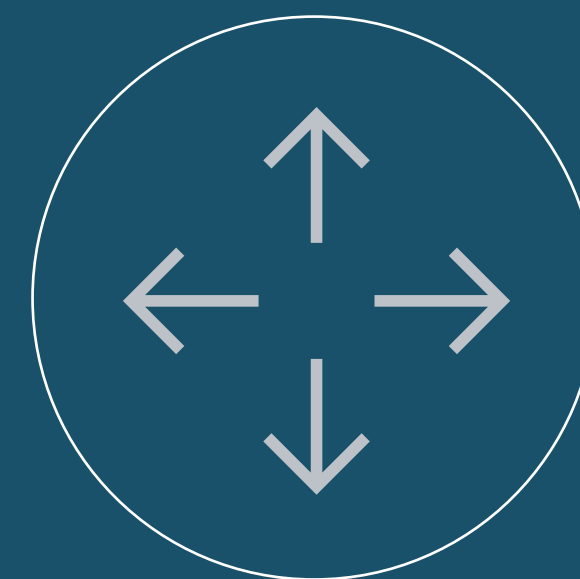
Datahåndtering og analyse

Vi tilbyr oppdatert analysegrunnlag når det er behov. Datagrunnlag tilpasses ulike perspektiv som understøtte og øker mål-oppnåelse i direktoratet og sektoren i stort.



Økt tilgang

- Data mer tilgjengelig uten saksbehandling, brukerne selvhjulpne
- Samtidig skal personvernet sikres i tråd med direktoratets strategier og målbilder for informasjonssikkerhet



Pasientorientering

- Legge til rette for helseutvikling og videreutvikle finansieringsordninger
- Utvikle datamodeller hvor pasienten er utgangspunkt for dataprosesseringen på tvers av helsetjenestene



Anvendt kunstig intelligens

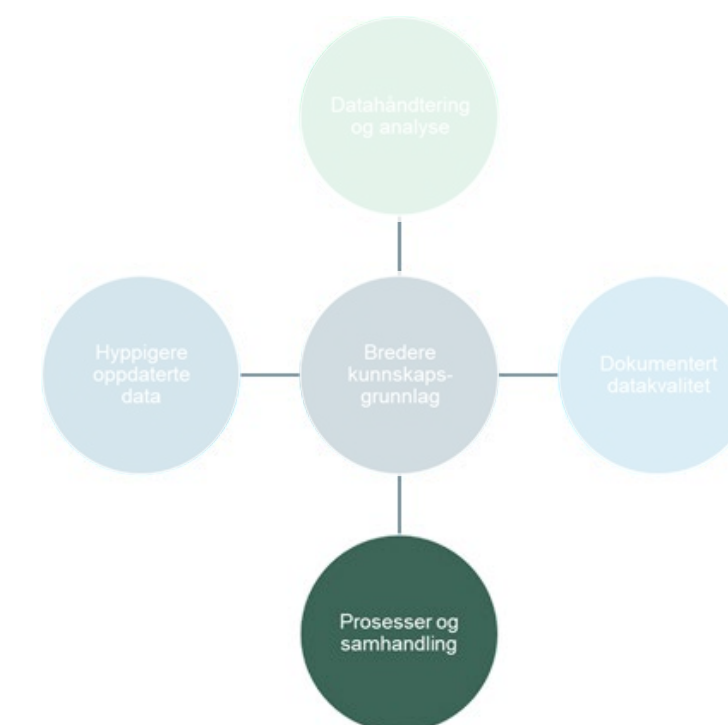
- Helseregistrene er kilde til stordata som kan analyseres med ny teknologi
- Anvendes til alt fra kvalitetskontroll på data i mottak til avansert modellering og prediksjonsanalyse





Prosesser og samhandling

Registerdata skal være mer tilgjengelig. Bedre leveranser og økt kunnskap om registerdata forsterker datadrevne beslutninger i helseforvaltningen



Involvering og forankring

- Formalisere samhandling med alle divisjonene, 1-2 årlige divisjonsmøter
- Opprettholde og øke samhandling eksternt m/andre etater
- Gjensidig læring og innspill til prioritering



Tett på endringer

- Helseregistre skal være tettere på det helsepolitiske landskapet.
- I nye oppdrag og reformer må det vurderes om/hvordan registerdata kan bidra til vellykket implementering.



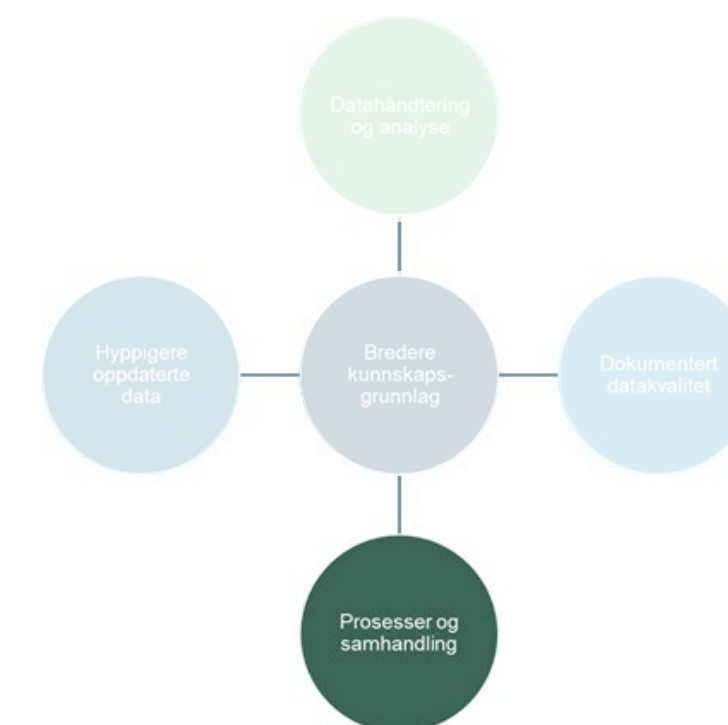
Brukeren først

- Direktoratet samler planlegging av normerende og monitorerende aktivitet
- Tidlig avklare endret innrapportering, øke forutsigbarhet og lansere viktige publikumstjenester raskere



Prosesser og samhandling

Registerdata skal være mer tilgjengelig. Bedre leveranser og økt kunnskap om registerdata forsterker datadrevne beslutninger i helseforvaltningen



Involvering og forankring

- Formalisere samhandling med alle divisjonene, 1-2 årlige divisjonsmøter
- Opprettholde og øke samhandling eksternt m/andre etater
- Gjensidig læring og innspill til prioritering



Tett på endringer

- Helseregistre skal være tettere på det helsepolitiske landskapet.
- I nye oppdrag og reformer må det vurderes om/hvordan registerdata kan bidra til vellykket implementering.

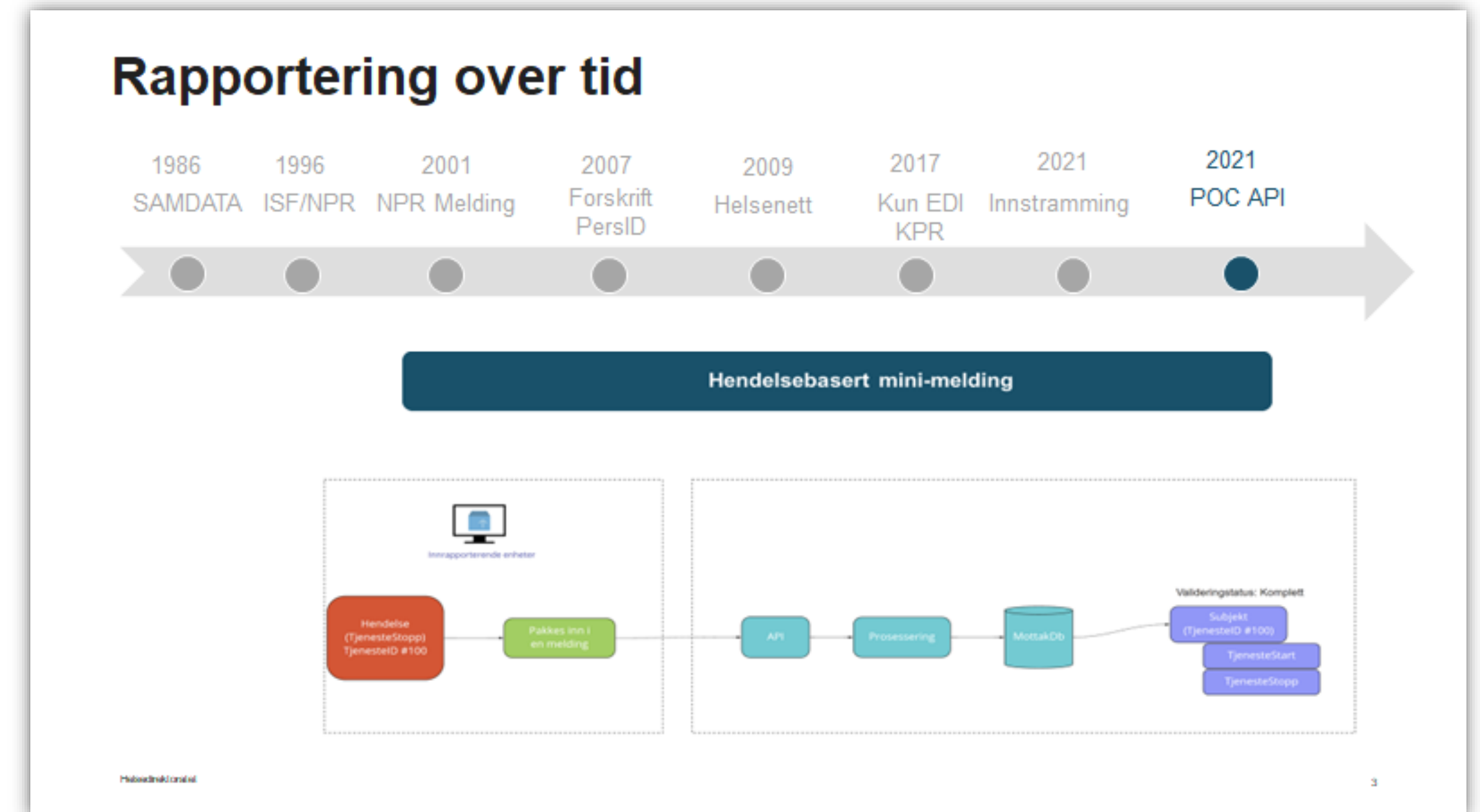
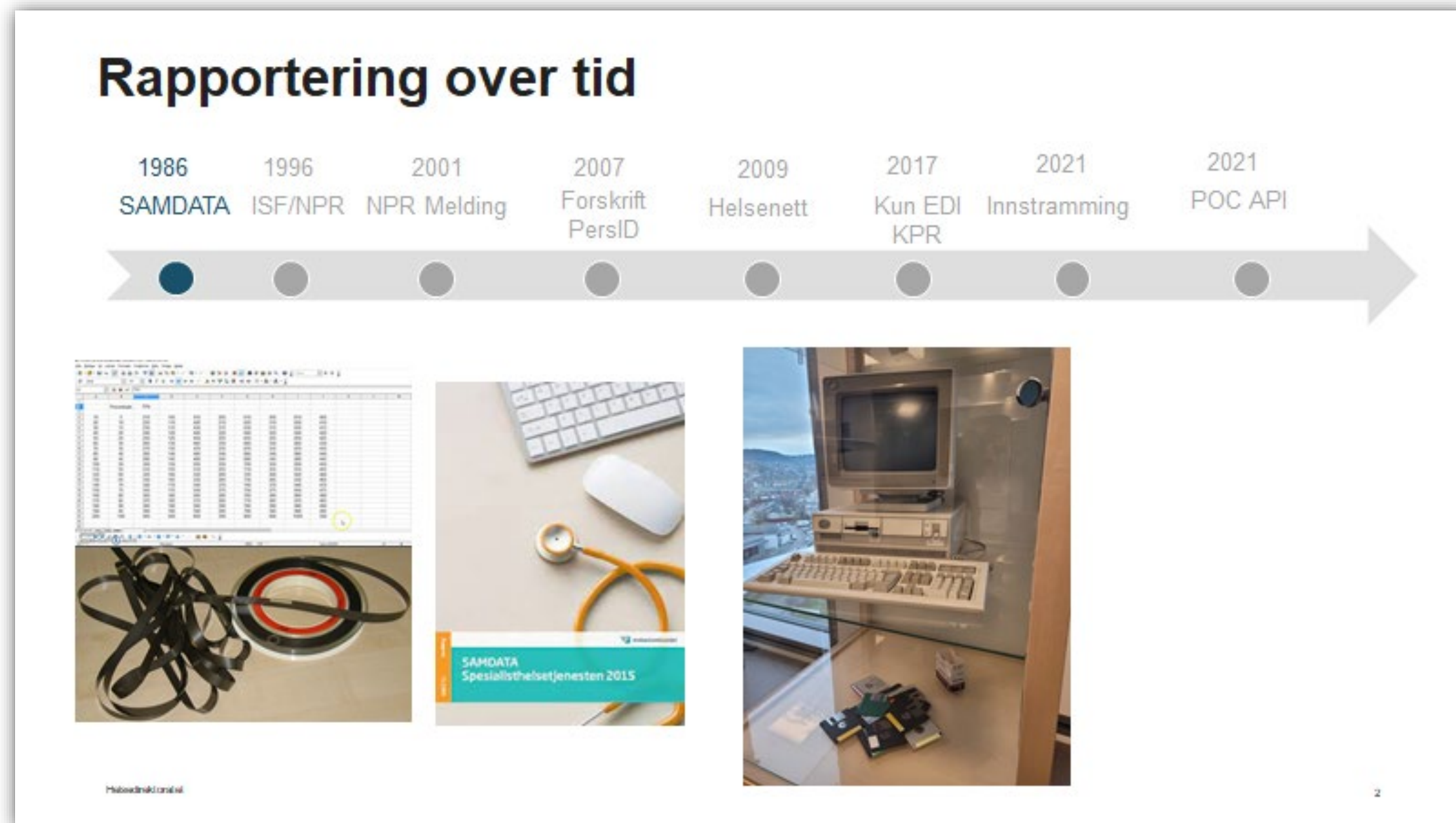


Brukeren først

- Direktoratet samler planlegging av normerende og monitorerende aktivitet
- Tidlig avklare endret innrapportering, øke forutsigbarhet og lansere viktige publikumstjenester raskere



Automatisk innrapportering



Hdir, 16.11.21: *Utvexling av helsedata i dag og i fremtiden sett fra NPR og KPR* Helse- og Kvalitetsregisterkonferansen 2021. Om automatisk rapportering

Støtteområder og satsing

Strategiske støtteområder

Registerforvaltning

Helseregistrene er i kontinuerlig utvikling og utfordres med lang ledetid. Strategisk avgjørende å definere rammer for registerforvaltningens prosesser og teknologi.

Informasjonssikkerhet og personvern

Direktoratet skal motta og tilgjengeliggjøre data hyppigere samtidig som vi ivaretar våre høye krav til informasjonssikkerhet og personvern.

Kultur og organisering

Vi legger til rette for innovasjon, faglig utvikling og underbygger koordinering og prioritering på tvers. Avdeling og seksjoner har omforent og felles eierskap til utviklingsretning, mål og tiltak.



Store satsinger - Helseregister 2026

Bakgrunn

Hurdalsplattformen er tydelig på at deling av data skal ha gode rammebetingelser i Norge. Det er behov for å styrke den nasjonale digital beredskapen. Satsingen på Helsedirektoratets sentrale helseregistre understøtter dette gjennom hyppigere datainnsamling og raskere og enklere tilgjengeliggjøring av data.

For å oppnå

Vi skal sikre mer og bedre anvendelse av registerdata for en rekke ulike målgrupper og formål. Tiltakene gir effekt helt ut og understøtter direktoratets visjon om *God helse, Gode liv*.

Der brukere opplever

Data er mer tilgjengelig uten saksbehandling og ventetid, der brukere er mer selvhjulpne, men også har tilgang til registerkompetansen i direktoratet.

Personvern og informasjonssikkerhet er en ufravikelig forutsetning.

Eks. verdiproposisjon 1

Mortalitet og morbiditet i Norge sammenlignet med hhv. Sverige og Island. Økt mortalitet ville medført inntektstap på ca. 8-900 MNOK per år og økt morbiditet en kostnad på 200-300 MNOK på innleggelser. Tilgang til god styringsinformasjon er avgjørende i en beredskapssituasjon.

Eks. verdiproposisjon 2

Rapportering til medisinske kvalitetsregistre foregår til en viss grad manuelt. Det tar ofte 30 min per pasient og legger samlet beslag på mellom 5 og 600 årsverk i helsetjenesten. NPR og KPR kan i større grad brukes som nøkkelregister og redusere byrden. En oppnåelig reduksjon på 50% gir effekt på om lag 300 MNOK per år.



Helseledirektoratet

Hyppigere oppdaterte data

Bredere kunnskapsgrunnlag

Dokumentert datakvalitet

Prosesser og samhandling

Datahåndtering og analyse

Helsemyndighetenes kunnskapsgrunnlag må være oppdatert, relevant og tilgjengelig

Være gode samarbeidspartnere, bidra tidlig og sammen

Registerdata skal være mer tilgjengelig for analyser

Registrene må inneholde data fra alle relevante områder

Datakvalitet styrker beslutninger og øker kunnskap

Forslag til vedtak

NUFA tar informasjon og Helsedirektoratets strategi for sentrale helseregistre til orientering.



Direktoratet for
e-helse

Pause – oppstart igjen kl. 13:30



Direktoratet for
e-helse

Sak 7/22: Referatform til møtene i NUFA

Referatform til møtene i NUFA

- Direktoratet for e-helse har sekretariatsfunksjonen for utvalgene i den nasjonale styringsmodellen for e-helse, og ansvaret for at det ferdigstilles et referat fra utvalgsmøtet.
- Mandatet som er gitt NUFA medfører ikke alltid at diskusjonene og samtalene rundt alle tema gir et godt grunnlag til referatføring. Aspektet som læring, åpne spørsmål og en fri dialog tilsier at veien til konklusjon ikke alltid er knyttet til konkret sak eller posisjon.
- Direktoratet for e-helse foreslår at referatet etter møtene i NUFA blir en kort oppsummering av hovedpunktene som kom frem i møtet, samt eventuelle aksjonspunkter relatert til tema.

Drøftings spørsmål:

- Hva er det ønskelig / behov for at blir referatført fra møtene i NUFA?
- Hvordan blir referatet fulgt opp i etterkant av møtene hos medlemmene?

Forslag til vedtak

NUFA drøftet saken og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill gitt i møtet i arbeidet med å ferdigstille retningslinjer for referatet.



Direktoratet for
e-helse

Takk for møtet!

Velkommen til dag 2 i morgen kl. 09.00.

Tema: Legemiddelområdet