



Møte i HelseOmsorg21-rådet (02/17)

Dato: Tirsdag 28. mars 2017, kl 10 – 16.

Sted: Forskningsrådet, møterom Abel 2 og 3

Tilstede:

Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet (*rådsleder*)
Divisjonsdirektør Anne Kjersti Fahlvik, Forskningsrådet
Generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen
Direktør Bernadette Kumar, Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)
Dekan Bjørn Gustafsson, Det medisinske fakultet, NTNU
Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF
Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF
Dekan Gro Jamtvedt, Høgskolen i Oslo og Akershus
Instituttleder Guri Rørtveit, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB
Leder Hilde Lurås, HØKH, Akershus universitetssykehus HF
Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet
Direktør for forskning, innovasjon og digitalisering Inger Østensjø, KS
Fylkestannlege/avdelingsdirektør Kari Strand, Nord-Trøndelag fylkeskommune
Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening
Direktør Kathrine Myhre, Oslo Medtech
Områdedirektør Knut-Inge Klepp, Folkehelseinstituttet
Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger
Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge
Kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen Kommune
Instituttleder Pål Kraft, Psykologisk institutt, UiO
Divisjonsdirektør Roar Olsen, Direktoratet for e-helse
Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS

Forfall:

Dekan Arnfinn Sundsfjord, Det medisinske fakultet, UiT
Forskningsleder, professor Aud Obstfelder, NTNU Gjøvik
Daglig leder Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge
Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth
Forskningsjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF
Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia
Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)

Innledere:

Avdelingsdirektør Sigrid Dahl Grønnevet og seniorrådgiver Elin Marlén Hollfjord, Nærings- og fiskeridepartementet (*sak 16/17*)

Programdirektør Torbjørg Vanvik, Helseplattformen Helse Midt-Norge (*sak 18/17*)

Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet (*sak 19/17*)

Divisjonsdirektør Roar Olsen, Direktoratet for e-helse (*sak 19/17*)

Direktør Tore Tennøe og prosjektleder Marianne Barland, Teknologirådet (*sak 20/17*)

Fra HO21-sekretariatet, Forskningsrådet

Sekretariatsleder HO21/spesialrådgiver Hilde DG Nielsen (*referent*)

Konsulent Karen Schönemann

Fra Forskningsrådet

Seniorrådgiver Ina Kathrine Dahlsveen

Fra Helse- og omsorgsdepartementet

Avdelingsdirektør Maiken Engelstad

Fagdirektør Hjørdis Møller-Sandborg

Seniorrådgiver Nils Olav Refsdal

Seniorrådgiver Hedda Høvik

Rådgiver Ragnhild R. Fjærtøft

Fra Kunnskapsdepartementet

Seniorrådgiver Hege Landmark-Høyvik

Fra Nærings- og fiskeridepartementet

Seniorrådgiver Elin-Marlén Hollfjord

Saksliste

Sak 12/17	Godkjenning av sakslisten
Sak 13/17	Godkjent referat
Sak 14/17	Orienteringer
Sak 15/17	Planer for HelseOmsorg21-rådet
Sak 16/17	Ny industrimelding – løypemelding fra Nærings- og fiskeridepartementet
Sak 17/17	Satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene – Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), regionale samarbeidsorganer og finansiering
Sak 18/17	Programmet Helseplattformen i Midt-Norge
Sak 19/17	Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn – presentasjon av Helsedataprogrammet
Sak 20/17	HO21- scenarioprojekt
Sak 21/17	Eventuelt

Saksliste

Sak 12/17 Godkjenning av sakslisten

Vedtak: Sakslisten godkjennes.

Sak 13/17 Godkjent referat

Saksdokument: Godkjent referat fra møte 23.1.2017 (01/17)

Vedtak: Godkjent referat tas til etterretning

Sak 14/17 Orienteringer

Sak 14.1	Nye medlemmer i HelseOmsorg21-rådet
Ansvarlig	Sekretariatsleder Hilde DG Nielsen
Vedlegg	

Fylkestannlege/avdelingsdirektør Kari Strand (Nord-Trøndelag fylkeskommune) erstatter fylkesrådmann Evi-Anni Evensen (Telemark fylkeskommune) som gikk ut av HO21-rådet etter eget ønske februar 2017.

Divisjonsdirektør Roar Olsen (Direktoratet for e-helse) går over i ny jobb i Norsk helsenett SF. Direktør Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) erstatter Olsen i HelseOmsorg21-rådet.

Sak 14.2	HO21-utvalget for forskning og innovasjon på mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet
Ansvarlig	
Vedlegg	

HO21-utvalget for forskning og innovasjon på mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet hadde sitt andre møte 2.mars 2017. Utredningen vil bli behandlet i HO21-rådet 31. mai, 2017. Utredningen skal oversendes Helse- og omsorgsdepartementet 7. juni, 2017.

Vedtak: Orienteringene tas til etterretning.

Sak 15/17

Planer for HelseOmsorg21-rådet

Vedlegg: Presentasjon – rådsleder Camilla Stoltenberg (FH)

Rådsleder Camilla Stoltenberg (FHI) innledet med en kort gjennomgang av HelseOmsorg21 og noen ord om hva HO21-rådet har oppnådd så langt.

Rådsleder presenterte deretter forslag til prioritering av noen satsingsområder; satsingsområdet Kunnskapsløft for kommunene, satsingsområdet, satsingsområdet Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområdet og satsingsområdet Økt brukermedvirkning, i tillegg til at rådsleder forslø å opprette et nytt satsingsområde; Et kunnskapssystem for folkehelse (ref. sak 44/16, møte 05/16). Det nye satsingsområde skal være tverrgående og inneha et helhetsperspektiv. Det skal også kunne trekke inn utvalgte problemstillinger, f.eks. kliniske utprøvinger. De resterende satsingsområdene ble foreslått å tones ned.

Rådsleder inviterte til diskusjon rundt arbeidsformen til HO21-rådet. Det ble foreslått å legge ned arbeidsgruppene og heller opprette mindre ressursgrupper. Det ble også foreslått at HO21-rådet kan bestille diverse utredningsoppdrag på områder/tema som HO21-rådet ønsker mer kunnskap om.

Kommentarer fra diskusjonen:

- Det ble reist spørsmål til hva det nye satsingsområdet et kunnskapssystem skal inneholde.
- Det ble foreslått at HO21-rådet bør legge møtene sine til andre steder enn til lokalene i Forskningsrådet.

- Positiv til at HO21-rådet skal prioritere og "spisse" arbeidsområdene.
- HO21-strategien er ikke sektorovergripende.
- Folkehelse gjenspeiles ikke i strategien.
- Det er behov for å etablere andre mindre grupper enn arbeidsgruppene.
- Det er behov for å inkludere implementeringsforskning i HO21-rådets arbeid.
- Det er på tide å tenke fremover. HO21-rådet må ha gode prosesser for prioritering av satsingsområder.
- Grensesprengende forskning må ivaretas i HO21-rådets arbeid.
- Det må være diskusjon på hvilke temaer som skal prioriteres.
- HO21-rådet bør ikke holde på med alt. Det er på tide å tenke nytt.
- Satsingsområde kunnskapsløft for kommunene er viktig.
- Arbeidsgruppene har fungert dårlig.
- Støtter de foreslåtte satsingsområdene, men savner satsingsområde Høy kvalitet og internasjonalisering.
- Det er viktig å prioritere.
- Det er fint å endre arbeidsformen til HO21-rådet. HO21-rådet bør ha en god prosess på avviklingen av arbeidsgruppene.
- Det er viktig å tenke transparens ift arbeidet som HO21-rådet gjør.
- HO21-rådet bør være mer synlig.
- Det ble foreslått å invitere K10 helse og velferd til et møte med HO21-rådet.
- Det ble foreslått å invitere en representant fra SO-ene til et rådsmøte.
- HO21-rådet bør ha klar ambisjon om hvordan HO21-rådet skal jobbe. Hva vil HO21-rådet med prosessene som igangsettes.
- HO21-rådet bør tenke på hva som kan løses på kort og på lang sikt.
- Det er behov for fart. Det er ønskelig med flere industrielle aktører inn i HO21-rådet.
- Det bør kunne opprettes egne grupper, som utskudd fra HO21-rådet, som kan bidra i arbeidet til HO21-rådet.
- HO21-rådets arbeid må spille sammen med helsesektoren.
- HO21-rådet bør tenke prioritering ift hvor HO21-rådet kan gjøre en forskjell. Hvor bør HO21-rådet bruke sine ressurser?
- Sosial ulikhet som tema bør løftes spesielt.
- Skeptisk til å bruke energi på brukervedvirkning. Det foregår allerede mye på det området.

Vedtak: Diskusjonen rundt HO21-rådets planer fortsetter på rådsmøtet 31.5.2017 (03/17).

Sak 16/17**Ny industrimelding – løypemelding fra Nærings- og fiskeridepartementet**

Vedlegg: Presentasjon – Nærings- og fiskeridepartementet

Orientering om den kommende industrimeldingen v/avdelingsdirektør Sigrid Dahl Grønnevet og seniorrådgiver Elin Marlén Hollfjord, Nærings- og fiskeridepartementet.

- Industrimeldingen Grønne, smartere og mer nyskapende lanseres torsdag 30.mars 2017.
- Siste industrimelding kom på starten av 80-tallet.
- Klima og miljø - naturlig del av en industrimelding.
- Meldingen beskriver utfordringen til industrien, og den bruker Hav som et eksempel på omstilling.
- Meldingene fokuserer på fortrinnene som Norge.
- Rask gjennomgang av relevante kapitler i meldingen - tiltakene beskrives i starten av hvert kapittel.
 - Kap 11 Forskning, innovasjon og teknologiutvikling
 - Samarbeid næringsliv og andre sektorer
 - Virkemidler - fokus på kjente virkemidler - regjeringen har et stort fokus på dette
 - Kap 9 Kapitaltilgang, finansering og internasjonalisering
 - Kap 10 kompetansen
 - Behov for kompetanse på alle nivåer
 - Styrke samhandling
 - Kompetansespredning
- Helseindustrien
 - Marked for helseprodukter
 - Konkurrerer i et større internasjonalt marked
 - Life sciences
 - Mange gode miljøer i dag (UH-sektor) - hvordan få kunnskapen ut i et marked
- Industrimeldingen er ingen bransjemelding.

Vedtak: HelseOmsorg21-rådet tar løypemeldingen om den kommende industrimeldingen til etterretning.

Sak 17/17 Satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene – Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), regionale samarbeidsorganer og finansiering

Presentasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunenes strategiske forskningsorgan v/Inger Østensjø (KS)
Bakgrunnsdokumenter:	<ul style="list-style-type: none"> • Utkast mandat og sammensetning KSF 12.9.2016 (04/16) • Notat datert 25.4.2016 (vedlegg sak 24/16) • Notat datert 25.1.2016 (vedlegg sak 04/16) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	<ul style="list-style-type: none"> • Saksnotat datert 28.3.2017 (03/17)
Innledning:	<ul style="list-style-type: none"> • Direktør for forskning, innovasjon og digitalisering Inger Østensjø (KS)
Ansvarlig:	<p>Arbeidsgruppe for organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inger Østensjø (KS) (gruppeleder) • Arnfinn Sundsfjord (UiT) • Guri Rørtveit (UiB) • Hilde Lurås (AHUS) • Knut-Inge Klepp (FHI) • Kåre Reiten (Levekårsstyret i Stavanger) • Aud Obstfelder (NTNU) • Jon Anders Drøpping (KS) (sekretariat for gruppen)
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 23.1.2017 (01/17) (orienteringssak) • Møte 24.10.2016 (05/16) (Program for folkehelsearbeid i kommunene) • Møte 12.9.2016 (04/16) (KSF) • Møte 25.4.2016 (03/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 1.12.2015 (06/15) (innspill til

	handlingsplanen) • Møte 19.10.2015 (05/15)
--	---

Innledning ved Innledning ved direktør for forskning, innovasjon og digitalisering Inger Østensjø (KS).

Gjennomgang av forslag til mandat for KSF:

- Det foreslås at KSF opprettes for en interimperiode på ca 1,5 år (våren 2017 – desember 2018)
- Det foreslås at KSF rapporterer til HO21-rådet i interimperioden

Formålet til KSF: Pådriver og bidra til å videreutvikle og ivareta nasjonale strategier for forskning, innovasjon og utdanning. Motvirke fragmentering og overlapp mellom regioner.

Rådgivende organ – gi innspill til nasjonale strategier for forskning, innovasjon og utdanning for kommunesektorens helse- og omsorgstjenester.

Hovedoppgavene til KSF er:

- Ivareta kommunesektorens definerte forsknings-, -innovasjons- og utdanningsbehov
- Dekke kunnskapssvake områder, herunder helseutdanningenes læringsmål knytta til kommunal sektor.
- Koordinere de regionale samarbeidsorganene – sikre best mulig samordning av og unngå overlapp i forskningsinnsatsen.
- Stimulere til nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid på områder som har betydning for kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Forslag til sammensetning:

- Ledelse: KS leder KSF
- Sekretariat: KS er sekretariat for KSF
- Arbeidsutvalg: AU har inntil fire medlemmer med varamedlemmer. Både kommunesektoren og UH-sektoren skal være representert i AU.
- 12 medlemmer i KSF:
 - 1 representant fra KS (leder av organet)
 - 1 representant oppnevnt av Universitets- og høyskolerådet (UHR)
 - 1 brukerrepresentant
 - 4 kommunerepresentanter (rullerende) utpekt fra de (kommende) regionale samarbeidsorganene

- 4 representanter fra UH-sektoren (rullerende), utpekt av UH-representantene i de (kommende) regionale samarbeidsorganene
- 1 medlem (evt. observatør?) fra Folkehelseinstituttet
- 1 observatør (evt. medlem?) fra næringslivet
- Observatører fra finansierende departementer og evt. Norges forskningsråd.

Noen "drøftingspunkter" for KSF i interimperioden:

- Et par viktige oppgaver for KSF i interimperioden vil være å avklare noen spørsmål knyttet til de regionale samarbeidsorganene og til finansiering av «kunnskapsløftet»
- De regionale samarbeidsorganene:
 - Generelt: Få og store regionale samarbeidsorganer vs. flere og mindre?
 - Operativt nivå: Forskningsaktivitetene gjennomføres av UH- og instituttsektoren i og utenfor egen region, i samarbeid med kommunene
 - Det må legges til rette for tett samhandling mellom instituttene/UoH-sektoren og kommunene.
Kommunesektoren må ha eierskap til den regionale strukturen, som må ha legitimitet som ett av flere organ for kommunenes forskningsbehov.
- Finansiering av kunnskapsløftet:
 - Generelt: Friske midler vs omallokering fra kommuneramma til forsknings- og utviklingsaktiviteter

3 spørsmål til diskusjon i Rådet:

1. Skal KSF etableres?
2. Hvilken sammensetning skal KSF ha?
3. Hvem skal KSF rapportere til?

Momenter fra diskusjonen:

- En utfordring i dag – ingen har eieransvaret for allmennlegeutdanningen. Helsedirektoratet ønsker å være representert i KSF.
- Kan det være lurt p trekke på erfaringer fra de regionale samarbeidsorganene for utdanning, forskning og innovasjon i de fire helseregionene. Samarbeidsorganene er balansert sammensatt av representanter fra helseforetakene, universitetene og høgskolene i en region.

- KSF bør være et operativt organ som legges til HO21-rådet.
- KSF bør opprettes.
- Specialisthelsetjenesten bør være representert i KSF.
- KSF bør opprettes for en interimperiode.
- Praksisnærforskning er viktig. Kommunene må være sterkt representert. Kommunene må være med å bestemme.
- Forskningsrådet kan gjerne være observatør.
- Uenig i omdisponering av Forskningsrådets midler. Kommunene bør selv være interessert i innovasjonsprosjekter fordi denne type prosjekter vil føre til at ulike problemer i kommunesektoren løses på en rimeligere måte. Det er behov for nasjonale arenaer. Det bør være en klar arbeidsfordeling på samme måte som arbeidsfordelingen i dag er mellom Forskningsrådet og helseforetakene.
- RHF-ene bør være representert i KSF. Ønskelig med gjensidig observatørstatus mellom KSF og SO-ene.
- FHI bør være medlem i KSF.
- Ang. medlemmer i KSF - det må være en balanse mellom kommune- og forskningskompetansen. Forskerne må med. Det trengs forskere med kommunekompetanse.
- Det er behov for å tenke strategisk for å bygge de riktige strukturene.
- Det foreslås å invitere en representant fra SO-ene til et rådsmøte for å fortelle om strukturer og arbeidsdeling i SO-ene.
- Kommunene bør bidra med finansering. Det skaper eierskap.
- Digitalisering må inkluderes i dette arbeidet. Det er behov for kunnskap i sektoren.
- Direktoratet for e-helse ønsker å være observatør i KSF.
- Etablering av KSF er et klokt grep.
- Interimperiode er bra.
- KSF bør rigges på et overordnet nivå
- Spørsmål til hva de regionale organene skal være? Spørsmål til antall regioner - hvilke midler dreier det seg om?
- KSF vil styrke kunnskapen i kommunesektoren.
- PHT ønsker forskningskunnskapen velkommen- kommunene må være med på forske.
- KSF må ikke være et for stort organ.
- Positiv til at KSF rapporterer til HO21-rådet i interimperioden.
- Interimstyre kan endres etter 31.12.2018.

- Rapportering til HO21-rådet i interimperioden vil føre at man ivaretar bredden.
- FoUoI - utdanningsperspektivet må ivaretas.
- Bredden fra helsepersonell må ivaretas – det bør unngås å lage uheldige skiller
- Forskningsbasert utdanning er viktig
- Digitalisering må være en viktig del av dette.
- Antall regioner - forankring i kommunesektoren er avgjørende. Dette må gjøres sammen med UH-sektoren - regionene skal ikke være en del av RHF-ene eller RFF-ene. Vi må trekke veksler på det som allerede er gjort. Viktig med god forankring. Bør tenke mer enn 4 regioner – det er viktig med godt samarbeid med eksisterende strukturer.
- Næringslivet bør være representert enten som medlem eller observatør. Man bør tenke overordnet og finne noen som kan representere bredt.
- Sammensetningen til KSF reflekterer ikke innovasjonsbehovet i kommunesektoren.
- Spørsmål til om næringslivet skal være observatør eller medlem - NHO - mye næringsliv i kommunene - hva funker, hva funker ikke? Å være medlem betyr mye mer.

Vedtak: HelseOmsorg21-rådet vedtar å opprette KSF som et operativt organ.

KSF skal i første omgang opprettes for interimperioden våren 2017 – 31.12.2018.

KSF skal i interimperioden rapportere til HelseOmsorg21-rådet.

HelseOmsorg21-rådet ber om at det utarbeides en beskrivelse av observatørrollen i KSF.

Faste medlemmer i KSF:

- 1 representant fra KS (leder av organet)
- 1 representant oppnevnt av Universitets- og høgskolerådet (UHR)
- 1 brukerrepresentant
- 4 kommunerepresentanter (rullerende) utpekt fra de (kommende) regionale samarbeidsorganene

- 4 representanter fra UH-sektoren (rullerende), utpekt av UH-representantene i de (kommende) regionale samarbeidsorganene
 - 1 medlem fra Folkehelseinstituttet
- Til sammen 12 medlemmer.

Observatører:

- Helsedirektoratet
 - En repr fra SO-ene/NSG
 - En repr fra næringslivet
 - Forskningsrådet
 - Direktoratet for e-helse
- Til sammen 5 observatører.

KS i samarbeid med HelseOmsorg21-sekretariatet utarbeider forslag til mandat og forslag til tidsplan for det videre arbeidet med KSF.

KS vil på møte 31.mai 2017 presentere forslag til medlemmer til KSF, tidsplan for KSF samt en beskrivelse av observatørrollen.

Sak 18/17

Programmet Helseplattformen i Midt-Norge

Vedlegg: Presentasjon – Helseplattformen i Midt-Norge.

Innledning ved programdirektør Torbjørg Vanvik (Helse Midt-Norge).

- «Helseplattformen» er programmet som skal anskaffe og innføre ny, elektronisk pasientjournal for helsetjenesten i hele Midt-Norge
- Programmets eiere er Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. Alle kommuner i Midt-Norge er med gjennom opsjonsavtaler.
- Med Helseplattformen er Midt-Norge pilot-region for utprøving av det nasjonale målbildet definert i utredningen av «Én innbygger – én journal».
- Fem internasjonale leverandørselskap konkurrerer nå om oppdraget.
- For første gang skal det anskaffes en helhetlig løsning for hele helsetjenesten i en region
- Helseplattformen er en nasjonal pilot

- Oppdraget innebærer tett samarbeid med Direktoratet for e-helse
- Direktoratets nasjonale prosjekt og Helseplattformen samarbeider om en rekke tema av nasjonal interesse
- Det er viktig å oppnå tilstrekkelig nasjonal forankring gjennom hele perioden fra høst 2016 – 2019 (og i fortsettelsen)
- Fremtidige norske anskaffelser av elektronisk pasientjournal vil kunne bygge på erfaringer fra Helseplattformen.
- Helseplattformen representerer hele Midt-Norge
- Kundene i anskaffelsen:
 - Helse Midt-Norge og Trondheim kommune eier programmet
 - Kommunene bærer ingen risiko ved anskaffelsen, men velger om de vil utløse opsjonen og ta i bruk løsningen
 - Fastleger og spesialister vil få tilbud om å kjøpe løsningen
- Kravspesifikasjonen bygger på:
 - "Én innbygger – én journal"; Virksomhetskapabiliteter (Modell som deler inn helsetjenester i ulike funksjonsområder; ikke knyttet til fagområder)
 - Eksisterende kravspesifikasjoner for gjennomførte anskaffelser
 - Erfaringsbesøk
 - Prosjektmedarbeidere fra kommuner og helseforetak sin kjennskap til praksisfeltet
 - 101 workshops med 330 ansatte fra kommune, helseforetak og fastleger
 - HL7 standarden; internasjonal standard for pasientjournaler (EHR-System Functional Model, Release 2)
- Helseplattformen skal gi oss (vedtatte effektmål):
 - Høyere behandlingskvalitet og færre pasientskader
 - Tilgang til kontinuerlig oppdatert klinisk kunnskap basert på beste praksis (beslutningsstøtte)
 - Innbyggerne i Midt-Norge får enkel tilgang til egen journal og større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp
 - Bedre samhandling i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
 - Bedre data- og informasjonsgrunnlag for forskning og innovasjon

- Økt effektivitet og bedre ressursbruk
- Bedre styringsinformasjon som grunnlag for kvalitets- og forbedringsarbeid i daglig drift
- Redusert tidsbruk på dokumentasjon og leting etter helseopplysninger
- Tilfredsstillende nasjonale krav og standarder
- Mulighet til å bo lengre i egen bolig
- Helhetlig vurdering av pasientens behov og funksjonsevne skal redusere den enkeltes behov for offentlig tjenesteyting

Momenter fra diskusjonen:

- Mye bra arbeid. Viktig å ha gode prosesser som fører til beslutninger.
- Savner næringsutvikling. Næringen ønsker å bidra. Det er behov for store systemer.
- Viktig og nyttig arbeid.
- Kvalitetsregistrene – det er noe vanskelig å se en optimal registerløsning - ligger det noe i kravspekken om dette i dag ?
- Det er generasjonsjournalssystemer som blir introdusert her. Det er en annen måte å dokumentere på. Databasen for pasientjournalen kan brukes direkte. Det er ikke behov for å flytte registre. Transisjonsperiode – man må fortsatt rapportere - ikke hensiktsmessig, men nødvendig.
- HO21-rådet - to parallelle prosesser - Helseplattformen Midt-Norge er en pilot som evt skal overføres til de andre regionene etterpå. De tre andre regionene er i en forberedelsesperiode, f.eks. Bergen – det er ønskelig med rapportering på dette arbeidet.
- Kvalitets og styringsdata er ferskvare. Hva er viktig for å være tidsnok ute etter for å få dette etablert i PHT?

Kommentar fra Vanvik:

- Det tas ingen beslutning før endelige konsultasjon.
- Det er mulig å samarbeide med hvem som helst - dette utgjør 30% av systemer i norske sykehus.
- Tjenesteinnovasjon kobles til utstyrsinnovasjon - hva er tjenesteutviklingsbehovet?
- Medisinske kvalitetsregistre svært viktig - nasjonal interesse.
- Oppegående registermiljø på St. Olav.
- 50 registre - 30% registrere i dem.
- 200 av de 2600 kravene er for kommunene - resten er felleskrav – skal gjenspeile overføringsmuligheter.

- Ting tar tid. Det er ikke lenge til 2030. Det er behov for å ta de nødvendige beslutningene. Plattformen er under kontinuerlig utvikling.

Oppsummering:

- Helseplattformen er en del av en større nasjonal prosess som pågår.
- Det nasjonale prosjektet og Helseplattformen har forskning som en integrert del av målet. Et stort fremskritt. Bedre datagrunnlag for forskning og innovasjon og kvalitetsforbedringen - samme sak som bør kobles sammen. Det finnes ingen automatikk i å se dette sammen.

Vedtak: Presentasjon av Helseplattformen Midt-Norge tas til etterretning.

Sak 19/17

Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn – presentasjon av Helsedataprogrammet

Presentasjon:	<ul style="list-style-type: none"> • Plattform for effektiv og sikker datahåndtering av helsedata til forskning (Forskningsrådet v/Simonsen). • Helsedataprogrammet (Dir for e-helse v/Olsen)
Bakgrunnsdokumenter:	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport Enklere tilgang – mer forskning, Agenda Kaupang • Saksnotat datert 29.2.2016 (02/16) • Saksnotat datert 25.1.2016 (01/16) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • Notat datert 29.2.2016 (vedlegg sak 13/16)
Vedlegg:	<ul style="list-style-type: none"> • Utkast Helsedataprogrammet • Kopi av avtale mellom Direktoratet for e-helse og Forskningsrådet
Innledere:	<ul style="list-style-type: none"> • Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet)

	<ul style="list-style-type: none"> • Divisjonsdirektør Roar Olsen (Direktoratet for e-helse)
<p>Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 23.1.2017 (01/17) (Hersedatautvalget) • Møte 23.10.2016 (05/16) • Møte 25.4.2016 (03/16) (Orienteringssak) • Møte 29.2.2016 (02/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 1.15.2016 (06/15) (Innspill til handlingsplanen)

Innledning v/divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet).

Det har vært gjennomført to parallelle utredninger:

- Enklere tilgang – mer forskning. Status og forbedringsmuligheter for norske persondata til helseforskning (desember 2016) (Agenda Kaupang på oppdrag av Forskningsrådet)
- Referansearkitektur og fellestjenester for helseregistre. Bedre utnyttelse, bedre kvalitet og enda sikrer håndtering av helsedata (desember 2016) (Direktoratet for e-helse)

Oppsummering av anbefalingene fra rapporten Enklere tilgang – mer forskning:

- Etablere felles tilgangstjeneste for persondata til helseforskning i avgrenset organisatorisk forvaltningsenhet
 - Tett samarbeid med dataforvalterne
 - Innlemme REK-godkjenninger
 - Med veilednings- og støttetjenester
- Forskningsrådet må være pådriver og holde trykk
- Samordne digitaliseringsstrategier nasjonalt
- Forenkle og harmonisere lov- og regelverk

Forskningsrådets handlingsplan

- Samarbeide med Direktoratet for e-helse og andre sentrale aktører for å etablere en felles helhetlig plattform for norske persondata
- Opplæring av forskerne
- Tilrettelegge våre utlysninger og søknadsbehandling
- Gi råd om nødvendige endringer i lov- og regelverket

Avtale mellom Forskningsrådet og Direktoratet for e-helse signert 27. februar 2017

Felles mål

- gjøre relevante helsedatasett, med tilhørende analysemuligheter, tilgjengelig via en plattform med én portal for forskning, med nær kopling til kilder for andre persondata.
- Løsningene skal gi økt oversikt, bedre personvern, bedre informasjonssikkerhet og enklere tilgjengelighet til norske helse- og persondata for norske og internasjonale forskningsmiljøer.

Tiltak:

- Én felles plattform for datatilgang og analyse, for forskning og annen sekundæranvendelse – koblet på tvers av datakildene.
- En effektiv og moderne forskerservice: helhetlige og dedikerte veilednings- og støttetjenester; variabeloversikter, dokumentasjon av kvalitet, analyseplattform, lagringsfasiliteter og kursvirksomhet.
- Tilstrekkelig dimensjonert til at aksesstiden til data reduseres vesentlig.
- Plattformen og tjenestene skal utvikles gjennom et tett samarbeid med registervirksomheter, forskere og andre interessenter.
- Det skal utredes et nasjonalt sertifiseringssystem, slik at forskningsmiljøer kan få rammegodkjenning for tilgang, innenfor de begrensninger som til enhver tid gjelder for personvern og anvendelse av personopplysninger.
- Utarbeides en modell for organisering og finansiering av drift og forvaltning av fellesløsninger, herunder Helseanalyseplattformen med portal for helseforskere.

Forskningsrådet

- finansiere innenfor vårt handlingsrom
- koordinere, rådgi, kople på forskerinteresser
- innrette egne virkemidler

Direktoratet for e-helse

- prioritere forskning
- kople på ressurser og midler i allerede finansierte prosjekter
- arbeide i tråd med nasjonale strategier
- gi råd til myndigheter ved behov

Vedtak i Forskningsrådets hovedstyre 9.mars 2017

- Det bevilges inntil 5 mill. kroner til et forprosjekt for å detaljplanlegge og igangsette arbeidet med å tilrettelegge Helseanalyseplattformen til forskning.
- Det bevilges ytterligere inntil 45 mill. kroner i perioden fram til mars 2018 til arbeid med å tilrettelegge Helseanalyseplattformen til forskning. Bevilgningen på 45 mill. kroner skal godkjennes på bakgrunn av prosjektets planer og framdrift før midlene bevilges.
- Administrasjonen fremmer ny sak om arbeid med Helseanalyseplattformen for de kommende år.

Presentasjon av Helsedataprogrammet v/divisjonsdirektør Roar Olsen (Direktoratet for e-helse).

- Helsedataprogrammets mål er sammenfallende med målene i den nasjonale helseregisterstrategien; bedre utnyttelse, bedre kvalitet, enklere innrapportering og sikrere håndtering av data i de nasjonale helseregistrene.
- Programmet bygger på erfaringer og fellesbehov dokumentert gjennom Nasjonalt helseregisterprosjekt (NHRP).
- Programmet skal videreutvikle og detaljere anbefalingene fra rapporten «Referansearkitektur og fellestjenester for helseregistre».
- Hovedoppgavene til Helsedataprogrammet er å:
 - etablere nasjonale tekniske fellesløsninger som bidrar til bedre utnyttelse av helsedata, inkludert raskere og sikrere tilgang til persondata
 - utrede og innføre standarder som fører til mer harmoniserte helsedata av høyere kvalitet
 - utvikle regelverk som fører til bedre vilkår for analyse av helsedata på tvers av datakilder og sterkere personvern for befolkningen
 - sikre at det etableres nødvendige forvaltningsorganisasjoner til å ta imot leveranser fra programmet.

Etablering

Helsedataprogrammet er under etablering, med sikte på etablering av styringsmodell og styringsdokumentasjon i løpet av mars 2017. Noen viktige oppgaver:

- Utrede og definere et løsnings- og forvaltningskonsept for en felles nasjonal plattform for helseanalyse.
- Gjennomføre en gevinstanalyse.

- Utrede, utforme og utvikle fellesløsninger for helseregistrene.
- Programmet må planlegge hvordan, og når, de anbefalte standardiserte tekniske grensesnittene skal implementeres i de enkelte registrene.

Programmet skal i 2017 levere:

- Plan for etablering av helseanalyseplattform (01.07)
- Forslag til en modell for fordeling av kostnader (01.10).

Helseanalyseplattformen skal legge til rette for effektive og avanserte helseanalyser på tvers av helseregistre, grunndata, journaler og andre kilder for helseopplysninger, og på denne måten styrke styring, helseovervåkning, forskning, innovasjon og næringsutvikling. Bedre utnyttelse av helsedata vil føre til en mer effektiv helse- og omsorgstjeneste og gi gevinster for befolkningens helse.

Plattformen vil underbygge HelseOmsorg 21-strategiens mål om «helsedata som et nasjonalt fortrinn», «effektive og lærende tjenester» og «helse- og omsorg som næringspolitisk satsingsområde» og støtte oppunder anbefalinger fra tidligere utredninger om helseregistre og infrastruktur.

Finansiering og samarbeidsavtale

Programmet har fått 15 MNOK fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for 2017. Av dette skal:

- 1 MNOK benyttes til etablering og utvikling av KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister)
- 2,5 MNOK overføres Helsedirektoratet for prosjekter i NPRs moderniseringsprogram (Norsk pasientregister)

Styringsgruppe

Forslag til styringsgruppens sammensetning:

- Direktoratet for e-helse: Christine Bergland (leder styringsgruppen)
- Folkehelseinstituttet
- Norges Forskningsråd
- Norsk Helsenett SF
- Helsedirektoratet
- 2 RHF – ved hhv en forsknings representant og en IKT-representant
- 2 fra kommunesektoren
- Statistisk sentralbyrå

- Universitets- og høyskolesektoren, med til sammen to representanter
- NHO v/ Abelia
- Pasientforening (Kreftforeningen)
- Helse- og omsorgsdepartementet (observatør)
- Kunnskapsdepartementet (observatør)

Referansegruppe

- Referansegruppen blir en videreføring og supplering av arbeidsutvalget i Nasjonalt helseregisterprosjekt.

Referansegruppen skal:

- Gi innspill til programmets arbeid og koordinering av aktiviteter
- Oppfølging av resultat og løsninger fra programmet i sine virksomheter
- Forankring av strategi og beslutninger i egen organisasjon

Forslag til sammensetning av referansegruppen:

- Direktoratet for e-helse
- Norges forskningsråd
- Folkehelseinstituttet
- Helsedirektoratet
- Statistisk sentralbyrå
- De regionale helseforetakene
- Universitetet i Tromsø
- NTNU
- Universitetet i Bergen
- Universitetet i Oslo
- Norsk helsenett
- Legeforeningen
- SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering)
- EPJ-leverandører
- Helse- og omsorgsdepartementet (observatør)
- Kunnskapsdepartementet (observatør)
- Datatilsynet (observatør)

Arbeidsgrupper

- Arbeidsgruppene skal bestå av operative fagressurser som kjenner behov og problemstillinger godt.
- Arbeidsgruppene skal involveres i arbeid i flere av delprosjektene/arbeidssporene i programmet.

Brukergrupper/brukerinvolvering

- Brukerinvolvering er viktig, både for å avdekke brukernes behov og for å teste idéer, konsept og løsninger på brukerne underveis. Det kan bli aktuelt for programmet å gjennomføre brukerundersøkelser, intervjuer, etablere fokusgrupper etc.

Momenter fra diskusjonen:

- Spørsmål til om det planlegges løp for overganger/overgangsfasene?. På sikt trenger man kanskje ikke registre lengre. Det er behov for en struktur for hvordan arbeide fremover.
- Helsedata er kilden for løpende kvalitetsvurdering. Hvordan få bedre tilgang til og bruk av helsedataene.
- EPJ-løsningene vil være tilgjengelig med en gang. Overføring til kvalitetsregistrene direkte. Bruk av helsedata med begrensinger.
- E-helsearbeidet generelt skiller ikke mellom forskning og løpende drift.
- Spørsmål til eierskap av registrene. I dag er det flere eiere. Hvordan få data ut av SSB?
- Det ligger et forslag inne om at forvaltningsenheten skal ha et ansvar. Eierskap. Arbeid ift SSB blir sett på av statistikklovutvalget.
- Lokale vs. nasjonale registerløsninger. Det er behov for gode råd på veien mot målet.
- Alle typer teknologier er en viktig del av dette.
- Det arbeides med en rapport i KD om å øke tilgang til data for andre sektorer. Helsedata er inkludert i rapporten som skal være ferdig ved utgangen av året. HO21-rådet ønsker en orientering om rapporten på et senere rådsmøte.
- Forvaltningsorganisasjonen - viktig å ha med alle registre og alle datakilder.

Vedtak: Forskningsrådet tar med seg innspill fra HelseOmsorg21-rådet i sitt videre samarbeid med Direktoratet for e-helse.

Helsedataprogrammet ved Direktoratet for e-helse tar med seg innspill fra HelseOmsorg21-rådet i sin videre etablering av programmet.

HelseOmsorg21-rådet vedtar at arbeidsgruppen «Helsedata som nasjonalt fortrinn» avvikles, men at det vil bli opprettet en mindre ressursgruppe i HO21-rådet som skal følge opp satsingsområde ved:

- å gi innspill til rapport fra Helsedatautvalget

- å følge med på Helsedataprogrammet samt bistå ved eventuelle hindre knyttet til å realisere programmets mål (eksempler: tverrsektorielt samarbeide, behov for lovutvikling, finansiering og prioritet av tiltak).

Sak 20/17**HO21- scenarioprojekt**

Presentasjon:	<ul style="list-style-type: none"> • Scenario for helse-Norge 2030
Innledning:	<ul style="list-style-type: none"> • Direktør for Teknologirådet Tore Tennøe
Vedlegg:	<ul style="list-style-type: none"> • Sluttrapport Scenarier for Helse-Norge i 2030 - Hvilken helserevolusjon vil vi ha? • 21-prosessenes samfunnsansvar
Ansvarlig:	<ul style="list-style-type: none"> • Teknologirådet v/direktør Tore Tennøe og prosjektleder Marianne Barland
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 06/16 - orienteringssak • Møte 04/16 – orienteringssak • Møte 01/16 - orienteringssak • Møte 05/15 – vedtakssak

HO21-scenarioprojekt ble vedtatt på HO21-rådsmøtet 19.10.2015 (05/15). Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom HO21-rådet, Teknologirådet og Forskningsrådet. Teknologirådet har vært ansvarlig for gjennomføringen av prosjektet. Prosjektperioden har vært høsten 2015 – våren 2017.

Innledning ved direktør for Teknologirådet Tore Tennøe. HO21-rådet gjennomførte en kortvariant av et scenarioverksted.

Teknologirådet har skissert tre scenarier for hvordan Helse-Norge kan se ut i fremtiden.

De tre scenarioene som har vært diskutert er:

Gull på hjemmebane – Innbyggere og kommuner slippes løs og kan raskt prøve ut ny helseteknologi og nye løsninger. Norge blir en nasjon av helsegründere, men prisen er store forskjeller i helsetilbudet.

Verdensklasse – Norske myndigheter handler helsetjenester til innbyggerne hos internasjonale helsegiganter. Basert på data fra innbyggerne tilbys nordmenn helsetjenester i verdensklasse.

Kunnskapsnasjonen – Høy levealder, rettferdig prioritering og blomstrende nasjonale forskningsmiljøer. – Et toppstyrt Helse-Norge har sine fordeler, men stadig flere helseturister søker innovativ behandling i utlandet.

Bortimot 200 har deltatt på scenarioverkstedene. Noen av rådene som er kommet frem er:

- Staten må ha ansvaret for én plattform for felles innsamling, forvaltning og benyttelse av helsedata. Individuelle data eies av hver enkelt og kan også deles med forskning eller private tilbydere.
- 50 prosent av helseomsorgen bør ytes av pårørende.
- Ta i bruk kunstig intelligens som vil kunne sette pasienten i førersetet og veilede pasienten om forebyggende tiltak på et langt tidligere tidspunkt enn fastlegen.
- E-helse og teknologi må inn i utdanningene, for at man skal få utdannet oppdaterte helsepersonell.
- Ny teknologi må utvikles i samarbeid med kompetent helsepersonell og kvalitetssikres og merkes på en troverdig måte.

Noen generelle tilbakemeldinger på scenarioene:

- Deltakerne var positive til å gi innbyggerne større ansvar for egen helse. Muligheten til å gjøre ting selv og slippe å møte opp på legekontoret, var noe mange var interessert i.
- Mange deltakere nevnte at det burde bli enklere å delta som frivillig, for eksempel gjennom tidsbanker. Andre var bekymret for at grensene mellom frivillig og profesjonell kunne være vanskelig å definere, særlig i pleie- og omsorgstjenester.
- Økende bruk av kunstig intelligens ble sett på positivt – muligheten til å effektivisere og overlate de enkleste rutineoppgavene til maskiner var fint, så lenge innbyggerne fortsatt hadde mennesker som kontaktpersoner.
- Noen mente at høy kvalitet på tjenestene ville trumfe personvernet, mens andre var mer skeptiske og mente det ville skape en to-delning: de som delte data får gode helsetjenester, mens de som ikke deler får dårligere tjenester.
- Nesten alle deltakerne var svært positive til tett kobling mellom forskning, kunnskapsutvikling og helsetjenestene.

Referansegruppen for prosjektet har vært:

- John-Arne Røttingen, Folkehelseinstituttet og HelseOmsorg21-rådet
- Karl-Christian Agerup, Oslotech
- Cathrine Holst, Universitetet i Oslo og medlem av Teknologirådet
- Kaja Misvær Kistorp, Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo og Designit
- Steinar Madsen, Legemiddelverket

Teknologirådet gjennomført en kort workshop med HO21-rådet.

Vedtak: HO21-rådet tar forslagene fra scenarioprojektet med seg i sitt videre arbeid HelseOmsorg21-strategien.

Sak 21/17

Eventuelt

HO21-rådsmøtet 31.5.2017 (03/17)

Rådsmøtet 31.5.2017 foregår i Bergen, jf, vedtak møte 23.1.2017 (02/17). Det er bestilt overnatting for rådsmedlemmene på Thon Hotel Terminus. Reiseutgifter dekkes av rådsmedlemmene selv. Middag 30.mai og overnatting 30.- 31. mai dekkes av HO21. No show dekkes av rådsmedlemmene selv. Rådsmøtet 31. mai vil foregå på Haukeland universitetssykehus (kl 9-15).

HO21-aktørrapportering 2017

Det vil bli sendt en invitasjon om å delta i den årlige spørreundersøkelsen om status for arbeidet med å implementere tiltakene i HO21-strategien fredag 31. mars 2017. HO21-rådet skal også i 2017 gi innspill til den årlige rapporten til Stortinget om status for oppfølging av HO21-strategien (jf. mandat for HO21-rådet). Frist for å besvare undersøkelsen er 14. mai 2017.