

HelseOmsorg21-rådet

Dato 3. juni 2021, kl. 10.00 – 15.00

Sted Virtuelt, Zoom

- | | |
|--------------------|--|
| Sak 27/4/21 | Godkjenning av innkalling og sakliste |
| Sak 28/4/21 | Spørsmål om habilitet |
| Sak 29/4/21 | Godkjenning av referat fra møte 3/2021, 25. mars 2021 |
| Sak 30/4/21 | Orientering og status Handlingsplan for Rådet |
| Sak 31/4/21 | Internseminar: Lovreguleringer på helsedataområdet |
| Sak 32/4/21 | Høring: Forslag til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata |
| Sak 33/4/21 | Europeisk samarbeid om helsedata |
| Sak 34/4/21 | Videokonsultasjon og digital hjemmeoppfølging |
| Sak 35/4/21 | Kommunikasjonsaktiviteter: Prosess og konkrete innspill |
| Sak 36/4/21 | Eventuelt |
| Sak 37/4/21 | Evalueringsav møtet |



Sak 28/4/2021

Spørsmål om habilitet

Type sak	Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Bakgrunn

Habilitetsvurderinger og -avklaringer er et punkt på agendaen i alle rådsmøtene. I hvert enkelt tilfelle/sak skal både de skjønsmessige og de automatiske habilitetsbestemmelser vurderes. Vurderingene av eventuell inhabilitet blant medlemmene og håndteringen av denne skal protokollføres.

Rådet bes om å vurdere sin habilitet for sakene i dette møtet.

Forslag til vedtak

Det er ikke knyttet inhabilitet til noen av sakene på rådsmøtet.

Sak 29/4/2021**Godkjenning av referat fra møte 3/2021**

Type sak	Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Utkast referat fra møte 3/2021

Bakgrunn

Utkast til referat ble sendt ut til medlemmene 9. april med merknadsfrist 16. april.

Ingen merknader ble meldt inn.

Rådet bes om å godkjenne referatet.

Forslag til vedtak

Referatet godkjennes.



HelseOmsorg 21-rådet

Dato Onsdag 25. februar 2021, kl. 9:00 – 12.00**Sted** Zoom

Tilstede: Sveinung Hole (leder), Trond Mohn Stiftelsen, Bergen
Baard Christian Schem, Helse Vest, Bergen
Gro Jamtvedt, OsloMet, Oslo
Ingrid Senstadvold Ross, Kreftforeningen, Oslo
Kathrine Myhre, Patentstyret, Oslo (fra 10.00)
Kristin Weidemann Wieland, KS, Oslo (til 10.00)
Marte Kvittum Tangen, Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Tynset (til 11.00)
Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helseforskning, Tromsø
Tarje Bjørgum, NHO, Abelia, Oslo
Wenche Dehli, Trondheim kommune, Trondheim (sak 22/3/21)

Forfall: Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet, Oslo
Erlend Smeland, Oslo universitetssykehus, Oslo
Esperanza Diaz, UiB og Folkehelseinstituttet, Bergen
Karita Bekkemellem, Legemiddelindustrien (LMI), Oslo
Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Oslo

Møtende vara: Silje Anine Moss, KS

Observatører: Elin M Hollfjord, Nærings- og fiskeridepartementet
Gloria Traina, Helse- og omsorgsdepartementet
Helga Andrea, Kommunal- og Moderniseringsdepartementet
Hjørdis Møller Sandborg, Helse- og omsorgsdepartementet
Maiken Engelstad, Helse- og omsorgsdepartementet
Marianne van der Wel, Helse- og omsorgsdepartementet
Mia Andresen, Kunnskapsdepartementet
Monica Skjöld Johansen, Helse- og omsorgsdepartementet

Tilstede fra Forskningsrådet:
Frøde Hovland Søreide, rådgiver (til kl. xx)
Hege Strand Mikkelsen, seniorrådgiver
Henrietta Blankson, spesialrådgiver
Ina Dahlsveen, seniorrådgiver
Ole Johan Borge, avdelingsdirektør

Tilstede fra Innovasjon Norge:
Catherine Capdeville, finansieringsrådgiver

Sak HO21-rådet 18/3/21	Godkjenning av innkalling og sakliste <i>Vedtak: Innkallingen og sakslisten godkjennes.</i>
Sak HO21-rådet 19/3/21	Spørsmål om habilitet Inhabilitet ble vurdert for sakene på dagens møte. <i>Vedtak: Det er ikke knyttet inhabilitet til noen av sakene på rådsmøtet.</i>
Sak HO21-rådet 20/3/21	Godkjenning av referat fra møte 2/2021, 24. februar 2021 Oppdatert referat etter merknadsfristen ble lagt frem for godkjenning. <i>Vedtak: Referatet godkjennes.</i>
Sak HO21-rådet 21/3/21	Orientering og status Handlingsplan for Rådet Rådsleder og sekretariatet orienterte om status for tiltak innenfor hovedområdene i Rådets handlingsplan; <i>Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative offentlige anskaffelser, En bærekraftig helsetjeneste, Teknologi og digitalisering, Kunnskapsløft for kommunene og Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten.</i> Hovedområdene <i>Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative offentlige anskaffelser, Kunnskapsløft for kommunene og Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten</i> var satt opp som egne saker på møtet. Tidligere vedtatte tiltak innenfor hovedområdet <i>Teknologi og digitalisering</i> ; innspill til Direktoratet for e-helse om finansieringsmodell for helseanalyseplattformen og brev til HOD om at målbildet om en helhetlig infrastruktur for helsedata til sekundærbruk kommuniseres tydelig, vil ikke bli gjennomført som separate tiltak, men inkluderes i Rådets innspill til den offentlige høringen av forskriften om en <i>nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata til sekundærformål.</i> <i>Vedtak: Tas til orientering.</i>
Sak HO21-rådet 22/3/21	Kunnskapsløft for kommunene Rådsmedlemmene Kristin Weidemann Wieland og Wenche Dehli innledet om utfordringsbildet i kommunene. Blant annet ble veksten i ressurskrevende brukere, finansieringssystemer og risikoavlastning som ikke står i forhold til oppgavene og utfordringene i tillegg til utfordringer i overgangen fra pilotering til skalering og samhandling mellom tjenester, trukket frem. Det ble understreket at en ofte undervurderer hvordan forskjellene i styringen av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten påvirker hvordan en fatter vedtak og får i gang aktiviteter i de respektive tjenestene. Det ble også påpekt at i tillegg

til behovet for relevant kunnskap som man evner å bruke, er det et stort behov for gode strukturer for samarbeid og koordinering som Kommunes strategiske forskningsorgan (KSF) og de regionale digitaliseringsnettverkene.

Presentasjonene er vedlagt referatet og gir utfyllende informasjon om utfordringsbildet og innsats i kommunene.

Rådet takket for gode presentasjoner og støtter behovet for mer oppmerksomhet om forskning og innovasjon i kommunene og bedre struktur for samhandling og koordinering rundt utvikling og bruk av relevant kunnskap. Det er behov for radikale løsninger og nye måter å gjøre ting på, og det ble stilt spørsmål om dette i større grad burde komme frem i målene for området. Det kom også noen konkrete forslag til justeringer til problembeskrivelsen/kvalifiseringsskjemaet for området. Instituttsektor må inkluderes i oversikten over interessenter.

Vedtak: *Rådet slutter seg til forslagene for målformuleringer for området.*

Det nedsettes en referansegruppe innenfor området. Det vil vurderes om den skal ha grenseflater til styringsgruppen for KSF.

Rådet tar med seg perspektivene som kom frem i diskusjonen på møtet i Rådets videre arbeid.

Sak HO21-rådet 23/3/21

Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative anskaffelser

Rådsleder innledet med å presisere at det er mange aktører i dette området, og at det derfor er viktig at Rådet tar fatt i temaer der Rådet kan gi en merverdi.

I den reviderte planen for gjennomføring av dialogmøter, foreslås det å arrangere digitale dialogmøter mellom Rådets medlemmer og noen utvalgte og inviterte aktører. Møtene tar tak i definerte problemstillinger med utgangspunkt i faktiske eksempler/case, der næringslivet deltar som innledere med eksempler og innspill. Dette gir Rådet og deltagerne bedre muligheter til å forstå de ulike utfordringene, hva som skal til for å få til endring, påvirke politikk og utforme gode kommunikasjonsiltak.

Gjennom samtaler med interessenter har det kommet fram ulike utfordringsområder som samarbeid, tillit, kompetanse, roller, ansvar og rammebetingelser. Disse utfordringene gjelder både i det offentlige, private og i forvaltningen. I diskusjon med Rådet ble særlig rolledeling og ansvar i tillegg til samhandling og kompetanse fremhevet som særlig viktige områder. I tillegg ble det lagt vekt på at pandemien har bidratt til endringer, slik at det er behov for å drøfte beredskap, nasjonal produksjon og anskaffelser, sett opp mot etablering av næringsvirksomhet og arbeidsplasser. Frivillig sektor ble også spilt inn som en viktig aktør i utviklingen av et hjemmemarked. Rådsmedlemmene spilte inn flere eksempler og case som sekretariatet tar med inn det videre arbeidet.

Vedtak: *Rådet fortsetter arbeidet innenfor dette området etter revidert plan med de kommentarer som kom frem under Rådets diskusjon.*

Sak HO21-rådet 24/3/21**Kliniske studier som en integrert del av tjenesten**

Sammen med referansegruppen har sekretariatet laget et forslag til to underområder som skal prioriteres i videre arbeid: *Flere kliniske studier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten* og *Kliniske studier er en integrert del av helse- og omsorgstjenesten*.

Rådet støttet referansegruppens forslag, helhetsperspektivet i saken og at også ikke-behandlingsperspektiver var tydelig inkludert.

Rådet støttet hovedmålet og delmålene for områdene. I tillegg kom det forslag om å inkludere et mål om bedre informasjon om muligheter for å delta i kliniske studier ("hvilke studier er jeg kvalifisert til?"). Pasient- og forbrukerperspektiver bør fremheves både for at pasienter og deltagere i større grad skal etterspørre studier og for at de skal være med på å prioritere forskning (behovsidentifiserte studier).

For kliniske studier i sykehus, ble det blant annet presisert at finansieringsordningene må samordnes med finansiering av ordinær klinisk virksomhet slik at sykehusene ikke taper penger på å kjøre kliniske studier.

Flere foreslåtte aktiviteter har grenseflater til andre områder i Rådets handlingsplan og vil bli fulgt opp der. Saksfremlegget nevnte arbeid knyttet til behov for felles system for datainnsamling og dokumentasjon for klinisk oppfølging og innrapportering til kvalitetsregistre (automatisk overføring) som følges opp under området Teknologi og digitalisering som et eksempel. Et annet eksempel er arbeid knyttet til Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) som på møtet ble anbefalt flyttet til *Et kunnskapsløst for kommunene*.

Vedtak: *Rådet slutter seg til forslaget til mål, delmål og konkrete aktiviteter for de foreslåtte innsatsområdene med de kommentarer som kom frem på møtet.*

Sak HO21-rådet 25/3/21**Eventuelt**

Ingen saker meldt inn.

Vedtak: *Intet.*

Sak HO21-rådet 26/3/21**Evaluerings av møtet**

Vedtak: *Intet.*

Sak 30/4/2021 Orienteringer og status Handlingsplan for Rådet

Type sak	Orienteringssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	HO21-sekretariatet
Vedlegg	1. <i>Oversikt status aktiviteter</i> 2. <i>Foreløpig program dialogmøte Hjemmemarked og innovative anskaffelser</i>

Bakgrunn

Rådet har diskutert handlingsplan for 2020 – 2021 på de foregående møtene. Rådet har uttalt at handlingsplanen skal være et levende dokument i tråd med rådets mandat om å bidra til realisering av de overordnede målsetningene. Rådet skal bidra til en koordinert og helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21-strategien og skal gjennom å legge til rette for samarbeid om helse- og omsorgsforskning, innovasjon og næringsutvikling, bidra til god folkehelse, effektive helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet og verdiskaping.

På møte 3/2020 ble handlingsplanen versjon juni 2020 vedtatt å fokusere på følgende områder: Kunnskapsløft for kommunene, Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten, Bærekraft i helsetjenesten, Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative anskaffelser, og Teknologi og digitalisering.

I tråd med mandatet vil Rådet også følge opp og bidra til videreutviklingen av HelseOmsorg21-monitoren.

Hvorfor saken fremmes

Saken legges fram til orientering om status for Rådets handlingsplan.

Hovedpunkter

Under gis informasjon om status for områdene i Rådets handlingsplan. Vedlegg 1 viser en oversikt over gjennomførte og pågående aktiviteter. Rådet har i tillegg flere ideer til tema som på et senere tidspunkt kan inkluderes i handlingsplanen. Det minnes om at medlemmer kan melde inn nye tema. Det vises også til temabeskrivelser i Sak 28-20 (møte 3/2020).

Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative anskaffelser

Sekretariatet følger opp arbeidet med prosjektplanen for “videreutvikling av et profesjonalisert og bærekraftig hjemmemarked for norsk helsenæring”. Det er besluttet å gjennomføre digitale dialogmøter mellom Rådets medlemmer og noen utvalgte og inviterte aktører som diskuterer definerte problemstillinger med utgangspunkt i faktiske eksempler/case. Dette gir Rådet og deltagerne bedre muligheter til å forstå de ulike utfordringene og hva som skal til for å få til endring, påvirke politikk med mer. Dato for det første dialogmøtet er nå fastsatt til 14. juni kl. 9-12.

Referansegruppen deltar. Det er ønskelig at flere fra Rådet deltar, særlig medlemmer med tilknytning til spesialisthelsetjenesten. Det vises til vedlegg 2 for et foreløpig program.

Bærekraft i helsetjenesten/Bærekraftig helsetjeneste

Rådet sluttet seg til målformuleringer på møte 2/2021 (Sak 15/2/2021).

Det er sendt brev til Helse- og omsorgsdepartementet som konstaterer Rådets inngang til området *Bærekraft*. Det er kommet innspill om at brevet burde ha vært sendt ut bredere gitt at det omfavner et så vidt spekter. Det vil i oppfølgingen av brevet tas hensyn til det vide aktørbildet når det settes i gang konkrete aktiviteter. Det tas sikte på å legge frem en sak innenfor dette området etter sommerferien. Det vises også til Sak 35/4/2021 om kommunikasjonsaktiviteter. Kronikkforlaget om overbehandling faller inn under området *Bærekraft*.

Teknologi og digitalisering

Sekretariatet følger opp aktiviteter vedtatt i sak 5/1/2021 og sak 14/2/21 og det legges frem to saker knyttet til dette på dagens møte; Sak 32/4/2021 Forslag til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata og Sak 34/4/2021 videokonsultasjoner og digital hjemmeoppfølging. I Sak 5/1/2021 ble det også besluttet at Rådet skulle ha et internseminar om lov- og forskriftsreguleringer på helsedataområdet. Dette arrangeres på dagens møte. Elisabeth Vigerust (HOD), Mari Garborg Hanto (Legeforeningen) og Stein Olav Skrøvseth er innledere.

I tillegg settes det opp en sak om internasjonalisering av helsedata etter forespørsel fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Sekretariatet har fortsatt dialogen med Direktoratet for e-helse om oppdraget de har fått fra HOD; om å levere en anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet, herunder forslag til prinsipper for bruk av markedet. Arbeidet med dialogmøtene under "Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative anskaffelser" har stor relevans for dette.

Direktoratet har snakket med relevante aktører i næringslivet, sektoren og forskningssystemet. Mange av funnene er sammenfallende med informasjon sekretariatet har fått i sitt arbeid med dialogmøtene. I tillegg har Menon gjennomført en markedsundersøkelse som er klar i månedsskiftet mai/juni. Rådet får oversendt rapporten når den er klar. Det er aktuelt at Direktoratet for e-helse og Menon deltar i Rådets møte i september for å legge frem resultatene fra rapporten.

Et kunnskapsløft for kommunene

Rådsmedlemmene ble i etterkant av forrige rådsmøte bedt om å melde sin interesse for å delta i referansegruppen for dette området. Gro Jamtvedt, Wenche Dehli, Esperanza Diaz, Knut Inge Klepp og Siri Forsmo har meldt seg. Sekretariatet vil ta initiativ til et møte i referansegruppen før sommerferien.

Rådet sluttet seg til målformuleringer på møte 3/2021 (sak 22/2/2021). Spørsmål om behovet for radikale løsninger og nye måter å gjøre ting på bør inkluderes i målene for området vil bli fulgt opp i samarbeid med referansegruppen.

Kliniske studier som en integrert del i tjenesten

Det vises til sakene 7/1/2021 og 24/3/2021. Sekretariatet følger nå opp de vedtatte kommunikasjonsaktivitetene. Rådet har, sammen med Forskningsrådet, fått publisert en kronikk i Bergens Tidende om kliniske studier for å få flere til å interessere seg for og melde seg til å delta i studier. I tillegg legges det frem to kronikkforslag om kliniske studier i sak 35/4/2021

HelseOmsorg21-monitor

Kartlegging av brukermedvirkning. Referansegruppen skal ha sitt andre møte 28. mai. Ett sentralt mål for møte er å komme til enighet om hvilke kategorier som skal tas i bruk for å måle ulike former for brukermedvirkning, ulike typer medvirkere, med mer.

Nye kilder i HO21-monitor. HRCS-data er nå hentet inn fra alle kilder som p.t. vises i monitor med unntak av EU. Disse vil publiseres i monitoren omgående. Dette skal etter planen sammenstilles med sykdomsbyrdedata, slik at sammenstillingen også kan vises i monitoren.

Annet

- Rådsleder er invitert og har takket ja til å holde innledningsforedraget på fagdagen knyttet til Rehabiliteringskonferansen 2021, 27. august 2021. Arrangørene har åpnet for at rådsmedlemmer kan delta på konferansen. [HJEM | Rehabilitering \(rehabiliteringskonferansen.no\)](https://hjem-rehabilitering.no)
- Rådsleder vil delta på Helse Vest sin årlige forskningskonferanse 28-29. oktober 2021 for å snakke om Den nasjonale handlingsplanen for kliniske studier og muligheter for samarbeid mellom næringsliv og helsetjenesten med fokus på innovasjon. Målgruppen for konferansen er hovedsakelig forskere og ledere.
- [Norsk helseindustri: strategier for økt produksjon og eksport](#). Menon. Rapport lansert 19.mai 2021.
- [Nettsiden til HO21](#) er omarbeidet og oppdatert.

Forslag til vedtak

Tas til orientering.

Oversikt gjennomførte og pågående aktiviteter

Område/tema	Aktiviteter	Kommentarer status	Oppfølging/Resultater
Kunnskapsløft for kommunene	Brev: Departemental forankring av KSF rapport	Brev sendt HOD, KMD og KD 30.6.2020	Tilbakemelding fra HOD , KMD , KD september 2020: støtter strukturen, kommunene må selv ta ansvar for etablering og finansiering
	Kronikk: Forskning i kommunene gir bedre helse og velferd.	Publisert i Dagens medisin 11.2.2021	Kommentar fra leser og svar fra Rådsleder
Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten	Innspill innsendt til Handlingsplanen for kliniske studier.	Innspill lagt inn på Handlingsplanens nettside 4.6.2020	Flere innspill ivaretatt i planen, men ofte på et litt overordnet nivå
	Brev: Kommentarer til foreløpig utgave av Nasjonal handlingsplan for kliniske studier	Brev sendt HOD 4.1.2021	Flere forslag til presiseringer til tekst er ivaretatt
	Brev: Kommentarer til publisert Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.	Brev sendt HOD 8.2.2021	Svar fra HOD februar 2021: En intern gruppe i departementet vil koordinere og følge med på implementeringen av planen og vi vil gjerne komme til et rådsmøte senere i år for videre diskusjon.
	Kronikk: Du gjør helsetjenesten bedre. Samsignering med Forskningsrådet.	Publisert i Bergens Tidende 11.5.2021. Målgruppe befolkningen	
Bærekraftig helsetjeneste	Workshop: intern, videreutvikling av området Bærekraft	Gjennomført 12.11.2020	Resultatet fra workshopen danner grunnlag for Rådets videre arbeid innenfor området
	Notat: Bærekraftig helsetjeneste	Notat sendt HOD 8.4.2021	

Sak 30/4/2021 Vedlegg 1

Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative offentlige anskaffelser	Innspill til komitebehandling av Meld.St.30 (2019-2020) En innovativ offentlig sektor.	Skriftlig innspill sendt 2.11.2020 Deltagelse (rådsleder) i komitebehandling 5.11.2020	Rådets innspill er kommentert i stortingskomiteens behandling: 3. Komiteens merknader - stortinget.no og i: Stortinget: Større handlingsrom i anskaffelsesregelverket enn mange bruker – Anbud365
	Dialogmøter: Videreutvikling av et profesjonalisert og bærekraftig hjemmemarked for norsk helsenæring – seminarer/dialogmøter	Aktiviteten gjennomføres i 3 faser: Fase 1 er gjennomført (innspill innhentet fra en rekke aktører). Det første dialogmøte holdes 14.6.2021. Tema: utfordringer og muligheter på veien fra behov til innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten	
Teknologi og digitalisering	Brev: Innspill til Direktoratet for e-helse om finansieringsmodell for helseanalyseplattformen og Helsedataservice	Inkluderes i høringsuttalelse om forslag til forskrift for løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata	
	Brev til HOD om forskrift (Helseregisterloven)	Innarbeides i høringsuttalelse om forslag til forskrift for løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata	
HO21-monitor	Workshop med brukere av monitoren	Gjennomført august 2020	
	Oppdatering og videreutvikling i henhold til plan fremlagt i sak 17-20 (møte 2/2020).	Kontinuerlig	

	Kartlegging av brukermedvirkning	Prosjekt påbegynt.	
--	----------------------------------	--------------------	--

Foreløpig program

Temaet for dialogmøtet er hvordan innkjøp og anskaffelser kan bidra til mer innovasjon og bærekraft i helsetjenesten, samtidig som det bidrar til verdiskaping, næringsutvikling og arbeidsplasser i Norge. Konkret tar vi for oss utfordringer og muligheter på veien fra behov til innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten, der samarbeid med næringsliv, innkjøp og organisasjonsutvikling står sentralt. Rådet ønsker å bringe deltagernes budskap og forslag til premissgivere, beslutningstagere og offentligheten. Dialogmøtene vil følges av kommunikasjonstiltak slik at innholdet og eventuelle konklusjoner i møtet deles.

Møteleder: Dagfinn Hallseth, NEO Consulting

1. Innledning:

- C3/BI v/Morten Abrahamsen, Per Ingvar Olsen, Jon Bingen Sande
- Sykehusinnkjøp v/Lars Johan Frøyland

2. Prosjekter/case

- SmartCrowding/Stavanger Universitetssykehus: v/Rune Martinsen, Aslaug Skauen, Hans T Frydnes (tbc)
- Kontrolltårn/Oslo Universitetssykehus v/Odd Arild Lehne, Øyvind Skraastad
- Nimble/Sykehuset Østfold: v/Petter Risøe, Andreas Stensvold, Ingunn Olsen
- Samvalg/Universitetssykehuset Nord-Norge: v/Anne Regine Lager

3. Dialog og innspill

Innspill og dialog mellom HelseOmsorg21-rådet, innledere og deltagere. Målet er at deltagerne og Rådet får økt forståelse for mulighetsrommet og de ulike utfordringene slik at vi kan diskutere hva som skal til for å få en enklere vei frem til anskaffelse, implementering og bruk av løsninger. Rådet ønsker å bringe deltagernes budskap og forslag videre til premissgivere, beslutningstagere og offentligheten.

Sak 31/4/2021**Internseminar: Lovreguleringer på helsedataområdet**

Type sak	Internseminar
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Bakgrunn

Helsedata som nasjonalt fortrinn er ett av ti satsingsområder i HelseOmsorg21-strategien. Strategien gir flere anbefalinger om hva som skal til for å vi skal kunne utnytte dette fortrinnet bedre i forskning, innovasjon og næringsutvikling. Enklere og bedre regelverk og forvaltning knyttet til tilgang og bruk av data er trukket frem som vesentlig.

Det har vært endringer i lovverket knyttet til helsedata de senere årene og høsten 2021 vedtok Stortinget enstemmig endringer i Helseregisterloven om tilgjengeliggjøring av helsedata. Formålet med lovendringen er å gi enklere tilgang til helsedata til forskning. Det vises også til Sak 32/4/2021 om *Forslag til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata (Helseanalyseplattformen og Helsedataservice)*.

Rådet er opptatt av å følge lovreguleringene på området og har bedt om at det arrangeres et internseminar for å få større innsikt i mulig behov for samordning av lovene som har betydning for tilgang og forvaltning av helsedata. Dagens seminar vil særlig gå inn i endringer i Helseregisterloven og *Forslag til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata (Helseanalyseplattformen og Helsedataservice)*. Dette vil også gi Rådet en bedre bakgrunn for arbeidet med utarbeidelse av høringsuttalelsen til forskriften (Sak 32/4/2021).

Det legges opp til tre forberedte innlegg:

- Samordning av reglene om tilgjengeliggjøring av helsedata fra helseregistre. Fra Helsedatautvalgets forslag, til nye regler i helseregisterloven og forskrift om Helseanalyseplattformen, Elisabeth Vigerust, Helse- og omsorgsdepartementet
- Forskrift om Helseanalyseplattformen. Rettslige reguleringer og bakenforliggende hensyn ved bruk av helsedata, Mari Garborg Hanto, Legeforeningen
- Forskeres behov for helsedata; hindre og løsninger, Stein Olav Skrøvseth (rådsmedlem), Nasjonalt senter for e-helseforskning.

Det blir satt av tid til spørsmål i etterkant av innleggene.

Forslag til vedtak

Intet

Sak 32/4/2021**Forslag til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata**

Type sak	Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Karianne Solaas, Ina Dahlsveen, Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Utkast høringsuttalelse fra HO21-rådet 2. <u>Høring: Forslag til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata (Helseanalyseplattformen og Helsedataservice) - regjeringen.no</u>
Tidligere behandlet	5/1/2021

Bakgrunn

Helsedata som nasjonalt fortrinn er én av ti satsingsområder og lettere tilgang til, og økt utnyttelse av helsedata én av hovedprioriteringene i HelseOmsorg21-strategien fra 2014.

Rådet vedtok i sak 5/1/2021 å gi innspill til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata. Rådets aktivitet følger opp følgende delmål i handlingsplanen for Rådet:

- Økt kunnskap om og bedre samordning av de ulike lover og regulering for eierskap, forvaltning og bruk av helsedata
- Være pådriver for enklere innhenting av data fra journal til register og støtte opp om kvalitetshevede tiltak for helsedata fra offentlige kilder
- Økt kjennskap til nytten av helsedata for forskning og bedre folkehelse, behandlingstilbud og helsetjenester

Rådet vedtok også i sak 5/1/2021 å skrive en kronikk som fremmer bruk av helsedata som avgjørende ressurs for bedre folkehelse, behandlingstilbud og en bedre og mer effektiv helsetjeneste. Denne er omtalt sammen med andre formidlingsaktiviteter i sak 35/4/2021.

Hvorfor saken fremmes

Saken fremmes i dette møtet for å gi sekretariatet og referansegruppen for teknologi og digitalisering innspill til høringsuttalelsen slik at den kan ferdigstilles innen høringsfristen 12. august.

Hovedpunkter

Forskriften skal regulere etablering, forvaltning og utvikling av en nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata til bruk i statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester.

Det er gjennomført ett møte med referansegruppen for teknologi og digitalisering hvor en tidlig skisse til høringsuttalelse ble diskutert. I skissen var blant annet momenter fra Rådets diskusjon om finansieringsmodell for Helseanalyseplattformen og Helsedataservice trukket inn (sak 5/1/2021). Sekretariatet har i tillegg mottatt skriftlige innspill fra referansegruppen som er inkludert i utkast til høringssvar.

Referansegruppen anbefaler at Rådet ikke kommenterer på alt i høringsnotatet, men konsentrerer

seg om de momentene de mener er spesielt viktige. I lys av dette bes Rådet om å diskutere utkastets vinkling og innhold.

Det foreslås følgende prosess for ferdigstilling av uttalelsen:

- Sekretariatet innarbeider Rådets kommentarer i utkastet i samarbeid med referansegruppen for teknologi og digitalisering/eventuelt et utvalg av referansegruppen
- Endelig høringsuttalelse godkjennes av rådsleder

Rådsmedlemmer kan bli bedt om å sende inn skriftlige tekstbidrag.

Forslag til vedtak

Rådet slutter seg til foreslått prosess for ferdigstilling av høringsuttalelsen med de endringer som kommer frem på møtet.

Klikk her for å skrive firma/etat.

Klikk her for å skrive att.

Klikk her for å skrive adresse.

Klikk her for å skrive postnr/sted.

Vår saksbehandler/tlf.

Vår ref.

Oslo,

Klikk her for å angi dato.

Deres ref.

Høringssvar fra HelseOmsorg21-rådet til forslag til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata

HelseOmsorg21-rådet (Rådet) er en nasjonal dialogarena mellom den offentlige sentrale helseforvaltningen, offentlige helse- og omsorgstjenester, universitets- og høyskolesektoren, kommunal sektor, instituttsektor, privat sektor og brukerorganisasjoner.

Helsedata er en essensiell ressurs for fremtidens helsetjenester, men verdien for samfunnet er avhengig av høy kvalitet, god forvaltning og ikke minst tillit hos aktørene og befolkningen. HelseOmsorg21-rådet er opptatt av at vi skal ha en lærende helsetjeneste som utnytter helsedata på en god måte; raskt, forsvarlig, effektivt og med gode kilder. Utvikling og implementering av Helsedataservice og Helseanalyseplattformen har stor betydning for HelseOmsorg21-rådets tre målområder; god folkehelse, effektive helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet og verdiskaping.

Helsedata som nasjonalt fortrinn er ett av ti satsningsområder i HelseOmsorg21-strategien fra 2014. Rådet er glad for at utviklingen av Helseanalyseplattformen og Helsedataservice følger opp prioriteringen *lettere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata*. Dette var en stor del av arbeidet i HO21-rådets første periode. Også i den andre rådsperioden legges det stor vekt på arbeid knyttet til økt bruk av og tilgang til helsedata, og området er inkludert i Rådets handlingsplan for 2020 – 2021.

Rådet ønsker å understreke at resultatene fra økt sekundærbruk av helsedata kan bety svært mye for pasienter og befolkningen for øvrig. Mulige gevinster er bedre behandlinger, bedre helse- og omsorgstjenester og muligheter til å forebygge sykdom i en mye større grad enn i dag.

Personvern/GDPR. Dataforvaltere har bygget opp tillit hos befolkningen om ansvarlig lagring og bruk av helsedata over lang tid. Det er viktig at denne opprettholdes også når de nye løsningene og tjenestene rulles ut.

Virkeområde. Forskriften omtaler virkeområdet slik: *Forskriften regulerer etablering, forvaltning og utvikling av en nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helseopplysninger og andre personopplysninger*

til bruk i statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester.

Forskriften angir et skille i § 20 mellom når dataansvarlig skal bruke helsedata i eget register til forskning (må søke om tilgjengeliggjøring) og når dataene skal brukes av offentlige virksomheter eller av den dataansvarlige til statistikk, analyse, kvalitetsforbedring, planlegging, styring eller beredskap for å ivareta oppgaver i henhold til lov, forskrift eller instruks (kan da tilgjengeliggjøres uten vedtak fra direktoratet). Rådet mener dette ikke er i tråd med intensjonen om en helhetlig løsning for all bruk av helsedata for sekundærbruk og at det står i et motsetningsforhold til tekst i forarbeidet (2.12) som sier "*Med bruker menes i dette høringsnotatet mottakeren av helsedata som tilgjengeliggjøres fra dataplattformen eller direkte fra helseregistre. Brukeren kan være en forsker, et helseforetak, en offentlig etat eller andre offentlige og private aktører, som skal bruke opplysningene til forskning, helseanalyse eller andre sekundærformål*".

Ved å unnta sekundærformål utenom forskning for "offentlige virksomheter", vil ikke målene om et nasjonalt analyseøkosystem oppfylles. Dette vil også være med på å sedimentere et kunstig skille mellom registrenes primærformål og sekundærbruk av data, spesielt skillet mellom forskning som en nødvendig del av utvikling av kvalitet og ordinær bruk av data i kvalitetssikring. I tillegg vil det medføre ekstraarbeid for registerforvalterne, og ikke minst vil det komplisere arbeidet med å gi innbyggerne rett til innsyn i bruk av egne data. Rådet har imidlertid forståelse for at registerforvalterne trenger enkel tilgang til "egne" data for å utføre tydelig, myndighetsdefinerte oppgaver, men mener at departementet her går for langt i å åpne for unntak ved å foreslå at "offentlige virksomheter" generelt kan få tilgang til helsedata direkte fra registerforvalter uten å måtte få tilgang via Helsedataservice.

Innholdet i HAP. Høringen beskriver hva som skal inkluderes i Helseanalyseplattformen (HAP).

Rådet mener det er uheldig at automatisert tilgang til strukturerte data fra pasientjournaler ikke ligger innenfor forskriften for HAP. Dette ville gi en kvalitetsforbedring med mindre feil pga. manuelle overføringer og mulighet for sanntid pasientdata knyttet til sykdomsforløp og bivirkninger/komplikasjoner i tillegg til at det ville være ressursbesparende. Automatisert kvalitetssikring er her avgjørende. Det er i dag svært mange årsverk i helsesektoren knyttet til manuelle prosesser ifm. oppdateringer av registre. En slik automatisert nedlasting av strukturerte data vil være av stor betydning for de nasjonale registrene som inkluderes i HAP, spesielt de nasjonale kvalitetsregistrene, men også for de mange lokale kvalitets- og forskningsregistrene som ikke er inkludert i HAP.

Det er dessuten viktig å legge til rette for effektiv dataoverføring mellom ulike registerløsninger innenfor og utenfor HAP. Mens nasjonale kvalitetsregistre foreslås innlemmet i HAP, er det p.t. ikke foreslått å inkludere den store mengden av lokale kvalitets- og forskningsregistre, som i stor utstrekning benyttes til klinisk forskning og kvalitetsforbedring, og samlet sett brukes i større grad enn data fra registrene som foreslås innlemmet i HAP i denne omgang. De lokale registrene inneholder ofte mer data og er gjerne mer oppdaterte med tanke på pasientdata enn de fleste nasjonale registre. I overskuelig framtid vil det derfor være viktig å finne gode løsninger for enten å eksportere relaterte datasett fra HAP for sammenstillende analyse, alternativt at datasett importeres til HAP for tilsvarende analyser der.

Rådet støtter at Direktoratet for e-helse skal kunne overta dataansvaret for datasett samlet inn gjennom ulike større forskningsprosjekter, som departementet legger opp til i forarbeidet, og at HAP utvikles til å bli en infrastruktur for deling av forskerdatasett på tvers av forskningsprosjekt. Dette forutsetter at det opprinnelige rettslige grunnlaget for registeret og/eller forskningsprosjektet tillater slik overføring, jf. samtykke og hjemmelsgrunnlag for behandling av resultatene. Rådet er opptatt av at løsningene både skal insentivere økt bruk og økt deling av helsedata.

Det er et utviklingstrekk at andre data enn registerdata stadig spiller en større rolle i forskning, særlig, men ikke utelukkende, innenfor kunstig intelligens. Det vil gjelde pasientgenererte data i form av sensordata, PROM/PREM, genetiske data, ustrukturert journalinformasjon i form av bilder og tekst eller andre typer data. Rådet mener at det er viktig at Helsedataprogrammet er bevisst på andre datakilder, som ikke inkluderes i Helseanalyseplattformen. Det må sikres at plattformen ikke blir til hinder for annen type sekundærbruk av data, men blir én av flere kilder til helsedata.

Løsningenes robusthet. Rådet er bekymret for at løsningene som etableres ikke er robuste nok for fremtiden. Det er et økende fokus på tilgjengeliggjøring av helsedata internasjonalt, og Rådet mener at løsningene i større grad bør ha med perspektiver knyttet til internasjonal deling av data, både innenfor og utenfor EU/EØS-området. GDPR har gjort det krevende å dele personopplysninger internasjonalt og Schrems II-dommen har medført begrensninger på overføring til land utenfor EØS. Dette rammer i særlig grad forskningsprosjekter i samarbeid med offentlige institusjoner i USA. Samtidig har EU-kommisjonen igangsatt en joint action Towards a European Health Data Space (TEHDAS) som vil gi anbefalinger for felles datadeling innad i EU/EØS. Dette, og utviklingstrekk for øvrig i verden, blant annet gjennom WHO, bør høringsnotatet ta hensyn til.

Utviklingen av HAP bør også se hen til nye teknologier (for eksempel homomorfisk kryptering og federerte analyser) som gjør det mulig å analysere data på tvers av institusjoner og land uten faktisk å dele data, og som dermed gjør at det ikke vil være nødvendig å samle store datamengder ett sted. Det bør legges til rette for at løsningene som etableres kan utvikles i tråd med den teknologiske utviklingen over tid.

Koordinering og dispensasjon fra taushetsplikten. Rådet støtter at Direktoratet for e-helse skal kunne koordinere søknader om godkjenning fra REK, slik at søker slipper å sende to søknader, og at Direktoratet for e-helse ved Helsedataservice får delegert myndigheten til å gi dispensasjon fra taushetsplikten for data de har vedtaksmyndighet til å gi tilgang til.

Finansieringsmodellen. Departementet foreslår lik pris for alle brukere. Det er rådet enig i, og rådet støtter departementets vurdering om at særlige satser for private aktører vil bryte med målet om å stimulere til innovasjon og næringsutvikling. Rådet er imidlertid opptatt av at prisen reflekterer kvalitet og effektivitet i tjenesten som tilbys og at den oppleves som rettferdig av alle aktører på tvers av tjenester og brukere. Finansieringsordningen må ikke bli en hindring for effektiv utnyttelse av helsedata til forskning ved at for stor del av utgiftene til utvikling og drift legges på forskningsprosjektene. Modellen legger opp til at storbrukere skal kunne inngå avtaler om kjøp av flere tjenester til rabatterte priser. Det er imidlertid avgjørende at prisen ikke blir så høy for de uten abonnementsavtale at små forskningsgrupper vil ha utfordringer med å gjennomføre forskningsprosjekter. Rådet ser en risiko for at små forskningsmiljø som sporadisk har behov for helsedata kan bli «priset ut» av forskningen. Spesielt vil Rådet gjøre oppmerksom på skjevfordelingen mellom forskning i primær- og spesialisthelsetjenesten. Prismodellen må ikke forsterke denne forskjellen og skape flere barrierer for forskning i og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Modellen burde ha ambisjoner om å dreie i retning av å insentivere forskningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å reversere dagens skjevheter. Hele helse- og omsorgstjenesten er avhengig av en kunnskapsbasert kommunal sektor for å være bærekraftig.

Som tidligere kommentert, mener Rådet det er vesentlig at HAP brukes til alle sekundærformål. Dette tilsier at en større del av utgiftene bør dekkes fra sentralt hold (ref. bruk også i forvaltningen og til kvalitetsarbeid).

Brukerinnflytelse. Brukerinnflytelse er viktig for videre utvikling av HAP. Innspill bør hentes inn fra sluttbrukere og mulige bidragsyttere, både forskere, aktører i offentlig sektor og næringsliv, og også

aktører som ikke inngår partnerskapsavtaler bør ha mulighet til å bidra i en strategisk utvikling av Helsedataservice.

Spesielt ønsker Rådet å understreke at pasient-/befolkningsperspektivene må bli godt ivaretatt. Det er til syvende og sist innbyggernes data som forvaltes, og det er innbyggernes rett å være informert om, og ha en stemme i, hvordan deres data brukes.

Nullpunktsmålingen. HO21-rådet ser på nullpunktsmålingen for dagens sekundærbruk av helsedata som et godt og viktig utgangspunkt for å evaluere effekten av implementeringen av Helsedataservice og Helseanalyseplattformen. Spesielt er det viktig å undersøke hvordan prismodellen påvirker bruken hos de veldig forskjellige aktørene som tjenesten retter seg mot og at modellen er fleksibel nok til å justeres underveis, hvis det skulle vise seg nødvendig. Rådet vil gjerne spille inn ytterlige parametere til neste undersøkelse som vil kunne gi et mer detaljert inntrykk av hvem som bruker dataene og til hva. Det er spesielt viktig for Rådet at informasjon om forskning i og for kommunene blir mer detaljert. For eksempel er det ønskelig om alle aktører som henter ut og bruker data kunne angi om bruken har relevans for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er ikke tilstrekkelig å vite hvor mange kommuner som får tilgang, men man må også spørre de andre aktørene om deres bruk.

Det som måles bør synliggjøres gjennom HelseOmsorg21-monitoren.

Med vennlig hilsen

HelseOmsorg21-rådet

Sveinung Hole

Rådsleder

Sak 33/4/2021**Europeisk samarbeid om helsedata**

Type sak	Orienteringssak/Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Notat fra Helse- og omsorgsdepartementet om EU-prosjektet <i>Towards the European Health Data Space</i>
Tidligere behandlet	

Bakgrunn

Helsedata som nasjonalt fortrinn er et av satsingsområdene i HelseOmsorg21-strategien og området er også inkludert i Rådets handlingsplan for 2020 – 2021.

Det pågår nå et europeisk arbeid for å øke internasjonaliseringen av helsedata og utvikle samarbeid på tvers av landegrenser. Prosjektet *Towards the European Health Data Space* (TEHDaS) og norsk deltagelse i dette skal utvide omfanget av den nasjonale satsingen på helsedata. Sammen med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) deltar Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse i arbeidet for å sikre at Norge, og norske aktører, får muligheten til å påvirke den europeiske utviklingen i helsedatasamarbeidet. Norske forskere er også direkte involvert i stakeholderforum og arbeidspakker i prosjektet.

Rådet har mottatt en henvendelse fra Helse- og omsorgsdepartementet om prosjektet. Departementet ønsker både å orientere Rådet om det europeiske samarbeidsprosjektet og få Rådets innspill til norske prioriteringer i arbeidet. Departementet foreslår videre å komme tilbake til Rådet ved egnede anledninger slik at Rådet kan fungere som en dialog- og innspillsarena for arbeidet. Det vises til vedlagte notat fra HOD der formålet og prosjektet TEHDaS er nærmere beskrevet (vedlegg 1).

Hvorfor saken fremmes

Saken fremmes til orientering om prosjektet TEHDaS og for at Rådet kan gi innspill til HODs konkrete henvendelse.

Hovedpunkter

Irene Olaussen, HOD, vil innlede til saken.

Rådet bes spesielt ta stilling til følgende:

- Hva slags rolle ønsker/kan HO21-rådet ha i arbeidet?
- Hvilke interesser må ivaretas?
- Hva er viktige norske prioriteringer i det europeiske arbeidet (TEHDaS)?

HOD ønsker også Rådets kommentarer på forslaget om å fungere som en dialog- og innspillsarena for arbeidet om et europeisk helsedatasamarbeid.

Forslag til vedtak

Utformes på møtes.



Til: Sandborg Hjørdis Møller

Dato: 8. april 2021

Fra: E-helseavdelingen

Saksnr.: 20/4242-

Kopi:

Saksbehandler: Irene Olaussen

Norsk deltakelse i EU prosjekt: Towards the European Health Data Space

Formålet med saken er todelt.

- Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å orientere HO21-rådet om etablering av nytt europeisk samarbeidsprosjekt på helsedataområdet – "Towards the European Health Data Space" (TEHDaS) – som er relevant for HO21-strategiens satsingsområde 10. "Helsedata som nasjonalt fortrinn", samt det prioriterte området "Lettere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata".
- Videre søker Helse- og omsorgsdepartementet råd. Norsk deltakelse i prosjektet utvider omfanget av den nasjonale satsingen på helsedata. Nasjonale data, nasjonal forvaltningsmodell og norske forsknings- og utviklingsinteresser blir en del av en større europeisk og global helhet. Departementet ønsker å lytte av HO21-rådets interesse for deltakelse inn i arbeidet, og innspill til norske prioriteringer i dette europeiske arbeidet. HOD foreslår å komme tilbake til rådet ved egnede anledninger, slik at rådet kan fungere som en dialog- og innspillsarena for arbeidet, og departementet imøteser eventuelle kommentarer på dette forslaget også.

European Health Data Space

Europakommisjonen har varslet at de i løpet av 4. kvartal 2021 vil legge frem et lovforslag om et europeisk helsedatafelleskap, *European Health Data Space* (EHDS). Dette er en del av Europakommisjonens datastrategi. Målet er å utnytte potensialet som ligger i digital helse for å skape bedre helsesystemer og tjenester: *It should promote access to health data for research and innovation on new preventive strategies, as well as on diagnosis and treatment of diseases to improve health outcomes, while ensuring that citizens have control over their own personal data.*¹

¹ Februar 2020: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/european-data-strategy_en

Implementeringen av EHDS skal finansieres av midler innenfor rammene av EUs langtidsbudsjett, blant annet gjennom de nye programmene EU4Health, Horizon Europe og Digital Europe, samt nasjonale investeringer.

Data som del av EUs indre marked

Europakommisjonens datastrategi ble lansert februar 2020. Ambisjonen er at Europa skal ta en global lederrolle i den datadrevne økonomien og innen kunstig intelligens. For å understøtte utviklingen skal EU utvikle et indre marked for data. I første omgang er det pekt på ni dataområder som vil inngå her. Helse er ett av dem, og er i kjølvannet av Covid-19 pandemien blitt løftet som det området med høyest prioritet. EHDS er en del av Europakommisjonens ambisjon om å bygge opp en europeisk helseunion. Ved å sikre økt tilgang til kvalitetsdata ønsker en å styrke analyse- og rådgivningskapasiteten til det europeiske smittevernbyrået – ECDC, og det europeiske legemiddelbyrået - EMA.

EUs toppmøte – Det Europeiske råd – har gitt sin støtte til Europakommisjonens initiativ: *The European Council welcomes the creation of common European data spaces in strategic sectors, and in particular invites the Commission to give priority to the health data space, which should be set up by the end of 2021.*²

EØS-landene ba også om at helsedata prioriteres, da de kommenterte EUs datastrategi i fjor sommer: *In light of the COVID-19 crisis, the health data space seems to be the number one priority.*³

TEHDaS – landene samarbeider om et rammeverk for EHDS

Towards the European Health Data Space – (TEHDaS) er et to-årig samarbeidsprosjekt som samler eksperter fra alle medlemsland og EØS-land. Prosjektet finansieres av EUs helseprogram (som en *Joint Action*). Formålet er å utarbeide konseptforslaget for EHDS, som underlag for direktivforslaget som Europeakommisjonen skal legge frem i oktober 2021. Gjennom ulike arbeidspakker fokuserer prosjektet på teknisk og semantisk standardisering, regulering, datakvalitet og interoperabilitet, arkitektur og infrastruktur, innbyggerinvolvering, samt overordnet styrings- og forvaltningsmodell.

Sammen med Helse- og omsorgsdepartementet deltar Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse i arbeidet for å sikre at Norge, og norske aktører, får muligheten til å påvirke den europeiske utviklingen. Med den pågående satsingen på Helseanalyseplattformen og etableringen av Helsedataservice har norske fagmiljøer mye kompetanse å dele med sine europeiske kolleger. I retur får vi verdifull kunnskap og et nettverk for forsknings- og utviklingsprosjekter fremover, og vi styrker muligheten for norske næringslivsaktører til å lykkes i det europeiske markedet. Prosjektorganiseringen på norsk side skal sikre tverrfaglighet og felles

² Oktober 2020: <https://www.consilium.europa.eu/media/45910/021020-euco-final-conclusions.pdf>

³ Juni 2020: <https://www.efta.int/EEA/news/EEA-EFTA-States-welcome-Commissions-strategies-AI-and-data-517926>

kunnskapsforvaltning. Helsemyndighetene arbeider med å tilrettelegge for involvering og dialog med øvrige aktører innen forskning og innovasjon.

Relevans for HO21 rådet

HO21-strategien har primært fokus på helsedata i nasjonal kontekst – det handler om å sikre en god nasjonal forvaltning av helsedata og det handler om norske aktørers bruk av norske helsedata som et internasjonalt fortrinn. Med Europakommisjonens satsing på det europeiske helsedataområdet, og med norsk deltakelse i samarbeidsprosjektet TEHDaS utvides dette perspektivet. Våre nasjonale helsedata, vår nasjonale forvaltningsmodell og norske forsknings- og næringslivsinteresser blir en del av en større europeisk og global helhet. HelseOmsorg21 rådet er en viktig dialogarena i denne sammenheng, og Helse- og omsorgsdepartementet ønsker rådets innspill på følgende:

- Hva slags rolle ønsker HO21-rådet å ha i arbeidet?
- Hvilke interesser må ivaretas?
- Har HO21-rådet innspill til norske prioriteringer i det europeiske arbeidet?

Sak 24/4/2021**Videokonsultasjoner og digital hjemmeoppfølging**

Type sak	Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Ina Dahlsveen, Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Videokonsultasjon og digital hjemmeoppfølging
Tidligere behandlet	Sak 14/2/2021

Bakgrunn

Rådet har inkludert området Teknologi og digitalisering i handlingsplanen for 2020 – 2021. I sak 14/2/2021 vedtok Rådet å knytte aktiviteter til behov om kunnskap om effekter av innføring av ny teknologi og digitalisering av helse- og omsorgstjenestene med fokus på videokonsultasjon og "pasienten hjemme".

Rådet ønsker som utgangspunkt å innhente kunnskap om bruk og nytte av videokonferanse/digital pasientoppfølging, herunder hvordan bruken fordeler seg i helsetjenesten og hva som er flaskehalsene for innføring/bruk. Rådet ønsker spesielt å se på mulige utilsiktede (positive og negative) effekter for pasienter og helsearbeidere.

Aktiviteten følger opp disse målene fra Handlingsplanen:

Hovedmål	Delmål
Økt kunnskap om effekter av innføring av teknologi og digitalisering i helsetjenesten og hos individet	– Bidra til økt bevisstgjøring og mer kunnskap om effekter av teknologi og digitalisering på innbyggere/brukere av tjenestene. – Være pådriver for økt finansieringen av FoU innenfor helseøkonomi og modeller for kost-nytte beregninger. – Fremme prinsippene om ansvarlig forskning og innovasjon (RRI) inkludert god og riktig brukerinvolvering ved utvikling og innføring av ny teknologi og digitalisering i tjenestene.
Norge er et foregangsland for digitaliserte helse- og omsorgstjenester	– Økt kunnskap og bevisstgjøring rundt forutsetninger for digitalisering og innføring av ny teknologi i helse- og omsorgstjenestene. – Fungere som pådriver for mer pasientnære og sammenhengende tjenester gjennom økt bruk av digitalisering og teknologi. – Være støttespiller for de mange andre som holder i dette temaet.

Hvorfor saken fremmes

Sekretariatet presenterer resultatene fra innledende undersøkelser og dialogmøter om tema videokonsultasjon og digital hjemmeoppfølging (se vedlegg). Det fremkommer flere mulige problemområder som Rådet bes diskutere og prioritere. Rådet bes også foreslå konkrete aktiviteter/tiltak under de prioriterte problemområdene.

Hovedpunkter

Sekretariatet har i første omgang startet arbeidet med å hente inn oversikt over relevante kunnskapsoppsummeringer, pågående forskning og innovasjon nasjonalt og internasjonalt samt nasjonale og regionale initiativ som kan ha innflytelse på eller bidra til tema. Sekretariatet har i tillegg avholdt innledende samtaler med forskere og interessenter for å få oversikt over pågående aktivitet på feltet og avdekke eventuelle kunnskapshull og/eller utfordringer Rådet mulig kan ta tak i.

Følgende organisasjoner har vært representert i dialogen: SINTEF, OsloMet, Nasjonalt senter for e-helseforskning, Legeforeningens IT-utvalg (repr. med en fastlege), pasient- og brukerombud, Center for connected care C3.

En oppsummering av informasjon fra utvalgte rapporter/dokumenter og innspill fra samtalene er presentert i vedlegg 1. Dette er ikke ment som en altomfattende liste, men ut fra disse innledende undersøkelsene har det kommet fram flere problemområder som HO21-rådet kan engasjere seg i. For å fortsette arbeidet med informasjonsinnsamling og dialog, er det ønskelig at Rådet prioriterer noen problemområder som de mener er mest viktig å få på plass tiltak for.

Oversikt over mulige temaområder Rådet kan jobbe videre med (se vedlegg for detaljer):

1. Kategorisering av E-konsultasjoner for forskning
2. Kunnskap om kvalitet, pasientsikkerhet og utilsiktede effekter
3. Behov for kunnskapsbaserte retningslinjer for bruk av video, telefon og tekst
4. Takster- samme takst for alle typer E-konsultasjon
5. Ulikhet og sårbare grupper- skaper økt bruk av digital oppfølging større ulikheter
6. Digital hjemmeoppfølging, videokonsultasjon og samhandling- hvordan utnytte mulighetene som ligger i teknologien
7. Barrierer for implementering og skalering: teknologiske, organisatoriske og økonomiske hindringer

Forslag til vedtak

Rådet ønsker å prioritere disse problemområdene [som fremkommer i møtet] og ber sekretariatet ta med seg innspillene og forslag til tiltak i det videre arbeidet.

Videokonsultasjon og digital hjemmeoppfølging

Hva er den sentrale problemstillingen?

Teknologien for videokonsultasjoner/digital oppfølging har vært der lenge, men har i mindre grad blitt tatt i bruk før Korona-pandemien. De siste 12 månedene har vi sett en stor økning i bruken og det er gode grunner til at digitale dialogløsninger skal være en del av den nye normalen og trolig være den foretrukne kommunikasjonsformen i flere tilfeller. Det er imidlertid viktig at vi nå bygger kunnskap om effektene og til hvilket bruk videokonsultasjoner og digital hjemmeoppfølging er nyttige. Rådet kan her ta en rolle i å bidra til en kunnskapsbasert og riktig bruk av videokonsultasjoner/digital oppfølging i helsetjenesten.

Bakgrunn

Definisjoner

E-konsultasjon er en legetime som gjennomføres via nettet ved hjelp av lyd, video eller tekst-samtale. I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 omtales digital hjemmeoppfølging slik: *Digital hjemmeoppfølging* er der pasienten følges opp i hjemmet ved at f.eks. pasientenes egenmålinger, pasientrapporterte opplysninger om egen helsetilstand eller automatisk målinger, sendes digitalt til helsetjenesten, som vurderer og ved behov følger opp pasienten, primært via digitale verktøy.

De regionale helseforetakene

I oppdragsbrevene til de regionale helseforetakene for 2021 er det nedfelt et mål om at andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 %. De regionale helseforetakene blir også bedt om, under ledelse av Helse Nord RHF, å utarbeide forslag til definisjoner og mulige nasjonale måltall for digital hjemmeoppfølging samt gjøre greie for arbeidet med tilrettelegging for digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet. En rapport om arbeidet skal leveres innen 15. oktober 2021.

Helse Nord RHF har satt krav til at andelen video- og telefonkonsultasjoner skal øke til minst 30 % for alle polikliniske konsultasjoner innenfor eget foretak (revidert oppdragsbrev til sykehusene).

Helse Sør-Øst RHF har i regional utviklingsplan 2035 satt som mål at behovet for polikliniske konsultasjoner reduseres med 20 prosent gjennom medisinsk avstandsoppfølging eller nettkonsultasjon.

Data fra Kantar Helsepolitisk barometer 2021

Dataene er samlet inn i perioden 11. desember 2020 – 12. januar 2021, det var 2056 respondenter.

- 45% foretrekker fysisk oppmøte hos lege, men det siste året er det økning i andelen som ønsker konsultasjon via elektroniske verktøy (51 % i 2020).
- For 32% spiller det ingen rolle hvordan konsultasjonen blir gjort, bare de får den hjelpen de trenger.
- 66 % mener utviklingen av det digitale helsetilbudet bør prioriteres høyere i norsk helsetjeneste.

Utviklingstrekk 2021, E-helsetrender, Direktoratet for e-helse. Mars 2021

Dataene er resultat av spørreundersøkelser i 2019 og 2020 til innbyggere og til autorisert helsepersonell. Antall respondenter er så langt vi kan se ikke opplyst.

Bruk av e-konsultasjon

- 44 % har i løpet av de siste 12 månedene brukt digitale helsetjenester uten å besøke lege eller sykehus fysisk. I 2019 var tallet 29 %.
- Andel e-konsultasjoner har vokst fra 1,6 % i 2018 til 23,7 % i 2020. (Det skilles ikke her på type e-konsultasjon. En e-konsultasjon er her en digital konsultasjon mellom behandler og pasient uten fysisk oppmøte. E-konsultasjon kan foregå i ulike formater som video, skjema, tekst, chat eller

telefon. Dialogen kan være i sanntid, eksempelvis ved video, eller på ulike tidspunkt, som ved meldingsbasert dialog eller skjema.) Holdninger innbyggere: - En av ti har gjennomført videokonsultasjon med fastlege eller privat allmennlege. - 69 % som hadde gjennomført en videokonsultasjon var ganske- eller svært fornøyd. Dette er en stor økning fra 2019. - Omtrent 70 % svarer at de vil foretrekke fysisk oppmøte, men det er tegn til økning fra 2019 i andelen som ønsker e-konsultasjon. - 74 % sier at digitale helsetjenester (kan være flere tjenester) gjør det enklere å komme i kontakt med helsepersonell Holdninger helsepersonell: - Nesten en av fire (23 %) svarer at de har gjennomført videokonsultasjon eller oppfølging av pasient over video. Opp fra 9 % i 2019. - 59 % av helsepersonell svarer at de er svært eller ganske fornøyd med videokonsultasjoner. - 49 % sier at digitale helsetjenester (kan være flere tjenester) gjør det lettere å komme i kontakt med pasientene	
Hva ønsker HelseOmsorg21-rådet?	
Rådet vil utforske hvordan vi kan sikre at innføringen av ny teknologi i helsetjenesten • er basert på relevant kunnskap om nytte og effekt • tar hensyn til brukernes behov og ikke forsterker eller skaper ulikhet og/eller utenforskap • bygger opp under samspillet mellom tjenestene og et helhetlig pasientforløp • kan bidra til et velfungerende hjemmemarked for norsk helsenæring	
Forslag til problemområder som HO21-rådet kan jobbe videre med	
1	Kategorisering av E-konsultasjoner for forskning- for å kunne utvikle nødvendig kunnskap om effekter, pasientsikkerhet og nytte må man kunne differensiere mellom video, telefon og tekst.
2	Kunnskap om kvalitet, pasientsikkerhet og utilsiktede effekter- behov for forskning (ikke bare kvalitativ) som undersøker hvordan videokonsultasjon påvirker kvaliteten av behandlingen, pasientsikkerhet og hvilke utilsiktede effekter som kan oppstå
3	Behov for kunnskapsbaserte retningslinjer for bruk av video, telefon og tekst – det må være faglige vurderinger som brukes til å beslutte om konsultasjonen kan finne sted på telefon eller video (henger sammen med Triagerings-prosjektet)
4	Takster- er det hensiktsmessig med samme takst for alle typer E-konsultasjon, eller kunne man insentivere/ påvirke bruken ved å endre dette?
5	Ulikhet og sårbare grupper- skaper økt bruk av digital oppfølging større ulikheter? Hvordan ivareta sårbare grupper som ikke kan benytte seg av (eksisterende) digitale løsninger?
6	Digital hjemmeoppfølging, videokonsultasjon og samhandling- hvordan utnytte mulighetene som ligger i teknologien? Hvordan få mer kunnskap om effekter for tjenesten og faktiske gevister/samfunnsøkonomisk nytte?
7	Barrierer for implementering og skalering: • Økonomiske hindringer – mangel på (vilje til) investeringer, behov for økonomiske insentiver for implementering • Teknologiske hindringer for innføring og bruk- systemer som ikke snakker med hverandre- • Organisatoriske hindringer, spesielt mht. samhandling, tilpasninger osv. (dette blir tatt opp under hovedområde Hjemmemarked, næringsutvikling og IOA)
8	Andre forslag?

Prioriterte tiltak (plan)	
Så langt ikke diskutert.	
Oppsummering av dialog med interessenter/brukere (så langt)	
Spesialisthelsetjenesten	
<i>Kunnskap og forskning</i>	Hovedområder for bruk av videokonsultasjon: digital poliklinikk, psykisk helsevern og akuttpsykiatri, samhandling mellom HF og mellom HF og kommunehelsetjenester (se også kommentarer under kommunale helse- og omsorgstjenester). Det er stor variasjon mellom HF mht. hvor mye videokonsultasjon og digital hjemmeoppfølging som er brukt. Nytt nasjonalt mål fra Sykehustalen 2021 er 15 % telefon og videokonsultasjoner, men bakgrunnen og hvordan man har kommet fram til dette måltallet er ikke tydelig. Bruk av video i helsetjenesten er ikke nytt og mye forskning er publisert som fremdeles er relevant, men bruken er blitt mye mer utbredt pga. pandemien. Mye av forskningen er kvalitativ og fokuserer på erfaringer og opplevd nytte/problemer. Eksempler fra Norge: Prosjekt hos NSE som ser på erfaringer med videokonsultasjoner i psykisk helsevern: • Stor variasjon i erfaringer • Video godt egnet til kartlegging og informasjon, mindre egnet til behandling • Egnethet avhengig av pasientgruppe og diagnose Forskning ved UiO på digital oppfølging av nyretransplanterte (Varsi et al¹): • Pasienter satt pris på fleksibiliteten og at de ikke måtte reise så ofte til sykehus og dermed mindre fokus på sykdommen • Etablert relasjon mellom pasient og behandler var viktig suksesskriterium Det finnes også en del forskning på kost-nytte, spesielt innenfor psykisk helse ForHelse (SFI); Forskningscenter for Digitale Psykiske Helsetjenester er et Senter for Forskningsdrevet innovasjon ledet av Helse Bergen. Mål om at innen 2025 skal bruken av digitale psykologiske intervensjoner ha økt til 15 % og innen 2030 til 20 % for å bedre den psykiske helsen i befolkningen, https://forhelse.no/nb/ FHI har foretatt en Mini-metodevurdering av <i>Hjemmebasert spesialisthelsetjeneste. Medisinsk avstandsoppfølging – videokonsultasjon</i>.² I følge konklusjonen i denne kommer videokonsultasjoner omtrent like godt ut, og i enkelte studier også bedre, sammenlignet med fysisk oppmøte (face-to-face konsultasjoner) på sykehus når det gjelder tilfredshet, kliniske utfallsmål og tidsbruk for pasienter og pårørende. Studiene har imidlertid flere metodologiske svakheter som gjør at det er knyttet usikkerhet til resultatene. Det er vanskelig å konkludere sikkert om uønskede kliniske hendelser og bivirkninger ved denne metoden da dette var ufullstendig rapportert i de inkluderte studiene.
<i>Muligheter</i>	• Muliggjør poliklinisk oppfølging selv om pasienten ikke kan møte opp på sykehuset • Likeverdig tilbud uavhengig av hvor pasienten bor • Sparer reisetid og utgifter for pasienten • Noen pasientgrupper foretrekker digitale konsultasjoner, f.eks. mht. angstlidelser • Behandling av barn og unge kan foregå på en plattform de er veldig fortrolige med
<i>Utfordringer og behov</i>	• Utfordringer i bruk: Tekniske problemer hos behandler mht. utstyr, nettverk, behov for opplæring osv. • Utfordringer for implementering av teknologi: IKT arkitektur og integrasjon i eksisterende systemer • Utfordringer mht. personvern og datasikkerhet • Mulig motsetning mellom måltall om 15 % videokonsultasjoner (lett å tenke besparelser), og utvikling av kvalitet i tjenestene.

	Behov for: • metodeutvikling, teknologien utvikler seg fort • kunnskap om alle alle brukergruppernes behov. Viktig at brukerne har reelle valg • mer kunnskap om effekt og pasientsikkerhet samt utilsiktende effekter
<i>Dokumenter</i>	1. Video as an alternative to in-person consultations in outpatient renal transplant recipient follow-up: a qualitative study BMC Nephrology Full Text (biomedcentral.com) 2. Mini-metodevurderingen fra FHI: Hjemmebasert spesialisthelsetjeneste. Medisinsk avstandsoppfølging - videokonsultasjon
Fastleger	
<i>Kunnskap og forskning</i>	E-konsultasjon med fastlegen (prosjekt hos NSE) publisert i år¹: • 57 % av videokonsultasjonene oppleves av legene som like egnet eller bedre enn fysisk oppmøte når pasienten er kjent, mens det kun er tilfelle i 32 % av videokonsultasjonene når pasienten er ukjent • kjente sykdommer, rus og psykiske lidelser egent seg for videokonsultasjoner, mens hudtilstander og mer akutte lidelser ikke egnet seg. • fastlegene estimerte at ca. 20 % av fremtidige konsultasjoner vil være digitale (video) Pågående forskning: Dette og andre prosjekter skal se på både legenes og pasientens opplevelser av videokonsultasjon, pasientprofiler (hvem bruker digitale tjenester, hvem går det ikke og hvorfor), kvalitet, tilgjengelighet og organisering. Et EØS-finansiert prosjekt skal undersøke om e-helse og digitalisering kan bidra til å redusere av sosiale helseforskjeller gjennom lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted og sosial bakgrunn. Planlagte prosjekter skal også undersøke blant annet effekter på ventelister, arbeidsbelastning, egnethet til sykmeldinger osv. Før pandemien hadde Helsedirektoratet og direktoratet for e-helse gjort en utredning om e-konsultasjon og triage hos fastlegene². Rapporten anbefalte en pilot/utprøving av et verktøy for triagering som etter planen skal settes i gang 2. kvartal 2021. (spørsmål om det er planlagt nok følgeforskning i piloten til å utvikle den kunnskapen som er nødvendig (se under <i>utfordringer og behov</i>). Det finnes flere artikler og kunnskapsoppsummeringer publisert før 2020 som peker på mulige negative effekter, eller mangel på positive effekter ved bruk av digitale tjenester i primærhelsetjenesten³. En internasjonal kunnskapsoppsummering fra 2021 konkluderer med at det er ustrakt behov for mer kunnskap for å muliggjøre bedre spredning og skalering av videokonsultasjoner⁴.
<i>Muligheter</i>	• Mulighet for legekontakt ved karantene og isolasjon Økt effektivitet: • Videokonsultasjon hos fastlegen kan spare både legens og pasientens tid • Pasienter slipper å reise til legekantoret og de slipper å vente Bedre samhandling: • Trekantsamtaler (pasient – fastlege – spesialisthelsetjeneste) • Raskere avklaringer angående henvisning fra spesialisthelsetjenesten
<i>Utfordringer og behov</i>	• E-konsultasjon er én kategori både i takstsystemet og i registrene- det kan dermed ikke skilles mellom video, telefon og tekst hvis man skal gjøre registerforskning • Samme kategori i takstsystemet er også problematisk da det ikke gir insentiver til å bruke video fremfor tekst eller telefon • E-konsultasjon gir økt tilgjengelighet, men også økt belastning for legene. Pasientene forventer og ønsker mer dialog- gevinsten "bedre effektivitet" forsvinner fordi "forbruket" av legen bare øker

	• Prioritering av de sykeste/svakeste (som kanskje ikke bruker digitale plattformer) opp mot de mer ressurssterke med høy digital kompetanse³ Behov for: • Utvikling av konsensusbaserte retningslinjer for bruk av videokonsultasjon • Mer kunnskap om kvaliteten på avgjørelsene og forsvarligheten av behandlingen i og etter videokonsultasjon • Mer kunnskap om egnethet (for alle typer e-konsultasjon) mht. pasientgrupper og diagnoser • Mer kunnskap om pasientsikkerhet og utilsiktede effekter (f.eks. økt sykemelding, flere henvisninger osv.) • Faglig grunnlag for mål om bruk av videokonsultasjon
<i>Dokumenter</i>	1. JMR artikkel 2021, Johnsen et al. 2. Ny rapport om e-konsultasjon og triage hos fastlege - ehelse 3. Journal of Medical Internet Research - Private Video Consultation Services and the Future of Primary Care (jmir.org) 4. Spread, Scale-up, and Sustainability of Video Consulting in Health Care: Systematic Review and Synthesis Guided by the NASSS Framework - PubMed (nih.gov)
Kommunale helse- og omsorgstjenester (unntatt fastleger) og i samhandling	
<i>Kunnskap og forskning</i>	I den kommunal helse- og omsorgstjenesten utover fastlegen, er det digital hjemmeoppfølging som står i fokus. Velferdsteknologiprogrammet og Helsedirektoratet har støttet en del FoU innenfor digital hjemmeoppfølging med mange positive resultater og anbefalinger¹, men gevinstene kan være vanskelig å kvantifisere. Et eksempel er en delrapport om utprøving av digital hjemmeoppfølging av personer med kronisk sykdom. De sentrale elementene i evalueringen er en effektevaluering (pasient-fokus), en prosessevaluering (tjeneste-fokus) og en samfunnsøkonomisk analyse av helhetlige effekter, gevinster og kostnader. Resultatene etter seks måneder viser at pasienten er mer fornøyd med bedre helserelatert livskvalitet, men bruken av helsetjenester går ikke ned hos de som mottar digital hjemmeoppfølging. Det fører til endret ressursbruk i helsetjenesten, men netto samfunnsøkonomisk nytte er negativ for en bruker med seks måneders oppfølging. En annen rapport fra Helsedirektoratet oppsummerer erfaringer med digital hjemmeoppfølging av COVID-19 pasienter i kommuner peker på gevinster, barrierer og suksesskriterier som er listet under <i>muligheter og utfordringer og behov</i>. Flere eksempler på god nytte av videokonsultasjon i forbindelse samhandling mellom primær og spesialisthelsetjenester, spesielt innenfor psykiatri og i regioner der avstanden mellom kommunen og spesialisten kan være store. Eksempler fra pleie- og omsorgstjenester: "Smart omsorg" hjemme og digitalt tilsyn på institusjon (våke over om natten). Digitale kontakt mellom beboere på sykehjem og pårørende /familie med eller uten hjelp fra ansatte (KOMP og Sykehjemsetaten i Oslo kommune (noisolation.com)).
<i>Muligheter</i>	• Ivareta pasienter uten fysisk kontakt (smittevern hensyn osv.) • Pasienten føler seg ivaretatt og får mer kontroll over egen helsetilstand • Bedre oversikt og kontinuitet for tjenesten • Helsepersonellressurser kan benyttes mer effektivt/på en annen måte. • Sparer tid og kostnader (for pasienten, men hva med tjenesten?) • Video som samhandlingsverktøy mellom tjenester • Tekniske løsninger som gjør det mulig for flere instanser å møtes samtidig/trekantsamtaler

<i>Utfordringer og behov</i>	• Organisering og ledelse- innføring av digital hjemmeoppfølging krever forankring og omorganisering • Opplæring og kompetanse hos helsepersonell • Teknologiske utfordringer – f.eks. forskjellige systemer fra forskjellige leverandører som ikke snakker sammen • Implementering og skalering: Mange piloter med positive resultater, men faktisk implementering og skalering skjer ikke: - tilpasninger av eksisterende prosesser, metoder og systemer er ikke godt nok undersøkt og planlagt - gevinstene er ikke tydelige, og verdiforslaget er ikke godt nok forklart eller forstått - innføring ikke forankret i ledelsen - mangel på (vilje til) investeringer Behov for mer kunnskap om: • Helhetlige løsninger (for samhandling, mange som føles opp av flere instanser) • Faktisk nytte og gevinster for tjenesten
<i>Dokumenter</i>	1. Pågående utprøving av velferdsteknologi - Helsedirektoratet 2. Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging Delrapport II, 30.04.2021 3. Digital hjemmeoppfølging ved covid-19 Rapport fra Helsedirektoratet
Pasienter (representert ved pasientombud)	
<i>Kunnskap og forskning</i>	Mye kvalitativ forskning om bruk, men liten kunnskap om de som ikke bruker tjenesten. Pasientombudene har ikke hatt mange henvendelser angående E-konsultasjon, og de fleste dreide seg om fakturering. Generelt er digitale tilbud godt likt og pasienter er fornøyde. De som har vært med i piloter med utprøvinger er ofte skuffet over at tilbudet blir borte når prosjekter er over. De som ikke kan/vil bruke digitale tjenester er muligvis også underrepresentert mht kontakt med pasientombud.
<i>Muligheter</i>	• Møter pasientene der de er, på pasientenes hjemmebane • Pasienter føler de har bedre tilgang på tjenester og mer kontroll • Frigjøre ressurser slik at de som har størst behov kan få mer hjelp
<i>Utfordringer</i>	• Vanskelig å nå de med lav digital kompetanse, lav helsekompetanse • Kunnskap/informasjon om tjenestene og hva som regnes som en konsultasjon "å, var denne telefonsamtalen en e-konsultasjon, hadde jeg visst det ville jeg spurt om mer" • Økte kostnader ved fakturagebyr • Få som ikke har norsk som morsmål som tar kontakt • Språkbarrierer • Fysiske omgivelser (trygge rammer, hvordan ivareta personvern) • Geografiske forskjeller i satsing på e-konsultasjoner og digital hjemmeoppfølging • Ulik fordeling av ressurser
<i>Dokumenter</i>	

Sak 35/4/2021**Kommunikasjonsaktiviteter**

Type sak	Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Frode Hovland Søreide, Hege Strand Mikkelsen, Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Kronikk-skjema 2. Kronikk Kliniske studier i kommunale helsetjenester 3. Kronikk Kliniske studier – et lederansvar 4. Kronikk Verdien av helsedata 5. Kronikk Medisinsk overaktivitet
Tidligere behandlet	<i>Sak 24/3/2021, Sak 5/1/2021, Sak 15/2/2021</i>

Bakgrunn

Forskjellige former for kommunikasjon med befolkningen, aktører og interessenter er viktige verktøy for å oppnå målene i rådets handlingsplan. Som resultat av dette har sekretariatet et økende antall oppgaver knyttet til utarbeidelse av kronikker o.l.

Det er et behov for å effektivisere kommunikasjonsarbeidet og samtidig sikre at kronikkene er i tråd med Rådets ønsker når det gjelder innretning (budskap) og hvem kronikken skal nå (målgruppe). På bakgrunn av dette foreslår sekretariatet en prosess for utarbeiding av kronikker for å redusere arbeidsbelastningen for referansegruppene, sekretariatet og rådet som helhet.

Hvorfor saken fremmes

Saken legges fram til diskusjon om prosessen som er foreslått med mulighet for konkrete tilbakemeldinger og innspill fra rådet. Sekretariatet ønsker også innspill til arbeidet med de fire kronikkene som er påbegynt i vedlegget til denne saken.

Hovedpunkter**Mal for utarbeidelse av kronikker**

Sekretariatet har utarbeidet en mal som skal forenkle kommunikasjonen mellom sekretariatet og rådet når det gjelder utarbeidelse av kronikker. Hensikten er å tilrettelegge for at rådet kan komme med innspill til de sentrale spørsmålene, som tema, budskap og målgruppe, og at sekretariatet tar hånd om skriveprosessen. Utfylling av malen er ment som en fleksibel prosess der Rådet kan komme inn på forskjellige stadier i arbeidet. Avhengig av om tema er diskutert på rådsmøter, evt. at kronikken baserer seg på tidligere uttalelser eller ikke, vil sekretariatet ta stilling til behov for diskusjon med referansegrupper, rådsmedlemmer eller rådet som helhet. Det legges også opp til at skjema kan sendes på sirkulasjon i Rådet for å få innspill. Den ferdigstilte kronikken godkjennes av rådsleder som i dialog med sekretariatet tar stilling til om der er relevante aktører som bør co-signere kronikken for å få økt trykk og synlighet.

Tilsvarende mal kan også benyttes til andre kommunikasjonsaktiviteter som brev og høringsinnspill.

Kronikkforslag

Basert på vedtak i sak 5/1/2021, sak 24/3/2021 og 15/2/2021, er sekretariatet i gang med skriving av fire kronikker der malen er tatt i bruk internt (se vedlegg). De er som følger:

TEMA	MÅLGRUPPE
KLINISKE STUDIER I KOMMUNALE HELSETJENESTER	Beslutningstakere i kommunene
KLINISKE STUDIER	Ledere, helsepersonell
HELSEDATA	Befolkningen
MEDISINSK OVERAKTIVITET	Befolkningen

Rådets bes om å diskutere disse med tanke på problemstilling, budskap og målgruppe jf. malens oppbygging. Rådet bes spesielt om eksempler som kan forsterke kronikkens budskap og fange målgruppens interesser.

Forslag til vedtak

Arbeidsformen vedtas med de innspillene som kommer frem på møtet.

Tema
Hva er den sentrale problemstillingen? (hvordan få leseren/målgruppen til å kjenne seg igjen)
Hva er nyheten / aktualiteten i saken? (for at redaksjonen skal være interessert)
Hvem ønsker vi å nå / målgruppen for budskapet
Mål for HelseOmsorg21-rådet
Hva er budskapet?
Hvem skal være avsender for kronikken?
Hvilke medier er aktuelle for å nå målgruppen? Digitalt/fysisk?
Relevante dokumenter

Tema
Kliniske studier i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
Hva er den sentrale problemstillingen? (hvordan få leseren/målgruppen til å kjenne seg igjen)
Beslutningstakere i alle kommuner må prioritere kliniske studier som en integrert del av helsetilbudet.
Hva er nyheten / aktualiteten i saken? (for at redaksjonen skal være interessert)
Kliniske studier i primærhelsetjenestene er en prioritert oppgave i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier. Lansering av MED.hjelper som skal hjelpe pasienter med å finne fram til aktuelle kliniske studier.
Hvem ønsker vi å nå / målgruppen for budskapet
Beslutningstakere i kommunene
Mål for HelseOmsorg21-rådet
At det igangsettes flere kliniske studier som tar utgangspunkt i primærhelsetjenestens behov At kliniske studier omfatter alle helsetjenestene som blir tilbudt av kommunene At pasienter i primærhelsetjenesten får tilgang til kliniske studier At forskere får tilgang til pasienter i primærhelsetjenesten
Hva er budskapet?
Klinisk forskning bidrar til å gi et bedre tilbud til pasientene i kommunene fremtiden. Ved å også vektlegge studier av forebygging, re-/habilitering og ikke-farmakologiske tiltak, er målet at tjenestene kan leveres til en lavere kostnad. • Kliniske studier gir ny kunnskap om effektive og trygge behandlinger og diagnostikk • Ca. 70% av alle pasientene er innom fastlegen hvert år. Det er viktig at også disse pasientene får tilbud om forskningsbaserte tjenester. Ledere i de kommunale helsetjenestene har et ansvar for å tilrettelegge og medvirke til forskning i primærhelsetjenestene • Pasientene får tilgang til forebyggingsmetoder og behandlinger de ellers ikke ville hatt tilgang til. • Praksisnett og MED.hjelper støtter opp om kliniske studier i primærhelsetjenestene, og kommunene må forberede seg på økt interesse fra pasientene.
Hvem skal være avsender for kronikken?
Rådet v/rådsleder
Hvilke medier er aktuelle for å nå målgruppen? Digitalt/fysisk?
Kommunal rapport

Relevante dokumenter

- [Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.](#)
- [HelseOmsorg21-strategien](#)
- [KSFs sluttrapport til HelseOmsorg21-rådet](#)
- [Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester : Kartlegging av resultater av forskningen og erfaringer fra kommunal sektor.](#) (Viser store forskjeller mellom kommunenes involvering i forskning og innovasjonsarbeidet)

Tema Kliniske studier – et lederansvar
Hva er den sentrale problemstillingen? (hvordan få leseren/målgruppen til å kjenne seg igjen)
Antall kliniske studier har nådd et kritisk punkt. Antall kliniske studier må øke.
Hva er nyheten / aktualiteten i saken? (for at redaksjonen skal være interessert)
Regjeringens handlingsplan for kliniske studier - Et mål er at antall kliniske studier er doblet i perioden 2021 - 2025 Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene Dokument 3:9 (2020–2021). - Pasienters tilgang til studier er ikke god nok. - Kliniske studier er ikke integrert godt nok i pasientbehandlingen. - Mange styrer i helseforetakene har lite oppmerksomhet rettet mot forskning - Det er mulig å øke antall behandlingsstudier og antall pasienter som deltar - o Tilfeldig hvem som får tilbud. - o Geografiske forskjeller - o Tilgangen til studier varierer mellom sykdomsgrupper, helseforetak og landsdeler - o Mangelfull informasjon på helsenor.no – finnes mange flere studier.
Hvem ønsker vi å nå / målgruppen for budskapet
Beslutningstagere / ledere på sykehus og RHF som har ansvar for å legge til rette for kliniske studier. Styrene på sykehusene og i RHF'ene
Mål for HelseOmsorg21-rådet
Få lederes oppmerksomhet om at de har ansvar for å tilrettelegge, skape kultur og etablere samarbeid for kliniske studier. Få sykehusene og RHF'enes styrer til å sette kliniske studier på agendaen og tilrettelegge for flere studier. At ansatte på sykehus skal få bedre vilkår for å drive kliniske studier.
Hva er budskapet?
Ledere må ha en forståelse for hva som skal til, bygge kunnskap og etablere samarbeid: • Kliniske studier må sees på som en del av ordinær drift og ikke som forskning som kommer i tillegg til det som helsevesenet skal prioritere. Økt oppmerksomhet og mer systematisk kunnskapsoppbygning er nødvendig. • Ansaret for å skape kultur for kliniske studier. Kulturbygging og endring på sykehusene må til. Etablere kultur og tilrettelegge systemet slik at alle nivåer i sykehus og foretaksledelsen deltar og prioriterer kliniske studier. Må gå gjennom hele lederstrukturen. Ledere må se verdien av kliniske studier/forskning.

- De ansatte må få tid til å jobbe med kliniske studier (skjermet tid) og det må etableres egne stillingshjemler med personer som kun jobber med å koordinere og få kliniske studier til sykehuset. Definerte ansettelsesprosenter gjør innsatsen mer målbar.
- Ildsjelene er viktige, men man bør unngå å bli for avhengig av disse. Personlige kontakter og relasjoner er viktig. De forskerne som vil etablere nettverk, og internasjonale kontakter – gi disse handlingsrom. Dette er en forutsetning for å lykkes.
- Samarbeid på tvers er viktig. Ledere må tilrettelegge for dette. Forene kreftene. Etablere mer robuste forskningssystemer. Når senteret deltar i studier, blir senteret mer attraktivt for nye studier.

Ledere: Sykehusledere/klinikkledere/avd. ledere + styrene har ansvaret.

Hvem skal være avsender for kronikken?

Rådet v/rådsleder + annen person fra rådet med avsenderautoritet/kunnskap på feltet?

Hvilke medier er aktuelle for å nå målgruppen? Digitalt/fysisk?

Dagens Medisin avis og nett

Relevante dokumenter

- Notater fra referansegruppemøte 12.mars 2021
- [Innspill-handlingsplan-for-kliniske-studier_juni-2020.pdf \(helseomsorg21.no\)](#)
- [Kommentarer-til-handlingsplan-kliniske-studier.pdf \(helseomsorg21.no\)](#)
- [Kliniske studier skal bli en integrert del av all pasientbehandling - regjeringen.no](#)
- [Undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene \(riksrevisjonen.no\)](#)
- [Riksrevisjonen om studier i sykehusene: – Ikke godt nok - Spesialisthelsetjeneste, Legemidler - Dagens Medisin](#)
- [Hvordan få flest mulig pasienter med i kliniske industristudier? - Debatt og kronikk - Dagens Medisin](#)
- [DM Arena Digital Kreftkonferansen - DM Arena - Dagens Medisin](#)

Tema

Verdien av helsedata

Hva er den sentrale problemstillingen? (hvordan få leseren/målgruppen til å kjenne seg igjen)

Bruk av eksisterende helsedata er en verdifull ressurs.

Vi er avhengig av tillit hos befolkningen for å kunne utnytte potensialet til det fulle. Vi trenger data fra alle.

Hva er nyheten / aktualiteten i saken? (for at redaksjonen skal være interessert)

Forslag til forskrift om en nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata er sendt på høring.

- skal bidra til at helsedata blir mer brukt i forskning, innovasjon og næringsutvikling

Data fra Kantar Helsepolitisk barometer 2021 om folks holdning til bruk av helsedata (spørsmål fra Forskningsrådet)

- 63 % ser det som viktig at den enkelte innbygger bidrar med sine helsedata til helseforskning
- 74 % føler seg trygge på at deres helsedata som er samlet inn av offentlige aktører ikke kommer på avveie, andelen øker fra 2020 (69%)
- 44% vet at pasienten eier sine helsedata som er samlet inn av fastlege eller sykehus, 31% tror det er helsevesenet som eier dem

Hvem ønsker vi å nå / målgruppen for budskapet

Befolkningen

Mål for HelseOmsorg21-rådet

At befolkningen skal ha tillit til at helsedataene deres brukes på en sikker måte

At befolkningen skal forstå hvor verdifulle helsedata er for utviklingen i helsetjenesten

Opplyse om hvem som eier dine helsedata

Hva er budskapet?

- Dataene som befolkningen gir, skal komme befolkningen til gode
- Innbyggernes data skal forvaltes i tråd med innbyggernes interesser. Innbyggerne har rett til å være informert om og ha en stemme i hvordan deres data brukes.
- Bruk av eksisterende helsedata utgjør et helt unikt materiale for forskning. Viktig for å møte samfunnsutfordringer. Helsedata som avgjørende ressurs for bedre folkehelse, behandlingstilbud, en mer og effektiv helsetjeneste og for næringsutvikling
- Norge har lang tradisjon i å samle og forvalte helsedata. Nasjonalt fortrinn
- Lover skal sikre at dataene lagres, deles og brukes på en sikker måte. GDPR.
- Raskere kunnskap
- Eksempler som viser nytteverdien (svineinfluensa, covid, annet?)

Hvem skal være avsender for kronikken?

Rådet v/rådsleder
Hvilke medier er aktuelle for å nå målgruppen? Digitalt/fysisk?
Dagsaviser
Relevante dokumenter
• Forskriftsarbeid - tilgjengeliggjøring av helsedata (regjeringen.no) • Dobbelt så mange føler seg trygge på sikkerheten til egne helsedata (forskningsradet.no) • Forskningsrådets holdningsundersøkelser (forskningsradet.no) • Helsedataprogrammets innbyggerundersøkelse 2019 - ehelse • Publics' preferences for sharing health data: a discrete choice experiment, Preprint

Tema Medisinsk overaktivitet
Hva er den sentrale problemstillingen? (hvordan få leseren/målgruppen til å kjenne seg igjen)
Medisinsk overaktivitet har negativ innvirkning på helse, og krever store ressurser. Å redusere medisinsk overaktivitet er et felles ansvar, også for befolkningen.
Hva er nyheten / aktualiteten i saken? (for at redaksjonen skal være interessert)
Medisinsk overaktivitet har over flere år fått økt oppmerksomhet.
Hvem ønsker vi å nå / målgruppen for budskapet
Befolkningen
Mål for HelseOmsorg21-rådet
At befolkningen kjenner til risikoen knyttet til medisinsk overbehandling At befolkningen stiller spørsmål til om foreslått test eller behandling er nødvendig, jf. <i>Gjør kloke valg</i> -kampanjen
Hva er budskapet?
Pasienter og leger deler bekymringen for å ikke oppdage alvorlig sykdom, men – Mer er ikke alltid bedre: • Overdreven testing er ressurskrevende for både pasient og helsevesen og kan føre til unødvendige behandlinger og unødig bekymring for egen helse. • Overbehandling kjennetegnes av at tilstanden kunne gått over av seg selv, har liten nytte eller ingen nytte, eller har direkte negative konsekvenser for egen helse. • Helsehjelp er skjevfordelt i Norge. De som trenger det mest, går minst til legen og vice versa. Ved å redusere overaktivitet og frigjøre ressurser kan man også være med å redusere <i>underdiagnostikk</i> og <i>underbehandling</i> for dem det gjelder • Befolkningen kan være med å redusere medisinsk overaktivitet ved å stille de fire pasientspørsmålene fra <i>Gjør kloke valg</i>-kampanjen • 1. Hvorfor må jeg ta denne testen/behandlingen? • 2. Hva er risiko og bivirkninger? • 3. Hva skjer om jeg ikke gjør noe? • 4. Finnes det alternativ?
Hvem skal være avsender for kronikken?
Rådet v/rådsleder
Hvilke medier er aktuelle for å nå målgruppen? Digitalt/fysisk?
Dagsaviser
Relevante dokumenter
• Gjør kloke valg-kampanjen • FOR MYE, FOR LITE ELLER AKKURAT PASSE? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten

Sak 36/4/2021

Eventuelt

Type sak

Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Medlemmene bes melde inn saker til eventuelt ved starten av møtet.

Forslag til vedtak

Intet

Sak 37/4/2021

Evaluering av møtet

Type sak	Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Det foretas en evaluering av møtet.

Forslag til vedtak

Intet