

Til HelseOmsorg21-rådet

Områdedirektør John-Arne Røttingen, Folkehelseinstituttet (*leder*)
 Generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen
 Dekan Arnfinn Sundsfjord, Det medisinske fakultet, UiT
 Forskningsleder, professor Aud Obstfelder, NTNU Gjøvik
 Direktør Bernadette Kumar, Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)
 Dekan Bjørn Gustafsson, Det medisinske fakultet, NTNU
 Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet
 Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF
 Daglig leder Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge
 Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth
 Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF
 Forskningssjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF
 Fylkesrådmann Evy-Anni Evensen, Telemark fylkeskommune
 Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
 Instituttleder Guri Rørtveit, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB
 Leder Hilde Lurås, HØKH, Akershus universitetssykehus HF
 Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia
 Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet
 Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening
 Direktør Kathrine Myhre, Oslo Medtech
 Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger
 Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
 Prodekan forskning Monica Wammen Nordtvedt, Høgskolen i Bergen
 Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge
 Kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen Kommune
 Instituttleder Pål Kraft, Psykologisk institutt, UiO
 Divisjonsdirektør Roar Olsen, eHelsedirektoratet
 Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
 Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS
 Avdelingsdirektør for Helse og velferd Tone Marie Nybø Solheim, KS

Vår saksbehandler/tlf.	Vår ref.	Oslo,
Hilde D G Nielsen, +4740922260	16/7290	01.09.2016
	Deres ref.	

Innkalling til HelseOmsorg21-rådsmøte 04/16

Dag: Mandag 12. september 2016

Tid: kl 10-16

Sted: Forskningsrådet, møterom Abel 1 og 2.

Vedlagt følger forslag til saksliste og saksdokumenter.

Vel møtt!

Med vennlig hilsen

Norges forskningsråd



HO21-sekretariatet

Hilde DG Nielsen, sekretariatsleder/spesialrådgiver



Møte i HelseOmsorg21-rådet (04/16)

Dato: Mandag 12.september 2016, kl 10-16

Sted: Forskningsrådet, Lysaker, møterom Abel 1 og 2

Saksliste

Sak 28/16 Godkjenning av sakslisten

Sak 29/16 Godkjent referat

Sak 30/16 Orientering fra rådsmedlemmene

Sak 31/16 Orientering fra rådsleder/sekretariatet

- 31.1 Behov for samarbeid med næringslivet i samarbeidsorganene for medisinsk og helsefaglig forskning – tilbakemelding fra Helse Vest RHF
- 31.2 HO21-scenarioprojekt
- 31.3 HO21 Monitor
- 31.4 HelseOmsorg21-rådet

Sak 32/16 Forslag til revidert arbeidsplan for perioden 09/2016-12/2018, samt forslag til møtekalender for 2017

Sak 33/16 Satsingsområde Strategisk og kunnskapsbasert styring

- Presentasjon av status for arbeidet med rapporten *Samspillet mellom universiteter og helseforetak. Hvordan håndtere barrierer og handlingsrom?* ved leder av barriereutvalget Anne Husebakk, UiT
- Presentasjon av Nasjonalt topplederprogram ved programleder Trond Ragnes
- Presentasjon av arbeidsgruppens arbeid med tiltakene for dette satsingsområdet v/Arnfinn Sundsfjord (UiT) (leder av den interne arbeidsgruppen)

Sak 34/16 Satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene

- Presentasjon av utkast til mandat og forslag til sammensetning av Nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester – Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) ved v/avdelingsdirektør FoU Jon Anders Drøpping, KS

- Sak 35/16** **Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde – forslag om å opprette et HO21 utvalg for forskning og innovasjon for mat, ernæring, helse og næringsmiddelindustrien**
- Sak 36/16** **Forskningsrådets arbeid med antibiotikaresistens**
- Presentasjon av Forskningsrådets arbeid med antibiotikaresistens ved divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet
- Sak 37/16** **Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde – presentasjon av Drømmeløftet 2016: Helse og velferd**
- Presentasjon av rapporten Drømmeløftet 2016: Helse og velferd v/direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge
 - Forberedt kommentar v/ Kathrine Myhre, Oslo Medtech (leder av den interne arbeidsgruppen)
- Sak 38/16** **Satsingsområde Effektive og lærende tjenester**
- Presentasjon av Helsedirektoratets veileder for tjenesteinnovasjon samt status for arbeidet med å utrede organisering av et helhetlig nasjonalt system for tjenesteinnovasjon: v/ divisjonsdirektør Johan Torgersen, Helsedirektoratet
 - Presentasjon av arbeidsgruppens arbeid med tiltakene for dette satsingsområdet v/Hilde Lurås, Ahus (leder av den interne arbeidsgruppen)
- Sak 39/16** **Eventuelt**
- Rådsmøtet i Trondheim mandag 24. oktober 2016. Besøk NTNU/St.Olav Hospital søndag 23.oktober 2016.



Sak 29/16 Godkjent referat fra møte 25.4.2016 (03/16)

Type sak: Orienteringssak
Til: HO21-rådet
Fra: HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

Vedlegg:	Godkjent referat fra møte 25.4.2016 (03/16)
Ansvarlig saksbehandler:	HO21-sekretariatet Hilde Grindvik Nielsen, sekretariatsleder
Referatet ble godkjent av:	Rådsleder John-Arne Røttingen 8.5.2016

Hovedpunkter

Utkast til referat fra møte 25.4.2016 (03/16) ble sendt HO21-rådet 2.5.2016. Til fristen 7.5.2016 var det ikke kommet noen kommentarer til referatet.

Referatet ble godkjent av rådsleder John-Arne Røttingen 8.15.2016.

Vedtak: *Godkjent referat fra HO21-rådsmøte 25.4.2016 tas til orientering.*

VEDLEGG

Sak 29/16



Møte i HelseOmsorg21-rådet (03/16)

Dato: Mandag 25. april 2016, kl 10-16.

Sted: Forskningsrådet (Lysaker), møterom Abel 1 og 2

Tilstede:

Områdedirektør John-Arne Røttingen, Folkehelseinstituttet (*leder*)
Direktør Bernadette Kumar, Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)
Dekan Bjørn Gustafsson, Det medisinske fakultet, NTNU
Direktør Camilla Stoltenberg, Folke-helseinstituttet
Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF
Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth
Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF
Fylkesrådmann Evy-Anni Evensen, Telemark fylkeskommune
Instituttleder Guri Rørtveit, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB
Forskningssjef Hilde Lurås, Akershus universitetssykehus HF
Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia
Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet
Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening (LMI)
Direktør Kathrine Myhre, Oslo Medtech
Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger
Førsteamanuensis Maren Sogstad, Senter for omsorgsforskning, NTNU
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
Avdelingsdirektør for Helse og velferd Tone Marie Nybø Solheim, KS

Forfall:

Generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen
Dekan Arnfinn Sundsfjord, Det medisinske fakultet, UiT
Landsleder Dagfinn Bjørgen, Mental Helse
Forskningssjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF
Prodekan forskning Monica Wammen Nordtvedt, Høgskolen i Bergen
Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge

Innledere:

Rektor Ole Petter Ottersen, Universitetet i Oslo – sak 23/16
Avdelingsdirektør Hilde Jerkø, Forskningsrådet – sak 23/16
Avdelingsdirektør Marit Endresen, Helsedirektoratet – sak 25/16

Fra Universitetet i Oslo

Seniorrådgiver Mette Sollihagen Hauge, UiO (*sak 23/16*)

Fra Kommunenes sentralforbund

Fagleder FoU Jon Anders Drøpping, KS (*sak 24/16*)

Fra Innovasjon Norge:

Seniorrådgiver Jorunn Birgitte Gjessing-Johnrud, Innovasjon Norge (*observatør*)

HelseOmsorg21-sekretariatet, Forskningsrådet

Sekretariatsleder Hilde G Nielsen (*referent*)

Konsulent Karen Schønemann

Fra Helse- og omsorgsdepartementet

Fagdirektør Hjørdis Møller Sandborg

Seniorrådgiver Siv Svardal (*sak 24/16*)

Seniorrådgiver Torstein Lindstad (*sak 25/16, 26/16*)

Fra Kunnskapsdepartementet

Seniorrådgiver Sigrid Tollefesen

Seniorrådgiver Kristine Naterstad (*t.o.m. sak 23/16*)

Fra Helsedirektoratet

Seniorrådgiver/forskningskoordinator Nils Olav Refsdal (*t.o.m. sak 23/16*)

Prosjektleder/seniorrådgiver Hege Wang, Helsedirektoratet (*sak 25/16*)

Fra Nærings- og fiskeridepartementet

Seniorrådgiver Elin Marlén Hollfjord (*sak 25/16*)

Saksliste

Sak 19/16 Godkjenning av sakslisten

Sak 20 /16 Godkjenning av referat

Sak 21 /16 Orientering fra rådsmedlemmene
21.1 Etablering av helseinkubator v/Kathrine Myhre (Oslo Medtech)
21.2 Lansering av nøkkeltallanalyse for helsenæringen (13.5.2016)
 v/Kathrine Myhre (Oslo Medtech)

Sak 22/16 Orienteringer fra rådsleder/sekretariatet
22.1 HO21 Monitor
22.2 HO21- spørreundersøkelse 2016
22.3 Behov for samarbeid med næringslivet i samarbeidsorganene for
 medisinsk og helsefaglig forskning – kort orientering om
 tilbakemeldingene fra samarbeidsorganene
22.4 Handlingsplan for bedre kosthold (2017 -2021)

**Sak 23 /16 Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere
internasjonalisering**

- Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering v/ rektor Ole Petter Ottersen, UiO
- Styrking av den biomedisinske grunnforskningen. Hvordan prioriterer divisjonene mellom ulike fagområder v/avdelingsdirektør Hilde Jerkø, Forskningsrådet
- Nye stimuleringsordninger for helseforskning i EU-prosjekter: HELSE-EU. Orientering fra Forskningsrådet v/divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen
- Presentasjon av arbeidsgruppens forslag til prioriteringer for dette satsingsområdet v/Erlend Smeland (OUS) (leder av den interne arbeidsgruppen)

**Sak 24 /16 Satsingsområde Forskning, innovasjon og utdanning i
helse- og omsorgstjenestene i kommunene**

- Utredning av ulike scenarier for sentre som i hovedsak har forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene som oppgave – orientering fra Forskningsrådet v/Jesper W. Simonsen

- Presentasjon av arbeidsgruppens forslag til videre arbeid med områdene som ble vedtatt på rådsmøtet 25.1.2016 (01/16) v/Tone Mari Nybø Solheim (KS) (leder av den interne arbeidsgruppen).

Sak 25 /16

Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

- Orientering fra Helsedirektoratet - Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten (høring) v/avdelingsdirektør Marit Endresen og prosjektleder Hege Wang
- Presentasjon av arbeidsgruppens forslag til prioritering av fokusområder og forslag til tiltak v/leder av den interne arbeidsgruppen v/Kathrine Myhre (Oslo Medtech)

Sak 26/16

Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn

- Organisering av registerdata/andre helsedata – orientering om pågående prosesser v/ Camilla Stoltenberg (FHI) (leder av den interne arbeidsgruppen)

Sak 27 /16

Eventuelt

Saksliste

Sak 19/16 Godkjenning av sakslisten**Vedtak:** Saklisten godkjennes.**Sak 20 /16 Godkjenning av referat****Saksdokument:** Godkjent referat fra møte 29.2.2016 (02/2016)

Utkast til referat fra møte 29.2.2016 (02/16) ble sendt HO21-rådet 7.3.2016. Kommentaren som ble gitt innen fristen 12.3.2016 er tatt til følge. Referatet ble godkjent av rådsleder John-Arne Røttingen 13.3.2016.

Vedtak: Godkjent referat (datert 13.3.2016) fra HO21-rådsmøte 29.2.2016 (02/16) tas til orientering.

Sak 21 /16 Orientering fra rådsmedlemmene

Sak 21.1	Etablering av helseinkubator
Ansvarlig:	Kathrine Myhre (Oslo Medtech)

Kathrine Myhre (Oslo Medtech) orienterte kort om etableringen av en helseinkubator for Osloregionen. Kunnskaps(helse)inkubatoren har som hensikt å bistå nye oppstartsbedrifter og er et samarbeidsprosjekt mellom SIVA, Oslo kommune, UiO og Oslo Medtech. Oppstart 1. september 2016.

Sak 21.2	Nøkkeltallanalyse for helsenæringen
Ansvarlig:	Kathrine Myhre (Oslo Medtech)

Orienteringen ses i sammenheng med orientering om status for arbeidet med HO21 Monitor, jf. Sak 22.1.

Vedtak: Orienteringen tas til etterretning.

Sak 22/16**Orienteringer fra rådsleder/sekretariatet**

Sak 22.1	H021 Monitor
Vedlegg:	Notat fra arbeidsgruppen
Ansvarlig:	Leder av HO21 Monitor arbeidsgruppe Stig Slipersæter (Forskningsrådet)

Orienteringen ses i sammen med orienteringen om nøkkeltallanalysen for helsenæringen, jf. Sak 21.2.

Hovedpunkter:

Leder av HO21 Monitor arbeidsgruppe Stig Slipersæter (Forskningsrådet) orienterte kort om status for arbeidet med HO21 Monitor. En pilot av HO21 Monitor vil bli lansert på Forskningsbarometeret 2. mai 2016 hvor temaet er "Forsking for helse og omsorg: Kva skal til for at fagfolk brukar resultata og at innbyggjarane får glede av dei?".

Fredag 13. mai 2016 presenterer Menon Economics en analyse som viser sentrale nøkkeltall som omsetning, verdiskaping, sysselsetting, produktivitet og lønnsomhet for helsenæringen. Rapporten er bestilt gjennom et samarbeid mellom NHO, Innovasjon Norge, Norges Forskningsråd (HelseOmsorg21), Abelia, Oslo Medtech, Inven2, Legemiddelindustrien, Oslo Cancer Cluster, Norwegian Smart Care Cluster, NorInn og Nansen Neuroscience Network.

Sak 22.2	H021- spørreundersøkelse – status for arbeidet med implementeringen av H021-strategien
Vedlegg:	Kopi av spørreundersøkelsen
Ansvarlig:	Hilde DG Nielsen, sekretariatsleder

Hovedpunkter:

Vedlagte spørreskjema ble sendt til ca 74 institusjoner/interesseorganisasjoner/klynger 1. april. Frist for å respondere på skjemaet er 13. mai. En oppsummering av undersøkelsen vil bli sendt Helse- og omsorgsdepartementet rundt 1. juni.

Sekretariatet oppfordret rådsmedlemmene til å følge opp egen institusjon ift å respondere på undersøkelsen.

Sak 22.3	Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde Behov for samarbeid med næringslivet i samarbeidsorganene for medisinsk og helsefaglig forskning
Vedlegg:	Kopi av svarbrev fra SO Helse Midt-Norge RHF og NTNU Kopi av svarbrev SO Helse Nord og UiT
Ansvarlig:	John-Arne Røttingen, rådsleder

Hovedpunkter:

De fire samarbeidsorganene SO Helse Nord RHF og UiT, SO Helse Midt-Norge RHF og NTNU, SO Helse Vest RHF og UiB og UiS og SO Helse Sør Øst RHF og UiO ble i brev datert 15.12.2015 bedt om å vurdere å oppnevne representanter fra næringslivet som observatører til møtene i samarbeidsorganene.

Rådsleder John-Arne Røttingen orienterer kort om tilbakemeldingene fra SO-ene:

SO Helse Midt-Norge RHF og NTNU er positive til et tettere samarbeid med næringslivet. Pga den pågående prosessen hvor det ses på organisering av samarbeidsorganene i regionene så vil SO Helse Midt-Norge RHF og NTNU komme tilbake til en evt oppnevning av representant fra næringslivet når den fremtidige organiseringen av samarbeidsorganene er klar.

SO Helse Nord RHF og UiT er positive til henvendelsen om tettere kontakt med næringslivet. Samarbeidsorganet har diskutert ulike modeller for hvordan dette best bør gjøres og hvem som evt bør være representert som observatør. Samarbeidsorganet ser på mulighetene til å invitere næringslivet til utvalgte møter der innovasjon er på agendaen.

SO Helse Sør-Øst RHF og UiO diskuterte i sitt møte 11.3.2016 at det er hensiktsmessig å ha interaksjon med næringslivet på enkeltsaker av felles interesse, men samarbeidsorganet ønsker ikke å utpeke en fast observatør fra næringslivet da det er flere bransjer innen helseområdet det er viktig å være i samspill med. SO diskuterte også muligheten for å utvikle en plan for systematisk næringslivskontakt som vil komme til syne i årsplanen for samarbeidsorganet.

Sak 22.4	Handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021)
Ansvarlig:	John-Arne Røttingen, rådsleder

Hovedpunkter

Kort orientering fra møte i Helse- og omsorgsdepartementet 14.4.2016. Tilstede fra HOD: Mona Bjelland (prosjektleder), Bodil Blaker og Hjørdis Møller-Sandborg. Tilstede fra HO21: John-Arne Røttingen og Hilde Grindvik Nielsen.

Ang. tiltaket i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien: *"Regjeringa vil leggje til rette for meir heilskap og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forskingsmiljøa og matnæringa – innanfor mat, ernæring og helse. Vidare innretning av samarbeidet blir drøfta i næringslivsgruppa på matområdet til helse- og omsorgsministeren og i handlingsplanen for kosthald, som skal utarbeidast i departementet"*. Helse- og omsorgsdepartementet ønsket et møte for å diskutere ideer til hvordan tiltaket bør følges opp og hva som kan være evt tiltak i handlingsplan for bedre kosthold for perioden som departementet skal utarbeide.

Det er muligheter for alle å gi innspill til handlingsplanen frem til 15. mai 2016.

Vedtak: Orienteringene tas til etterretning.

Sak 23 /16**Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering**

Bakgrunn:	- 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:	- Notat fra arbeidsgruppen, datert 25.4.2016 - Nye stimuleringsordninger for helseforskning i EU-prosjekter: - Presentasjon Ole Petter Ottersen, UiO - Presentasjon Hilde Jerkø, Forskningsrådet
Innledere:	- Rektor Ole Petter Ottersen, UiO - Avdelingsdirektør Hilde Jerkø, Forskningsrådet - Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet - Leder av den interne arbeidsgruppen Erlend Smeland (OUS) (<i>gruppeleder</i>)
Ansvarlig:	Arbeidsgruppe for satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering - Erlend Smeland, OUS (<i>gruppeleder</i>) - Bjørn Gustafsson, NTNU - Eirik Næss Ulseth, Gründer - Mona Skaret, Innovasjon Norge - Pål Kraft, UiO - Tone Marie Nybø Solheim, KS

Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering innledning v/rektor Ole Petter Ottersen, UiO.

- Universitetet er opptatt av både kvalitet og internasjonalisering.
- Internasjonalisering er viktig for kvalitet og kvalitet er viktig for internasjonalisering.
- Vi må gå fra SAK (samarbeid, arbeidsdeling og konsentrasjon) til ISAK (internasjonalisering og samarbeid, arbeidsdeling og konsentrasjon også i et internasjonalt arbeidsdelingsperspektiv)
- Interaksjon med næringslivet er viktig.
- Mange av tiltakene i handlingsplanen er allerede igangsatt.
- Det må tenkes på tvers av disipliner.
- Forskningsstrategier og forskningspolitikk må ses i en internasjonal kontekst.
- Det er behov for flere insentiver ift ERC.
- ERC- grant gjør at norske forskere reiser ut av Norge og Norge klarer å lokke til seg de beste forskerne.

- Silotekningen må bort. Det er behov for å se helhet og tenke helhetlig ift kvalitetsutvikling.
- Sikring og deling av pasientdata er en utfordring. Det må satses enda mer på dette.
- Det er behov for tilstrekkelig med ressurser til å kunne inkludere pasienter i kliniske studier.
- Norge må satse på de beste.
- Kvalitet vs nytte – vanskelig diskusjon. Kvalitet bør ikke gå på bekostning av nytte.
- Viktige elementer for å oppnå høyere kvalitet og sterkere internasjonalisering:
 1. økt trykk fra ledelsen
 2. flere og sterkere insentiver for suksess i ERC og Horisont 2020
 3. Nordisk infrastruktur bør utnyttes (jmf. Könbergrapporten)
 4. Silotekningen må bort – riv ned grensene mellom sektorer, universiteter og sykehus og mellom disipliner
 5. Det er behov for enda mer satsing på infrastruktur
 6. Sats på de beste. Norge kan ikke være best på alt.

Syrking av den biomedisinske grunnforskningen. Hvordan prioriterer divisjonene mellom ulike fagområder innledning v/avdelingsdirektør Hilde Jerkø, Forskningsrådet.

- Forskningsrådet kanaliseres ca. 27% av de offentlige midlene til norsk forskning. Målt som andel av BNP så ligger Norge på topp internasjonalt sammen med Sverige og Danmark. Utfordring: mye "sektorfinansiering". Næringslivsandelen er liten, kun rundt 8% av all FoU i sektoren.
- Norge søker for lite og henter for lite tilbake fra EU. Vi ligger langt unna 2% målet. I 2015 brukte Norge 1,2 mrd. kroner til medisinsk og helsefaglig forskning. Til sammenligning så brukte UK 108 mrd. kroner i 2015 til medisinsk og helsefaglig forskning.
- Fri prosjektstøtte (FRIPRO): Kvalitet, dristighet og fornyelse i forskningen
- FRIPRO skal fremme:
 - Vitenskapelig kvalitet i internasjonal forskningsfront
 - Dristighet og nyskapende forskning
 - Karriere for unge forskertalenter
- FRIPRO
 - Bruker samme krav og kriterter som brukes ved søking til ERC
 - Budsjettet er doblet siden 2009
 - FRIPRO mottar årlig rundt 1300 søknader. Ca. 500-600 søknader til FRIMEDBIO.

- FRIPRO fordeles etter
 - "historisk fordeling" dvs. basert på tidligere fordelingsnøkler
 - fagområdenes størrelse i UoH-sektoren. Fagområdenes størrelse beregnes utfra sektorens totale FoU-utgifter til drift, inkl personell og vitenskapelig utstyr.
 - Helseandelen har økt gradvis i FRIPRO de senere årene
- Senter for fremragende forskning (SFF)
 - 150 søknader til fristen 25. november 2015
 - 34 søknader går videre til runde 2 – 11 søknader innen medisin/helse
 - 8-12 nye SFF-er får støtte høsten 2016
- Pågående infrastrukturprosjekter:
 - NORBRAIN – Norwegian Brain Initiative I og II
 - Biobank Norway I og II
 - NorMIT – Norwegian Centre for Minimally Invasive Image Guided Therapy and Medical Technologies
 - Health Registries for Research
 - NorCRIN – Norwegian Clinical Research Infrastructure Network
 - ELIXIR.no
 - NCS-PM – National consortium for sequencing and personalized med.
 - NALMIN – Norwegian Advanced Microscopy Imaging Network
 - NOR-OPENSREEN – The Norwegian EU-OPENSREEN-node
 - EATRIS Centre Norway – A Norwegian Node for the European Advanced Translational Research Infrastructure in Medicine
- Fire store, brede og langsiktige helseforskningsprogrammer fra 2016:
 - Bedre helse og livskvalitet gjennom hele livsløpet (2016-2025). Budsjett 2016: ca. 93 mill. kroner.
 - God og sikker diagnostikk og behandling på alle nivåer (2016-2025). Budsjett 2016: ca. 86 mill. kroner.
 - Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (2015-2024). Budsjett 2016: ca. 140 mill. kroner.
 - Global helse- og vaksinasjonsforskning (2012-2020). Budsjett 2016: 120 mill. kroner.
- Vurderingskriterier – fagfelleevaluering

FRIMEDBIO - forskerprosjekt	HELSEPROGRAM - forskerprosjekt
• Vitenskapelig kvalitet • Dristighet og fornyelse i forskningen • Prosjektleder og prosjektgruppen	• Vitenskapelig kvalitet • Prosjektleder og prosjektgruppe • Gjennomføringsplan og ressursbehov

• Internasjonalt samarbeid • Gjennomføringsplan og ressursbehov • Formidling og kommunikasjon • Etikk • Kjønnsperspektiver • Miljøkonsekvenser • Samlet vurdering	• Internasjonalt samarbeid • Nasjonalt samarbeid • <i>Brukermedvirkning (ny)</i> • <i>Prosjektets nytteverdi (ny)</i> • Formidling og kommunikasjon • Etikk • Kjønnsbalanse/Kjønnsperspektiver • Internasjonalisering • Miljøkonsekvenser • Samlet vurdering • Relevans for utlysningen
---	---

Nye stimuleringsordninger for helseforskning i EU-prosjekter:

HELSE-EU innledning v/divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen.

- Målet med ordningen er å bidra til økt mobilisering og deltakelse fra norske helseforskere side i Horisont 2020 og å styrke norske helseforskningsmiljøers mulighet til å nå opp i konkurransen om Horisont 2020 finansiering.
- To stimuleringsordninger:
 - 1) Forsterkningsmidler for EU-prosjekter med helsetema som oppnår reservelistestatus.
 - 2) Utlysning av midler til målrettet forsterkning av samarbeid innenfor strategiske tematiske områder, tematiske samarbeidsprosjekter.
- Hvem kan søke
 - 1) Forsterkningsmidler:

Partnere eller koordinatore for prosjekter med helserelevant tema som har kommet på reserveliste i Horisont 2020 og har fått melding om dette fra kommisjonen. Søknaden må sendes fra og være forankret i institusjonen.
 - 2) Tematiske, strategiske samarbeidsprosjekter:

Samarbeidsgrupper som har deltakere på tvers av institusjonsgrenser og sektorer, universiteter, høyskoler, institutter, bedrifter og offentlige aktører, og evt. andre brukere.

Det er ønskelig at prosjektene har en internasjonal kontaktflate mot Europa.
- Totalbudsjett for begge stimuleringsordninger: Inntil 10 mill. kroner årlig.

Presentasjon av arbeidsgruppens arbeid ved Erlend Smeland (OUS), leder av den interne arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppen foreslår at Rådet konsentrerer sitt arbeid om fire regionale/nasjonale utfordringene og seks utfordringer vedrørende internasjonalt samarbeid. Forslagene er basert på oppfølging av

tiltakene i HO21-strategien og i handlingsplanen, samt pågående prosesser.

De nasjonale/regionale utfordringene er:

- Utfordringer ift tverrsektorielt samarbeid og samarbeid med næringslivet
- Helhetlig finansiering av helseforskning
- Fokus på kvalitet og grensesprengende forskning også i helseforskningen
- Behov for en karrierestige etter Ph.D.

Utfordringer vedrørende internasjonalt samarbeid er:

- Det må stimuleres til samarbeid mellom universitet/helseforetak om Forskningsråds- og EU-midler
- Det er behov for bedre koordinering av innspill fra HOD, universiteter/helseforetak, industri og Forskningsrådet til utforming arbeidsprogrammer og utlysninger i Horizon2020
- Det er fortsatt behov for bedre koordinering av støttefunksjoner for innhenting av internasjonal finansiering. Tverrsektorielt samarbeid, kapasitet og kompetanse til søknadsskriving og prosjektoppfølgning ved institusjonene må bedres.
- Det er ønskelig å styrke insentiver og støttefunksjoner for innhenting av internasjonal finansiering
- Institusjonene må legge bedre til rette for økt antall søknader til EU/ERC, og vurdere interne insentiver
- Det er behov for å bygge nettverk/delta i konsortier

Arbeidsgruppen foreslår følgende tiltak for oppfølging av de nasjonale/regionale utfordringene:

- Etablere dialog med utvalget som er nedsatt for å se på grenseflaten mellom UH og spesialisthelsetjenesten
- Styrke ordningen med innovative anskaffelser, inkludert vedrørende kliniske utprøvinger
- Helhetlig finansiering av helseforskning
 - Endringene i utlysningskrav bør evalueres både med tanke på nytteverdi (inkl bruk av HO21 monitor og evt med panelevaluering).
 - Det bør også vurderes å differensiere nyttevurderingskrav (og brukervedvirkningskrav) ihht type forskningsprosjekt.
 - Samle relevante aktører for å diskutere problemstillingen helhetlig finansiering av helseforskning.
 - Vurdere bedre premiering av kvalitet

Arbeidsgruppen foreslår følgende tiltak for oppfølging av utfordringene ift internasjonalt samarbeid:

- Alle aktører styrker insentivordninger og støttefunksjoner vedrørende internasjonal finansiering. Bedre koordinering av støttefunksjoner for innhenting av internasjonal finansiering ønskelig
- Bedre koordinering av innspill fra HOD, universiteter/helseforetak, industri og Forskningsrådet til utforming arbeidsprogrammer og utlysninger i Horizon2020. Det foreslås å sende en henvendelse til NFR med et ønske om at NFR tar en tydeligere rolle i å samkjøre/koordinere norske aktører (HOD, NFR, UH-sektor, HF, etc) ift Horisont 2020 (innspill til arbeidspakker etc)
- Det er behov for å bygge nettverk/delta i konsortier
- Økt samarbeid med industrisamarbeidspartnere i søknader til EU
- Det bør vurderes å styrke samarbeid med helseklyngene (nettverk og fasiliteringskompetanse)

Momenter fra diskusjonen:

- Næringslivet må inkluderes
- Behov for insentiver for å sikre nettverk/klynger for å komme i gang.
- Må tenke internasjonalisering, tverrfaglighet og store prosjekter.
- Bør begynne å tenke utover EU- eks. USA og Asia.
- Norge har mange og innovative bedrifter. Hva skal til for å skape suksess? Klyngene er et redskap som kan koble forskningsinstitusjonene og bedrifter.
- Digital infrastruktur inngår også i dette satsingsområdet.
- Infrastruktur er viktig for å muliggjøre behovene. Behov for en nasjonal tilnærming til infrastruktur – behov for robuste og helhetlige mekanismer.
- Det er store regionale forskjeller i organisering av bruk av forskningsinfrastruktur.
- Betydning av å satse på de aller beste er helt essensiell.
- Det er behov for tverregionale utlysninger.
- Innovasjonskomponenten i EU-søknader ligger etter. Norske søknader er for svake på fremstillingen av innovasjon. Det er behov for kompetanse på feltet.
- Balansegangen mellom forskerutdanning og post doc må bli bedre. Vi bruker for mye penger på Ph.D-løp og for lite på post doc. Professorkompetansekravene bør ses på. Det bør være et krav om å innhente ekstern finansiering og publisering på nivå 2.
- Det er behov for å se på undervisningstid vs forskningstid. Det er for lite fleksibilitet i systemet.
- Kommunehelsetjenestene/PHT trenger en plan for forskning.
- Er det mulig å innhente kunnskap fra andre områder til helse? Bør det ses på hva pengene faktisk går til i dag?

- Det er viktig å få fjerne grensene mellom disiplinene. Tverrfaglige Ph.d. – er det mulig? Det er behov for insentiver for tverrfaglighet. Tverrfaglighet bør ikke være en hindring.
- NFR har 3 typer virkemidler:
 - Fri prosjektstøtte
 - Midler til næringslivsforskning
 - Helseforskningsprogrammene (midler i hovedsak fra HOD)

Helseforskningsprogrammene dekker den forskningen som ikke inngår i FRIPRO
- Det er på tide å tenke nytt. Vi bør tenke samarbeid, ikke bare bistand mht samarbeid med Asia. Paradigmeskifte. Vi må dra erfaringer fra andre land og tenke globalt. Samarbeidet mellom nord og sør må være gjensidig. Hvordan få det til? Hvordan få med UD?
- I forhold til kommunehelsetjenestene så er det viktig å bygge på eksisterende og robuste forskningsmiljøer.
- Helse er internasjonal. Robuste miljøer fungerer som antenner mot den internasjonale verden. Det gir impact.
- Bruk av riktige virkemidler fører til bedre kvalitet.
- Anne Husebekk som leder utvalget som ser på samarbeidet mellom UoH- og HF-sektor vil delta på neste møte.

Vedtak: Rådet tar med seg presentasjonen fra rektor Ole Petter Ottersen (UiO) og avdelingsdirektør Hilde Jerkø (Forskningsrådet) og diskusjonen i møtet med seg i det videre arbeidet med dette satsingsområdet.

Rådet vedtar at arbeidsgruppen arbeider videre med de foreslåtte utfordringene nasjonalt/regionalt og utfordringene vedrørende internasjonalt samarbeid. Satsingsområdet Høy kvalitet og internasjonalisering vil bli diskutert på kommende rådsmøter.

Sak 24 /16

Satsingsområde Forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Bakgrunnsdokumenter:	• 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 25.1.2016 (vedlegg sak 04/16)
Vedlegg:	• Notat datert 25.4.2016. • Presentasjon Tone Marie Nybø Solheim, KS • Presentasjon Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet
Innleder:	• Forskningsrådet v/divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen • Arbeidsgruppeleder Tone Marie Nybø Solheim, KS
Ansvarlig:	Arbeidsgruppe for organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene • Tone Marie Nybø Solheim (KS) (<i>gruppeleder</i>) • Arnfinn Sundsfjord (UiT) • Camilla Stoltenberg (FHI) • Guri Rørtveit (UiB) • Hilde Lurås (AHUS) • Kåre Reiten (Levekårsstyret i Stavanger) • Maren Sogstad (NTNU) • Jon Anders Drøpping (KS) (<i>sekretariat for gruppen</i>)
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	• Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 1.12.2015 (06/15) • Møte 19.10.2015 (05/15)

Utredning av ulike scenarier for sentre som i hovedsak har forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene som oppgave
v/divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet.

- Utredningens fire spørsmål:
 - 1) På hvilken måte kan de omtalte kunnskaps- og kompetansesentrene utvikles til en instituttsektor?
 - 2) Andre måter å utvikle kunnskaps- og kompetansesentrene på gjennom Forskningsrådets virksomhet og virkemidler.
 - 3) Hvordan kan nasjonale myndigheter styre sektoren gjennom alternativ 1) og 2)?
 - 4) På hvilken måte kan det sikres at kommunene kan medvirke i forskningssammenheng og at de kan styrke sin bestillerkompetanse og bestillerfunksjon?
- Konklusjoner og anbefalinger:

- Flertallet av sentrene er i sin nåværende form lite egnet for instituttsektoren slik de framstår i dag.
- Sammenslåinger av enheter, eventuelt med vertsinstitusjoner, bør utredes.
- Blant Forskningsrådets virkemidler fremheves:
 - De helsefaglige programmene gir konkurransearenaer for å fremme vitenskapelig kvalitet og relevans.
 - Innovasjonsprosjekter for offentlig sektor (IPO) kan fremme at kunnskapen kommer til best mulig anvendelse for brukerne i kommunesektoren.
- Muligheter for utvikling:
 - Opprette kjernemiljøer med tidsavgrenset og begrenset basisfinansiering (f.eks. 5 år, eller 5+5 år), oppdragsinntekter fra kommunene og inntekter fra deltakelse i innovasjonsprosjekter som kommunene "eier".
 - Utlysning kan enten avgrenses til de nåværende kompetansesentrene eller åpnes opp for søknader fra UoH-sektoren og instituttsektoren generelt.
 - Forslaget krever ny finansiering utover Forskningsrådets programsatsinger
 - På lengre sikt bør kjernemiljøene evalueres individuelt og samlet og måles på vitenskapelig kvalitet og relevans i form av oppdrag og prosjekter fra og i samarbeid med kommunene. På dette grunnlag kan man vurdere om man bør gå over til en mer permanent basisfinansiering etter mønster fra finansieringen av instituttsektoren

Presentasjon av arbeidsgruppens arbeid v/Tone Marie Nybø Solheim (KS) (leder av den interne arbeidsgruppen).

- Arbeidsgruppa har avholdt ett møte i perioden januar-april 2016. Anbefalingene 5 og 6 fra januar er uendret. Vedlagte notat har status «under arbeid», bl.a. pga. pågående utredninger og utviklingsarbeid i regi av NFR og Hdir (hhv. Kartlegging av ressursinnsats og resultater i den kommunale helse- og omsorgstjenesteforskninga og Gjennomgang av kunnskaps- og kompetansesentrenes organisering). Arbeidsgruppa foreslår at Rådet bør vurdere arbeidsgruppens anbefalinger i lys av de pågående prosessene mot slutten av 2016.

1. Regionale samarbeidsorgan for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester
Arbeidsgruppa anbefaler at det etableres en struktur med 6-7 – alternativt 4 – regioner for helse- og omsorgstjenesteforskning i kommunene. De regionale samarbeidsorganene skal ha solid lokal forankring og tung forskningsfaglig kompetanse. Det regionale nivået er operativt i betydninga å identifisere kommunesektorens kunnskapsbehov, disponere midler, og foreta prioriteringer.

2. Finansiering

Arbeidsgruppa anbefaler at friske midler til forskning på helse- og omsorgstjenestene i kommunene allokeres fra Kommunesjefstjenesteavdelinga i HOD, med finansiering også fra KMD. For å styrke kommunal sektor som praksisarena, må det følge øremerket finansiering med praksisstudentene fra UoH-sektoren.

3. Forholdet til de nasjonale og regionale kunnskaps-, kompetanse-, utviklings- og forskningssentrene

Arbeidsgruppa anbefaler at det gjennomføres en uavhengig kartlegging av forskningsaktivitetene for helse- og omsorgstjenestene i kommunene ved de regionale og nasjonale kunnskaps-, kompetanse-, utviklings- og forskningssentrene, og at denne kartlegginga også omfatter UoH-sektorens forskningsaktiviteter rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Kartlegginga må særlig rettes mot å vurdere i hvilken grad forskningsaktivitetene bidrar til å dekke kunnskapssvake områder for kommunene.

4. Nasjonal koordinering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Arbeidsgruppa anbefaler opprettelsen av et nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, med bred representasjon fra lokale, regionale og statlige myndigheter, og med forskningsfaglig kompetanse.

Momenter fra diskusjonen:

- Det er stort behov for å forskning i kommune-Norge. Det er behov for å vite om hva som fungerer. Det er viktig for kommunene å vite at det de gjør virker og har effekt.
- Positiv at utviklingssentrene er med.
- Bør se forslagene ift den nye regionreformen (fylke).
- 3 spørsmål:
 1. Hva vil vi med dette?
 2. Hvem vil gjøre dette?
 3. Hvordan skal dette finansieres?
- Kommunene ønsker seg og bør ta et sørge-for-ansvar.
- Rapporten (utredningen) til Forskningsrådet ivaretar ikke PHT.
- Forskning i kommunene må skje i samarbeid med forskningsinstitusjonene.
- Hvordan styrke kompetansesentrene? Mange av sentrene fungerer bra i dag.
- Viktig å styrke PHT som praksisarena.

- Hva er målbildet med dette satsingsområdet? Hvor vil vi? Kommunene eier ikke dette tilstrekkelig nok. Tror vi på dette? Tror kommunene på dette?
- Eksisterende struktur bør ligge til grunn. Gitt store ressurser kan ting spres utover. Med begrensede ressurser så må det samles i færre miljøer.
- SHT tok selv grep for å få ansvaret for forskning i SHT. Omprioritering av midler var et helt nødvendig grep. Friske midler gjør mye ift å kunne lage seg et eget handlingsrom.
- Kompetanseløft 2020 – resultat fra forskningen må ut til brukerne. Brukerne er en del av kompetansestrømmen.
- Det pågår mange prosesser i NFR, Hdir, departementene, KS etc.
- Kommunene må ta lederskap og ansvar.
- Behov for å strukturere fordelingen av midler.
- Behov for å strukturere kompetansen.
- Kunnskap må spres. Forskning må spres.
- Bør tenke regioner og et nasjonalt nivå.
- Formidling er viktig. Universitetene har ansvar for grunnutdanningen. Sentrene har ansvar for deler av etter- og videreutdanning.
- Pasientperspektivet må ikke glemmes. Bør tenke på tvers av tjenestene og til beste for pasientene.
- Forskningsperspektivet baserer seg på kvalitet. Det i dag mange små enheter. Bør unngå å spre få ressurser utover. Det skaper unødvendig konkurranse.
- Forskningen trenger ikke foregå i kommunene. Forskningen kan utføres av miljøer med kompetanse.
- Kommunene er interessert. Utfordringen er varierende kompetanse og struktur.
- Det er behov for en strukturendring.
- Utfordringer ift geografi, kompetanse og faglig behov, bestiller og utførerrollen. Hindringer: finansiering og etablering av nye statlige organer.
- Kommunehelsetjenesten gjør mer og mer. Kommunehelsetjenesten tror og tror – kommunene må vite. Kommunene har behov for kunnskap. Det må tilføres friske midler.
- Nasjonalt samarbeidsorgan – hode uten kropp? Det trengs penger og politisk vilje.
- Mange initiativ er allerede tatt. Hvilken forskning er det behov for? Trenger vi et veikart? En plan? Hva kan forskningsmiljøene levere av dette i løpt av de neste 3-5 årene? Forskningen må svare på behov. Den må knyttes til de beste forskningsmiljøene. Initiativene må samles.
- Hva er det vi ønsker å løse? Er det riktig å starte med en møteplass? Hvilke problemer/prosesser er det vi skal prøve å løse? Hva er riktig approach her?

- 428 kommuner savner en instans. KS vil kunne være sekretariat for det nasjonale organet. Kommunene ønsker en møteplass for å diskutere kommunenes behov.
- Hensikten er to-delt: 1) kommunene skal gjøre ting bedre og 2) kommunene skal slutte å gjøre de mindre gode tingene.

Vedtak:

Rådet vedtar å støtte forslaget (pkt 4) om at det opprettes et nasjonalt strategisk rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Rådet ønsker at KS på rådsmøtet i september presenterer forslag til sammensetning og mandat for organet samt en plan for hvordan mobilisere kommunene til å støtte opp om organet. Et veikart eller en nasjonal plan for kunnskapsgenerering basert på kommunenes behov vil kunne være en første leveranse.

De andre anbefalingene fra arbeidsgruppen og eventuelt nye/andre forslag vil bli diskutert på kommende rådsmøter.

Sak 25 /16**Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde**

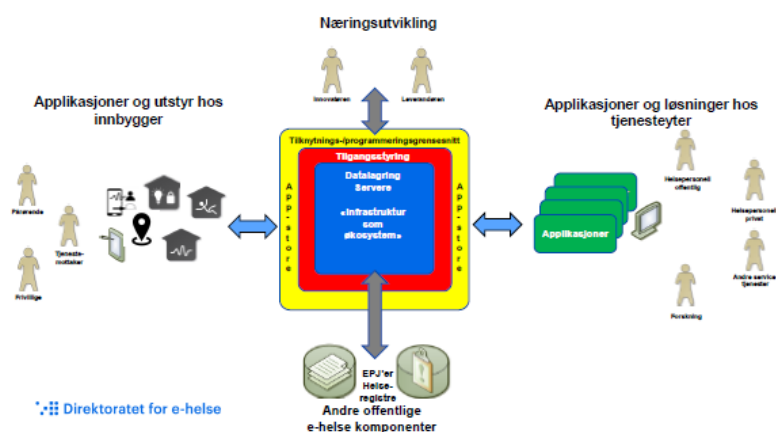
Bakgrunnsdokumenter:	• HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • Notat datert 29.2.2016 (vedlegg sak 13/16)
Vedlegg:	• Notat datert 25.4.2016
Innledere:	• Avdelingsdirektør Marit Endresen, Helsedirektoratet • Arbeidsgruppeleder Kathrine Myhre (Oslo Medtech) • Roar Olsen, Direktoratet for e-helse (fokusområde 5)
Ansvarlig:	Arbeidsgruppen for helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde: • Kathrine Myhre, Oslo Medtech (gruppeleder) • Anne Lise Ryel, Kreftforeningen • Arnfinn Sundsfjord, UiT

	• Evy- Anni Evensen, Telemark fylkeskommune • Hilde Lurås, AHUS • Håkon Haugli, Abelia • Mona Skaret. Innovasjon Norge • Roar Olsen, Direktoratet for e-helse • Tarje Bjørgum, Abelia (sekretariat for arbeidsgruppen)
Fra HO21-sekretariatet:	• Hilde G Nielsen, sekretariatsleder
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert:	• Møte 29.2.2016 (02/16) • Møte 1.12.2015 (06/15)

Presentasjon *Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten* v/avdelingsdirektør Marit Endresen, Helsedirektoratet.

- Hva er persontilpasset medisin? Med persontilpasset medisin menes forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging tilpasset biologiske forhold hos den enkelte.
- Oppdraget fra HOD:
 - Helhetlig strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten
 - Støtte helsetjenesten i utvikling og implementering
 - Innenfor gjeldende lovverk og budsjettammer
- Prosess
 - Prosjektorganisert
 - Høring pågår tom 6. mai
 - Frist 1. Juni for levering til HOD
- Anbefalinger
 - Kompetanse og informasjon
 - Normering
 - Helseregistre
 - Etablere nasjonalt anonymt frekvensregister for arvelige genvarianter
 - Vurdere å utvikle Kreftregisteret til å registrere opplysninger om kreftgenomvarianter
 - Vurdere utviklingen av smittevernregistre til å inkludere genomundersøkelser
 - IKT
 - Utrede nasjonal løsning for lagring og behandling av rådata/helse-opplysninger fra kliniske genomundersøkelser for helsehjelp og forskning
 - Utvikle støtte for persontilpasset medisin i elektronisk pasientjournal
 - Forskning og innovasjon

- Etablere handlingsplan for persontilpasset medisin på tvers av programmene i Norges forskningsråd og spesialisthelsetjenesten
- Utrede pasientforløp som integrerer klinikk og forskning
- Viktige utfordringer
 - Den offentlige helsetjenestens prioriteringsutfordringer øker
 - Legge til rette for samarbeid med næringsliv og industri
 - Data - samle, lagre, dele, gjenbruke
 - Personvern
- Presentasjon *Tilpasning av den digitale infrastrukturen - Nasjonal infrastruktur som et økosystem* v/divisjonsdirektør Roar Olsen, Direktoratet for e-helse
 - Nasjonal satsing på Velferdsteknologi og høy digital modenhet gir stort potensiale for innovasjon og næringsutvikling i Norge.
 - Behov for standardisering og en felles infrastruktur.



Figur er hentet fra presentasjonen til Roar Olsen, Direktoratet for e-helse (se vedlagte presentasjon).

- 'App store'-tankegang.
- Rammebetingelser:
 - Sikkerhet
 - Samfunnsverdier
 - Helsefaglig kvalitet
 - Effektivitet
 - Jus

Presentasjon av arbeidsgruppens forslag til det videre arbeidet for dette satsingsområde. Innledning v/Kathrine Myhre (Oslo Medtech) (leder av den interne arbeidsgruppen).

Det ble på rådsmøte 02/16 (29.2.2016) vedtatt at arbeidsgruppen skulle komme med konkrete tiltak til de 10 foreslåtte fokusområdene:

1. Strategiske møteplasser og etablering av infrastruktur som legger til rette for etablering av tillitsfulle relasjoner og nødvendig samspill mellom FoU, sykehus og kommuner som tilbyr helsetjenester, og næringslivet
2. Tilgang på offentlig utviklingskapital - Virkemidler for etablering og oppskalering av kunnskapsintensive helsebedrifter
3. Etablering av en verdikjede for presisjonsmedisin.
4. Utvikling og etablering av effektive virkemidler for innovasjonsprosjekter i næringslivet knyttet til innovative anskaffelser.
5. Tilpasning av den digitale infrastrukturen - Nasjonal infrastruktur som et økosystem
6. Global spredning
7. Styrke innovasjonskulturen i helse- og UH-sektoren
8. Vertskapsattraktivitet
9. Stimulere tilgangen på privat kapital
10. Omstilling fra olje og gass til helse, og større offentlige satsinger
11. Infrastruktur for utvikling, testing, verifisering og skalering av helseprodukter og tjenester.

Arbeidsgruppen har siden møtet i februar valgt å legge til et nytt fokusområde: Infrastruktur for utvikling, testing, verifisering og skalering av helseprodukter og tjenester. Begrunnelsen for det er at infrastruktur i utgangspunktet var inkludert i punkt 1 Strategiske møteplasser og etablering av infrastruktur som legger til rette for etablering av tillitsfulle relasjoner og nødvendig samspill mellom FoU, sykehus og kommuner som tilbyr helsetjenester, og næringslivet, og siden punkt 1 og nytt punkt 11 er svært omfattende, har arbeidsgruppen valgt å opprette et nytt punkt for å lettere kunne komme med konkrete

På bakgrunn av dette så foreslår arbeidsgruppen at Rådet konsentrerer seg om seks av de 11 fokusområdene. De seks områdene er:

Fokusområde 1. Strategiske møteplasser som legger til rette for etablering av tillitsfulle relasjoner og nødvendig samspill mellom FoU, sykehus og kommuner som tilbyr helsetjenester, og næringslivet

Forslag til tiltak: *Arbeidsgruppen foreslår at Rådet sender en henvendelse til Norges forskningsråd om at VRI-tenkningen ivaretas i det nye regionale programmet som erstatter VRI fra 2017. Det bør understrekes spesielt behovet for at det nye programmet blir operativt fra 1. januar 2017.*

Arbeidsgruppen foreslår at Rådet sender en henvendelse til Helse- og omsorgsdepartementet med en anmodning om at det fremmes

lovendringer slik at innovasjon inngår på linje med pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring i SHT.

Fokusområde 2. Tilgang på offentlig utviklingskapital - Virkemidler for etablering og oppskalering av kunnskapsintensive helsebedrifter

Forslag til tiltak: Arbeidsgruppen foreslår at Rådet sender brev til Regjering og Storting i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2016 og ordinært budsjett 2017 med forslag om etablering og økning av nevnte virkemidler (f.eks. pre-såkornfond, FORNY, Skatteinsentiver for langsiktige investeringer i oppstartsselskaper, videreføring og styrking av klyngeprogrammene, FRAM, etablering av bedriftsnettverk) for etablering og oppskalering av kunnskapsintensive helsebedrifter.

Fokusområde 3. Etablering av en verdikjede for presisjonsmedisin – inkludert etablering av infrastruktur som muliggjør at næringslivet får tilgang til helsedata for næringsmessige formål

Forslag til tiltak: Arbeidsgruppen foreslår at Rådet henstiller til Norges forskningsråd og Innovasjon Norge å fremskaffe finansiering til etablering av forprosjekt for etablering av Verdikjede for presisjonsmedisin. Videre at Rådet oppfordrer Stortinget til å avsette 7 mill. kroner over statsbudsjettet for 2017 til etablering av hovedprosjekt.

Forslag om høringsinnspill til Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten

Forslag til tiltak: Arbeidsgruppen foreslår at det sendes et kort høringsbrev fra HO21-rådet til Helse- og omsorgsdepartementet for å understreke behovet for å løfte dette området også i en næringspolitisk kontekst.

Fokusområde 5. Tilpasning av den digitale infrastrukturen - Nasjonal infrastruktur som et økosystem

Forslag til tiltak: Arbeidsgruppen foreslår at Rådet støtter forslaget fra Direktoratet for e-helse. Arbeidsgruppen foreslår at Rådet sender en anbefaling til HOD, KMD, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, DIFI og KS.

Fokusområde 8. Vertskapsattraktivitet

Forslag til tiltak: Arbeidsgruppen foreslår for Rådet at det etableres en forstudie for utvikling av en strategi for et norsk «Inward investment program» innen helse. Det bør gjennomføres en studie av hvilke tiltak som fungerer godt i andre land, en kartlegging av særlige fortrinn og attraktive FoU-, innovasjon- og næringsmiljøer, testfasiliteter, sykehus og kommuner i Norge, samt gjennomføring av workshop for utvikling

av en strategi for etablering av et «Inward investment program» innen helse i Norge. Prosjektet gjennomføres som en del av HO21-arbeidet. Det avsettes inntil 700 000 kroner til prosjektet fra HO21-rådets egne rammer.

Fokusområde 10. Omstilling fra olje og gass til helse, og større offentlige satsinger

Forslag til tiltak: Arbeidsgruppen foreslår at Rådet henvender seg til Regjering og Storting i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2016 og ordinært budsjett 2017, og støtter opp om Innovasjon Norges innspill om økt ramme til omstillingsmidler og anvendelse av klyngene som omstillingsmotor, med en særlig vekt på potensialet for omstilling fra olje og gass til helse. Rådet ser et stort potensial i dette området, og ønsker selv også å legge til rette for at intensjonene i forslaget blir realisert.

Arbeidsgruppen ønsker at Rådet drøfter mulighetene for å etablere et prosjekt underlagt HO21-rådet som har som målsetting å stimulere til teknologi- og innovasjons samarbeid mellom FoU og næringsliv på tvers av olje&gass og helseteknologi sektorene. Det foreslås at finansiering til prosjektet tas fra HO21-budsjettet i 2016.

Momenter fra diskusjonen:

- Rådet bør ikke foreslå konkrete summer/beløp for budsjettinnspill. Rådet kan foreslå utredning/NOU-er e.l.
- Mange områder. Stort felt.
- Det trengs mer tid og grundig forarbeid ift råd om bevilgning. Innspill for statsbudsjettet 2018 bør sendes innen utgangen av 2016.
- Det foreligger helt konkrete politiske føringer ift omstilling.
- Tiltakene er for lite konkrete.
- Ting går litt fort frem.
- Rådet bør fremstå helhetlig. Rådet bør ikke støtte enkeltprosjekter.
- Spørsmål til fokusområde 3 – vi har biobanker – er det tenkt at det skal etableres noe nytt? Næringslivet har tilgang til det som allerede eksisterer. Navnet bør diskuteres.
- Rådet kan gi innspill til budsjetttrammer basert på solide prosesser som er forankret i Rådet. Rådet kan ikke behandle enkeltprosjekter.
- Hvert av fokusområdene trenger ytterligere diskusjoner.
- Digitale infrastrukturen gir svar på mange spørsmål som er relevant for HO21. Enighet om at Rådet støtter forslaget fra Direktoratet for e-helse (fokusområde 5).
- Målet for Rådet er å samle alle aktørene og jobbe sammen mot et felles mål.
- Hva er næringslivets beste?

- Enighet rundt forslaget om å sende en henvendelse til Helse- og omsorgsdepartementet med en anmodning om at det fremmes lovendringer slik at innovasjon inngår på linje med pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring i SHT (fokusområde 1).

Noen momenter fra den mer generelle diskusjonen:

- Hvordan skal Rådet jobbe ift de ulike satsingsområdene?
- Hva får rådsmedlemmene igjen for å delta i Rådet?
- Diskusjon rundt arbeidsformen til Rådet?
- Diskusjon rundt antall møter i Rådet i forhold til tid til saksforberedelser og sett i relasjon til sekretariatets kapasitet til å yte støtte til arbeidsgrupper.

Vedtak: Rådet vedtar å sende en henvendelse til Helse- og omsorgsdepartementet med en anmodning om at det fremmes lovendringer slik at innovasjon og det å bidra til næringsutvikling inngår på linje med pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring i SHT.

Rådet støtter modellen fra Direktoratet for e-helse.

De resterende fokusområdene vil bli diskutert på kommende rådsmøter og arbeidsgruppen vil arbeide videre med disse i dialog med sekretariatet og rådets leder.

Rådets arbeidsform, arbeidsplan og møtekalender for 2017 vil være sak på første møte over sommeren dvs mandag 12. september 2016.

Sak 26/16

Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn

Bakgrunnsdokumenter:	• HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • Notat datert 29.2.2016 (vedlegg sak 15/16)
Vedlegg:	• Kopi av brev sendt HOD 16.3.2016 Enklere tilgang til helsedata - anmodning om å igangsette en samlet gjennomgang av lovverket for å

	forenkle det, og gjøre tilgang til data enklere og sikrere
Ansvarlig:	Arbeidsgruppen for Helsedata som nasjonalt fortrinn • Camilla Stoltenberg, FHI (<i>gruppeleder</i>) • Anne Lise Ryel, Kreftforeningen • Bjørn Gustafsson, NTNU • Erlend Smeland, OUS HF • Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet • Karita Bekkemellem, LMI • Nina Mevold, Bergen kommune • Roar Olsen, Direktoratet for e-Helse
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert:	• Møte 29.2.2016 (02/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 1.12.2015 (06/15)

Arbeidsgruppen fikk i oppgave til rådsmøte 25. april å se på tiltak knyttet til organisering (jf. pkt 4). Leder av arbeidsgruppen Camilla Stoltenberg og rådsleder John-Arne Røttingen besluttet å utsette denne delen av saken på grunn av andre igangsatte prosesser som ser på organisering av registerdata/andre helsedata og som Rådet bør koordinere sitt arbeid med.

Rådsleder John-Arne Røttingen orienterte kort om saken. Satsingsområdet vil bli diskutert på rådsmøter til høsten.

Sak 27 /16

Eventuelt

Ingen saker.

Neste møte:

Mandag 12. september 2016, kl 10 -16.00, Lysaker, Forskningsrådet.



Sak 31/16 Orientering fra rådsleder/sekretariatet

Type sak: Orienteringssak
Til: HO21-rådet
Fra: HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

Sak 31.1	Behov for samarbeid med næringslivet i samarbeidsorganene for medisinsk og helsefaglig forskning – tilbakemelding fra Helse Vest RHF
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, rådsleder

Jf. sak 22.3.

Hovedpunkter:

De fire samarbeidsorganene SO Helse Nord RHF og UiT, SO Helse Midt-Norge RHF og NTNU, SO Helse Vest RHF og UiB og UiS og SO Helse Sør Øst RHF og UiO ble i brev (datert 15.12.2015) bedt om å vurdere å oppnevne representanter fra næringslivet som observatører til møtene i samarbeidsorganene.

Følgende tilbakemelding er kommet fra SO Helse Vest, UiS og UiB:

Henvendelsen ble diskutert på møte i samarbeidsorganet mellom Helse Vest, UiS og UiB 25.2.2016. Vedtak for saken ble: "Samarbeidsorganet var samde i at dette er ei viktig oppgave, men ser det ikke som hensiktsmessig med ein eigen observatør frå næringslivet. Ein vil derimot lage og støtte opp om andre møteplassar/arenaer for samhandling og interaksjon med næringslivet. Forskingskonferansen vil vere ein slik arena i 2016" (referat fra møtet).

Forslag til vedtak: *Orienteringen tas til etterretning.*

Sak 31.2	HelseOmsorg21 scenarieprosjekt
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, rådsleder
Vedlegg	Kopi av nyhet publisert på nettsiden til HO21, 7.7.2016

Forslag til vedtak: *Orientering tas til etterretning.*

Sak 31.3	HelseOmsorg21 Monitor
Ansvarlig	Stig Slipersæter, leder HO21 Monitor-arbeidsgruppe
Vedlegg	Notat fra HO21 Monitor-arbeidsgruppe

Forslag til vedtak: *Orientering tas til etterretning.*

Sak 31.4	HelseOmsorg21-rådet
Ansvarlig	HO21-sekretariatet/Helse- og omsorgsdepartementet

Sekretariatet orienterer kort om nye medlemmer i Rådet/endringer av rådsmedlemmer.

John-Arne Røttingen fratrer som leder av HelseOmsorg21-rådet etter rådsmøtet 12.9.2016 pga ny rolle (administrerende direktør i Forskningsrådet) fra mars 2017. Helse- og omsorgsdepartementet informerer om hvem som overtar rådslederfunksjonen etter Røttingen.

Forslag til vedtak: *Orientering tas til etterretning.*



VEDLEGG

Sak 31/16

Nytt prosjekt: Scenarier for helse og omsorg i 2030

 teknologiradet.no/norge-2030/nytt-prosjekt-scenarier-for-helse-og-omsorg-i-2030/

Artikkelen tilhører [Norge 2030](#), postet 5. jul 2016

KONTAKTPERSON:

Marianne Barland



Helse- og omsorgstjenester i Norge står foran en digital omveltning. Hva betyr det for helseforskning og innovasjon?

Teknologirådet har jobbet med mobil og digital helse i lengre tid, og mener at Norge står overfor en grunnleggende endring i hvordan helsetjenester blir levert og organisert. Utviklingen av helseapper og utstyr til hjemmebruk går raskere og raskere, og drives fremover av alt fra teknologigiganten [Apple](#) til små oppstartsbedrifter.

Relatert: [Er du syk? Still diagnose med mobilen](#)

– Digitale selvtester og mobilt helseutstyr betyr at helsevesenet mister monopollet på diagnoseverktøyene og at pasientene i større grad produserer dataene selv. Dette generer store mengder data og vil gi nye muligheter for forskning, organisering og folkehelsearbeid, sier Marianne Barland, prosjektleder i Teknologirådet.



HelseOmsorg21

I 2014 kom [HelseOmsorg21](#), en nasjonal strategi for forskning, utvikling og innovasjon innen helse og omsorg. De såkalte 21-prosessene er de mest omfattende strategiprosessene for forskning og innovasjon i Norge. Det er gjennomført ni 21-prosesser på ulike samfunnsområder, fra olje og gass, til klima, bygg og helse og omsorg.

Relatert: Rapport: Fremtiden for forskning og innovasjon

Teknologirådet og Forskningsrådet har publisert en analyse av 21-prosessene som konkluderte med at de har lykket godt med å forankre strategiene og skape tillit, men at de beskriver en «forlenget nåtid» og er svake når det gjelder å tenke alternative utviklingsløp. Dette gjelder også HelseOmsorg 21.

Scenarier: å planlegge for det uventede

Relatert: Analyser fremtiden med scenarier

– Utvikling av scenarier – altså plausible og kunnskapsbaserte fortellinger om fremtiden – kan hjelpe oss å fokusere på viktige trender, identifisere langsiktige utfordringer og muligheter, og ta beslutninger som gir ønsket utvikling, sier Barland.

Teknologirådet skal derfor i samarbeid med HelseOmsorg21-rådet utarbeide scenarier for helse og omsorg. Det blir viktig å diskutere om innovasjon og

forskning på helseområdet er rigget for å svare på behovene scenariene beskriver. Scenariene kan også danne utgangspunkt for dialog, policy-innspill og nye møteplasser.

Teknologirådet har tidligere gjennomført en rekke scenarioprosesser, blant annet i forbindelse med [EU-prosjektet PACITA](#) og et prosjekt om [fremtidens alderdom](#).

Om prosjektet



Relatert: Rapport: Mobil helse for kronikere

Teknologirådet jobber nå sammen med en referansegruppe med å utvikle scenarier for helse- og omsorgstjenestene i fremtiden, og tydeliggjøre hvilke behov og valgmuligheter dette gir for forsknings- og innovasjonspolitikken. I lys av den raske teknologiutviklingen er tidshorisonten 2030.

Scenariene vil så bli diskutert i tre scenarioverksteder med ulike interessentgrupper; næringsliv og teknologiutviklere, ansatte i helsesektoren og kommunene, og lekfolk. Verkstedene munner ut i en analyse og en idékatalog som vil bli presentert for HelseOmsorg21-rådet. De skal diskutere forslagene og vurdere hvilke som vil bli tatt videre.



Medlemmene av referansegruppen

- 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
- John-Arne Røttingen, Folkehelseinstituttet og HelseOmsorg21-rådet

[HOLD MEG OPPDATERT](#)

Notat

Emne	Status for HelseOmsorg-21 monitor
-------------	--

Til	HelseOmsorg21 Rådet
Kopi	Klikk her for å skrive inn tekst.
Fra	Forskningsrådet
Saksbehandler	Stig Slipersæter
Vår referanse	Klikk her for å skrive inn tekst.
Dato	30.08.2016

Notatet gir en kort orientering om status for arbeidet med forbedrede grunnlagsdata for HelseOmsorg21 monitor og arbeidet med den tekniske utviklingen.

Health Research Classification System (HRCS)

Bruk av HRCS er en forutsetning for å få god statistikk om forskningsinnsats fordelt på helse- og forskningskategorier. Klassifisering gjennomføres nå av prosjekter finansiert av Forskningsrådet, EU-prosjekter med norsk deltakelse, forskningsmidler som kanaliseres gjennom RHF'enes *søkbare midler*, og Kreftforeningens prosjekter. Til sammen ble prosjektbevilgninger for nærmere 2,5 mrd kroner klassifisert med HRCS i 2015, og det meste av helseforskningen som er finansiert gjennom prosjektbevilgninger, er dermed dekket.

Det som gjenstår er forskning finansiert over institusjonenes grunnbevilgninger. Det er her det største volumet ligger, anslagsvis tilsvarende FoU-utgifter på om lag 5 mrd kroner årlig. Skal man få oversikt over den totale forskningsinnsatsen klassifisert etter HRCS, må det igangsettes et arbeid for å utarbeide et opplegg for klassifisering ved helseforetakene, universiteter og høyskoler, og aktuelle forskningsinstitutter.

Det er mest nærliggende å gjennomføre klassifiseringen som del av den ordinære innsamlingen av FoU-statistikk og ressurskartleggingen i helseforetakene, og første gang for rapporteringsåret 2017. Med tanke på å få til et opplegg som ikke medfører økt rapporteringsbyrde og som er godt forankret ved institusjonene, vil det i september bli holdt et møte med ledelsen ved aktuelle institusjoner. Møtet vil være et samarbeid mellom HOD, KD og Forskningsrådet.

Det arbeides også med tilnærminger til å klassifisere tidsskrifter og vitenskapelige artikler ved hjelp av HRCS, samt avlagte doktorgrader. Samlet vil man, med tiltakene nevnt over, få klassifisert vesentlig deler av både ressursinnsatsen og resultatene.

Forskning og innovasjon i kommunale hele- og omsorgstjenester

NIFU er i gang med datainnsamlingen til oppdraget "Forskning og forskningsbasert innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester – kartlegging av ressursinnsats og resultater". Kartlegging og analyse baseres på kombinasjon av data fra FoU-statistikken, bibliometrisk analyse og en supplerende spørreskjemaundersøkelse, som også går til enheter som per i dag ikke dekkes av FoU-statistikken. Rapport skal leveres primo oktober.

Helsenæringen

De siste månedene har det vært betydelig oppmerksomhet om helsenæringen og potensialet den har. I monitoren belyses næringen ved hjelp av statistikk fra SSB, Forskningsrådet og Menons verdiskapingsanalyse. Verdiskapingsanalysen fanger en større bredde i næringen enn tradisjonell statistikk på området. Hvis HO21-monitor skal kunne dokumentere utviklingen i næringen på en god måte over tid er det behov for jevnlige undersøkelser som helt eller delvis dekker tematikken fra analysen. Det er derfor behov for å vurdere hvordan regelmessig statistikkinnsamling på området kan organiseres.

Teknisk utvikling av monitoren

Den tekniske utviklingen av nettsiden for HO21-monitor er i full gang, med siktemål om lansering i siste del av november. Målet er å utvikle en etterrettelig og nøktern nettside som samtidig ivaretar gode visualiseringer og fleksibilitet i hvordan statistikken vises. Arbeidet er organisert med en prosjektgruppe i Forskningsrådet og et team av utviklere fra et eksternt firma.



Sak 32/16 Forslag til revidert arbeidsplan for Rådet for perioden september 2016- 2018 og forslag til møtekalender for 2017

Type sak: Vedtakssak
 Til: HO21-rådet
 Fra: HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

Vedlegg:	• Tiltaksoversikt – tiltak sett i sammenheng
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	• Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 19.10.2015 (05/15)

Hovedpunkter

Arbeidsplan for Rådet

Rådet vedtok på rådsmøte 25.1.2016 arbeidsplanen (tabell 1) for Rådet for perioden 2016-2018. Det er i vedlagte plan lagt opp til behandling av fem satsingsområder i 2016, tre satsingsområder i 2017 og to satsingsområder i 2018.

Tabell 1. Arbeidsplan for Rådet for perioden 2016 - 2018.

2016	2017	2018
Satsingsområde: Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene	Satsingsområde: Effektive og lærende tjenester	Satsingsområde: Økt brukermedvirkning
Satsingsområde: Helsedata som nasjonalt fortrinn	Satsingsområde: Nok og rett kompetanse	Satsingsområde: Møte de globale helseutfordringene
Satsingsområde: Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Satsingsområde: Bedre klinisk behandling	
Satsingsområde: God styring og ledelse		
Satsingsområde: Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering		

Siden januar har Rådet gjennomført tre rådsmøter og prioritert og diskutert tiltak innenfor de fem vedtatte satsingsområdene. Rådet har i løpet av vårsemesteret diskutert seg frem til 11 fokusområder innenfor satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde, fire tiltak innenfor Helsedata som nasjonalt fortrinn, seks anbefalinger ift satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene og åtte utfordringer ift satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering. Rådet er på ingen måte ferdig med behandlingen av de ulike satsingsområdene, men er kommet ganske langt på vei i prioritering og behandling av tiltakene innenfor de nevnte satsingsområdene.

Som det ble nevnt i arbeidsplanen for Rådet fra januar må Rådet også følge med på alle andre prosesser som foregår i sektoren, noe som vil føre til endringer ift oppsatt plan. Fordi Helsedirektoratet nå arbeider med tjenesteinnovasjon har arbeidsgruppen Effektive og lærende tjenester startet arbeidet med å gjennomgå tiltakene i strategien og evt se nye/andre tiltak slik at disse prosessene kan ses i sammenheng. Arbeidsgruppens forslag til tiltak vil bli diskutert på rådsmøtet 12. september.

På denne bakgrunn og med tanke på at Rådet faktisk skal klare å komme gjennom/få behandlet alle satsingsområdene på en god og hensiktsmessig måte før rådsperioden går ut, foreslår sekretariatet å endre arbeidsplanen for Rådet noe. I tabell 2 foreslår sekretariatet at Rådet allerede høsten 2016 starter arbeidet med de fem resterende satsingsområdene. Dette medfører at Rådet vil ha arbeidet med alle ti satsingsområdene per år i tre år (2016- 2018) (tabell 2).

Tabell 2. Forslag til arbeidsplan for Rådet for perioden september 2016 - 2018.

2016	2017	2018
Satsingsområde: Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene	Satsingsområde: Effektive og lærende tjenester	Satsingsområde: Økt brukermedvirkning
Satsingsområde: Helsedata som nasjonalt fortrinn	Satsingsområde: Nok og rett kompetanse	Satsingsområde: Møte de globale helseutfordringene
Satsingsområde: Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Satsingsområde: Bedre klinisk behandling	<i>Satsingsområde: Effektive og lærende tjenester</i>
Satsingsområde: God styring og ledelse	<i>Satsingsområde: Økt brukermedvirkning</i>	<i>Satsingsområde: Nok og rett kompetanse</i>
Satsingsområde: Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	<i>Satsingsområde: Møte de globale helseutfordringene</i>	<i>Satsingsområde: Bedre klinisk behandling</i>
<i>Satsingsområde: Effektive og lærende tjenester</i>	<i>Satsingsområde: Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene</i>	<i>Satsingsområde: Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene</i>
<i>Satsingsområde: Bedre klinisk behandling</i>	<i>Satsingsområde: Helsedata som nasjonalt fortrinn</i>	<i>Satsingsområde: Helsedata som nasjonalt fortrinn</i>
<i>Satsingsområde: Nok og rett kompetanse</i>	<i>Satsingsområde: Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde</i>	<i>Satsingsområde: Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde</i>

Saksfremlegg sak 32/16 – møte 04/16

<i>Satsingsområde: Økt brukermedvirkning</i>	<i>Satsingsområde: God styring og ledelse</i>	<i>Satsingsområde: God styring og ledelse</i>
<i>Satsingsområde: Møte de globale helseutfordringene</i>	<i>Satsingsområde: Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering</i>	<i>Satsingsområde: Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering</i>

Satsingsområder i kursiv er endringer etter 25.1.2016.

Tiltak/fokusområder/utfordringer/anbefalinger som har vært diskutert våren 2016**Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde**

Den interne arbeidsgruppen som har gjennomgått tiltakene i strategien har i tillegg foreslått nye områder som Rådet bør se nærmere på. De 11 fokusområdene Rådet har vedtatt at arbeidsgruppen skal konsentrere seg om er:

- 1) Strategiske møteplasser som legger til rette for etablering av tillitsfulle relasjoner og nødvendig samspill mellom FoU, sykehus og kommuner som tilbyr helsetjenester, og næringslivet
- 2) Tilgang på offentlig utviklingskapital
- 3) Etablering av en verdikjede for presisjonsmedisin – inkludert etablering av infrastruktur som muliggjør at næringslivet får tilgang til helsedata for næringsmessige formål
- 4) Utvikling og etablering av effektive virkemidler for innovasjonsprosjekter i næringslivet knyttet til innovative anskaffelser.
- 5) Tilpasning av den digitale infrastrukturen – Nasjonal infrastruktur som et økosystem
- 6) Global spredning
- 7) Styrke innovasjonskulturen i helse- og UH-sektoren
- 8) Vertskapsattraktivitet
- 9) Stimulere tilgangen på privat kapital
- 10) Omstilling fra olje og gass til helse, og større offentlige satsinger
- 11) Infrastruktur for utvikling, testing, verifisering og skalering av helseprodukter og tjenester

Rådet har for dette satsingsområdet sendt en henvendelse til:

1. Helse- og omsorgsdepartementet 9.5.2016 - Anmodning om at næringsutvikling gjenspeiles i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene fra 2017.
Tilbakemelding: Helse- og omsorgsdepartementet vurderer innspillene i forbindelse med utarbeidelsen av oppdragsdokumentene for 2017 og departementets øvrige arbeid med å legge til rette for økt innovasjonsaktivitet i helseforetakene.
2. Samarbeidsorganene for medisinsk og helsefaglig forskning, 15.12. 2015 - Behov for samarbeid med næringslivet i samarbeidsorganene for medisinsk og helsefaglig forskning.
Tilbakemelding:
 - SO Helse Midt-Norge RHF og NTNU er positive til et tettere samarbeid med næringslivet. Pga den pågående prosessen hvor det ses på organisering av samarbeidsorganene i regionene så vil SO Helse Midt-Norge RHF og NTNU komme tilbake til en evt oppnevning av representant fra næringslivet når den fremtidige organiseringen av samarbeidsorganene er klar.
 - SO Helse Nord RHF og UiT er positive til henvendelsen om tettere kontakt med næringslivet. Samarbeidsorganet har diskutert ulike modeller for hvordan dette best bør gjøres og hvem som evt bør være representert som

observatør. Samarbeidsorganet ser på mulighetene til å invitere næringslivet til utvalgte møter der innovasjon er på agendaen.

- SO Helse Sør-Øst RHF og UiO diskuterte i sitt møte 11.3.2016 at det er hensiktsmessig å ha interaksjon med næringslivet på enkeltsaker av felles interesse, men samarbeidsorganet ønsker ikke å utpeke en fast observatør fra næringslivet da det er flere bransjer innen helseområdet det er viktig å være i samspill med. SO diskuterte også muligheten for å utvikle en plan for systematisk næringslivskontakt som vil komme til syne i årsplanen for samarbeidsorganet.
- SO Helse Vest og UiB. Samarbeidsorganet var enig i at dette er en viktig oppgave, men ser det ikke som hensiktsmessig med en egen observatør fra næringslivet. Samarbeidsorganet vil derimot lage og støtte opp om andre møteplasser/arenaer for samhandling og interaksjon med næringslivet.

Rådet har i tillegg vedtatt å støtte forslaget til Direktoratet for e-helse – utvikling av et nasjonalt økosystem for infrastruktur. Saken vil bli ytterligere diskutert på rådsmøtet 24. oktober.

Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn

For dette satsingsområdet har Rådets interne arbeidsgruppe valgt å sette fire tiltak på agendaen. De fire tiltakene Rådet har vedtatt at arbeidsgruppen skal arbeide videre med er:

- 1) Utarbeide rapport
- 2) Evaluere og endre lover og regler
- 3) Integrere i e-helse-arbeidet
- 4) Organisering

Alle de fire tiltakene er blitt sett på i sammenheng med hva f.eks. Forskningsrådet gjør på dette området. Forskningsrådet har f.eks. ansvar for gjennomføring av tiltak 1) Utarbeid en rapport. De tre andre tiltakene vil Rådet arbeide videre med i lys av andre pågående prosesser.

Rådet har for dette satsingsområdet sendt en henvendelse til:

1. Helse- og omsorgsdepartementet en henvendelse 16.3.2016 med en anmodning om å igangsette en samlet gjennomgang av lovverket for å forenkle det, og gjøre tilgang til data enklere og sikrere.

Tilbakemelding:

- Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte juni 2016 et ekspertutvalg som skal utrede et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata. Ekspertutvalget skal vurdere og anbefale konkrete organisatoriske, tekniske og juridiske tiltak for å forbedre dagens system.

Satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene

Den interne arbeidsgruppen for dette satsingsområdet har foreslått seks tiltak som Rådet bør diskutere nærmere. De seks tiltakene Rådet har vedtatt at arbeidsgruppen skal arbeide videre med er:

- 1) Regionale samarbeidsorgan for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester
- 2) Finansiering
- 3) Forholdet til de nasjonale og regionale kunnskaps-, kompetanse -, utviklings- og forskningssentrene

Saksfremlegg sak 32/16 – møte 04/16

- 4) Nasjonal koordinering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene
- 5) Kommunal sektor som praksisarena og forholdet til utdanningene
- 6) Utvikling av forskningsinfrastruktur for den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Rådet har for dette satsingsområdet sendt brev til:

1. KS med en tilråding om at det opprettes et nasjonalt strategisk rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene (18.5.2016)
Tilbakemelding: KS er invitert til rådsmøtet 12. september for presentere status for arbeidet med det nasjonale organet.

Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering

En rekke nasjonale og regionale utfordringer ble present av den interne arbeidsgruppen på rådsmøtet 25. april. Det ble da vedtatt at arbeidsgruppen skal arbeide videre med åtte utfordringer. De åtte utfordringene er:

1. Etablere dialog med utvalget som er nedsatt for å se på grenseflaten mellom UH og spesialisthelsetjenesten
2. Styrke ordningen med innovative anskaffelser, inkludert vedrørende kliniske utprøvinger
3. Helhetlig finansiering av helseforskning
4. Alle aktører styrker incentivordninger og støttefunksjoner vedrørende internasjonal finansiering. Bedre koordinering av støttefunksjoner for innhenting av internasjonal finansiering ønskelig
5. Bedre koordinering av innspill fra HOD, universiteter/helseforetak, industri og Forskningsrådet til utforming arbeidsprogrammer og utlysninger i Horizon2020. Det foreslås å sende en henvendelse til NFR med et ønske om at NFR tar en tydeligere rolle i å samkjøre/koordinere norske aktører (HOD, NFR, UH-sektor, HF, etc) ift Horisont 2020 (innspill til arbeidspakker etc)
6. Det er behov for å bygge nettverk/delta i konsortier
7. Økt samarbeid med industrisamarbeidspartnere i søknader til EU
8. Det bør vurderes å styrke samarbeid med helseklyngene (nettverk og fasiliteringskompetanse)

Rådet har for dette satsingsområdet sendt brev til:

1. Forskningsrådet med en anmodning om at Forskningsrådet tar en tydeligere rolle i koordinering av innspill til utforming av arbeidsprogrammer og utlysninger i Horisont 2020, 24.6.2016.
Tilbakemelding: Forskningsrådet er invitert til rådsmøtet 28. november for å orientere Rådet om hvordan Forskningsrådet skal ta en tydeligere rolle i dette arbeidet.

Satsingsområdet Økt brukervedvirkning

Dette satsingsområdet vil bli behandlet på rådsmøtet 24. oktober.

Rådet har for dette satsingsområdet sendt brev til:

1. Universitets- og høyskolerådet – Økt kunnskap om brukervedvirkning i utdanning, forskning og innovasjon, sendt 14. september 2015.

Tilbakemelding:

- Arbeidsutvalget i Nasjonal fagstrategisk enhet for utdanning og forskning innen helse- og sosialfag (NFE-HS) diskuterte saken i møte 13. november 2015. Det var enighet om at temaet er viktig, og at virkemiddelbruken for å sikre bedre og mer utbredt kunnskap og kompetanse om brukervedvirkning i utdanning og forskning må være tilpasset UH-sektoren. Arbeidsutvalget besluttet derfor å utarbeide noen
- problemstillinger og spørsmål som så oversendes til behandling i de fjorten nasjonale profesjonsrådene for utdanning og forskning innen helse- og sosialfag. Avhengig av profesjonsrådenes tilbakemeldinger til AU våren 2016 på de spørsmålene som nå blir stilt, vil AU forberede saken for behandling i NFE-HS høsten 2016.

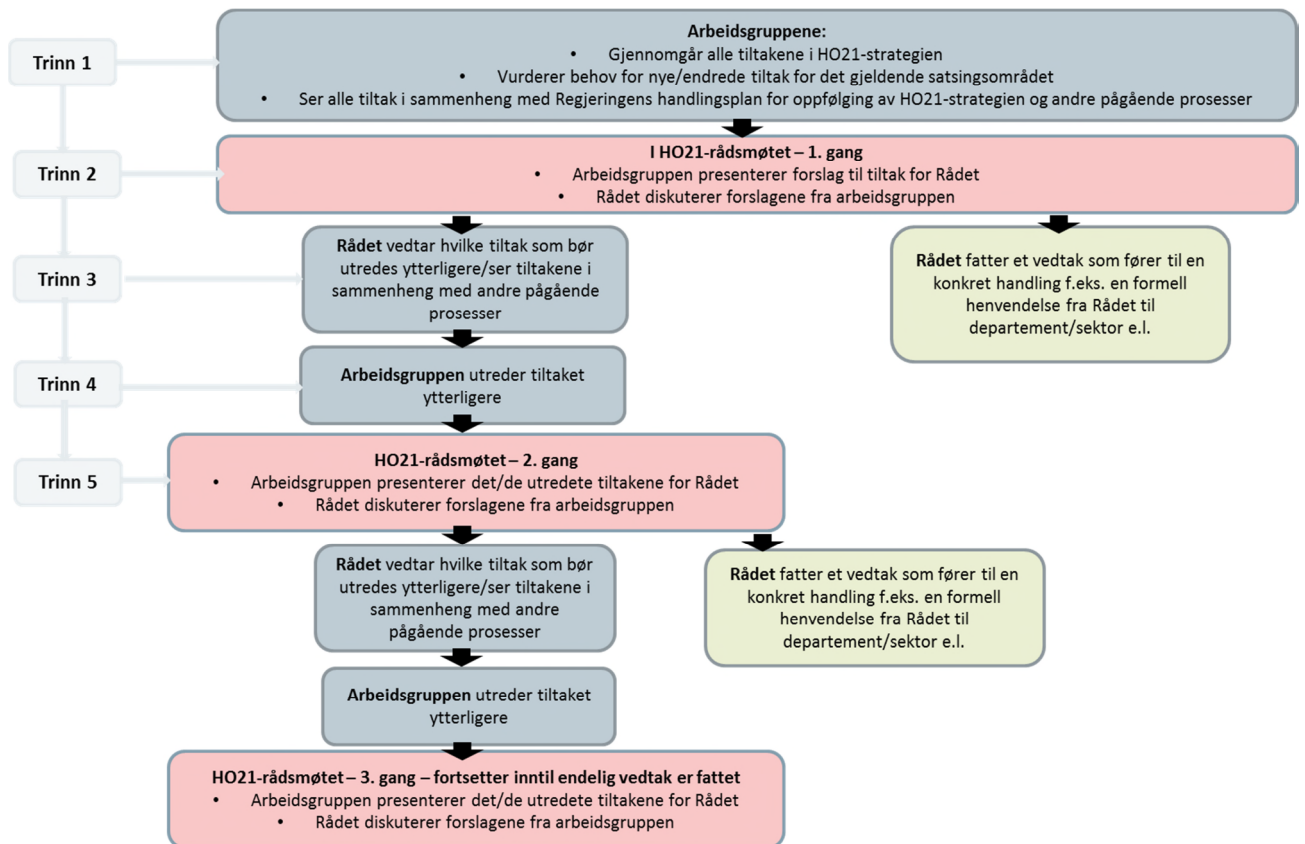
Arbeidsformen til Rådet

Rådet vedtok i rådsmøte 25.1.2016 (01/16) å opprette 10 interne arbeidsgrupper i Rådet. Arbeidsgruppene er inndelt etter satsingsområdene i strategien, og alle rådsmedlemmene deltar i to eller flere arbeidsgrupper. Oppgaven til arbeidsgruppene er å gå gjennom alle tiltakene som er foreslått i strategien (og evt nye/andre tiltak) og presentere for Rådet forslag til hvilke tiltak som Rådet bør konsentrere sitt arbeide om (dvs. lage en form for prioriteringsliste). Sekretariatet¹ består i dag av en sekretariatsleder (100% stilling) og en konsulent (50% stilling). Til nå har det vært arbeidsgruppene i samarbeid med sekretariatsleder som har utarbeidet saksnotatene til rådsmøtene (med unntak av en arbeidsgruppe som har arbeidet uten bistand fra sekretariatet). Kapasiteten til sekretariatet har siden januar i år vært svært begrenset. Sekretariatet vil bli styrket med en 0,5 stilling fra i høst.

Arbeidsmetodikk (figur 1)

Arbeidsmetoden til Rådet har til nå vært at arbeidsgruppene for de respektive satsingsområdene har gjennomgått alle tiltakene i strategien og sett tiltakene i sammenheng med Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien (*trinn 1*). Arbeidsgruppenes forslag til tiltak presenteres deretter for Rådet (*trinn 2*). På *trinn 3* kan Rådet enten vedta en helt konkret handling og/eller vedta at arbeidsgruppen må arbeide ytterligere med forslag. Arbeidsgruppen utreder tiltak ytterligere (*trinn 4*). Den/de ytterligere utredete saken/ene presenteres for Rådet for andre gang (*trinn 5*). Trinn 3-5 gjentas inntil Rådet har avsluttet behandlingen av tiltak fra arbeidsgruppen.

¹ Arbeidet med HO21-monitor er lagt til HO21-sekretariatet, men ressursene til HO21-monitor arbeider kun med utviklingen av HO21-monitor og deltar ikke med noe annet rådsarbeid.



Figur 1. Saksgang for behandling av satsingsområder og tiltak i HelseOmsorg21-rådet.

Innmelding av saker

Jf. pkt 2 i Rådets arbeidsform (vedlegg 3) - *"Innmelding av saker. Sekretariatet skal bringe inn saker på dagsordenen, i tillegg til at rådsmedlemmene/departementene/direktoratene også kan melde inn saker til Rådet"*. Til d.d. har det kun vært Helsedirektoratet, Forskningsrådet og Helse- og omsorgsdepartementet som har løftet inn egne saker til behandling/orientering på rådsmøtene. Sekretariatet ber om at rådsmedlemmene melder inn saker fra egen institusjon som kan være aktuell for en diskusjon i Rådet.

Alt henger sammen med alt

Arbeidsgruppene i Rådet jobber pr i dag gruppe for gruppe med hvert sitt satsingsområde med tilhørende tiltak. En utfordring er å få full oversikt over hvilke tiltak som er foreslått i mer en ett satsingsområde. Vedlagte tabeller (vedlegg 2) gir en oversikt over tiltakene som Rådet har vedtatt å konsentrere sitt arbeid om pr i dag og overlappende tiltak i de andre satsingsområdene. Tiltakene er gruppert etter hensikten med det/de foreslåtte tiltakene i strategien:

- Etablering av samarbeidsarenaer og strategiske møteplasser

- Stimulere til etablering og videreføring av nettverk/klynger
- Påvirke utdanningsforløp og bidra til økt kompetanse
- Påvirke finanseringsmekanismene
- Endring av lover og regler
- Påvirke til organisasjon og strukturendringer
- Bidra til helhetlig infrastruktur og tilgjengelig helsedata
- Mer strategisk styring og økt rolleforståelse
- Mer helhetlig koordinering av medisin- og helseforskning
- Mer innovasjon og økt bruk av offentlige anskaffelser

Hensikten med denne øvelsen er å se alle tiltakene i sammenheng med hverandre. Det er lite hensiktsmessig at f.eks en arbeidsgruppe starter arbeidet med å etablere en møteplass for ett satsingsområde hvis en tilsvarende møteplass er foreslått under et annet satsingsområde. Da bør Rådet vurdere om arbeidsgruppene for de aktuelle satsingsområdene bør samarbeide for å få etablert én felles møteplass. På den annen side kan det godt være at Rådet skal foreslå å etablere flere ulike møteplasser, men det vil uansett være nyttig i fellesskap å ha diskutert hvilke møteplasser som bør etableres. Tilsvarende bør tenkes ift felles utdanningsløp. Er det tiltak innenfor flere satsingsområder som er rettet mot de samme utdanningsutfordringene og hvor Rådet kan kjøre en felles prosess rettet mot alle tiltakene? Denne helhetstenkningen bør Rådet også arbeide ut i fra ift ikt, helsedata og infrastruktur, organisering etc.

Møtekalender 2017

Rådet skal i 2016 gjennomføre seks møter, tre møter i vårsemesteret og tre møter i høstsemesteret. Et møte er lagt til Trondheim/NTNU med én overnatting.

Sekretariatet har i løpet av året fått tilbakemeldinger på at rådsmedlemmene ikke ønsker at alle rådsmøtene gjennomføres på mandager. For de tre gjennomførte rådsmøtene har det i gjennomsnitt vært forfall på 6 rådsmedlemmer pr møte. Sekretariatet har også fått tilbakemelding på at seks rådsmøter i året er for mye. Dette med tanke på å få forberedt gode nok saksgrunnlag til hvert møte. Det er hele tiden en avveining om å gjennomføre et tilstrekkelig antall rådsmøter i kombinasjon med å få diskutert alle sakene som Rådet bør diskutere. Basert på dette foreslår sekretariatet at det gjennomføres fem rådsmøter i 2017, tre møter på vårparten og to møter på høsten. Det foreslås også at det siste rådsmøtet på høsten er et lunsj-til-lunsjmøte (dvs. møtet inkluderer én overnatting).

Sekretariatet vil i etterkant av rådsmøtet sende møteinnkallelse via Outlook.

Forslag til møtekalender 2017

	Dato for rådsmøtet	Frist for innlevering av skriftlig bidrag	Dato for utsendelse av sakspapirer
Møte 1 <i>Vår 2017</i>	En gang mellom 23.-31. januar (dagsmøte – kl 10-16)	Skriftlige bidrag må sendes sekretariatet senest 14 dager før møtet	Sakspapirene sendes senest 10 dager før møtet
Møte 2 <i>Vår 2017</i>	En gang mellom 27-31. mars (dagsmøte – kl 10-16)	Skriftlige bidrag må sendes sekretariatet senest 14 dager før møtet	Sakspapirene sendes senest 10 dager før møtet
Møte 3 <i>Vår 2017</i>	En gang mellom 1.-10. juni (dagsmøte – kl 10-16)	Skriftlige bidrag må sendes sekretariatet senest 14 dager før møtet	Sakspapirene sendes senest 10 dager før møtet
Møte 4 <i>Høst 2017</i>	En gang mellom 1.-12. september (dagsmøte – kl 10-16)	Skriftlige bidrag må sendes sekretariatet senest 14 dager før møtet	Sakspapirene sendes senest 10 dager før møtet
Møte 5 <i>Høst 2017</i>	En gang mellom 25.-30. november (lunsj-til-lunsj-møte)	Skriftlige bidrag må sendes sekretariatet senest 14 dager før møtet	Sakspapirene sendes senest 10 dager før møtet

HO21-rådet

Rådet bes om å diskutere forslag til revidert arbeidsplan.

Rådet bes om å diskutere om arbeidsformen til Rådet er tilfredsstillende.

Rådet bes om å diskutere om gruppeledere/medlemmer på tvers av de interne arbeidsgruppene bør, der hvor det behov, møtes for å diskutere hvordan overlappende tiltak bør tas videre.

Rådet bes om å diskutere forslag til møtedatoer for 2017:

- Tirsdag 24. januar – dagsmøte kl 10-16, Forskningsrådet
- Onsdag 29. mars – dagsmøte kl 10-16, Forskningsrådet
- Torsdag 1. juni – dagsmøte kl 10-16, Forskningsrådet
- Mandag 11. september – dagsmøte kl 10-16, Forskningsrådet
- Tirsdag 28.-29. november - lunsj til lunsjmøte (*forslag: Bergen/Tromsø/Stavanger*)

Forslag til vedtak: *Rådet vedtar forslag til revidert arbeidsplan med de endringene som gis i møtet.*

Rådet vedtar at arbeidsformen.....formuleres i møtet.

Rådet vedtar at der hvor det er relevant bør gruppeledere/medlemmer innen for de aktuelle satsingsområdene møtes for å diskutere hvordan overlappende tiltak bør tas videre.....

Rådet vedtar forslag til møtekalender for 2017.....

VEDLEGG

Sak 32/16



Tiltaksoversikt – tiltak sett i sammenheng

Fra:	Sekretariatet v/Hilde G Nielsen, sekretariatsleder
Vedlegg 2:	Sak 32/16 Forslag til revidert arbeidsplan og forslag til møtekalender 2017

Tiltak fra HO21-strategien gruppert etter felles mål for tiltaket

Etablering av samarbeidsarenaer og strategiske møteplasser

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Etablere samarbeid mellom industrien, det offentlig og brukerorganisasjonene for å øke brukermedvirkning i industrifinansierte studier.	Økt brukermedvirkning	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.
Systematisk dialog og samarbeid om brukermedvirkning mellom forskningsinstitusjonene og pasient- og brukerorganisasjonene.	Økt brukermedvirkning	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.
Styrke strategisk samarbeid om forskning og innovasjon mellom ulike aktører	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Fremme gode felles arenaer og behovsidentifisert forskning	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Etablere nasjonale, regionale og lokale samarbeidsarenaer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og utdanningssektoren for å sikre riktig dimensjonering, god kvalitet og relevans i helsefaglige utdanninger.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.
Økt samarbeid med industrisamarbeidspartnere i søknader til EU.	Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Strategiske møteplasser som legger til rette for etablering av tillitsfulle relasjoner og nødvendig samspill mellom FoU, sykehus og kommuner som tilbyr helsetjenester, og næringslivet	Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Fokusområdet vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.

Stimulere til etablering og videreføring av nettverk/klynger

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Sikre at NorCRIN, vår nasjonale koordineringsenhet og nettverk for kliniske studier, har kunnskap om kapasitet og kompetanse i universitetssykehusene, andre helseforetak og i forskningsnettverk for kommunehelsetjenesten så eksterne oppdragsgivere kan betjenes trygt, raskt og punktlig. Dyktiggjøre NorCRIN-nettverket for gjennomføring av flerregionale og internasjonale multisenterstudier, spesielt sponsoroppgavene i flerregionale akademiske studier.	Bedre klinisk behandling	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Motivere universitetssykehusene og samarbeidspartnere til å delta aktivt i nasjonale, nordiske og internasjonale nettverk, som for eksempel Nordic Trial Alliance og European Advanced Translational Research Infrastructure in Medicine (EAT RIS).	Bedre klinisk behandling	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Knytte ressurser og infrastruktur for kliniske studier til fremragende kliniske forskningsmiljøer rettet mot spesialist- og kommunehelsetjenesten. Slike kompetente klynger vil styrke attraktiviteten for norsk forskning og innovasjon gjennom bedre synliggjøring av deres eksistens. Dette kan ses i sammenheng med utviklingen av Sentre for klinisk helseforskning (se avsnittet om Høy kvalitet og internasjonalisering).	Bedre klinisk behandling	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Det etableres fire regionale sentre (i et mulig samarbeid mellom UoH og instituttsektor og helseforetak) som sammen utgjør et virtuelt «Norwegian Global Health Institute» (NGHI). Sentrene skal i fellesskap fremme økt kunnskap, kvalitet, internasjonalisering, tverrfaglighet, arbeidsdeling og samhandling relatert til global helse i utdanning, forskning og innovasjon. Sentrene kan også bidra til økt samarbeid mellom sentrale myndigheter, UoH- og instituttsektoren, helsetjenesten og næringslivet for å bygge økt kapasitet i lav- og mellominntektsland, og for å bygge økt institusjonelt samarbeid med disse landene. Det foreslås at en ny nasjonal forskerskole legges til NGHI.	Møte de globale helseutfordringene	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Det bør vurderes å styrke samarbeid med helseklyngene (nettverk og	Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under

fasiliteringskompetanse)		arbeid.
--------------------------	--	---------

Påvirke utdanningsforløp og bidra til økt kompetanse

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Etablering av ordninger for å la brukerne bygge kompetansen i rollen som brukerrepresentanter	Økt brukermedvirkning	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.
Styrke innovasjonskulturen i helse- og UH-sektoren	Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Fokusområdet vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Kommunal sektor som praksisarena og forholdet til utdanningene	Kunnskapsløft for kommunene	Anbefalingen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Helsetjenesten og utdanningssektoren får global helse som del av sitt oppdrag for å bygge kapasitet i Norge. Globalt helseperspektiv, med migrasjonshelse/innvandrers helse inkluderes i alle helsefagutdanningene. Det bør være naturlig for alle vitenskapelige ansatte i helsefagutdanningene å ivareta det globale helseperspektivet innenfor eget fagområde.	Møte de globale helseutfordringene	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Økt satsing på tverr- og flerfaglig forskning og utdanning innenfor globale helse i et bredt folkehelseperspektiv. Det innebærer økt mobilisering av alle relevante fagmiljøer i medisin, teknologi, naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora.	Møte de globale helseutfordringene	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Styrke praksisrettet FoU for profesjonsutdanningene og styrke fagutvikling i skjæringsfeltet mellom helse-, omsorgs-, velferds- og teknologifag.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.
Styrke rammebetingelsene for utvikling av grunnleggende metode og analysekompetanse, inkludert vurdering av forskerskoler spesielt i bioinformatikk, biostatistikk og biomedisinsk grunnforskning. Dette er forutsetninger for helseforskning av høy kvalitet, og for å kunne gjennomføre annen helseanalyse i klinisk virksomhet, ledelse og forvaltning.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.
Innføre innovasjon og næringsutvikling som egne tema i alle utdanninger som retter seg mot helse- og omsorgssektoren.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.
Tilrettelegge for at studenter får forskningserfaring i gode forskningsmiljøer	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.

ved å videreutvikle forskerlinjen i medisin. Ordningen bør søkes utvidet til andre helsefag. Øremerke forskningsmidler til yngre forskere.		
--	--	--

Påvirke finanseringsmekanismene

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Tilgang på offentlig utviklingskapital	Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Fokusområdet er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Stimulere tilgangen på privat kapital	Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Fokusområdet er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Finansiering	Kunnskapsløft for kommunene	Anbefalingen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Prøve ut ordninger med særskilte takster i kommunehelsetjenesten og nye mekanismer innen innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten, som insentiv for deltagelse og inkludering i kliniske studier.	Bedre klinisk behandling	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Helhetlig finansiering av helseforskning	Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under behandling.
Gjennomføre kontrollerte forskningsunderstøttede forsøk med betalings og finansieringsmodeller i helse- og omsorgstjenestene, som premierer pasientnytte og funksjon for å stimulere til innovasjon.	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016
En koordinert og helhetlig tildeling av midler til utviklingstiltak og forsøksvirksomhet, og krav om robuste evalueringer av utprøvinger og forsøksvirksomhet så kunnskap om gode modeller kan spres.	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Etablere et virkemiddel / en finansieringsordning rettet mot potensielt kommersialiserbare forskningsresultater relatert til helse i/for land med lav betalingsevne (utvikling, verifisering og kvalitetssikring).	Møte de globale helseutfordringene	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Styrke utviklingen av helserelaterte teknologier og produkter for lav og mellominntektsland gjennom bruk av offentlige midler til næringsutvikling både i disse landene og i Norge.	Møte de globale helseutfordringene	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
En andel av forskningsmidlene bør kanaliseres gjennom helsesektoren selv, slik det er etablert for regionale helseforetak i dag. Det bør etableres klare	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.

innsatsmål om at en prosentandel av helse- og omsorgstjenestens budsjetter benyttes til forskning for henholdsvis universitetssykehusene og øvrige helseforetak, og for kommunale helse- og omsorgstjenester. Universitetssykehusene bør benytte minst 5 % av budsjettene til forskning.		
Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene må presiseres for å sikre at de samlet fremmer internasjonalisering, økt kvalitet og samarbeid med næringslivet. Finansiering via Forskningsrådet skal bidra til internasjonalisering, internasjonalt konkurransedyktig forskning, kvalitet på viktige områder, også på forskningssvake områder, samarbeid med næringslivet og innovasjonsevne i offentlig sektor. Den grunnleggende forskningen må sikres gode rammevilkår gjennom nasjonale og internasjonale finansieringskanaler.	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.

Endring lover og regler

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Evaluerer og endrer lover og regler	Helsedata som nasjonalt fortrinn	Tiltaket er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Etablere klarere krav til og nødvendige lovmessige og finansielle rammebetingelser i primær- og spesialisthelsetjenesten for å ivareta praksisarenaen i grunn- og videreutdanningen av helsearbeidere – og gjennom dette styrke praksisrettet FoU i alle tjenestesektorer.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.

Påvirke til organisasjon og strukturendringer

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Organisering	Helsedata som nasjonalt fortrinn	Tiltaket er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Regionale samarbeidsorgan for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester	Kunnskapsløft for kommunene	Anbefalingen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Nasjonal koordinering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene	Kunnskapsløft for kommunene	Anbefalingen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
De regionale helseforetakene og UoH-sektoren bør bygge opp felles	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.

Forskningsadministrasjoner og - infrastruktur, og forskningsgrupper med felles ansatte og felles/nærliggende arealer for best utnyttelse av offentlige bevilgninger. Det må være en klar forventning om at de to sektorene lager kjørerregler for samhandling på regionalt og lokalt nivå. Ett eller flere universitetssykehus og universiteter bør prøve ut modeller for økonomisk og administrativt samarbeid innenfor helseforskning, utdanning og innovasjon i et integrert universitetssykehus.		
Det etableres nye samarbeidsorganer for forskning mellom kommuner og forsknings- og utdanningsinstitusjoner på regionalt nivå. Disse må utvikle gode modeller for samarbeid regionalt, blant annet om infrastruktur, og bidra til å fordele regionalt konkurranseutsatte midler for kommunenes behov. Videre bør samarbeidsorganene legge til rette for samhandling med helseforetakene, instituttsektoren og næringslivet. For utdanning bør det være ett samlet regionalt samarbeidsorgan som dekker universiteter og høyskoler og både helseforetakene og kommunene. Når det gjelder forskning, bør de regionale samarbeidsorganene for kommunenes helse og omsorgstjenester bør ha felles sekretariat og administrative funksjoner med dagens regionale samarbeidsorganer for spesialisthelsetjenesten.	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Etablere tverrsektorielle strukturer for strategisk lederutvikling innen forskning og innovasjon og forskningsinstitusjonsledelse på helseog omsorgsområdet.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.
Styrke kompetansen på tjenesteinnovasjon gjennom et helhetlig nasjonalt system med regionale sentre, som dekker både kommunene og helseforetakenes behov.	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.

Bidra til helhetlig infrastruktur og tilgjengelig helsedata

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Tilpasning av den digitale infrastrukturen – Nasjonal infrastruktur som et økosystem	Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Fokusområdet er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under behandling.
Infrastruktur for utvikling, testing,	Helse og omsorg som	Fokusområdet er vedtatt av

verifisering og skalering av helseprodukter og tjenester	næringspolitisk satsingsområde	Rådet. Tiltaket er under behandling.
Integrere i e-helse-arbeidet	Helsedata som nasjonalt fortrinn	Tiltaket er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Utvikling av forskningsinfrastruktur for den kommunale helse- og omsorgstjenesten	Kunnskapsløft for kommunene	Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Etablere god infrastruktur for kliniske studier av høy kvalitet i henhold til den internasjonale standarden Good Clinical Practice (GCP). Styrke etableringen og videreutviklingen av kliniske utprøvingssenheter ved de norske universitetssykehusene, slik at kravene til ansvarlig studiegjennomfører (sponsor) kan oppfylles. Etablere forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelsetjenesten som kan koordinere kliniske studier.	Bedre klinisk behandling	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Styrke utviklingen av helserelaterte teknologier og produkter for lav og mellominntektsland gjennom bruk av offentlige midler til næringsutvikling både i disse landene og i Norge.	Møte de globale helseutfordringene	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.

Bedre strategisk styring og økt rolleforståelse

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Etablere tverrsektorielle strukturer for strategisk lederutvikling innen forskning og innovasjon og forskningsinstitusjonsledelse på helse og omsorgsområdet.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.
Det etableres et helhetlig monitoreringssystem for forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning for helse- og omsorgstjenestene (HO21Monitor), som gir styringsinformasjon til departementer, direktorater, Forskningsrådet og nasjonale og regionale samarbeidsorganer. Denne informasjonen bør være grunnlag for regelmessige institusjonsevalueringer som grunnlag for kvalitetsheving og strukturendringer i sektorene. Informasjonen må understøtte gode prioriteringer av ressursinnsatsen i forhold til kunnskapsbehov. Monitoreringen må bygge på eksisterende informasjonskilder så langt det er mulig.	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Det bør utvikles et nasjonalt lederutviklingsprogram for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorer og institusjoner	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016 .

og privat/offentlig sektor. Elementer fra dette bør også være en vesentlig del av topplederprogrammet for helseforetakene.		
--	--	--

Mer helhetlig koordinering av medisin- og helseforskning

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Bedre koordinering av innspill fra HOD, universiteter/helseforetak, industri og Forskningsrådet til utforming arbeidsprogrammer og utlysninger i Horizon2020. Det foreslås å sende en henvendelse til NFR med et ønske om at NFR tar en tydeligere rolle i å samkjøre/koordinere norske aktører (HOD, NFR, UH-sektor, HF, etc) ift Horisont 2020 (innspill til arbeidspakker etc)	Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene må presiseres for å sikre at de samlet fremmer internasjonalisering, økt kvalitet og samarbeid med næringslivet. Finansiering via Forskningsrådet skal bidra til internasjonalisering, internasjonalt konkurransedyktig forskning, kvalitet på viktige områder, også på forskningssvake områder, samarbeid med næringslivet og innovasjonsevne i offentlig sektor. Den grunnleggende forskningen må sikres gode rammevilkår gjennom nasjonale og internasjonale finansieringskanaler.	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.

Mer innovasjon og økt bruk av offentlige anskaffelser

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Helse- og omsorgssektoren må innføre prosesser for innovative anskaffelser og benytte dialogkonferanser med brukere og relevantnæringsliv/leverandører	Økt brukermedvirkning	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.
Utvikling og etablering av effektive virkemidler for innovasjonsprosjekter i næringslivet knyttet til innovative anskaffelser.	Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Fokusområdet er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under behandling.
Styrke ordningen med innovative anskaffelser, inkludert vedrørende kliniske utprøvinger	Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under behandling.

Tiltak fra strategien som er spesielt rette mot ett satsingsområde

Økt brukermedvirkning

1.	For å øke brukermedvirkningen i offentlige finansierte kliniske studier, innføres krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planleggingen av studien.	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.
2.	Forskningsinstitusjonene må utarbeide retningslinjer og iverksette tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskningens ulike faser, herunder økt brukermedvirkning i utforming (design) av forskningsprosjekter.	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.
3.	Minoritetsperspektivet må inkluderes i brukermedvirkning, spesielt i studier som angår tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester.	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.

Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

1.	Etablering av en verdikjede for presisjonsmedisin – inkludert etablering av infrastruktur som muliggjør at næringslivet får tilgang til helsedata for næringsmessige formål.	Fokusområdet er vedtatt av Råde. Tiltaket er under arbeid.
2.	Global spredning.	Fokusområdet er vedtatt av Råde. Tiltaket er under arbeid.
3.	Vertskapsattraktivitet.	Fokusområdet er vedtatt av Råde. Tiltaket er under arbeid.
4.	Omstilling fra olje og gass til helse, og større offentlige satsinger	Fokusområdet er vedtatt av Råde. Tiltaket er under arbeid.

Kunnskapsløft for kommunene

1.	Forholdet til de nasjonale og regionale kunnskaps-, kompetanse -, utviklings- og forskningssentrene	Fokusområdet er vedtatt av Råde. Tiltaket er under arbeid.
----	---	--

Helsedata som nasjonalt fortrinn

1.	Utarbeide rapport	Tiltaket er vedtatt av Råde. Tiltaket er under arbeid.
----	-------------------	--

Bedre klinisk behandling

1.	Skape insentiver for deltakelse og inkludering i kliniske	Til 1. gangs behandling i
----	---	---------------------------

	studier, slik at avdelinger og klinikker i universitetssykehus i større grad definerer klinisk utprøving som en av sine oppgaver – med nødvendig ressursallokering – for å yte et fullstendig behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det må skapes finansielle insentiver for dette, eksempelvis ved særskilt å finansiere studiesykepleiere og annet støttepersonell, frikjøp av leger og lignende.	Rådet 28. november 2016.
2.	Aktiv deltakelse i forskningsarbeid knyttet til kliniske studier bør bli meritterende i legers spesialistutdanning, og få positiv innvirkning på karriere- og lønnsutvikling.	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
3.	Styrke mulighetene for flest mulig pasienter til å delta i kliniske studier og utprøvende behandling. Tilfeldige og geografiske ulikheter i helsetjenestetilbudet må utjevnes, og raskere inkludering av pasienter i kliniske studier må sikres. Det må opprettes et nytt nasjonalt system for ny vurdering når det ikke lenger foreligger et etablert behandlingstilbud for alvorlige sykdommer som inneholder: → Etablerer et nettsted med oversikt over pågående kliniske studier med leservennlig informasjon til pasienter/pårørende, fastleger og andre klinikere. → En mulighet for pasienter/pårørende og helsepersonell til å få vurdert informasjon de selv har innhentet. → En mulighet for pasienter til å bli vurdert, for eksempel av et ekspertpanel, til å kunne delta i studier/behandling.	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
4.	Det må stilles krav om at ny behandling i hovedsak skal dokumenteres før den innføres i helsetjenesten, og at utprøvende behandling som hovedregel bør tilbys som del av en klinisk studie. Forskningsdokumentasjonen må innfri tydelige kvalitetskrav, og det må etableres konkrete standarder før forskningsresultater implementeres i helsetjenesten slik det er lagt opp til i systemet for innføring av nye metoder. Pasientforløpsstudier kan gjennomføres for å sikre gode resultater av implementeringen.	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.

Effektive og lærende tjenester

1.	Tilrettelegge for bedre systematikk i innovasjonsarbeidet i tjenestene. Dette inkluderer metodikk for behovskartlegging, brukermedvirkning og ide, evaluering, implementering og spredning.	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
----	---	---

Møte de globale helseutfordringene

1.	Insentiver må etableres for å inkludere flere fremragende forskningsmiljøer i kapasitetsbygging i lav- og	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november
----	---	--

	mellominntektsland. Alle store forskningsprogram relatert til helse, og hvor dette er naturlig, bør inkludere et element av kapasitetsbygging i disse landene.	2016.
--	--	-------

Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering

1.	Etablere dialog med utvalget som er nedsatt for å se på grenseflaten mellom UH og spesialisthelsetjenesten	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid. Leder av utvalget Anne Husebekk kommer til rådsmøtet 12. september 2016.
2.	Alle aktører styrker insentivordninger og støttefunksjoner vedrørende internasjonal finansiering. Bedre koordinering av støttefunksjoner for innhenting av internasjonal finansiering ønskelig	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.

Utvikling av de menneskelige ressursene

1.	Etablere stillinger/ordninger som skaper attraktive karriereveier for forskning og utdanning i hele helse- og omsorgssektoren, inkludert med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester.	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.
2.	Gjennomføre strukturelle endringer som styrker rekruttering og mobilitet i helseforskning, og som skaper attraktive karriereveier for unge forskere. Rette opp ubalansen i stillingsstruktur i forskningssystemet ved å etablere flere konkurranseutsatte innstegsstillinger som attraktive karriereveier for unge forskere. Gjennomgå stillingsstrukturen i helseforetakene for å skape sammenhengende tid til forskning og karriereveier for klinisk forskning i universitetssykehusene.	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.

Strategisk og kunnskapsbasert styring

1.	Det etableres et helhetlig monitoreringssystem for forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning for helse- og omsorgstjenestene (HO21 Monitor), som gir styringsinformasjon til departementer, direktorater, Forskningsrådet og nasjonale og regionale samarbeidsorganer. Denne informasjonen bør være grunnlag for regelmessige institusjonsevalueringer som grunnlag for kvalitetsheving og strukturendringer i sektorene. Informasjonen må understøtte gode prioriteringer av ressursinnsatsen	HO21 Monitor lanseres høsten 2016.
----	---	------------------------------------

	i forhold til kunnskapsbehov. Monitoreringen må bygge på eksisterende informasjonskilder så langt det er mulig.	
2.	Det bør utvikles et nasjonalt lederutviklingsprogram for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorer og institusjoner og privat/offentlig sektor. Elementer fra dette bør også være en vesentlig del av topplederprogrammet for helseforetakene.	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.



Sak 33/16 Satsingsområde Strategisk og kunnskapsbasert styring

Type sak: Vedtakssak
Til: HO21-rådet
Fra: HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

Bakgrunnsdokumenter:	- 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:	- Vedlegg 1 Saksnotat fra arbeidsgruppen - Vedlegg 2 Kopi av innspill til Husebekk-rapporten 15.8.2016 - Vedlegg 3 Husebekk-rapporten, utkast versjon 2 (dokumentet er under arbeid, endringer vil forekomme) - Vedlegg 4 Oppsummering av HO21-spørreundersøkelsen 2016
Ansvarlig:	- Arnfinn Sundsfjord, UiT (<i>gruppeleder</i>) - Bernadette Kumar, NAKMI - Camilla Stoltenberg, FHI - Ernst Omenaas, Helse Bergen - Fredrik Syversen, IKT Norge - Monica Wammen, HiB - Nina Mevold, Bgn kommune
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	Møte 29.2.2016 (02/16)

Hovedpunkter

Satsingsområdet Strategisk og kunnskapsbasert styring var sist diskutert på rådsmøtet 02/16 (29.2.2016). Universitet- og høyskolerådet (UHR) v/seniorrådgiver Rakel Christina Granaas var invitert til rådsmøtet for å informere om Nasjonalt lederutviklingsprogram-dekanskolen. Administrerende direktør Inger Cathrine Bryne (Helse Stavanger HF) holdt et innlegg om ledelse for forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten, mens 10-FAKTOR KS' medarbeiderundersøkelse ble presentert av fagsjef Anne Margrethe Fletre.

Den interne arbeidsgruppen for dette satsingsområdet som består av Arnfinn Sundsfjord (UiT) (*gruppeleder*), Bernadette Kumar (NAKMI), Camilla Stoltenberg (FHI), Ernst Omenaas (Helse Bergen), Fredrik Syversen (IKT Norge), Monica Wammen (HiB) og Nina Mevold (Bergen kommune), har til rådsmøtet diskutert de foreslåtte tiltakene i strategien og tiltakene i

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien, og kommet frem til følgende forslag til tiltaksliste for dette satsingsområdet:

1. Etablering av HO21 Monitor
2. Etablering av nye samarbeidsorganer
3. Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene
4. Forskningsmidler i helsesektoren
5. Oppbygging av en felles forskningsadministrasjon for RHF-ene og UH-sektoren
6. Utvikling av et nasjonalt lederutviklingsprogram
7. Implementering av HelseOmsorg21
8. Vurdering av om NSG bør tilpasses til de nye strukturene som foreslås i HO21
9. Topplederforum er den overordnede arenaen der ulike aktører kan drøfte iverksettelsen av HelseOmsorg21
10. Kartlegging av barrierer og handlingsrom
11. Opprettelse av et mindre operativt strategisk organ

Av de 11 tiltakene er to tiltak (nr 8 Vurdering av om NSG bør tilpasses til de nye strukturene som foreslås i HO21 og nr 11 Opprettelse av et mindre operativt strategisk organ) gjennomført og tiltak nr 9 Topplederforum er den overordnede arenaen der ulike aktører kan drøfte iverksettelsen av HelseOmsorg21, er ikke relevant lenger. Tiltak nr 1 Etablering av HO21 Monitor lanseres høsten 2016 (ref. orienteringssak 31.3). Tiltak nr 2 Etablering av nye samarbeidsorganer og tiltak nr 4 Forskningsmidler i helsesektoren bør ses i sammenheng med tiltak innenfor f.eks. satsingsområdet Kunnskapsløft for kommunene.

Rådet sendte 15.8.2016 innspill til Husebekk-rapporten del 1 (ref. tiltak nr 3 Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene og tiltak nr 10 Kartlegging av barrierer og handlingsrom). Leder av barriereutvalget er invitert til rådsmøtet 12.9.2016 for å informere om det videre arbeidet med Husebekk-rapporten. Tiltak nr 5 Oppbygging av en felles forskningsadministrasjon for RHF-ene og UH-sektoren er vanskelig å ta stilling til pr i dag siden det bl.a avhenger av hva Husebekk-utvalget vil konkludere med i sin rapport.

Utvikling av et nasjonalt lederutviklingsprogram (tiltak nr 6) har vært nevnt flere ganger i Rådet. Nasjonalt topplederprogram (NTP) skal bidra til verdiforankring og utvikling av felles kunnskap og ferdigheter hos de fremtidige topplerne i spesialisthelsetjenesten. Programmet har pågått i 10 år og kan vise til gode resultater og evalueringer når det gjelder opplevd utbytte både for deltakere og foretakene. Programleder Trond Ragnes er invitert til rådsmøtet 12.9.2016 for å presentere NTP. Ashridge Director George Binney kommer til rådsmøtet 28. November for å presentere NIHR Leadership Program.

Rådet skal, som en av sine hovedoppgaver, bidra til en koordinert og helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (HO21) (ref. mandat for Rådet). På denne bakgrunn gjennomførte Rådet våren 2016 en spørreundersøkelse med den hensikt om å få kartlagt status for arbeidet med HO21 i sektoren. Resultatene fra undersøkelsen viser at det er behov for at Rådet diskuterer hva Rådet kan bidra med for å sikre at institusjonene utvikler egne strategier og planer for å oppnå målene i HO21-strategien.

Presentasjon av Husebekk-rapporten, samt informasjon om det videre arbeidet ved leder av barriereutvalget Anne Husebekk (UiT).

Presentasjon av Nasjonalt topplederprogram ved programleder Trond Ragnes.

Presentasjon av arbeidsgruppens arbeid med tiltakene i strategien og handlingsplanen v/gruppeleder Arnfinn Sundsfjord (UiT).

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om gi innspill til vedlagte versjon av Husebekk-rapporten. Tilbakemeldingene som gis i møtet vil være Rådets siste tilbakemeldinger til rapporten.

Rådet bes om å diskutere tiltakene

- 2) Etablering av nye samarbeidsorganer,
- 3) Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene,
- 5) Oppbygging av en felles forskningsadministrasjon for RHF-ene og UH-sektoren,
- 6) Utvikling av et nasjonalt lederutviklingsprogram,
- 7) Implementering av HO21 og
- 10) Kartlegging av barrierer og handlingsrom,

spesielt med tanke på hva Rådet kan bidra med ift implementering av tiltakene.

Rådet bes om å diskutere om det er andre tiltak enn det som arbeidsgruppen har kommet frem til som Rådet bør diskutere for dette satsingsområdet.

Forslag til vedtak: *Formuleres i møtet.....*

VEDLEGG

Sak 33/16



Notat til diskusjon på rådsmøtet 12.9.2016

Fra:	• Arnfinn Sundsfjord, UiT (<i>gruppeleder</i>) • Bernadette Kumar, NAKMI • Camilla Stoltenberg, FHI • Ernst Omenaas, Helse Bergen • Fredrik Syversen, IKT Norge • Monica Wammen, HiB • Nina Mevold, Bergen kommune
Vedlegg 1:	Sak 33/16 satsingsområde Strategisk og kunnskapsbasert styring

Kort om status for arbeidet med de foreslåtte tiltakene i strategien (nr. 1-9) og de to tiltakene i handlingsplanen (nr. 10-11):

1. Etablering av HO21 Monitor

Strategien: "Det etableres et helhetlig monitoreringssystem for forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning for helse- og omsorgstjenestene (HO21Monitor), som gir styringsinformasjon til departementer, direktorater, Forskningsrådet og nasjonale og regionale samarbeidsorganer. Denne informasjonen bør være grunnlag for regelmessige institusjonsevalueringer som grunnlag for kvalitetsheving og strukturendringer i sektorene. Informasjonen må understøtte gode prioriteringer av ressursinnsatsen i forhold til kunnskapsbehov. Monitoreringen må bygge på eksisterende informasjonskilder så langt det er mulig".

Status: Etablering av HO21 Monitor ble foreslått både i HO21-strategien og i handlingsplanen. En første versjon av monitoren blir presentert i løpet av 2016. Det var Forskningsrådet som i 2015 fikk i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å etablere HO21 Monitor. Våren 2015 ble det nedsatt en prosjektgruppe bestående av 14 personer som er ansvarlig for utredning og implementering av monitoren. Den første versjonen samler indikatorer og kilder som allerede er tilgjengelig. Ingen nye indikatorer er utarbeidet.

HO21 Monitor lanseres november 2016.

2. Etablering av nye samarbeidsorganer

Strategien: "Det etableres nye samarbeidsorganer for forskning mellom kommuner og forsknings- og utdanningsinstitusjoner på regionalt nivå. Disse må utvikle gode modeller for samarbeid regionalt, blant annet om infrastruktur, og bidra til å fordele regionalt konkurranseutsatte midler for kommunenes behov. Videre bør samarbeidsorganene legge til rette for samhandling med helseforetakene, instituttsektoren og næringslivet. For utdanning

bør det være ett samlet regionalt samarbeidsorgan som dekker universiteter og høyskoler, helseforetak og kommuner. Når det gjelder forskning, kan de regionale samarbeidsorganene for kommunenes helse- og omsorgstjenester ha felles sekretariat og administrative funksjoner med dagens regionale samarbeidsorganer for regionalt helseforetak og universitet".

Status: Kort om hva som gjøres i de fire helseregionene i dag:

Helse Nord har siden foretaksreformen hatt det regionale samarbeidsorganet mellom Helse Nord RHF og universitetene (USAM) med hovedfokus på samspill i helseforskning og et mandat som er gitt av HOD. I februar 2015 ble det opprettet et regionalt samarbeidsorgan for helseutdanning; Nord-norsk samarbeidsorgan for helseutdanning. Det har følgende mandat: (a) Samordne arbeidet for dimensjonering av regionale helsefaglige utdanninger i tråd med regionens behov, (b) legge til rette for hensiktsmessig samarbeid mellom tjenestene og utdanningsinstitusjonene i utformingen av helsefaglige studieprogram herunder også ivaretagelse av kvalitet i praksis, (c) fremskaffe dokumentasjon som skaper et faktabasert beslutningsgrunnlag for samarbeidsorganets videre arbeid. Sammensetning: universitetene (2), fylkesmennene (1), fylkeskommuner (1), helseforetakene (4), RHF (1), KS (1), kommuner (3), Sametinget (1), fylkestannhelsetjenesten (1). Sekretariatsledelse: Forankret i Helse Nord RHF.

Helse Midt-Norge har etter den store NTNU utvidelsen opprettet en ny konstellasjon i Midt-Norge. Det pågår en utredning om hvorvidt Midt-Norge skal ha et overgripende samarbeidsorgan mellom universitet/helseforetak med deltakelse fra kommuner, og gjerne med underutvalg for forskning og utdanning. De nye foreslåtte samarbeidsorganer mellom kommuner og universitet/høyskoler har ikke vært oppe for drøfting mellom partene. Det antas at kommunene i samarbeid med universitet/høyskolesektoren må ha en sentral rolle i etableringen av disse samarbeidsorganene. På lik linje med at kommunene er representert i samarbeidsorganene mellom helseforetak og universitet er det også ønskelig at samarbeidsorganene mellom kommuner og universitet/høyskoler har deltakelse fra spesialisthelsetjenesten.

Helse Vest har invitert medlemmene i de to regionale samarbeidsorganene, med universitetene og høyskolene, til å komme med forslag til hvordan organisering og samhandlingsarenaer kan ivaretas i fremtiden. Tilbakemeldingen er i sterkere grad å sette fokus på og arbeide med spørsmål knyttet til utdanningene. Dette er viktig for å kunne tilby fremtidsrettede og trygge helsetjenester. Det omhandler rett volum, rett kompetanse og god samhandling. Den institusjonelle representasjonen bør være på tilsvarende nivå som i samhandlingsarenaen for forskning og innovasjon, enten det blir valgt et eller to samarbeidsorgan som endelig modell.

Helse Sør Øst: Helse Sør-Øst har to regionale samarbeidsorganer, ett med Universitetet i Oslo og ett med høyskolene, men med noe kryssrepresentasjon. Samarbeidsorganet med UiO legger opp til en systematisk kontakt med næringslivsrepresentanter. Det er en pågående diskusjon om framtidig struktur av samarbeidsorganene. Både UiO og helseforetakene har etablert tett dialog med Oslo kommune, men de nye foreslåtte samarbeidsorganer mellom kommuner og universitet/høyskoler har ikke vært formelt diskutert.

Problemstillinger til diskusjon i HO21-rådet:

- De ulike regionene innbyr til konkrete spørsmål om erfaringer så langt. Hvilke erfaringer bør deles mellom regionene?

3. Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene

Strategien: "Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene må presiseres for å sikre at de samlet fremmer internasjonalisering, økt kvalitet og samarbeid med næringslivet. Finansiering via Forskningsrådet skal bidra til internasjonalisering, internasjonalt konkurransedyktig forskning, kvalitet på viktige områder, også på forskningssvake områder, samarbeid med næringslivet og innovasjonsevne i offentlig sektor. Den grunnleggende forskningen må sikres gode rammevilkår gjennom nasjonale og internasjonale finansieringskanaler".

Status: Tiltaket bør ses i sammenheng med arbeidet som gjøres i kvalitet og internasjonaliseringsgruppen bl.a. ift utfordringen. "Det er behov for bedre koordinering av innspill fra HOD, universiteter/helseforetak, industri og Forskningsrådet til utforming av arbeidsprogrammer og utlysninger i Horizon2020". HelseOmsorg21-rådet sendte juni 2016 en anmodning til Forskningsrådet om å ta en enda tydeligere rolle i koordineringsarbeidet og at Forskningsrådet ser på hva som må gjøres for at Norge skal stå enda sterkere i sine innspill til Horisont 2020. Dette vil være sak på rådsmøtet 28. november 2016. Det foreslås å avvente det videre arbeidet med dette tiltaket til etter rådsmøtet 28. november.

4. Forskningsmidler i helsesektoren

Strategien: "En andel av forskningsmidlene bør kanaliseres gjennom helsesektoren selv, slik det er etablert for regionale helseforetak i dag. Det bør etableres klare innsatsmål om at en prosentandel av helse- og omsorgstjenestens budsjetter benyttes til forskning for henholdsvis universitetssykehusene og øvrige helseforetak, og for kommunale helse- og omsorgstjenester. Universitetssykehusene bør benytte minst 5 % av budsjettene til forskning".

Status: Tiltaket bør ses i sammenheng med arbeidet som pågår i kommunegruppen.

Kort om hva som gjøres i:

Helse Vest og Bergen kommune: De regionale helseforetakene setter årlig av midler over rammen til forskning og utvikling. For de seks universitetssykehusene er forventningen på inntil 5%, mens for de andre helseforetakene er det inntil 1% av årlig driftsbudsjett. Det gjøres årlige resursmålinger for å fastsette hvor stor denne andelen har vært (<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/helseforskning/innsikt/Maling-av-ressursbruk-til-forskning-i-helseforetakene/id2076202/>). De største universitetssykehusene ligger nær målsettingen, mens de mindre universitetssykehusene ligger noe lavere. De andre helseforetakene har vansker med å innfri målsettingen på 1% av driftsbudsjettet til forskning og innovasjon. Utfordringen som dette medfører er at kapasiteten til egeninnsats og egenandeler i større satsinger, flerregionale prosjekter eller internasjonalt samarbeid dermed blir begrenset.

Fokuset og forventningen til kommunehelsetjenesten i HO21 prosessen er stor. På samme måte som spesialisthelsetjenesten yter kommunene helsetjenester og det er naturlig at forskning og innovasjon er en integrert del av tjenesteproduksjonen. Nytteverdi for brukerne og brukermedvirkning må stå i fokus. For å få nok kraft og styrke til å gjennomføre forskning og utvikling i tjenestene anbefales det i HO21 strategien at også kommunene settes seg mål om at en prosentandel av helse- og omsorgstjenestens totale budsjetter skal benyttes til formålet. Som et eksempel har Bergen kommune i sin plan for Kunnskapskommunen Helse Omsorg Bergen satt seg mål om å sette av inntil 0,5% av totalbudsjettet til forskning og utvikling. Et måltall på 1% for de større kommunene kan være et realistisk mål innen 2020.

KS har ikke tatt stilling til konkrete beløp eller andeler, men Hovedstyret fattet følgende vedtak i desember 2014: «KS forutsetter at rammestyring, både økonomisk og juridisk, ligger til grunn ved overføring av nye oppgaver til kommunene. KS forutsetter at full finansiering av oppgavene dekker overgangskostnader knyttet til at kommunene må opparbeide seg nødvendig kompetanse og kapasitet. Det bør etableres regionale sentra for praksisnær forskning, utvikling og innovasjon i helse- og omsorgssektoren som styres av kommunesektoren. Sentrene for omsorgsforskning og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester bør som første steg inngå i regionsentrene og styres i samme struktur. Statlige tilskuddsmidler til helse, omsorg og velferdstjenester i kommunene bør samles og overføres til kommunene til forskning, utvikling og innovasjon.»

5. Oppbygging av en felles forskningsadministrasjon for RHF-ene og UH-sektoren

Strategien: "De regionale helseforetakene og UoH-sektoren bør bygge opp felles forskningsadministrasjoner og -infrastruktur, og forskningsgrupper med felles ansatte og felles/nærliggende arealer for best utnyttelse av offentlige bevilgninger. Det må være en klar forventning om at de to sektorene lager kjøreregler for samhandling på regionalt og lokalt nivå. Ett eller flere universitetssykehus og universiteter bør prøve ut modeller for økonomisk og administrativt samarbeid innenfor helseforskning, utdanning og innovasjon i et integrert universitetssykehus".

Status: Tiltaket bør ses i sammenheng med arbeidet til Husebekk-utvalget. Arbeidsgruppen foreslår at dette tiltaket tas opp til diskusjon på et senere rådsmøte.

6. Utvikling av et nasjonalt lederutviklingsprogram

Strategien: "Det bør utvikles et nasjonalt lederutviklingsprogram for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorer og institusjoner og privat/offentlig sektor. Elementer fra dette bør også være en vesentlig del av topplederprogrammet for helseforetakene".

Bakgrunn. Mange av innspillene i HO21-prosessen pekte på behov for sterkere vektlegging av bedre forståelse og kultur for forskning og innovasjon i tjenestene. Ikke minst understreket man behovet for økt forståelse og samarbeid om helseforskning på tvers av institusjoner og sektorer. I tillegg til at universitet- og høyskoler har instituttsektoren vært viktige aktører i helseforskningen. Gjennom helseforetaksreformen i 2002 fikk helseforetakene også et selvstendig ansvar for helseforskning med tilknytning til tjenesten og har blitt en viktig aktør. Samlet sett har dette medført at helseforskningen i Norge har blitt styrket. I HO21 strategien var også kunnskapsbygging i kommunal sektor et prioritert område og det arbeides nå med strukturer og finansiering for å kunne operasjonalisere slike mål.

Med flere sterke helseforskningsaktører er det et nasjonalt behov for et godt samspill for å kunne utnytte offentlige ressurser på en hensiktsmessig måte og fremme kvalitet og internasjonalisering av ny kunnskap av betydning både på kort og lang sikt. Et virkemiddel i dette arbeidet kunne være et tydeligere fokus på ledelse og lederskap – overordnet og strategisk ledelse på institusjons- og systemnivå, hvor nettopp forståelsen av både egne og

andres roller og funksjoner i kunnskapssystemet og forsknings- og innovasjonssystemet vil være sentralt. I HO21-prosessen gjennomførte RAND en analyse av foreløpige forslag til tiltak fra delrapportene i HO21, og identifiserte ledelse som en mulig satsing. Et hovedmål må være å bringe sammen ledere fra både UoH-sektoren, instituttsektoren, helseforetakene, kommunene, forvaltningen og næringslivet til en felles lederutviklingsprosess hvor man bygger forståelse for andre aktører og etablerer bredere nettverk. Det er positive internasjonale erfaringer med lederutvikling for forskning og innovasjon fra flere land. I Storbritannia har National Institute of Health Research (NIHR) i de senere år utviklet et nasjonalt lederskapsprogram som også har bidratt til et nettverk av forsknings- og innovasjonsledere. I Canada er det utviklet et lederprogram for helsetjenesten og helseforvaltningen hvor målet er å bidra til økt etterspørsel etter og bruk av forskning og innovasjon. Flere norske institusjoner samarbeider med Copenhagen Business School om forskningslederutdanning, og dette har også vist seg som et vellykket program for ledelse på forskningsgruppenivå.

Kort om noen eksisterende lederutviklingsprogram

- **UHRs lederutviklingsprogram.** Mål for programmet: Programmet skal gi deltakerne økt kompetanse til å videreutvikle egen lederrolle. Hovedvekten vil bli lagt på strategiske, faglige, personalmessige og økonomiske aspekter ved lederrollen. Nettverksbygging og erfaringsutveksling innenfor og på tvers av institusjonstyper og fag er også sentrale elementer i programmet. Programmets målgruppe: Målgruppen er dekaner ved universiteter og høyskoler samt instituttledere ved de største institusjonene. Programmets hovedelementer er: UH-sektoren, nasjonalt og internasjonalt, herunder for eksempel rammebetingelser og utviklingstrekk, samfunnsoppdraget, kvalitetsarbeid. Ledelse i en kunnskapsbedrift, dekanrollen, herunder for eksempel strategi- og utviklingsarbeid, strategisk ledelse med mål- og resultatstyring, organisasjonskunnskap, endringsledelse, forsknings- og utdanningsledelse. Personalledelse, herunder motivasjon, utfordrende samtaler og konflikthåndtering, ekstern kontakt og ekstern kommunikasjon. UHR presenterte lederutviklingsprogrammet på rådsmøtet 29.2.2016 (02/16).
- **Helseledelse – den nasjonale lederutdanning for primærhelsetjenesten.** Utdanningen er et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Handelshøyskolen BI, og har fokus på ledelse, endring og innovasjon. Et viktig siktemål med utdanningen er å øke ledernes handlingskompetanse og evne til innovasjon og endring for å øke handlingsrommet i eget arbeid. Programmet i helseledelse skal bidra til å utdanne handlekraftige og kompetente ledere for helse- og omsorgstjenestene, som kan håndtere sektorens omfattende behov for endring, utvikling og innovasjon. Gitt de økende utfordringene til ledelse i helse- og omsorgstjenester er det behov for lederutdanning med fokus på utvikling av handlingskompetanse. I dette studiet skal studentene utvikle kompetanse til å gjennomføre vanskelige prioriteringer i spenningsfeltene mellom fag, ressurser og politikk, og til å praktisere ledelse og styring slik at man når sine mål om kvalitet for brukerne og samtidig effektiv ressursutnyttelse. Utdanningen inneholder følgende elementer: a) Ledelse og samhandling i kunnskapsorganisasjoner, b) Organisasjonskultur og gruppedynamikk i helse- og omsorgstjenesten, c) Ledelse av innovasjon og endring, d) Strategisk forvaltning og utvikling av kompetanse, e) Ledelse og økonomi: Styring i offentlig forvaltning og f) Jus, internkontroll og etikk.
- **Nasjonalt topplederprogram.** Det nasjonale topplederprogrammet skal bidra til verdiforankring og utvikling av et felles sett av kunnskap og ferdigheter hos de fremtidige topplederne i spesialisthelsetjenesten. Gjennom et slikt fellesskap legges det til rette for å

sikre en helhetlig helsetjeneste for befolkningen på tvers av regionene. Programmet bygger på de tre kjerneverdiene kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg og respekt i møte med pasienten. Det legges vekt på utvikling og foredling av relevante ferdigheter innen verdibasert, resultatorientert, strategisk, og operativ ledelse. Utvikling av det personlige lederskapet går som en rød tråd gjennom hele programmet ved at deltakerne kontinuerlig utfordres mht verdigrunnlag og egne kvaliteter og begrensninger i utøvelse av lederskapet. Teori omformes til praktisk kunnskap gjennom debatt, egne presentasjoner, trening, tilbakemeldinger og refleksjon. Programmet skiller seg spesielt fra andre programmer innen helseledelse ved sitt nasjonale perspektiv og ved en sterk forankring i sektoren. Det vil bli lagt stor vekt på å utvikle deltakernes forståelse av helsetjenestens rolle og plass i samfunnet, inkludert helseforetakenes forhold til omverden lokalt, regionalt og sentralt. RHF-ene styrer programmet i fellesskap gjennom styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak, og både rekruttering og oppfølging av deltakerne er godt forankret i helseforetakenes toppladelse. I gjennomføringen av programmet deltar også ressurser fra helseforetakene gjennom å formidle ledelsesutfordringer og – erfaringer som kollegaer i andre helseforetak vil kunne dra nytte av. Etter endt utdanning skal deltakerne ha styrket sin evne til å i) vurdere helseforetaket i et samfunnsperspektiv, ii) angi retning for utvikling og endring i helseforetaket, iii) levere sykehustjenester som fremmer kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg og respekt i møte med pasienten og iv) ikke minst, kunne vurdere egne holdninger, kvaliteter og begrensninger mht å utøve topplererskap i helseforetakene. Plasser på Nasjonalt topplerersprogram stilles til disposisjon for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

- **KS-Ks skreddersydd lederutviklingskurs.** KS-K¹ har over tid utviklet en grunnmodell for lederutvikling som bygger på de mest anerkjente og veldokumenterte studier over hva som gir effektiv ledelse. Denne fagkunnskapen har vi så forsøkt å tilpasse kommunesktorens egenart. Modellen er grovmasket og gir plass til mange ulike tilnærminger og skreddersydd prosesser. KS-K har over tid utviklet en rekke verktøy og metoder som kan legges inn i et skreddersydd lederutviklingsprogram som er tilpasset den enkelte kommune eller fylkeskommunes behov.
- **NTNU** tilbyr lederutviklingsprogram til alle grupper av ledere. Det er lagt opp til at programmene jevnt over gjennomføres med tre samlinger á to dager. Alle programmene er bygget mer eller mindre over samme lest med tilpasninger til de forskjellige oppgavene og utfordringene lederne står oppe i. Det finnes program for: instituttledere, faglige ledere (faggruppeledere og andre ledere på 4. nivå m.fl.), administrative ledere (seksjonsledere, kontorsjefer m.fl.), utdanningsledere (ledere av studieprogram eller programråd m.fl.) og dekaner, rektorat.

Programleder Nasjonalt topplerersprogram Trond Ragnes kommer til rådsmøtet 12. september.

Ashridge Director, NIHR Leadership Programme George Binney kommer til rådsmøtet 28. november.

¹ KS-Konsulent as er et konsultentselskap som er heleid av KS.

Problemstillinger til diskusjon i HO21-rådet:

- Er det behov for og hensiktsmessig å utvikle en egen modul/program for strategisk forskning- og innovasjonsledelse innenfor helsefeltet eller bør en nasjonal lederutviklingsmodul/program kobles opp mot og styrke eksisterende programmer (eller ja takk, begge deler). Målsettingen bør uansett være å styrke og fasilitere god kommunikasjon og samhandling.

7. Implementering av HelseOmsorg21

Strategien: "HO21-rådet skal, som en av sine oppgaver, innhente informasjon om hvor langt institusjonene er kommet med implementering av HelseOmsorg21".

Status: HelseOmsorg21-rådet sendte 1. april 2016 en invitasjon til 74 aktører om å delta i en spørreundersøkelse for å innhente informasjon om aktørenes arbeid med implementering av HO21-strategien. Ved fristens utløp hadde Rådet mottatt 31 besvarelser. Fem universitet, to høyskoler, de fire regionale helseforetakene, syv helseforetak, tre institutter, en bransjeforening, en klynge, et forskningsforvaltningsorgan, fire brukerorganisasjoner/brukerutvalg og tre kommuner hadde besvart undersøkelsen.

Noen resultater i korte trekk:

- 30 av 31 aktører oppgir at de kjenner HO21-strategien.
- Strategien er blitt drøftet på alle nivåer fra toppledelse til prosjektnivå.
- 13 aktører (ca. 42 prosent) oppgir at institusjon/organisasjon/interesseforening/klynge har utviklet sin egen strategi/handlingsplan, forankret i HO21-strategien.
- 25 aktører (ca. 81 prosent) oppgir at de har implementert tiltak i tråd med strategien.
- Det er iverksatt tiltak innenfor alle satsingsområdene. 23 aktører oppgir at de har iverksatt tiltak i forlengelse av satsingsområde Økt brukermedvirkning.
- Det foreligger konkrete planer for implementering av tiltak innenfor alle satsingsområdene. 17 aktører oppgir at de har planer om å iverksette tiltak knyttet til satsingsområde Økt brukermedvirkning.
- Aktørene ønsker blant annet at: Rådet bidrar med å prioritere saker og tiltak som bør settes på agendaen i institusjonene. Rådet tar en tydeligere rolle i arbeidet med å utvikle gode samarbeidsrelasjoner mellom relevante aktører.
- Rådet tar en tydeligere rolle i arbeidet med å utvikle tverrsektorielt samarbeid.
- Rådet tar en tydeligere rolle i arbeidet med å øke brukermedvirkning i forskning.
- Rådet bidrar i arbeidet med å øke forskning og innovasjonskompetansen i kommunesektoren.
- Rådet bidrar til utvikling av retningslinjer/tiltak for offentlige institusjoners samarbeid med næringsliv når det gjelder forskning og innovasjon, og kommersialisering.
- Rådet bidrar med kunnskaps- og erfaringsdeling mellom aktørene om tiltak iverksatt i tråd med HelseOmsorg21.

Resultatene kan tyde på at det er for lite bevissthet rundt institusjonenes ansvar. Det er derfor et behov for å diskutere hvordan Rådet kan bidra mer for å sikre at institusjonene utvikler egne strategier og planer for å oppnå målene i HO21.

Problemstillinger til diskusjon i HO21-rådet:

- Dekker HO21-monitoren også parameter for utdannings- og forskningsinstitusjonene?

- NFE-HS følger opp flere av tiltakene i HO21. Kunne det ha vært aktuelt å trekke frem de aktuelle tiltakene for UH sektoren og å lage en nasjonal strategi for å implementere disse?
- KD har årlige etatsstyringsmøter med høgscole/universitetsstyrene. Etterspør de tiltakene som skal bidra til å nå målene i HO21? og er disse tiltakene klare for sektoren? Bør KD bli mer tydelige i sektormålene når det gjelder å oppnå målene i HO21?
- Er det andre forslag til hvordan Rådet kan bidra?
- Bør det gjennomføres en tilsvarende undersøkelse mot slutten av 2018? (slutten av rådsperioden)

8. Vurdering av om NSG bør tilpasses til de nye strukturene som foreslås i HO21

Strategien: "Vurdering av om NSG bør tilpasses til de nye strukturene som foreslås i HO21"

Status: Tiltaket er gjennomført av NSG.

9. Topplederforum er den overordnede arenaen der ulike aktører kan drøfte iverksettelsen av HelseOmsorg21

Strategien: "Topplederforum er den overordnede arenaen der ulike aktører kan drøfte iverksettelsen av HelseOmsorg21".

Status: Tiltaket utgår. HelseOmsorg21-rådet er oppnevnt.

10. Kartlegging av barrierer og handlingsrom

Handlingsplanen: "Kartlegge barrierer og handlingsrom for samarbeid mellom universitets- og høgscolesektoren og helseforetak"

Status: Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har mottatt tydelige tilbakemeldinger på at det eksisterer barrierer som hindrer utvikling av et omfattende eksisterende samarbeid. På bakgrunn av dette oppnevnte departementene juni 2015 en arbeidsgruppe som har fått i oppdrag å beskrive eventuelle barrierer for samarbeid mellom universiteter og helseforetak og foreslå konkrete løsninger lokalt, regionalt og nasjonalt. Rådet har gitt innspill til Husebekk-rapporten del 1, 15.8.2016. Leder av utvalget Anne Husebekk kommer til rådsmøtet 12. september.

11. Opprettelse av et mindre operativt strategisk organ

Handlingsplanen: "Helse- og omsorgsdepartementet opprettet januar 2015 et mindre operativt strategisk organ, HelseOmsorg21-rådet (Rådet), som har som oppgave å gi råd til departementene i den videre presiseringen og oppfølgingen av strategien".

Status: Tiltaket er gjennomført. HelseOmsorg21-rådet er oppnevnt for perioden 2015-2018.

Husebekk-utvalget
Sekretariatet v/Kjetil Kvalsvik

Vår saksbehandler/tlf.
Hilde D Grindvik Nielsen, +47 40 92 22 60

Vår ref.
16/6590
Deres ref.

Oslo,
15.8.2016

Innspill fra HelseOmsorg21-rådet til Husebekk-rapporten *Samspillet mellom universiteter og helseforetak. Hvordan håndtere barrierer og handlingsrom?*

Vi viser til epost datert 8. juli 2016 hvor HelseOmsorg21-rådet (Rådet) inviteres til å komme med innspill og kommentarer til Husebekk-utvalgets rapport del 1 (*utkast*).

Kommentarene fra Rådet er satt sammen av sekretariatet i samråd med Rådets leder basert på innspill gitt av rådsmedlemmene: Bjørn Gustafsson (NTNU), Ernst Omenaas (Helse Bergen), Hilde Lurås (Ahus), Pål Kraft (UiO), Roar Olsen (Direktoratet for ehelse) og Svein Lie (Helsedirektoratet). Innspillet er ikke behandlet av Rådet, men rapporten vil bli presentert og drøftet i Rådets møte 12. september.

Utvalgets rapport er et svært viktig arbeid og beskriver virkeligheten på en god måte. Rådet takker for muligheten til å komme med innspill og har følgende kommentarer til rapporten:

- I innledningen til rapporten kommer det ikke tydelig nok frem at også helseforetakene har forskning og utdanning som lovpålagte oppgaver. Sektorenes noe ulike samfunnsoppdrag kan med fordel beskrives klarere.
- Utvalgets mandat avgrenser utvalgets oppgaver i forhold til nasjonale rammebetingelser, lovverk og de regionale helseforetakenes forskningsmidler. RHF-enes øremerkede tilskudd til forskning er viet stor plass i rapporten til tross for forutsetningen er at håndteringen og regnskapsføringen av disse midlene ligger fast. Dette kan med fordel reduseres i omfang. Det er fornuftig å omtale RHF-midlene for bedre å forstå samhandlingen, men da bør også UH-sektorens øremerkede forskningsmidler til stipendiat og forskersstillinger omtales for å få en bedre balanse og god forståelse i samhandlingen mellom sektorene.
- Det er behov for en mer utførlig beskrivelse av utfordringene sektorene står ovenfor under pkt ekstern forskningsfinansiering samt en avklaring av vertskapsrollen. Noen stikkord er: prosjektplassering, ansettelse og arbeidsgiveransvar, kostnadsdekning og dekningsbidrag.
- Utvalgets omtale av tellekantordningen kan virke noe misvisende. I den siste versjonen av det felles nasjonale forskningsdokumentasjonssystemet vil en publikasjon skrevet i samarbeid mellom flere institusjoner totalt sett gi vesentlig høyere uttelling enn en publikasjon skrevet av en institusjon alene. Denne endringen og dette positive signalet bør komme frem og er et godt insentiv for styrket samhandling.

- Gaveforsterkningsordningen er fin, men den bør også omfatte helseforetakene. For øyeblikket virker den som et disinsentiv i samhandlingen mellom universitetssykehus og universitet. Dette bør omtales samlet og noe bredere i rapporten.
- Det er behov for en helhetlig kultur- og rolleforståelse og strategisk ledelse for (begge) sektorene. Rapporten sier ingenting om dette. Til orientering så vil HelseOmsorg21-rådet utover høsten vurdere om det behov for å utvikle et helhetlig ledelsesutviklingsprogram for alle relevante aktører innen forskning og innovasjon for helse- og omsorgssektoren.
- Rapporten er noe lang og omfattende. Den kan med fordel inneholde færre beskrivelser og ha et skarpere fokus på hvilke problemer som må løses på politisk nivå.
- Rapporten bør fokusere på hva vi ønsker å oppnå; helseforskning av høy kvalitet til beste for pasienter og folkehelsen. Hva skal til: Samarbeid. Vi opplever i dag at det ligger noen hindringer i veien for å hente ut potensialet for samarbeid i forskning og utdanning. En del av hindrene kan løse av aktørene selv og disse er det unødvendig å beskrive i detalj. Dersom rapporten skal ha effekt, må den være kort, konsis og svært tydelig på hva man trenger hjelp av det politiske nivået og myndigheter for å oppnå. Myndighetene må gi incentiver for samarbeid gjennom finansieringsordninger, oppdragsdokument og hensiktsmessig lovgivning.
- Det bør sikres likeverdig beskrivelse av alle regionene. Det er ikke tilfelle i rapporten slik den framstår i nåværende form.
- Rapporten bør inneholde en beskrivelse av eierstruktur slik det er presentert nå og deretter være konkret på at samarbeid må være en forventning fra politisk nivå. Forventningen må følges opp av krav og instruks, oppmuntres gjennom incentiver og etterspørres gjennom felles rapportering. Videre må myndighetene legge til rette for samarbeid og konkurranse under like vilkår. Dette må sikres gjennom lover, reglement og retningslinjer som for eksempel lov om MVA, avskrivninger og krav til totalcost i budsjetteringer.
- Det bør sikres at rapporten blir et viktig arbeidsdokument for myndighetene. Rådet bidrar gjerne videre i forbindelse med ferdigstilling av rapporten.
- En utfordring: mangel på harmonisering av kodeverk og standardisert og strukturert informasjon. Tiltak i ift til dette vil gi bedre interoperabilitet, gjøre elektronisk informasjonsutveksling enklere, og tilrettelegge for maskinbehandling og automatisering.
- Rådet etterspør en beskrivelse av suksesskriterier for tiltakene som er foreslått i del 1 i utvalgets rapport.
- Utover dette viser vi til noen konkrete enkeltinnspill i vedlegget.

Vi har i tillegg skrevet inn noen kommentarer direkte inn i tilsendte utkast.
Kommentarene/forslagene er skrevet inn med 'spor endring'.

Rådet ser frem til å høre mer om det videre arbeidet i HO21-rådsmøtet 12. september. Vi ønsker leder av utvalget Anne Husebekk velkommen til rådsmøtet.

Med vennlig hilsen
HelseOmsorg21-rådet



John-Arne Røttingen
Rådsleder

Kopi:
HelseOmsorg21-rådet



Hilde D. Grindvik Nielsen
HO21-sekretariatsleder

Rapport fra nasjonal arbeidsgruppe nedsatt av Kunnskapsdepartementet
og Helse- og omsorgsdepartementet

Samspillet mellom universiteter og helseforetak

Hvordan håndtere barrierer og handlingsrom?

1 Innhold

2	Sammendrag	3
3	Bakgrunn for oppdraget	4
3.1	Innledning.....	4
3.2	Mandat	5
3.3	Tolkning av mandatet.....	6
3.4	Arbeidsform og innspillsgrupper	6
3.5	Rapportens oppbygging	7
3.6	Forankring av rapporten.....	7
4	Eierstruktur.....	8
4.1	Universitetene	8
4.2	Helseforetakene	8
4.3	De regionale samarbeidsorganene	8
5	Areal	8
5.1	Region Sør-Øst.....	9
5.1.1	Avtaler	9
5.2	Region Vest.....	10
5.2.1	Avtaler	10
5.3	Region Midt-Norge	10
5.3.1	Avtaler	11
5.4	Region Nord.....	11
5.4.1	Avtaler	12
6	Forskningsfinansiering.....	12
6.1	Finansieringssystemet i sektorene	13
6.1.1	Basisfinansiering av i UH-sektoren	13
6.1.2	Basisfinansiering av forskning i helseforetakene	13
6.1.3	Forskjeller mellom helseregionene	13
6.1.4	Innhenting av eksterne forskningsmidler	14
6.2	Anskaffelser, Merverdiavgift og prising av forskningstjenester.....	14
6.2.1	Anskaffelser av utstyr og tjenester.....	14
6.2.2	Regelverk for merverdiavgift og prising av forskningstjenester	14
7	Administrative forhold	15
7.1	Regelverk og styring	15

7.2	Forskningsinsentiver og gaveforsterkning	15
7.3	Delte /kombinerte stillinger	16
7.4	Forankring av eksternt finansierte forskningsprosjekter	16
7.5	Forskningsadministrative tjenester.....	17
8	Forskningsinfrastruktur	17
8.1	Organisatorisk og strategisk samarbeid	18
8.1.1	Kjernefasiliteter	18
8.1.2	Biobanker	18
8.1.3	Kompetanseinfrastruktur	19
8.1.4	Håndtering av sensitive data	19
9	Utdanning.....	19
9.1	Kapasitet og dimensjonering.....	19
9.2	Helsepersonell i forskning og undervisning	20
9.3	Praksisperioder i utdanningen av helsepersonell	20
9.4	Undervisningsteknologi – simulering/e-læring	20
9.5	Spesialisering av helsepersonell.....	20
10	Utfordringsbildet med utvalgets anbefalinger.....	22
10.1	Samarbeidsmodeller og -arenaer.....	22
10.2	Samarbeidsarenaer	22
10.3	Areal	23
10.4	Harmonisering av insentiver og finansieringsmekanismer	24
10.5	Administrative forhold	24
10.6	Forskningsinfrastruktur	25
10.7	Utdanning.....	26

2 SAMMENDRAG

UTKAST

Del 1 – Innledning og bakgrunn for oppdraget

3 BAKGRUNN FOR OPPDRAGET

3.1 INNLEDNING

Et velfungerende samarbeid mellom universitet- og høyskolesektoren (UH) og helseforetak (HF) er nødvendig for å nå de overordnede nasjonale målsettingene i helse- og omsorgsforskning. Begge sektorer driver omfattende virksomhet og samarbeid innen helseforskning, innovasjon og utdanning.

Universitetene har fire lovpålagte oppgaver: forskning, utdanning, formidling og innovasjon. Forskningsaktiviteten skal bidra til å møte samfunnsutfordringene, øke verdiskapingen og bidra til å flytte den internasjonale kunnskapsfronten framover. Samtidig skal forskningen danne grunnlag for utdanningene. For sykehusene er de fire lovpålagte oppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Forskningen ved HFene er normstyrt ved at den skal understøtte målene om høy kvalitet, likeverdig tilgjengelighet og effektive, trygge og kostnadseffektive tjenester, og universitetssykehusene har et særskilt ansvar for den forskning som foregår i samhandling med universitetene. RHFene er finansiert for å ivareta denne oppgaven gjennom basisbevilgning og øremerket tilskudd til forskning.

Helseforskningen ved UH og ved HFene overlapper i stor grad tematisk og i bruk av personell, infrastruktur og arealer og utføres ofte gjennom ulike samarbeidsformer. Dette skaper muligheter og gir styrke, men medfører også utfordringer for organisering, ledelse, ressursstyring og prioritering som kan oppfattes som barrierer for effektivt samarbeid.

Føringer for dette forsknings- og undervisningssamarbeidet mellom sektorene kommer blant annet fra instruksen fra HOD til de regionale helseforetakene (RHFene) om samarbeid med UH (ref), og fra Forskrift 1706 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus m.m.. (ref) Samarbeidet utfordres av systemiske og organisatoriske ulikheter som kan utfordre effektiv ressursutnyttelse. Dette gjelder også arealer, kompetanse, kapasitet og infrastruktur.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Kunnskapsdepartementet (KD) nedsatte i et felles brev av 30. juni 2015 en arbeidsgruppe for å vurdere samarbeidet mellom universiteter og helseforetak. Arbeidet med å kartlegge barrierer og handlingsrom mellom UH-sektoren og HFene er en del av regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.¹

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringa-sin-handlingsplan-for-oppfolging-av-helseomsorg21-strategien/id2463030/>

Arbeidsgruppen har bestått av følgende medlemmer:

- Anne Husebekk, rektor, Universitet i Tromsø (UiT) - Norges arktiske universitet (*leder*)
- Cathrine M. Lofthus, adm. dir., Helse Sør-Øst RHF
- Dag Rune Olsen, rektor, Universitetet i Bergen
- Stig Slørdahl, adm. dir., Helse Midt-Norge RHF
- Arvid Hallén, adm. dir., Norges forskningsråd (observatør)

Sekretariat:

- Kjetil Kvalsvik, fakultetsdirektør, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT
- Per Morten Sandset, direktør forskning, innovasjon og utdanning, Helse Sør-Øst RHF

Disse har bidratt til redigering / ferdigstillelse av rapporten:

- André Løvik, seniorrådgiver UiT
- May Britt Melandsø Kjelsaas, rådgiver Helse Midt-Norge RHF
- Torunn Berge, spesialrådgiver Helse Sør-Øst RHF
- Øystein Krüger, forskningssjef Helse Sør-Øst RHF

3.2 MANDAT

Mål for arbeidet:

Arbeidsgruppen skal foreslå tiltak for å videreutvikle og forbedre samarbeidet mellom universitetene og helseforetakene.

Oppgaver:

Arbeidsgruppen skal beskrive eventuelle barrierer for samarbeid og foreslå konkrete løsninger eller beste praksis som kan gjennomføres lokalt, regionalt eller nasjonalt.

Avgrensning:

Gjeldende nasjonale rammebetingelser, føringer og styringssystemer for universiteter og regionale helseforetak, herunder lov og regelverk og nasjonale finansieringssystemer for forskning, skal ligge til grunn for arbeidet. Det øremerkede tilskuddet til forskning i de regionale helseforetakene skal understøtte forskning i helseforetakene, og midlene skal regnskapsføres i helseforetakene.

Tilgrensende arbeid vil være utvikling av en egen modell for budsjettering av totale kostnader i eksternt finansiert forskning i helseforetak. Arbeidet med justering av finansieringssystemet for universitets- og høyskolesektoren vil også foregå parallelt.

Forankring:

Det forutsettes at arbeidet forankres i de regionale samarbeidsorganene, Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning og HelseOmsorg21-rådet.

Rapportering og tidsfrister:

Arbeidsgruppen leverer sine anbefalinger til Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet innen 29. februar 2016*

Oppnevningbrev med mandat er vedlagt (Vedlegg 1).

*) Innleveringsfristen for rapporten er senere utsatt til 30.september 2016.

3.3 TOLKNING AV MANDATET

Arbeidsgruppen har vektlagt å beskrive status og barrierer for samarbeid mellom de to sektorene og å komme fram til forslag til som kan føre til forbedring lokalt, regionalt og nasjonalt. Mandatets avgrensning om at gjeldende rammebetingelser, lover og retningslinjer skal ligge til grunn har vært førende for arbeidet.

Arbeidsgruppen legger til grunn at ambisjoner for forskning beskrevet i HelseOmsorg 21 danner et strategisk utgangspunkt for de beskrivelser og forslag arbeidsgruppa skal utarbeide. Økt kvalitet og relevans i helseforskningen forutsetter et videreutviklet samarbeid mellom UH-sektoren og HFene. På bakgrunn av dette har arbeidsgruppen foreslått løsninger som vil bidra til at barrierer og hindringer for et funksjonelt og smidig kan bygges ned.

3.4 ARBEIDSFORM OG INNSPILLSGRUPPER

Arbeidsgruppen har hatt ni fysiske møter og utvekslet innspill og rapportutkast per epost.

Følgende personer har bidratt med presentasjoner for gruppen i møtene:

- Hilde Nebb, prodekan, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo (UiO)
- Ludvig Sollid, professor, Institutt for klinisk medisin, Senter for immunregulering, Det medisinske fakultet, UiO og Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin, Oslo universitetssykehus (OUS)
- Menno P. Witter, professor, Kavli-instituttet/Senter for nevralt nettverk, Det medisinske fakultet, NTNU

Medlemmene av arbeidsgruppen har presentert prosess for arbeidet og beskrevet utfordringsbilder i møter ved sine institusjoner.

Representanter for både HOD og KD deltok på arbeidsgruppens møte i april 2016. Bjørn Haugstad, statssekretær, Finn-Hugo Markussen og <navn> stilte for KD, mens for HOD stilte Maiken Engelstad, avdelingsdirektør, og Marianne van der Wel, seniorrådgiver.

Skrivegrupper med deltakere fra universitetene og RHFene/HFene har vært benyttet for tekstlige bidrag for å belyse spesifiserte hovedtema og beskrive nåsituasjon og utfordringsbilde.

I disse gruppene har følgende deltatt:

Alf Henrik Andreassen, Helse Bergen HF
Elisabeth Arntzen, Helse Sør-Øst RHF
Torunn Berge, Helse Sør-Øst RHF
Mette Sollihagen Hauge, Universitetet i Oslo
Robert Bjerknes, Universitetet i Bergen
Gottfrid Greve, Universitetet i Bergen
Sameline Grimsgaard, Universitetet i Tromsø
May Britt Kjelsaas, Helse Midt-Norge RHF
Lillian Kramer-Johansen, Oslo universitetssykehus HF
Øystein Krüger, Helse Sør-Øst RHF

Nina Langeland, Universitetet i Bergen
Tom Christian Martinsen, St. Olavs Hospital HF
Trond Nylund, Universitetet i Tromsø
Baard-Christian Schem, Helse Vest RHF
Elin Skog, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Britt Elin Steinveg, Universitetet i Tromsø
Pål Vegar Storeheier, Universitetet i Tromsø
Svetlana Zykova, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Jørgen Aarøe, Oslo universitetssykehus HF

3.5 RAPPORTENS OPPBYGGING

Rapporten er tredelt. **Del 1** (kapittel 3) omhandler Innledning og bakgrunn for oppdraget. **Del 2** (kapittel 4-9) inneholder en omtale av nåsituasjonen og de viktigste utfordringsområdene, mens **Del 3** (kapittel 10) omfatter arbeidsgruppens løsningsforslag for å møte utfordringene. Arbeidsgruppen er samstemt om løsningsforslagene, dersom ikke annet er presisert. For mulige løsninger som spesielt utfordrer eksisterende lovverk og sektorprinsippet, peker arbeidsgruppen på behov for ytterligere utredning.

3.6 FORANKRING AV RAPPORTEN

Oppdragsgiver har forutsatt at arbeidsgruppens arbeid er forankret i de fire regionale samarbeidsorganene, i Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG) og HelseOmsorg21-rådet.

Medlemmene av arbeidsgruppen har presentert prosess for arbeidet og beskrevet utfordringsbilder i møter ved sine institusjoner og i respektive regionale Samarbeidsorgan underveis.

Innspill til rapportutkastets første to deler ble innhentet fra forankringsforaene med frist 15. august.

Del 2 – Status for samarbeidsflaten universitet/helseforetak

4 EIERSTRUKTUR

4.1 UNIVERSITETENE

Universitetene eies av Kunnskapsdepartementet (KD) og er forvaltingsorganer med særskilte fullmakter regulert av universitets- og høyskoleloven (2005). Institusjonene styres gjennom tildelingsbrev hvor fullmakter er gitt og mål- og resultatkrav definert (styringsparametere). Fullmakten er gitt til institusjonenes styrer, som igjen er ansvarlig for forvaltningen av denne. Sektoren har et særskilt akkrediteringsorgan (NOKUT) som skal føre tilsyn med kvaliteten i høyere utdanning. Institusjonene er rammebudsjettet, hvilket blant annet innebærer at institusjonene i stor grad selv kan bestemme fordeling av budsjettmidler mellom drift og investering for å realisere de målsetningene som er satt for institusjonene. Sektoren er nettobudsjettet, noe som innebærer at ubrukt bevilgning fra tidligere år kan avsettes i institusjonenes regnskap og trekkes ikke inn av departementet.

4.2 HELSEFORETAKENE

Mens universitets- og høyskolelovens § 1-1 pålegger universitetene å drive forskning og utdanning, er sykehusenes ansvar for forskning, og i særlig grad klinisk forskning, tydelig markert i spesialisthelsetjenestelovens § 3-8. Spesialisthelsetjenesteloven pålegger sykehusene å drive med forskning som én av fire hovedoppgaver. I merknadene til loven blir det understreket at forskning må være med i sykehusledelsens planlegging av virksomheten.

I HODs styringsdokumenter til RHFene framheves det også at forskning, som en av fire lovpålagte oppgaver, skal ligge til grunn for styringen av virksomheten.

4.3 DE REGIONALE SAMARBEIDSORGANENE

Helsemyndighetene forutsetter videre at universiteter og regionale helseforetak samarbeider om undervisning og forskning. Her pålegges universitetssykehusene et særskilt ansvar i dette samarbeidet. Saker som berører slik samordning og som er av felles interesse innen forskning, innovasjon og utdanning behandles i de regionale samarbeidsorganene som er rådgivende for besluttede organer i universitet og RHF. RHFenes forskningsmidler forvaltes også i dialog med universitet gjennom regionens samarbeidsorgan, mens dette ikke tilfelle for UH-sektorens internt utlyste forskningsmidler.

5 AREAL

Avklaring av arealdisposisjoner – eierskap, bruksrett, etableringskostnader og drift - er svært sentrale problemstillinger for de to samarbeidende sektorene og berører både forskning og utdanning. Ved større satsinger og nybygg ved universitetssykehusene har areal, utstyr og inventar tilknyttet

universitetsfunksjonen ved flere anledninger blitt finansiert fra KD gjennom en separat bevilgning. Forsknings- og undervisningslokaler for NTNU ble finansiert av KD ved utbyggingen av St. Olavs hospital, og NTNU står i dag som eier av ca. 25 % av sykehusarealene regulert i et tinglyst sameie. Et annet eksempel på slik finansiering er Ahus hvor KD bevilget egne midler til bygging av 4000 m² til universitetsformål. Disse arealene har UiO bruksrett til i henhold til samarbeidsavtalen mellom de to institusjonene.

5.1 REGION SØR-ØST

Den første samarbeidsavtalen mellom UiO og OUS ble inngått i etterkant av etableringen av OUS den 1. januar 2009, der Rikshospitalet (fusjonert med Radiumhospitalet i 2005), Ullevål universitetssykehus og Aker universitetssykehus ble samlet som ett helseforetak under Helse Sør-Øst (HSØ) RHF. Parallelt med fusjonen ble Institutt for klinisk medisin opprettet ved Det medisinske fakultet, UiO, for å være tilpasset organiseringen i det nye universitetssykehuset.

Avtaler og valg av løsninger for arealbruk ved OUS har vært preget av at mye av bygningsmassen er gammel og lite praktisk. Ved byggingen av det nye Rikshospitalet på Gaustad (ferdigstilt 2000) ble det oppført til sammen 27 000 m² til universitetsfunksjonene som en integrert del av sykehuset. Samtidig ble det oppført nærmere 7000 m² som en utvidelse av Domus Medica for å huse bl.a. prekliniske fag i odontologi ved Det odontologiske fakultet. Startbevilgningen til dette prosjektet ble gitt over KDs budsjett i 1995. I dag finnes det kun gode oversikter over arealer universitetet disponerer på Rikshospitalet, mens det for Aker, Ullevål sykehus og Radiumhospitalet har vært vanskelig å skaffe en eksakt oversikt.

Det er en felles oppfatning ved OUS og UiO om at OUS alene er eier av arealene i universitetssykehuset, inklusive arealer som Institutt for klinisk medisin benytter til universitetsfunksjonen. Imidlertid er det ikke enighet mellom partene om de juridiske betingelsene for UiOs rett til bruk av arealer til universitetsfunksjon i OUS' bygninger.

I store, samarbeidende forskningsmiljø ved OUS er alle forskningsgruppene i prinsippet felles mellom Institutt for klinisk medisin, UiO, og OUS. Ved avdelinger med vesentlig forskningsaktivitet ved OUS, vil UiO ved Institutt for klinisk medisin i større eller mindre grad være integrert. Regionens tre sentre for fremragende forskning (SFF) og fire K. G. Jebsen-sentre har alle UiO som vertskap. Disse er alle plassert i OUS sin bygningsmasse, tre i arealer for universitetsfunksjoner ved sykehuset.

5.1.1 Avtaler

Det har vært gjort et omfattende arbeid som en del av strategisk samordning mellom UiO og HSØ med å få på plass avtaler om bruk og fordeling av arealer i eksisterende bygningsmasse for universitetsfunksjonen, men dette har ikke ført fram til en endelig avtale. Forhandlingene har vist at UiO og OUS ikke har samme syn på hva som er det rettslige grunnlaget for Institutt for klinisk medisins bruk av arealer i helseforetaket. UiO og OUS har derfor ennå ikke skriftlig regulert hvordan fordelingen av areal skal skje for å ivareta universitetsfunksjonen innen forskning og utdanning av medisinerstudenter. Saken er behandlet i det regionale Samarbeidsorganet ved ulike anledninger. I de faste samarbeidsmøtene mellom OUS og UiO har arbeidet med avtaler om bruk av eksisterende bygningsmasse vært oppe som sak.

Fordelingen av areal håndteres i det daglige mellom Institutt for klinisk medisin, UiO, og OUS og er i praksis bygget på ulike avtaler mellom partene og forutsetninger eller vilkår i bevilgninger fra KD og

HOD. Løpende bruksendringer har skjedd som følge av partenes endrede behov, men det foreligger ikke klare kriterier for hvordan partene skal forholde seg dersom arealbehovet endrer seg.

Bruk av arealer ved Ahus er implementert i samarbeidsavtalen mellom UiO og Ahus av juni 2014. I vedlegg til samarbeidsavtalen fremkommer utdypinger knyttet til arealdisponering, bruksrett til arealer og eierrett, samt utdypinger knyttet til utstyr, og utdypinger knyttet til gruppe- og seminarrom.

5.2 REGION VEST

Ved Haukeland universitetssykehus (HUS) er det ca. 300 000 m² i sykehusets bygningsmasse. UiB har ikke eierskap i sykehusbygget, men har leierett etter Haukelandsavtalen netto ca. 11 600 m². Det foregår utstrakt grad av forskning i sykehusets arealer i tillegg til de dedikerte UiB-arealene. Videre har HUS tilrettelagt dedikerte arealer for forskning og studentaktiviteter i andre bygg som Mohn forskningslaboratorium og Barne- og ungdomssykehuset UiB eier også med bakgrunn i avtale med Hordaland Fylkeskommune tidligere Gades institutt til studentaktiviteter og leierett ved Sandviken Sykehus, mens HUS disponerer deler av det universitetseide Armauer Hansens Hus.

SFFer er arealmessig plasserte ved UiB, men disponerer også noe areal ved sykehuset. De fire Jebsen-sentrene har areal både ved UiB og sykehuset. Store, samarbeidende kliniske forskningsmiljøer er alle plasserte ved HUS og disponerer areal ved UiB. Kjernefasiliteter (utenom biobank) er alle ved UiB.

I Stavanger er universitetet (UiS) involvert i flere prosjekter ved Stavanger universitetssykehus (SUS), og byggingen av nytt sykehus på Ullandhaug vil legge til rette for en styrking av samarbeidet innen forskning og innovasjon. Det er ambisjoner om å etablere medisinerutdanning i Stavanger, og her tenkes KD utfordret til å gjøre investeringer med sikte på undervisningsarealer slik det er gjort ved Ahus.

5.2.1 Avtaler

I arealene som UiB disponerer etter "Haukelandsavtalen" betales det verken for drift, vedlikehold, renhold eller energi. Dette er etablert via "sedvane" og er ikke formelt en del av Haukelandsavtalen, som var et rent kapitaltilskudd. Tilsvarende gjelder for HUS' arealer i Armauer Hansen Hus, men her betaler HUS for renhold, drift og energi til UiB.

Det ligger i det regionale Samarbeidsorganets mandat at spørsmål rundt areal kan løftes inn i Samarbeidsorganet, men tema har ikke vært eksplisitt drøftet eller saksutredet i dette organet. Forklaringen er at lokalisering av forskningsenheter i samarbeidsaksen HF/universitetet så langt håndteres tilfredsstillende enkeltvis og særskilt.

5.3 REGION MIDT-NORGE

Universitetssykehuset St. Olavs hospital ble oppført i perioden 2002-2014 med et areal på om lag 200 000 m². Totalbudsjettet var 12,7 milliarder og ble samfinansiert av HOD og KD.² NTNU eier i snitt ca. 25 % av de totale arealene i universitetssykehuset, men eierandelen er fordelt ulikt med eierandel fra 15 % til 61 % i de ulike sentrene i sykehuset.

² Utbyggingen er bl.a. beskrevet i boken [Prosjektet – Norges største sykehusutbygging](#) av Knut Hellerud.

I det enkelte senter samles beslektede diagnosegrupper for å muliggjøre bedre samarbeid om pasientbehandlingen. Hvert senter er i hovedsak bygd opp med poliklinikk/publikumsarealer i 1. etasje, operasjonsstuer, overvåkingsenheter og bildediagnostikk i 2. etasje, kontorer, tekniske arealer og NTNU arealer i 3. etasje og sengetun/arbeidsstasjoner i den øverste etasjen.

Større samarbeidstiltak er i all hovedsak gjort i fellesskap og med innsats både fra St. Olavs hospital og NTNU, samt fra Helse Midt-Norge RHF.

5.3.1 Avtaler

St. Olavs hospital HF og staten ved NTNU eier byggene på sykehusområdet i et tingrettslig sameie. Sameiet omfatter bygg og anlegg som partene har finansiert i fellesskap. Hver part har eksklusiv bruksrett til noen arealer, mens øvrige arealer er felles. Det er utarbeidet en sameieavtale mellom St. Olav og NTNU.³ Denne sameieavtalen regulerer drift, forvaltning, vedlikehold, utvikling og service. Avtalens avgrensning er angitt bl.a. i innledningsteksten ved:

«Denne avtale omfatter forhold knyttet til de fysiske anleggene omkring sykehusfunksjoner og undervisnings- og forskningsfunksjonene, men ivaretar ikke inventar og brukerutstyr, med mindre annet er fastsatt i egen avtale. Selve sykehusaktiviteten og undervisnings- og forskningsaktiviteten faller helt utenfor denne avtales virkeområde.»

Det er oppnevnt et sameiestyre som har ansvar for disse oppgavene og for å skape optimale vilkår for kjernevirksomheten ved sykehuset, samt å legge til rette for at klinisk virksomhet, forskning og undervisning kan drives integrert.⁴

Samarbeidet mellom St. Olav og NTNU i det integrerte universitetssykehuset er forankret i institusjonene på flere måter. Sameiestyret som er nevnt ovenfor er en av disse. Det er også etablert felles ledermøte, felles forskningsutvalg og felles utdanningsutvalg. I tillegg har både St. Olav og Det medisinske fakultet, NTNU, fattet identiske styrevedtak om felles strategiske mål i mai 2013, og det ble utarbeidet over 20 konkrete tiltak for styrket samarbeid. I mai 2016 ble det igjen fattet identiske styrevedtak om modell for videre samarbeid som omfatter samkjøring av aktivitet innen utdanning, forskning og innovasjon og utredning av organisatorisk samordning mellom institutt og klinikker.

5.4 REGION NORD

UNN og det helsevitenskapelige fakultet (Helsefak) ved UiT ble ferdigstilt i 1991/92 og ble bygget samtidig med tanke på nærhet og samhandling. UiT finansierte da en del av arealet, men den nøyaktige andelen er ikke kjent. Den totale bygningsmassen til UNN er på ca. 110 000 m², og UiT eier ca. 3000 m² i UNN, mens UNN eier ca 600 m² i UiT.⁵ Bygningsmassen på UNN har vært under ombygging, utbygging og renovering i store deler av perioden, særlig over de senere år.⁶ I alle prosjekter som berører nybygg og større endringer er det gjensidig representasjon i styrings-, prosjekt- og arbeidsgrupper.

³ http://www.ntnu.no/styret/saker_prot/22.05.08web/28.08%20Sameieavtale.pdf

⁴ <https://stolav.no/avdelinger/sentral-stab/sameiet-st-olavs-hospital-og-ntnu>

⁵ Arealene er beskrevet i "2009-avtalen". Noen avvik eksisterer i dag mellom UiTs og UNNs tall.

⁶ Beskrivelsen gjengitt her gjelder kun UNN Breivika i Tromsø. Situasjonsbeskrivelsen er mottatt fra Eiendomsavdelingen på UNN.

Det har i perioden vært mindre ombygginger og tilpasninger til endret aktivitet og mange flere studenter og ansatte på UiT-siden. Helsefak har aktiviteter i flere bygg på campus med felles areal i flere bygg. UiT eier også arealer ved UNN-Åsgård HF (psykiatrisk sykehus). UiTs arealer i Farmasibygget ble bygget om til BioBank der UNN betalte 1/3 del av kostnadene mot å disponere 1/3 del av arealet.

Ett K.G. Jebsen-senter og flere store, samarbeidende forskningsmiljøer er lokaliserte i UiT lokaler.

5.4.1 Avtaler

Helse Nord RHF og UiT ved Helsefak har utarbeidet en samarbeidsavtale om universitetssykehusfunksjonene.⁷ UNN og Helsefak har i tillegg flere avtaler og kontrakter som varierer både i spesifisitet og omfang og som regulerer samarbeidet mellom de to institusjonene.

Forvaltningen av avtalene er relativt omfattende, og det anslås at UiT benytter ca. 1-1,5 årsverk på dette arbeidet. Det gjøres løpende avklaringer om bruk av areal som tilhører UiT lokalisert i UNN, samt arealer eiet i fellesskap (% eierskap av rom), f.eks. løses den løpende driften i hovedsak gjennom månedlige møter mellom UiT og UNN.

I 2009 signerte UiT og UNN en avtale om disponering og drift av UiTs lokaler i UNN.⁸ Senere har det skjedd flere endringer i bruken av lokalene. Erfaringen er at det skjer makebytter som ikke alltid dokumenteres, og som ikke alltid avklares på riktig beslutningsnivå. Løpende drift og vedlikehold blir utført av den enkelte institusjon, uavhengig av hvem som benytter arealene. Dette ansvaret er ikke avtalefestet.

UNN og Helsefak har felles forskningsutvalg og felles utdanningsutvalg som begge får saker til behandling vedrørende areal og forespørsler fra tilhørende miljø. Kan de ikke avklares her, sendes de videre til henholdsvis fakultetsadministrasjonen på Helsefak og til utbyggingssjef eller avdelingsleder «Eiendomsavdelingen» på UNN.

6 FORSKNINGSFINANSIERING

Finansieringssystemet i sektorene omfatter bl.a. forvaltning av egne og eksterne midler, anskaffelser og merverdiavgift. Det vises innledningsvis til rapporten “Samordnet praksis for budsjettering og regnskapsføring av forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse” fra 2015, der samarbeidet mellom universitet og universitetssykehus er vektlagt.⁹ Rapporten ga anbefalinger om en gradvis samordning av budsjettering på tvers av sektorene, noe som forutsetter at forskningsprosjektenes totale kostnader synliggjøres i større grad. Anbefalingene i rapporten er så langt ikke fulgt opp i HFene, men OUS arbeider med å utvikle en modell for totalbudsjettering i HF myntet på eksternt finansierte prosjekter.

7

<https://uit.no/Content/180079/Samarbeidsavtale%20mellom%20UiT%20og%20Helse%20Nord%20om%20universitetssykehusfunksjonene.pdf>

⁸ <https://uit.no/Content/161127/Avtale%20med%20UNN%20om%20disponering%20og%20drift%20av%20lokaler%20-%202009.pdf>

⁹ Se: <http://www.uio.no/om/samarbeid/samfunn-og-naringsliv/shhu/moter/Innkallinger/2015/290515/rapport-nasjonal-gruppe-6-mars-2015.pdf>

6.1 FINANSIERINGSSYSTEMET I SEKTORENE

6.1.1 Basisfinansiering av i UH-sektoren

Finansieringssystemet for universiteter og statlige og private høyskoler består av en rammebevilgning med både langsiktige og strategiske midler i tillegg til en resultatbasert del for utdannings- og forskningsinsentiver. Forskningsinsentivene beregnes på grunnlag av institusjonens oppnådde resultater på indikatorer som doktorgrader, tildeling fra EUs rammeprogram, tildeling fra Norges forskningsråd og regionale forskningsfond samt vitenskapelig publisering.

Forskningsinsentivene fra KD innebærer en omfordeling av ressurser til institusjoner med basert på forskningsresultater, ved at insentivene har en lukket budsjetttramme for sektoren og beregnes som en resultatbasert omfordeling (RBO) mellom institusjonene. Satsen fastsettes i Statsbudsjettet og varierer fra år til år. Uttelling via RBO har direkte innvirkning på budsjetttrammen og driften til universitetene. Det er ingen automatikk i at midlene går til forskning, men det er vanlig i sektoren at RBO har innvirkning ned på fakultets- og instituttnivå.

I basisfinansieringen for universitetene inngår i hovedsak en deling av arbeidstiden for de vitenskapelig tilsatte med 50% til undervisning og 50% til forskning. Fakulteter og institutter fordeler stipendiatstillinger og driftsmidler til forskning, samt spesielle insentivmidler ofte regulert av institusjonenes strategi og forskernes evne til å skaffe eksterne forskningsmidler.

Styret ved det enkelte universitet eller høyskole har ansvaret for å forvalte den samlede rammebevilgningen best mulig, og for å gjøre de prioriteringene som er nødvendig for å nå målene som er fastsatt for sektoren.

6.1.2 Basisfinansiering av forskning i helseforetakene

Finansiering av forskning i HFene er i stor grad basert på HFenes egne driftsbudsjetter (basisrammer). I grunnlaget for fastsettelsen av HFenes driftsbudsjetter (inntektsmodellen) inngår kompensasjon for merkostnader knyttet til forskning. I tillegg kommer finansiering fra de regionale forskningsmidlene, som består av midler til forskning avsatt fra RHFenes rammer samt det øremerkede tilskuddet til forskning bevilget over statsbudsjettet (kap. 732, post 78). Størrelsen på det øremerkede tilskuddet til forskning til hvert RHF er delvis basert på forskningsproduksjon. Forvaltningen av disse midlene skjer i henhold til føringer fra HOD og gjeldende instruks for samarbeid med UH-sektor. HFenes forskningsmidler er normstyrte og skal finansiere forskning som er nyttig for pasientbehandlingen og helsetjenesten. Den regionale tildelingen av forskningsmidler skal understøtte HFenes ansvar for forskning, styrke helseforskningen i regionen samt bidra til faglig utvikling og oppbygging av forskningskompetanse.

6.1.3 Forskjeller mellom helseregionene

I region Sør-Øst forvaltes de konkurranseutsatte forskningsmidlene bevilget fra Helse Sør-Øst RHF alltid i helseforetakene. Eksterne bevilgninger til helseforskning, f.eks. fra EU, Forskningsrådet eller Kreftforeningen, vil oftest tildeles vitenskapelig ansatte i universitetet. I region Vest er det en lignende modell, og alle prosjekter finansiert av RHFet regnskapsføres i et HF. Dette ansees som i samsvar med krav fra HOD, mens erfaringen er at samarbeidsprosjekter med finansiering fra Forskningsrådet oftest plasseres i universitetet. Både Helse Nord og i særlig grad Helse Midt-Norge er prosjekter finansiert av RHFet forankret og regnskapsført i universitetet.

Midlene utlyses og administreres i en felles prosess i samarbeidsorganene med utgangspunkt i RHFenes felles søknadsplattform eSøknad. I Sør-Øst behandles forskningsmidlenes innstillinger først i det regionale samarbeidsorganet og deretter i Styret for Helse Sør-Øst, mens det i de andre regionene fattes beslutning i regionalt samarbeidsorgan eller i et eget tildelingsutvalg. I Helse Midt-Norge utlyses det midler både gjennom regionalt samarbeidsorgan med universitetet, men også gjennom et Felles forskningsutvalg mellom St. Olavs Hospital og Det medisinske fakultet, NTNU. Fra og med 2016 benytter RHFene felles retningslinjer for vurdering av søknader¹⁰. I Nord og Midt-Norge tildeles noen midler direkte av samarbeidsorganet som strategiske satsinger på infrastruktur og forskningsstøtte.

Det er noen regionale forskjeller med hensyn til hvem som har søknadsadgang til RHF-midlene. I Helse Sør-Øst må alle søknader fremmes gjennom et HF, et privat ideelt sykehus eller en privat institusjon med søknadsadgang. Prosjektleder må være ansatt i minst 20 % stilling i en godkjent søkerinstitusjon. I Helse Vest må søker være tilsatt ved et HF i regionen eller i en privat, ideell institusjon som har avtale med Helse Vest. Det gis også søknadsadgang dersom det foreligger en forankringsavtale med et HF/privat ideell institusjon. I Helse Midt-Norge kan søknader fremmes fra personer ved HF i regionen, høyskoler og universitet i regionen (i samarbeid med HF), eller private aktører i regionen med avtale (i samarbeid med HF). Søknader fra UH-sektor må være knyttet til en klinikk i HFet og lederforankret ved klinikksej for å bli vurdert. I Helse Nord må søkerne som hovedregel være ansatt i hoved- eller bistilling i et HF i regionen.

6.1.4 Innhenting av eksterne forskningsmidler

Det er noe ulik praksis for håndtering av indirekte kostnader mellom institusjoner og sektorer. I universitetene beregnes indirekte kostnader ved hjelp av TDI-modellen for eksternt finansierte prosjekter. I HFene vil de indirekte kostnadene ikke nødvendigvis belastes forskningsprosjektet. De kan dekkes over andre poster i samsvar med HFenes regler for regnskapsmessig håndtering slik at det blir mer midler disponibelt til forskningsprosjektet dersom det legges til et HF. Samtidig er definisjonen av eksterne midler ulik regionene i mellom. Noen HF anser regionale forskningsmidler som eksterne og beregner derfor dekningsbidrag for disse.

6.2 ANSKAFFELSER, MERVERDIAVGIFT OG PRISING AV FORSKNINGSTJENESTER

6.2.1 Anskaffelser av utstyr og tjenester

HFene og universitetene har ulike rutiner og avtaler for innkjøp og anskaffelser og separate innkjøpssystemer for bestilling av forskningsutstyr. Med bakgrunn i dette, kan det være utfordrende for universiteter og HF å utnytte innkjøpsavtaler og rabattordninger fullt ut samt å eie forskningsinfrastruktur sammen. På samme måte som retningslinjer for vertskapsrollen/plassering av prosjekter vurderes som uklare, er ikke alltid institusjonsplassering av eksterntfinansiert forskningsinfrastruktur tydeliggjort.

6.2.2 Regelverk for merverdiavgift og prising av forskningstjenester

Det foreligger ikke noe generelt fritak for merverdiavgift knyttet til forskning, hverken for UH-sektoren eller for helseforetakene. Forskningsmidlene er avgiftspliktige dersom de anses som

¹⁰ Felles retningslinjer for søknader: <http://rhf-forsk.org/rhfenes-felles-retningslinjer-for-soknader-om-forskningsmidler/>

betaling for en tjeneste, dvs. dersom det foreligger omsetning som nedfelt i merverdiavgiftsloven. Merverdiavgift kan derfor påløpe på ytelse av forskningstjenester og leveranser fra f.eks. kjernefasiliteter og forskningsinfrastrukturer.

I samarbeidsprosjekter beregnes ikke merverdiavgift på forskningstjenester utført mellom partnerne, forutsatt at de er reelle samarbeid med partnere som er medansvarlige for aktiviteter og oppnådde resultater. I forkant av prosjektgjennomføringen bør det dessuten foreligge en avtale som regulerer de økonomiske bidragene til de ulike samarbeidspartnerne i prosjektet, eller eventuelt fastsetter at samarbeidspartnerne dekker prosjektkostnadene hver for seg. Avgiftsreguleringen gjelder for samarbeidsprosjekter finansiert av eksterne kilder som Forskningsrådet, og det er verdt å merke seg at Skattedirektoratet i 2012 overfor UiB, NTNU og UiO presiserte merverdiavgiftsplikt på kjøp og salg av tjenester som ikke er en del av eksternfinansierte samarbeidsprosjekter.¹¹ Regelverket for MVA oppfattes utfordrende for samarbeid på tvers av institusjonene, kanskje på bakgrunn av uklarheter rundt tolkning av lovkrav, Statsstøtteregelverket og institusjonenes egne retningslinjer. I tillegg kan det være vanskelig å skaffe fullstendig oversikt over prosjektkostnader for budsjettering i søknader, og forskningsmiljøene har hevdet at merverdiproblematikk kan virke som et hinder for full utnyttelse av f.eks. kjernefasiliteter og infrastruktur.

I forbindelse med revidert statsbudsjett pågår det et arbeid med nøytral merverdiavgift for HFene fra 1. januar 2017.¹² Det ser ut til at forslaget foreløpig gjelder bare for drift, men behovet vil også omfatte investeringer. Det er ikke kjent om tilsvarende planlegges for universitetene.

7 ADMINISTRATIVE FORHOLD

7.1 REGELVERK OG STYRING

UH og HFene er til dels regulert av et ulikt sett av lover. På sektornivå reguleres HFene av helseforetaksloven, mens UH reguleres av universitets- og høyskoleloven. I begge sektorer reguleres personalmessige forhold av arbeidsmiljøloven, mens UH i tillegg følger tjenestemannsloven. Helseforskningsloven gjelder for all helseforskning uavhengig av sektor. Slike forskjeller i regulering kan medføre en viss variasjon i politikk, reglementer og praksis mellom institusjonene innenfor sentrale områder som f.eks. økonomi, eiendomsforvaltning og personalforvaltning. Et eksempel er postdoktorstillinger der arbeidsmiljøloven og tjenestemannsloven medfører ulikt stillingsvern, slik at "4-årsregelen" gjelder ved ansettelse i HF, men ikke i UH-sektor. Slike ulikheter kan bidra til å skape utfordringer for samarbeid og samhandling sektorene imellom.

7.2 FORSKNINGSINSENTIVER OG GAVEFORSTERKNING

Ved både universiteter og helseforetak er forskningsproduksjonen koblet til finansiering, og ulike insentiver knyttet til denne koblingen kan medføre at sektorene konkurrerer om forskningsprosjekter og publiseringspoeng framfor å samarbeide om prosjekter og publikasjoner.

¹¹ Brev fra Skattedirektoratet til Advokatfirmaet PwC AS (ref. Skattedir. 2012/287397) som svar på brev fra UiB på vegne av UiB, NTNU og UiO.

¹² Jfr. Prop. 1 LS (2015–2016) Skatter, avgifter og toll 2016, punkt 31.1.

“Tellekantordningen”, målesystemet for forskningsproduksjon, er et konkret eksempel som i stor grad er harmonisert mellom sektorene for å bidra til samarbeid. Det pekes på at den nye beregningsordningen stimulerer til samarbeid mellom institusjoner, både nasjonalt og internasjonalt, uavhengig av sektor, men andelen publikasjonspoeng som institusjonen får, er fortsatt negativt avhengig av antall forfattere som inngår i hver enkelt publikasjon dersom forfatterne er i ulike institusjoner¹³.

Gaveforsterkningsordningen innebærer at private gaver (minstesum tre millioner kroner) gitt til grunnforskning, kan utløse et tillegg fra KD på 25 % av gavebeløpet. Gaven må være gitt til universiteter, høyskoler med doktorgradsrett, Forskningsrådet eller Det Norske Videnskapsakademi. Det er m.a.o. mulig å utløse ytterligere midler ved plassering i universiteter, og dette kan medføre en skjev fordeling av private gaver til grunnforskning mellom sektorene.

7.3 DELTE /KOMBINERTE STILLINGER

Delte eller kombinerte stillinger på tvers av universiteter og helseforetak er både vanlig og ønskelig, og det finnes ulike modeller, ordninger og kombinasjoner for slike stillinger. Stillingstyper og -andeler kan variere, men ofte er det snakk om personer som har lederansvar og er sentrale innen sitt fagfelt i helseforetaket og som har ansettelse i en brøkdel av en vitenskapelig stilling ved universitetet, f.eks. som førsteamanuensis eller professor. Kombinerte stillinger bidrar til sterke faglige koblinger og er et hensiktsmessig og nødvendig virkemiddel for å fremme samhandling mellom sektorene innen forskning og undervisning.

Institusjonenes forvaltning av arkiv, personaloppgaver og økonomi foregår i stor grad ved hjelp av ulike IKT-systemer, og dette er i prosjektsammenheng utfordrende med tanke på totaloversikt og ressursstyring, samtidig som ansatte med delte stillinger må forholde seg til ulike systemer f.eks. innenfor arbeidstidsordninger og personalledelse.

I samarbeidet mellom OUS og UiO er det f.eks. avtalefestet en felles organisering slik at samme person rapporterer som forskningsleder i klinikk, OUS og ved Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, UiO. Dette bidrar til å samordne forskningsvirksomheten og rapportering i betydelig grad.

7.4 FORANKRING AV EKSTERNT FINANSIERTE FORSKNINGSPROSJEKTER

Forskningsprosjekter har ofte deltakelse fra flere institusjoner som hver har ansvar for ulike deler av arbeidet. Et prosjekt har gjerne sin forankring i en institusjon, og dette betyr at institusjonen utøver en vertskapsfunksjon med et særlig ansvar for økonomi, koordinering og organisering av prosjektaktivitetene samt gjennomføring i henhold til gjeldende lovverk. De samarbeidende institusjonene inngår da en prosjektavtale som regulerer ledelse, ansvar og økonomiske forhold tilknyttet prosjektbidragene. Det kan være behov for å utveksle informasjon om økonomi, ressursbruk og personell, og da forutsettes det at den koordinerende institusjonen har oversikt over dette for effektiv prosjektgjennomføring. Det krever solid faglig og administrativ ledelse for å

¹³ Den nye publikasjonsindikatoren reduserer effekten av flerforfatterskap, men konsekvensen av å inkludere flere forskere i arbeidet er fortsatt at publikasjonspoengene deles på flere. For internasjonalt samarbeid er det innført en faktor på 1,3 som institusjonens poeng blir multiplisert med. En tilsvarende faktor for samarbeid på tvers av universiteter og helseforetak ville være et insentiv til økt samarbeid på tvers av sektorene.

etablere en profesjonalitet som sikrer at prosjekter gjennomføres godt og i samsvar med lovkrav og den eksterne finansieringskildens føringer. Hensynet til disse faktorene kan være førende for beslutning om institusjonsforankringen

Selv om prosjekter som hovedregel skal forankres der prosjektaktiviteten er størst, blir tydeligere retningslinjer for plassering av prosjekter som krysser sektorgrensene med tanke på vertskapsrollen etterspurt. Plasseringen avgjøres i dag stor sett på prosjektnivå, og det kan bety at praktiske hensyn vektlegges i større grad slik at prosjektet gjerne plasseres der prosjektleder, som ofte har et kombinert ansettelsesforhold, enklest får tilgang til administrativ hjelp og støttefunksjoner, men uten å ta hensyn til institusjonens utgifter og inntekter tilknyttet prosjektet. Gaveforsterkningsordning og forskjellig bruk av dekningsbidrag virker også inn på disse vurderingene.

7.5 FORSKNINGSADMINISTRATIVE TJENESTER

For å bistå fagmiljøene i innhenting av eksterne forskningsmidler nasjonalt og internasjonalt, har institusjonene bygget opp forskningsadministrative enheter med spisskompetanse på de ulike finansieringskildene for bl.a. å kunne bidra til informasjonsflyt, søkermotivasjon, søknadshjelp og kontraktsforhandlinger. I større prosjekter med partnere fra flere land, tilbyr enhetene også administrativ støtte under gjennomføringsfasen. Universitetssykehusene og de medisinske fakultetene har betydelige forskningsadministrative ressurser knyttet til generell tilrettelegging av forskning, forskningsgrupper, doktorgradsutdanning, kvalitetssikring, håndhevelse av Helseforskningsloven, tilrettelegging av infrastruktur osv., mens øvrige HF i mindre grad har bygget ut tilsvarende tjenester.

Universitetene og HFene samhandler i økende grad om forskningsadministrative tjenester, og i særlig grad dreier dette seg om kompetanse knyttet til EU-søknader. For eksempel har UiT og Helse Nord sammen finansiert spisskompetanse innen søknadsskriving rettet mot EU, og mellom OUS og UiO er det inngått en samarbeidsavtale om en administrativ nettverksmodell der forskningsstøtteenhetene lokalisert i samme bygg.

I Midt-Norge er det etablert et nettsted kalt «Søknadshjelpen», hvor bl.a. EU-kompetanse inngår.¹⁴ Her arbeides det også med å utvikle en felles administrativ enhet for infrastruktur og støttefunksjoner knyttet til utdanning, forskning og innovasjon for NTNU og St. Olavs Hospital. I universitetssykehuset har man nå integrerte e-postsystemer, tilgang til hverandres kalender, oppslag av nyheter og driftsmeldinger på hverandres intranett, tilgang til forskningsverktøy og mulighet for kommunikasjon via Lync. Bildet er imidlertid sammensatt, og i Vest er det f.eks. etablert separate søknadsstøttekontor for UiB og Haukeland Universitetssykehus.

8 FORSKNINGSINFRASTRUKTUR

Tilgangen på oppdatert og avansert forskningsinfrastruktur, inkludert ulike typer vitenskapelig utstyr, e-infrastruktur, databaser, registre og biobanker, er avgjørende for kvaliteten på helseforskningen.

¹⁴ <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/S%C3%B8knadshjelp+for+forskere+ved+Det+medisinske+fakultet+og+Helse+Midt-Norge>

Det foreligger et mangfold av ulike ordninger og modeller for etablering og drift av forskningsinfrastrukturer internt i og på kryss og tvers av institusjoner og sektorer. Dette har vokst frem gjennom ulike lokale initiativ, egne avtaler mellom institusjoner, regionale initiativ knyttet til samarbeidsorganene og ulike nasjonale initiativ (f.eks. FUGE, BIOTEK21 og INFRASTRUKTUR i regi av Forskningsrådet). Erfaringer viser også tydelige regionale forskjeller i hvordan aktørene i UH-sektoren, HFene og instituttsektoren har valgt å samhandle rundt forskningsinfrastruktur.

En del forskningsutstyr i HFene benyttes også i stor grad i klinisk virksomhet, slik at forhold rundt tilgang og bruk må håndteres på annen måte enn tilfellet er for laboratorieutstyr. Videre er moderne helseforskning svært avhengig av basisinfrastruktur i institusjonene. Dette gjelder blant annet IKT-systemer f.eks. knyttet til tilgang over institusjonsgrensene, sikre systemer for lagring og utveksling av sensitive persondata/helsedata, elektronisk pasientjournal, o.l.

8.1 ORGANISATORISK OG STRATEGISK SAMARBEID

I regionene samarbeider universitet og HF på ulike måter om organisering, drift og finansiering av forskningsinfrastruktur. I **Sør-Øst** er den mest omfattende forskningsinfrastrukturen knyttet til OUS, som har søknadsrett til kategorien regionale teknologiske kjernefasiliteter blant de konkurranseutsatte regionale forskningsmidlene, og er etablert i utstrakt samarbeid med UiO.

I **Vest** er infrastrukturensamarbeid nylig tatt inn i revidert regional forskningsstrategi. I regi av Samarbeidsorganet ble det for et par år siden foretatt en kartlegging av de største forskningsinfrastrukturene ved UiB og Stavanger og i HFene, med tanke på synliggjøring for forskningsmiljøene. Lokalt har UiB og Helse Bergen i flere år hatt samarbeid om både etablering og drift av forskningsinfrastruktur, hvor Haukeland universitetssykehus har investert i flere av UiB sine kjernefasiliteter.

Store deler av forskningsinfrastrukturen i **Midt-Norge** er organisert ved NTNU, mens andre deler ligger ved sykehuset. Forskningen i universitetssykehuset utføres i tett samarbeid med universitetet.

I **Nord** samarbeider UiT ved Helsefak, UNN og Helse Nord om finansiering av forskningsinfrastruktur og kjernefasiliteter. Helsefak og UNN utredet i 2013 behov og finansiering, og vedtok driftsform for felles kjernefasiliteter. Det ble etablert en modell der Felles Ledermøte mellom UNN og Helsefak investerer i infrastruktur og felles kjernefasiliteter etter anbefaling fra Felles Forskningsutvalg.

8.1.1 Kjernefasiliteter

Behovet for sektorsamarbeid om kjernefasiliteter er erkjent av begge sektorer i alle regioner. Flere av kjernefasilitetene er videreføringer av nasjonale utstyrsplattformer finansiert gjennom FUGE og har i dag støtte fra en eller flere finansieringskilder. Noen av de regionale kjernefasilitetene for forskning inngår dessuten i nasjonale infrastrukturer. I svært varierende grad brukes konkurranseutsatte regionale forskningsmidler til å finansiere kjernefasilitetene. Driftsmodellene for kjernefasilitetene varierer også i stor grad, og det bemerkes at systemer som inkluderer langtidsbudsjettering, brukerbetaling og egne løsninger for tilgangsstyring, booking og fakturering ikke er godt etablert i alle regioner.

8.1.2 Biobanker

Ved HFene er det etablert en rekke lokale, regionale og nasjonale biobanker som ledd i både kliniske og populasjonsbaserte studier. I region Midt-Norge er f.eks. etablert to større biobanker etablert - Regional forskningsbiobank og HUNT biobank - som danner grunnlag for betydelig forskningsaktivitet

både på universitets- og HF-siden. I varierende grad er det regional samordning av biobankene og støttefunksjoner knyttet til disse (logistikk, lagring). I nord samarbeider fakultet og HF om felles biobank (sameie), og UiB har investert i Haukeland Universitetssykehus sin nye biobank.

8.1.3 Kompetanseinfrastruktur

I alle regionene er det etablert sektorsamarbeid om generell forskningsstøtte for klinisk forskning, inkludert statistikkstøtte og metodeveiledning. Til dels er det etablert tilgang til støtte for tungregning. I alle regioner finnes støttefunksjoner innrettet mot søknader om internasjonal, spesielt EU-, finansiering. Slike støttefunksjoner er imidlertid ikke interregionalt koordinerte.

8.1.4 Håndtering av sensitive data

Behovet for infrastruktur for sikker lagring og håndtering av sensitive forskningsdata, herunder såkalte «big data», har aktualisert seg siste tiår og berører begge sektorer. Dette omfatter typisk sekvensdata, registerdata med personsensitivt innhold, store mengder bildedata som høyoppløselige MR-bilder, videooptak av pasienter m.m..

I 2014 etablerte UiO tjenesten Tjenester for sensitive data (TSD) som gir forskere ved UiO, UH-sektoren, universitetssykehusene og andre offentlige forskningsinstitusjoner en forskningsplattform som oppfyller lovens strenge krav til behandling og lagring av sensitive forskningsdata. Bruk av TSD krever en grunnfinansiering fra brukermiljøer utenfor UiO. Tjenestene har en årlig pris, og prisen avhenger av tilknytning til UiO, datamengde og kompleksitet.

UiB har nylig lansert tjenesten Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur (SAFE), et system som ivaretar både hensynet til sikker lagring av sensitive data og behovet for lagring av store datamengder («big data»). Ved UiT er det utviklet et sikkert datasystem for lagring av persondata knyttet til befolkningsundersøkelser (EUTRO).

9 UTDANNING

Dimensjonering av utdanningskapasitet og godt samsvar mellom tilgang på nødvendig kompetanse og helsetjenestens behov krever nært samarbeid mellom de ansvarlige departementene, helsetjenesten og utdanningsinstitusjonene. Behovet for helsetjenester og tilpassing av helseutdanningene er bl.a. beskrevet i «Nasjonal helse- og sykehusplan» (Meld. St.11 2016-2019) og «Utdanning for velferd» (Meld. St.13 (2011-2012)).

9.1 KAPASITET OG DIMENSJONERING

Legeutdanningen skiller seg fra utdanningene av annet helsepersonell særlig når det gjelder krav til og behov for egnede arealer og infrastruktur. Den parakliniske og kliniske delen av utdanningen innen medisin, slik som forelesninger, smågruppeundervisning og veiledet undervisning i kliniske fag, foregår i universitetssykehusenes lokaler (auditorier, laboratorier, seminarrom, kontorer osv.) av universitetsansatte i hoved- eller bistilling. For andre helseutdanninger er det vesentlig praksisperioder som er lagt til universitetssykehusene.

Utdanningsinstitusjonene kan oppleve å komme i krysspress med hensyn til dekking av kompetansebehov, kapasitet og kvalitetssikring av utdanningsprogram. Primærhelsetjenesten melder sine behov for videre- og etterutdanning som kan tas samlingsbasert og desentralisert, mens større HF har behov for både økt kapasitet innen videreutdanning og for masterkompetanse og

gjærne ønsker å dekke dette i samme utdanningsløp. UH-lovens og institusjonenes kvalitetssikringssystem er innrettet for å imøtekomme komplette grader (jf. Bolognaprosessen) og tydelige sluttkvalifikasjoner for en grad (Kvalifikasjonsrammeverket), og universitetene trenger derfor tid på å utvikle et utdanningsprogram fra idé til opptak. Prosessen kan komme i konflikt med HFeens forventninger om at meldinger om endrede behov og innhold for utdanninger kan imøtekommes på kort sikt.

9.2 HELSEPERSONELL I FORSKNING OG UNDERVISNING

Det stilles økende krav til kunnskapsbasert eller vitenskapelig dokumentert klinisk praksis i helsetjenesten. Dette krever økende vitenskapelig kompetanse (og forskningsbakgrunn) hos undervisere gjennom alle studieløp for opplæring i metode og hvordan en skal forholde seg til tilgjengelig kunnskap og vitenskapelige resultater. UHRs praksisrapport¹⁵ påpeker at det må utvikles karriereløp som er tilpasset og som honorerer undervisningsoppgaver i større grad enn det som eksisterer i dag. Dette er det behov for i både universitet og HF.

9.3 PRAKSISPERIODER I UTDANNINGEN AV HELSEPERSONELL

Mange av helsetjenestens utdanningsløp har praksisperioder som en viktig og integrert del av utdanningen. Det gjelder for eksempel grunnutdanningen for leger og psykologer, grunn- og videreutdanningen for sykepleiere og andre relevante utdanninger på bachelornivå. Her er det behov for samarbeid for å sikre gode praksisperioder i både grunn- og videreutdanningen samt at disse dimensjoneres i forhold til antallet studieplasser.

9.4 UNDERVISNINGSTEKNOLOGI – SIMULERING/E-LÆRING

Utdanningsinstitusjonene og helsetjenesten bør samarbeide om e-læring og simuleringstrening (ferdighetssentre) for alle aktuelle utdanninger. Samtidig er det viktig med nærhet i tid mellom teoretisk opplæring, ferdighetstrening og klinisk praksis, slik at simuleringstrening ikke blir en erstatning for klinisk trening. Utdanningsinstitusjonene og helsetjenesten har gjennom samarbeid i UHRs praksisprosjekt og gjennom etablering av Norsk nettverk for medisinsk simulering i helsetjenesten erklært at det er felles utfordringer knyttet til:¹⁶

- Fasiliteter for ferdighetstrening og simulering (areal, lærerkrefter og utstyr)
- Utvikling av e-læringselementer for tema hvor dette er en egnet læringsform
- Pedagogisk/didaktisk støttetjeneste

Innen disse tre feltene har det vært prøvd ut ulike samarbeidsformer uten at man har kommet til en endelig og ens form. Det mest profesjonelle samarbeidet innen medisinsk simulering er stiftelsen Stavanger Acute medical Foundation for Education and Research, SAFER.

9.5 SPESIALISERING AV HELSEPERSONELL

Norsk spesialistutdanning av helsepersonell er ulikt organisert fra profesjon til profesjon. HFeen har alltid en sentral rolle, deretter er ansvaret ulikt fordelt mellom fagorganisasjon, universitet og

¹⁵ http://www.uhr.no/prosjekter/kvalitet_i_praksisstudier

¹⁶ http://www.uhr.no/prosjekter/kvalitet_i_praksisstudier

direktorat. Det er dannet et tverregionalt prosjekt knyttet til etablering av ny spesialiststruktur og spesialistutdanning for leger. Hovedtilnærmingen i den nye organisatoriske modellen for legespesialisering er å styrke utdanning og veiledning i praksisfeltet. Det vises til dette prosjektet (se prosjektets egen nettside: <http://lis-utdanning.info>) for informasjon om aktørenes roller, ansvar og oppgaver i den nye ordningen. HFene vil få en hovedrolle i spesialistutdanningen av leger og trenger utdanningsadministrative ressurser til formålet.

UTKAST

Del 3 – Oppsummering og løsningsforslag

10 UTFORDRINGSBILDET MED UTVALGETS ANBEFALINGER

10.1 SAMARBEIDSMODELLER OG -ARENAER

Det er enighet om at hovedutfordringen for samarbeid rundt helseforskning, innovasjon og utdanning ligger i sektorprinsippet. De to eierdepartementene legger til grunn til dels ulik eierstyring og organisering, ulike systemer, ulikt regelverk og ulike insentiver. Begge sektorer har selvstendige lovpålagte oppgaver innen forskning og utdanning og forutsettes å samarbeide tett om disse for å sikre en helhetlig og god ressursutnyttelse. Det er i skjæringen mellom sektorenes selvstendige ansvar for forskning, innovasjon og utdanning og den gjensidige avhengigheten av hverandre for å ivareta dette ansvaret at utfordringene oppstår.

Under arbeid med utfordringsbildet, har utvalget sett på ulike prinsipper og modeller for sektorsamarbeidet. Utvalget er bl.a. orientert om den såkalte "Nederlandsmodellen", en organisasjonsmodell der ansvaret for pasientbehandling, helseforskning, innovasjon og utdanning er integrert i et medisinsk senter (Academic Medical Centre) der universitetets medisinske fakultet og sykehusfunksjonen er samlet som en enhet. Utvalget har også sett på muligheter for etablering av et mellomforetak som en egen juridisk enhet for organisering av felles aktiviteter ved sykehusene og universitetene. En slik enhet kan tenkes eid i fellesskap av universitet og sykehus og kan huse forskningssentre som SFF, SFI og K.G.Jebsen, felles forskningsinfrastruktur, o.a.

Disse alternative samarbeidsmodellene vil kunne by på attraktive løsninger for deler av utfordringsbildet presentert her, imidlertid utfordrer de gjeldende lovverk, sektorprinsippet og dagens styringsmodeller. Utvalget har derfor valgt å konsentrere sitt arbeid rundt "beste praksis"-modellen, der man utvikler felles løsninger innenfor rammene av sektorprinsippet basert på en evaluering av erfaringer og kunnskap med dagens systemer og en videreutvikling av disse. Utvalget oppfatter sine løsningsforslag som i tråd med mandatet og departementenes bestilling.

Utvalget vurderer at alle løsninger som bygger ned barrierene med to strukturer er en forbedring med formål om å styrke den samlede helseforskningen og helseutdanningene. Dette innebærer at flest mulig av de områdene som berører samhandlingen mellom universitetene og sykehusene bør vurderes i fellesskap og at rammebetingelser, regelverk og insentivsystemer må harmoniseres. Dette vil etter utvalgets vurdering bidra til å sikre den forskningskvalitet som er nødvendig for aktiv deltakelse på den internasjonale forskningsarenaen, f.eks. Horisont2020, som i større grad kjennetegnes av tverrfaglighet, arbeidsfordeling og samarbeid.

10.2 SAMARBEIDSARENAER

For å videreutvikle et godt strategisk og operativt samarbeid mellom sektorene er de **etablerte samarbeidsarenaene** som Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG), de regionale samarbeidsorganene og felles forsknings- og utdanningsutvalg viktige og **må videreføres og videreutvikles.**

Utvalget foreslår videre at **det etableres et toppledermøte f.eks. med deltakelse av statsråder/statssekretærer for KD og HOD for å koordinere felles anliggende for helseforskning og**

helseutdanninger, slik som dimensjonering av helseutdanningene og større satsinger innen helseforskning og -innovasjon.

Med "Nederlandsmodellen" berørt over som inspirasjon, anbefaler utvalget at det **etableres gjensidig styrerepresentasjon** mellom universitet og regionalt helseforetak og mellom universitetssykehus og helsefakultet/medisinsk fakultet.

10.3 AREAL

For å kunne utføre sine kjerneoppgaver og svare opp nye behov knyttet til forskning, innovasjon og utdanning, er det vesentlig at begge sektorer har tilgang på gode og funksjonelle bygg med nødvendig utstyr og infrastruktur som legger til rette for høy kvalitet og effektiv ressursutnyttelse. Egnede lokaler med tilstrekkelig kapasitet vil ofte være en sentral betingelse for å kunne utføre innovasjons- og forskningsoppgaver og opprettholde servicefunksjoner i samsvar med eksterne bevilgninger og forskningsmål.¹⁷ Store satsinger som SFF, SFI og K.G. Jebsen sentre samt regionale og nasjonale forskningsinfrastrukturer stiller særlig store krav til samarbeid og felles forståelse med tanke på vertskapsroller, arealutnyttelse og organisering. Problemstillingen omfatter også store tverrfaglige forskningsmiljøer.

Sektorsamarbeid om arealbruk er innrettet ulikt i regionene, og regulering av eierskap og bruksrett er i stor grad tilpasset lokale forhold og faktorer som bygningsmassen beskaffenhet og alder. For nye bygg avspeiler avtalestrukturen gjerne sektordepartementenes bidrag til finansieringen av byggene, slik det f.eks. er for den tinglyste sameieavtalen mellom NTNU og St. Olavs hospital. For eldre bygg er arealsituasjonen mer uavklart og bygger ofte på et sett mindre avtaler, der bruk, drift og vedlikehold er behandlet separat. Manglende synliggjøring av finansieringskildene knyttet til sektorsamarbeidet om universitetsareal i tilslutning til universitetssykehus og uenighet om forståelses av finansieringsstrømmene for universitetsfunksjonen, bidrar til at kartleggingen av de samarbeidende sektorenes bruksandeler av arealene til dels har vært krevende å kartlegge. På lokalt plan er utfordringer knyttet til arealdisposisjoner varierende og sterkt påvirket av intensiteten i forskningsaktiviteten, arealknapphet og byggeteknisk standard. Region Sør-Øst opplever dette i større grad enn de andre regionene.

Utvalget fastslår at arealutfordringene til sammen peker på et **behov for en bredere utredning av de ulike regionale modellene for finansiering, vedlikehold, drift og bruk av arealer for samarbeidsflaten universitet/helseforetak for å identifisere beste praksis og harmonisere avtalestrukturer**. Avtalene bør også inkludere kriterier for partenenes håndtering av eventuelle endringer i arealbehov. Utvalget foreslår at **utfordringer knyttet til fordeling og bruk av eksisterende arealer løses regionalt** og håndteres innenfor eksisterende samarbeidsarenaer mellom universitetet og universitetssykehus.

Utvalgets vurdering legger til grunn at **aktiviteter innen forskning, innovasjon og utdanning har behov for integrerte areal**. En slik integrasjon er ivarettatt i sameieavtalen St. Olavs hospital/NTNU¹⁸ som bygger på en organisasjon av universitetssykehuset der undervisnings- og forskningsfunksjoner er integrert i bygg for kliniske funksjoner. **Samarbeidsmodellen bygget på det tinglyste sameiet**

¹⁷ Jfr. krav i SFF- IV utlysningen fra Forskningsrådet

¹⁸ http://www.ntnu.no/styret/saker_prot/22.05.08web/28.08%20Sameieavtale.pdf

ansees av utvalget å fungere godt og **anbefales videreført som prinsipp ved nybygg for universitetssykehus. Dette innebærer samfinansiering mellom de to sektordepartementene, der KD finansierer undervisnings- og forskningslokalene i universitetssykehus gjennom tilskudd som også inkluderer løpende tilskudd til drift og vedlikehold.** Samarbeid om utbygging vil dessuten kunne trekke veksler på et større samlet kompetanse- og erfaringsgrunnlag med byggeprosesser. Utvalget understreker at en slik løsning må vurderes helhetlig av regjeringen i forbindelse med bygging av universitetssykehus og ikke ses isolert som del av KDs arealbehov.

10.4 HARMONISERING AV INSENTIVER OG FINANSIERINGSMEKANISMER

Ulike insentiver og finansieringsmekanismer for de to samarbeidende sektorene kan utilsiktet skape konkurransevidende situasjoner og uklare premisser f.eks. ved valg av vertskapsinstitusjon og forankring for forskningsprosjekter slik at vurderinger utover de rent faglige tillegges betydning.

På overordnet plan er det mye likt mellom de to sektorenes insentivsystemer, og harmonisering med like indikatorer for begge sektorer er allerede oppnådd: antall doktorgrader, ekstern finansiering (EU/Forskningsrådet) og vitenskapelig publisering.¹⁹ Den viktigste forskjellen mellom sektorene er imidlertid at de resultatbaserte midlene ikke fordeles automatisk nedover i systemet. RHFene bruker midlene til å støtte forskningsprosjekter og strategiske tiltak, i hovedsak gjennom konkurranseutsatte tildelingsprosesser på regionalt nivå, mens fakulteter og institutter i hovedsak har insentivuttellingen som en del av sin driftsøkonomi.

Utvalget fremmer et nøytralitetsprinsipp for forskningsinsentiver. Med dette menes at rammene for gjennomføring av forskning bør være så like som mulig i respektive sektorer, slik at det i hovedsak er faglige vurderinger som ligger til grunn for forankring av forskningsaktiviteter og prosjekter. Nøytrale rammebetingelser vil videre kunne gi bedre muligheter for å bygge opp felles og likeverdige administrative støttefunksjoner for begge sektorer. **Utvalget anbefaler at en videre harmonisering av insentivstrukturen utredes med mål om full uttelling i begge sektorer.**

Det er i dag ulik praksis for håndtering av indirekte kostnader ved eksternt finansierte prosjekter ved institusjonene. Samordning av budsjettering er omtalt i rapporten "Samordnet praksis for budsjettering og regnskapsføring av forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse" fra 2015, og **med utgangspunkt i rapportens anbefalinger, støtter utvalget en innføring av en felles totalkostnadsmodell for begge sektorer.**

Dagens gaveforsterkningsordning omfatter private gaver gitt til langsiktig grunnleggende forskning og utløser ytterligere midler fra KD ved plassering i universitetene. **Utvalget anbefaler at en lignende modell for gaveforsterkning etableres for forskning i helseforetakene.**

10.5 ADMINISTRATIVE FORHOLD

I samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og universitet, vil prosjektdeltakerne ha ulike arbeidsgivere, ulik lønnspolitikk og betingelser og ulike arbeidsrettslige regelverk å forholde seg til.

¹⁹ Den nasjonale publiseringsindikatoren er endret fra 2016 slik at helseforetakene, UH-sektor (og instituttsektor) nå har lik beregning av institusjonsandeler ved samarbeid, og lik uttelling for samarbeid med utenlandske medforfattere. Det gis imidlertid ulik uttelling; da det benyttes ulike beløp for uttelling pr poeng i sektorene.

Forskningsaktivitetene utføres dessuten med til dels ulike rammebetingelser (se ovenfor). Det er både vanlig og nødvendig at prosjektdeltakerne har bistillinger hos hverandre, men samtidig er det i slike stillinger at den enkelte forsker møter de største utfordringene i hverdagen. Med ansettelse i bistilling må forskeren forholde seg til to ulike systemer og regelverk samtidig, og dette berører grunnleggende forhold som infrastrukturtilgang, bibliotekressurser, prosjektrapportering, innkjøp, osv.. Utvalget vurderer dette som en barriere for godt samarbeid og effektiv ressursutnyttelse, men ser at sektorprinsippet legger klare begrensinger på hvordan dette kan løses.

Utvalget anbefaler at harmonisering etterstrebes også for administrative forhold knyttet til forskning, innovasjon og utdanning. Ulike administrative systemer er og vil være krevende, og det bør arbeides mot større grad av harmonisering av slike systemer og regelverk, eventuelt med tilrettelegging for informasjonsutveksling mellom disse. Utvalget viser videre til NTNU/St. Olavs Hospital som har kommet langt i å utvikle felles forskningsadministrative tjenester for begge organisasjoner. Det vises også til UiO og OUS som har utviklet felles forskningsledelse i de ulike klinikkene. Størrelse og virksomhet er forskjellig i de ulike regionene, så utvalget vil ikke peke på en bestemt modell, men vurderer at det **på regionalt nivå bør tilrettelegges for et så tett administrativt samarbeid som mulig.**

Felles tjenester for begge sektorer bør kunne innebære en samling av arbeidsoppgaver mellom sektorene, f.eks. ved at universitetet bygger opp felles forskningsstøtte, EU kontor, osv. på vegne av begge organisasjoner etter nærmere avtale om dette mellom partene. Utvalget vurderer det som vesentlig at regelverk gir åpning for slike avtaler.

Utvalget foreslår at det etableres et prosjekt som ser på samordning av administrative regelverk, systemer og rutiner. Prosjektet bør søke å finne løsninger for enklere håndtering av delte stillinger, forbedre tilgang til og deling av forskningsinfrastruktur og administrative støttetjenester samt etablere felles praksis for rapportering og regnskapsføring av prosjekter. Det vil være viktig å utrede mulighetene for å etablere felles forskningsadministrative tjenester for universitetene og helseforetakene, herunder muligheter for å etablere felles sentre (regionalt) med ansvar for administrativ støtte til eksternfinansierte fellesprosjekter som EU-prosjekter.

10.6 FORSKNINGSINFRASTRUKTUR

Tilgang til relevant og oppdatert forskningsinfrastruktur er nødvendig for å understøtte forskning og innovasjon av høy kvalitet og er derfor et viktig bidrag for å nå strategiske mål bl.a. framsatt i HelseOmsorg21. God forskningsinfrastruktur er også et viktig konkurransefortrinn internasjonalt og gir norske forskere mulighet til å yte effektive forskningstjenester og opptre som attraktive samarbeidspartnere i internasjonale forskningsprosjekter. Kostnadskrevenne forskningsinfrastruktur for helseforskning, på nasjonalt eller regionalt nivå, organiseres gjerne i samarbeid mellom universiteter og HF.

Effektiv utnyttelse av slik forskningsinfrastruktur med lik tilgang for alle relevante brukere utfordres imidlertid av regelverk relatert til offentlige anskaffelser, merverdiavgift, statsstøtte og prising av leveranser til eksterne brukere. I tillegg til ulik regional og institusjonell praksis for drift og oppgraderinger/ fornyelser, bidrar ulike regler for budsjettering og regnskapsføring bl.a. til at det i dag ikke er gjennomført totalbudsjettering i helseforetakene.

Flere aspekter ved samhandling rundt infrastruktur har vært gjenstand for utredninger og utvalgsarbeid de siste årene²⁰. Av særlig relevans er konklusjonene til «INFRA-samhandlingsutvalget» som ble oppnevnt av universitets- og høyskolerådet (UHR), Forskningsinstituttene fellesarena og Forskningsrådet, og som leverte sin rapport «Økonomiske føringer for samhandling mellom forskningsinstitusjoner om anskaffelse, drift og tilgjengeliggjøring av forskningsinfrastruktur» i 2014, og rapporten «Samordnet praksis for budsjettering og regnskapsføring av forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse» som kom i 2015.²¹ Disse utredningene ligger til grunn for å synliggjøre konsekvensene for samarbeidet mellom universiteter og HF.

Merverdiavgift trekkes ofte fram som et hinder til effektiv samhandling og ressursutnyttelse på tvers av sektorene, særlig med tanke på prising av tjenester og leveranser fra kjernefasiliteter og forskningsinfrastruktur. Oppfatningen kan bygge på uklarheter rundt tolkningen av Kunnskapsdepartementets Reglement om statlige universiteter og høyskolars forpliktende samarbeid og erverv av aksjer (F-07-13). Tjenester fra forskningsinfrastrukturer til FoU-prosjekter utenfor egen institusjon har vært vurdert som oppdrag og dermed økonomisk aktivitet, slik at de prises med merverdiavgift i henhold til Statsstøtteregulverket. Fortolkningen er lagt til grunn også for leveranser til bidragsforskning, uten at dette har vært KDs intensjon med reglementet. Dette er et eksempel på at manglende avklaringer og tydelighet rundt fortolkninger kan utfordre samarbeid og optimal utnyttelse av store nasjonale satsinger som forskningsinfrastruktur.

Utvalget mener at forskningsinfrastruktur som hovedregel bør samordnes på strategisk og operativt nivå mellom universitet og universitetssykehus, bl.a. for å unngå duplisering av kostnads- og kompetansekrevende utstyr, sikre god kapasitetsutnyttelse og forhindre konkurransevridning i sektorsamarbeidet. Samordning vil også fremme etablering av infrastrukturkonsortier som kan bidra til økt nasjonal og internasjonal konkurransekraft og styrke kvaliteten av norsk helseforskning.

Ulike prinsipper for slik samordning bør utredes og bør omfatte modeller for samdrift i tillegg til muligheter for etablering av eget foretak/eget rettssubjekt for forskningsinfrastrukturer. **Regelverk for merverdiavgift og for oppdrags- og bidragsforskning bør forenkles og tydeliggjøres som bidrag til å fremme infrastrukturens samarbeid. Utvalget anbefaler videre at det for infrastruktur bør være felles nøytrale overordnede retningslinjer for sikring av lik tilgang for brukerne og for plassering av eierskap/vertskap. Finansiering av driftsfasen for forskningsinfrastruktur bør i så stor grad som mulig tilstrebe modeller basert på inntekter fra de prosjekter som anvender infrastrukturen.**

10.7 UTDANNING

Utdanning er en stor og viktig samarbeidsarena mellom universiteter/høgskoler og sykehus. Helseforetakene er både bestillere av kandidater, og undervisnings- og praksisarena for utdanningene, mens utdanningsinstitusjonene eier studieprogrammene og utsteder gradene. Å

²⁰ Særlig gjelder dette lov om offentlige anskaffelser, lov om merverdiavgift, statsstøtteregulativet, KDs regelverk for statlige universiteter og høyskolars samarbeid, samt helseforetakenes regler for regnskapsmessig håndtering (bl.a. beskrevet i felles nasjonal regnskapshåndbok og kontoplan).

²¹ "Økonomiske føringer for samhandling mellom forskningsinstitusjoner om anskaffelse, drift og tilgjengeliggjøring av forskningsinfrastruktur". Rapport fra "INFRA-samhandlingsutvalget" oppnevnt av Universitets- og høyskolerådet, Forskningsinstituttene fellesarena og Norges forskningsråd, 2014

utvikle kvalitet i praksis, og å etablere riktig dimensjonering av studiene er viktige samarbeidsflater for sektorene.

Utvalget foreslår at **det etableres et tett samarbeid mellom KD, HOD, helsetjenesten og utdanningsinstitusjonene for å sikre riktig dimensjonering av kapasitet og for å kunne sikre at leger og annet helsepersonell gis nødvendig kompetanse for å løse fremtidige oppgaver. KDs tildelinger av nye studieplasser bør etterfølges av tilsvarende tildelinger av midler til primær- og spesialisthelsetjenesten som bidrag til praksisperioder for et økende antall studenter.**

I henhold til UHRs praksisrapport, støtter utvalget at «det må utvikles karriereløp som er tilpasset og honorerer undervisningsoppgaver i større grad enn det som eksisterer i dag. Det er behov for dette både i universitet og helseforetak».

Det er videre nødvendig å styrke samarbeidet mellom sektorene for å sikre gode praksisperioder i grunn- og videreutdanningen for alle helsefagutdanninger samt at disse dimensjoneres i forhold til antall studieplasser. Det vises til tverrregionalt prosjekt for etablering av ny spesialistutdanning for leger der spesifikke løsninger utredes for aktørenes roller, ansvar og oppgaver i den nye ordningen.

Forkortelser:

- Ahus Akershus universitetssykehus HF
- Helsefak Det helsevitenskapelige fakultet, UiT
- HF helseforetak
- HOD Helse- og omsorgsdepartementet
- HUS Haukeland universitetssykehus HF
- KD Kunnskapsdepartementet
- NTNU Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet
- OUS Oslo universitetssykehus HF
- RHF regionalt helseforetak
- UHR Universitets- og høyskolerådet
- UiB Universitetet i Bergen
- UiO Universitetet i Oslo
- UiT Universitetet i Tromsø
- UNN Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Oppsummering av HelseOmsorg21-spørreundersøkelsen

HelseOmsorg21-rådet sendte 1. april 2016 en invitasjon til 74 aktører om å delta i en spørreundersøkelse for å innhente informasjon om aktørenes arbeid med implementering av HO21-strategien.

Ved fristens utløp hadde Rådet mottatt 31 besvarelser. Fem universitet, to høyskoler, de fire regionale helseforetakene, syv helseforetak, tre institutter, en bransjeforening, en klynge, et forskningsforvaltningsorgan, fire brukerorganisasjoner/brukerutvalg og tre kommuner hadde besvart undersøkelsen.

Noen resultater i korte trekk:

- 30 av 31 aktører oppgir at de kjenner HO21-strategien.
- Strategien er blitt drøftet på alle nivåer fra toppledelse til prosjektnivå.
- 13 aktører (ca. 42 prosent) oppgir at institusjon/organisasjon/interesseforening/klynge har utviklet sin egen strategi/handlingsplan, forankret i HO21-strategien.
- 25 aktører (ca. 81 prosent) oppgir at de har implementert tiltak i tråd med strategien.
- Det er iverksatt tiltak innenfor alle satsingsområdene. 23 aktører oppgir at de har iverksatt tiltak i forlengelse av satsingsområde Økt brukermedvirkning.
- Det foreligger konkrete planer for implementering av tiltak innenfor alle satsingsområdene. 17 aktører oppgir at de har planer om å iverksette tiltak knyttet til satsingsområde Økt brukermedvirkning.
- Aktørene ønsker blant annet at: Rådet bidrar med å prioritere saker og tiltak som bør settes på agendaen i institusjonene.
 - Rådet tar en tydeligere rolle i arbeidet med å utvikle gode samarbeidsrelasjoner mellom relevante aktører.
 - Rådet tar en tydeligere rolle i arbeidet med å utvikle tverrsektorielt samarbeid.
 - Rådet tar en tydeligere rolle i arbeidet med å øke brukermedvirkning i forskning.
 - Rådet bidrar i arbeidet med å øke forskning og innovasjonskompetansen i kommunesektoren.
 - Rådet bidrar til utvikling av retningslinjer/tiltak for offentlige institusjoners samarbeid med næringsliv når det gjelder forskning og innovasjon, og kommersialisering.
 - Rådet bidrar med kunnskaps- og erfaringsdeling mellom aktørene om tiltak iverksatt i tråd med HelseOmsorg21.
- Aktørene kan for eksempel bidra med:
 - deltakelse i Rådet
 - innledninger på rådsmøtene
 - kunnskap- og kompetansedeling

Hele oppsummeringen av spørreundersøkelsen kan du laste ned [her](#). (PDF - 1,2 MB) .

Skrevet av: [Hilde Dorteia Grindvik Nielsen](#)

Publisert: 31.05.2016

Sist oppdatert: 31.05.2016



Sak 34/16 Kunnskapsløft for kommunene – utkast til mandat og forslag til sammensetning av Nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester – Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

Type sak:	Vedtak
Til:	HO21-rådet
Fra:	HO21-sekretariatsleder Hilde G Nielsen

Bakgrunnsdokumenter:	• 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:	• Utkast til mandat og forslag til sammensetning av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), KS • Kopi av brev sendt KS 18.5.2016
Innledning:	• KS v/avdelingsdirektør FoU Jon Anders Drøpping
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	• Møte 25.4.2016 (03/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 1.12.2015 (06/15) • Møte 19.10.2015 (05/15)

Hovedpunkter

Rådet har på flere møter 05/15, 06/15, 01/16 og 03/16 diskutert kommunesektorens utfordringer i forhold til utvikling av forskning, utdanning og innovasjon i kommunene.

En intern arbeidsgruppe bestående av syv rådsmedlemmer ble opprettet etter rådsmøtet 19.oktober 2016. Arbeidsgruppen fikk i oppgave å utrede et notat som skulle skissere mulig organisering av forsknings- og utviklingsarbeidet innenfor helse- og velferdsområdet (primærhelsetjenesten). På rådsmøtet 25. januar 2016 presenterte arbeidsgruppa seks forslag til organiseringer av forsknings- og utviklingsarbeidet innenfor helse- og velferdsområdet (primærhelsetjenesten).

De seks forslagene er:

1. det etableres en struktur med 6-7 regioner for helse- og omsorgstjenesteforskning i kommunene. De regionale samarbeidsorganene skal ha solid lokal forankring og tung forskningsfaglig kompetanse. Det regionale nivået er operativt i betydninga å identifisere kommunesektorens kunnskapsbehov, disponere midler, og foreta prioriteringer,
2. friske midler til forskning på helse- og omsorgstjenestene i kommunene allokeres fra Kommunesjefstjenesteavdelinga i HOD, med finansiering også fra KMD. For å styrke kommunal sektor som praksisarena, må det følge øremerket finansiering med praksisstudentene fra UoH-sektoren,
3. det gjennomføres en uavhengig kartlegging av forskningsaktivitetene for helse- og omsorgstjenestene i kommunene ved de regionale og nasjonale kunnskaps-, kompetanse -, utviklings- og forskningssentrene, og at denne kartlegginga også omfatter UoH-sektorens forskningsaktiviteter rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester,
4. det opprettes et nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, med bred representasjon fra lokale, regionale og statlige myndigheter, og med forskningsfaglig kompetanse,
5. en større andel av praksisstudiene i helsefaglige utdanninger flyttes fra spesialisthelsetjenesten til relevante læringsarenaer i kommunal sektor og at det opprettes delte stillinger mellom kommune- og UoH-sektoren,
6. det utvikles en forskningsinfrastruktur for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Rådet vedtok på møtet at arbeidsgruppen skulle arbeide videre med forslag 1, 2,3 og 4.

Arbeidsgruppen presenterte på rådsmøte 25.april 2016 fire forslag til det videre arbeidet iht til dette satsingsområde. De fire forslagene var:

1. Regionale samarbeidsorgan for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester.
Arbeidsgruppa anbefaler at det etableres en struktur med 6-7 – alternativt 4 – regioner for helse- og omsorgstjenesteforskning i kommunene. De regionale samarbeidsorganene skal ha solid lokal forankring og tung forskningsfaglig kompetanse. Det regionale nivået er operativt i betydninga å identifisere kommunesektorens kunnskapsbehov, disponere midler, og foreta prioriteringer.
2. Finansiering.
Arbeidsgruppa anbefaler at friske midler til forskning på helse- og omsorgstjenestene i kommunene allokeres fra Kommunesjefstjenesteavdelinga i HOD, med finansiering også fra KMD. For å styrke kommunal sektor som praksisarena, må det følge øremerket finansiering med praksisstudentene fra UoH-sektoren.
3. Forholdet til de nasjonale og regionale kunnskaps-, kompetanse -, utviklings- og forskningssentrene.
Arbeidsgruppa anbefaler at det gjennomføres en uavhengig kartlegging av forskningsaktivitetene for helse- og omsorgstjenestene i kommunene ved de regionale og nasjonale kunnskaps-, kompetanse -, utviklings- og forskningssentrene, og at denne kartlegginga også omfatter UoH-sektorens forskningsaktiviteter rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester.

4. Nasjonal koordinering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Arbeidsgruppa anbefaler opprettelsen av et nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, med bred representasjon fra lokale, regionale og statlige myndigheter, og med forskningsfaglig kompetanse.

Rådet besluttet på rådsmøtet 25. april 2016 å støtte forslaget om at det opprettes et nasjonalt strategisk rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene (pkt 4).

På denne bakgrunn sendte HelseOmsorg21-rådet en tilrådning til KS om å starte arbeidet med å opprette et nasjonalt strategisk, rådgivende organ. Rådet forslo at organet bør oppnevnes av KS etter forslag fra relevante aktører. Organet bør være bredt sammensatt med representasjon fra lokale, regionale og statlige myndigheter i tillegg til medlemmer med tung forskningsfaglig kompetanse. KS bør vurdere om organet skal ledes av en representant fra KS eller om det velges en annen modell med rotasjon e.l.

Utkast til mandat og forslag til sammensetning for Kommunenes forskningsorgan (KSF) er utarbeidet av KS med innspill fra den interne arbeidsgruppen i Rådet.

Presentasjon v/avdelingsdirektør FoU Jon Anders Drøpping, KS.

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om gi innspill til utkast til mandat og sammensetning av Kommunenes forskningsorgan (KSF).

Rådet bes om diskutere spesielt problemstillingene som er skrevet inn i vedlagte utkast.

Forslag til vedtak:

Formuleres i møtet.....

VEDLEGG

Sak 34/16



Nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester – Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) – utkast til mandat og forslag til sammensetning

Fra: KS v/avdelingsdirektør F&U Jon Anders Drøpping

Vedlegg til: Sak 34/16 Kunnskapsløft for kommunene

Nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester – Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)¹

MANDAT

Bakgrunn og formål

Nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester – Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) er opprettet for å følge opp HelseOmsorg21-strategien fra 2014.

Kommunehelsetjenesten har særskilte kunnskapsbehov. Kunnskapsbehovene må derfor først og fremst identifiseres av kommunene/kommunehelsetjenesten selv, men også av pasienter/brukere, av myndighetene, av relevante forskningsmiljø og andre interessenter. KSF skal være pådriver og videreutvikle og ivareta nasjonale strategier for forskning, innovasjon og utdanning, og motvirke fragmentering og overlappl mellom regioner, og koordinere tiltak for å møte kunnskapsbehovene.

Hovedoppgave

KSF skal være et rådgivende organ som skal gi innspill til nasjonale strategier for forskning, innovasjon og utdanning for kommunesektorens helse- og omsorgstjenester.

KSF skal ivareta kommunesektorens definerte forsknings-, -innovasjons- og utdanningsbehov, slik disse formuleres av kommunene i *de regionale samarbeidsorganene* og i andre sammenhenger. KSF skal særlig vektlegge og dekke kunnskapssvake områder innen kommunenes helse- og omsorgstjenester.

KSF skal koordinere *de regionale samarbeidsorganene* og bidra til samordning av kommunenes, forsknings- og utdanningsinstitusjonene og myndighetenes forskningsinnsats.

¹ Etter første kommentarrunde: Forslag til mandat og sammensetning fra arbeidsgruppa, pr. 27. august 2016.

Vedlegg sak 34/16 – møte 04/16

KSF skal stimulere til nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid på områder som har betydning for kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Møtehyppighet: KSF møtes **XXX** ganger pr. år.

Merknad [JAD1]: Til diskusjon i arbeidsgruppa/HO21-rådet

Saksgang

- Saker som skal legges frem for KSF kan i hovedsak foreslås av de representerte institusjonene.
- Forslagsstilleren eller sekretariatet forbereder sakene i samarbeid med AU. De regionale samarbeidsorganene kan trekkes inn i saksforberedelsene.
- AU prioriterer og fremmer sakene for KSF.
- KSF er rådgivende. Vedtak må derfor behandles videre gjennom linjen i de institusjoner eller organer som KSFs medlemmer representerer, og med vekt på den sentrale utøvende funksjonen til de regionale samarbeidsorganene.
- Ved behov for videre utredninger og beslutninger hos de berørte aktørene før endelig vedtak i KSF, følger sekretariatet opp saksgangen for å sikre beslutningsmulighet.

SAMMENSETNING

Ledelse

KSF ledes av KS.

Arbeidsutvalg – KSF AU

KSF skal ha et arbeidsutvalg som skal prioritere, forberede og fremme saker for KSF. AU møtes i forkant av hvert møte i KSF. AU har inntil **XXX** medlemmer med varamedlemmer. KSF AU skal bestå av en kommunerepresentant fra hver [evt. utvalgte?] region. Både helseforetaks- og UH-sektoren skal være representert i AU.

Merknad [JAD2]: Avhenger av sammensetninga av KSF, se nedenfor

Medlemmer i KSF:

KSF utpekes for to år av gangen.

Merknad [JAD3]: Antallet bør nok begrenses, jf også innspill om fare for «byråkratisk mastodont». Til diskusjon i arbeidsgruppa/HO21-rådet

- 1 representant fra KS (leder av organet)
- 6-7 (evt. 4) kommunerepresentanter fra de regionale **samarbeidsorganene**. Disse utpekes blant kommunerepresentantene i de regionale samarbeidsorganene.
- 6-7 (evt. 4) representanter fra UH-sektoren. Disse utpekes blant kommunerepresentantene i de regionale samarbeidsorganene, evt. av Universitets- og høgskolerådet. [kan drøftes av HO221-rådet].
- 1 medlem fra Folkehelseinstituttet
- **1 medlem (evt. observatør) fra næringslivet**
- 3 observatører (1 fra hhv. HOD, KD og NFR)

Merknad [JAD4]: Det KAN bli flere RFF-regioner, jf. foreløpige planer om å gjøre hvert folkevalgt regionalt nivå til en RFF-region.

Arbeidsgruppa ønsker også innspill fra HO21-rådet mht. representasjon fra evt. brukerrepresentanter og representanter fra næringslivet i KSF.

Merknad [JAD5]: Til diskusjon i arbeidsgruppa/HO21-rådet

Sekretariat

Vedlegg sak 34/16 – møte 04/16

Sekretariatsfunksjonen for KSF ivaretas av Norges forskningsråd eller KS [kan drøftes av HO21-rådet].

Mandatet for og organiseringa av KSF bør evalueres etter 2-3 år.

Kommunenes sentralforbund (KS),
Postboks 1378 Vika,
0114 Oslo

Vår saksbehandler/lf.
Hilde DG Nielsen, +47 40 92 22 60

Vår ref.
16/3324
Deres ref.

Oslo,
18.5.2016

Tilråding fra HelseOmsorg21-rådet om at det opprettes et nasjonalt strategisk rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Bakgrunn

Kommunesektoren har en sentral rolle i folkehelsearbeidet. God helse sikres best ved at folkehelseperspektivet inngår i utviklingen av hele samfunnet, i helsefremmende og forebyggende tiltak, i tidlig diagnose og behandling på rett nivå. Det er avgjørende at vi har effektive og behovstilpassede tjenester for at flest mulig er friske lengst mulig, og for at tjenestene skal være økonomisk bærekraftige over tid. Dette krever økt satsing på forskning, innovasjon og utdanning i kommunesektoren. Kommunene har med samhandlingsreformen fått flere helserelaterte oppgaver med større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter. Her er store oppgaver som må ha en bred og tverrsektoriell tilnærming. I dag er helseforskningsinnsatsen i liten grad rettet mot kommunene, og står ikke i forhold til utfordringene og de store offentlige ressursene som brukes i kommunene. Forskning, innovasjon, deltakelse i utdanning og bidrag til næringsutvikling må bli en naturlig del av kommunesektorens ansvarsområde, og det må avsettes betydelige midler og utvikles et system mellom forsknings- og utdanningsinstitusjoner og kommunene, som sikrer forskning av høy kvalitet. Forskningen må være relevant for kommunenes ansvarsområder innenfor forebygging, helse og velferd. En hovedutfordring i helse- og omsorgsforskningssystemet er knyttet til samspill mellom aktørene, inkludert relevante departementer. Det er behov for helhetlig og strategisk koordinering for å motvirke fragmentering av kunnskapsutviklingen.

HelseOmsorg21-rådet (Rådet) har på flere rådsmøter diskutert satsingsområdet *Kunnskapsløft for kommunene* i HelseOmsorg21-strategien. En intern arbeidsgruppe i Rådet presenterte på rådsmøtet 25. april 2016 et forslag om å opprette et nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, med bred representasjon fra lokale, regionale og statlige myndigheter, og med forskningsfaglig kompetanse (et organ tilsvarende nasjonal samarbeidsgruppe for forskning i spesialisthelsetjenesten (NSG)).

Det rådgivende organet skal ivareta nasjonale strategier for forskning og utvikling, motvirke fragmentering og overlapp mellom regioner, og koordinere norske og internasjonale forskningsbehov. Arbeidsgruppen foreslår at organet ledes av KS.

Tilråding

HelseOmsorg21-rådet støtter forslaget fra arbeidsgruppen og anbefaler KS om å starte arbeidet med å opprette et nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Organet bør oppnevnes av KS etter forslag fra relevante aktører. Organet bør være bredt sammensatt med representasjon fra lokale, regionale og statlige myndigheter, i tillegg til medlemmer med tung forskningsfaglig kompetanse. KS bør vurdere om organet skal ledes av en representant fra KS eller om det velges en annen modell med rotasjon e.l.

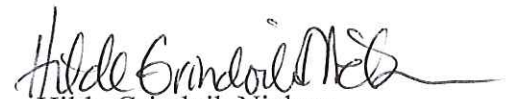
Rådet ber om at KS til rådsmøtet 12. september 2016 legger fram status for arbeidet, forslag til sammensetning og mandat for organet.

Med vennlig hilsen

HelseOmsorg21-rådet



John-Arne Røttingen
Rådsleder



Hilde Grindvik Nielsen
HO21-sekretariatsleder

Kopi:

Kommunal- og moderniseringsdepartementet
Helse- og omsorgsdepartementet
Helsedirektoratet
Folkehelseinstituttet
Forskningsrådet



Sak 35/16 Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde - forslag om å opprette et HO21 utvalg for forskning og innovasjon på mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet i HO21-rådet

Type sak: Vedtakssak
 Til: HO21-rådet
 Fra: HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

Bakgrunnsdokumenter	- 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	Utkast til mandat for HO21 utvalget for mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet
Innledning v/	Rådsleder John-Arne Røttingen
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	Møte 25.4.2016 (03/16) (orienteringssak)

Hovedpunkter

Det ble på rådsmøtet 25.4.2016 (03/16) orientert om Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) arbeid med ny handlingsplan for bedre kosthold. Handlingsplanen for bedre kosthold (2017-2021) er et ledd i oppfølgingen av tiltak seks "*Leggje til rette for eit meir heilskapleg og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forskingsmiljøa og matnæringa – innanfor mat, ernæring og helse*" under satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien.

I møter med departementet har rådsleder John-Arne Røttingen og HO21-sekretariatet diskutert hvilke andre tiltak som må til for å sikre at nevnte tiltak oppnås, og de har foreslått for HOD at det bør gjennomføres en utredning om forskning og innovasjon på mat, ernæring og helse relatert til matvarebransjen/næringsmiddelindustrien. Målet med utredningen at den skal belyse, synliggjøre og avklare ressurser og utfordringer for samarbeid på feltet på en systematisk måte, samt foreslå tiltak for å løse disse utfordringene. Hensikten med utredningen er at den skal bidra til bedre og mer helhetlig og koordinert samarbeid mellom forskningsmiljøene og matnæringen.

For å få gjennomført utredningen foreslås det at det opprettes et HO21 utvalg for forskning og innovasjon på mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet i HO21-rådet. Utvalget skal bestå av 11 personer og skal ledes av et medlem i Rådet. De resterende ti gruppemedlemmene foreslås å være:

- Et HO21-rådsmedlem (*leder av utvalget*)
- Et HO21-rådsmedlem (helseforsker)
- En representant fra programstyret til BIONÆR
- En forskerrepresentant fra Folkehelseinstituttet
- En forskerrepresentant fra Veterinærinstituttet
- En forskerrepresentant fra NMBU
- En forskerrepresentant fra NIFES
- En forskerrepresentant fra NOFIMA
- En representant fra en næringslivsklynge
- To representanter fra næringslivet

Til sammen 11 personer (inkludert leder).

Prosess: Utvalget etableres høsten 2016. Første møte i utvalget: tidlig januar 2017.

Oppdragets varighet: 1.1.2017 – 1.5.2017 (levering 1.5.2017)

Oppfølging/rapportering: Utvalget skal rapportere til HelseOmsorg21-rådet. Utredningen vil bli oversendt Helse- og omsorgsdepartementet etter den har vært til endelig behandling i HelseOmsorg21-rådet.

Innledning v/rådsleder John-Arne Røttingen.

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å diskutere forslaget om å opprette et HO21 utvalg for forskning og innovasjon for mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet i HO21-rådet.

Rådet bes om å utnevne et rådsmedlem til å lede utvalget.

Rådet bes om å utnevne et rådsmedlem til å delta i utvalget.

Rådet bes om å diskutere forslag til sammensetning av utvalget samt komme med forslag til personer (navn på personer) som kan være aktuell å forspørre om å delta i utvalget.

Saksfremlegg sak 35/16 – møte 04/16

Forslag til vedtak:

Rådet vedtar at det skal opprettes et HO21 utvalg for forskning og innovasjon for mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet i HO21-rådet...

Rådet utnevner rådsmedlem xx til å lede utvalget.

Rådet utnevner rådsmedlem xx til medlem av utvalget.

Rådet foreslår følgende personer ...formuleres i møtet



VEDLEGG

Sak 35/16



Utkast til mandat - HO21 utvalg for forskning og innovasjon på mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet

Fra:	John-Arne Røttingen, rådsleder, i samarbeid med HOD
Vedlegg til:	Sak 35/16 - Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

Utkast til mandat - HO21 utvalg for forskning og innovasjon på mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet

Sammensetning

HO21 utvalget for forskning og innovasjon på mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet er nedsatt av HO21-rådet. Utvalget består av 11 personer og ledes av et medlem fra HelseOmsorg21-rådet. De resterende ti gruppemedlemmene består av seks forskerrepresentanter, en representant fra programstyret til Bærekraftig verdiskaping i mat- og biobaserte næringer (BIONAER), to personer fra næringslivet og en representant fra en næringslivsklynge.

Utvalget vil bestå av følgende sammensetning:

- Et HO21-rådsmedlem (*leder av utvalget*)
- Et HO21-rådsmedlem (helseforsker)
- En representant fra programstyret til BIONÆR
- En forskerrepresentant fra Folkehelseinstituttet
- En forskerrepresentant fra Veterinærinstituttet
- En forskerrepresentant fra NMBU
- En forskerrepresentant fra NIFES
- En forskerrepresentant fra NOFIMA
- To representanter fra næringslivet
- En representant fra en næringslivsklynge

Til sammen: 11 medlemmer (inkludert leder).

Oppdraget

Utvalget har som oppgave å gjennomføre en utredning om forskning og innovasjon på mat, ernæring og helse relatert til matvarebransjen/næringsmiddelindustrien. Utredningen skal belyse, synliggjøre og avklare ressurser og utfordringer for samarbeid på feltet på en systematisk måte, og foreslå tiltak for å løse disse utfordringene. Utredningen inngår i arbeidet med å oppnå bedre og mer helhetlig og koordinert samarbeid mellom forskningsmiljøene og matnæringen jf. Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien¹

¹ I Handlingsplanen: Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde og tiltaket: "Legge til rette for eit meir heilskapleg og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forskningsmiljøa og matnæringa – innanfor mat, ernæring og helse". Ansvarlig: HOD. Medvirkende: LMD og NFD.

Oppdragets varighet

1.1.2017 – 1.5.2017 (levering 1.5.2017)

Rapportering

Utvalget rapporterer til HelseOmsorg21-rådet. Utredningen oversendes Helse- og omsorgsdepartementet etter den har vært til endelig behandling i HelseOmsorg21-rådet.

Arbeidsform

Leder av utvalget er ansvarlig for å beramme møter i samarbeid med sekretariatet. Det forventes at utvalgets medlemmer kan delta på tre fysiske møter i tillegg til telefonmøter som avtales ved behov. Medlemmene må regne med å måtte bidra med skriftlige innspill til utredningen. HelseOmsorg21-sekretariatet vil fungere som sekretariat for utvalget.

Honorering

Det utbetales møtehonorerar etter Forskningsrådets retningslinjer for Honorar og godtgjørelser. HelseOmsorg21 dekker reiseutgifter i forbindelse med møtene.

Relevant litteratur

- Mat og helse i Norge, rapport NIFU, 23/2010
- Masterplan for marin forskning, NFD, Strategi (2015)



Sak 36/16 Forskningsrådets arbeid med antibiotikaresistens

Type sak: Vedtakssak
Til: HO21-rådet
Fra: HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

Bakgrunnsdokumenter:	- Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020 - https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-mot-antibiotikaresistens-2015-2020/id2424598/ - Handlingsplan mot antibiotika resistens i helsetjenesten - https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-antibiotikaresistens-i-helsetjenesten/id2469646/
Vedlegg:	Notat Forskningsrådets arbeid med antibiotikaresistens
Ansvarlig:	Forskningsrådet v/Jesper W. Simonsen
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	

Hovedpunkter

Regjeringen la i juni 2015 frem Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens. Denne peker på behovet for mer kunnskap for å skaffe en helhetlig forståelse av naturlige og menneskeskapte faktorer som hindrer eller fremmer resistensutvikling og som kan frembringe nye eller bedre antibiotika og diagnostika. Det er også behov for bedre overvåkning og analyse av antibiotikabruk og effektstudier av smitteverntiltak i helsetjenesten. Strategien er i overensstemmelse med WHO's globale handlingsplanen mot antibiotikaresistens. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten ble lansert i januar 2016 og omfatter de mest effektive tiltakene for å redusere bruken av antibiotika med 30 prosent innen 2020.

Forskningsrådet har i 2016 fått i oppdrag å bidra til å følge opp den nasjonale strategien ved å utarbeide status og analyse knyttet til norsk forskningsinnsats på antibiotikaresistens innenfor helse. Det er foreslått at innsatsen skal ses på på tvers av aktiviteter i Forskningsrådet, og skal inngå i et One Health-perspektiv. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker at HelseOmsorg21-rådet skal involveres i arbeidet.

Forskningsrådet gjennomførte våren 2016 et møte med sentrale fagpersoner innen mat, helse, miljø, dyr, innovasjon og infeksjon hvor gruppen ble enig om at en overordnet kartlegging av den nasjonale forskningsinnsatsen ville være nyttig i oppfølgingen av den nasjonale strategien. I tillegg ble det foreslått å utlyse midler til forskernettverk innen feltet.

Som et ledd i oppfølgingen av strategien gjennomførte Forskningsrådet sommeren 2016 en spørreundersøkelse med den hensikt å kartlegge status og kunnskaps- og forskningsbehov på området. De 158 besvarelsene er under prosessering. Tilbakemeldingene vil bli benyttet i Forskningsrådets arbeid med oppfølging av strategien.

På denne bakgrunn foreslår Forskningsrådet følgende tiltak for oppfølging av strategien:

- Kartlegging av den nasjonale forskningsinnsatsen på antibiotikaresistens (forskningskvalitet og ressursinnsats) (NIFU oppdrag).
- Utlysning av midler til forskernettverk .

HelseOmsorg21-rådet

HO21-rådet bes om å diskutere om kartleggingen av den nasjonale forskningsinnsatsen skal ha et overordnet perspektiv om infeksjonssykdommer rettet mot resistens eller et helhetlig perspektiv med fokus på antibiotikaresistens innen mat, dyr, helse og miljø (dvs. et One Health-perspektiv).

HO21-rådet bes om å diskutere om kartleggingen bør utvides til å omfatte både infeksjonssykdommer og One Health- perspektivet.

HO21-rådet bes om å diskutere behovet for at hele eller deler av kartleggingen utføres i et komparativt perspektiv med Norden. Dette kan bidra til å styrke nordisk samarbeid og etablering av forskningsnettverk.

HO21-rådet bes om å diskutere formålet med en utlysning av midler til forskernettverk. Er det behov for å etablere nasjonale/nordiske forskningsnettverk på områder der vi kan konkurrere om internasjonale midler og/eller etablering av One Health-nettverk for problemstillinger på tvers.

HO21-rådet bes om å komme med innspill til helt konkrete One Health-problemstillinger.

Forslag til vedtak:

Formuleres i møtet....

VEDLEGG

Sak 36/16



Forskningsrådets arbeid med antibiotikaresistens

Fra:	• Forskningsrådet v/divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen
Vedlegg til:	• Sak 36/16 Forskningsrådets arbeid med antibiotikaresistens

Bakgrunn

Antibiotikaresistens fører til økt sykkelighet, økt dødelighet og økte kostnader over hele verden og er et globalt folkehelseproblem. Resistensproblemene kan bare begrenses gjennom samordning av tiltak på nasjonalt og internasjonalt nivå. Det er etablert en rekke initiativ for å bekjempe problemet globalt.

I 2015 lanserte Verdens helseorganisasjon (WHO) en [global handlingsplan mot antibiotikaresistens](#) for å sikre muligheten til å behandle og forebygge infeksjonssykdommer med effektive og sikre legemidler gjennom fem strategiske mål:

- Øke bevisstheten og forståelsen om antibiotikaresistens gjennom effektiv kommunikasjon og utdanning
- Styrke kunnskapsgrunnlaget gjennom overvåkning og forskning
- Redusere forekomsten av smitte gjennom bedre hygiene og forebygging av infeksjoner
- Riktig bruk av antibiotika hos mennesker og dyr
- Utvikle økonomiske incentiver for bærekraftige investeringer som tar hensyn til alle lands behov, og øke investeringene i nye legemidler, diagnostikk og vaksiner

I mai 2016 ble Jim O'Neills gjennomgang av de globale konsekvensene av antibiotikaresistens publisert i [Review on Antimicrobial Resistance](#) etter initiativ fra Storbritannias regjering og Wellcome Trust. Rapporten gir et dystert fremtidsbilde og konkluderer med at antibiotikaresistens vil koste 10 millioner menneskeliv årlig i fremtiden dersom man ikke umiddelbart tar grep. En fjerdedel av disse dødsfallene vil være på grunn av resistent tuberkulose. Rapporten kommer med anbefalinger som er sammenfallende med målene i WHO's globale handlingsplan. Rapporten har bidratt til økt internasjonal bevissthet og konsensus om de globale helseutfordringene knyttet til antibiotikaresistens og behovet for styrket internasjonalt samarbeid.

Den europeiske unionen (EU) har lenge vært en leder i arbeidet mot antibiotikaresistens. [EU's handlingsplan mot antibiotikaresistens](#) har et One Health- perspektiv. For å forstå opprinnelse og spredning av smittsomme sykdommer, trengs det et helhetsperspektiv på samspillet menneske/dyr/natur og miljø. Europakommisjonen vil starte arbeidet med en ny handlingsplan mot antibiotikaresistens i år. I tillegg vil kommisjonen opprette et «One-Health Network» med både folkehelse- og dyrehelseeksperter for å samkjøre arbeidet mot antibiotikaresistens i de to sektorene. Kommisjonen vil ha økt oppmerksomhet på samfunnskostnadene ved utvikling av antibiotikaresistens, og konsekvensene for helsesystemene.

Det felleseuropeiske programmet for antimikrobiell resistens ([JPIAMR](#)) er et ledd i koordineringen av den europeiske forskningsinnsatsen på området. Her samarbeider Norge med 22 land for å tette kunnskapshull. Programmet har laget en ambisiøs forskningsagenda med seks prioritert forskningsområder (Therapeutics, Diagnostics, Surveillance, Transmission, Environment, Interventions). Norsk deltakelse finansieres med 6,6 mill. kroner per år fra Helse- og omsorgsdepartementet f.o.m. 2014.

De viktigste årsakene til økende forekomst av resistens er høyt forbruk av antimikrobielle midler og spredning av resistente mikrobestammer. Norge har etablert gode overvåkingssystemer for antibiotikaresistens hos mikrober i både dyr og mennesker, og er et av de mest restriktive landene i verden med hensyn til antibiotikabruk. Situasjonen i Norge og i Norden er gunstig sammenliknet med resten av verden. Økt antibiotikabruk, reisevirksomhet, import av mat og spredning av resistente bakterier i matproduksjonen kan imidlertid endre bildet.

Hovedpunkter

Regjeringen la i juni 2015 frem en [nasjonal strategi mot antibiotikaresistens](#). Denne peker på behovet for mer kunnskap for å skaffe en helhetlig forståelse av naturlige og menneskeskapte faktorer som hindrer eller fremmer resistensutvikling og som kan frembringe nye eller bedre antibiotika og diagnostika. Det er også behov for bedre overvåkning og analyses av antibiotikaresistens og effektstudier av smitteverntiltak i helsetjenesten. Strategien er i overensstemmelse med WHO's globale handlingsplanen mot antibiotikaresistens. Myndighetenes [Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten](#) ble lansert i januar 2016 og omfatter de mest effektive tiltakene for å redusere bruken av antibiotika med 30 prosent innen 2020.

Helse- og omsorgsdepartementet har øremerket 3 mill. kroner slik at Forskningsrådet kan bidra til å følge opp strategien i et One Health- perspektiv og utarbeide status og analyse knyttet til norsk forskningsinnsats innenfor helse.

Oppdraget er todelt og tenkt løst som følger:

- 1) Bestille en analyse av den nasjonale forskningsinnsatsen på antibiotikaresistens (forskningskvalitet og ressursinnsats). Mulige innretning er One Health-perspektiv innenfor rammeverket av JPIAMR for koordinering med EU og/eller en evaluering av norsk forskning på infeksjonssykdommer med perspektiv rettet mot resistens. Analysen kan gjøres komparativt med Norden og bidra til å styrke nordisk samarbeid om antibiotikaresistens.
- 2) Lyse ut midler til forskningsnettverk eller til andre tiltak som kan stimulere til samarbeid og koordinering av forskning om antibiotikaresistens. Formålet kan være å etablere nasjonale/nordiske forskningsnettverk på områder der vi kan konkurrere om internasjonale midler, One Health nettverk for tverrfaglige problemstillinger f.eks. overvåkning og utvikling resistens.

	
Sak 37/16 Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde – Presentasjon av Drømmeløftet 2016 Helse og velferd	
Type sak:	Vedtakssak
Til:	HO21-rådet
Fra:	HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

Bakgrunnsdokumenter:	• Notat datert 25.4.2016 (vedlegg sak 25/16) • Notat datert 29.2.2016 (vedlegg sak 13/16) • 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:	• Rapport Drømmeløftet 2016: Helse og velferd, Innovasjon Norge
Innledning:	• Presentasjon av Drømmeløftet 2016 v/ Mona Skaret, Innovasjon Norge • Forberedt kommentar v/Kathrine Myhre, Oslo Medtech (leder av den interne arbeidsgruppen i Rådet)
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	• Møte 25.4.2016 (03/16) • Møte 29.2.2016 (02/16) • Møte 1.12.2015 (06/15)

Bakgrunn

Tiltakene for satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde har vært diskutert på rådsmøtet 06/15, 02/16 og 03/16. Arbeidsgruppens forslag til 11 fokusområder for Rådet har vært diskutert på de to siste rådsmøtene 02/16 og 03/16 (se vedlegg til sak 13/16 og 25/16).

Hovedpunkter

Innovasjon Norge lanserte i mai 2016 rapporten Drømmeløftet 2016 Helse og velferd. Drømmeløftet sier noe om utfordringer og muligheter innenfor helse- og velferd, og rapporten følger opp Innovasjon Norges Drømmeløft-prosess for omstilling i norsk næringsliv. Helse-

og velferd er ett av seks mulighetsområder identifisert på grunnlag av innspillene fra Drømmeløftet. Innovasjon Norge anbefaler at (s.22-28 i rapporten):

- mer av de offentlige forskningsinvesteringene i helse — minst 15 prosent — brukes på å bygge helsenæring og å skape løsninger og arbeidsplasser.
- norske myndigheter setter som mål å skape 10 000 nye kunnskapsbaserte arbeidsplasser i den private helsenæringen de neste ti årene.
- det etableres et nytt såkornfond på minst 500 millioner kroner som øremerkes helseinnovasjon.
- det innføres skatteinsentiver som trigger flere private investeringer i helseinnovasjon.
- norske myndigheter satser minst 100 millioner kroner på kommersiell utnyttelse av biobanker og helseregistre de neste ti årene.
- helseklyngene får i oppdrag å være motor for omstilling og teknologioverføring i næringslivet.
- det fremmes forslag om en nordisk pilot på helseklyngesamarbeid.
- regjeringen etablerer et tverrdepartementalt råd som setter strategiske prioriteringer for utvikling innen helse og velferd.
- Forskningsrådet og Innovasjon Norge piloterer en felles utlysning for forskning og innovasjon med grunnlag i viktige helseutfordringer.
- regjeringen etablerer en variant av den britiske SBRI-ordningen — der offentlig sektor definerer problemene som skal løses og bedriftene konkurrerer om å få samarbeide med helsevesenet for å utvikle løsninger — og at det kanaliseres 500 millioner kroner årlig til investeringer i innovasjon i helsetjenestene.

Presentasjon av Drømmeløftet og innledning v/direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge.

Forberedt kommentar v/daglig leder Kathrine Myhre, Oslo Medtech (leder av den interne arbeidsgruppen i Rådet).

HO21-rådet

Rådet bes om å diskutere hvordan og hva Rådet kan bidra med ift implementering av anbefalingene i rapporten og hvordan dette kan samordnes med tiltaksområdene som arbeidsgruppa for næringsutvikling arbeider med.

Forslag til vedtak: *Formuleres i møtet.....*

VEDLEGG

Sak 37/16



Drømmeløftet **2016**: Helse og velferd

En rapport fra Innovasjon Norge om utfordringer og muligheter innenfor mulighetsområdet helse- og velferd.

Innovasjon Norge
Postboks 448 Sentrum, 0104 Oslo
www.innovasjonnorge.no
www.drømmeløftet.no

Publisert 16. august 2016
Forsidefoto: Michael Blann, Thinkstock

Redaktør

Jorunn Birgitte Gjessing-Johnrud

I redaksjonen

Hanne Mette Kristensen
Per Melchior Koch

Bidragstere i Innovasjon Norge

Alex Wu
Ambika Oberoi
Arne Lueders
Beatrice Pignatelli
Geir Ove Hansen
Hanne Mette Kristensen
Hiroko Tominaga
Lisbeth Vassaas
Marianne von Krogh
Mona Skaret
Ole Johan Borge
Sigridur Thormodsdottir
Tina Nordlander
Åse P. Bailey

Drømmeløftet: En innovasjonspolitisk dugnad

I 2015 arrangerte Innovasjon Norge og samarbeidspartnere 84 åpne debattarrangementer i inn- og utland. Initiativet samlet over 3500 mennesker fra nærings- og samfunnsliv til diskusjon om landets fremtid. Vi mottok også en stor mengde skriftlige innspill. Sentrale spørsmål var:

- Hvordan kan Norge forberede seg på en tid der olje- og gassindustriens betydning blir mindre, både når det gjelder næringsaktivitet og inntjening?
- Enhver viktig utfordring representerer også en mulighet for næringsutvikling, erobring av nye markeder og ny økonomisk vekst. Hvordan kan norsk næringsliv være med på å løse store globale og nasjonale utfordringer?

Gjennom Drømmeløftet ble seks såkalte mulighetsområder identifisert. Dette er områder som går på tvers av eksisterende næringer og sektorinndelinger og der norsk kompetanse, teknologi og råvarer møter verdens utfordringer og nye markedsmuligheter. De seks områdene er:

- Havrommet
- Ren energi
- Bioøkonomien
- Helse og velferd
- Smarte samfunn
- Kreativ næring og reiseliv

Kan vi erstatte tapte eksportinntekter ved å bygge opp nye, internasjonalt konkurransedyktige og kunnskapsbaserte næringer? Denne rapporten drøfter utfordringer og muligheter knyttet til mulighetsområdet helse og velferd, og kommer med anbefalinger til helse- og næringspolitikken.

Mulighetsområdet helse og velferd omfatter mer enn helsenæringen. Andre sektorer kan også bidra til å styrke folks helse og velferd, herunder for eksempel smarte samfunn og bioøkonomien. I denne rapportens omtaler vi på den norske helsesektoren og helsenæringen. Innovasjon Norge vil legge frem egne rapporter om de fem andre mulighetsområdene.

Innhold

Omfang og særtrekk ved helsesektoren	4
Bestillinger fra verden	4
En ung næring i vekst	6
Nyskapende, målrettede og ekte <i>born globals</i>	7
Ulik modningsgrad i segmentene	7
Produktivitetsnivået lavere enn i andre næringer	8
Offentlige investeringer i økosystem for helseinnovasjon i Norge	8
Klynger sikrer tilførsel av kunnskap, kapital og partnere	9
Vi blir eldre og vil trenge omsorg	11
Nye pasientgrupper	11
Utdatert infrastruktur og siloorganisering	12
Produktivitet og tapte oljeinntekter	13
Vi mangler et strategisk offentlig marked for helseinnovasjon	14
Uendelige muligheter – men hvilket verdensmesterskap skal vi vinne?	14
Sterke forskningsmiljøer	14
Genetikk, biomedisin og IT møtes	15
Digitale strømninger - en megatrend	16
Varme hender og velferdsteknologi – motsetninger?	16
Hvor er de største globale mulighetene?	18
Europa, Norden og Nord-Amerika	19
Asia	19
Innovasjon i helsesektoren: et ikke-lineært perspektiv	20
Hva mangler vi i innovasjonssystemet?	22
Følge opp investeringene i forskning med investeringer i kommersialisering	22
Globale posisjoner for norsk helsenæring	24
En helhetlig innovasjonspolitik for helse og næring	26
Innovasjonsvirkemidler som fremmer etterspørsel	27
Våre kunder er bedrifter som tror de kan forandre verden	28
Kildehenvisninger	29

1. Helsenæringen er ung og ambisiøs

Omfang og særtrekk ved helsesektoren

Vellykket helseinnovasjon har trippel vinningseffekt. For pasienten kan bedre medisin, behandling og omsorg gi et mye bedre og lengre liv. Samfunnet vinner på å ha mer ressurseffektive helsetjenester. Det blir flere i arbeid og færre å behandle. Næringslivet vinner når de klarer å lage og selge verdens beste løsninger på sentrale helsebehov. I rapportens første del omtaler vi den norske helsesektoren og helsenæringens grad av sysselsetting, verdiskapning og eksport.

Svært store deler av helseoppgavene i Norge finansieres og utføres av det offentlige. I 2015 brukte Norge om lag 10 prosent av BNP på helse. Helse som næring skiller seg fra mange andre næringer ved at det offentlige utgjør brorparten av markedet. Vekst i offentlige helseoppgaver representerer derfor en potensielt kraftig driver for innovasjon i næringslivet, noe vi kommer tilbake til i rapportens andre del.

Sammenlignet med øvrige OECD-land er helsetilstanden i Norge god, med høyere forventet levealder og lavere sykkelighet enn gjennomsnittet. Norge bruker nesten dobbelt så mye på helsetjenester, målt i US dollar per innbygger, som gjennomsnittet i OECD-landene. Dette er over nivået i de andre nordiske landene, men godt under USA¹. Vi har en forventet levealder på 82,3 år: en 11. plass i OECD.

Vi har et bredt helsetilbud til innbyggerne i Norge. I 2014 hadde flere enn hver tredje nordmann minst én kontakt med spesialisthelsetjenesten. 11 prosent ble lagt inn på sykehus. Hver femte var i kontakt med legevakten, og nesten 8 av 10 med fastlegen. Nærmere 350 000 nordmenn mottok omsorgstjenester i løpet av 2014. Av disse var rundt 48 000 på langtidsopphold på institusjon.

Omkring hver tiende nordmann jobber i helsesektoren. 67 000 sysselsettes i private bedrifter, mens de resterende er ansatte i stat, kommune og offentlig eide foretak².

Bestillinger fra verden

Hvorfor skal vi satse på nettopp helse og velferd? Gode produkter, medisiner og behandlingstilpasninger har et nær utømmelig marked globalt, fordi alle mennesker har behov for god helse. De store internasjonale aktørene er også tydelige på hvilke utfordringer vi er nødt til å løse på helsefronten. FNs bærekraftsmål nr. 3 lyder: «Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder». FNs helsebegrep inkluderer alt fra fattigdomsproblematikk og barnedødelighet til forebygging av livsstilssykdommer, trafikkulykker og rusmisbruk³.

EU har forankret vekststrategien sin i prinsippet om utfordringsdrevet innovasjon. Derfor styrer EU budsjettene i det store forsknings- og innovasjonsprogrammet Horizon 2020 i retning av å løse sju samfunnsutfordringer, hvorav helse og velferd er én. Gjennom ulike programmer kan forskere og

¹ Helsedirektoratet/OECD: *Health at a Glance 2015*

² Statistisk sentralbyrå

³ FNs 17 bærekraftsmål: <http://www.fn.no/Tema/FNs-baerekraftsmaal/Dette-er-FNs-baerekraftsmaal>

næringsliv kan få støtte til å utvikle ny kunnskap og teknologi innenfor en rekke områder, for eksempel persontilpasset medisin, mental helse, robotikk, big data, bakterieresistens, mor/barn og *silver economy* (eldrebølgen). EU skal bruke 1 milliard euro på helse innenfor rammen av Horizon 2020 i år og neste år.

Regjeringens langtidsplan for forskning legger også stor vekt på behovet for å rette mer av innsatsen mot store samfunnsutfordringer og nevner spesielt helse og omsorg⁴.

Helse og velferd kan bli mer enn en stor offentlig utgiftspost. Dette er markedsmuligheter for norske bedrifter. Vi kan ta sats og lage verdens beste løsninger for pasienter både i Norge og ute i verden. Vi kan bygge en ny og kraftig helsenæring med internasjonalt nedslag – nettopp fordi det finnes store utfordringer uten svar.

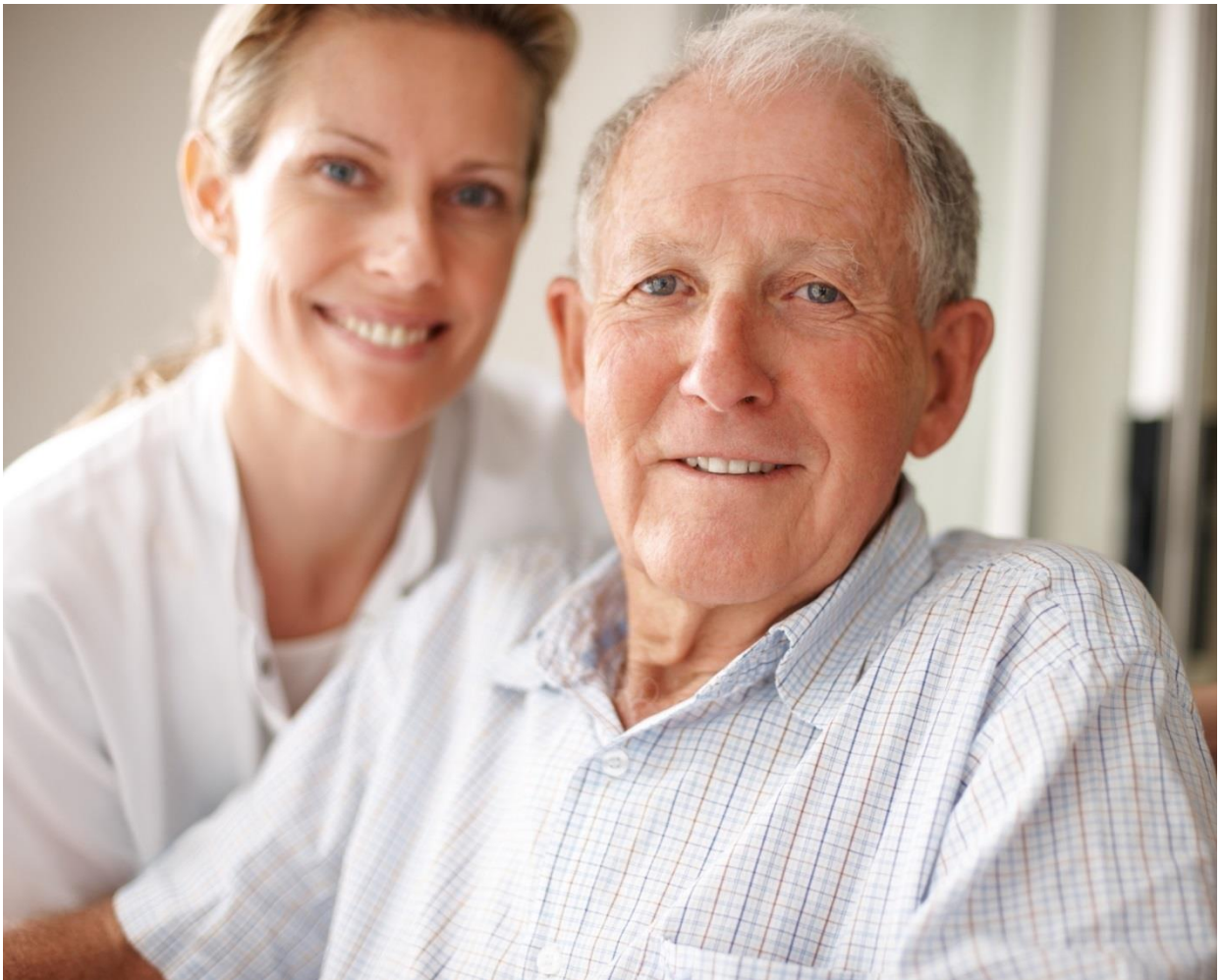


Foto: Thinkstock

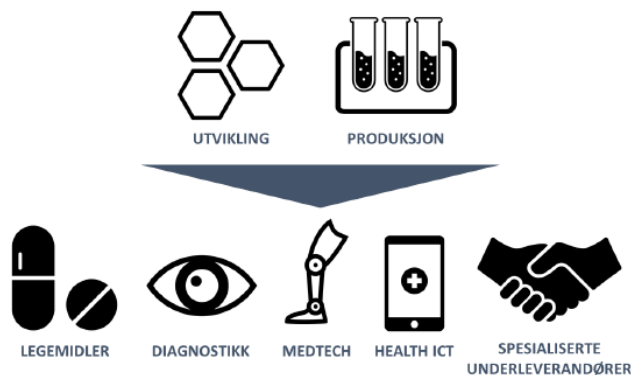
⁴ St.meld. nr. 7 (2014-2015)

Menon bruker følgende begrepsavklaringer i sin rapport, og knytter data til disse begrepene:

Helsesektoren: Alle private foretak, samt alle statlige og andre offentlige foretak, langs hele verdikjeden, inklusiv støttefunksjonene. Dette er en smalere definisjon enn i SSBs helse- og omsorgsstatistikk, som også inkluderer kommunal og fylkeskommunal forvaltning, omsorg uten botilbud, samt helsetjenester som ikke er registerpliktige (for eksempel enkeltpersonsforetak).

Helsenæringen: Den private delen av helsesektoren. Støttefunksjonene er ikke inkludert i helsenæringen. Omfatter i tillegg til utvikling og produksjon også privat forskning, distribusjon og behandling.

Helseindustrien: Delene av helsenæringen som står for utvikling og produksjon av alle typer medisinske produkter, teknologier og løsninger.



Ill: Menon 2016

En ung næring i vekst

Den private delen av helsesektoren, den norske *helsenæringen*, er i dag relativt liten og preges av mange små og unge selskaper. Disse bedriftene er til gjengjeld svært ambisiøse og internasjonale. Vi har en ung næring i kraftig utvikling.

Menon Economics AS lanserte våren 2016 en første samlet oversikt over den norske helsenæringen i tall og figurer⁵: omfang, verdiskapning og sysselsetting. Denne rapporten viser tydelig hvordan helsenæringen bidrar til verdiskapning. Menon definerer helsenæringen som «de private delene av den norske helsesektoren, som utvikler, produserer, distribuerer, leverer og eksporterer varer og tjenester til bruk i helsesammenhenger»⁶. Næringen består etter Menons definisjon av 11364 private bedrifter. En tredjedel av disse er etablert mellom 2011 og 2014. Vi snakker helt klart om en ung næring med bred representasjon av gründerbedrifter, særlig innen medtech og e-helse.

⁵ Erik W. Jakobsen, Rune Nellmann, Erland Skogli, Marcus Gjems Theie 2016: *Verdiskapning i i helsenæringen*. Arbeidet er gjort i samarbeid med et bredt knippe relevante aktører: NHO, Abelia, Inven2, Legemiddelindustriens landsforening, Nansen Neuroscience Network, Norwegian Smart Care Cluster, Oslo Cancer Cluster, Oslo Medtech, Norwegian Inflammation Network, Forskningsrådet og Innovasjon Norge.

⁶ *Helseindustrien* er i Menons rapport et smalere begrep, som omfatter de private bedriftene innenfor segmentene utvikling og produksjon.

Gjennom tiårsperioden 2004-2014 er veksten i næringen doblet. Den private helsenæringen skapte til sammen verdier for nærmere 50 milliarder kroner i 2014, opp fra 25 milliarder kroner i 2004. 2015 ble et gullår, med vekst i alle deler av helsenæringen, i en tid da andre bransjer opplever nedgang. Helseindustriens samlede omsetning⁷ i 2015 vokste med 5 milliarder kroner. Bedriftenes egne prognoser tilsier fortsatt vekst i 2016, men muligens noe lavere enn i 2015. Dette antyder at vi lander på omkring 58 milliarder kroner i 2016.

Nyskapende, målrettede og ekte born globals

Den norske helsenæringen er innovativ. Hele sju av ti bedrifter oppgir i Menons undersøkelse å ha introdusert nye produkter på markedet de siste tre årene. 30 prosent av inntektene deres kommer nettopp fra disse produktene. 8 av 10 selskaper har internasjonale ambisjoner og hele 35 prosent har ambisjon om å bli blant de ledende i verden..

Disse bedriftene er ekte born globals – stort sett alle har eksportinntekter, selv de minste gründerbedriftene. De er internasjonale fra den dagen de tjener sin første krone. Helsenæringens samlede utenlandsomsetning er større enn 20 milliarder kroner - dette er betydelig høyere enn for den samlede norske IKT-næringen (11,3 milliarder). Blant bedriftene innen utvikling og produksjon har hele 97 prosent internasjonal omsetning. Innen diagnostikk kommer 92 prosent av inntektene fra utenlandsmarkeder. På den annen side ser vi variasjoner. Bedriftene i segmentet e-helse har kun 10 prosent av totalomsetningen i utlandet – til tross for at 6 av 10 faktisk eksporterer. Dette illustrerer trolig et skille mellom mer og mindre modne bransjer og teknologier. Funnene slår kanskje også et hull på tesen om at suksess i et velfungerende hjemmemarked før en går ut i verden er en absolutt forutsetning for vellykket næringsutvikling. Noen segmenter er veldig avhengige av hjemmemarkedet, men det største vekstpotensialet ligger utenfor landet.

Ulik modningsgrad i segmentene

Vi ser ganske store variasjoner i driftsmargin⁸, knyttet til det verdiskapningsleddet bedriften opererer innenfor og hvilken fase den befinner seg i. Legemiddelutvikling er et eksempel på et segment preget av høy risiko, lange utviklingsløp og en krevende oppstart – men med gode utsikter til høy omsetning dersom bedriften lykkes⁹. Produksjon av medisinske produkter og tjenester er den mest lønnsomme delen av helsenæringen, med en gjennomsnittlig driftsmargin på 12 prosent det siste tiåret.

Segmentene utvikling og produksjon skapte verdier for nærmere 16 milliarder kroner i 2014. Dette utgjør om lag 30 prosent av verdiskapingen for helsenæringen¹⁰.

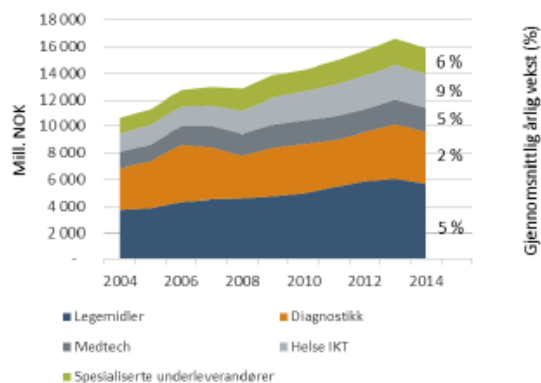
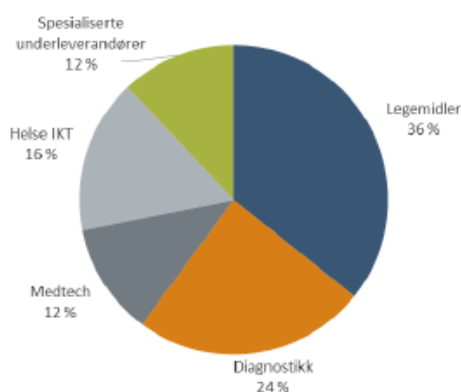
⁷ Tall refererer til *helserelatert* aktivitet hos selskaper som også er på andre markeder.

⁸ Driftsmarginen forteller oss hva bedriften får igjen for hver omsatte krone (før renter og skatt), og sier derfor noe om dens lønnsomhet.

⁹ Legemiddelutvikling er en kostnadskreven, forskningstung prosess som i gjennomsnitt tar hele 12-14 år.

<http://www.lmi.no/aktuelt-fra-lmi/2014/10/forskning-og-utvikling-i-statsbudsjettet>

¹⁰ Menon 2016



Menon 2016: E-helse vokser prosentvis mest, og er i størst grad gründerbasert. Medtech har liknende trekk. Diagnostikk er en mer moden del av næringen, mer preget av muligheter til å høste sine investeringer. Vi ser blant annet en stor vekst i private tjenesteytere i behandlingsleddet. Legemidler vokser mest i absolutte tall og er det største segmentet.

Produktivitetsnivået lavere enn i andre næringer

Helsenæringen har høyere produktivitet enn den samlede helsesektoren (som også inkluderer offentlig sektor). Den har imidlertid betraktelig lavere produktivitetsvekst enn norsk næringsliv som helhet. Målt som verdiskaping per ansatt har produktivitet i helsenæringen vokst med 30 prosent (fra 580 000 til 750 000 kroner) i perioden 2004-2014, mot 71 prosent i det samlede næringslivet (uten olje/gass) i samme periode.

Behandling står for nesten 60 prosent av verdiskapningen i helsenæringen. Produksjon utgjør 23 prosent og distribusjon og utvikling med henholdsvis 10 og 9 prosent. Utvikling og produksjon av medisinske produkter og tjenester (*helseindustrien*) utgjør med andre ord om lag en tredjedel av den samlede verdiskapningen.

Helse IKT har de siste 10 årene hatt en årlig gjennomsnittlig vekst på over 9 prosent. Dette er den høyeste gjennomsnittlige veksten i prosent over perioden blant undergruppene i helseindustrien. Legemidler er det største segmentet målt i absolutte verdier, og står for den største absolutte veksten, på nærmere 2 milliarder kroner.

Offentlige investeringer i økosystem for helseinnovasjon i Norge

Vi bruker mye penger på helseforskning. I følge Forskningsbarometeret 2015 var de samlede driftsutgiftene til FoU innenfor helse nesten 9 milliarder kroner i 2013. Store deler av forskningsmidlene kanaliseres gjennom instituttsektoren og helseforetakene. Helseforetakene oppga for eksempel å ha utført i alt 2667 forskningsårsverk i 2014. Universiteter, institutter og sykehus spiller en viktig rolle for innovasjonsevnen i Norge, både som tunge kunnskapsmiljøer, som innovatører selv og ved å besitte infrastruktur til testing og verifisering. De store universitetene og sykehusene har også etablert *Technology Transfer Offices* (TTOer), som spiller en sentral rolle i å koble forskning og næringsliv.

Kun en mindre andel offentlige forsknings- og utviklingsmidler brukes av næringslivet, selv om helsenæringen er den klart mest forskningsintensive næringen i Norge etter petroleumssektoren. Menon anslår beløpet til å ligge i størrelsesorden minst 2,5 milliarder kroner i året, trolig noe høyere.

I fjor investerte Norge gjennom Skattefunn 656 millioner kroner i helsenæringen. Fire av ti kroner tilfalt legemiddelindustrien, noe som kan henge sammen med svært kostbare og lange løp. Medtech mottok 24 prosent mens helse IKT og diagnostikk ikke er betydelige brukere av ordningen. Forskningsrådet for oppgir støtte til helsenæringen (eks. Skattefunn) i 2015 til 367 millioner¹¹.

Innovasjon Norge støttet bedriftene med 163 millioner til helseprosjekter i 2015. Tallet inkluderer alle former for næringsutviklingsstøtte, med ulike former for lån, Etablerertilskudd og Industrielle og offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (IFU/OFU) som de viktigste¹².

Klynger sikrer tilførsel av kunnskap, kapital og partnere

Innovasjon Norge, Forskningsrådet og SIVA forvalter i fellesskap klyngeprogrammene *Arena, Norwegian Centres of Expertise* og *Global Centres of Expertise*¹³. Klyngenes formål er å «legge til rette for, utløse og forsterke regionale næringsklynger som kan være en drivkraft for endring og økt verdiskaping». De bidrar til at selskapene skal kunne hevde seg i sterk internasjonal konkurranse. Klyngene bidrar til tilgang til viktig innovasjonsinfrastruktur som testfasiliteter, inkubatorer og investornettverk, og til konkret samarbeid mellom bedrifter, FoU og sykehus/kommuner.

Vi har tre sterke innovasjonsmiljøer med klyngestatus i programmet i dag: Oslo Medtech, Norwegian Smart Care Cluster og Oslo Cancer Cluster.

Selv om helseområdet ikke er blant de områdene Norge har hatt størst uttelling i EU-programmer, ser vi en svært positiv og lovende oppblomstring av aktivitet de seneste årene. En rekke små og mellomstore bedrifter har fått finansiering gjennom det krevende SMB-instrumentet¹⁴. To sterke helseklynger er tildelt store, flernasjonale prosjekter: Oslo Cancer Cluster fått midler gjennom en klyngeutlysning, og Oslo Medtech leder et annet stort europeiske prosjekt. De gode resultatene skyldes både EUs nye SMB-strategi i Horisont2020, og mer strategisk arbeid mot målgruppen hos Innovasjon Norge. Deltakelse i EUs programmer byr på langt mer enn finansielle midler; bedriftene nyter godt av nettverk, kompetanse og kunnskap de kan bygge videre på.

Foruten de mest næringsrettede FoU-midlene som er tilgjengelig i Norge i dag har vi en rekke andre innovasjonstiltak og tilskuddsordninger som rettes mot helse. Helsedirektoratet forvalter store tilskuddsmidler, som i første rekke rettes mot kommunene. Velferdsteknologiprogrammet¹⁵ og Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd¹⁶ er viktige her. InnoMed¹⁷ er et samarbeid mellom

¹¹ Menon 2016

¹² <http://www.innovasjon norge.no/no/Om-Oss/Arsrapporter/>

¹³ <http://www.innovationclusters.no/>

¹⁴ <http://www.enterpriseuropenetwork.no/no/EU-finansiering/SMB1/SMB-instrumentet/>

¹⁵ <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi>

¹⁶ <https://helsedirektoratet.no/nyheter/kommunalt-kompetanse-og-innovasjonstilskudd>

¹⁷ <http://www.innomed.no/nb/>

Helsedirektoratet og Innovasjon Norge, som skal styrke behovsdrevet og tidlig-fase innovasjon i helsesektoren.

Interesseorganisasjonene har også tunge roller i helseinnovasjonssammenheng, og er aktive bidragsyttere til policydebatt og dagsorden. NHO, Abelia og Legemiddelindustriforeningen er noen eksempler. Leverandørutviklingsprogrammet¹⁸ (NHO, KS og Difi) gjør en viktig jobb i å fremme bruken av innovative anskaffelser, også innen helse.

2. Utviklingsmuligheter

«Det er som å åpne brystkassen og se rett på hjertet!» Teknisk Ukeblad siterte i januar i år en amerikansk hjertekirurg som hadde fått muligheten til å ta i bruk en revolusjonerende norsk innovasjon innenfor ultralydteknologi. Selskapet Vingmed har med sin software revolusjonert både bildekvalitet i utstyret, arbeidssituasjonen til kirurgen og pasientens forutsetninger for å bli helt frisk etter hjertesykdom¹⁹.

Langt færre dør av hjerte- og karsykdom i dag enn for bare noen tiår tilbake. Flere rammede kommer tilbake til et arbeidsdyktig og friskt liv. Islandske forskere peker på endret livsstil (nedgang i tobakksbruk, lavere kolesterol og blodtrykk) som sentrale årsaker til dette, kombinert med stadige fremskritt innen behandling²⁰. Langt flere kreftrammede overlever også. Samfunnet sparer ressurser på å holde folk friske, den enkelte lever et bedre liv og innovative selskaper som Vingmed lanserer teknologi på markedet som skaper vekst og nye arbeidsplasser. I denne delen beskriver vi hvilke behov, muligheter og potensial som ligger i nettopp disse samfunnsutfordringene, og hvilke fortrinn vi har her i Norge som gjør at vi kan ta en posisjon.



Ill: Menon 2016

¹⁸ <http://leverandorutvikling.no/>

¹⁹ Ultralydapparatet VIVID95 bygger på forskning ved NTNU og Universitetet i Oslo, i samarbeid med Vingmed. <http://www.tu.no/artikler/som-a-apne-brystkassen-og-se-rett-inn-pa-hjertet/276510>

²⁰ Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/hjertekar/hjerte--og-karsykdommer---faktaark-/>

Vi blir eldre og vil trenge omsorg

Befolkningsveksten fortsetter, og den mye omtalte eldrebølgen vil vokse seg stadig sterkere i tiårene som ligger foran oss. I dag har vi litt over en halv million innbyggere over 70 år, omkring 11 prosent av befolkningen. 180 000 av oss mottar hjemmesykepleie eller omsorg i hjemmet. Om lag 32 000 av den norske eldrebefolkningen bor i dag på sykehjem og 8 000 i omsorgsboliger. I 2060 vil vi ha 1,3 millioner eldre over 70 år. I 2100 vil mange av barna som fødes i dag og i de nærmeste årene være gamle, og de vil være i godt selskap: SSB forventer at vi vil ha 1.8 millioner eldre over 70 år. Skulle vi løst fremtidens velferdsoppgaver på samme måte som i dag, hadde vi hatt et underskudd på 90 000 sykepleiere og omsorgsarbeidere allerede i 2035²¹.

I følge Teknologirådet²² vil «den kommende generasjon eldre vil ha et bedre økonomisk grunnlag for å ta vare på sine egne bolig- og omsorgsbehov enn noen tidligere generasjon. Den offentlige oppgaven må i større grad være å legge til rette for at disse mulighetene kan bli tatt i bruk. Boliger bør planlegges med utgangspunkt i livsløpsstandard og være lokalisert slik at både den enkelte og hjelpetjenestene lett kan nå dem. Opplysninger om og tilrettelegging for bruk av nye teknologiske hjelpemidler må bli en sentral oppgave for kommunene. Ny teknologi kan gi bedre varsling og kommunikasjon med pleiepersonale og gi den enkelte eldre bedre muligheter for å hjelpe seg selv. Ikke minst vil dette gjelde mulighetene for å mestre kroniske sykdommer som kols og diabetes, samtidig som den enkelte kan bo i hjemlige omgivelser».

Nye pasientgrupper

Vår tids største helseutfordring er de ikke-smittsomme sykdommene. Parallelt med eldrebølgen har vi også en betydelig økning i de såkalte folkesykdommene. I dag dør 8 av 10 nordmenn av enten kreft, hjerte-/karsykdom, kols eller diabetes II, mange av oss altfor tidlig. Sykdommene skyldes i betydelig grad måten vi lever på - kosthold med for mye tobakk, alkohol, sukker, salt og usunt fett kombinert med for lite fysisk aktivitet. Vi har sett store fremskritt innen behandling og medisin²³. På verdensbasis er hjerte- og karsykdom, kroniske lungelidelser, diabetes og kreft likevel årsak til to tredeler av alle dødsfall og til hvert fjerde dødsfall blant dem under 60 år²⁴.

Studier fra Storbritannia og Tyskland understreker hvilke verdier som ligger i at folk ikke blir syke, eller at sykdomsdebut utsettes. Omkring 44 millioner mennesker lider av Alzheimers sykdom i verden. En behandling som forsinker utbruddet av demens med fem år vil avlaste det britiske helsevesenet ved at behovet for omsorgspersonell vil reduseres med 566 000 årsverk, og redusere behandlingskostnader med 36 prosent (21 milliarder britiske pund). Tyskerne har anslått at å svekke progresjonen av Parkinsons sykdom med 20 prosent ville spare helsevesenet 4 milliarder euro fram til 2040 . På verdensbasis er hjerte- og karsykdom, kroniske lungelidelser, diabetes og kreft årsak til to tredeler av alle dødsfall og til hvert fjerde dødsfall blant dem under 60 år. Dette er en global utfordring hvor mye av kreftene som påvirker utviklingen er internasjonale.

²¹ Statistisk sentralbyrå

²² Sitert i NoU 2016: Produktivitetskomisjonens 2. rapport

²³ <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar/2016-03-14>

²⁴ Regjeringens NCD-strategi 2013-2017

Disse store pasientgrupperes behov utgjør et stort potensial for næringslivet. Mestring av kronisk sykdom, rehabilitering, selvstendighet i hjemmet og medisinsk utstyr er bare noen av de mange områdene hvor bedriftene allerede er i gang med å utvikle løsninger for økt livskvalitet og mer effektiv behandling. Folkehelsearbeidet for hundre år siden var avgjørende for å stagge de smittsomme sykdommene. Blant annet var frivillig sektor svært aktiv i å begrense tuberkuloseproblemet. Det er også i dag et potensial for tettere samarbeid med frivillig sektor, som leder an i arbeidet med å snu livsstilstrander og som kjenner både samfunnets og pasientenes behov svært godt. Kreftforeningen og Kirkens Bymisjon er eksempler på kunnskapstunge og kompetente samarbeidspartnere for næringsliv og helsetjenester.



Foto: Thinkstock

Utdatert infrastruktur og siloorganisering

HelseOmsorg 21²⁵ omtaler også strukturelle behov i helse-Norge: «Helse-Norge er i dag preget av komplekse, fragmenterte og til dels utdaterte IKT-infrastrukturer og -systemer. IKT er en kritisk faktor i pasientbehandlingen, og manglende teknologisk samspill utgjør en stigende operasjonell risiko. Helsesektoren har organisatoriske utfordringer som vil øke betydelig i takt med befolkningsutviklingen de neste 30 årene [...]. Den begrensede fleksibiliteten i IKT-infrastrukturer og -systemer gjør at fokus er rettet mot brannslukking og opprydding heller enn innovasjon og tjenesteutvikling.»

Økende grad av kompleksitet i samfunnsoppgavene gjennom historien har gjort til at vi har organisert arbeidet i etater, enheter og fagdivisjoner i alle på alle nivåer. Dette er logisk og nødvendig, men vi ser en stadig økende grad av samfunnsutfordringer som krysser alle sektorgrenser og krever beslutninger og strategisk handling på et høyt nivå i systemet. Innenfor helse er det mest klassiske eksempelet for liten grad av samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. Gevinster og kostnader faller på ulike aktører, og utfordringsbildet er for komplekst til å løses uten samhandling og felles mål. Innsatsen for å realisere målet om en felles, elektronisk pasientjournal er et godt eksempel på hvor krevende det er å koordinere slike systemovergrepene endringer. Kulturelle, økonomiske, organisatoriske, politiske, vitenskapelige og teknologiske faktorer spiller inn og gjør effektive innovasjonsprosesser svært krevende.

Det er imidlertid en høy grad av bevissthet rundt disse utfordringene, og helsemyndighetene har signalert stor politisk vilje til å løse opp i dette. Dette er en forutsetning for at næringslivet skal kunne utvikle løsninger på de virkelig store helse- og samfunnsbehovene, snarere enn å lage enkeltstående produkter og tjenester som ikke har et større marked, men som svarer til lokalt definerte og sektorvise problemer.

Produktivitet og tapte oljeinntekter

Velferdsordningene finansieres i all hovedsak av befolkningen i yrkesaktiv alder, mens unge og eldre stort sett bruker dem. Den pågående nedgangen i petroleumssektoren illustrerer og aktualiserer et behov for strukturendringer i norsk næringsliv. Offentlige utgifter utgjør nå mer enn 50 prosent av verdiskapingen i fastlandsøkonomien. Avkastningen på Statens pensjonsfond utland er en viktig kilde til finansiering av offentlige tjenester og velferdsordninger. Vi kan få stagnerende levestandard og store offentlige underskudd relativt snart. Det vil bli krevende å takle både lav sysselsettingsvekst og økte behov i helse og omsorg, når fallet i oljeinntektene reduserer handlingsrommet i offentlige finanser²⁶.

Produktivitetskommisjonen peker på at vi nå står overfor et viktig skifte: «Aldringen av befolkningen vil trekke veksten i arbeidsstyrken ned framover. I perioden 1990-2010 var norsk økonomi gjennom en yngrebølge. Høye fødselskull på 1960-tallet, kombinert med høy arbeidsinnvandring, bidro til at forholdet mellom antallet under og over 67 år steg. Mens det har vært 4-5 personer i yrkesaktiv alder for hver person over 67, vil dette forholdstallet i tiårene framover reduseres til mellom 2 og 3. Flyktninger og arbeidsinnvandrere kan trekke arbeidsstyrken opp, forutsatt at vi lykkes med å få de som kommer til landet godt integrert i arbeidsmarkedet».

Den endrede alderssammensetningen i befolkningen utfordrer finansieringsgrunnlaget for velferdsordningene. Helsesektoren må bli mer produktiv. Store behov for omstilling på flere fronter skaper derfor helt nye muligheter. Når viktige statlige inntekter reduseres eller uteblir er offentlig sektor nødt til å tenke helt nytt om hvordan vi finansierer og organiserer det norske velferdssamfunnet. Situasjonen treffer helsenæringen spesielt, fordi utfordringene knyttet til helse og demografi nå faller sammen med et behov i næringslivet for omstilling og ny vekst.

²⁶ NoU 2016:3

Vi mangler et strategisk offentlig marked for helseinnovasjon

Helsenæringen har i dag et svært lite privatmarked for sine tjenester og produkter. Gitt den strammere budsjettssituasjonen, kombinert med eldrebølgen, vil vi trolig se en fremvekst av mer privat etterspørsel, særlig knyttet til velferd og omsorg hos den yngste og friskeste delen av eldrebefolkningen. Likevel tilsier historie, verdier og kultur i det norske samfunnet at hovedtyngden av helse- og omsorgstjenestene fortsatt vil være i offentlig regi.

Men sykehusene handler ofte fra veletablerte store internasjonale selskaper, og næringslivet har for ofte begrenset innsikt i hvor og hvordan skoen trykker. Så langt har ikke innovative anskaffelser stor utbredelse som utviklingsverktøy i offentlig sektor. Vi har et betydelig uforløst potensial for mindre, innovative norske selskaper som både vil og kan være med på å forme morgendagens sykehus. Potensialet kan innfris dersom offentlige kunder begynner å se på næringslivet som en samarbeids- og utviklingspartner, og på innovasjon som et naturlig og velegnet verktøy for å få til mer med samme eller mindre budsjetter. Private virksomheter har større frihet til å ta i bruk ny teknologi og omstille virksomheten, og større økonomiske insentiver til å gjøre det. Samspillet mellom offentlige og private aktører er derfor en sentral kilde til effektivitets- og produktivitetsforbedringer i offentlig sektor.

Dette krever ledelse og vilje i offentlig sektor og bedre samspillsarenaer for offentlig-privat dialog og samarbeidsstrukturer (vi kommer nærmere tilbake til dette i del III). Både Produktivitetskommissjonen og HelseOmsorg21 tar i sine rapporter opp behovet for økt samspill mellom forskningsmiljøer, helsetjenester, kommuner og bedrifter for å utvikle nye eller forbedrede produkter og tjenester.

Uendelige muligheter – men hvilket verdensmesterskap skal vi vinne?

Norge er et høykostnadsland, og vi kan ikke belage oss på å kunne konkurrere på pris. Vi har tradisjonelt hatt stor kommersiell suksess som råvareeksportør. Behovet for omstilling tilsier at vi nå må satse med på kunnskap som konkurransegrunnlag for neste fase i norsk industrihistorie. Vi snakker ikke om å privatisere helseoppgavene, men om å gi næringslivet en rolle i arbeidet med å styrke velferdstjenestene.

Hvilken kompetanse, teknologi og erfaring skal vi bygge på? Hvordan skaper vi verdier av kunnskap? Hvilke globale megatrender blir viktige å utnytte?

Sterke forskningsmiljøer

Vi har et stort potensial i å omgjøre gode forskningsresultater til en konkret løsning som kan brukes til å behandle pasienter. Vi har mange eksempler på at fremragende forskning blir til håndfast gull for pasienter, kirurger og fysioterapeuter. Oslo Cancer Cluster er et strålende eksempel på et miljø som sikrer akselerasjon i utviklingen av nye diagnostiske metoder, kreftvaksiner og immunterapibehandling – for å nevne noe. Inkubatorer på Kjeller, i Forskningsparken og i Stavanger er andre gode eksempler på fruktbare kommersialiseringsmiljøer.

Innenfor utvikling av legemidler i farmasøytisk industri har det vært flere trendsifter de siste år, som forbedrer norsk internasjonalt potensial. Flere store farmasøytiske selskaper fokuserer mer på store sykdommer, mens mindre bioteknologiselskaper som finner løsninger for mindre pasientgrupper (presisjonsmedisin). De store farmaselskapene (som Roche, Merck og BMS) er også i mindre grad

«selvdrevne» innovatører som gjør alt selv, og kjøper stadig mer fra små, spesialiserte selskaper som selger lisenser eller produkter.

Genetikk, biomedisin og IT møtes

Vi står overfor et globalt paradigmeskifte innen medisin. Krysskoblinger mellom revolusjonerende forskning innen biomedisin og genetikk, biobanker og offentlige helsedata, digitalisering og teknologi skaper helt nye muligheter. Vi står på terskelen til å kunne tilby den beste mulige behandling for den enkeltes biologiske bakgrunn, knyttet til arvelige genetiske lidelser og folkesykdommer som kreft og diabetes. Dagens behandlingsregime preges for ofte av dyre medisiner med til dels lav effekt. Kreftområdet er spesielt aktuelt, men også mental helse, nevromedisin og andre fagområder er interessante. Et mer presist helsetilbud til befolkningen vil være med på å senke presset på de offentlige helsebudsjettene. Nye medisiner tilpasset den enkeltes biologiske forutsetninger vil hjelpe oss i å unngå medisiner som ikke virker eller som gir alvorlige eller fatale bivirkninger. Vi kan også jobbe langt mer strategisk og langsiktig med livsstilsfaktorer, forebygging og på omsorgsfeltet.

Norge har særlige fortrinn knyttet til denne muligheten av flere grunner. For det første har vi svært sterke kunnskapsmiljøer knyttet til blant annet kreftsykdommer. For det andre har vi et allment tilgjengelig, velfungerende helsevesen som nyter stor tillit i befolkningen. Vi har også et offentlig personnummer-system og offentlig eide biobanker. RAND Europe hevder at: "Norway offers an interesting prospect to international companies in the area of health innovation, since it has a stable and uncomplicated population with good national registers and diagnostic bio banks"²⁷. Biobank Norge er allerede etablert som en nasjonal forskningsinfrastruktur. Basert på unike norske fortrinn kan vi lage en verdikjede og analysetjenester for presisjonsmedisinering med tilbud til pasienter og deres leger over hele verden. Med verdikjede menes her en kjede av aktører, i hovedsak bedrifter, som skal kunne utføre de tjenestene som er nødvendige fra sekvensering til analyse av genetisk informasjon i kombinasjon med annen medisinsk informasjon om pasienten. Slike svar kan omfatte både etablerte behandlinger og klinisk utprøving.

Kommersiell utnyttelse av disse fortrinnene trenger politisk koordinering og tilrettelegging. Personvern hensyn, regelverk, digital interoperabilitet og tilgang til store datamaterialer er forutsetninger for å få det til. Tidligere erfaringer å etablere inntektsgivende selskaper rundt HUNT²⁸ har også vist at det er krevende å etablere gode forretningsmodeller, en bred politisk satsing er derfor nødvendig. Samtidig vet vi at andre land også har sett potensialet i disse teknologiske krysskoblingene, og det haster å komme i gang.

Kan vi bygge arbeidsplasser av legemiddelindustri i Norge?

Det norske bioteknologiselskapet Algeta ble solgt til Bayer for 2,9 milliarder dollar (17,6 milliarder kroner) i 2014. Selv om eierskapet nå er internasjonalt har Bayer videreutviklet sin aktivitet i Norge. De produserer på Kjeller og har doblet antallet ansatte fra 100 til 200. I tillegg har tidligere ansatte i Algeta gått videre til nye oppstartsselskaper.

Selskapet Curida AS har som ambisjon å gjøre det mulig for legemiddelgründerne å bli i Norge. Daglig leder Leif Rune Skymoen påpeker at «produksjonsfasiliteter er viktig for å holde næringen i Norge, fordi vi bygger fortrinn i form av teknologi, kompetanse og fysisk infrastruktur». Norge har vist seg å være konkurransedyktige på produksjon som krever høy kompetanse.

Digitale strømninger - en megatrend

Utviklingen i datateknologien går svært raskt. Digitalisering preger nær sagt alle næringer, og er en viktig driver for innovasjon også på helseområdet. Lange avstander og utstrakt bruk av teknologi har skapt nasjonal spisskompetanse på e-helse, mobil helse og IT i helsetjenestene.

Helsesektoren har tilgang til informasjon som tidligere ikke eksisterte. Vi har big data innen alt fra DNA-sekvensering, kliniske studier, pasientjournaler, nasjonale registre til næringsutvikling og folkehelseundersøkelser. Videre kan skylagring, tingenes internett, skjerm- og bilde- og sensorteknologi kan være med på drive frem nye måter å yte helsetjenestene på²⁹.

Teknologirådet uttaler i sitt bidrag til Produktivitetskommisjonen at helse- og omsorgstjenestene står overfor en digital omveltning. Kommisjonen trekker også eksplisitt frem velferdsteknologi som et interesseområde, der digitale løsninger kan effektivisere helsetjenestene ved å avlaste ressurser i blant annet eldreomsorgen og hjemmetjenestene. HelseOmsorg21 peker på at de digitale mulighetene må utnyttes bedre: «Helsesektoren må i større grad konsentrere seg om hvordan denne utviklingen kan utnyttes for tjenesteinnovasjon og implementeres på best mulig måte, og i mindre grad være fokusert på å utvikle selv.».

Varme hender og velferdsteknologi – motsetninger?

I en nyere rapport om innføring av velferdsteknologi i bydeler i Oslo forteller en eldre person: "Jeg har ikke vært innlagt en eneste gang det siste året. Før var sykehuset mitt første hjem, og hjemmet mitt andre³⁰". Rapporten viser med både kvantitative og kvalitative undersøkelser hvilke positive effekter bruk av teknologi har i omsorgstjenestene. Det er reduksjon i både innleggelser (19 prosent) og liggedøgn (33 prosent) på sykehus og færre polikliniske konsultasjoner (34 prosent). Samtidig bruker kommunen mindre tid hjemme hos bruker (34 prosent færre hjemmebesøk og 59 prosent nedgang i tidsbruk).

Oslo-beboere rapporterer her om økt trygghet, mestring og selvstendighet som følge av teknologien. En kvinne med paranoid schizofreni forteller at hun tør gå ut mer når medisindispenseren sikrer at medisinen kommer til riktig tid. En kvinne med kols føler seg tryggere med daglig elektronisk helsesjekk. Hun vet langt mer om sin egen helsetilstand og beroliges av at helsepersonellet følger med: «De ringer når det er noe med målingene, og det er jo så koselig som bare det.» Rapporten viser at omsorg kan oppnås på mange måter, og at økt mestring og selvstendighet er minst like viktig. Imidlertid viser den også at teknologi som svikter eller oppleves som upålitelig virker mot sin hensikt – dette skaper mer utrygghet. Kvalitet og brukeropplevelse er derfor helt avgjørende.

²⁹ <https://innovasjonsbloggen.com/2016/06/17/hvordan-digitaliseringen-forvandler-verden/>

³⁰ Helsedirektoratet: VIS - Velferdsteknologi i sentrum 2016

Elektronisk medisindispenser SMS (figur 4.1) er en medisindispenser som innstilles til å varsle når medisinen skal tas, gjennom lyd og lys. Brukerne tar medisinen ved å snu den på hodet. Elektronisk medisindispenser SMS kommuniserer med programmet Dignio Prevent via mobilnettet. I Dignio Prevent gjøres innstillinger for antall daglige doser og tidspunkt for disse. Tar ikke bruker medisinen som avtalt blir varslinger sendt til hjemmesykepleiers datamaskiner, nettbrett eller vakttelefoner. Dignio Prevent genererer rapporter og gir samlet oversikt over bydelens Elektronisk medisindispenser SMS brukere.

Mobiltrygghetsalarm (figur 4.2) er en enkel mobiltelefon med GPS med tilknyttet alarmknapp som brukeren kan henge rundt halsen eller feste som et armbåndsur. Alarm sendes sammen med kartreferanse som SMS til pårørende og/eller pleiepersonell.



Figur 4.1
Elektronisk medisindispenser
(Pilly - Dignio.no)



Figur 4.2
Mobil trygghetsalarm



Figur 4.3
Helsjekk tilpasset brukere
med KOLS (Dignio.no)

VIS - Velferdsteknologi i sentrum | 9

III: En elektronisk medisindispenser, en mobil trygghetsalarm og en selvsjekk for KOLS-pasienter har gitt en gjennomsnittlig besparelse per bruker på 107 083 kroner per år. Dignio-produkter i rapporten VIS - Velferdsteknologi i sentrum 2016

Lister kommune har også evaluert egen innføring av velferdsteknologi. De har tatt i bruk bildekommunikasjon, lys- og varmestyring, persontilpassede smarthusalarmer, brann- og oversvømmelses-alarmer. Her sparte kommunen 1 400 institusjonsdøgn i 2014.

De store selskapene har også tatt et dypdykk i digitalisering for helsenæringen. Telenor, Microsoft Norge og Lyse er store aktører som ser muligheter for nye forretningsmodeller knyttet til helse/velferd og digitalisering.

Gründerselskapet No Isolation bekjemper ensomhet

Avataren på bildet gjør at langtidsyke barn kan opprettholde sosiale bånd og delta virtielt i klasserom, på fotballtrening og bursdagsfester. Selskapet er nå i en kommersialiseringsfase og lanserer produktet i markedet - med stor pågang og ventelister.

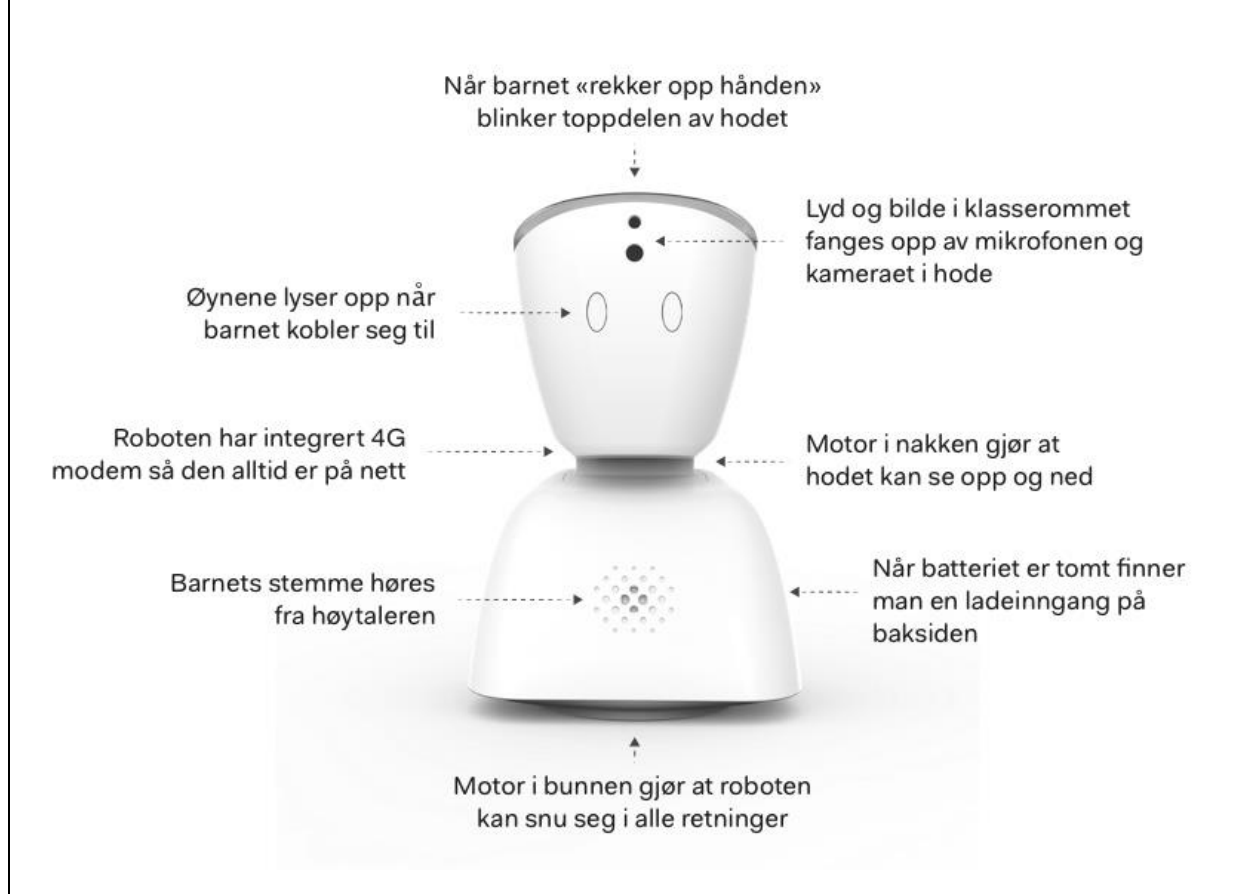


Foto: No Isolation

Hvor er de største globale mulighetene?

Få andre næringssektorer har et større voksende marked nasjonalt og internasjonalt. Store pasientgrupper, press på velferdsbudsjettene og store strukturendringer i demografi er alle viktige drivere for helseinnovasjon over hele verden. FN og EU er svært tydelige på hvordan disse behovene ser ut, og sier at økt innovasjon er avgjørende for at vi skal lykkes med å rigge fremtidens helsesystemer. Næringslivet er samarbeidspartnere og nøkkelaktører i arbeidet med å finne de nye velferdsmodellene og behandlingsmetodene.

Behovene i EU, Nord-Amerika og i flere asiatiske land er ikke så ulike de utfordringene vi står overfor i Norge. RAND Europe påpeker dette i sitt arbeid med den norske HelseOmsorg 21-strategien: "The current financial climate has intensified pressure on governments to innovate themselves and provide more for less"³¹. Mange europeiske land i senere år har vært gjennom økonomiske kriser som Norge har vært nokså skånet for. Sysselsettingen i offentlig sektor i Norge har fortsatt å vokse også i årene etter at

³¹ RAND Europe 2014

den internasjonale finanskrisen brøt ut i 2008, men i andre land ble bremsene satt på³². Dette har i stor grad vært med på å skape en driv og etterspørsel etter nye løsninger og nye måter å tenke innovasjonsfremme på.

Europa, Norden og Nord-Amerika

Bedriftene som omfattes av Menons (2016) rapport peker på Norden som sitt viktigste marked i dag. Virksomhetene forventer imidlertid selv at Europa kan bli viktigere enn Norden innen tre til fem år. I EUs store forsknings- og innovasjonsprogram Horizon 2020 er at næringslivet viktige samarbeidspartnere og nøkkelaktører i jobben med å finne de nye velferdsmodellene og behandlingsmetodene. Land som Sverige, Danmark, Nederland og Storbritannia har også utviklet innovasjonsprogrammer som bidrar til å bygge etterspørsel etter nyvinninger og bedre løsninger for offentlig sektor³³.

Videre forventes det sterk vekst i det nordamerikanske markedet, hvor bedriftene forventer en økning i aktivitet på om lag 50 prosent de neste tre til fem år. Nord-Amerika er viktig for 4 av 10 bedrifter i dag.

Europa og Nord-Amerika er også viktige markeder for selskaper som inngår i OFU-kontrakter med pilotkunder i utlandet. Norske bedrifter samarbeider da tett med for eksempel sykehus i Houston eller Stockholm, for å komme frem til unike nye produkter som hever kvaliteten og effektiviteten på helsetjenestene som ytes ved sykehusene. Det nordamerikanske markedet etterspør løsninger knyttet til blant annet mobil helse og digitalisering, presisjonsmedisinering, diagnostikk, forebygging og pasientinvolvering³⁴.

Asia

Om 14 år vil hver tredje japaner være over 65 år (115 millioner mennesker). Japan er et krevende marked, og konkurransen er stor. For å lykkes her må norske selskaper posisjonere seg med langsiktige strategier, unik teknologi, høy kvalitet og løsninger som er tilpasset japansk kultur og behov. Antallet bedrifter med aktivitet i Japan forventes å tredobles de neste tre til fem år, mens både antallet bedrifter med aktivitet i India og Øvrige Asia også forventes å øke med to til tre ganger dagens nivå³⁵.

Eldrebeholdningen i Kina utgjør uten tvil et enormt markedspotensial. Særlig er e-helse og digitale løsninger med god kvalitet og akseptabel pris interessante for kineserne. Norske selskaper kan sjelden levere hele systemløsninger, noe Kina ofte ønsker. Det kan derfor være vanskelig å komme inn på de store markedene uten å etablere seg i Kina og satse stort. Satsing på nisjemarkeder som for eksempel telemedisin, kombinert med kompetanse på språk, kultur og lokale helsetjenester kan gi suksess³⁶.

Få bedrifter oppgir India som et viktig marked per i dag, men Oslo Medtech jobber strategisk med nettopp dette markedet fordi flere bedrifter ser det som potensielt spennende.

³² NoU 2016:3

³³ For eksempel SBRI i Storbritannia, Pianoo i Nederland

³⁴ Innovasjon Norge: USA

³⁵ Menon 2016

³⁶ Innovasjon Norge: Kina

Innovasjon i helsesektoren: et ikke-lineært perspektiv

Vi kan bruke ulike modeller for å forklare hvordan innovasjon i helsesektoren skjer. Mange opererer med lineære modeller som tar utgangspunkt i forskning, og hvor gode forskningsresultater tar veien via en utviklingsfase, verifisering, markedsintroduksjon og kommersialisering – og eventuelt internasjonalisering som siste ledd. I medisinsk utvikling gir denne modellen ofte et godt bilde av innovasjonsprosessen.

For å få øynene opp for det fulle potensialet for næringsutvikling trenger vi også modeller som gir oss forståelse for hvordan nye ideer og nye løsninger oppstår i alle delene av det vi kan kalle innovasjonssystemet³⁷. Mange innovasjoner i helsesektoren gir betydelig verdiskapning ved å snu om på eksisterende arbeidsprosesser. Andre gir verdiskapning både i privat og offentlig sektor, ved at en lykkes i å kombinere tjenesteinnovasjon og produktinnovasjon der ny teknologi og ny kunnskap gjør det mulig for offentlige tjenesteytere å forbedre og modernisere sine omsorgs- og helseoppgaver.



III: Figuren gir et forenklet bilde av hvordan ulike aktører kan ta rollen som nyskaper (gult felt), og at alle er de avhengige av et godt samspill med andre aktører. Kilde: Innovasjon Norge.

Denne modellen synliggjør verdien av å sette selve behovet, eller problemet som skal løses, i midten av innovasjonsprosessen. Nye ideer og nye produkter kan oppstå hos de fleste av aktørene i systemet. En sykepleier på en omsorgsinstitusjon kan finne frem til grep som sikrer beboerne større selvstendighet. Et sykehus kan gjøre bruk av et nytt IKT-system som gjør det lettere å diagnostisere pasienter og dele informasjon. Et forskningsmiljø kan øke vår forståelse av hvordan hjernen virker og slik legge grunnlaget for nye medisiner.

³⁷ Her: forstått som det nettverket av aktører som bidrar til innovasjon og kunnskapsutvikling, som skaper nye og forbedrede produkter og tjenester og som finner frem bedre og mer effektive måter å gjøre ting på.

Modellen fanger også opp behovet for å jobbe annerledes med innovasjon i komplekse systemer, og utvikling der tjenesteinnovasjon og teknologi- eller produktinnovasjon flettes inn i hverandre. Svaret på bedre og mer målrettet innovasjon for helse og velferd ligger derfor ikke alltid i mer forskning, eller kommersialisering av forskning. Tverrsektorielt samarbeid gjør det lettere for forskerne å identifisere samfunnets behov og leverandørene av helse- og velferdstjenester kan få et bedre begrep om hva forskere og kunnskapsmiljøer kan bidra med.

Begreper som *utfordringsdrevet*, *markedsdrevet* eller *kundedrevet* innovasjon beskriver disse prosessene. Det betyr ikke at ønsket om å få mer næringsaktivitet ut av offentlig finansiert forskning ikke er viktig eller nødvendig. Det er store muligheter for ny næringsdrift med basis i den kunnskapen som utvikles i forskningsmiljøene. Men skal vi få dette til, kan vi ikke redusere samvirket mellom forskning og næringsliv til en overføring av oppfinnelser fra forskningsmiljøene til bedriftene. Kommersialiseringsbegrepet må tolkes bredere.



3. Anbefalinger for helse- og innovasjonspolitikken

Statsminister Erna Solberg åpnet Oslo Cancer Cluster Innovation Park i august 2015 med ordene: «Fremskrittene som gjøres bidrar til velferd og helse samtidig som de skaper verdier og arbeidsplasser.» Helse- og velferdsnæringen kan bidra til å løse noen av de viktigste oppgavene vi står overfor som samfunn. De store globale markedene er der. Teknologien, ressursene og kompetansen vår gir oss forutsetninger som gjør det mulig å lykkes. Vi kan med andre ord skape en fremtidig vekstnæring, og på samme tid bygge livskvalitet og redde liv.

Hvordan bygger vi en ny, kunnskapsbasert helsenæring med globalt nedslagsfelt? I rapportens siste del vil vi formidle Innovasjon Norges anbefalinger på området.

Hva mangler vi i innovasjonssystemet?

Vi kan bruke den globale eldrebølgen til å lage god butikk, om vi får alle kompasspilene til å peke i samme retning. Økosystemet mangler to viktige drivere. Vi mangler de sterke lokomotivbedriftene som baner vei og som kan bruke de sterke forskningsmiljøer som strategiske innovasjonspartnere. Gründerbedriftene vokser ikke nok, eller de blir raskt kjøpt opp av utenlandske selskaper. Vi må lage nye samarbeidskonstellasjoner der vi skaper kunnskapsoverføring hvor alle parter vinner på samarbeidet. Vi må frem flere vekstbedrifter som tar internasjonalt sterke posisjoner. Helse og velferd er ikke lett tilgjengelige markeder internasjonalt.

Vi mangler også et krevende offentlig hjemmemarked som etterspør og tar i bruk nye løsninger. Vi må også samarbeide med på tvers av fag, teknologiområder, offentlig og privat. Innovasjon i helse- og velferdstjenester ikke kan reduseres til et spørsmål om kjøp av varer og tjenester

Følge opp investeringene i forskning med investeringer i kommersialisering

Vi har i mange år satset tungt på forskning. Nå må vi tørre å vri innsatsen over på kommersialisering og industrialisering, for å sikre at disse investeringene omsettes til verdiskapning og arbeidsplasser. Vi må bruke mer av midlene til å sørge for at forskningen som ikke har kommersielt mottaksapparat får nettopp dette.

Anbefaling: Minst 15 prosent av forskningsinvesteringene må nå brukes på kommersialisering.

Tilgang til kapital oppgis av bedriftene selv som den største flaskehalsen mot utvikling (Menon 2016), noe som også beskrives i HelseOmsorg21: «Manglende risikoavlastning og tilgang til kapital vanskeliggjør den nødvendige verifiseringen og truer oppstartsselskapenes videre eksistens.» Også Produktivitetskommisjonen formulerer disse utfordringene presist: «Markedssvikt kan i noen tilfeller lede til for lav kapitaltilførsel til samfunnsøkonomisk lønnsomme prosjekter. Tilgang på kapital kan være

mest utfordrende for små oppstarts- og vekstbedrifter, og det er et behov for mer kompetent kapital og mangfold i eierskapet. Kompetent kapital og eierskapsmangfold vil også øke sannsynligheten for at vekst- og kompetansebedrifter kan videreutvikles i Norge».

Menon stiller i sin rapport om helsenæringen også spørsmålstegn ved effekten av forskningsinnsatsen på helse, dersom vi ikke bygger opp kapitaltilførselen parallelt: «Det har vært en kraftig satsing på virkemidler og støtte innenfor FoU-rettet helseforskning. Til tross for denne betydelige opptrappingen av forskningsinnsatsen innenfor helse fra midten av 2000-tallet, har ikke dette medført økte bevilgninger knyttet til kommersialisering og videreutvikling av innovasjonene i den aller tidligste fasen. Manglende helhetlig virkemiddelsatsing kan i mange tilfeller bety at man ikke fullt ut får utnyttet det potensialet som skapes gjennom den økte forskningsinnsatsen. Slike begrensninger er spesielt knyttet til risikoen. Videre begrenses kapitaltilførselen av at investeringshorisonten ofte er lang. Lange investeringsløp binder kapitalen opp over lang tid og trekker investorens likviditetsevne ned, noe mange investorer misliker.»

Legemiddelindustrien har ved flere anledninger understreket at kapitalbehovet for deres segment er svært stort, og at oppstartsselskapene er sårbare. De peker på at investorer i USA er mer langsiktige enn i Norge og at Koreanerne har et eget fond: *The Korea Drug Development Fund*, som har et budsjett på 1 milliard dollar og med en visjon om å få Korea inn i verdenstoppen for utvikling av nye medisiner. Fondet skal ha fokus på å bygge gode forretningsmodeller – og skape partnerskap mellom myndigheter, næringsliv og akademia³⁸. Storbritannia, Sverige og Danmark er også blant et økende antall land som har erklært at det skal satses på helseindustri.

Vi har godt driv i den unge helsenæringen i dag. Nå skal vi over i neste fase av utviklingen i denne næringen. Her må vi bygge større vekstbedrifter som opprettholder vekst ved å innta globale markeder. Sysselsettingsveksten i årene fremover må komme i privat sektor, og stabiliseres i offentlig sektor.

Anbefaling: Norske myndigheter setter som mål å skape 10 000 nye kunnskapsbaserte arbeidsplasser i den private helsenæringen de neste ti årene³⁹.

Vi må tørre å satse på forskningsfelt hvor vi er virkelig gode, som kreft, immunologi, nevromedisin og presisjonsmedisin. Disse områdene er lange, kapitalkrevende utviklingsprosesser som trenger drahjelp fra både offentlig og privat kapital. Fondet Sarsia Seed har 50 prosent innsats på bioteknologi, som det eneste såkornfondet med relevans helsenæringen i dag. En ny ordning med pre-såkornfond har nå også ført 6 millioner i kapital til helseinvesteringer gjennom Inven2.⁴⁰ Dette er ikke tilstrekkelig, vi trenger mer kompetent kapital for å løse unge selskaper gjennom de mest risikable fasene.

Anbefaling: Etablere et nytt såkornfond som øremerkes helseinnovasjon, på minst 500 millioner kroner.

³⁸ <http://www.dagsavisen.no/nyemeninger/slik-kan-norge-bygge-en-ny-helsen%C3%A6ring-1.448687>

³⁹ Menon 2016: Vi har 67 000 sysselsatte i den private helsenæringen i dag.

⁴⁰ Hele 45 miljøer søkte om de 100 millioner kronene som Innovasjon Norge nå gir i rentefrie lån til teknologioverføringskontorer (TTOer), inkubatorer og forretningsenglenettverk. 18 av disse kom gjennom nåløyet.

Anbefaling: Innføre skatteinsentiver som trigger flere private investeringer i helseinnovasjon⁴¹.

Innovasjon Norge ser behovet for å bygge en bro mellom tidligfase etablerertilskudd og mer krevende utviklingsløp som Forsknings- og utviklingskontrakter (IFU/OFU)⁴². Innovasjon Norges finansieringstilbud treffer ikke helt behovet hos helsegründerne i dag. Ulike former for risikolån eller betinget lån kan være velegnet for flere segmenter i helsenæringen. Det er også behov for å se på en mer fleksibel IFU/OFU-modell fordi de offentlige samarbeidspartnerne i prosjektene har svært ulike behov og forutsetninger for samarbeid.

Ambisjon: Mer treffsikre finansielle virkemidler i Innovasjon Norge for helsenæringen.

Gode arenaer for testing og utvikling på øvrige helseområder er også viktige. Norge må ha en infrastruktur som hjelper til å trekke FoU over i det kommersielle. Sykehusene kan i økt grad brukes som profesjonelle testarenaer. Verifisering av teknologi er også avgjørende for å ta løsningen videre til salgbare produkter.

Potensialet for å gjøre Norge til en attraktiv partner for biomedisinsk forskning og den farmasøytiske industrien er stort. Norge har særlige forutsetninger for å bli en internasjonalt "testbed" for presisjonsmedisin.

Anbefaling: Norske myndigheter satser minst 100 millioner kroner på kommersiell utnyttelse av biobanker og helseregistre de neste ti årene.

Globale posisjoner for norsk helsenæring

Disruptive suksesser fra Norge trenger mer systematisk drahjelp ut i verden, i form av bedriftslandslag, kompetanseprogrammer og økt spissing og innsats på viktige markeder. Vi skal få frem vekstbedriftene, og peile oss inn på nisjer hvor vi har særlige forutsetninger for å bli best internasjonalt. Det handler både om å fronte norske helseløsninger ute i verden, og å tiltrekke seg investeringer og aktivitet fra internasjonale aktører.

Internasjonal konkurranseevne krever økt samspill mellom aktører som ikke vanligvis samarbeider. Dette for å få ny innsikt og økt kunnskap på bordet, og for å hente ut løsningspotensial i miljøer og teknologier fra andre bransjer. Det er trolig kompetanse som blir vårt sterkeste fortrinn, etter mange suksessfulle tiår med råvarebaserte industrier. Økt strategisk bruk av bedriftsnettverk er med på å koble og skape systemløsninger og nye partnerskap.

⁴¹ Noen tar til orde for å relansere forslaget om en *Helsemygg*-ordning. Forslaget er basert på parallellen *Oljemygg*. Det ble fremmet på Høyres landsmøte i 2014, men ble ikke tatt videre.

⁴² <http://www.innovasjonnorge.no/no/finansiering/forsknings--og-utviklingskontrakter/>



Innovasjon Norge jobber målrettet med utvalgte utekontorer i særlig interessante markeder samt Norden og nordisk samarbeid som springbrett ut i verden. Vi satser nå tyngre på å benytte oss av EU-midler og europeiske nettverk innenfor helseinnovasjon.

Ambisjon: Minst 50 prosent av våre kunder i helsesegmentene innoverer i samarbeid med utenlandske partnere innen 2020.

Nye konstellasjoner som der store, kompetansetunge og ressurssterke selskaper samarbeider med små, fleksible og dynamiske gründerbedrifter er under oppseiling– vi begynner å se verdien av det vi kaller *power couples*⁴³.

*Pumps & Pipes*⁴⁴ er i Stavanger-regionen er et godt eksempel på konkrete grep som sikrer nye samarbeid og modeller for kunnskaps- og teknologioverføring. Nettverket er bygget på inspirasjon fra Houston, USA, som har verdensledende miljøer knyttet til både petroleum, helseteknologi og romfart. De sentrale aktørene som har arbeidet med å få dette til er Greater Stavanger, IRIS, Stavanger universitetssjukehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Norwegian Smart Care Cluster (NSCC). Initiativet kan bli et forbilde for å jobbe på tvers også i andre deler av landet.

⁴³ Les mer Innovasjonsbloggen: <https://innovasjonsbloggen.com/2015/11/13/we-need-you/>

⁴⁴ <http://greaterstavanger.com/Hva-vi-gjoer/Nyskaping/Norway-Pumps-Pipes>

Innsats gjennom klyngene gir merverdi. En dypere analyse av tallene bak Menons rapport om helsenæringen viser at klyngemedlemmene vokser raskere enn andre bedrifter i samme næring⁴⁵. Klyngen har vokst til 190 medlemmer og representerer alle aktører i innovasjonssystemet, fra sykehus, kommuner og høyskoler til gründerselskaper og store internasjonale konserner. Klyngemiljøene er dynamiske miljøer vi kan bruke enda mer strategisk i å bygge nye vekstbedrifter.

Anbefaling: Gi helseklyngene i oppdrag å være motor for omstilling og teknologioverføring i næringslivet

På områder som velferdsteknologi og helse-IKT bør vi samarbeide tettere i Norden. Vi bør bygge et felles springbrett mot verdensmarkedene. Spisskompetanse fra miljøene i de ulike nordiske landene kan settes sammen til uslåelige systemløsninger som vi kan ta sammen ut.

Anbefaling: Fremme forslag om en nordisk pilot på helseklyngesamarbeid

En helhetlig innovasjonspolitik for helse og næring

Vi har lang industriell erfaring i Norge, og vi har bygget sterke og konkurransedyktige næringer før. Oljeeventyret har skaffet oss erfaringer som er verdifulle når vi nå skal finne nye ben å stå på. Det er noe annet å innovere i komplekse tjenestesystemer i norsk helsevesen, enn å utvikle stadig mer komplisert teknologi for fysiske installasjoner til sjøs. Men dette kan vi lære av: Oljesektoren vokste ikke frem tilfeldig. Vi hadde visjonære og handlekraftige ledere med hårete ambisjoner. Staten skapte krevende etterspørsel etter ny og avansert teknologi og innførte ulike former for risikoavlastning for innovative bedrifter og insentiver som fremmet private investeringer. Dagens helsesektor mangler i dag drahjelpen fra en helhetlig politisk strategi for helse- og omsorgsnæringene.

Politikkområdene helse og næring må ses i sammenheng fordi næringslivet må være med på å løse de utfordringene helsetjenestene står i. Dette krever koordinert innsats på alle nivåer: fagdepartementene, virkemiddelaktørene, kommuner, etater og næringsliv. Helsepolitikk må også bli næringspolitikk.

Helsenæringen oppgir også forskningen som for lite næringsrelevant. Jo større bedriftene er og jo større og mer internasjonale ambisjoner bedriftene har, jo mindre opplever de FoU- og kunnskapsaktørene som næringslivsorienterte. Hvis forskningen oppleves som ikke tilstrekkelig relevant for næringen er dette med på å forklare den mangelfulle overgangen fra FoU til kommersialiserte løsninger. Det er viktig å sette forskningsinvesteringene mer direkte i sammenheng med offentlige behov og prioritere fagfelt hvor vi har sterke næringsmiljøer som evner å løfte investeringene videre til kommersielle og internasjonale suksesser.

Anbefaling: Regjeringen etablerer et tverrdepartementalt råd som setter strategiske prioriteringer for utvikling innen helse og velferd.

⁴⁵ Erik Jakobsen/Menon i innlegg i Forskningsparken/Oslo Medtech 7. juni 2016

Anbefaling: Forskningsrådet og Innovasjon Norge piloterer en felles utlysning for forskning og innovasjon med grunnlag i viktige helseutfordringer

Innovasjonsvirkemidler som fremmer etterspørsel

Betalende kunder med krevende utfordringer er den viktigste innovasjonsdriveren, og derfor også en helt sentral faktor for vekst og omstilling. Her kommer vi til kort i dag – det offentlige fungerer ikke som en driver for intensiv innovasjonsaktivitet i næringslivet og anskaffelsesprosessene er oftest ikke rigget for å åpne for nye løsninger. Markedssvikten er betydelig; det finnes ikke tilstrekkelig etterspørsel etter innovasjon som svar på uløste problemer. Investeringer i krevende utviklingsløp er svært risikofylte. Dette er både fordi bedriftene kan ha for liten innsikt i det problemet det forsøker å løse og derfor ikke treffer 100 prosent. Det handler også om at løsningene får tilstrekkelig skala. Én vellykket pilot er ikke nok. Ofte vil utviklingskostnadene være så høye av det er vanskelig å finne en forretningsmodell som gir inntjening. Her har staten en helt sentral innovasjonspolitisk rolle. Departementene og styringsdialogen er viktig for å stimulere til økt innovasjon i helsesektoren, til fordel for både pasientene, helsebudsjettene og bedriftene.

Det norske innovasjonssystemet har over mange tiår utviklet gode mekanismer for produksjon av teknologi og løsninger (*push*), men mangler effektive virkemidler for å bruke det offentliges utfordringer på en strategisk måte (*pull*). Næringslivet trenger et offentlig helse-Norge som bruker bestiller-rollen og innovasjon for å utvikle seg, og som i større grad koordinerer behov på tvers av enheter og sektorer, slik at vi får et fungerende marked.

Small Business Research Initiative (SBRI)⁴⁶ er et britisk program som kobler store offentlige samfunnsutfordringer med mulige ideer og løsninger fra næringslivet. Slike etterspørselsfremmende virkemidler balanserer tilbudssiden i innovasjonsverktøykassen. Det er billigere for staten og like effektivt som tilbudsside-virkemidler (tilskudd, lån og nettverk o.a.)⁴⁷.

I Storbritannias SBRI bruker man store utlysninger som brekkstang for å oppnå innovasjon og effektivisering i offentlige tjenester, og for å stimulere til økt innovasjon i næringslivet. Regjeringen bruker ordningen til å løse viktige og komplekse samfunnsutfordringer. Offentlig sektor sitter i førersetet og definerer problemene som skal løses. Næringslivet konkurrerer om å få samarbeide med helsevesenet om å utvikle løsninger. Hensikten er å skape mer krevende etterspørsel etter helseinnovasjon og samtidig bygge konkurransedyktig næringsliv. Vi snakker ikke om friske penger til et nytt innovasjonsprogram, men å endre måten en bruker de store driftsmidlene på ved å samordne behov og løse kostbare utfordringer ved hjelp av innovasjon. Ordningen finansieres over departementenes ordinære budsjetter, og øremerkes innovative investeringer via SBRI.

Anbefaling: Regjeringen etablerer en norsk variant av det britiske SBRI, og kanaliserer 500 millioner kroner årlig til investeringer i innovasjon i helsetjenestene.

⁴⁶ www.sbri.innovateuk.org, utviklet etter amerikansk modell.

⁴⁷ Edler 2009

Gode samarbeidsmodeller for offentlig-private innovasjonspartnerskap er også viktig. Vi har langt færre innovasjonssamarbeid mellom en leverandør og en offentlig kunde (Innovasjon Norges tilskuddsordning OFU-prosjekter) enn tilsvarende prosjekter der kunden er i privat sektor (IFU). Studier⁴⁸ viser dessuten at OFU-prosjektene har lavere verdiskapning i etterkant av endt prosjekt. Vi ser færre sterke markedsposisjoner, mindre inntjening og mindre internasjonalisering.

Vi kjenner mange av flaskehalsene som hindrer mer innovasjon i offentlig-privat regi. Leverandørutviklingsprogrammet⁴⁹ og Difi⁵⁰ sitter også på god dokumentasjon og kunnskap på dette området – erfaringer som vi deler fullt ut. Leverandørutviklingsprogrammet har jobbet håndfast med kultur og ledelse i offentlig sektor over flere år, og skapt stor synlighet for verdien av strategiske, innovative offentlige anskaffelser. Dette arbeidet må vi skalere opp og videreutvikle.

Vi trenger nye, praktiske samhandlingsarenaer og innovasjonssamarbeid der næringsliv, kommuner og etater samarbeider tettere om å finne nye løsninger på viktige utfordringer. Gjennom Innovasjonspartnerskap kan vi gå løs på tverrfaglige problemstillinger som ikke kan løses av en kommune alene gjennom en anskaffelse. Før-kommersielle anskaffelser forutsetter en utlysning av ferdig løsning i etterkant av samarbeidet, noe som ofte fører til stans i prosessene. Innovasjonspartnerskap som juridisk prosedyre er derfor veldig interessant nå som det åpnes nye muligheter på anskaffelsesområdet. Den åpner for å demme opp for de utfordringene vi har tegnet et bilde av, og for å strukturere innovasjonssamarbeid som er trygge, forutsigbare og målrettede for deltakerne.

Ambisjon: Leverandørutviklingsprogrammet og Innovasjon Norge piloterer sammen den nye prosedyren Innovasjonspartnerskap⁵¹ som en mulig modell for økt markedsdialog og samarbeid.

Våre kunder er bedrifter som tror de kan forandre verden

Våre innovasjonspolitiske anbefalinger er avgjørende for å lykkes med helse og velferd som mulighetsområde. Innovasjon Norge vil bidra til å hente ut potensialet som ligger i utvikling av en norsk, konkurransedyktig helse- og velferdsnæring. Vi vil fremover videreutvikle og justere våre virkemidler slik at de i størst mulig grad hjelper nye og etablerte selskaper som kan skape vekst og arbeidsplasser.

⁴⁸ BIs forskningsrapport om IFU/OFU 2014

⁴⁹ www.leverandorutvikling.no

⁵⁰ Direktoratet for IKT og forvaltning

⁵¹ Ny prosedyre i EUs (og Norges) reviderte anskaffelsesregelverk, implementeres høst 2016. Formålet er å oppnå mer innovasjon i offentlige anskaffelser, gi rom for tettere dialog mellom behov- og løsningssiden og bruke anskaffelser som et innovasjonspolitisk grep som muliggjør mer innovasjon i næringslivet.

Kildehenvisninger

Edler, J. (2009). Demand policies for innovation (No. 579). Manchester Business School Working Paper.

Edler, J. and Georghiou, L. L. (2007): *Public procurement and innovation—Resurrecting the demand side*, Research Policy 36(7): 949–963.

<https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/>

HelseOmsorg21-strategien:

https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705

<http://www.tu.no/artikler/som-a-apne-brystkassen-og-se-rett-inn-pa-hjertet/276510>

Alzheimer's Research UK (2014): *Defeat dementia policy report*

FNs bærekraftsmål: <http://www.fn.no/Tema/FNs-baerekraftsmaal/Dette-er-FNs-baerekraftsmaal>

NCD-strategi 2013-2017) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ncd-strategi/id735195/>

RAND Europe 2014: *Supporting the development of a new health R&D strategy. A rapid review of international theory and practice for Norway's HelseOmsorg21*

<https://sbri.innovateuk.org/>

<https://www.pianoo.nl/public-procurement-in-the-netherland>

<http://www.menon.no/publication/helsemyggordningen-et-virkemiddel-for-a-stimulere-til-helseinnovasjon/>

<http://www.menon.no/wp-content/uploads/2016-12-Insentiver-og-ordninger-for-risikoavlastning-for-innovative-offentlige-anskaffelser.pdf>

St.meld.nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen– Rett behandling – pa rett sted – til rett tid*,

St. meld. nr.. 29 (2012-13) *Morgendagens omsorg*

St. meld. nr. 34 (2012-13) *Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar*

St. meld. nr. 7 (2014-15) *Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning 2015–2024*

Norsk teknologiråd 2015 <https://teknologiradet.no/norge-2030/nytt-prosjekt-scenarier-for-helse-og-omsorg-i-2030/>

NoU 2015:1 Produktivitetskommisjonens første rapport

NoU 2016:3: Produktivitetskommisjonens andre rapport

Om samarbeid: forskningsbarometeret s88

<http://www.innovasjon norge.no/no/Om-Oss/Arsrapporter/>

<http://www.innovationclusters.no/>

<https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi>

<http://www.innomed.no/nb/>

<http://www.lmi.no/aktuelt-fra-lmi/2014/10/forskning-og-utvikling-i-statsbudsjettet>

VIS - Velferdsteknologi i sentrum 2016:

https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/Velferdsteknologi%20i%20sentrum_delleveranse%202%20av%202.pdf

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse>

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/id10877/>

<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-biobanker/generelt/>

<https://www.regjeringen.no/contentassets/e97a56e2732e44388e8aff70db05784a/forskningsbarometeret-2016-del-iii.pdf>

<http://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon>

<http://www.ssb.no/helse>



Sak 38/16 Satsingsområde Effektive og lærende tjenester

Type sak: Vedtakssak

Til: HO21-rådet

Fra: HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

Bakgrunnsdokumenter:	- 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:	Saksnotat fra arbeidsgruppen
Ansvarlig arbeidsgruppe:	- Hilde Lurås, AHUS (<i>gruppeleder</i>) - Ernst Omenaas, Helse Bergen HF - Håkon Haugli, Abelia - Kathrine Myhre, Oslo Medtec - Monica Wammen, HiB - Nina Mevold, Bergen kommune - Svein Lie, Helsedirektoratet - Tone Marie Nybø Solheim, KS
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	

Bakgrunn

Store deler av offentlig sektor er desentralisert og mye av forvaltnings- og tjenesteleveransene er kanalisert gjennom kommunesektoren i enheter av varierende størrelse og med ulike ressurser til innovasjon. Til tross for mye eksperimentering, endrings- og innovasjonsarbeid i offentlig sektor har vi svake systemer for å prioritere igangsetting av forsøk, evaluere forsøk og utviklingstiltak og å dele og spre resultatene. I mange tilfeller skjer mye parallelt og ukoordinert. Dette skyldes bl.a begrenset systemstøtte for arbeidsprosesser, liten beslutningsstøtte og manglende kapasitet for å dele informasjon internt og på tvers av foretak, kommuner og tjenestenivåer og til brukerne og pasientene selv. Organiseringen av offentlig sektor har betydning for hvordan kontroll- og styringsfunksjoner hemmer eller styrker innovasjon, og legger til rette for implementering og utnyttelse av ny teknologi. Det er behov for både teknologi- og organisasjonsbasert innovasjon. Den organisasjonsbaserte innovasjonen er krevende, men gir ofte stor samfunnsøkonomisk verdi. Tjenstedesign og samskaping er anerkjente, men lite brukte innovasjonsverktøy for nyskaping og redesign av tjenestene. I tillegg til et brukerfokus er ofte andre fagområder enn medisin og helsefag involvert for å gi nye innfallsvinkler til problemområdet.

Det er nødvendig å se nærmere på grenseflaten mellom forskning og utprøving, kvalitetssikring og tjenesteinnovasjon, og det er behov for et bedre system for tjenesteinnovasjon nasjonalt, regionalt og lokalt. Forsøk, utprøvinger og innovasjon kan styrkes med forskermedvirkning og tydeligere krav til evalueringer. Formidlingskrav må være del av bevilgningen både for forskningsprosjekter og utprøvinger. Særlig er det behov for formidling som gjør kunnskapen anvendbar for sektoren, slik at ny og bedre praksis kan innføres. Det må utvikles insentiver som bidrar til innovasjon og som sikrer at ny teknologi og nye arbeids- og behandlingsmetoder raskere tas i bruk.

Økt tverr- og flerfaglig forskningssamarbeid med sterk metodekompetanse og en sterk forskningskultur i klinisk virksomhet vil gi større evne til å nyttiggjøre seg ny kunnskap i forebyggende arbeid og klinisk praksis, tjenesteinnovasjon og kommersialiserbare produkter. Innslaget av forskning på høyt nivå kan derfor indikere kvaliteten på det forebyggende arbeidet og den kliniske tjenesten.

Forskning, innovasjon, deltakelse i utdanning og bidrag til næringsutvikling må bli en naturlig del av kommunesektorens ansvarsområde. Evnen til tjenesteinnovasjon må styrkes blant annet gjennom erfaringsoverføring, kompetanseheving, offentlig/privat samarbeid og ved å ta i bruk ny teknologi. Vi må i større grad få forskningsbasert profesjonsutdanning og -utøvelse. Det må avsettes betydelige midler og utvikles et system mellom forsknings- og utdanningsinstitusjoner og kommunene, som sikrer forskning av høy kvalitet. Forskningen må være relevant for kommunenes ansvarsområder innenfor forebygging, helse og velferd.

De seks tiltakene som er foreslått i strategien er:

- Styrke fler- og tverrfaglig forskning og utvikling av helsetjenesten for å øke kunnskapen om effekter av dagens og morgendagens organisasjons-, styrings-, samarbeids- og finansieringsmodeller, og om hva som hemmer og fremmer implementering av ny kunnskap og innovasjon i tjenestene.
- Styrke forsknings- og innovasjonssamarbeid mellom helseforetak, academia, kommuner og næringsliv for å skape mer effektive og brukerorienterte tjenester.
- En koordinert og helhetlig tildeling av midler til utviklingstiltak og forsøksvirksomhet, og krav om robuste evalueringer av utprøvinger og forsøksvirksomhet så kunnskap om gode modeller kan spres.
- Tilrettelegge for bedre systematikk i innovasjonsarbeidet i tjenestene. Dette inkluderer metodikk for behovskartlegging, brukermedvirkning og ide, evaluering, implementering og spredning.
- Styrke kompetansen på tjenesteinnovasjon gjennom et helhetlig nasjonalt system med regionale sentre, som dekker både kommunene og helseforetakenes behov.
- Gjennomføre kontrollerte forskningsunderstøttede forsøk med betalings- og finansieringsmodeller i helse- og omsorgstjenestene, som premierer pasientnytte og funksjon for å stimulere til innovasjon.

Gjennomføring av de seks tiltakene i strategien vil føre til:

- i) Et bedre system for tjenesteinnovasjon og forsøksvirksomhet,
- ii) Økt kvalitet på helse- og omsorgstjenesteforskningen,
- iii) Økt vektlegging av hvordan tjenestene organiseres og leveres, i tråd med brukernes behov, og
- iv) Bedre samhandling og mer effektiv bruk av ressursene.

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien oppgir to tiltak:

- Følgjeevaluere reformene Fritt behandlingsvalg og Pakkeforløp for kreft for å sjå effektane av endringane
- Auke omfanget av følgjeforskning (les: tenesteforskning) og tenesteinnovasjon i helse-, omsorgs- og velferdstenestene

Hovedpunkter

Den interne arbeidsgruppen i Rådet som består av Ernst Omenaas (Helse Bergen HF), Håkon Haugli (Abelia), Kathrine Myhre (Oslo Medtec), Monica Wammen (HiB), Nina Mevold (Bergen kommune), Svein Lie (Helsedirektoratet), Tone Marie Nybø Solheim (KS), og som ledes av Hilde Lurås (Ahus), har for dette satsingsområdet kommet frem til tre anbefalinger.

De tre anbefalingene er:

1. Styrke strategisk samarbeid om forskning og innovasjon mellom ulike aktører
2. Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten
3. Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning

Arbeidsgruppen har for hver av anbefalingene diskutert seg frem til en rekke problemstillinger/forslag til tiltak som gruppen ønsker å diskutere i Rådet (se saksnotatet).

Rådsleder John-Arne Røttingen, Hilde Lurås (Ahus) og HO21-sekretariatet ble i april i år invitert til Helsedirektoratet for å diskutere de to oppdragene Helsedirektoratet har fått fra HOD "*Bistå HOD og bidra til oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien, og gjennomføre følgende tiltak, Utarbeide veileder for tjenesteinnovasjon i samarbeid med InnoMed, DIFI, DogA, Innovasjon Norge og Forskningsrådet, samt utrede organisering av et helhetlig nasjonalt system som kan tilrettelegge for tjenesteinnovasjon regionalt og lokalt i samarbeid med tjenesten og andre relevante aktører*" i sammenheng med Rådets arbeid med tjenesteinnovasjon. Helsedirektoratet v/ divisjonsdirektør Johan Torgersen er invitert til rådsmøtet 12. september for å presentere Helsedirektoratets veileder for tjenesteinnovasjon samt status for arbeidet med å utrede organisering av et helhetlig nasjonalt system for tjenesteinnovasjon.

Innledning ved divisjonsdirektør Johan Torgersen, Helsedirektoratet.

Presentasjon av arbeidsgruppens arbeid med tiltakene i strategien v/gruppeleder Hilde Lurås, Ahus

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å diskutere hvordan og hva Rådet kan bidra med for å styrke strategisk samarbeid om forskning og innovasjon mellom ulike aktører.

Til diskusjon: Bør medlemmer fra aktuelle satsingsområder møtes for å diskutere hvordan tiltaket kan tas videre?

Rådet bes om å diskutere hvordan Rådet kan bidra til å styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten.

Forslag til tiltaksområder, til diskusjon:

- a) Sikring av et helhetlig system for tjenestinnovasjon og forsøksvirksomhet
- b) Etablering av gode samarbeidsarenaer
- c) Innovasjonsutdanning for offentlig sektor
- d) Enhetlig og koordinert satsing på e-helse

Rådet bes om å diskutere hva Rådet kan bidra med for å styrke kvaliteten og omfanget av helsetjenesteforskning.

Forslag til tiltaksområder, til diskusjon:

- a) Opprette kombinerte stillinger
- b) Strategiske dialogmøter om felles forskningsspørsmål
- c) Kartlegging av midler som bevilges til helsetjenesteforskning
- d) Samordnet nasjonal utlysning av forskningsmidler
- e) Utdanning og forskeropplæring
- f) Forskningsbasert evaluering av reformer

Rådet bes om å se Helsedirektoratets to oppdrag med tjenesteinnovasjon i sammenheng med Rådets arbeid med satsingsområde Effektive og lærende tjenester.

Forslag til vedtak:

Formuleres i møte.....

beid med satsingsområde Effektive og lærende tjenester.

VEDLEGG

Sak 38/16



Notat til diskusjon på rådsmøtet 12.9.2016

Fra:	• Hilde Lurås, Ahus (<i>gruppeleder</i>) • Ernst Omenaas, Helse Bergen HF • Håkon Haugli, Abelia • Kathrine Myhre, Oslo Medtec • Monica Wammen, HiB • Nina Mevold, Bergen kommune • Svein Lie, Hdir • Tone Marie Nybø Solheim, KS
Vedlegg til:	Sak 38/16 Effektive og lærende tjenester

Bakgrunn

For å gi et bedre grunnlag for å levere helsetjenester med høy kvalitet tilpasset befolkningens behov, og kritisk følge utviklingen av helsetjenestetilbudet anbefalte HO21-strategien å styrke forsknings- og innovasjonssamarbeidet mellom helseforetak, kommuner, academia, næringsliv og brukere. Nytteverdien både for pasientene og samfunnet er sentralt. Strategien anbefalte en satsing på helsetjenesteforskning, og identifiserte et behov for å øke kunnskapen om effekter av ulike organisasjons-, styrings-, samarbeids- og finansieringsmodeller, og samtidig styrke kunnskapsgrunnlaget om hva som hemmer og fremmer implementering av ny kunnskap og innovasjon i tjenestene. HO21-strategien påpekte videre at grenseflaten mellom forskning, uttesting og kvalitetssikring versus det som med et samlebegrep kalles tjenesteinnovasjon må klargjøres. Det er ikke nødvendigvis slik at alle utfordringer når det gjelder koordinering, organisering og finansiering skal forskes på i Norge. Noen problemstillinger og deres løsninger er allerede utprøvd i andre land, mens andre ideer er av en slik karakter at de kan prøves ut uten ressurskrevende studier. Selv om det ikke skal forskes på enhver liten endring i helsetjenesten anbefalte likevel HO21 strategien videreutvikling av solid forskningsbasert metodikk, samt en bedre koordinering og samordning av større forsøks- og forskningsvirksomhet.

Dette var bakgrunnen for seks anbefalinger og fire forslag til tiltak i HO21-strategien som i regjeringens HO21-handlingsplan er konkretisert slik (anbefalinger og tiltak er i sin helhet gjengitt i vedlegget):

- Følgjeevaluere reformene Fritt behandlingsvalg og Pakkeforløp for kreft for å sjå effektane av endringane
- Auke omfanget av følgjeforskning (les: tenesteforskning) og tenesteinnovasjon i helse-, omsorgs- og velferdstenestene

Hva bør HO21-rådet gripe fatt i?

I det videre arbeidet tar vi utgangspunkt i tiltakene fra regjeringens handlingsplan, samt tiltakene og anbefalingene fra HO21-strategiarbeidet. Arbeidsgruppen foreslår at Rådet Arbeidsgruppen foreslår at Rådet konsentrerer seg om tre anbefalinger:

1. Styrke strategisk samarbeid om forskning og innovasjon mellom ulike aktører
2. Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten
3. Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning

Anbefaling 1 Styrke strategisk samarbeid om forskning og innovasjon

Styrket strategisk samarbeid mellom tjenesten, forskningsmiljøene, næringslivet, myndighetene, beslutningstakere på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, og ulike interessegrupper er en gjennomgående strategisk satsing for HO21-rådet. Dette gjenfinnes i de fleste satsingene og har et særlig fokus innenfor områdene *Økt brukermedvirkning*, *Strategisk og kunnskapsbasert styring*, *Kunnskapsløft for kommunene* og *Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde*.

Forslag til tiltak fra arbeidsgruppen

Til diskusjon i Rådet: Rådet: For å sikre helhetlige og koordinerte tiltak knyttet til strategisk samarbeid foreslår arbeidsgruppen at dette løftes som en egen sak på et senere rådsmøte, f.eks. ved at gruppeledere/medlemmer fra de nevnte arbeidsgruppene møtes for å diskutere hvordan tiltaket best kan tas videre.

Anbefaling 2 Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten

Moderate framskrivninger av befolkningen fram mot 2040 viser en kraftig økning av eldrepopulasjonen og færre i arbeidsdyktig alder, samtidig viser framskrivninger av skatteinngangen en kraftig reduksjon med påfølgende press på helsetjenestene. For å opprettholde den norske velferdsmodellen må helsetjenestene moderniseres og effektiviseres, som mer bruk av velferdsteknologi i hjemmet, mer vekt på forebygging og rehabilitering, mer kunnskapsbaserte (og dermed effektive) tjenester og bedre samhandling mellom sykehus og kommuner. Dette er store endringer som allerede er i god gang med å prøves ut og implementeres i de ulike kommunene og sykehus.

I gode innovasjonssystem er det behov for bygging av rett kompetanse og nye metoder som kan gi styrket innhold til innovasjonsbegrepet. Tjenstedesign og samskaping (co-creation) er anerkjente verktøy for nyskaping som innebærer en bredere tilnærming til brukerne og deres behov enn hva tjenestene selv har benyttet f. eks gjennom spørreundersøkelser. En må ta i bruk nye tilnærminger for å involvere brukere og medborgere i å skape nye løsninger. Dette vil både utfordre de tradisjonelle yrkesgruppene som «eier sine fagfelt», og den tradisjonelle samhandlingen mellom de to forvaltningsnivåene.

For å skape tilstrekkelig kraft bak innovasjon i offentlig sektor må det utvikles en nasjonal pådriverfunksjon som bidrar med kompetanse og finansiering for å redusere risiko, skaper nasjonal koordinering, utformer og driver spredningsaktiviteter og er vertskap for relevante nasjonale programmer. En slik pådriverrolle bør ikke avgrenses til helse- og omsorgssektoren, men favne innovasjon i offentlig sektor generelt. Bare på den måten kan vi oppnå tilstrekkelig utviklingskraft og de nødvendige synergier på tvers av sektorer og samfunnsområder.

Forslag til tiltak fra arbeidsgruppen:

a) Sikre et helhetlig system for tjenesteinnovasjon og forsøksvirksomhet

En gjennomgang av systemet for tjenesteinnovasjon for å sikre bedre systematikk på alle nivå (nasjonalt, regionalt, kommunalt, institusjonelt), inkludert at det utvikles en bedre metodikk for gjennomføring av forsøk, evaluering, implementering og spredning er sentralt.

Regjeringen vil styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten, og som del av dette arbeidet har Helsedirektoratet fått i oppdrag å:

- utarbeide veileder for tjenesteinnovasjon¹ i samarbeid med InnoMed, DIFI, DogA, Innovasjon Norge og Forskningsrådet, samt
- utrede organisering av et helhetlig nasjonalt system som kan tilrettelegge for tjenesteinnovasjon regionalt og lokalt i samarbeid med tjenestene og andre relevante aktører.

Det er ikke klargjort om Helsedirektoratets oppdrag også inkluderer en kartlegging av mulige finansieringskilder for søkbare midler til utprøvinger og forsøksvirksomhet. Arbeidsgruppen mener at et viktig tiltak er å bidra til at tildeling av midler blir koordinert og helhetlig, og at alle aktører gis anledning til å søke. I dag har for eksempel ikke kommunene anledning til å søke etablerte finansieringsordninger som Difis ordning "Medfinansiering av digitaliseringsprosjekt".

Til diskusjon i Rådet: Hvordan bidra til at det utvikles et helhetlig virkemiddelapparat slik at en unngår dysfunksjonelle sektorskiller?

Det er behov for en avklaring om Helsedirektoratets oppdrag også inkluderer en kartlegging av finansieringsordninger. Hvis ikke Helsedirektoratets arbeid inkluderer dette, foreslår arbeidsgruppen at Rådet foreslår en slik kartlegging.

b) Fremme gode samarbeidsarenaer

Demografiutviklingen og forventninger om redusert skatteinngang skaper en samfunnsflope som må løses i fellesskap. En utvikling av fellesskapskultur for effektive og lærende tjenester i sykehus, kommuner og i forsknings- og utdanningsinstitusjoner er nødvendig. Behovet for mer effektiv samhandling er stort, og gode innovasjonsarenaer vil danne grunnlag for slik samhandling. Ikke minst må innovasjonsmiljøer og næringslivet kobles på tjenestenes utviklingsbehov. Nye løsninger på morgendagens utfordringer kan skapes i helseklynger.

¹ Kommentar fra KS: Dette finnes langt på vei allerede. KS bør derfor være samarbeidspartner i et slikt arbeid.

Dagens miljøer for innovasjon og e-helse bør spisses mot helhetlige løsninger og utprøving i helseklynger, og etablerte finansieringsordninger bør konsentrere en betydelig satsing i denne retningen. Dette må kobles med forskning og styrking av denne typen kompetanse i studieprogrammer for helseprofesjoner.

Helseklyngen Årstadvollen i Bergen er et eksempel på en samarbeidsarena for innovasjon, forskning og styrket utdanningssamarbeid på tvers av praksis og akademia. Fokus er innovasjon, forskning og utdanning på primærhelsetjenester. Universitetet i Bergen er initiativtakere og Bergen kommune og Høgskolen i Bergen er kjernesamarbeidspartnere. Områder som skal fremmes er blant annet velferdsteknologi. Høgskolens omsorgsteknologilab samlokaliseres med Bergen kommunes visningsrom for hjelpemidler og velferdsteknologi for innbyggerne. Også Bergen kommunes tverrprofesjonelle primærhelseteam samlokaliseres med forskningsmiljøer og legger til rette for styrket tverrprofesjonell studentutplassering.

Til diskusjon i Rådet: Hvordan kan Rådet bidra til å fremme samarbeidsarenaer med god forankring blant aktørene?

c) Innovasjonsutdanning for offentlig sektor

I norske kommuner og helseforetak foregår det en rekke små og store forsøk hvor hensikten er å prøve ut løsninger som skal bidra til en bedre helsetjeneste. Miljøene tildeles midler, men det mangler ofte kompetanse på gjennomføring av forsøkene. Det er behov for økt kompetanse helt fra designfase til evaluering. Før det initieres og igangsettes nye kompetansehevende tiltak bør en gjennomgå hvilke utdanninger som er tilgjengelig knyttet opp mot helseinnovasjon.

KS og Helsedirektoratet har utviklet Veikart for tjenesteinnovasjon (www.samveis.no). Veikartet er et hjelpemiddel for alle som jobber med innovasjonsprosesser i kommunene. Verktøyet er videreutviklet sammen med kommunene som er deltakere i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet. Som et ledd i den nasjonale satsingen på velferdsteknologi har KS også utviklet en opplæringspakke - Velferdsteknologiens ABC. Flere kommuner og kommunesamarbeid har fått i oppdrag å teste ut innholdet for å kvalitetssikre at innholdet treffer de ansattes behov for opplæring. I september lanseres ny redigert versjon av opplæringspakken. KS har også utviklet flere innovasjonsverktøy (N3, SLIK) som støtter kommunene i deres innovasjonsarbeid, samt en idekatalog for tjenstedesign som inspirerer til bruk av tjenstedesign som verktøy og metode.

Den nasjonale innovasjonsskolen for kommunesektoren er lokalisert på Høgskolen på Lillehammer. En eventuell kompetansesatsing med spesiell fokus på helseinnovasjon kan eventuelt utformes som en supplerende og videreutvikling av denne.

Forskningsrådet utlyste for første gang i 2014 midler innenfor finansieringsordningen Offentlig sektor PhD. Ordningens overordnede målsettinger er økt langsiktig og relevant kompetansebygging og forskningsinnsats i offentlige virksomheter, økt forskerrekuttering i

offentlig sektor og økt samspill mellom akademia og offentlig sektor. Gjennom ordningen kan offentlige virksomheter søke støtte slik at en ansatt kan gjennomføre en doktorgrad. Doktorgraden skal være relevant for virksomhetens ansvarsområde og skal framskaffer kunnskap innenfor områder der kunnskaps- og innovasjonsbehovene er store, og støtter opp under virksomhetens FoU- og innovasjonsstrategi. Forskningsrådet har under etablering et nytt program for forskning og innovasjon i kommunal sektor «FORKOMMUNE». Oppstart for programmet er i 2017. Programmet vil bygge innovasjonskompetanse i kommunene og kommunekompetanse i forskningsmiljøene, og vil kunne bidra til økt innovasjonskraft i kommunal sektor.

Til diskusjon i Rådet: Er eksisterende utdanninger og kursporteføljer godt nok kjent og utnyttet i sektoren? Hvilke andre utdanningsbehov har sektoren?

d) En helhetlig og koordinert satsing på e-helse

Dagens 428 kommuner definerer, utvikler, utfører anbudsprosesser, og implementerer 428 ulike digitaliseringsløsninger. Innovasjons-, ikt-, og prosesskompetanse er ulikt fordelt i kommunene, og gevinstpotensialet er stort ved bedre samordning. Også spesialisthelsetjenestenes digitaliseringsprosjekter ville kunne ta ut betydelig mer gevinster dersom kommunene styrket seg på digitalisering og en tok høyde for helhetlig tjenstedesign på tvers av forvaltningsnivåene. Gjennom sin deltakelse i det nasjonale e-helsestyret har KS åpnet for større grad av koordinering og standardisering i kommunenes e-helsearbeid.

De fleste kommunene prøver nå ut ulike velferdsteknologiske verktøy, som trygghetspakker med sensing, sporing og e-kommunikasjon, håndholdte EPJ og ikke minst digitalisering. De store kommunene har større utviklingsprogrammer, der Oslo kommune også prøver ut medisinsk overvåking i hjemmet. Bergen kommune har som mål å prøve ut 500 trygghetspakker i 2016 i sitt Smart omsorg-program.

Kommunenes arbeid med innføring av velferdsteknologi og mer vekt på rehabilitering innbefatter reorganisering av særlig eldreomsorgen i kommunene. Innføring av velferdsteknologi er støttet opp om i Direktoratet for e-helse sitt Nasjonalt velferdsteknologiprogram, der 31 kommuner deltar. KS fremmer blant annet gjennom sin deltakelse i det nasjonale e-helsestyret behovet for koordinerte og standardiserte e-helseløsninger i kommunene.

Mer og bedre forskning, innovasjon og utdanning i helsesektoren krever en styrking av datagrunnlag og verktøy for datafangst. E-helsebildet i Norge i 2016 viser fragmenterte systemer som ikke har tilstrekkelig kvalitet. Tre av helseforetakene har felles elektronisk pasientjournal (EPJ). Helse Midt Norge har sitt eget prosjekt (Helseplattformen) som inkluderer kommunemodul. De øvrige kommunene har ulike EPJ, som brukes på ulike måter. Det er tre aktører på markedet for kommune-EPJ. Disse er i liten grad modernisert og fasiliteter i svært liten grad forskning og innovasjon. Særlig kommunene har derfor dårlig kunnskapsgrunnlag for beslutninger, både på pasientnivå, på systemnivå og mht politiske beslutninger. På statsbudsjettet i 2015 ble det bevilget 30 mill til nytt kommunalt

pasientregister (KPR). Direktoratet for e-helse ble etablert fra 2016 og skal bidra til felles innsats og nasjonal styring av IKT-utviklingen i sektoren. Målbildet er Én innbygger én journal. Det er opprettet et nasjonalt e-helsestyre for å sikre forankring blant annet i helseforetak og kommuner.

En kunnskapsbasert utvikling av e-helse krever finansiering og utvikling av nasjonal støttestruktur. Det skjer mye fragmentert utvikling i sykehus og kommuner på dette feltet. Spesialisthelsetjenestene har koordinerende organer nasjonalt, men de 428 kommunene mangler så langt dette². Det er et stort behov for styrking av e-helse både i kommunene for å bedre kvaliteten på kommunale tjenester som mottar stadig sykere pasienter, for å bedre beslutningsstøtte, for å styrke samhandling mellom kommuner og sykehusene og for å øke omfang og kvalitet på innovative løsninger som velferdsteknologi i hjemmene. Det er behov for styrket koordinering på tvers av kommunene i e-helseutviklingen.

Tiltak innenfor e-helse bør for øvrig ses i sammenheng med tiltaket “Tilpasning av den digitale infrastrukturen – Nasjonal infrastruktur som et økosystem” i satsingsområdet *Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde*.

Til diskusjon i Rådet: Hvordan kan Rådet bidra til at e-helse arbeidet blir koordinert og helhetlig?

Anbefaling 3 Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning

Helsetjenesteforskning er heterogen, hvor forskerne har høyst ulik bakgrunn innenfor hele spekteret av helsefag og medisin, teknologi, samfunnsfag, humaniora, jus og økonomi, og forskningen favner både kvalitativ og kvantitativ metodikk. I dag foregår det helsetjenesteforskning flere steder i Norge, men de fleste miljøene er fortsatt små, lite koordinerte og i hovedsak basert på kortsiktige prosjektbevilgninger. Det er et behov for å knytte helsetjenesteforskningen tettere mot klinisk virksomhet og pasientstrømmene i sykehus og kommuner. Dette vil øke kunnskapen om hva som hemmer og fremmer implementering av ny kunnskap og innovasjon i tjenesten.

Forslag til tiltak fra arbeidsgruppen:

a) Opprette kombinerte stillinger

Det kan være utfordrende å bygge opp helsetjenesteforskningsmiljøer med klinisk forankring i kommune- og spesialisthelsetjenesten. For å sikre en nærhet til kjernevirksomheten, og dermed at problemstillingene og områdene det forskes på har relevans for den kliniske virksomheten, er et mulig tiltak å opprette kombinerte stillinger som dels er knyttet til Universitet- og høyskoler og dels til forskningsmiljøene i helseforetak og kommunesektoren (både personer med hovedstilling på universitet og bistilling i helseforetak/kommune og

² Dette er et av forslagene fra arbeidsgruppa for forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

motsatt). Denne modellen har vært benyttet med gode resultater for vitenskapelige stillinger og tilhørende klinisk virksomhet i helseforetakene, det finnes også noen få eksempler fra kommunesektoren. Gjeldende avtaleverk og tilgang på finansiering har så langt vært en hindring for å få til denne typen løsninger.

Til diskusjon i Rådet: Hvordan kan Rådet bidra til å sikre at avtaleverket ikke er til hinder for opprettelse av kombinerte stillinger? Hva og hvordan kan Rådet bidra til at aktørene er villig til å satse på denne typen stillinger?

b) Strategiske dialogmøter om felles forskningsspørsmål

Satsing på helsetjenesteforskning følges opp i Regjeringens handlingsplan, og Forskningsrådets nye Helsevel program er et av tiltakene som skal bidra til dette. De regionale helseforetakene, de regionale forskningsfondene og private stiftelser (bla Helse- og rehabilitering, Sanitetskvinnene og Nasjonalforeningen for folkehelsen) tildeler også årlig forskningsmidler til denne typen studier. Man ville trolig oppnå en mer effektiv utnyttelse av forskningsmidlene om utlysningen i større grad enn i dag var koordinert om større satsinger og prosjekter.

Til diskusjon i Rådet: Bør Rådet foreslå at det etableres en strategisk møteplass hvor relevante departementer og forskningsfinansierer møtes til dialog for å definere felles forskningsspørsmål som det bør samarbeides om?

c) Kartlegging av midler som bevilges til helsetjenesteforskning

Forskningsrådet er i dag den viktigste finansieringskilden for helsetjenesteforskning. Ifølge Prosjektbanken ble 42 prosjekter med en samlet sum på 37,2 mill. kroner merket helsetjenesteforskning og helseadministrativ forskning finansiert i 2015³. Det foreligger ingen publisert oversikt over regionale tildelinger til helsetjenesteforskning i RHFene, men bedømt utfra de årlige rapportene i eRapport ble det på nasjonalt nivå benyttet ca 50 millioner kroner (6 %) av RHF-midlene til helsetjenesteforskning. Dette er midler som i HRCS klassifikasjonen kommer under kategorien «Health Services». Fylkeskommunene tildeler også midler som er relevant for helsetjenesteforskningsmiljøene, mens kommunal sektor mangler finansiering til dette⁴. Universitets- og høyskolemiljøene utlyser doktor- og postdoktorstipend der helsetjenesteforskning er et aktuelt tema, men det foreligger ingen oversikt over omfang og bredde. En fullstendig oversikt over finansieringskilder og pågående (og slutførte) forskningsprosjekt innenfor helsetjenesteforskning, er ikke lett tilgjengelig.

Til diskusjon i Rådet: Bør Rådet fremme et forslag om en helhetlig kartlegging? Hvem bør eventuelt være ansvarlig for gjennomføring av en kartlegging?

³ Tall hentet fra Forskningsrådets Prosjektbank.

⁴ Forskningsrådet får pt. gjennomført kartleggingen «Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester – kartlegging av ressursinnsats og resultater».

d) Samordnet nasjonal utlysning av forskningsmidler

HO21-strategien foreslo en samordnet nasjonal utlysning av midler gjennom forpliktende samhandling mellom Forskningsrådet, RHFene og kommunesektoren. Slik vil satsingen bli mer helhetlig og kvalitativt bedre. For å tiltrekke seg sterke fagmiljø i de ulike sektorene ble det videre foreslått at utlysningene skal innrettes slik at alle relevante fagmiljø og institusjoner kan søke på midlene. Dette ville sikret godt finansierte prosjekter innenfor hele mangfoldet av kunnskapshull, men det ville også i større grad enn i dag sikret at det ble satset på forskningsprosjekter med høyest kvalitet og potensielt størst betydning. Siden 1999 har National Institute for Health Research i Storbritannia organisert en felles satsing på helsetjenesteforskning langs disse linjene, og deres Health Services and Delivery Research (HS&DR) program er eksempler som vil kunne forsøkes også i Norge (<http://www.netscc.ac.uk/hsdr/index.html>).

Til diskusjon i Rådet: Skal Rådet fremme dette forslaget fra HO21 strategien på nytt?

e) Utdanning og forskeropplæring

For å sikre at tjenesteleveransene er forskningsbasert bør det utvikles kursporteføljer både innenfor bachelorutdanningene og i etter- og videreutdanningene for de ulike profesjonene. Videre bør forskning inngå som et sentralt element i ulike lederprogram.

Den faglige bredden som preger helsetjenesteforskningen er en utfordring i den formelle forskerutdanningen. En god og tilfredsstillende forskeropplæring krever et bredere tilbud av kurs enn hva det enkelte medisinske fakultet med rimelighet kan tilby. Det bør derfor samarbeides om å etablere en nasjonal kursportefølje i helsetjenesteforskning. Denne kan tilby tjenester til PhD-programmene ved samtlige universitet og høyskoler.

Til diskusjon i Rådet: Bør Rådet henvende seg til KD (eller andre aktører) for å påpeke behovet for kunnskap om forskning og innovasjon på bachelor, videreutdanning og lederprogramnivå? Bør Rådet ta et initiativ overfor de fire breddeuniversitetene med tanke på en nasjonal kursportefølje i PhD utdanningen?

f) Forskningsbasert evaluering av reformer

I løpet av de siste tiårene er det gjennomført en rekke helsereformer i Norge.

Sykehusreformen, fastlegereformen og samhandlingsreformen er de største, men det er også andre. Felles for reformene er at de har blitt implementert over hele landet samtidig, stort sett uten forutgående forsøksordninger og gode før-data. I regjeringens handlingsplan er satsingen på helsetjenesteforskning konkretisert og knyttet til følgeevaluering av to større reformer (Fritt behandlingsvalg og Pakkeforløp for kreft). For å sikre en forskningsbasert evaluering av denne typen naturlige eksperiment må det utlyses midler i god tid før innføringen, samt at implementeringen må designes slik at de kan evalueres og rapporteres på en kvalitativt god måte og slik bidra til kunnskapsutvikling og læring. Målsettingen må være å sette av tilstrekkelige midler til å gjennomføre forskningsbaserte evalueringer som er publiserbare når store reformer settes i gang. Dette vil bidra til kunnskapsutvikling og læring. Begrensede analyseoppdrag, ofte i etterkant av et prosjekt, har trolig mindre verdi.

Til diskusjon i Rådet: Bør Rådet i lys av tiltaket i Regjeringens handlingsplan henvende seg til myndigheter/departementene for å gi en tilbakemelding (dialog) med hensyn til hvordan forskningsbaserte reformer bør gjennomføres med tanke på best mulig resultat.

Problemstillinger til diskusjon i HO21-rådet:

1. Styrke strategisk samarbeid om forskning og innovasjon

Forslag: Sak på et senere rådsmøte.

2. Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten

Forslag til tiltaksområder:

- 1. Sikre et helhetlig system for tjenesteinnovasjon og forsøksvirksomhet**
- 2. Fremme gode samarbeidsarenaer**
- 3. Innovasjonsutdanning for offentlig sektor**
- 4. En helhetlig og koordinert satsing på e-helse**
- 5. Innkjøp og nye løsninger**

3. Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning

Forslag til tiltaksområder:

- 1. Opprette kombinerte stillinger**
- 2. Strategiske dialogmøter om felles forskningsspørsmål**
- 3. Kartlegging av midler som bevilges til helsetjenesteforskning**
- 4. Samordnet nasjonal utlysning av forskningsmidler**
- 5. Utdanning og forskeropplæring**
- 6. Forskningsbasert evaluering av reformer**

VEDLEGG: HO21 Strategien (s47-48 i rapporten)

HO21 strategien kom med følgende anbefaling:

1. Styrke fler- og tverrfaglig forskning og utvikling av helsetjenesten for å øke kunnskapen om effekter av dagens og morgendagens organisasjons-, styrings-, samarbeids- og finansieringsmodeller, og om hva som hemmer og fremmer implementering av ny kunnskap og innovasjon i tjenestene.
2. Styrke forsknings- og innovasjonssamarbeidet mellom helseforetak, academia, kommuner og næringsliv for å skape mer effektive og brukerorienterte tjenester.
3. En koordinert og helhetlig tildeling av midler til utviklingstiltak og forsøksvirksomhet, og krav om robuste evalueringer av utprøvinger og forsøksvirksomhet så kunnskap om gode modeller kan spres.
4. Tilrettelegge for bedre systematikk i innovasjonsarbeidet i tjenestene. Dette inkluderer metodikk for behovskartlegging, brukermedvirkning og idefangst, evaluering, implementering og spredning.
5. Styrke kompetansen på tjenesteinnovasjon gjennom et helhetlig nasjonalt system med regionale sentre som dekker både kommunene og helseforetakenes behov.
6. Gjennomføre kontrollerte forskningsunderstøttede forsøk med betalings- og finansieringsmodeller i helse- og omsorgstjenestene som premierer pasientnytte og funksjon for å stimulere til innovasjon.

Følgende tiltak og følgende ansvarlige institusjoner foreslås:

→ Det etableres en samordnet nasjonal satsing på helse- og omsorgstjenesteforskning på minst 200 mill. kroner årlig for å styrke kunnskapen om organisering, effektivitet og kvalitet i tjenestene, og for å styrke kvaliteten i tjenesteforskningen og innovasjonsevnen i tjenestene. Satsingen inkluderer et nytt Stort program i Forskningsrådet, og samarbeid mellom Forskningsrådet, dagens regionale samarbeidsorgan mellom RHFene og universitetene og de nye regionale samarbeidsorganene for kommunene. Midlene bør kunne søkes av alle miljøer og institusjoner.

Ansvar: Forskningsrådet, HOD, ASD, BLD, KD, KMD og RHFene

→ Helsedirektoratet, InnoMed, DIFI, DogA, Innovasjon Norge og Forskningsrådet bør i samarbeid utarbeide veiledere for tjenesteinnovasjon.

Ansvar: HOD, NFD og KMD

→ Utredning av organiseringen av et helhetlig nasjonalt system som kan tilrettelegge for tjenesteinnovasjon regionalt og lokalt.

Ansvar: HOD, NFD og KMD

→ De nye samarbeidsorganene mellom kommunene og forskningsinstitusjonene får regionalt ansvar for tildeling av deler av tilskuddsmidlene til utprøving og tjenesteinnovasjon i kommunene, midler som i dag tildeles av Helsedirektoratet og Fylkesmannen. Prosjektene bør være av en viss størrelse, og det må være krav til metodikk for systematisk brukermedvirkning, evaluering og spredning av resultatene.

Ansvar: HOD og Helsedirektoratet

Regjeringens handlingsplan (s27 i Handlingsplanen)

Regjeringa følgjer opp HelseOmsorg21 ved at det frå 2015 er etablert eit nytt tiårig program for tenesteforskning og -innovasjon i Forskingsrådet. Programmet, som heiter Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester, har fått benemninga Stort program for forskning og innovasjon, og er den viktigaste og største enkeltaktiviteten i Forskingsrådet si hovudsatsing Flere aktive og sunne år (FASE). Samanhengande pasient- og brukarforløp, logistikk og tenesteinnovasjon er sentrale tema i programmet. Programmet skal bidra til å auke omfanget av følgjeforskning av reformer, endringar i organisering og innføring av ny teknologi i tenestene.

Helsedirektoratet har i 2015 fått i oppdrag å greie ut eit heilskapleg nasjonalt system som kan leggje til rette for tenesteinnovasjon både regionalt og lokalt, i samarbeid med tenestene og andre Relevante aktørar. Eit slikt system kan bidra til at kunnskapen blir formidla og brukt i tenestene. Mange aktørar i helsetenestene manglar kunnskap om kva som fremjar eller hemmar iverksetjing av nye idear, eller korleis forbettrings og implementeringstiltak fungerer for tenesta. Helsedirektoratet, InnoMed, DIFI, DogA, Innovasjon Noreg og Forskingsrådet har derfor saman fått i oppdrag å utarbeide ein rettleiar for tenesteinnovasjon. Tenestene vil bli involverte i arbeidet.

Regjeringa vil

- auke omfanget av følgjeforskning (les: tenesteforskning) og tenesteinnovasjon i helse-, omsorgs- og velferdstenestene
- følgjeevaluere reformene Fritt behandlingsvalg og Pakkeforløp for kreft, for å sjå effektane av endringane