



Møte i HelseOmsorg21-rådet (05/16)

Dato: Mandag 24. oktober 2016, kl 08.30 – 15.00

Sted: Radisson Blu Royal Garden Hotel, Trondheim

Tilstede:

Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet (*rådsleder*)
Dekan Arnfinn Sundsfjord, Det medisinske fakultet, UiT
Forskningsleder, professor Aud Obstfelder, NTNU Gjøvik
Dekan Bjørn Gustafsson, Det medisinske fakultet, NTNU
Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF
Daglig leder Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge
Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF
Forskningsjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF
Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet
Dekan Gro Jamtvedt, Høgskole i Oslo og Akershus
Instituttleder Guri Rørtveit, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB
Leder Hilde Lurås, HØKH, Akershus universitetssykehus HF
Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia
Områdedirektør Inger Østensjø, KS
Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening
Områdedirektør Knut-Inge Klepp, Folkehelseinstituttet
Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger
Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Instituttleder Pål Kraft, Psykologisk institutt, UiO
Divisjonsdirektør Roar Olsen, Direktoratet for e-helse
Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS

Forfall:

Generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen
Direktør Bernadette Kumar, Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)
Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth
Fylkesrådmann Evy-Anni Evensen, Telemark fylkeskommune
Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
Direktør Kathrine Myhre, Oslo Medtech
Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge
Kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen Kommune

HelseOmsorg21-sekretariatet, Forskningsrådet

Sekretariatsleder/spesialrådgiver Hilde G Nielsen (*referent*)

Seniorrådgiver Nina Ånensen

Helse- og omsorgsdepartementet

Fagdirektør Hjørdis Møller Sandborg

Saksliste

Sak 40/16 Godkjenning av sakslisten

Sak 41/16 Godkjent referat

Sak 42/16 Orienteringer

- Statsbudsjett 2017 og oppfølging av HO21
- Clinical Research Initiative for Global Health (CRIGH)
- Samordning mellom universiteter og helseforetak, rapport fra Husebekk-utvalget
- Lansering av HO21 Monitor 28. november 2016

Sak 43/16 Satsingsområde Økt brukermedvirkning

- Gjennomgang og diskusjon av tiltakene i HO21-strategien og i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien

Sak 44/16 Satsingsområde Effektive og lærende tjenester

- Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse om å utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell for helse- og omsorgstjenestene – presentasjon av oppdraget og status.
- Diskusjon av arbeidsgruppens forslag til tiltak sett i sammenheng med oppdraget til Helsedirektoratet

Sak 45/16 Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn

- Presentasjon av den nasjonale e-helse strategien (utkast), Direktoratet for e-helse
- Diskusjon av arbeidsgruppens forslag til tiltak i sammenheng med den nasjonale e-helse strategien

Sak 46/16

**Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere
internasjonalisering**

- Diskusjon av arbeidsgruppens forslag til tiltak

Sak 47/16

Satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene

- Helsedirektoratet/FHI - presentasjon av Program for folkehelsearbeid i kommunene
- Diskusjon av arbeidsgruppen forslag til tiltak i sammenheng med Program for folkehelsearbeid i kommunene

Sak 48/16

Eventuelt

Saksliste

Sak 40/16**Godkjenning av sakslisten**

Vedtak: Saklisten godkjennes.

Sak 41/16**Godkjent referat**

Saksdokument: Godkjent referat fra møte 12.9.2016 (04/2016)

Utkast til referat fra møte 12.9.2016 (04/16) ble sendt HO21-rådet 20.9.2016. Kommentaren som ble gitt innen fristen 23.3.2016 er tatt til følge. Referatet ble godkjent av rådsleder Camilla Stoltenberg 26.9.2016.

Vedtak: Godkjent referat (datert 26.9.2016) fra HO21-rådsmøte 12.9.2016 (04/16) tas til orientering.

Sak 42/16**Orienteringer**

Sak 42.1	Statsbudsjett 2017 og oppfølging av HO21
Ansvarlig:	Sekretariatsleder Hilde DG Nielsen
Vedlegg:	Kap. 11 i HOD St prop 1S (2016-2017)

Statsbudsjettet for 2017 ble lagt frem 6.10.2016. Oppfølging av HO21 er omtalt i kapittel 11 i HOD St. prp. 1S (2016-2017). Det foreslås i budsjettproposisjonene for 2017 å prioritere tiltak fra regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21 på Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde og Kunnskapsdepartementets område.

Sak 42.2	Clinical Research Initiative for Global Health (CRIGH)
Ansvarlig:	Direktør Camilla Stoltenberg, FHI

OECDs oppfølgingsprosjekt Clinical Research Initiative for Global Health (CRIGH) for globalt samarbeid om kliniske studier startet høsten 2016. Sekretariatsfunksjonen koordineres i et samarbeid mellom National Cancer Institute, National Institute for Health, US og European Clinical Research Infrastructure Network (ECRIN) Paris. Norge vil, fra sekretariatet i Folkehelseinstituttet (FHI), lede prosjektet Comparative effectiveness research (CER), som er ett av seks prosjekter i CRIGH. Comparative effectiveness research skal ha særlig fokus på å utvikle metodologier for sammenlikning av behandlingsmodaliteter, noe som vil være svært viktig for den videre utviklingen av Health technology assessment (HTA)-området. Inklusjon av CER i CRIGH er et nytt grep for å kople det kliniske forskningsområdet tettere opp mot HTA-feltet.

Sak 42.3	Samordning mellom universitet og helseforetak, rapport fra Husebekk-utvalget
Ansvarlig:	Sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

Rådet fikk tilsendt 10. oktober 2016 ny versjon av Husebekk-rapporten. Rådet har fra før gitt tilbakemelding til den forrige versjonen (august 2016), i tillegg til at Anne Husebekk var invitert til HO21-rådsmøtet 12. september 2016.

Basert på innspillene som er kommet fra rådsmedlemmene vil det bli sendt en samlet tilbakemelding fra Rådet etter rådsmøtet 24.10.2016.

Sak 42.4	Lansering av HO21 Monitor 28. november 2016
Ansvarlig:	Leder av arbeidsgruppen HO21 Monitor Stig Slipersæter

HO21 Monitor lanseres 28. november 2016. Lanseringen vil foregå i Forskningsrådets lokaler på Lysaker kl 09.30.

Vedtak: Orienteringene tas til etterretning.

Sak 43/16**Satsingsområde Økt brukermedvirkning**

Bakgrunns-dokumenter:	• Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	• Presentasjon fra rådsmøtet 24.10.2016 • Saksnotat datert 24.10.2016
Ansvarlig arbeids-gruppe:	Økt brukermedvirkning • Lilly Ann Elvestad, FFO (<i>gruppeleder</i>) • Bernadette Kumar, NAKMI • Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF • Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge • Knut-Inge Klepp, FHI • Pål Kraft, UiO • <i>Grete Crowo, FFO (sekretariat for arbeidsgruppen)</i>

Leder av den interne arbeidsgruppen Lilly Ann Elvestad (FFO) innledet på saken. Arbeidsgruppen ønsket med denne første diskusjonen av satsingsområde å diskutere følgende spørsmål med Rådet:

1. Hvordan forstås brukermedvirkning i sektoren? Hvordan defineres brukermedvirkning?
2. Hva er status for arbeidet med brukermedvirkning i forskning?
3. Hvordan realisere økt brukermedvirkning - brukerinvolvering?
4. Hvilken rolle skal pasient- og brukerorganisasjonene ha?

Andre sentrale spørsmål som også ble diskutert var:

- Er tiltakene i strategi og handlingsplan tilstrekkelige?
- Er det behov for utvikling av nasjonale verktøy/veiledere?
- Hvordan sikre at brukermedvirkning blir en naturlig del av forskerutdanningen?
- Hvordan inkludere de samme kravene i industrien?
- Hvilken rolle skal/kan pasient- og brukerorganisasjonene ha - både som brukermedvirkere og i opplæring av gode brukermedvirkere?

Momenter fra diskusjonen:

- Fin innfallsvinkel. Det er viktig å skille mellom brukerne og helsetjenesten. Det er viktig å synliggjøre helsetjenesten som bruker. Tjenesten må inkluderes i brukerbegrepet.
- Det er viktig å skille mellom
 - involvering av brukere i forskningsarbeidet, beslutningsprosesser og i utforming av forskningsbehov og konkretisering av forskningsspørsmål, og
 - brukere som skal nyte godt av forskningsresultatene.
- Forskningsrådet benytter en bred definisjon av brukerbegrepet. Den inkluderer mer enn bare pasienter. Burde hatt to forskjellige ord for å skille mellom involvering av brukere og sluttbrukerinvolvering.
- Pasientinvolvering – Empowerment¹ av pasienten i prosessen.
- Det foreslås å invitere noen fra James Lind Alliance² til et rådsmøte.
- Utfordringene ligger i å operasjonalisere brukerperspektivet på prosjektnivå. Det er naturlig å involvere brukere i f.eks., kliniske studier, men det er utfordrende å definere og involvere brukere på tidlige stadier. Helse Sør Øst har gjennomført "Speed dating" for å få til mer brukerinvolvering i prosjektene, noe som viste seg å være svært vellykket. Positive tilbakemeldinger fra brukerne. Forskjellen vises på type prosjekt og prosjektinnhold.
- Brukermedvirkning ble implementert før alle visste hva det var for noe. Brukermedvirkning må integreres i utdanningene på mastergradsnivå. Dette er et oppdrag for UH-sektoren.
- Brukermedvirkning defineres ulikt. Sluttbrukerne + pasient og brukere. Begge deler er like viktig. Det er viktig å stille de riktige spørsmålene.
- Det stilles i dag et krav til brukermedvirkning i f.eks. utlysningen til Forskningsrådets helseprogrammer. Spørsmål: Skal vi forvente at brukerne skal bidra til noe som man ikke vet om blir noe av?
- Co-production³ – hvordan få med seg brukerne på en god måte og i analysene av forskningsresultatene? Hvordan operasjonalisere dette?

¹ Empowerment = en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres liv (WHO).

² The James Lind Alliance (JLA) believes that: "1) addressing uncertainties about the effects of a treatment should become accepted as a routine part of clinical practice, and 2) patients, carers and clinicians should work together to agree which, among those uncertainties, matter most and deserve priority attention".

³ "Co-production of health = sharing of information and shared decision making between the service users and providers (Bettencourt, Ostrom et al, 2002; Needham and Carr, 2009).

- Forskningsprogrammet Bedre helse (Forskningsrådet) mottok ved siste utlysning 132 søknader. Beskrivelse av brukermedvirkning blir vurdert for alle søknadene (Dette gjelder for alle søknader til helseforskningsprogrammene i Forskningsrådet).
- Bør ha en distinksjon i begrepsbruken: Brukere som skal ta i bruk resultatene? Hvem er brukerne? Staten og andre kan være brukere. Universitetene henger etter. Ingen systematikk i å involvere brukere på samme måte som sykehusene. Skal vi ha det? På hvilken måte skal brukermedvirkning inn overalt? Hva med den nysgjerrigdrevne forskningen?
- Protest i brukerbevegelsen. Store diskusjoner ift forskningsmetode og forskningsdreining. Forskning knyttes til egne mestringsstrategier. KBT har utviklet et hefte om medforskning til bruk i undervisning.
- Begrepene blandes. Det er behov for nasjonale føringer ift definisjoner.
- Økt digitalisering legger bedre til rette for kommunikasjon med brukerne.
- UiT skal arrangere Nordisk arena for medisinsk forskning i 2017 Tema: Erfaringsutveksling om brukermedvirkning i andre nordiske land. Arbeidet til HO21 ønskes koblet på det nordiske møtet.
- Forskningsrådet har to måter for involvering av brukere: 1) i helseforskningsprogrammene og 2) gjennom virkemiddelet behovsidentifisert forskning.
 - Helseforskningsprogrammene utfordrer søkerne til å beskrive hvem som er brukerne, samarbeid og involvering. Beskrivelsen evalueres. Begrunnelse for ingen involvering skal også kunne gi god evaluering.
 - Virkemiddelet Behovsidentifisert forskning.

Forskningsrådet har mottatt 700 forslag til hva som det bør forskes på ift CFS/ME. Til utlysning 23. november 2016 bes det om en 4-sider forenklet søknad med en kort prosjektbeskrivelse. Kun inviterte søkere fra første runde har mulighet til å sende inn fullstendig søknad om forskerprosjekt i andre runde (frist 15. mars 2017). Søknadene vil bli vurdert av brukerpanelet og administrasjonen i samråd.
- Det er et ønske om at behovsidentifisert forskning skal gjennomføre flere ganger, enten i form av en åpen forespørsel (en generell forespørsel) eller på et område som vi vet det foregår lite forskning på i dag (behov for mer forskning).

- Økt kompetanse hos brukerrepresentanter må pares med opplæring av forskere. Brukermedvirkning må inn i alle utdanningene. Det bør dekkes opp på begge sider. Helseforetakene har brukerutvalg på ulike nivå.
- Bruk av digitale verktøy senker terskelen for involvering av brukere. Det er satt av 1,5 mill. kroner til portalen helsenorge.no. Portalen gir mulighet for å treffe et høyt antall brukere. Infrastrukturen ligger der. Helsenorge.no bør bruke ift offentlig finansierte prosjekter. Det bør unngås at alle skal lage et verktøy spesifikt for sitt prosjekt.
- Det er behov for konkretisering av merverdien for å ha brukere med i hele prosessen. Det bør unngås at brukermedvirkning blir en rituell øvelse.
- Empowerment – flytte makt fra forskere til brukerne. Noe som kan føre til redusert waste⁴. En artikkel i Lancet fra 2014 viser at 80% av det som publiseres av helseforskning er waste. Det er behov for å sikre relevante problemstillinger. Det bør sikres at problemstillingene ikke allerede er utforsket. Forskning skal være genuint. Det må være et behov for forskning.
- HO21 – gir mulighet for å gjøre nye ting og forbedre eksisterende systemer. Fag og erfaring ingen motsetning. Det vi vet fungerer bør anvendes. Hvordan formidle god forskning?

Oppsummering – spørsmål til senere diskusjoner:

- Hvordan sikre riktig og god representasjon av brukere?
- Er det samme krav om brukermedvirkning ift innovasjonsprosjekter? Hvis, hva betyr det?
- Hvordan skal effekt av brukermedvirkning evalueres?

Vedtak: Arbeidsgruppen arbeider videre med de innspillene som kom fram i møtet og presenterer på rådsmøtet 23. januar 2017 forslag til tiltak som Rådet bør konsentrere sitt arbeid om.

UHR er invitert til rådsmøtet i januar 2017 for å svare på henvendelse som Rådet sendte i desember 2015.

Det er ønskelig at HO21-rådets arbeid med brukermedvirkning kobles til det nordiske møtet i Tromsø i 2017.

⁴ How to increase value and reduce waste when research priorities are set, Volume 383, No. 9912, p156–165, 11 January 2014)

Det foreslås å invitere noen fra James Lind Alliances til et møte i HO21-rådet (vår en 2017).

Sak 44/16

Satsingsområde Effektive og lærende tjenester

Bakgrunns-dokumenter:	• Notat datert 12.9.2016 (vedlegg sak 38/16) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	• Presentasjon fra rådsmøte 24.10.2016 • Kopi av oppdragsbrevet fra HOD til Helsedirektoratet • Saksnotat fra arbeidsgruppen datert 24.10.2016
Innledning:	• Helsedirektoratet v/divisjonsdirektør Svein Lie
Ansvarlig arbeids-gruppe:	Effektive og lærende tjenester • Hilde Lurås, AHUS (<i>gruppeleder</i>) • Ernst Omenaas, Helse Bergen HF • Gro Jamtvedt, HiOA • Håkon Haugli, Abelia • Kathrine Myhre, Oslo Medtec • Nina Mevold, Bergen kommune • Svein Lie, Helsedirektoratet
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområde et har vært diskutert:	• Møte 12.9.2016 (04/16)

Divisjonsdirektør Svein Lie (Helsedirektoratet) orienterte om oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse om å utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell for helse- og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse et oppdrag knyttet til etablering av et nasjonalt system for tjenesteinnovasjon og innovasjonsmodell i Velferdsteknologiprogrammet. Disse oppdragene skal ses i sammenheng og forstås som ett. Oppdraget omfatter å utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell for helse- og omsorgstjenestene, herunder å:

- Kartlegge dagens innovasjonssystem og på grunnlag av dette foreslå organisering av et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem innenfor helse og omsorg. Dette skal ses i sammenheng med organiseringen av øvrig innovasjonsarbeid i offentlig sektor og skje i samarbeid med InnoMed, DIFI, DogA, RHF, Innovasjon Norge, Norges forskningsråd og KS. Målet for et fremtidig nasjonalt innovasjonssystem er å skape nye løsninger i møte med framtidens helse- og omsorgsutfordringer, og mer effektive og brukerorienterte helse- og omsorgstjenester. Det helhetlige nasjonale innovasjonssystemet skal tilrettelegge for et strukturert lokalt, regionalt, nasjonalt, tverrsektorielt, ev. nordisk, samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten, pasient/bruker og pårørende, forsknings-, utdannings- og utviklingsmiljøer, næringslivet og frivillige organisasjoner.
- Utarbeide en veileder for tjenesteinnovasjon innenfor helse- og omsorgstjenesten.
- Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse bør vurdere om og ev. hvordan området ehelse og velferdsteknologi kan være egnet "case" for arbeidet jf. oppdraget til Direktoratet for e-helse i 2014 og leveranser i nasjonalt program for velferdsteknologi.
- Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse er bedt om å utarbeide en felles fremtidsplan for arbeidet.
- Oppdraget skal være ferdigstilt 4. januar 2017.

Diskusjon av arbeidsgruppens anbefalinger sett i sammenheng med oppdraget til Helsedirektoratet på tjenesteinnovasjon. Innledning ved leder av arbeidsgruppen Hilde Lurås (Ahus).

Arbeidsgruppens tre anbefalinger er:

1. Styrke strategisk samarbeid for forskning og innovasjon mellom ulike aktører.
 - For å sikre helhetlige og koordinerte tiltak knyttet til strategisk samarbeid foreslår arbeidsgruppen at dette løftes som en egen sak på et senere rådsmøte.
2. Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten
 - Sikre et helhetlig system for tjenesteinnovasjon og forsøksvirksomhet.

- Fremme gode samarbeidsarenaer
 - Innovasjonsutdanning for offentlig sektor
 - En helhetlig og koordinert satsing på e-helse
 - Innkjøp og nye løsninger
3. Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning
- Opprette kombinerte stillinger
 - Strategiske dialogmøter om felles forskningsspørsmål
 - Kartlegge midler som bevilges til helsetjenesteforskning
 - Samordnet nasjonal utlysning av forskningsmidler
 - Utdanning og forskeropplæring
 - Forskningsbasert evaluering av reformer

Momenter fra diskusjonen:

- Hvordan involvere UH-sektoren – hvordan bringe inn aktørene?
- Et nasjonalt innovasjonssystem. Omfatter det alt i HO21 og/eller alt innenfor medisin og helse på overordnet nivå?
- Rådet bør arrangere en rundebordskonferanse på temaet.
- Det foregår mange forsøk i sektoren, mange tjenesteinnovasjoner, men det er vanskelig å vise til synlige resultater.
- Hva innebærer kartlegging av tjenesteinnovasjon? Hvilken rolle har KS, RHF-ene?
- Induct Software er krevende. Hva er en idé? Måling av forskjellige ting. Ingen systematikk. Det er enklere måle forskning og antall publikasjoner. Det er behov for et stort godt system.
- Utvikling av et Nasjonalt system for innovasjon i offentlig sektor. DIFI har fått et tilsvarende oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Dette bør ses i sammenheng med oppdraget fra HOD. Oppdraget inkluderer KS + K10. Innovasjoner på lang sikt og på tvers. Næringslivet må være en del av dette. Organisering = økosystem, hierarkisk.
- Oppdraget må ses i sammenheng med det kommunale kunnskapsløftet. Det må utvikles noe robust og bærekraftig. Innovasjon må ses i sammenheng. Det er f.eks behov for en masterutdanning innen barnevern. Hvor skal det bygges robuste kompetansestrukturer?
- Viktig å koble sammen ulike aktører. Innovasjonskulturen i helseforetakene er gryende. Oppdraget bør kobles opp mot oppdraget til helseforetakene. Innovasjon blir tapende i budsjettene. Innovasjon bør løftes. Fremdeles ingen lovpålegging av innovasjon i SHT. Det er behov for tydeliggjøring av rollen. Dette er et stort område som bør tydeliggjøres i sektoren og mellom sektorene.

- Det bør tenkes strategisk og menneskelig ressurser ift innovasjon.
- Budsjettet til HELSEVEL økes i 2017. Rus og arbeid, og barnevern løftes frem. Innovasjonsprosjekter. Innovasjonssystem for kommunesektoren. Styrket offentlig sektor Ph.d.
- Styrke innovasjonsarbeidet i tjenestene. Et helhetlig system – inkluderer det også finansiering?
- Eksempler på gode samarbeidsarenaer bør komme frem, f.eks. Helseklyngen Årstadvollen⁵. Hva kan/skal HO21-rådet bidra med i denne sammenhengen?
- Ambisjonene bør spisses. Fokuset bør være på kommunesektoren. Det bør stilles krav til SHT om å samarbeide med kommunesektoren.
- Mye av Rådsarbeidet går ut på å endre kultur i sektoren. Bør Rådet arrangere en årlig konferanse for å synliggjøre Rådets arbeid?
- Innovasjon kan ikke vedtas ovenfra. Gode eksempler på vellykket tjenesteinnovasjon må løftes frem. Pilotsyken bør unngås. Ledelsesoppgave.
- Det er behov for overføring av gode løsninger mellom kommuner.
- Det bør unngås å snakke om innovasjon som et fenomen.
- Samlokalisering er bra. Det kan skape kultur for nysgjerrighet.
- Insentiver er viktig. Insentiver driver ting videre.
- Forskningsprogrammet Bedre helse arrangerer en konferanse om forskning på og om kommunehelsetjenesten (presentasjon av de gode eksemplene).
- Kunnskapstriangelet. Skuffet over satsingen på kommunal sektor i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21. Fravær av satsing fra Regjeringen. Lite synlig satsing på kommunalsektor. Kommunalarena må ses på som en utdanningsarena. At det er i prosess er ikke tilstrekkelig. Nærhet til tjenesten er helt essensiell i utdanningene.
- Dette er et ledelseshenseende. Det må tenkes langsiktig og det er behov for kraftfulle tiltak. Kan vi dra noen erfaringer fra f.eks. Sundhedsstyrelsen i Danmark?
- Industri + myndighetene må møtes. Er det noe Rådet kan bidra med ift å utvikle modeller og systemer på dette området?
- Fylkeskommunene – regional strateg. Lite synlig. Trenger noen flere tyngdepunkter.
- Forskning på pasientforløp. Det er få leverandører på forskningsfronten. Mest omsorgsforskning og allmennlegeforskning. Lite forskning på gjennomstrømning. Norge burde hatt en to-tre tunge miljøer på akkurat dette. Det krever bl.a

⁵ Helseklyngen Årstadvollen vil bli presentert på rådsmøtet 28.11.2016

flytting av midler. Forskningsrådet utlyste 12. oktober 2016 midler til å bygge opp ett kompetansemiljø/nettverk og/eller klynge på området.

- Det er viktig å styrke miljøer som allerede eksisterer.
- Det trengs noen gode eksempler på å få frem gode samarbeidsarenaer. Noe for Rådet?
- Ang. pkt. 3 Innovasjonsutdanning for offentlig sektor. Er eksisterende utdanninger godt kjent. Hvilken rolle bør Rådet ha/ta ift å påvirke utdanningene?
- Ang. pkt. 4 helhetlig og koordinert satsing på e-helse – hva kan Rådet bidra med her?
- Ang. pkt. 5 Innkjøp og nye løsninger – det bør ses i sammenheng med kvalitet og internasjonalisering.
- All forskning er kunnskap. All kunnskap er ikke forskning. Innkjøp – verktøy for innovasjon. Hvordan gjør vi dette? Hvordan kan Rådet bistå PHT og SHT?
- Forslag om å legge rådsmøtene til andre steder enn Oslo, til kompetansemiljøer utenfor Oslo.
- Innovasjonsutdanning i offentlig sektor – har Rådet en rolle her? Det deles ut mye midler, men det skorter på gjennomføring. Det finnes mange utdanninger, men de når ikke de som burde nås.
- Ulikhet mellom helseforetakene og kommunesektoren. Samhandlingsreformen har ikke blitt som opprinnelig planlagt. Kommunene bør definere dagsorden sammen med politikere + administrasjonen.
- Behov for data/ikt i allmennpraksis. Mye informasjon som sendes i dag blir ikke lest. Det er behov for å arbeide operasjonelt.
- Det skjer mye i departementene, ref. kompetansesentrene i statsbudsjettet. Midlene vris mot kommunehelsetjenesten. Utdanningsinstitusjonene har et ansvar. Sektoren utfordres. Det er behov for økonomiske virkemidler som kan bidra til dette. Det er behov for praktisk kurs i innovasjon.
- Forskningsrådet har virkemidlene Offentlig ph.d og PraksisVEL. Det skal styrke fremtidens helsearbeidere og dagens arbeidere.
- Det er behov for insentiver og pedagogiske virkemidler i Forskningsrådet. Kommunesektoren må styrkes.
- Innovasjon i utdanningen – lite i utdanningene i dag. KD – ansvarlig for felles innhold i alle helse- og sosialfaglige utdanningene. Innovasjon og endringskompetanse. Avventer tilbakemelding fra KD.
- Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. KD ansvarlig for oppfølging. Opp til utdanningsinstitusjonene å implementere. Arbeidet må ses i samarbeid med arbeidet i SHT. PHT kommer for

kort. Studentene er for lite der. Det er behov for veiledere i kommunene. KD må rydde på plass et nytt regelverk for hvordan utdanningene skal skrus sammen.

- BI og Hdir har en nasjonallederutdanning for primærhelsetjenesten.
- Det er behov for en strategi mot eksisterende ledere. Det er et stort behov for innovasjonsledere.

Oppsummering:

- Innovative anskaffelser – det er behov for kompetanse og det må samkjøres med næringslivet.
- E-helse må være koordinert. Direktoratet for e-helse må gi Rådet en bestilling hvis direktoratet ser at det er noe Rådet kan bidra med.
- Innovasjon i offentlig sektor. Det tar tid å utdanne fremtidens arbeidere. Utfordringen er her og nå. Spørsmålet er om aktørene sender folkene sine på kurs?
- Det foreslås at Rådet arrangerer en konferanse
- Kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning må styrkes
- Det er behov for flere kombinerte stillinger
- Det er behov for strategiske dialogmøter om felles forskningsspørsmål med alle forskningsfinansierere
- Kartlegging + HRCS + HO21 Monitor – er det tilstrekkelig pt?
- Utdanning og forskeropplæring – Det er behov for kunnskap om forskning og innovasjon på bachelornivå
- Forskningsbaserte evaluering av reformer – Det er behov for dialog med departementene. Evalueringene må gjennomføres med data fra før reformen.

To momenter til diskusjon på et senere rådsmøte:

- Det er lite fokus på folkehelse/helsefremming i strategien. Ingen tiltak er direkte rettet inn mot folkehelsearbeidet. Tiltakene er rettet mot tjenestene. Utfordring siden det er de samme aktørene som skal arbeide med både folkehelse og tjenestene.
 - Bør det opprettes en egen arbeidsgruppe på folkehelseområdet (tilleggskomponent) eller bør det opprettes en egen arbeidsgruppe som utarbeider nye og egne tiltak spesifikt for dette folkehelse/helsefremmingsområdet?
- Rådets arbeid må synliggjøres mye mer. Rådet skal bidra til kulturendringer. Det er mangel på forståelse for hva Rådet faktisk skal gjøre. Rådet bør diskutere konkrete forslag til hvordan dette bør tas videre.

Vedtak: Arbeidsgruppen arbeider videre med tiltakene iht tilbakemeldingene som er fremkommet i møtet.

De reviderte tiltakene presenteres for Rådet 28. november 2016.

De to kommentarene diskuteres videre på et senere rådsmøte.

Sak 45/16

Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn

Bakgrunns-dokumenter:	• Saksnotat datert 29.2.2016 (02/16) • Saksnotat datert 25.1.2016 (01/16) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	• Presentasjon fra rådsmøtet 24.10.2016 • Utkast, Nasjonal e-helse strategi, Direktoratet for e-helse • Saksnotat fra arbeidsgruppen datert 24.10.2016
Ansvarlig arbeids-gruppe	Helsedata som nasjonalt fortrinn • Roar Olsen, Direktoratet for e-helse (<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
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert:	• Møte 25.4.2016 (03/16) (orienteringssak) • Møte 29.2.2016 (02/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 1.12.2015 (06/15)

Divisjonsdirektør og leder av arbeidsgruppen Roar Olsen (Direktoratet for e-helse) innledet på saken.

Rådet ble presentert for den nasjonale e-helsestrategi og satsingsområde Bedre utnyttelse av helseopplysninger (utkast).

Direktoratet for e-helse samarbeider med aktørene i helse- og omsorgssektoren om en nasjonal e-helse strategi med en handlingsplan for perioden 2017 – 2020. Strategien med handlingsplan skal godkjennes av Nasjonalt e-helse styre og oversendes HOD i mars 2017. Det vil bli gjennomført en innspillsrunde i sektoren i desember. Strategien beskriver ambisjoner og utviklingsretning i et 2030 perspektiv, og innsatsområder med tiltak for perioden frem til og med 2020.

«Én innbygger – én journal » er navnet på arbeidet som skal lede frem til en nasjonal løsning for pasientjournal og pasientadministrasjon. Løsningen skal gi innbyggere og helsepersonell en samlet og sikker tilgang til oppdaterte og nødvendige helseopplysninger, og legge til rette for effektiv samhandling på tvers av ulike aktører slik at pasienter og pårørende kan oppleve en mer koordinert helse- og omsorgstjeneste. Dette blir et sentralt nasjonalt tiltak i den nasjonale e-helse strategien som også vil bidra til bedre datatilgang for forskning og innovasjon.

Satsingen på helsedata gjenspeiles både i den langsiktige ambisjonen (2030) og i innsatsområdet benevnt «Bedre bruk av helseopplysninger». Følgende delmål er foreløpig beskrevet under dette innsatsområdet:

1. Tilstrekkelige og relevante helseopplysninger fra pasientjournal og andre vesentlige kilder er enkelt tilgjengelig for analyse.

Dagens pasientjournal inneholder i liten grad strukturert informasjon noe som fører til en arbeidsintensiv arbeidsprosess fra datafangst til publisering av resultater. Det benyttes i dag for mye tid på datainnsamlingen og prosessering, sammenlignet med tid brukt på systematisk analyse og bruk. Dagens modell med distribuert databehandlingsansvar fører videre til at det er krevende å få til et felles og koordinert løft når det gjelder IKT-løsninger for innrapportering, analyse og bruk. Det finnes ingen informasjonsstruktur på lokalt eller nasjonalt nivå for systematisk å samle inn et datasett som understøtter aggregering av opplysninger til ulike formål.

2. Sammenstilte personentydige helseopplysninger er enkelt tilgjengelig ved tjenstlig behov eller samtykke.

Informasjonen tilgjengelig i registrene dekker ikke alle pasientgrupper og behandlingsformer, og gir derfor ikke en helhetlig innsikt i den egentlige kvaliteten eller ressursutnyttelsen i sektoren. Informasjon som blir samlet er i liten grad tilgjengelig for forskere eller helsepersonell for å understøtte den komplekse modellen for kvalitetsforbedring.

3. Rapporter og egendefinerte analyser er enkelt tilgjengelig.

Tilgjengeligheten til rapporter og analyseverktøy for å understøtte planlegging, styring, helseanalyse, beredskap, forskning, innovasjon og kvalitetsforbedring er i dag mangelfull.

I tildelingsbrevet for 2016 fikk Direktoratet for e-helse i oppdrag å utrede referansearkitektur for nasjonale helseregistre som skal bidra til enklere datafangst, bedre datakvalitet og bedre utnyttelse av registerdata. I tillegg å anbefale og, på prioriterte områder, utvikle tekniske fellesløsninger for å understøtte pågående arbeid med nasjonale helseregistre. Dette arbeidet er nå en del av strategiarbeidet, og har beskrevet foreløpige anbefalinger for å understøtte målene beskrevet ovenfor.

- Foreløpig anbefaling 1: Utvikle og utrede nasjonale fellestjenester
- Foreløpig anbefaling 2: Utrede en helseanalyseplattform
- Foreløpig anbefaling 3: Definere, beslutte og innføre standardisert tjenestegrensesnitt for registre/datakilder

Kort innledning om arbeidsgruppens tiltak sett i sammenheng med Direktoratet for e-helse sitt arbeid med helsedata.

Momenter fra diskusjonen:

- UiO – TSD⁶-løsninger mot andre fagområder enn helse f.eks. big data. Hvordan hindre at man går i den retningen heller enn å knytte TSD opp mot et nasjonalt system.
- Helseplattformen i Midt-Norge – legges ut på anbud - 2,7 mrd. kroner. Leverandørbildet bør vurderes. En gigantisk statlig helseplattform – masse data forvaltes av det offentlige. Snakker vi engangsanskaffelse? Hva med drift? Bekymring ift at dette bygger på gammel teknologi. Skeptisk. Ønsker en orientering om anskaffelsesprosessen for programmet Helseplattformen i Midt-Norge på et senere rådsmøte. Ønsker også en diskusjon i Rådet om

⁶ TSD gir forskere ved UiO og ved andre offentlige forskningsinstitusjoner en forskningsplattform som oppfyller lovens strenge krav til behandling og lagring av sensitive forskningsdata. TSD utvikles og driftes av USIT ved UiO, og inngår i NorStore, den nasjonale infrastrukturen for håndtering og lagring av vitenskapelige data.

hvilke effekter slike tiltak vil ha ift norsk næringsliv og om denne typen tiltak understøtter eller hemmer innovasjon.

- Ønsker en diskusjon rundt Én innbygger - én journal og e-helsesaken på et senere rådsmøte.
- Én stor anskaffelse. Det bør deles opp i forsvarlige løp. Stor sektor.
- Hvordan lykkes andre land? Bruk av kjerneløsning. Data legges inn i grunnløsningen. Stabilt over tid.
- Behov for standardisering. Behandling av data vs data til forskning. Pasienter til forskning, utenfor journal? Ta med utdanning. Innovasjon. Se på måter å hente ut sikker persondata, mer enn bare anonymisering. Én plattform er et riktig sted. Datavarehus for innhenting og applikasjoner. Skaper forutsigbarhet.
- Viktig med koordinering. RHF ønsker å være aktiv i dialogen rundt dette. TSB, BigMed, Domore. Ønsker en presentasjon av disse prosjektene på et rådsmøte.
- Viktig å se listen med alle interessentene. Finansiering på tvers av sektorene –helseforetakene – kommunene faller fort igjennom.
- Nettportal - Forskningsrådet. Det kan starte umiddelbart. Hvor lenge tar det før det store systemet er på plass?
- RAIRD – forskning på helsesiden kobles mot NSD.
- inntekt og trygd er viktig å få koblet på. Omsorgssektoren (IPLOS). Det bør tenkes tverrsektorielt.
- Tidsaspektet: stegvis realisering med kontinuerlig verdi. Det bør tilknyttes ny teknologi hele tiden.
- Er det mulig å følge med i tiden – ting går veldig fort.
- Tiltak over mange år. Organisering, finansiering, teknologi – målbilde – felles utviklingsretning.
- Stilles krav til leverandøren – kontinuerlig videreutvikling.
- Foreslås å invitere leder av ekspertutvalget Marta Ebbing til et rådsmøte i 2017.
- Stort løft. Riktig vei å gå for bedre tilgang til helsedata.
- Nødvendig med faglig samspill for at de teknologiske løsningene skal få det rette innholdet
- HO21 – arbeidet – hatt den største suksessen. Regjeringene har satt i gang flere tiltak. Nasjonal dataplan. Infrastruktur mer enn råolje. Bør Rådet komme med noen større overordnede forslag?

Vedtak: Rådet er positiv til den nasjonale strategien for e-helse og integrering av helsedata*.

* administrerende direktør Håkon Haugli (Abelia) støtter ikke vedtaket.

Rådet ønsker en orientering om anskaffelsesprosessen for programmet Helseplattformen i Midt-Norge på et senere rådsmøte.

Rådet har ikke diskutert anskaffelse av data til helseanalyseplattformen og ønsker at det blir ytterligere diskutert på et senere rådsmøte (mars 2017).

Rådet vedtar at arbeidsgruppens bør møtes for å diskutere tiltak som kan påskynde prosessene med arbeidet med helsedata ytterligere. Enighet i Rådet om å gå videre med tilgjengeliggjøring av helsedata

Det ble vedtatt å invitere leder av HOD sitt ekspertutvalg som skal utrede et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata til et rådsmøte i 2017⁷.

Sak 46/16

Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering

Bakgrunns-dokumenter:	• Notat fra arbeidsgruppen, datert 25.4.2016 • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	• Saksnotat fra arbeidsgruppen, datert 24.10.2016
Ansvarlig:	Arbeidsgruppe for satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering: • Erlend Smeland, OUS HF(<i>gruppeleder</i>) • Bjørn Gustafsson, NTNU • Eirik Næss Ulseth, Gründer • Mona Skaret, Innovasjon Norge • Pål Kraft, UiO
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært	• Møte 25.4.2016 (03/16)

⁷ Leder av ekspertutvalget som skal utrede et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata Marta Ebbing, kommer til rådsmøtet 23. januar 2017.

diskutert:	
-------------------	--

Leder av arbeidsgruppen Erlend Smeland (OUS HF) innledet på saken. Basert på de åtte utfordringene som allerede er vedtatt av Rådet, foreslår arbeidsgruppen at Rådet avventer det videre arbeidet med utfordring 1 *Etablere dialog med utvalget som er nedsatt for å se på grenseflaten mellom UH og spesialisthelsetjenesten* og utfordring 3 *Helhetlig finansiering av helseforskning* til Husebakk-utvalget har levert sin rapport (rapporten skal levers 30.11.2016).

Forskningsrådet kommer til rådsmøtet 28.11.2016 for å svare på henvendelse som Rådet sendte i juni om at *Forskningsrådet bør ta en tydeligere rolle i koordinering av innspill til utforming av arbeidsprogrammer og utlysninger i Horisont 2020* (utfordring nr 5). Utfordring nr 2 *Styrke ordningen med innovative anskaffelser, inkludert vedrørende kliniske utprøvinger* foreslås diskuteres på et rådsmøte våren 2017. Arbeidsgruppen foreslår at utfordring nr 4 *Alle aktører styrker insentivordninger og støttefunksjoner vedrørende internasjonal finansiering* diskuteres på rådsmøtet i november.

Flere av tiltakene innenfor dette satsingsområde er overlappende med tiltak i andre satsingsområder f.eks. utfordring nr 2.

Arbeidsgruppen ønsket på dette rådsmøtet å få diskutert de tre utfordringene:

- Utfordring nr 6 *Det er behov for å bygge nettverk/delta i konsortier*
- Utfordring nr 7 *Økt samarbeid med industrisamarbeidspartnere i søknader til EU*
- Utfordring nr 8 *Det bør vurderes å styrke samarbeid med helseklyngene (nettverk og fasiliteringskompetanse)*

Momenter fra diskusjonen:

- Er det andre elementer som bør diskuteres innenfor dette satsingsområde? Er tiltakene tilstrekkelige for å oppnå målbildet? En stor utfordring: forskning i, om og for kommunene. Er det tilstrekkelig inkludert i dette satsingsområdet eller er det noe som bør inkluderes? Hvordan få til høy kvalitet på eksisterende og nye områder?
- Det sterkeste virkemiddelet for å løfte svake områder er internasjonalisering.
- Arbeidet med antibiotika resistens. Internasjonalisering er helt sentralt. Det er behov for å tiltrekke oss mer internasjonal

forskning. Det pågår flere initiativ. Norge bør fokusere på styrking av klinisk forskning på nordisk nivå.

- Grunnforskning – hvordan virke de sosiale tilfellene. Det blir litt borte i dette satsingsområdet.
- Sektoren må få ansvar for forebyggende helsearbeid. Vi vet f.eks lite om primærforebygging av psykisk helsearbeid. Stor avstand mellom politiske ambisjoner og forskningsnivå.
- Hva kan kommunene drive med evidensbasert forskning og primærforebygging. Det må være kvalitet i alt vi gjør.
- Det er flere overlappende tiltak for dette satsingsområde f.eks mot bedre klinisk behandling.
- Internasjonalisering. Fokus på samarbeid. Norge bør fungere som én klynge.
- Behov for en nasjonal konferanse på praksisfeltet.
- Det er behov for samlokalisering og felles møteplasser.
- Terskelen for å være med i EU prosjekt er lav. Joint Action hvor f.eks, fylkeskommunene kan delta sliter. Stor innsats mtp finansiering. Joint Action må løftes inn i den internasjonale strategien.
- Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering – løfte forskningssvake områder ved hjelp av internasjonalisering. Drahjelp fra toppforskningsmiljøene. Infrastruktur er helt avgjørende for god forskning.
- De regionale forskningsenhetene må kobles til kompetansemiljøene.
- Implementering. Kvalitet handler om å ta forskningen i bruk. Hvordan ta forskning i bruk?
- Kvalitet og relevans – relevans er en innbakt del av kvalitetsbegrepet. Impact og deltakelse fra relevante partnere. Praksis var ikke interessert i forskning og visa versa. Klinisk forskning i sykehusene – isoleres fra den nasjonale arenaen. Forskning i SHT må være koblet til all forskning, f.eks. Senter for Klinisk helseforskning.
- Bedre koordinering av innspill til å påvirke utforming av arbeidsprogrammene.
- Ønsker en orientering om hvordan Norge gjør det i EU på et rådsmøte.
- Det er ønskelig med fellesmøter mellom arbeidsgruppene.
- Attraktivitetsdimensjonen for området må komme frem. Helse i Norge er en offentlig oppgave. Teknologi og farmasi. Klynge/andre virkemidler. Næringslivet skal ivareta sine egne interesser gjennom samarbeid. Norge har bedre forutsetning enn f.eks. Danmark.

- Norge en partner for internasjonale partnere. Ingen tydelige mekanismer for dette. Har Rådet noen ideer for hvordan dette kan gjøres?
- Ingen motsetning mellom kvalitet og relevans. Utgangspunktet for god forskning er interessante problemstillinger og datatilgang. Dette må kobles. Internasjonalisering er viktig. Ingen andre land har slike data som vi har i kommunal sektor.
- Forskningsrådet har to National Contact Points (NCP) innen helse og som arbeider med mobilisering. I tillegg til en NCP på helse/ikt og en på innovasjon i offentlig sektor.

Vedtak: Rådet vedtok at arbeidsgruppen for satsingsområdet Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering bør ha et bilateralt møte med arbeidsgruppen Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde og evt arbeidsgruppen Bedre klinisk behandling for å diskutere implementering av overlappende tiltak. Satsingsområdet/ene vil bli satt opp som en sak på et rådsmøte våren 2017.

Sak 47/16

Satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene

Bakgrunns-dokumenter:	• 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:	• Presentasjon fra rådsmøte 24.10.2016 • Program for folkehelsearbeid i kommunene (Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og KS)
Innledning:	• Divisjonsdirektør Svein Lie, Helsedirektoratet
Ansvarlig:	• Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og KS
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert:	• Møte 12.9.2016 (04/16) • Møte 25.4.2016 (03/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 1.12.2015 (06/15) • Møte 19.10.2015 (05/15)

Divisjonsdirektør Svein Lie (Helsedirektoratet) presenterte programmet.

Program for folkehelsearbeid i kommunene er utviklet av Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og KS, og er en 10-årig satsing for å bidra til en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme barn og unges psykiske helse, og rusforebyggende arbeid. Programmet skal bidra til et kvalitetsløft i kommunene og til kommuners oppfyllelse av folkehelseloven.

Bakgrunn for opprettelsen av programmet er i) Regjeringsplattformen: inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet, ii) Sentralstyret i KS: Forslag om program for folkehelsearbeid i kommunene og iii) Folkehelsemeldingen: vurdere et program for folkehelsearbeid i kommunene, vinklet inn på samfunnsrettede tiltak for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet, herunder rusforebygging.

Program for folkehelsearbeid tar mål av seg å bygge en regional infrastruktur for kunnskapsutvikling innen folkehelsearbeid for å støtte utviklingsarbeidet i kommunene. Ambisjonen er at det etableres regionale samarbeidsorgan med utgangspunkt i fylkeskommunene/fremtidige folkevalgte regioner, for å forankre utviklingsarbeidet i kommunene, stimulere til kommunesamarbeid og for å knytte forskningskompetanse til prosjektene. Det regionale samarbeidsorganet skal ha deltakelse fra ledere på politisk nivå i fylkeskommunen og noen kommuner og fra høyskoler/universitet/kompetansesentre. Medlemmene er likestilte deltakere, med ledelse av en sekretær fra fylkeskommunen. Det bør tilstrebes at sekretariatet har forskningskompetanse eller nærhet til kompetanse- og forskningsmiljøer. En hovedoppgave for samarbeidsorganet i Program for folkehelsearbeid i kommunene er å ha en rådgivende funksjon mht de kommunale prosjektene. Sentralt i vurderingen av prosjektene er å se på tiltakets formål og nytte, kunnskapsgrunnlag, gjennomførbarhet og evaluerbarhet. Vedtak om økonomisk støtte til kommunale prosjekt gjøres i Fylkestinget/ de nye folkevalgte organene. Samarbeidsorganet blir orientert underveis i tiltaksperioden om utviklingsarbeidet i kommunene.

Momenter fra diskusjonen:

- Programmet fremstår som en kunnskapsbasert satsing.
- Programmet omhandler befolkningsrettede tiltak mer enn tiltak for helsetjenesten.

- Tilskuddsmidlene må omdisponeres. Det er ikke avsatt friske midler til forskning i programmet.
- Det spesielle med programmet er at fylkeskommunene er med.
- Det er store forskjeller mellom kommunene. Brukermedvirkning bør inkluderes i programmet.
- Det er behov for samordning i et regionalt perspektiv. Fylkeskommunes ansvar bør samordne. Programmet indikerer en samfunnsretning.
- Det er behov for å skille mellom hvem som skal utføre forskning og hvem som ikke skal drive med forskning. Det er behov for å bygge opp høy kompetanse over tid.
- Det er behov for å samle mindre miljøer, gjerne i et regionalt samarbeid.
- Utfordringene ligger i avstanden mellom de som arbeider i kommunesektoren og akademia.
- Forskning i SHT har vært og er en politisk prioritering. Det har ført til fire regionale regioner innen SHT med betydelig aktivitet og kompetanse. Det er bærekraftige miljøer.
- Kritisk til at kompetansen som det regionale nivået innehar ikke er brukt i utarbeidelsen av programmet.
- Pilotsyken bør unngås.
- Hvordan drives utdanningene i dag? Er utdanningene tilpasset behovet i dag? Kompetanseutvikling – UH-sektoren må med for at dette skal bli bærekraftig. Liten tiltro til 5 års planer fra sentralt hold.
- Bred definisjon av folkehelse. Det er viktig å nyansere folkehelsearbeidet. Psykisk helse – det foregår veldig mye i kommunene.
- Programmodellen integrerer ikke godt nok forskning for sektoren. Det må ses i sammenheng med alle prosessene som pågår.
- Programmet bør ha en kobling til utdanningssektoren. Det bør ikke igangsettes tiltak som vi ikke vet virker.
- Kvalitetstiltak – etablere innovasjonsfond. Behov for et innovasjonsfond for folkehelse.
- Hvem er det som ruller ut nye program for forskning? Hvem er det som skal gjøre denne forskningen? Samarbeidet mellom RBUP og høyskolesektoren – kan vi få til noe tilsvarende med kommunene? Mye uforløst i høyskolesektoren. Høgskolene utdanner mange helseprofesjoner. En viktig arena.

- RBUP-ene skal tas ned fra 2018. Store enheter. Det er uhensiktsmessig å spre forskningsmidlene. Forskningskomponentene skal tas ned. Konkurransen utsettes.
- Det er behov for en sterk regional aktør. Fylkeskommunene må se sitt ansvar. Fylkeskommune og de regionale aktørene må kobles.
- UH-sektoren er inne. FHI har et mandat til å bygge opp forskning på dette. Det er viktig å samarbeide regionalt.
- Intensjonene med programmet er gode. Problemet er at det ikke er satt av midler til forskning. Det er ikke planlagt hvordan forskning skal utføres. Rådet bør bidra med innspill. FHI må samarbeid med andre aktører. Programmet sier heller ingenting om organiseringen av forskningen.

Vedtak: Rådet er positiv til programmet. Styringsmekanismene i utformingen av programmet må samordnes med Rådets arbeid med kommunesektoren. Rådet ønsker å bidra med innspill i det videre arbeidet med programmet.

Sak 48/16

Eventuelt

Ingen saker.

Neste møte:

Mandag 28. november 2016, kl 10.00-17.00, Forskningsrådet.

Lansering av HO21 Monitor kl 09.30.

SAK 43/16 - MØTE 05/6
SATSINGSOMRÅDE:
ØKT BRUKERMEDVIRKNING

Lilly Ann Elvestad, FFO

Bernadette Kumar, NAKMI

Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF

Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge

Knut Inge Klepp, FHI

Pål Kraft, UiO



H021 STRATEGIEN – ØKT BRUKERMEDVIRKNING

1. Hvordan forstås brukermedvirkning i sektoren?
2. Hva er status?
3. Hvordan realisere økt brukermedvirkning - brukerinvolvering?
4. Hvilken rolle skal pasient- og brukerorganisasjonene ha?

STATUS IDAG

- ✓ Krav om brukarmedvirkning i regionale helseforetak og Forskningsrådet
- ✓ Felles retningslinjer i RHF
- ✓ H021 har bedt om få vurdert behov i UoH-sektoren og presisert behov for kompetanse hos forskere
- ✓ Krav til brukarmedvirkning i Extrastiftelsen og Kreftforeningen
- ✓ HOD: Forskningsrådet og RHFene skal benytte behovsidentifisert forskning som virkemiddel for tildeling av forskningsmidler
- ✓ HelseOmorg21 monitor – brukarmedvirkning er inkludert (omfang)



ARBEIDSGRUPPENS VURDERINGER SÅ LANGT

- Er tiltakene i strategi og handlingsplan tilstrekkelige?
- Er det behov for utvikling av nasjonale verktøy/veiledere?
- Hvordan sikre at brukermedvirkning blir en naturlig del av forskerutdanningen?
- Hvordan inkludere de samme kravene i industrien?
- Hvilken rolle skal/kan pasient- og brukerorganisasjonene ha - både som brukermedvirkere og i opplæring av gode brukermedvirkere?



BRUKERMEDVIKNING – PÅ ULIKE NIVÅER OG I ULIKE FASER

Forskningens mange faser	På ulike nivåer	Grad av Brukerinvolvering
Prioritering	System	Representasjon
Planlegging	Organisasjon	Medvirkning
Gjennomføring	Person/enkeltbruker	Involvering
Formidling		
Implementering		

HVORDAN DEFINERES BRUKERMEDVIRKNING?

- **Forskningsrådet:** Brukere av helseprogrammenes forskning : **pasienter, klienter, helse- og omsorgstjenestene, beslutningstakere og myndigheter**
- Rapport **Nasjonal arbeidsgruppe** brukermedvirkning i helseforskning i Norge 2014: **Pasienter, pårørende, allmenheten og helsepersonell**
- Helse Sør-Øst: De som kan dra nytte av resultatene, **primært sett pasientene**
- Kreftforeningen: **Sluttbruker – kreftpasienter og deres pårørende**

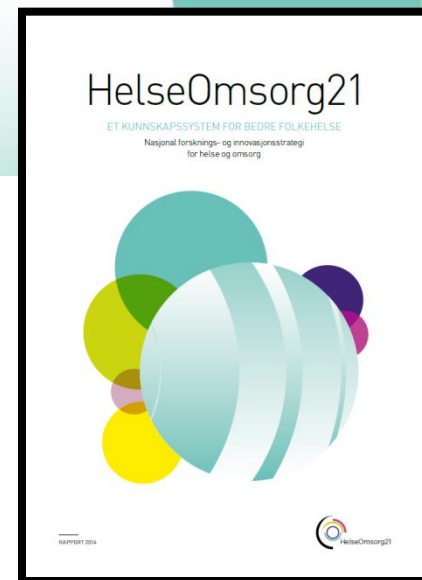


- NRF/Funkis (2016): «Personer med relevant sykdom, som er aktive medlemmer i forskningsprosjekt, er likeverdige medlemmer som forskere, og legger forskningserfaring og kunnskap i alle faser av prosjektet.»

PASIENT- OG BRUKERORGANISASJONER?

- Strategien peker på at pasient- og brukerorganisasjonen har en sentral rolle i brukermedvirkning
 - Brukermedvirkere/brukerrepresentanter
 - Formidler av brukermedvirkere
 - Opplæring av brukermedvirkere

Hvordan kan dette realiseres best mulig?



Effektive og lærende tjenester: Hva bør HO21-rådet prioritere?

Forslag basert på diskusjon av arbeidsgruppens notat i
Rådsmøtet i september

Hilde Lurås

Arbeidsgruppen foreslår å gruppere anbefalingene i HO21 strategien og tiltakene i Regjeringens handlingsplan innenfor tre områder:

1. Styrke strategisk samarbeid om forskning og innovasjon mellom ulike aktører

For å sikre helhetlige og koordinerte tiltak knyttet til strategisk samarbeid foreslår arbeidsgruppen at dette løftes som en egen sak på et senere rådsmøte.

2. Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten

3. Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning

Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten

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

Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning

1. Opprette kombinerte stillinger
2. Strategiske dialogmøter om felles forskningsspørsmål
3. Kartlegge midler som bevilges til helsetjenesteforskning
4. Samordnet nasjonal utlysning av forskningsmidler
5. Utdanning og forskeropplæring
6. Forskningsbasert evaluering av reformer

Innhold

- Nasjonal e-helse strategi (fokus på helsedata)
- Helsedata som nasjonalt fortrinn – tiltakene i HO21 relatert til e-helse strategien

Nasjonal e-helse strategi

«Bedre utnyttelse av helsedata»

Rådsmøte HO21

24. oktober 2016

Roar Olsen, divisjonsdirektør Strategi

Direktoratet for e-helse



Teknologiske drivere innen e-helse

Teknologiske drivere

Sosiale media



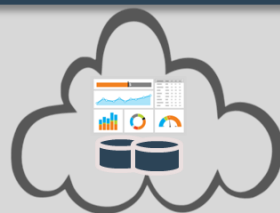
Tingenes Internett (IoT)



Mobile plattformer



Analyseplattformer



Skyplattformer



Drivere innen e-helse



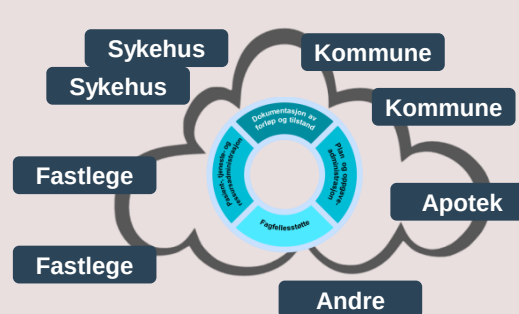
Innbyggernes vaner med bruk av mobile digitale informasjons- og kommunikasjonskanaler gir et stort nytt tilfang av helsedata



Helsesystemer sammenstiller kliniske-, pasientrapporterte- og virksomhetsdata, og investerer i avanserte datanalyse verktøy (Health Analytics)

Forventning om at helsemyndigheter tar oppgaven med å «løse ut verdien» av informasjon/data (forvaltning av «gullet»):

- Tilrettelegge for tjenesteutvikling
- Tilrettelegge for næringsutvikling



Helsesystemer som skal fremstå som helhetlige velger å implementere én EHR (Electronic Health Record)

- Kapital- og innovasjonskrevende investeringer
- Teknologi muliggjør nye betalingsmodeller

Utkast til Nasjonal e-helse strategi

Ambisjoner og utviklingsretning



Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal

Hvilke områder skal nasjonal e-helse prioritere?

Prioriterte innsatsområder for nasjonal e-helse utvikling

Én helhetlig og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som utnytter de teknologiske mulighetene og involverer innbyggere for å bidra til bedre helse, bedre resultat av helsehjelp og bedre utnyttelse av kapasitet.

Innbyggerne skal ha tilgang til enkle og sikre digitale tjenester for forebygging, mestring, involvering og selvbestemmelse

Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger og effektiv støtte for sin oppgaveløsning

Data og informasjon skal være tilgjengelig for kunnskapsbasert planlegging, styring, kvalitetsforbedring og helseovervåking

Effektiv leveranse av e-helse

Strategiske alternativer

Nye måter å levere helse- og omsorgstjenester på

Sammenhengende forløp

Digitale arbeidsprosesser

Bedre bruk av helseopplysninger

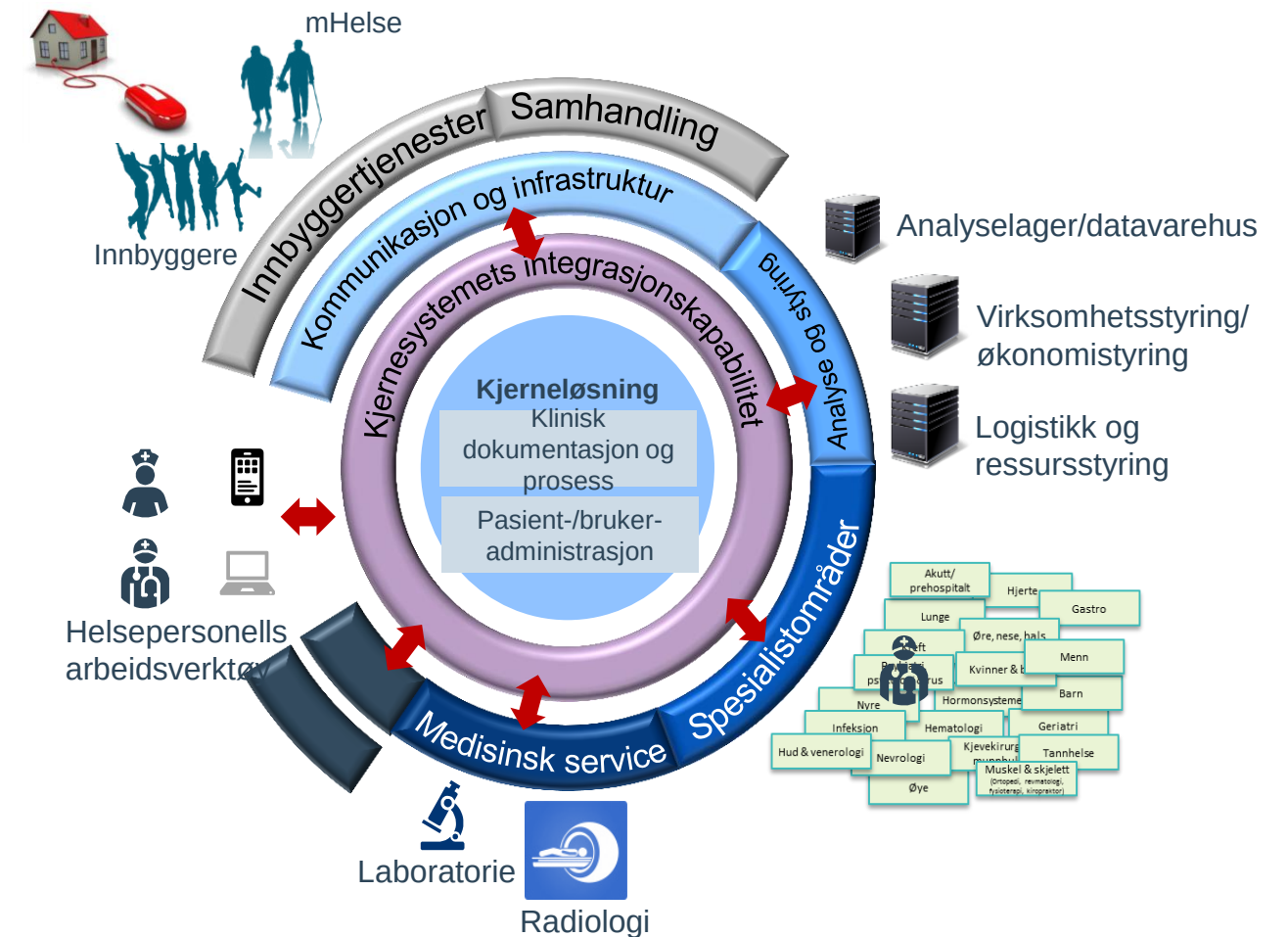
Målrettet og effektiv leveranse av e-helse

«Én innbygger - én journal»

Seks prioriterte krav skal dekkes av en felles nasjonal løsning (kjerneløsning)

KRAV

- 1 Samlet tilgang til oppdaterte og nødvendige helseopplysninger
- 2 Planer for den enkelte pasient kan opprettes, deles og følges opp på tvers av helse- og omsorgstjenesten
- 3 Tjenester er enhetlig definert på tvers av virksomheter, samlet oversikt over kvalitet og ledig kapasitet
- 4 Kunnskaps- og beslutningsstøtte
- 5 Tiltaket skal legge til rette for tilgjengeliggjøring av data til kvalitetsforbedring, ledelse og analyse, helseanalyse, forskning og beredskap
- 6 Ta høyde for strukturelle endringer



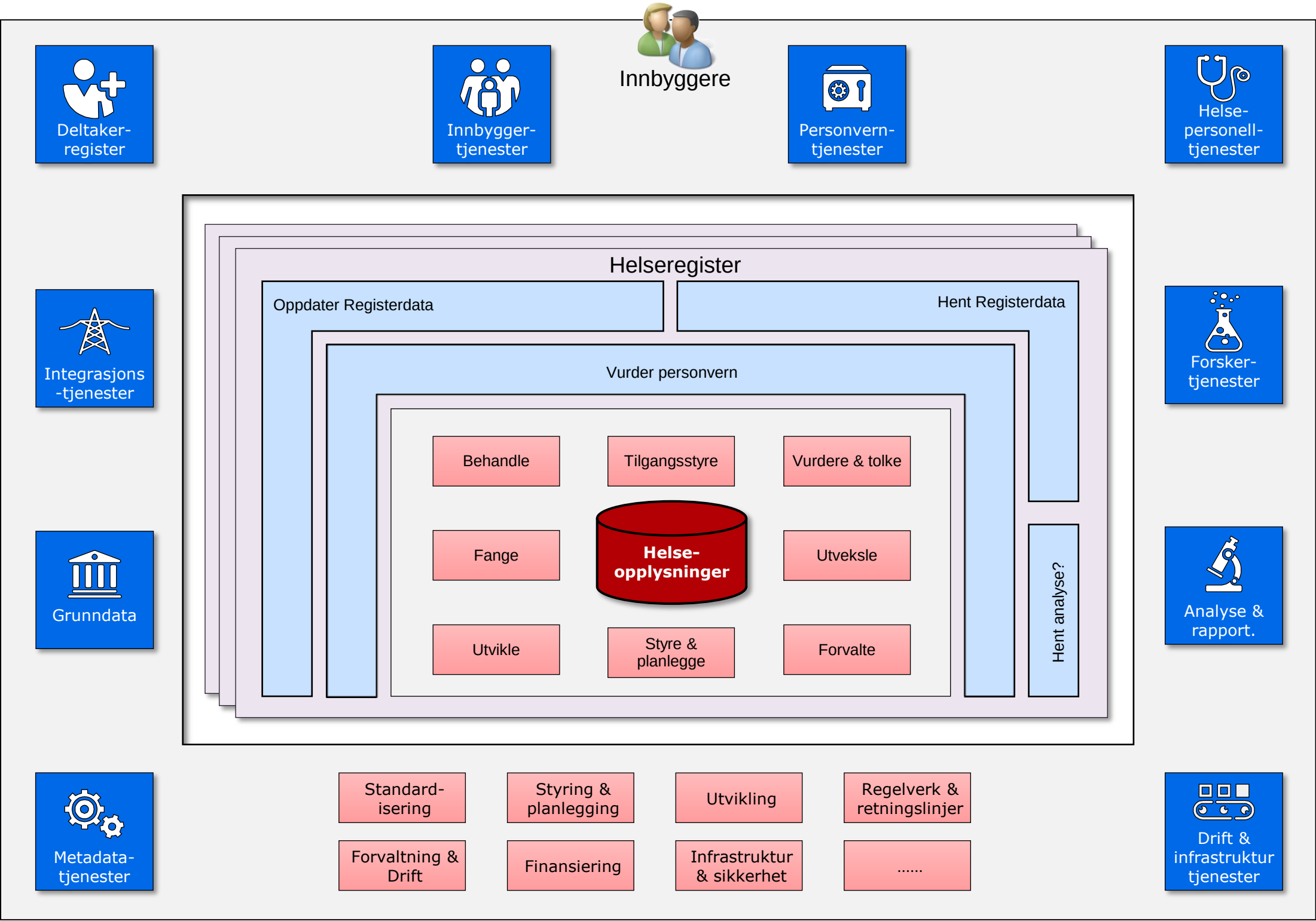
Regjeringen har gitt sin tilslutning til hovedanbefalingen i «Én innbygger – én journal» og besluttet at programmet Helseplattformen i Midt-Norge skal være et regionalt utprøvningsprogram



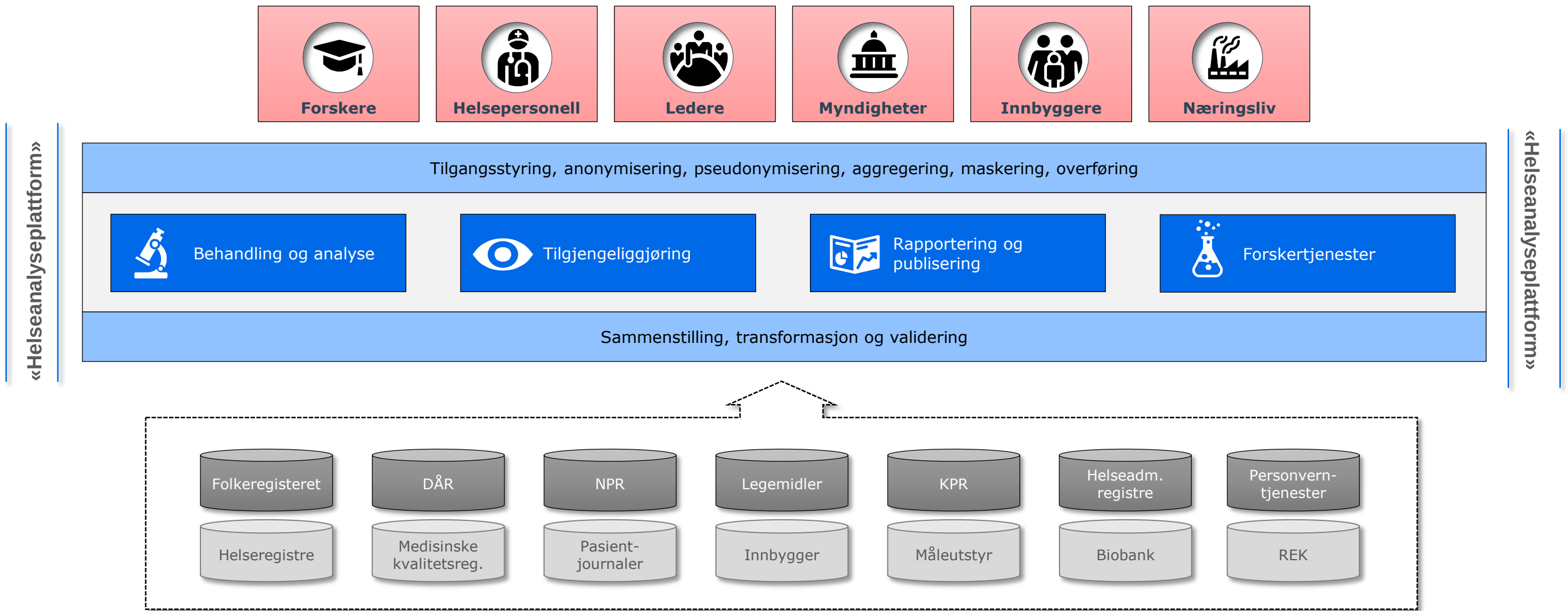
- Regjeringen har gitt sin tilslutning til anbefalingen om en utviklingsretning mot en felles, nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, prosessstøtte og pasient-/brukeradministrasjon.
- Regjeringen har besluttet at programmet Helseplattformen i Midt-Norge skal gjennomføres som et regionalt utprøvningsprogram for det nasjonale målbildet i «Én innbygger – én journal» og et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- Helseplattformen skal ha nasjonal representasjon og innflytelse i styringen og i faglige vurderinger av tema som kan ha betydning for den nasjonale utviklingsretningen.
- Øvrige RHF skal bistå Midt-Norge RHF og aktivt bidra i det nasjonale arbeidet.
- Direktoratet for e-helse skal starte planleggingen av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste og sikre aktiv deltakelse fra sektor.



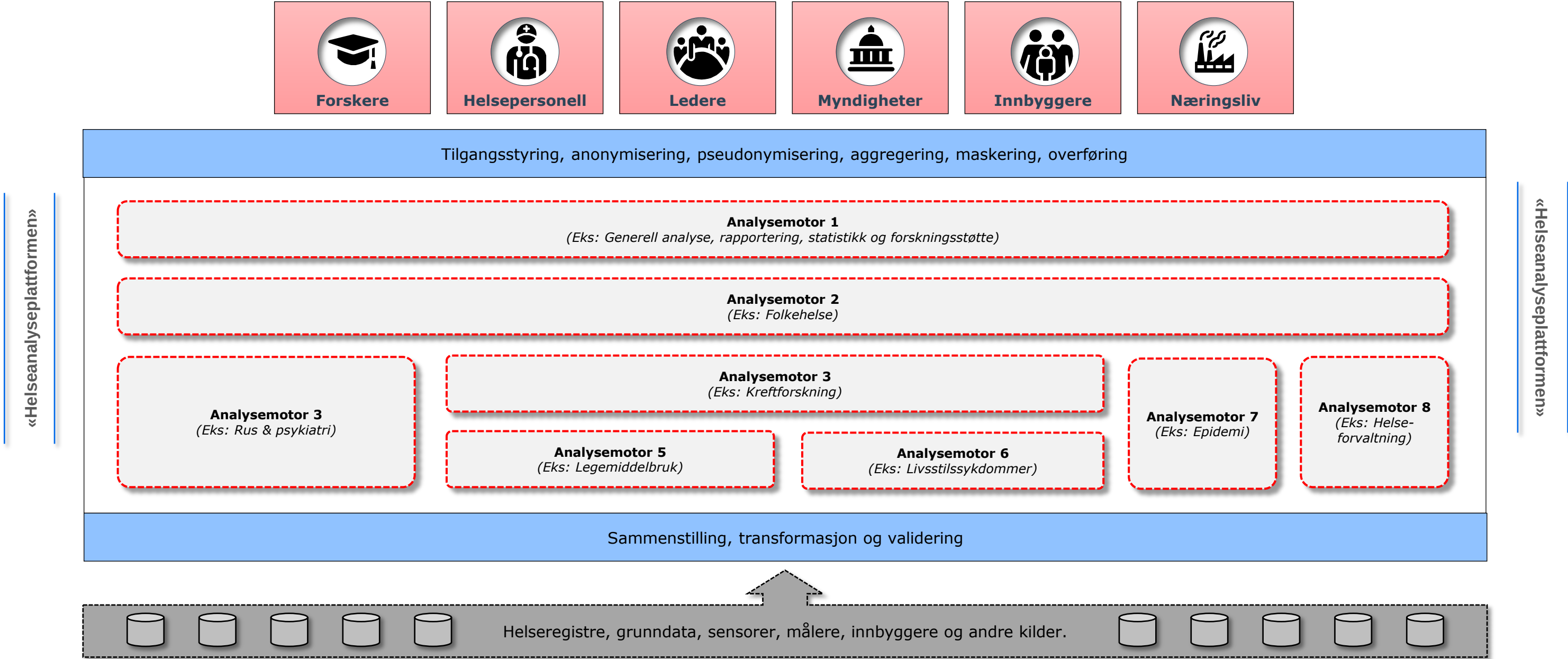
Målbilde for referansearkitektur og fellestjenester for «Helseregistre» og helsedata



Det vurderes en felles plattform med tjenester som skal forenkle datatilgang og muliggjøre avanserte analyser på tvers av sentrale datakilder – «helseanalyseplattform»



Helseanalyseplattformen bør kunne baseres på flere samtidige kommersielle analysemotorer, for i størst mulig grad og kunne utnytte de mest avanserte og innovative produktene i markedet, uten å låses til én leverandør



Teknologiutviklingen gir også økte muligheter for å utføre analyser på data uten at identiteten gis tilkjenne

- **«Bak teppet»**
Personen som bestiller analysen ser ikke data, men det gjør analysemaskinen.
- **På homomorfisk krypterte data** (Kryptert på en spesiell måte som muliggjør beregninger på datasettet)
Noe begrensede analysemuligheter, beregningsmessig *ekstremt* tunge operasjoner. Fortsatt noe umoden teknologi.
- **Homomorfisk kryptert data OG distribuert analyse** (eks: MIT's Enigma)
Som over, men med blockchain-aktig distribusjon av mindre analyseoppgaver til noder i et nettverk. I forsknings- og utprøvingsstadiet. Noen avklaringer gjenstår for å sannsynliggjøre at systemet ikke kan saboteres.
- **Differensiert tilgangsstyring/kryptering**
Svarer ikke helt på utgangspunktet. Ulike deler av persondataene gjøres tilgjengelig etter behov. Kun det som trengs for analysen gjøres tilgjengelig.
- **På pseudonymiserte data.**
Men kan ofte brukes til å utlede faktisk identitet dersom mange nok variabler er med.

Det pågår mange initiativ mot infrastruktur for helsedata/helseforskning

Felles mål: bedre utnyttelse av helsedata

Initiativene bør samordnes !

- **RAIRD** (Remote Access Infrastructure for Research Data – SSB)
- **TSD** (Tjenester for Sensitive Data - UiO)
- **Helseregistre for forskning** (2014-2019)/ **SAFE** (Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur - UiB)
- **BigMed** («BIG data MEDical-løsningen (BIGMED) skal legge grunnlaget for en IKT-plattform som fjerner de analytiske flaskehalsene for presisjonsmedisin, og går opp veien for integrasjon av “big data”- analyse i klinisk behandling»)?
- **European Strategy Forum on Research Infrastructures** (EU) – 48 prosjekter (OBS: Ikke bare helse)
- **BioMedBridges** (EU) – Integrasjon mellom forskningsinfrastrukturer på tvers av EU-land (12 tilkoblede initiativ/løsninger)
- I «Nasjonal satsing på forskningsinfrastruktur - Verktøy for Forskning» - 2011 står det: «Rundt 40 forskningsinfrastrukturer er finansiert som et resultat av regjeringens og Forskningsrådets Nasjonal satsing på forskningsinfrastruktur»
- Statsbudsjettet for 2017: KD foreslår 100 mill. kr til forskningsinfrastruktur.

Foreløpige anbefalinger for 2017

- Videre konkretisering og forankring av et felles nasjonalt målbilde, som omfatter
 - «Modernisere teknologiske løsninger og forvaltning av helsedata» (HO21 strategien pkt 2)
 - «Vurdere tiltak for å lette koblinger mellom helsedata og andre typer datakilder for ulike formål og brukergrupper, samtidig som personvernet tas hensyn til» (HO21 handlingsplanen pkt 10).
- Utredning av en nasjonal helseanalyseplattform inkludert realiseringsplan
 - Hvordan samfinansiere et slikt tiltak? Plassere et nasjonalt gjennomføringsansvar.
- Det etableres et nasjonalt program for utvikling av fellestjenester for helseregistre, oppdrag gitt Direktoratet for e-helse
 - Hvordan sikre at alle IKT infrastrukturtiltak for helsedata av nasjonal interesse kan koordineres her?
- Utarbeide krav til standardiserte **tekniske** tjenester for registereierne «hent registerdata», «hent analyse» etc.
- Utvikle de første tekniske nasjonale fellestjenester som tilbys registrene (personvern, integrasjonstjeneste?)

www.ehelse.no

Takk for meg !

- Rådet bes om å gi innspill til den nasjonale e-helse strategien
- Rådet bes om å se tiltakene for dette satsingsområdet i sammenheng med de nasjonale planene for e-helse

IKT tiltak helsedata, stikkord til diskusjonen:

- Hvordan enes om felles målbilde og samordne initiativene på tvers av sektorene og virksomhetene?
- Hvordan kan aktørene bidra i en samfinansiering av fellestiltak?