

Til HelseOmsorg21-rådet

Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet (*rådsleder*)
 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
 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
 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
 Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet
 Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening
 Direktør Kathrine Myhre, Oslo Medtech
 Områdedirektør Knut-Inge Klepp, Folkehelseinstituttet
 Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger
 Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
 Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge
 Kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen Kommune
 Instituttleder Pål Kraft, Psykologisk institutt, UiO
 Divisjonsdirektør Roar Olsen, Direktoratet for eHelse
 Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
 Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS

Vår saksbehandler/tlf.	Vår ref.	Oslo,
Hilde DG Nielsen, +4740922260/hgn@forskningsradet.no	16/11504	13.10.2016
	Deres ref.	

Innkalling til HelseOmsorg21-rådsmøte 05/16

Vedlagt følger forslag til saksliste og sakspapirer til HO21-rådsmøte mandag 24. oktober 2016 (05/16), Radisson Blu Royal Garden Hotel, Trondheim.

Program 23.- og 24. oktober 2016:

Søndag 23. oktober

- Besøk NTNU/St. Olav kl 17.30 – 19.30. Vi møtes ved 1930-bygget ved St. Olavs Hospital, Harald Hardårdes gate.
- Middag for rådsmedlemmene på Radisson Blu Royal Garden Hotel ca kl 20.00

Mandag 24. oktober

- HO21-rådsmøte - Radisson Blu Royal Garden Hotel, kl 08.30-15.00.

Vi ses i Trondheim,

Med vennlig hilsen

Norges forskningsråd



HelseOmsorg21-sekretariatet

Hilde DG Nielsen, sekretariatsleder/spesialrådgiver

**Møte i HelseOmsorg21-rådet (05/16)****Dato:** Mandag 24. oktober 2016, kl 08.30 – 15.00**Sted:** SAS Radisson Royal Garden Hotel, Kjøpmannsgate 73, Trondheim

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 sett 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**



Sak 41/16 Godkjent referat

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

Vedlegg:	Godkjent referat fra møte 12.9.2016 (04/16)
Ansvarlig saksbehandler:	HO21-sekretariatet Hilde DG Nielsen, sekretariatsleder
Referatet ble godkjent av:	Rådsleder Camilla Stoltenberg, 26.9.2016

Hovedpunkter

Utkast til referat fra møte 12.9.2016 (04/16) ble sendt HO21-rådet 20.9.2016. Til fristen 23.9.2016 var det kommet noen få kommentarer til referatet. Alle merknadene ble tatt til følge.

Referatet ble godkjent av rådsleder Camilla Stoltenberg 26.9.2016.

Vedtak: *Godkjent referat fra HO21-rådsmøte 12.9.2016 tas til orientering.*

VEDLEGG

Sak 41/16



Møte i HelseOmsorg21-rådet (04/16)

Dato: Mandag 12.september 2016

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

Tilstede:

Fagdirektør 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
Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth
Instituttleder Guri Rørtveit, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB
Leder Hilde Lurås, HØKH, Akershus universitetssykehus HF
Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet
Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
Direktør Kathrine Myhre, Oslo Medtech
Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger
Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge
Kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen Kommune
Divisjonsdirektør Roar Olsen, Direktoratet for e-helse
Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS

Forfall:

Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF
Leder Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge
Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF
Forskningssjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF
Fylkesrådmann Evy-Anni Evensen, Telemark fylkeskommune
Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia
Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening (LMI)
Instituttleder Pål Kraft, Psykologisk institutt, UiO
Avdelingsdirektør for Helse og velferd Tone Marie Nybø Solheim, KS

Innledere:

Leder av Husebekk-utvalget, Anne Husebekk, UiT (*sak 33/16*)
Leder Nasjonal Ledelsesutvikling og programleder Nasjonalt Topplederprogram Trond Ragnes (*sak 33/16*)
Avdelingsdirektør FoU Jon Anders Drøpping, KS (*sak 34/16*)

HelseOmsorg21-sekretariatet, Forskningsrådet:

Sekretariatsleder /spesialrådgiver Hilde DG Nielsen (*referent*)
Konsulent Karen Schønemann

Observatør:

Fagdirektør Jon Anders Drøpping, KS

Fra Helse- og omsorgsdepartementet:

Avdelingsdirektør Kjell Røynesdal
Avdelingsdirektør Sissel Beckmann (*sak 35/16*)
Fagdirektør Hjørdis Møller Sandborg
Seniorrådgiver Hedda Høvik
Seniorrådgiver Nils Olav Refsdal

Fra Kunnskapsdepartementet

Seniorrådgiver Sigrid Tollefsen (*t.o.m. sak 34/16*)
Seniorrådgiver Hege Landmark-Høyvik (*fra sak 35/16*)

Fra Nærings- og fiskeridepartementet

Seniorrådgiver Elin-Marlén Hollfjord

Fra Innovasjon Norge

Leder innovasjons politisk avdeling Silje Hole (*sak 33/16*)
Seniorrådgiver/helseansvarlig Jorunn Birgitte Gjesding-Johnryd (*sak 33/16*)

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 Husebekk, 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.

Saksliste

Sak 28/16 Godkjenning av sakslisten

Vedtak: Sakslisten godkjennes.

Sak 29/16 Godkjent referat

Saksdokument: Godkjent referat fra møte 25.4.2016 (03/16)

Vedtak: Godkjent referat fra HO21-rådsmøte 25.4.2016 (03/16) tas til orientering.

Sak 30/16 Orientering fra rådsmedlemmene

Det var ingen orienteringer fra rådsmedlemmene.

Sak 31/16 Orientering fra rådsleder/sekretariatet

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

Rådsleder John-Arne Røttingen informerte om den siste tilbakemeldingen fra SO Helse Vest, UiS og UiB på anmodningen fra Rådet om å oppnevne representanter fra næringslivet som observatører til møtene i samarbeidsorganene.

SO Helse Vest, UiS og UiB fattet følgende vedtak i februar 2016: "Samarbeidsorganet var samde i at dette er ei viktig oppgave, men ser det ikkje 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".

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

Rådsleder John-Arne Røttingen orienterte om status for arbeidet med HO21 scenarioprojekt. Det planlegges et møte mellom Teknologirådet og HelseOmsorg21-rådet tidlig i 2017.

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

Rådsleder John-Arne Røttingen orientert kort om status for arbeidet med HO21 Monitor. HO21 Monitor lanseres høsten 2016.

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

Sekretariatet orienterte kort om endringer i Rådet:

- Førsteamanuensis Maren Sogstad (NTNU Gjøvik) går ut av Rådet fordi Sogstad har gått over i en annen stilling ved Senter for omsorgsforskning Øst. Forskningsleder professor Aud Obstfelder (NTNU Gjøvik) erstatter Sogstad i Rådet.
- Avdelingsdirektør Tone Marie Nybø Solheim (KS) går ut av Rådet i samband med at Nybø slutter i KS 1.10.2016. Helse- og omsorgsdepartementet vil oppnevne en ny representant fra KS.
- Dekan Monica W Nortvedt (HiB) har bedt om å bli fritatt vervet i Rådet pga stort arbeidspress i forbindelse med fusjoneringen av HiSF, HSH og HiB til Høgskolen på Vestlandet (HVL).
- John-Arne Røttingen fratrer som leder av HelseOmsorg21-rådet 12.9.2016 pga ny rolle som administrerende direktør i Forskningsrådet fra mars 2017. Helse- og omsorgsdepartementet har oppnevnt direktør Camilla Stoltenberg (FHI) som ny rådsleder for perioden 13.9.2016 - 31.12.2018.

Vedtak: Orienteringene tas til etterretning.

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

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)

Sekretariatet presenterte kort forslag til revidert arbeidsplan for Rådet for perioden 09/16 – 12/18, samt forslag til møteplan for 2017.

Rådet vedtok på rådsmøtet 25. januar 2016 å arbeide med fem satsingsområder i 2016. På grunn av andre pågående prosesser og for at Rådet skal klare å komme gjennom/få behandlet alle satsingsområdene på en god og hensiktsmessig måte før rådsperioden går ut, foreslo sekretariatet at Rådet allerede fra høsten 2016 starter å arbeide med alle de 10 satsingsområdene.

Sekretariatet vil bli styrket med en 0,5 stilling fra høsten 2016. Sekretariatet har siden Forskningsrådet overtok sekretariatsansvaret våren 2015 bestått av en sekretariatsleder (100 % stilling) og en konsulent (50 % stilling).

Sekretariatet ber om at rådsmedlemmene melder inn saker fra egen institusjon som kan være aktuell for en diskusjon i Rådet

Sekretariatet har laget en oversikt over tiltakene som Rådet har vedtatt å konsentrere sitt arbeid om pr i dag og overlappende tiltak i de andre satsingsområdene (se vedlegg). 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

Møtekalender 2017

Sekretariatet har i løpet av året fått tilbakemeldinger på at rådsmedlemmene ikke ønsker at alle rådsmøtene gjennomføres på mandager. 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).

Momenter fra diskusjonen:

- Rådet ønsker ikke lunsj-til-lunsj møter, men foretrekker heller en felles middag kvelden i forveien av et rådsmøte.

Vedtak:

Rådet vedtok forslag til revidert arbeidsplan for Rådet for perioden 09/16-12/18.

Rådet vedtok å gjennomføre fem rådsmøter i 2017. Sekretariatet vil i etterkant av rådsmøtet sende møteinnkallelser via Outlook.

Rådets møtekalender for 2017 er:

Mandag 23. januar kl 10-16, Forskningsrådet
Tirsdag 28. mars kl 10-16, Forskningsrådet
Onsdag 31. mai kl 10-16, Forskningsrådet
Torsdag 14. september kl 10-16, Forskningsrådet
Onsdag 29. november kl 10-16, Forskningsrådet

Sak 33/16

Satsingsområde Strategisk og kunnskapsbasert styring

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 • Nina Mevold, Bergen kommune
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet	• Møte 29.2.2016 (02/16)

har vært diskutert	
--------------------	--

Presentasjoner:

1. Presentasjon Anne Husebekk
 2. Presentasjon av Nasjonalt toppleder program
 3. Presentasjon av arbeidsgruppens arbeid med tiltakene for dette satsingsområde
-
1. Presentasjon av status for arbeidet med rapporten *Samspillet mellom universiteter og helseforetak. Hvordan håndtere barrierer og handlingsrom?* v/leder av "Husebekk-utvalget" Anne Husebekk, UiT

Fells oppgaver helseforetakene og UH-sektoren:

Helseforetakene	UH-sektoren
Pasientbehandling	Forskning
Opplæring av pasienter og pårørende	Utdanning
Forskning	Formidling
Utdanning	Innovasjon

Utvalgets oppgave: identifisere hindre – foreslå tiltak

Løsningsmodeller:

- Nederlandsmodellen
- Trondheimsmodellen
- Beste praksis

Hinder/løsninger:

- Areal
- Forskningsfinansiering
- Anskaffelser, mv., prisstigning
- IKT
- Tilsettingsforhold/lovverk
- Felles administrasjon for forskning
- Søknadsstøtte EU
- Forskningsinfrastruktur
- Utdanning

Forslag til HOD/KD:

- Felles toppledermøte i departementene
- Felles styrerepresentasjon
- Felles forskningsadministrasjon
- Felles utdanningsadministrasjon
- Felles arealplaner
- Felles insentiver

Hvordan nå målet/målene?

- Tillitt
- Dialog og samhandling
- Avtaler der det er nødvendig

Momenter fra diskusjonen:

- Innovasjon bør inkluderes i arbeidet.
- Utvalget gjør en kjempeviktig jobb.
- Grunnforutsetningene mangler.
- Utfordring med styringslinjer etc. ved f.eks. felles administrasjoner. Praktiske utfordringer. Juridiske utfordringer.
- Det er meldt inn et forslag fra de fire dekanene i medisin om at det bør innføres oppdragsbrev fra KD til universitetene tilsvarende HOD sine oppdragsbrev til helseforetakene. Dette vil ansvarliggjøre universitetene i mye større grad enn det praksis er i dag.
- Forslag om å innføre nøytralitetsprinsippet. Gaveforsterkningsordningen bør også gjelde for helseforetakene. Det bør være det beste prosjektet som får midler, uavhengig av adresse.
- Utfordring med moms ved plassering av enhetene. Fokus på "mine og dine penger".
- Det er behov for lovendringer. Lovendringer over tid.
- Nye aktører må inn på banen, f.eks. nye høyskoler/universitet, kommunene, e-helse etc.
- Det er behov for å tenke endringer på kort og på lang sikt.
- Praksisarenaene i kommunene for lege- og andre helseutdanninger er i dag ikke finansiert via HOD, i motsetning til praksis i sykehus. Dette er et samhandlingsområde som ikke bør mistes av syne i debatten om samhandling mellom sykehus og universitetene.
- Det er behov for felles IKT/e-helse/felles analyseverktøy. Lokale/regionale løsninger må løses på nasjonalt nivå.
- MVA bør avklares mot Skattedirektoratet – det er behov for lik praksis overalt.
- Det er behov for å tenke internasjonalt – hvordan bør vi organiseres oss best mulig nasjonalt.
- Utvalget bør tenke:
 - konkrete tiltak innenfor dagens system
 - endring av rammebetingelser på sikt.
- Tid, ressurser og finansiering må ses på ift det nasjonale perspektivet.
- De regionale forskningsmidlene må ansvarliggjøres:
 1. Hvordan fremskaffe ny kunnskap?
 2. Hvilke kunnskap er det behov for?
 3. Hvilke kompetanse trenger vi?

Oppsummering:

- Målet er med arbeidet er mindre sektoroppdeling - mer igjen for pengene.
- Kommunehelsetjenesten må inkluderes.
- Nasjonal IKT/e-helse-ordninger må ivaretas.
- Det er behov for å se på nasjonale ordninger som fungerer, f.eks. Nasjonal infrastruktur for tungregning (Notur).
- HelseOmsorg21-rådet vil få tilsendt en ny og endret versjon av rapporten.

2. Presentasjon av Nasjonalt topplederprogram (NTP) ved programleder Trond Ragnes

Hensikt og særpreg med NTP:

- Øke rekrutteringsgrunnlaget til topplederstillingene i foretakene
- Utvikle et felles sett av kunnskap, ferdigheter og holdninger hos fremtidige toppleder i SHT
- Gjøre ledere i stand til å møte de krav og utfordringer som helseforetakene står overfor, med særlig vekt på i) rolleforståelse (horisontalt og vertikalt), ii) kvalitet og pasientsikkerhet og iii) samhandling med kommunehelsetjenesten

Målgruppe: ledere i helseforetakene som foretaksledelsen ønsker å satse på, som har ambisjoner innen sykehusledelsen og viser talent for ledelse på høyt nivå i organisasjonen.

NTP er 3-delt:

- 1) Kunnskapssiden: Samfunnsperspektivet, systemforståelse, organisasjonen, økonomi, prioriteringer og politiske rammer
- 2) Holdningssiden: Personlig lederskap, bevisst egen atferd, hvordan jeg virker på andre og hvordan andre påvirker meg
- 3) Ferdighetsdelen: Endringsoppgave, kommunikasjonstrening

Opplevd utbytte for foretakene:

- Tryggere og mer motiverte ledere med økt pågangsmot.
- Langt bedre forståelse av egen personlig adferd i lederrollen.
- Bedre rolleforståelse.
- Sterkere helhets- og systemforståelse.
- Bedre prosesskompetanse.
- Mer systematisk bruk og utvikling av egen ledergruppe.
- Endringsoppgavene gir økt gjennomføringskraft til viktige prosesser.
- Felles utviklingsmetodikk og verktøy.
- Sparringspartner for overordnet leder i utviklingsarbeid.

3. Presentasjon av arbeidsgruppens arbeid med tiltakene for dette satsingsområdet v/Arnfinn Sundsfjord (UiT) (leder av den interne arbeidsgruppen).

Arbeidsgruppen består av:

- Arnfinn Sundsfjord, UiT (*gruppeleder*)
- Bernadette Kumar, NAKMI
- Camilla Stoltenberg, FHI
- Ernst Omenaas, Helse Bergen
- Fredrik Syversen, IKT Norge
- Nina Mevold, Bergen kommune

Arbeidsgruppen har kommet frem til følgende forslag til tiltaksliste for dette satsingsområdet:

Nr	Tiltak	Status for tiltaket
1	Etablering av HO21 Monitor	Lanseres nov 2016
2	Etablering av nye samarbeidsorganer	Ses i sammenheng med Kunnskapsløft for kommunene
3	Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene	Husebekk-utvalget er opprettet
4	Forskningsmidler i helsesektoren	Ses i sammenheng med Kunnskapsløft for kommunene
5	Oppbygging av en felles forskningsadministrasjon for RHF-ene og UH-sektoren	Avhenger av Husebekk-rapporten
6	Utvikling av et nasjonalt lederutviklingsprogram	Til diskusjon
7	Implementering av HelseOmsorg21	Gjennomført kartlegging våren 2016
8	Vurdering av om NSG bør tilpasses til de nye strukturene som foreslås i HO21	Tiltaket er gjennomført
9	Topplederforum er den overordnede arenaen der ulike aktører kan drøfte iverksettelsen av HelseOmsorg21	Ikke relevant
10	Kartlegging av barrierer og handlingsrom	Husebekk-utvalget er opprettet
11	Opprettelse av et mindre operativt strategisk organ	Tiltaket er gjennomført

Momenter fra diskusjonen:

- Det er behov for et nasjonalt lederutviklingsprogram. Spørsmål: Bør det tenkes forskning, innovasjon og lederutvikling og/eller forskning, innovasjon, utdanning og lederutvikling?
- Det er behov for tverrsektoriell dialog.
- Næringslivet bør inkluderes.
- Kommunesektoren bør inkluderes. Kommunesektoren er kompleks. Det er lite kommunikasjon på tvers. Fokus på likeverdighet blant kommunale ledere.
- Det er behov for samhandlingsledelse. Ledelse for løsninger utenfor organisasjonsstrukturene. Samfunnsøkonomiske løsninger. omstillingsledelse, teknologiledelse, kunnskapsledelse, de tre siste har behov for løsninger som ligger langt utenfor kommunehelsetjenesten.
- Det er viktig å få mobilisert gode ledere.
- Det er utfordringer i sektoren ift teknologiutviklingen. Mobile løsninger medfører endret praksis og store endringsforløp. Ledelse må være topplerstyrt og forankret.
- Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og BI har utviklet egne moduler innenfor ledelse med digitalisering som tema.
- Det er behov for mangfoldsledelse. Over 40 % av de ansatte i omsorgstjenestene har en annen bakgrunn. Det krever ledere som har forståelse for andre kulturer og kulturforskjeller som eksisterer.
- Det eksisterer mange lederutviklingsprogrammer i dag. Det er behov for å knytte sammen SHT og PHT.
- Det er viktig med tett kobling til institusjonene som sender sine ansatte på kurs og oppfølging i etterkant av kursene.
- Det er behov for ledere med kunnskap om innovative innkjøp, økt kultur og rolleforståelse.
- Tiltaket henger sammen med tiltak innenfor satsingsområde Effektive og lærende tjenester.

Kommentar fra NTP v/Trond Ragnes

- Det anbefales at en evt ledelsesmodul innarbeides i allerede eksisterende programmer.
- KS + NTP + SHT bør kobles sammen.
- Se til hva som f.eks. gjøres i Norden. Danskene ønsker å samarbeide med Norge. Danmark har erfaring med å bygge relasjoner på kommunalt nivå og å mobilisere ledere for fremtiden.
- Det er bedre å samarbeide med land i Norden enn f.eks. Nederland og Skottland.
- NTP er under utvikling. Det beste er kanskje å utvikle det som fungerer i dag.
- Det eksisterer i dag felles ledelsesmoduler mellom NTP og KS.
- NTP kan få andre eiere om f.eks. 3 år.

Ashridge Director George Binney er invitert til rådsmøtet 28. november for å informere om NIHR sitt Leadership Program.

Vedtak:

Det ble vedtatt å fortsette diskusjonen om en evt etablering av et eget ledelsesprogram/modul på rådsmøtet 28.11.2016.

De andre tiltakene for dette satsingsområde vil bli behandlet på senere rådsmøter.

Sak 34/16

Satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene

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)

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.

Rådet besluttet på rådsmøtet 25. april 2016 å støtte forslaget fra den interne arbeidsgruppen om at det bør opprettes et nasjonalt strategisk rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

På denne bakgrunn sendte HelseOmsorg21-rådet en tilråkning til KS om å starte arbeidet med å opprette et nasjonalt strategisk, rådgivende organ. Rådet forslø 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 skal 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.

Momenter fra diskusjonen:

- KSF må forankres i regional struktur. P.t. så skjer det mye og det vil bli store endringer på regionalt nivå ref. arbeidet med de Regionale forskningsfondene, Regional meldingen som kom i vår, arbeidet til Kvinnslandsutvalget og den nye Hjelpemiddelordningen som kommer i 2017.
- Det ble foreslått at KSF opprettes som et interimsstyre.
- Kommunene trenger praksisnær forskning i kommunene.
- Skeptis til at det opprettes et nasjonalt organ.
- Oppgave og mandat for KSF er utydelig.
- Det er behov for et system for forskning i PHT.
- Det er bedre med fire regioner fremfor 10 regioner.
- Det ble foreslått at tilskuddsmidlene til kompetansesentrene legges til KSF.
- Det er behov for friske midler til helseforskning i kommunesektoren.
- KSF bør være tilsvarende NSG med bl.a. representanter fra dep-ene i KSF. KSF bør få i oppgave å "bidra til..." og "gi råd til..."
- KSF bør ha fokus på brukarmedvirkning, etikk, innovasjon, etc.
- Det vil være viktig med kryssrepresentasjon med samarbeidsorganene i KSF for å få dekket hele bredden i helsetjenesten.
- Utfordring med kompetansesentrene fordi de er så heterogene.
- Nasjonale/regionale – hvem skal gjøre hva og hvor?
- Brukerne må være representert i KSF. Det bør presiseres at brukerne er både sluttbrukere og brukere av forskningen.
- Det anbefales ca. 4 møter/år.
- KSF må være et samlende organ.
- Organisering av kommunene bør følge inndelingen til helseforetakene inntil videre.
- KSF skal bidra til at alle får mer nytte av kunnskapen som produseres.
- KSF skal være en støtte for kommunesektoren. Det skal bidra til å løse felles problemstillinger.
- KSF bør etableres som et interimorgan i denne første runden.

- KSF bør ikke være større enn 8-10 personer.
- Savner fokus på samhandling.
- Næringslivet må med.
- KSF skal bidra til at vi når målene i HO21 ved at vi går fra medvirke til, til sørge for., og det må følges midler med (bevegelse i den retningen).
- En av oppgavene til KSF vil være å få de regionale organene på plass.
- KSF skal være et strategisk organ for forskning (ikke et operativt organ).
- KSF skal til behandling i Hovedstyret til KS i oktober.

Vedtak: Rådet anbefaler at KSF opprettes som et interimråd med 2 års varighet. Rådet anbefaler at regional representasjon fra kommuner og UoH sektor inntil videre bør følge inndelingen til de regionale helseforetakene, dvs. en inndeling i fire regioner, men at det blir opp til KSF å vurdere antall regioner når endelig regionreform og organisering av helseforetakene er avklart.

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

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/ Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	• Rådsleder John-Arne Røttingen • Møte 25.4.2016 (03/16) (orienteringssak)

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

Rådsleder John-Arne Røttingen presenterte oppdraget og forslag til utkast til mandat og sammensetning av utvalget.

Momenter fra diskusjonen:

- En god idé
- Bør ha med en referanse til miljø og miljøforskning.
- Formålet bør komme klarer frem.

Vedtak: Rådet vedtok å opprette et HO21 utvalg for forskning og innovasjon på mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet i HO21-rådet.

Rådet vedtok å utvide forslag til sammensetning av utvalget med tre personer.

Utvalget skal ha 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
- En representant fra en næringslivsklynge
- To representanter fra næringslivet
- *En representant fra en marin klynge*
- *En representant fra administrasjonen i EAT*
- *En representant fra miljøforskningstiljøene*

Til sammen 14 personer (inkludert leder).

Rådet vedtok å utnevne rådsmedlem Pål Kraft (UiO) som leder av utvalget.

Rådet vedtok å utnevne rådsmedlem Arnfinn Sundsfjord (UiT) som medlem av utvalget.

Rådet vedtok forslaget til mandat for utvalget med de kommentarene som ble gitt i møtet.

Sak 36/16**Forskningsrådets arbeid med antibiotikaresistens**

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

Presentasjon av Forskningsrådets arbeid med antibiotikaresistens ved divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet.

Forskningsrådet har i 2016 fått i oppdrag å bidra til å følge opp den nasjonale strategien mot antibiotika resistens ved å utarbeide status og analyse knyttet til norsk forskningsinnsats på antibiotikaresistens innenfor helse. Det er et ønske at innsatsen skal ses på tvers av aktiviteter i Forskningsrådet samt inngå i et One Health-perspektiv.

Forskningsrådet foreslår følgende tiltak for oppfølging av strategien:

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

Momenter fra diskusjonen:

- Det er et stort behov for kultur og holdningsendring hos fastlegene.
- Det er behov for å informere brukerne enda bedre om bruk av antibiotikaresistens.
- Det er behov for 1) forskning og utfordringer på feltet og 2) bruk av antibiotika ift hvilke infeksjoner.
- Det er gjort mye i Norge p.t. norske forskere bør eksponeres internasjonalt. Norge deltar i JPI AMR.
- Det er tenkt 2,5 mill. kroner til nettverket. Forskningsrådet planlegger en utlysning høsten 2016.
- Det globale helseperspektivet må være i fokus.
- Migrasjonsperspektivet bør tas med.

- Spørsmål: Hva kan norske forskere bidra med over tid? Det vil være mye penger på dette fremover? Det bør tenkes posisjonering. Forankret i kartleggingen – One Health perspektiv.
- AMR er en tung satsing innen EU/Wellcome Trust.
- Det er mange gode miljøer i dag, men det er vanskelig å hevede seg internasjonalt. Dette er et område hvor det er behov for at Norge strekker seg.
- Posisjonering er viktig ift: Horisont 2020, JPI og Wellcome Trust

Vedtak:

Rådet anbefaler at kartleggingen omfatter både infeksjonssykdommer og One Health perspektivet.

Rådet anbefaler at kartleggingen av den nasjonale forskningsinnsatsen på antibiotikaresistens (forskningskvalitet og ressursinnsats) utføres i et nordisk perspektiv.

Rådet anbefaler at utlysning av nettverksmidlene skal bidra til at flere norske forskere søker om midler fra Horisont 2020, JPI AMR og The Wellcome Trust fremover.

Det ble foreslått at FHI som leder en arbeidspakke i DRIVE-AB (Driving reinvestment in research and development and responsible antibiotic use) inviteres til et senere rådsmøte for å informere Rådet om prosjektet.

Sak 37/16

Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde – presentasjon av Drømmeløftet 2016: Helse og velferd

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)
--	--

1. Presentasjon av rapporten Drømmeløftet 2016: Helse og velferd v/direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge

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.

Momenter fra diskusjonen:

- En utfordring i dag er at vi ikke vet hvor mye midler som går til dagens helsenæring.
- Savner brukerperspektivet. Det bør tenkes utenfor boksen.
- Frivilligsektor bør kobles til privat sektor. Det offentlig kan ha en mellomrolle. Det kan utløse nye ressurser.
- Vi må unngå mer av pilotsyken.

- Det er en utfordring for små bedrifter å komme over dødens dal.
- Det er behov for å øke etterspørselen fra norsk næringsliv.
- Det er behov for systematisk tenkning med offentlig sektor. Kommunene må etterspørre flere innovasjonsprosjekter.
- Forskningsrådet har en storstilt satsing på innovasjon.
- 25 % av prosjektene i Forskningsrådet innen helse har bedrifter som prosjektledere + Skattefunn i tillegg.
- Det mangler bestiller-kompetanse i sektoren. Det er en utfordring med tjenesteinnovasjon.
- Det er behov for en tydeligere etterspørre.
- Det er behov for å samle aktørene.
- Forskningsrådet og Innovasjon Norge bør samarbeid om dette.
- Særinsentiver for helseteknologi vil være negativt.
- Sårkornfondet – bør det evalueres? Hvilke effekter har det gitt? Hvor effektivt er det?
- For å skape forutsigbarhet så bør det være faste avtaler/anbud.
- Velferdsteknologi bygger på etterspørsel etter behov.
- Det er behov for et register av virkemidler.
- Det er behov for lovendringer og infrastruktur. Hva ønsker Innovasjon Norge seg av e-helsesatsingen?
- Det er behov for målrettet kommersialisering til en lavere pris.
- 100 mill. kroner til registre og biobanker. Utfordring med infrastrukturen. Det er ikke integrert i resten av systemet. Utfordring med det private som etterspørre.
- Det er utfordringer ift kommunal sektor.
- Det vil ikke være hensiktsmessig å skape egne helseinsentiver. Det er behov for egne virkemidler.
- Fokuset bør være på brukerdrevet innovasjon i motsetning til teknologidrevet. Det vises til eksempler fra Yale/Harvard hvor de har utviklet klynger rundt studentene, skapt konkurranse og de beste løsningene med partnere fra næringslivet vinner frem.
- Det bør være fokus på gevinstrealisering og effekter.
- Per i dag så er det mange gode ideer, men bedriftene er små. Det er behov for risikokapital. Eiendom til helse.
- Det er behov for å samle alle gode ressurser til et høyere nivå.
- Det er behov for råd som gir midler på budsjettet.
- Det er behov for nasjonale råd til kommunene, det vil gi økt antall anbud.
- HO21 Monitor vil være viktig i denne sammenhengen.
- Risikoavlastning og støtte som kan hjelpe bedriftene i gang med vekst, er viktig, men det vil være helt galt å finansiere dette ved å overføre penger fra forskningen som er grunnlaget for framtidig innovasjon og næringsutvikling
- Det ble stilt spørsmål ved forslaget om et "råd som setter strategiske prioriteringer for utvikling innen helse og velferd". Dette er en sentral del av HelseOmsorg21-rådets mandat.
- Det ble påpekt at det å etablere en generell infrastruktur for utnyttelse av biobanker og registerdata er viktig for

næringslivet, og må komme først. En pilot for å utnytte slike data i næringslivet nå vil rett og slett ikke ha den nødvendige infrastruktur for å bli vellykket.

Vedtak:

Rådet vedtok å sende en henvendelse til Forskningsrådet, Innovasjon Norge, aktuelle helseklynger, Helse Sør Øst, Innkjøpsforetaket og K10 Helse med en anmodning om at aktørene bør møtes for å diskutere hvordan sektoren kan bli bedre på å utvikle gode ordninger for kjøp og etterspørsel av tjenester og hva som må til for å øke kompetansen på dette området.

Det ble foreslått at leder av arbeidsgruppen Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde Kathrine Myhre (Oslo Medtech), leder av arbeidsgruppen Helsedata som nasjonalt fortrinn og rådets representant fra Direktoratet for e-helse Roar Olsen og rådsleder Camilla Stoltenberg bør møtes for å diskutere hvordan og hva Rådet kan bidra med ift koordinering av de nasjonale infrastrukturutfordringene.

Sak 38/16

Satsingsområde Effektive og lærende tjenester

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 Medtech - Nina Mevold, Bergen kommune - Svein Lie, Helsedirektoratet - Tone Marie Nybø Solheim, KS

Innledning og presentasjon fra Helsedirektoratet måtte dessverre utgå fordi direktoratet trakk seg fra rådsmøtet fredag 9. september 2016. Helsedirektoratet vil bli invitert til et senere rådsmøte.

HelseOmsorg21-strategien foreslår seks tiltak for dette satsingsområde. De seks tiltakene 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, akademia, 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 velferdstjenestene

Den interne arbeidsgruppen i Rådet som består av Ernst Omenaas (Helse Bergen HF), Håkon Haugli (Abelia), Kathrine Myhre (Oslo Medtech), Nina Mevold (Bergen kommune), Svein Lie (Helsedirektoratet), Tone Marie Nybø Solheim (KS) og ledes av Hilde Lurås (Ahus), har for dette satsingsområdet kommet frem til tre anbefalinger som gruppen ønsker å diskutere med Rådet.

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

Momenter fra diskusjonen:

- Stort program i Forskningsrådet Gode og effektive helse, omsorgs- og velferdstjenester ble opprettet i 2015 med en 10-års varighet.
- Forskningsrådet har fokus på innovasjon og innovasjonsprosjekter.
- Er det behov for å definere hva helsetjenesteforskning er? F.eks. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) og NSG benytter seg av en bred definisjon for helsetjenesteforskning.
- Fokus bør være på identifisering av kunnskapshull, kvalitet og relevans på prosjektene.
- Kartlegging av midler som går til helsetjenesteforskning kan innhentes via HRCS og HO21 Monitor. Er det tilstrekkelig?
- Satsingsområdet bør ses i sammenheng med andre pågående prosesser.
- Det skjer mye på det regionale nivået.

Vedtak:

Satsingsområdet settes opp som sak på kommende rådsmøter og diskutert i sammenheng med Helsedirektoratets arbeid på området.

Sak 39/16**Eventuelt**

- Rådsmøtet 24. oktober foregår i Trondheim. Rådet skal besøke NTNU/St. Olav Hospital søndag 23.oktober 2016.
 - Fem rådsmedlemmer har p.t. meldt forfall til Rådsmøtet 24. oktober. Besøket hos NTNU/St. Olav begynner kl 17.30 søndag 23. oktober. Rådsmøtet, middag og overnatting vil foregå på Radisson Blu Royal Garden Hotell.
- Sekretariatet vil i etterkant av møtet sende ut en invitasjon til Rådet om å delta på to middager i november.
- Rådsleder John-Arne Røttingen ble takket av med en oppmerksomhet fra Rådet, sekretariatet og departementet for den enorme jobben han har gjort for HelseOmsorg21 fra 2013 og frem t.o.m. rådsmøtet 12.9.2016.

Neste møte:

Mandag 24. oktober 2016, kl 08.30-15.00, Royal Garden Hotell, Trondheim.
Besøk NTNU/St. Olav søndag 23. oktober 2016 kl 17.30.



Sak 42/16 Orienteringer

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

Sak 42.1	HelseOmsorg21 i HOD St.prop 1S (2016-2017)
Ansvarlig	HO21-sekretariatet v/Hilde DG Nielsen
Vedlegg	Kapittel 11, St. prop. 1S (2016-2017)

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

Sak 42.3	Rapport Samordning mellom universiteter og helseforetak, Husebekk-utvalget
Ansvarlig	Sekretariatsleder Hilde DG Nielsen
Vedlegg	

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

Forslag til vedtak: *Orienteringene tas til etterretning.*

VEDLEGG

Sak 42/16

11 Forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21

HelseOmsorg21-strategien (HO21-strategien) ble overlevert statsministeren og helse- og omsorgsministeren i juni 2014. Den inneholdt om lag 140 anbefalinger fordelt på 10 prioriterte satsingsområder. Tiltakene er rettet mot næringsliv, sykehus, universitetene og høyskolene, offentlig forvaltning, kommunesektoren, brukere, brukerorganisasjoner og departementene. Ansvar for å følge opp strategien ligger hos alle aktørene.

Regjeringen la i november 2015 fram Handlingsplan for oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien som sitt bidrag til å virkeliggjøre og følge opp visjonen i strategien om kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse. Åtte departementer bidro i utformingen. Handlingsplanen inneholder 40 tiltak for hvordan regjeringen vil følge opp de 10 prioriterte satsingsområdene på kort og lang sikt. Flere av disse tiltakene er fulgt opp gjennom statsbudsjettet for 2015 og 2016, og gjennom oppdrag gitt i tildelingsbrev til underliggende etater, Norges forskningsråd og oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Enkelte av tiltakene er også prioritert og integrert i stortingsmeldinger i 2015 og 2016.

I budsjettproposisjonen for 2017 foreslås det å prioritere tiltak fra regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21 på Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde og Kunnskapsdepartementets område. Det vises til kap. 780, post 50, om styrking av Forskningsrådets program Helsevel som en del av opptrappingsplanene på hhv. rusfeltet og vold og overgrep. I Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon programkategori 07.70 Forskning, og 07.60 Høgre utdanning og fagskoleutdanning foreslås det 100 mill. kroner til forskningsinfrastruktur, 75 mill. kroner til stimuleringsmidler for økt norsk deltakelse i Horisont 2020, 48 mill. kroner til rekrutteringsstillinger, 50 mill. kroner til Fripro Toppforsk, 10 mill. kroner til Fripro Unge forskertalen-

ter og 17 mill. kroner til ordningen Senter for fremragende forskning (SFF).

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte i 2015 HelseOmsorg21-rådet (Rådet). Rådet består p.t av 30 medlemmer og er en felles arena for aktørene, og skal bidra til en helhetlig oppfølging av denne. Forskningsrådet er sekretariat for Rådet. I 2015 hadde Rådet seks møter, og det er planlagt seks møter i 2016. De viktigste aktivitetene i 2015 var Rådets innspill til regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien, oppstart av arbeidet med oppfølgingen av tiltakene i HO21-strategien samt etablering av et samarbeid med Teknologirådet om scenarioprojektet HO21. Så langt i 2016 er det særlig følgende satsingsområder som er diskutert og behandlet i Rådet: helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde, kunnskapsløft for kommunene, helsedata som nasjonalt fortrinn, høy kvalitet og sterkere internasjonalisering og god styring og ledelse.

I mai 2016 gjennomførte sekretariatet for Rådet en spørreundersøkelsen om aktørenes oppfølging av strategien, som ble sendt til 74 organisasjoner/interesseforeninger/klynger om strategien, 31 besvarte undersøkelsen. Disse er fordelt på fem universitet, to høyskoler, de fire regionale helseforetakene, syv helseforetak, tre institutter, en bransjeforening, en klynge, et forskningsforvaltningsorgan, fire brukerorganisasjoner/brukerutvalg og tre kommuner. Undersøkelsen viser at strategien er kjent for de som deltok i spørreundersøkelsen. Der hvor det er utviklet planer for implementering av strategien, har strategien vært diskutert på ledelsesnivå. Av de som deltok i undersøkelsen er det oppgitt at det er satt i gang flest tiltak innenfor satsingsområdet om økt brukermedvirkning. Innenfor dette satsingsområdet oppgir også flest at de har planer om å sette i verk tiltak. Aktørene er positive til Rådets arbeid og positiv til å bidra i det videre arbeidet med implementering av tiltakene iht HO21-strategien.

Tabell 11.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig departement	Status
Mer bruker-medvirkning	a. Innføre en hovedregel om brukermedvirkning i forskning finansiert av HOD	HOD	Innført
	b. Innføre behovsidentifisert forskning som et nytt virkemiddel i Forskningsrådet og i de regionale helseforetakene	HOD	Innført
	c. Evaluere omfang og effekt av brukermedvirkning i forskning	HOD	I prosess/HO21-monitor
Utvikling av menneskelige ressurser	a. Bedre kvaliteten og øke relevansen i helse- og sosialfaglige utdanninger ved å følge opp prosjektet Felles innhold i de helse- og sosialfaglige profesjons-utdanningene og følge opp prosjektet Kvalitet i praksisstudier	KD	I prosess, avhengig av andre prosesser
	b. Vurdere et mer omfattende, lovpålagt ansvar for kommunene til å ta imot praksisstudenter	KD	I prosess
	c. Utvikle en spesialistutdanning for leger rettet mot behov og utfordringer i framtida, der klinisk forskning kan inngå	HOD	Fulgt opp
	d. Gi universitet og høyskoler større handlefrihet til å føre en fleksibel personalpolitikk som gir ønsket kompetanse og god rekruttering ved å innføre en forskrift om innstegsstillinger – revidere forskrift om opprykk ved tilsetninger i universitets- og høyskolesektoren – vurdere å endre reglene for utrekning av tjenestetid for stipendiater	KD	I prosess
Strategisk kunnskapsbasert styring	a. Etablere HelseOmsorg21 Monitor	HOD	Lanseres høsten 2016
	b. Kartlegge barrierer og handlingsrom for samarbeid mellom UH-sektoren og helseforetakene	HOD/KD	Rapport leveres september 2016

Tabell 11.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig departement	Status
Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	a. Vurdere hvordan stimuleringstiltakene i opptrappinga av langtidsplanen kan bidra til å styrke norsk deltakelse i helseforskning i Horisont 2020 og ERA	KD	Styrket generelle virkemidler og spesielt helse
	b. Innrette nasjonale virkemidler slik at de virker mobiliserende og kvalifiserende for deltakelse i Horisont 2020	HOD/KD	Ferdig, tilpasset alle program i Forskningsrådet
	c. Styrke den grunnleggende fremragende forskningen	KD	Styrket Fripro, SFF med mer i 2016
	d. Øke bevilgningene til forskningsinfrastruktur, i tråd med den varsle opptrappingen i langtidsplanen for forskning og høyere utdanning	KD	Styrket Fripro, Infra, SFF med mer i 2016
	e. Vurdere en ny senterordning for klinisk forskning i Forskningsrådet	HOD	Utredningsoppdrag gitt i 2016
Møte de globale helseutfordringene	a. Videreutvikle insentiv for partnerskap med forskere i lav- og mellominntektsland, bl.a. gjennom eksisterende mekanismer som Globvac og Norhed	UD	I prosess
	b. Utrede og etablere en finansieringsmekanisme for innovasjonsprosjekt innen global utdanning og helse	UD	I prosess
Helsedata som nasjonalt fortrinn	a. Revidere forskriftene som er hjemlet i helseregisterloven	HOD	I prosess
	b. Vurdere en samlet forskrift for de store befolkningsbaserte helseundersøkelser	HOD	I prosess
	c. Vurdere mulige ordninger for å finansiere større datainnsamlinger gjennom befolkningsbaserte helseundersøkelser	HOD	Utredningsoppdrag gitt NFR
	d. Delfinansiere datainnsamling i Hunt 4	HOD	Ferdig. Fulgt opp i budsjett 2016
	e. Vurdere etablering av et personidentifiserbart register over legemiddelbruk og et register over psykiske lidelser og rus	HOD	I prosess
	f. Vurdere tiltak for å lette koblinger mellom helsedata og andre typer datakilder for ulike formål og brukergrupper, samtidig som personvernet tas hensyn til.	HOD	I prosess. Nedsatt ekspertgruppe, frist 30.06.17

Tabell 11.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig departement	Status
Bedre klinisk behandling	a. Etablere et felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten	HOD	Ferdig. Program etablert i 2016
	b. Gi de regionale helseforetakene i oppdrag å styrke infrastrukturen for utprøving og testing av ny diagnostikk og medisinsk utstyr	HOD	Oppdrag gitt 2016
	c. Opprette nytt program i Forskningsrådet for god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering	HOD	Program etablert i 2016
	d. Videreutvikle nettsidene med pasientretta informasjon om kliniske studier på helse-norge.no	HOD	I prosess. Oppdrag gitt Helsedirektoratet og RHF
	e. Etablere en nasjonal database for kliniske studier	HOD	I prosess. Cristin leder prosjektet
	f. Etablere et forskningsnettverk innenfor tannhelse	HOD	Utredningsoppdraget ferdigstilles i 2017
	g. Innføre partikkelbehandling i Norge gjennom etablering av protonsenters	HOD	I prosess. Konseptfase
Kunnskapsløft i kommunene	a. Bygge et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale tjenestene	HOD	I prosess, jf. omtale i budsjett 2017
	b. Vurdere å etablere et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)	HOD	Lovproposisjon om KPR vedtatt i Stortinget våren 2016
	c. Gi nasjonale og regionale kompetansesenter for helse- og omsorgstjenestene utenfor spesialisthelsetjenesten et samfunnsoppdrag om forskning og kunnskapsstøtte	HOD	I prosess. Sentrene fått nytt samfunnsoppdrag
	d. Opprette et nytt forskningsprogram i Forskningsrådet, Bedre helse og livskvalitet, som skal styrke kunnskapen om folkehelse i kommunene	HOD	Ferdig. Program etablert i 2016
Effektive og lærende tjenester	a. Øke omfanget av følgeforskning og tjenesteinnovasjon i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene	HOD	Løpende oppdrag
	b. Følgeevaluere reformene Fritt behandlingsvalg og Pakkeforløp for kreft for å se effektene av endringene	HOD	Oppdrag gitt NFR i 2016

Tabell 11.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig departement	Status
Helse og omsorg som nærings-politisk satsings-område	a. Styrke de generelle virkemidlene i den næringsrettede forsknings- og innovasjons-politikken i 2016	NFD	BIA, FORNY og FOU-kontrakt i IN styrket
	b. Styrke arbeidet med standardisering innenfor e-helse og velferdsteknologi	HOD	I prosess
	c. Legge til rette for at den offentlige helse- og omsorgstjenesten har effektiv dialog med markedet om de behovene markedet har	NFD	Ny lov om anskaffelser vedtatt.
	d. Legge til rette for mer bruk av innovasjons-fremmende anskaffelsesmetoder	NFD	I prosess
	e. Styrke Nasjonalt program for leverandør-utvikling i 2016	NFD	Ferdig. Styrket med 10 mill. kroner i 2016
	f. Legge til rette for et mer helhetlig og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forsknings-miljøer og matnæringen – innenfor mat, ernæring og helse	HOD	I prosess. Følges opp i Handlingsplan kosthold

Nedenfor følger en særlig synliggjøring av to av områdene som er fulgt opp i regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21. Det ene området er Kunnskapsløft i kommunene og det andre området er Helsedata som nasjonalt fortrinn. I budsjettet for 2018 vil andre områder beskrives særskilt.

Kunnskapsløft i kommunene

Kunnskapssystem for forskning rettet mot kommunale tjenester

I løpet av de siste 10–15 årene er det etablert flere sentre som primært har forskning som oppgave og som mottar tilskudd til forskning fra Helse-direktoratet og andre direktorat/departement. Målet er å utvikle et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene og andre nærliggende tjenester basert på prinsippene om at forskningen skal være uavhengig, av god vitenskapelig kvalitet, nyttig og reflekterer brukernes og tjenestenes behov for ny kunnskap. Departementet vil legge til rette for at forskningsmiljøene blir robuste, kompetente og flerfaglige, og at det etableres god samhandling med brukerne av tjenestene og med kommunesektoren. Videre skal ressursutnyttel-

sen være effektiv. På sikt er målet at miljøene når opp i både nasjonale og internasjonale konkurransearenaer for forskningsmidler.

Sentre som langt på vei har forskning som hovedoppgave er allmennmedisinske forsknings-senheter, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Nasjo-nalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Na-sjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin, Senter for samisk helsefors-kning, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging og Nasjonalt senter for vold og traumatisk stress. I tillegg Senter for omsorgsfors-kning som er fordelt i fem regioner. Det pågår også betydelig forskningsaktivitet ved de regio-nale kunnskapssentrene for barn og unges psy-kiske helse og barnevern og ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse – Øst og Sør. Forskningsdelen av sentrenes aktivitet vil omfat-tes av den nedenfor nevnte omleggingen.

Forskningsrådet har vurdert sentrene og i tråd med deres anbefalinger vil departementet legge finansieringen av forskningen ved sentrene inn under de ordinære ordningene for forsknings-finansiering i Forskningsrådet. Dette må gjøres over tid for å sikre at miljøene har mulighet til å gjennomføre nødvendig omstilling og kvalitets-heving. Departementet vil legge til rette for en

gradvis overgang over flere år fra en fast bevilgning til at en større andel av midlene styres mot en resultat- og konkurransebasert finansiering. Det er under etablering enhetlige forskningsindikatorer og rapporteringsrutiner for forskningsaktivitet til forsknings- og kompetansesentrene. Departementet varsler med dette at det vil skje en gradvis overføring av tilskuddsmidler til forskning for de ovenfor nevnte sentrene fra Helsedirektoratet til Forskningsrådet f.o.m. 2018. Omsorgsforskningssentrene mottar allerede forskningsmidlene fra Forskningsrådet. Overføringen vil i hovedsak basere seg på rapporteringssystemet som innføres fra 2017.

Departementet arbeider med å gi en bedre oversikt over forskningsinnsatsen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Etablering av enhetlige forskningsindikatorer for forsknings- og kompetansesentrene er en viktig del av dette. Forskningsrådets oversikt over prosjekter der de kommunale helse- og omsorgstjenestene inngår eller er tema viser at om lag 90 prosjekter har vært gjennomført i de forrige programmene. Forskningsrådet gjennomfører en kartlegging og analyse av forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene som en del av arbeidet med å etablere HelseOmsorg21 Monitor.

Departementet vil i 2016 legge fram en forskningsstrategi for tannhelse som er utarbeidet i samarbeid med sentrale aktører, se nærmere omtale kap. 770.

Regjeringens satsing på kompetanse er sentralt i arbeidet med å styrke kunnskapsgrunnlaget i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, se nærmere omtale av Kompetanseløftet 2020.

Etableringen av et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Stortinget vedtok våren 2016 lovhjemmel for etablering av et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dette inngår i strategien for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre. Departementet arbeider med forslag til forskrift om KPR. Arbeidet med den praktiske utviklingen av registeret startet i 2015. Hovedformålet med KPR er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester for sentrale og kommunale myndigheter. Opplysningene i registeret skal også være en viktig datakilde for statistikk, helseanalyser, kvalitetsforbedringsarbeid, beredskap, forebyggende arbeid og forskning.

Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten

Regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre utgjør en viktig del av nasjonale myndigheters satsning på å styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, barnevernet og andre sektorer. Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte i 2016 i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet nytt samfunnsoppdrag og oppgaver for 21 av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten.

Samfunnsoppdraget for sentrene er undervisning, veiledning, informasjon og nettverksarbeid. I tillegg kan sentrene delta i praksisnær og praksisrelevant forskning. Sentrene skal samarbeide med relevante kompetansesentre og tjenester. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidlene til sentrene og har fått i oppdrag å sette i verk tiltak som skal sikre kommunene og de utøvende tjenestene bedre kjennskap til sentrenes virksomhet og likeverdig tilgang til kunnskaps- og kompetansesentrene.

Flere av kunnskaps- og kompetansesentrene har formidlet ønsker om organisatorisk sammenheng. Et sentralt formål med sammenslåinger må være at dette gir en synergieffekt og at de aktuelle sentre på en bedre måte blir i stand til å levere kompetansestøtte til målgruppene. Sammenslåing forutsettes å foregå innenfor gjeldende økonomisk ramme. Så langt har Regionsenter for barn og unges psykiske helse Sør-Øst (RBUP Sør-Øst) slått seg sammen med stiftelsen Regionalt ressursenter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – Øst (RVTS Øst).

De enkelte sentrene er nærmere omtalt under aktuell kapittel og post under programområde 10.60.

Programmene departementet finansierer gjennom Forskningsrådet er sentrale i å styrke forskningsinnsatsen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene, se omtale av disse under kap. 780, post 50.

Helsedata som nasjonalt fortrinn

Forskning på og analyse av helsedata er nødvendig for å vurdere befolkningens helse, kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene, og for å planlegge framtidens behov. Helseopplysninger er sensitive opplysninger som er underlagt strenge taushetspliktsbestemmelser. Regelverket for bruk av slike data forutsetter at opplysningene behandles på en etisk forsvarlig måte som ivaretar den enkeltes personvern. Det er imidlertid slik at summen av

vilkårene som er satt opp for å få tilgang til helsedata kan være unødvendig arbeids-, tids- og kostnadskrevende for å få nødvendige tillatelser.

Helse- og omsorgsdepartementet har nedsatt et ekspertutvalget for å vurdere og anbefale konkrete organisatoriske, tekniske og juridiske tiltak

for å forbedre dagens system. Til grunn for arbeidet ligger en forutsetning om at den enkelte pasient og bruker i størst mulig grad skal råde over egne personopplysninger. Personvernet skal ivaretas tverrgående i hele utvalgets arbeid. Ekspertutvalget skal levere sin sluttrapport 30. juni 2017.



Sak 43/16 Satsingsområde Økt brukermedvirkning

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

Kontaktperson i HO21-sekretariatet	• Seniorrådgiver Nina Ånensen
Bakgrunnsdokumenter:	• 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:	• Notat datert 24.10.2016
Ansvarlig arbeidsgruppe:	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>
Andre rådsmøter hvor satsingsområde har vært diskutert	• 31.8.2015 (04/15)

Bakgrunn

Resultater fra forskning og innovasjon får større betydning og tas med større sannsynlighet i bruk når de oppleves som nyttige og relevante for brukerne, pasienter og pårørende.

Brukermedvirkning og – involvering er særlig viktig i tjenesteforskning og kliniske studier, det vil si i den pasient- og praksisnære forskningen, og i tjeneste- og produktinnovasjon. I samarbeid med forskerne kan brukerne bidra til at forskningen reflekterer brukerbehov og deres prioriteringer, til forbedret forskningsdesign og metodebruk, økt rekruttering av pasienter til studiene og bedre deltakelse gjennom hele studieforløpet. Forskningens ulike faser omfatter prioritering, planlegging og gjennomføring av forskning, og formidling og implementering av forskningsresultater. Brukermedvirkning vil være relevant i alle disse fasene – om enn i ulike former og av ulike aktører. Selv om praktiske og kulturelle barrierer kan fremstå som hinder for brukermedvirkning, er det et faktum at det settes krav om at brukerne av forskningsresultater og innovasjoner også skal sikres innflytelse der dette er hensiktsmessig. Dette begrunnes i at brukermedvirkning- og brukerinvolvering vil bidra til å

sikre forskningens relevans, kvalitet og legitimitet, samt å bidra til implementering av forskningsresultatene.

Brukermedvirkning og -involvering kan skje på ulike nivåer og faser av forskningen. Relevante brukerrepresentanter har en viktig rolle i hele forskningsprosessen; fra prioriterings-planleggings- og beslutningsprosesser og videre til forskningsgjennomføring, formidling og implementering. Brukere og representanter for brukerorganisasjoner og brukergrupper velges ofte inn i utvalg og råd som er relevante for forskning og innovasjon. På systemnivå eller politisk nivå vil brukermedvirkning være å involvere brukergrupper og -organisasjoner i prosesser før politiske beslutninger fattes, og også i premissene for politiske beslutninger og reformer. Slik vil de beslutninger som treffes, i større grad være behovsstyrte.

Det er behov for formelle rammer for brukermedvirkning og tiltak som bidrar til holdnings- og kulturendringer hos forskere, forskningsinstitusjoner, helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell, slik at brukermedvirkning blir en naturlig systematisert og integrert del av alle ledd i forsknings- og innovasjonsprosessen.

HelseOmsorg21- strategien forslår følgende:

- For å øke brukermedvirkningen i offentlige finansierte kliniske studier, innføres krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planleggingen av studien
- Etablere samarbeid mellom industrien, det offentlige og brukerorganisasjonene for å øke brukermedvirkningen i industrifinansierte studier
- Forskningsinstitusjonene må utarbeide retningslinjer og iverksette tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskningens ulike faser, herunder økt brukermedvirkning i utforming (design) av forskningsprosjekter
- Systematisk dialog og samarbeid om brukermedvirkning mellom forskningsinstitusjonene og pasient- og brukerorganisasjonene
- Minoritetsperspektivet må inkluderes i brukermedvirkning, spesielt i studier som angår tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester
- Etablering av ordninger for å la brukerne bygge kompetanse i rollen som brukerrepresentant
- Helse- og omsorgssektoren må innføre prosesser for innovative anskaffelser og benytte dialogkonferanser med brukere og relevant næringsliv/leverandører

Implementering av tiltakene vil føre til:

- Mer relevant forskning og innovasjon i tråd med brukernes behov i det som er pasientenes helsetjeneste
- Økt kompetanse hos brukerrepresentantene
- Økt innflytelse for brukerne i prioritering og planlegging av forskning
- Mer kunnskap om forskning og innovasjon i brukerorganisasjonene

Tiltakene foreslås implementert ved:

- Ved utlysning av forskningsmidler vil søknader med aktiv involvering av brukere, bli positivt vurdert. Ansvar: Forskningsfinansiører
- Regelverk og utlysninger for klinisk forskning tar inn bestemmelser om brukermedvirkning. Ansvar: HOD og forskningsfinansiører
- Utarbeidelse av institusjonelle retningslinjer for brukermedvirkning i forsknings- og innovasjonsprosesser. Ansvar: Forskningsinstitusjonene
- Helse- og omsorgsektoren utnytter brukernes og leverandørenes kompetanse ved innovative anskaffelser. Ansvar: Kommuner og HFene
- Etablering av kurs og andre kompetansefremmende tiltak for brukere. Ansvar: Brukerorganisasjonene

Arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen for satsingsområdet Økt brukermedvirkning har hatt ett telefonmøte og er helt i oppstartsfasen av sitt arbeid. Arbeidsgruppen vil fremover diskutere alle de skisserte tiltakene i strategi og handlingsplan. Den vil i sitt arbeid vurdere tiltakene som er skissert i strategi og handlingsplan og vurdere om det er andre tiltak som bør foreslås. Deretter vil arbeidsgruppen utarbeide en prioritert liste over alle tiltak.

Arbeidsgruppen ønsker initialt å løfte noen grunnleggende problemstillinger frem for diskusjon i Rådet. Avhengig av det som kommer frem i diskusjonen på rådsmøtet 24. oktober vil gruppen på rådsmøtet i januar presentere forslag til tiltak.

Leder av arbeidsgruppen Lilly- Ann Elvestad (FFO) innleder.

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å diskutere:

- Hvordan skal begrepene brukermedvirkning, brukerinvolvering og brukerrepresentasjon i forskning forstås?
- Hvordan defineres brukermedvirkning?

Rådet bes om å diskutere:

- Status for satsingsområdet i dag og hvordan vi oppnår økt brukermedvirkning i forskning fremover?
- Hva oppnår vi med brukermedvirkning i alle faser av forskningen? Hva er merverdien?

Rådet bes om å diskutere hvordan Rådet kan bidra til økt brukermedvirkning/-involvering i forskningen på:

- Systemnivå
- Organisasjonsnivå

- Personnivå/enkeltbrukernivå

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

VEDLEGG

Sak 43/16



Notat til diskusjon på rådsmøtet 24.10.2016

Fra:	• 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 • Grete Crowo, FFO (<i>sekretariat for arbeidsgruppen</i>)
Vedlegg til:	Sak 43/16 Satsingsområde Økt brukervedvirkning

Bakgrunn

Et av målene for HelseOmsorg21-strategien er å bidra til et forskningssystem innrettet mot kunnskapsbehov, brukernes behov og tjenestenes behov.

Brukermedvirkning er framhevet for å øke treffsikkerheten i utforming og gjennomføring av tiltak. Brukermedvirkning i forskning betyr involvering av brukere i forskningsarbeidet, beslutningsprosesser og i utforming av forskningsbehov og konkretisering av forskningsspørsmål. Målsettingen er mer relevant og nyttig forskning og innovasjon gjennom økt medvirkning og innflytelse fra brukere i prioritering, planlegging og gjennomføring av forskning.

Som et utgangspunkt for diskusjon har arbeidsgruppen undersøkt hvordan noen av de store forskningsfinansierende organisasjonene definerer brukervedvirkning. Det er tilsynelatende stor felles forståelse av hvem brukeren er og hva reell brukervedvirkning betyr på tvers av disse organisasjonene. Forskningsrådet har imidlertid en noe bredere definisjon av bruker. Dette er knyttet til det vide spekteret av helseforskning Forskningsrådet skal finansiere gjennom sine fire helseforskningsprogrammer (global vaksinasjonsforskning, helsetjenesteforskning, folkehelse/forebygging og diagnostikk/behandling/rehabilitering).

- **Forskningsrådet:** Generelt er følgende grupper å forstå som brukere av helseprogrammenes forskning: Pasienter, klienter og deres pårørende; befolkningen; helse-, omsorgs- og velferdstjenestene; beslutningstakere og myndigheter. Brukermedvirkning i forskning betyr involvering av brukere i forskningsarbeidet, beslutningsprosesser og i utforming av forskningsbehov og konkretisering av forskningsspørsmål. Brukermedvirkning skal ivaretas i hele forskningsprosessen. Formålet med brukervedvirkning er å bedre forskningens kvalitet og nytteverdi.

- **Helse Sør-Øst:** Brukere er de som drar nytte av forskningsresultatene, primært sett pasientene. Pårørende kan også være brukere i de tilfellene hvor de helt eller delvis ivaretar pasientens interesser, eksempelvis når pasienten er et barn, er bevisstløs eller dement. Pasienter som inngår i kliniske studier anses ikke som brukere. Ved brukermedvirkning i forskning skal brukerne involveres aktivt i en eller flere faser av forskningsprosjektet, som rådgivere, samarbeidspartnere eller ved at de deltar på mer overordnet nivå i besluttede organer tilknyttet forskning. Det overordnede målet med brukermedvirkning er at det skal bidra til økt relevans og bedre kvalitet i forskningen.
- **Kreftforeningen:** Brukere er sluttbrukere av forskningsresultater definert som kreftpasienter og deres pårørende. Brukermedvirkning betyr å involvere de som drar nytte av forskningsresultater i forskningen. Brukermedvirkning anses som reell når brukerne deltar aktivt i forskningsprosjektet enten som konsulent eller samarbeidspartner. Det siste tilfellet anses som mer aktiv brukermedvirkning. Formålet er å oppnå bedre og mer relevant forskning.

Det er verdt å merke seg at de regionale helseforetakene i 2014 etablerte retningslinjer for brukermedvirkning i helseforskning som legger et rammeverk for brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten. Retningslinjene definerer hva som er målet med brukermedvirkning, hvem brukerne er og hva vi forstår med brukermedvirkning. Universitets- og høyskolesektoren har enda ikke utarbeidet felles retningslinjer for brukermedvirkning, men HelseOmsorg21-rådet har bedt Universitets- og høyskolerådet i samarbeid med sine medlemsinstitusjoner om å vurdere behovet for å utvikle felles nasjonale retningslinjer for UoH-sektoren tilsvarende retningslinjene som er utarbeidet av de regionale helseforetakene. UHR vil bli invitert til et rådsmøte våren 2017.

Status for arbeidet med de foreslåtte tiltakene i strategien (1- 7) og handlingsplanen (8 -10)

HelseOmsorg21-strategien foreslår sju konkrete tiltak for å stimulere til økt brukermedvirkning. Handlingsplanen for oppfølging av strategien skisserer ytterligere tre tiltak. Disse gjennomgås kort nedenfor, men en kort presentasjon av status for implementering.

Strategien:

1. ***"For å øke brukermedvirkningen i offentlige finansierte kliniske studier, innføres krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planleggingen av studien".***

De største offentlige finansieringskildene for kliniske studier er de regionale helseforetakene og Forskningsrådet. Disse organisasjonene har allerede innført krav om brukermedvirkning, evt. begrunnelse dersom brukermedvirkning ikke er relevant, i sine utlysninger om helseforskningsmidler.

De regionale helseforetakene utarbeidet i 2014 rapporten "Brukermedvirkning i helseforskning i Norge". Rapporten lå til grunn for etablering av felles retningslinjer for implementering av brukermedvirkning i regionene. Foretakene praktiserer i dag krav om brukermedvirkning i utlysninger både av regionale forskningsmidler og nasjonale forskningsmidler gjennom program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK).

KLINBEFORSK skal utelukkende finansiere kliniske studier og brukermedvirkning er obligatorisk i søknader om midler fra programmet:

- *Brukermedvirkning i prosjektene er obligatorisk. Det skal beskrives hvem den relevante bruker er, og det skal redegjøres for omfanget, innholdet og betydningen av brukermedvirkning. Brukerrepresentanter skal kunne ha innflytelse på design, planlegging og gjennomføring av prosjektene. Omtale av brukermedvirkning skal inkluderes i prosjektbeskrivelsen.*

Forskningsrådet innførte likeledes i 2015 krav om brukermedvirkning i utlysning av forskningsmidler i helseprogrammene. Brukermedvirkning er inkludert som et evalueringskriterium der det i panelvurderingen vurderes hvem de relevante brukerne for prosjektet er, hvordan brukerne er involvert i planlegging av prosjektet, hvordan brukerne er involvert i gjennomføringen av prosjektet og hvordan brukerne er involvert i utnyttelse av resultatene fra prosjektet.

Universitets- og høyskolesektoren har enda ikke utarbeidet felles retningslinjer for brukermedvirkning, men HelseOmsorg21-rådet har bedt Universitets- og høyskolerådet i samarbeid med sine medlemsinstitusjoner om å vurdere behovet for å utvikle felles nasjonale retningslinjer for UoH-sektoren tilsvarende retningslinjene som er utarbeidet av de regionale helseforetakene. UHR vil som tidligere nevnt bli invitert til et rådsmøte våren 2017.

2. *"Etablere samarbeid mellom industrien, det offentlige og brukerorganisasjonene for å øke brukermedvirkningen i industrifinansierte studier".*

Krav om brukermedvirkning i offentlig finansierte kliniske studier vil ha begrenset effekt på studier som gjennomføres av kommersielle aktører. På legemiddelområdet har flertallet av studiene kommersiell sponsor og er uten offentlig finansiering. Studiene gjennomføres likevel i samarbeid med, og med mål om å produsere resultater av relevans for, det offentlige helsevesenet. Det er derfor ønskelig å stimulere til økt grad av brukermedvirkning også i disse studiene.

3. *"Forskningsinstitusjonene må utarbeide retningslinjer og iverksette tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskningens ulike faser, herunder økt brukermedvirkning i utforming (design) av forskningsprosjekter".*

De regionale helseforetakene har utarbeidet felles retningslinjer for brukermedvirkning i helseforskning som gjelder for RHFene og sykehusene.

HelseOmsorg21-rådet har allerede bedt Universitets- og høskolerådet i samarbeid med sine medlemsinstitusjoner om å vurdere behovet for å utvikle felles nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning i UoH-sektoren tilsvarende retningslinjene som er utarbeidet av de regionale helseforetakene.

Henvendelsen til Universitets- og høskolerådet presiserer også behovet for kompetanse og kunnskap om brukermedvirkning hos forskningsutførende personale og at denne kompetansen kan oppnås gjennom grunn- og videreutdanningene.

4. *"Systematisk dialog og samarbeid om brukermedvirkning mellom forskningsinstitusjonene og pasient- og brukerorganisasjonene".*

Pasient- og brukerorganisasjonene vil være viktige premissleverandører for god brukermedvirkning i forskning. Organisasjonene må bidra med brukere og bidra til at brukerne har god kompetanse for ivareta rollen som brukerrepresentant.

Forskningsinstitusjonene må på sin side bidra til at pasient- og brukerorganisasjonen har god forståelse for forskningsprosessen og forskningssystemet. God dialog mellom pasient- og brukerorganisasjonene og de forskningsutførende institusjonene er derfor svært viktig.

5. *"Minoritetsperspektivet må inkluderes i brukermedvirkning, spesielt i studier som angår tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester".*

Når den norske befolkningen blir mer heterogen, må helseforskningen også gjenspeile dette gjennom å ivareta behov i alle brukergrupper. Relevante brukere må alltid defineres ut fra hensikten med hvert enkelt forskningsprosjekt, men det er viktig å sikre representasjon fra alle relevant pasientgrupper.

6. *"Etablering av ordninger for å la brukerne bygge kompetanse i rollen som brukerrepresentant".*

Brukerinvolvering i helseforskning kommer til å kreve mye også av brukerne. Det kommer til å bli behov for et stort antall brukere over hele landet og aktuelle pasient- og brukergrupper må trenes til å se betydningen av sin egen rolle.

Det er viktig at brukerrepresentantene som skal delta i forskningsprosjekter har god forståelse av rollen som representant for flere enn seg selv og sine egne behov. Det må derfor etableres gode ordninger for kompetansebygging.

7. *Helse- og omsorgssektoren må innføre prosesser for innovative anskaffelser og benytte dialogkonferanser med brukere og relevant næringsliv/leverandører".*

Prosesser for innovative anskaffelser er foreslått i flere av strategiens satsingsområder og det er viktig at tiltak ses på tvers av de arbeidsgruppene som jobber med denne problemstillingen slik at brukermedvirkning ses i sammenheng med andre behov og implementeres på en god måte.

Følgende tiltak er foreslått:

- Tilrettelegge for bedre systematikk i innovasjonsarbeidet i tjenestene. Dette inkluderer metodikk for behovskartlegging, brukermedvirkning og ide, evaluering, implementering og spredning (Effektive og lærende tjenester)
- Utvikling og etablering av effektive virkemidler for innovasjonsprosjekter i næringslivet knyttet til innovative anskaffelser (Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde)
- Styrke ordningen med innovative anskaffelser, inkludert vedrørende kliniske utprøvinger (Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering)

Handlingsplanen

8. *"Innføre behovsidentifisert forskning som eit nytt verkemiddel i Noregs forskingsråd og i dei regionale helseforetaka".*

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt både Forskningsrådet og de regionale helseforetakene i oppdrag å benytte behovsidentifisert forskning som virkemiddel for tildeling av forskningsmidler. Forskningsrådet har utviklet en modell for ordningen og gjennomfører en pilot i 2016. I piloten er det gjennomført en offentlig prosess for å identifisere kunnskapsbehov på området kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalitt (CFS/ME). Identifiserte behov vil bli tema for en rettet utlysning av 30 millioner kroner som offentliggjøres høsten 2016. Virkemiddelet vil fremover bli benyttet i Forskningsrådets helseprogrammer på utvalgte tema der det er behov for å identifisere områder med særlige kunnskapsbehov.

De regionale helseforetakenes nye program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK) skal også ta i bruk dette virkemiddelet. Det er fremdeles usikkert hvordan virkemiddelet implementeres i programmet, om Forskningsrådets modell vil følges eller om foretakene har andre behov som må dekkes i en tilpasset modell.

9. *Innføre ein hovudregel om brukarmedverknad i forskning finansiert av HOD".*

HOD finansierer forskning hovedsakelig gjennom virkemidler i de regionale helseforetakene og Forskningsrådet, samt institusjonenes basisbevilgning. Slik beskrevet i punkt 1 i dette notatet har både foretakene og Forskningsrådets helseprogrammer innført krav om brukermedvirkning i de prosjektene som finansieres. Helseforetakene har også innført retningslinjer for hvordan brukermedvirkning skal praktiseres i forskningsinstitusjonene/sykehusene.

Det kan i tillegg nevnes at flere private finansieringskilder for forskning, bl.a. Extrastiftelsen og Kreftforeningen, også har innført krav om brukermedvirkning i relevante prosjekter i sin søknadsbehandling. Kreftforeningen har også innført brukere i

selve søknadsbehandlingen. Mange av de største relevante aktørene som finansierer helseforskning har dermed implementert brukermedvirkning i sine prosesser.

10. "Evaluere omfang og effekt av brukarmedverknad i forskning".

Brukermedvirkning er nå innført som krav hos de fleste finansieringskilder for helseforskning og institusjonene utarbeider retningslinjer for hvordan dette skal praktiseres. Etter hvert kan det tenkes at brukermedvirkning også blir et tema i utdanningene. Intensjonen med denne satsingen på brukermedvirkning er at forskningen skal bli mer relevant og nyttig, men om dette målet nås må evalueres.

HelseOmsorg21-monitor lanseres november 2016. Informasjon om brukermedvirkning vil være inkludert i monitor og utvikling i omfang av brukermedvirkning kan følges over tid gjennom data fra monitoren.

Arbeidsgruppens foreløpige overordnede vurderinger

Strategien

- Arbeidsgruppen mener det er grunnlag for å vurdere om tiltakene i strategien er tilstrekkelige for å kunne realisere økt brukermedvirkning i forskning.
Arbeidsgruppen vil samtidig vurdere om noen av tiltakene ikke lenger er relevante eller om de vil bli dekket av andre tiltak.
- Arbeidsgruppen mener det er grunnlag for å vurdere behov for utvikling av konkrete verktøy og veiledere for å kunne realisere brukermedvirkning i forskning.
- Det vil være helt avgjørende at sentrale forskningsinstitusjoner/ UoH sektoren prioriterer området i forhold til forskerutdanningen og de premisser som legges inn i krav til PhD utdanningen, samt egne krav til sin forskning.
- Arbeidsgruppen mener det er nødvendig å se på prinsipper, krav og godkjenningsordninger inn mot industrien, og ser det naturlig å etablere et samarbeid med arbeidgruppene Helse- og omsorg som næringspolitisk satsingsområde" og "Bedre klinisk behandling".
- Arbeidsgruppen mener det må gjøres en grunnleggende vurdering av den rolle som pasient- og brukerganisasjon skal ha i forhold til å bidra til god brukermedvirkning, samt å avklare spørsmål om ansvar, rolle og oppgave i forhold til opplæring av brukermedvirkere.

Handlingsplanen

- Arbeidsgruppen mener det er grunnlag for å vurdere om tiltakene er tilstrekkelig og om det mer som bør gjøres for å bidra til behovsidentifisert forskning og tilfredstillende forskning
- Arbeidsgruppen mener det kan behov for å vurdere om det er mulig å måle effekt av brukermedvirkning over tid og hvilke premisser og mekanismer som fremmer gode effekter av brukermdvirkning.



Sak 44/16 Satsingsområde Effektive og lærende tjenester – Helsedirektoratet – presentasjon av oppdrag fra HOD

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

Kontaktperson i HO21-sekretariatet	• Seniorrådgiver Nina Ånensen
Bakgrunnsdokumenter:	• 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:	• Kopi av oppdragsbrevet fra HOD til Helsedirektoratet • Saksnotat fra arbeidsgruppen datert 24.10.2016
Innledning:	• Helsedirektoratet v/divisjonsdirektør Svein Lie
Ansvarlig arbeidsgruppe:	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 satsingsområdet har vært diskutert	• Møte 12.9.2016 (04/16)

Hovedpunkter

Satsingsområde Effektive og lærende tjenester var til første diskusjon i Rådet 12.9.2016 (04/16). Hilde Lurås (Ahus), leder av den interne arbeidsgruppen i Rådet, presenterte de tre anbefalingene som arbeidsgruppen hadde kommet frem til. De tre anbefalingene er basert på de seks tiltakene som er foreslått i HO21-strategien og de to tiltakene i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien.

Arbeidsgruppens tre anbefalinger er:

1. Styrke strategisk samarbeid om forskning og innovasjon mellom ulike aktører
2. Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten
3. Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning

Gruppens arbeid må ses i sammenheng med pågående prosesser. Av særlig relevans er Helsedirektoratets arbeid med etablering av et nasjonalt system for tjenesteinnovasjon og innovasjonsmodell i Velferdsteknologiprogrammet.

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

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet og Direktoratet for e-Helse 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. Frist for ferdigstillelse av prosjektet er 1. desember 2016.

Divisjonsdirektør Svein Lie i Helsedirektoratet vil presentere oppdraget og status for arbeidet.

Leder av den interne arbeidsgruppe Hilde Lurås (Ahus) gir en kort innledning.

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å diskutere hvordan det reviderte oppdraget til Helsedirektoratet kan ses i sammenheng med Rådets arbeid med satsingsområde Effektive og lærende tjenester

Rådet bes om å diskutere følgende knyttet til arbeidsgruppens anbefalinger:

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

Forslag fra arbeidsgruppen: 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: På dette området har HOD gitt et kartleggingsoppdrag til Helsedirektoratet. Hvis dette ikke inkluderer en kartlegging av finansieringsordninger bør Rådet foreslå en slik kartlegging. Resultatene av kartleggingen bør presenteres for Rådet når den er klar. På bakgrunn av dette kan behovet for andre tiltak/virkemidler vurderes.
- Fremme gode samarbeidsarenaer: Gode samarbeidsarenaer med god lokal forankring blant aktørene er viktig. Eksempler på vellykkede arenaer (som Årstadvollen) har blitt presentert for Rådet. Spørsmålet er om og eventuelt hvordan, Rådet kan bidra til at lignende initiativ igangsettes.
- Innovasjonsutdanning for offentlig sektor: Det finnes en rekke utdanninger og kursporteføljer innenfor tjenesteinnovasjon. Hvorvidt disse dekker sektorens behov og om utdanningene er godt nok kjent og utnyttet i sektoren er vanskelig å ta stilling til. Rådet må avklare om det har en rolle i dette.
- En helhetlig og koordinert satsing på e-helse: Arbeidsgruppen foreslår at Rådet kontakter Direktoratet for e-helse for å avklare om Rådet har en oppgave innenfor dette.

3) *Styrke kvaliteten og omfanget av helsetjenesteforskning*

- Opprette kombinerte stillinger: Kan Rådet ta nødvendige initiativ for å sikre at avtaleverket ikke er til hinder for opprettelse av kombinerte stillinger?
- Strategiske dialogmøter om felles forskningsspørsmål: Bør Rådet ta initiativ til å opprette en strategisk møteplass hvor relevante departement og forskningsfinansierer møtes til dialog om felles forskningsspørsmål innenfor organisering, finansiering og ledelse som det kan samarbeides om?
- Kartlegging av midler som bevilges til helsetjenesteforskning: HRCS-kodingen og HelseOmsorg21-monitor er trolig tilstrekkelig for å få en helhetlig oversikt over de samlede tildelingene til helsetjenesteforskning. Dette vil Rådet kunne ta stilling til når de første resultatene blir presentert.
- Samordnet nasjonal utlysning av forskningsmidler: Arbeidsgruppen foreslår at dette tiltaket fra HO21 strategien ikke fremmes på nytt. Dette kan ses i sammenheng med pkt (2).
- Utdanning og forskeropplæring: Det er et behov for mer kunnskap om forskning og innovasjon på bachelor, videreutdanning og lederprogramnivå. Arbeidsgruppen foreslår at dette ses i sammenheng med forslagene til tiltak innenfor områdene "Nok og rett kompetanse".
- Forskningsbasert evaluering av reformer: Rådet bør initiere en dialog med myndigheter/departementer med hensyn til hvordan forskningsbaserte reformer bør gjennomføres for å sikre best mulig resultat.

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

VEDLEGG

Sak 44/16



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT



Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 OSLO

Unntatt offentlighet jf. Offl. § 14
1. ledd

Deres ref
16/9610

Vår ref
16/560-

Dato
21.09.2016

Oppdrag på innovasjon og tjenesteinnovasjon i Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse

Det vises til to oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til hhv innovasjonsoppdrag om nasjonalt system for tjenesteinnovasjon og oppdrag om innovasjonsmodell i Velferdsteknologiprogrammet. I notat fra Helsedirektoratet datert 13. juni d.å bes om at departementet vurderer om og hvordan de to innovasjonsoppdragene i kan ses i sammenheng.

I møtet i departementet 14. september d.å. bekreftet vi at de to oppdragene bør ses i sammenheng. På denne bakgrunn følger således en revidert bestilling av de to oppdragene som heretter må forstås som ett oppdrag.

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 e-helse og velferdsteknologi kan være egnet "case" for arbeidet jf. oppdraget til

Direktoratet for e-helse i 2014 og leveranser i nasjonalt program for velferdsteknologi.

Når det gjelder fremtidsplan og tidshorisont bør Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse utarbeide en felles fremtidsplan for arbeidet. Frist for ferdigstillelser av prosjektet er 1. desember 2016

Med vennlig hilsen

Cathrine Meland (e.f.)
Ekspedisjonssjef

Maiken Engelstad
Avdelingsdirektør

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Kopi til:

Direktoratet for e-helse

Postboks 6737 St. Olavs
plass

0130 OSLO



Notat til diskusjon på rådsmøtet 24.10.2016

Fra:	• 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, Hdir
Vedlegg til:	Sak 44/16 Effektive og lærende tjenester

Arbeidsgruppens anbefaling: Hva bør HO21-rådet prioritere?

Etter en gjennomgang av anbefalingene som er gitt i HO21 strategien og Regjeringens handlingsplan har arbeidsgruppen gruppert tiltakene innenfor tre områder:

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 mellom ulike aktører

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

Anbefaling 2: Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten

Arbeidsgruppen ønsker en avklaring/diskusjon på følgende områder:

- (1) *Sikre et helhetlig system for tjenesteinnovasjon og forsøksvirksomhet:* På dette området har HOD gitt et kartleggingsoppdrag til Helsedirektoratet. Hvis dette ikke inkluderer en kartlegging av finansieringsordninger bør Rådet foreslå en slik kartlegging. Resultatene av kartleggingen bør presenteres for Rådet når den er klar. På bakgrunn av dette kan behovet for andre tiltak/virkemidler vurderes.
- (2) *Fremme gode samarbeidsarenaer:* Gode samarbeidsarenaer med god lokal forankring blant aktørene er viktig. Eksempler på vellykkede arenaer (som Årstadvollen) har blitt presentert for Rådet. Spørsmålet er om og eventuelt hvordan, Rådet kan bidra til at lignende initiativ igangsettes.

- (3) *Innovasjonsutdanning for offentlig sektor*: Det finnes en rekke utdanninger og kursporteføljer innenfor tjenesteinnovasjon. Hvorvidt disse dekker sektorens behov og om utdanningene er godt nok kjent og utnyttet i sektoren er vanskelig å ta stilling til. Rådet må avklare om det har en rolle i dette.
- (4) *En helhetlig og koordinert satsing på e-helse*: Arbeidsgruppen foreslår at Rådet kontakter Direktoratet for e-helse for å avklare om Rådet har en oppgave innenfor dette.

Anbefaling 3: Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning

Arbeidsgruppen ønsker en avklaring/diskusjon på følgende områder:

- (1) *Opprette kombinerte stillinger*: Kan Rådet ta nødvendige initiativ for å sikre at avtaleverket ikke er til hinder for opprettelse av kombinerte stillinger?
- (2) *Strategiske dialogmøter om felles forskningsspørsmål*: Bør Rådet ta initiativ til å opprette en strategisk møteplass hvor relevante departement og forskningsfinansiører møtes til dialog om felles forskningsspørsmål innenfor organisering, finansiering og ledelse som det kan samarbeides om?
- (3) *Kartlegging av midler som bevilges til helsetjenesteforskning*: HRCS-kodingen og HelseOmsorg21-monitor er trolig tilstrekkelig for å få en helhetlig oversikt over de samlede tildelingene til helsetjenesteforskning. Dette vil Rådet kunne ta stilling til når de første resultatene blir presentert.
- (4) *Samordnet nasjonal utlysning av forskningsmidler*: Arbeidsgruppen foreslår at dette tiltaket fra HO21 strategien ikke fremmes på nytt. Dette kan ses i sammenheng med pkt (2).
- (5) *Utdanning og forskeropplæring*: Det er et behov for mer kunnskap om forskning og innovasjon på bachelor, videreutdanning og lederprogramnivå. Arbeidsgruppen foreslår at dette ses i sammenheng med forslagene til tiltak innenfor områdene "Nok og rett kompetanse".
- (6) *Forskningsbasert evaluering av reformer*: Rådet bør initiere en dialog med myndigheter/departementer med hensyn til hvordan forskningsbaserte reformer bør gjennomføres for å sikre best mulig resultat.



Sak 45/16 Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn

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

Kontaktperson i HO21-sekretariatet	• Sekretariatsleder/spesialrådgiver Hilde G Nielsen
Bakgrunnsdokumenter:	• 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:	• Utkast, Nasjonal e-helse strategi, Direktoratet for e-helse • Saksnotat fra arbeidsgruppen datert 24.10.2016
Ansvarlig arbeidsgruppe	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)

Hovedpunkter

Nasjonal e-helse strategi

Direktoratet for e-helse har i samarbeid med sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren utarbeidet en nasjonal e-helse strategi med en handlingsplan for perioden 2017 – 2010.

Strategien og handlingsplanen skal oversendes HO21 i mars 2017 etter en innspillsrunde i desember 2016.

Divisjonsdirektør Roar Olsen (Direktoratet for e-helse) presenterer e-helse strategien.

Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn har vært diskutert på følgende rådsmøter: 29.2.2016 (02/16), 25.1.2016 (01/16) og 1.12.2015 (06/15).

Rådet vedtok 29.2.2016 (02/16) å konsentrere sitt arbeid om fire tiltak. De fire tiltakene er:

1. Utarbeide rapport

Kort status: Forskningsrådet er ansvarlig for implementering tiltaket. Agenda Kaupang skal levere en rapport til Forskningsrådet innen 15.12.2016. Rapporten vil bli presentert på Biobank- og helsedatakonferansen 8.11.2016. Forskningsrådet har startet arbeidet en handlingsplan for Forskningsrådets videre arbeid på dette området (ref. stormøte om enklere tilgang til persondata som ble arrangert i juni 2016).

2. Evaluere og endre lover og regler

Kort status: Et ekspertutvalg ble nedsatt i juni 2016. Utvalget har som oppgave å vurdere barrierer for å bruke helsedata til statistikk, helseanalyser, planlegging, kvalitetsforbedring, forskning, innovasjon og næringsutvikling.

3. Integrere i eHelsearbeidet

Kort status: Forskningsrådet har tatt initiativ til én oversiktlig informativ elektronisk nettportal over kilder til helsedata og andre persondata. Arbeidet skal gjøres i dialog med relevante dataeiere og andre relevante aktører. Arbeidet skal utføres innenfor eksisterende lovverk og i første omgang med midler som allerede er bevilget til prosjektene.

4. Organisering

Kort status: Ekspertutvalget for helsedata, som er nedsatt av HOD skal også anbefale organisatoriske tiltak. Arbeidsgruppen anbefaler at Rådet holder seg orientert om og får mulighet til å gi innspill til utvalgets arbeide.

Under følger en kort oversikt over status for hvert av tiltakene i HO21-strategien (nr 1-4) og i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien (nr 5-10).

Nr	Tiltak	Status
1 Strategien	Enklere og bedre regelverk og forvaltning.	I prosess. Et ekspertutvalg er nedsatt.
2 Strategien	Modernisere teknologiske løsninger og forvaltning av helsedata	I prosess. Opprettet samarbeid med Direktoratet for e-helse.
3 Strategien	Utvide datagrunnlaget	I prosess, KUHR, utredning om å gjennomføre regelmessige nasjonale befolkningsundersøkelser og nasjonalt legemiddelregister.
4 Strategien	Videreutvikle biobanker og biobanktjenester	I prosess. Et ekspertutvalg er nedsatt.

Saksfremlegg 45/16 – møte 05/16

5 Handlingsplanen	Revidere forskriftene som er hjemlet i helseregisterloven (ansvarlig HOD).	I prosess.
6 Handlingsplanen	Vurdere en samlet forskrift for de store befolkningsundersøkelsene (ansvarlig HOD).	I prosess.
7 Handlingsplanen	Vurdere mulige ordninger for å finansiere større datainnsamlinger gjennom befolkningsbaserte helseundersøkelser (ansvarlig HOD).	Et utredningsoppdrag er gitt Forskningsrådet.
8 Handlingsplanen	Delfinansiere datainnamling i Hunt 4 (ansvarlig HOD).	Ferdig. Tiltaket er fulgt opp i budsjett 2016.
9 Handlingsplanen	Vurdere etablering av et personidentifiserbart register over legemiddelbruk og et register over psykiske lidelser og rus (ansvarlig HOD).	I prosess.
10 Handlingsplanen	Vurdere tiltak for å lette koblinger mellom helsedata og andre typer datakilder for ulike formål og brukergrupper, samtidig som personvernet tas hensyn til (ansvarlig HOD).	I prosess. Et ekspertutvalg er nedsatt.

Leder av den interne arbeidsgruppen Roar Olsen (Direktoratet for e-helse) innleder.

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å gi innspill til den nasjonale e-helsestrategien.

Rådet bes om å se tiltakene for dette satsingsområdet i sammenheng med de nasjonale planene for e-helse.

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

VEDLEGG

Sak 45/16

Dato: 2016-10-07

Roar Olsen

Direktoratet for e-helse sin plan om integrering av helsedata i den nasjonale e-helse strategien

Ambisjoner og utviklingsretning

Direktoratet for e-helse utarbeider i samarbeide med aktørene i helse- og omsorgssektoren en nasjonal e-helse strategi med en handlingsplan for perioden 2017 – 2020. Strategien med handlingsplan skal godkjennes av [Nasjonalt e-helse styre](#)¹ og oversendes HOD i mars 2017, og skal på en innspillsrunde i sektoren 1. desember.

Strategien beskriver ambisjoner og utviklingsretning i et 2030 perspektiv, og innsatsområder med tiltak for perioden frem til og med 2020. Foreløpig versjon ser slik ut:

Ambisjoner og utviklingsretning



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

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

Hvilke områder skal nasjonal e-helse prioritere?

Strategiske alternativer

Prioriterte innsatsområder for nasjonal e-helse utvikling

Nye måter å levere helse- og omsorgstjenester på

Sammenhengende forløp

Digitale arbeidsprosesser

Bedre bruk av helseopplysninger

Målrettet og effektiv leveranse av e-helse

Program én journal

«[Én innbygger – én journal](#)²» 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.

Innbyggere og helsepersonell skal få hjelp til å gjøre gode valg gjennom relevant kunnskaps-, beslutnings- og prosessstøtte. I tillegg skal data gjøres tilgjengelig for kvalitetsforbedring, styring og ledelse, helseanalyse, forskning og beredskap. Mens Kjernejournal, ved å samle noen av pasienters viktigste helseopplysninger, er et viktig supplement til dagens mange pasientjournalløsninger, skal

¹ https://ehelse.no/Documents/Nasjonale%20utvalg/Mandat%20Nasjonalt%20e-helsestyre_Endelig.pdf

² <https://ehelse.no/strategi/n-innbygger-n-journal>

løøsningen fra arbeidet med «Én innbygger – én journal» bli helsepersonells primære arbeidsverktøy for pasientjournal og pasientadministrasjon og erstatte mange av dagens løsninger.

Realiseringen av «Én innbygger – én journal» er omfattende og vil gå over mange år. Første løsninger kan være tilgjengelig 2021/2022, men må ha et perspektiv for varighet frem til om lag 2040. I denne perioden vil helse- og omsorgssektoren gjennomgå mange endringer innen helsefaglig utvikling, mål, styring, organisering og aktørbilde. Teknologien vil tilsvarende gjennomgå store endringer og gi nye muligheter. Denne utviklingen, sammenholdt med pågående og planlagte investeringer, gjorde at utredningen ikke innstilte på valg av ett konseptalternativ i tradisjonell forstand, men en utviklingsretning.

Regjeringen ga i juni 2016 sin tilslutning til det anbefalte målbildet og ga samtidig Direktoratet for e-helse i oppdrag å utarbeide et beslutningsunderlag for innføring av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette arbeidet gjennomføres nå under ledelse av Direktoratet for e-helse og med aktiv deltakelse fra nasjonale fagmyndigheter, kommuner, spesialisthelsetjenesten og pasient-/brukerorganisasjoner. Med forutsetning om finansiering er foreløpig plan å starte en anskaffelse for felles kommunal løsning andre halvår 2018. RHF-ene skal delta i dette arbeidet for å sikre en god samhandling mellom tjenestenivåene i den nye løsningen.

Det nasjonale arbeidet med «Én innbygger – én journal» samarbeider nå tett med det pågående programmet Helseplattformen i Midt-Norge. Gjennom Helseplattformen har kommunene og helseforetakene i regionen ambisjon om å realisere en fellesløsning for pasientjournal og pasientadministrasjon. Regjeringen har besluttet at Helseplattformen i Midt-Norge skal gjennomføres som et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet i «Én innbygger – én journal» og et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse er bedt om å bistå og samarbeide med Helseplattformen, og den nasjonale planleggingen av realisering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste skal basere seg på erfaringer fra Helseplattformen.

Dette løpet vil legge grunnlag for større grad av strukturert dokumentasjon av helseinformasjon basert på felles kodeverk og terminologi. I én journal løsningen vil helseinformasjon dokumenteres i en strukturert form og gjøre data mer egnet til bruk i forskning og medisinske studier. Dette vil bedre arbeidsvilkår for de som driver forskning ved at det vil være mulig å foreta mer avanserte søk, uttrekk og sammenstilling av data som omfatter både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette vil åpne for bedre tilgjengelighet, bedre data og mer oppdaterte data også til forskning.

Satsingsområde «Bedre bruk av helseopplysninger»

Satsingen på helsedata gjenspeiles både i den langsiktige ambisjonen(2030) og i innsatsområdet benevnt «Bedre bruk av helse-opplysninger». 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.

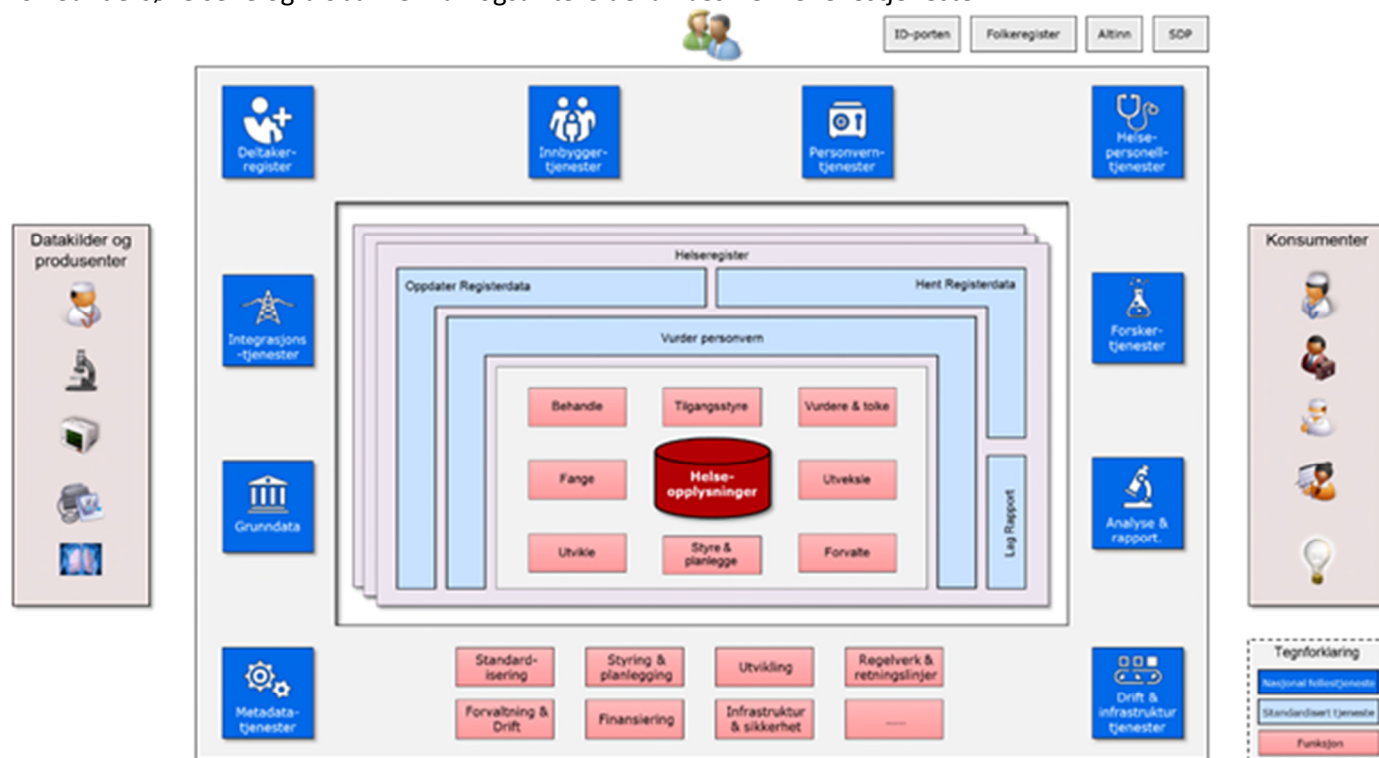
3. Rapporter og egendefinerte analyser er enkelt tilgjengelig.

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

Foreløpige anbefalte tiltak for å realisere delmålene

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.

Følgende figur viser foreslåtte nasjonale tekniske fellestjenester og pågående arbeid med å definere standardiserte fellestjenester og funksjoner for helseregistrene. Andre datakilder som eksempel folkeundersøkelsene og biobanker kan også være del av beskrevne fellestjenester.



Foreløpig anbefaling 1: Utvikle og utrede nasjonale fellestjenester

Prosjektet har drøftet aktuelle tekniske fellesløsninger (fellestjenester) med en sektorsammensatt arbeidsgruppe og de nasjonale fora innen e-helse. Det meldes om ulike behov og varierende støtte til de ulike forslagene, samtidig uttrykkes et ganske omfattende behov fra aktørene og det finnes en grunnleggende enighet om at det bør etableres nasjonale fellestjenester på flere områder.

Foreslått fellestjeneste	Beskrivelse	Anbefaling
 Innbygger-tjenester	Videreutvikling av eksisterende tjenester på helsenorge.no: • Innsynstjenester • Dialogtjenester • Administrere personverninnstillinger • Se logg over bruk av data • Varsle hendelser	Videreutvikles
 Personvern-tjenester	Realisering av målbildet for Personverntjenester på helsenorge.no: • Administrere samtykke, sperrer, reservasjoner, fullmakter • Støtte logg over eget bruk • Støtte verge og foreldre Tjenesten skal også kunne benyttes av andre aktører for å innhente den enkelte innbyggers personvernpreferanser, som for eksempel samtykker og reservasjoner.	Videreutvikles
 Integrasjons-tjenester	Det må etableres og videreutvikles en samling av integrasjonstjenester og annen funksjonalitet som muliggjør enklere, bedre, billigere og sikrere samhandling mellom aktørene, registrantene og konsumentene: • Sende og motta meldinger over meldingskø for robusthet og transaksjonssikkerhet • Overføre store filer • Konvertere, koble og aggregere data • Sikre kommunikasjon og støtte tilgangsstyring • Tilby abonnering og publisering av distribusjonsdata Flere av disse eksisterer som fellestjenester, levert av NHN, for andre områder i sektoren.	Videreutvikles & Utredes
 Metadata-tjenester	Det må utredes hvordan metadata (data om data) skal tilgjengelig gjøres for helsedatakonsumenter og helseregistre. • Tilby og bruke informasjon om registrenes innhold og struktur • Tilby og bruke oppslag for kodeverk og terminologi • Kvalitetsinformasjon om dataene	Utrede
 Grunndata	Eksisterende grunndatatjenester må videreutvikles for å sørge for sikker og korrekt distribusjon av opplysninger og oppslag mot: • Helsepersonelldata • Persondata • Virksomhetsdata • Matrikkel • Helseadministrative opplysninger	Videreutvikles

 Forsker- tjenester	Det bør utredes tjenester som skal understøtte forskernes helseregisterbehov og annen sekundærbruk. • Motta veiledning for regelverk og tilgangsprosesser • Elektronisk søknad om tilgang og bruk • Utføre analyser på plattformen uten å laste ned data • Hente/laste ned data og statistikk • Etterspørre samtykker fra innbyggere (via helsenorge.no) Dette må utredes i samarbeid med pågående utredninger i regi av Forskningsrådet, FHI og andre.	Utredes
 Analyse & rapport.	Det bør utredes hvordan tilby rikere funksjonalitet og bedre datagrunnlag for analyser på tvers av helseregistre og andre kilder. Det kan være behov for avansert logikk og metadata for kobling av data på tvers av registre, i tillegg til samlet funksjonalitet for rapportering og publisering. Det må utredes hvordan nasjonale fellesløsninger kan understøtte avanserte og fremtidsrettede analyser. Ulike løsningskonsepter for deling, kobling og metoder for krypterte og distribuerte analyser vil vurderes.	Utredes
 Helse- personell- tjenester	Det bør utredes tjenester som skal bidra med opplysninger til beslutningsstøtte, redusere innsats for innrapportering og heve datakvalitet og dekningsgrad. • Tilby tjenester for enklere innrapportering • Tilby tilbakemelding på registreringskvalitet og sammenlikningsstatistikk. • Støtte løsninger med beslutningsstøtte og direkteoppslag i behandlingskontekst.	Utredes
 Deltaker- register	For å ivareta innbyggers innsynsrett og helhetlig oversikt over den totale registerpopulasjonen bør det utredes et nasjonalt deltakerregister med oversikt over innbyggers deltakelsesstatus på tvers av kvalitetsregistre, helseregistre og biobanker.	Utredes
 Drift & infrastruktur tjenester	Eksisterer allerede som et tjenestetilbud hos NHN. Det ble besluttet i 2016 at utvalgte helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal bevege seg mot felles driftsmodell.	Videreføres

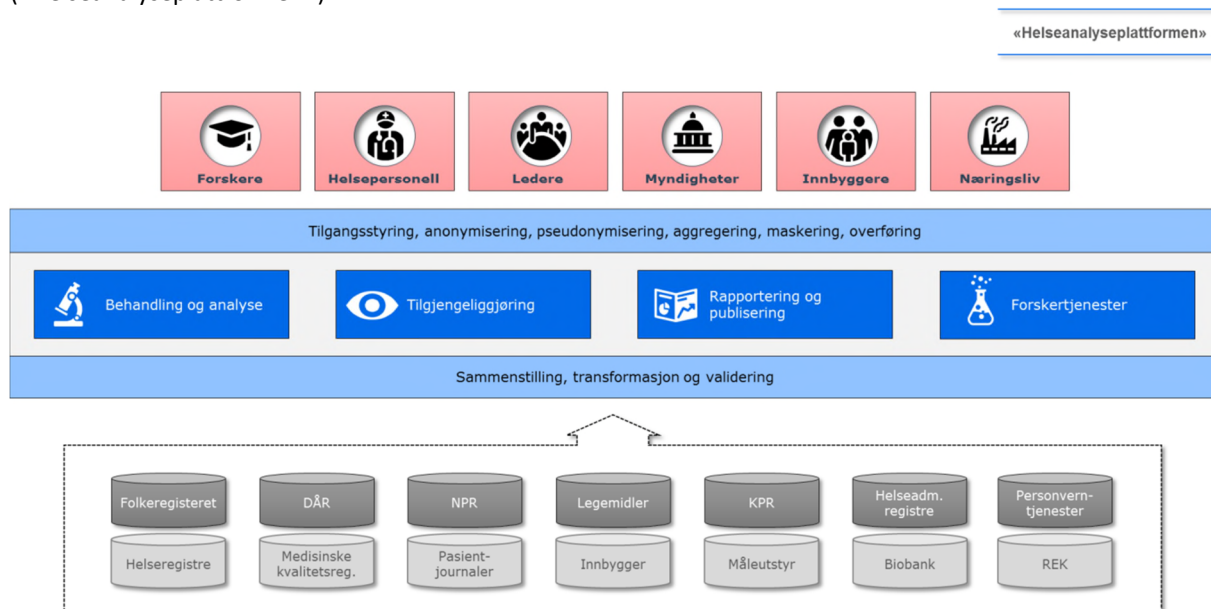
Foreløpig anbefaling 2: Utrede en helseanalyseplattform

Direktoratet for e-helse anbefaler å utrede en felles plattform for helsedata og helseanalyse. Gjennom internrapporten for Helseregisterstrategien peker HOD på et tiltak for å etablere en nasjonal tjeneste for å muliggjøre mer effektive og avanserte helseanalyser. De eksplisitt nevnte oppgavene i forbindelse med etableringen av en plattform for helsedata og helseanalyse var:

- harmonisere data og teknologiske løsninger i Folkeregisteret, Dødsårsaksregisteret, Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

- gjøre tilgjengelig personidentifiserbare legemiddeldata til sekundærbruk
- utrede gjenbruk av data fra registrene i plattformen som datagrunnlag for nye registre
- starte arbeidet med å anskaffe et analyseverktøy for plattformen av registre
- etablering av plattformen vil kreve juridisk utviklingsarbeid.

Direktoratet for e-helse foreslår å kombinere denne beskrivelsen med et bredere behov som i større grad vil bidra til å understøtte HelseOmsorg21-strategien og nasjonal e-helsestrategi. Direktoratet vil i det videre arbeidet jobbe med å definere et løsningskonsept for en nasjonal felles plattform for helseanalyse («Helseanalyseplattformen»).



Figur 1 - Foreløpig løsningskonsept for "Helseanalyseplattformen"

Primærmålgruppen er forskere, men myndigheter, helseledere, næringslivet og innbyggerne selv har også bruksscenarier med stort gevinstpotensiale på plattformen.

Løsningsstrategi og –arkitektur må utredes og prosjektet vil i første omgang fokusere på behov og teknologisk mulighetsrom. Løsningskonseptet tar så langt ikke stilling til hvorvidt helseanalyseplattformen selv skal fysisk lagre registerdata eller kun metadata og genererte data.

Primærkildene som er eksplisitt nevnt av HOD er registrene i mørkegrått og disse danner utgangspunktet for plattformen i første omgang. Andre kilder vil også kunne inkluderes og et av målene ved løsningsutformingen må være at plattformen støtter enkel introduksjon av nye (stor)datakilder.

Uavhengig av løsningsstrategi, så vil en av de største utfordringene som må løses være hjemlene til å sammenkoble data fra mange registre samt forskjeller i kodeverk, terminologi, identitetshåndtering og datakvalitet. Her vil denne anbefalingen måtte sees i sammenheng med arbeidet i helsedata utvalget nedsatt av HOD. Etableringen av en slik helseanalyseplattform er en forutsetning for å kunne samle forvaltningen av datatilgang til en felles organisasjon. Således må denne anbefalingen også sees i sammenheng med anbefalinger knyttet til organisering og ansvar innen helsedata området.

Bruk av ny teknologi for analyse av personentydige data på tvers av kilder uten at identitet er kjent, må også videre utredes relatert til en slik helseanalyseplattform. Denne teknologien er fortsatt i tidlig fase, men flere spennende forskningsprosjekter gir stadig mer kunnskap om mulighetsrommet:

- «Bak teppet»- personen som bestiller analysen ser ikke data, men det gjør analysemaskinen.
- Homomorfisk krypterte data, kryptert på en spesiell måte som muliggjør beregninger på datasettet. Noe begrensede analysemuligheter, og beregningsmessig ekstremt tunge operasjoner. Fortsatt noe umoden teknologi.

- *Homomorfsk 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 utprøvningsstadiet. 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.
- *Pseudonymiserte data*: kan ofte brukes til å utlede faktisk identitet dersom mange nok variabler er med.

Prosjektet vil jobbe videre med kostnadsanalyser og gevinstanalyser for å avdekke hvilke utfordringer en slik plattform vil kunne løse og antyde besparingspotensiale for forskere og helsetjenesten. Den samlede forskerstanden og myndighetene bruker i dag store ressurser på å innhente, bearbeide, koble og validere data fra datakilder – og det er grunn til å tro at dette kan løses mer effektivt gjennom fellestjenester. En plattform med samlet tilgang til registerdata på tvers og avansert helseanalysefunksjonalitet vil potensielt kunne tilby helt andre dimensjoner av analysemuligheter enn det vi har i dag. Dette vil kunne understøtte HO21 satsingen om «helsedata som et nasjonalt fortrinn». Gjennom programmerbare grensesnitt (API'er) kan data gjøres tilgjengelig også for næringsliv/private til innovasjon og utvikling av nye systemer og tjenester. Hvis det er personidentifiserbare data stilles krav om samtykke og ivaretagelse av lover og regler for informasjonssikkerhet. Således kan en slik helseanalyseplattform også understøtte HO21 satsingen om «helse- og omsorg som næringspolitisk satsingsområde».

Foreløpig anbefaling 3: Definere, beslutte og innføre standardisert tjenestegrensesnitt for registre/datakilder

Prosjektet anbefaler at det etableres et minimumssett med standardiserte tekniske tjenester (API) som alle helseregistre skal tilby på sikt. Disse tjenestene skal gi en enhetlig måte å kommunisere med alle registre på, noe som igjen vil muliggjøre en langt høyere grad av interoperabilitet samt redusere kostnader ved å etablere ny samhandling.

En foreløpig gruppering av standardiserte tjenester registrene skal kunne tilby er:

- *Oppdateringstjenester*: Brukes av personer og eksterne løsninger from produserer data til helseregistrene, eksempelvis EPJ-løsninger, folkeregisteret, helsenorge.no, måleutstyr, sensorer m.v.
- *Oppslagstjenester / Hentetjenester*: Brukes av eksterne konsumenter av data, eksempelvis andre registre, eksterne analyseløsninger, innbygger via helsenorge.no, forskertjenester
- *Interne personverntjenester*: Brukes i samspill med nasjonale fellesløsninger for personvern.
- *Rapporteringstjenester*: Brukes av konsumenter og løsninger som har behov for ferdige analyser, oppsummeringer, statistikk og rapporter fra helseregisteret.

Disse standardiserte tjenestene bør også etableres av øvrige datakilder utover helseregistrene der det er relevant.



Notat til diskusjon på rådsmøtet 24.10.2016

Fra:	• 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
Vedlegg til:	45/16 Helsedata som nasjonalt fortrinn

Dato: 2016-10-07

Roar Olsen

Notat basert på saksvedlegg til Rådet 29. februar, utkast til nasjonal e-helse strategi, foreløpig rapport til HOD med anbefalinger til referansearkitektur og fellestjenester for helseregistre, samt innspill fra arbeidsgruppen til notat fra Roar Olsen 2016-10-07.

Satsingsområdet: Helsedata som nasjonalt fortrinn

Tiltak 3; Helsedata integreres i e-helse arbeidet og Direktoratet for e-helse sin plan om integrering av helsedata i den nasjonale e-helse strategien. Kort status på øvrige tiltak.

Fra referat Rådsmøtet 29.02 2016 vedrørende sak 15/16 «Forslag til hva HO21-rådet bør gripe fatt i av de foreslåtte tiltakene i strategien og handlingsplanen»:

- *Rådet sender HOD et brev med en anmodning om at helseforskningsloven bør gjennomgås og evt revideres.*
- *Arbeidsgruppen arbeider frem et forslag til tiltak knyttet til organisering (pkt 4) som presenteres på rådsmøtet 25. april.*
- *Direktoratet for e-helse inviteres til rådsmøtet i september for å informere om og få Rådets innspill til direktoratets planer om integrering av helsedata i eHelsearbeidet.*

Forslag til tiltak behandlet i Rådet 11.01 2016 med kort status

Målet er å utvikle et system for sikker, rask og kostnadseffektiv tilgang til helsedata og relevante data fra andre sektorer. Slike data skal kunne brukes til forskning, analyse,

innovasjon for å drive og utvikle helse- og omsorgstjenestene, folkehelsearbeidet, næringslivet og samfunnet som helhet.

1. Utarbeide rapport

HO21-rådet støtter Forskningsrådets plan om å utarbeide en rapport om status, utfordringer/flaskehalser og mulige løsninger for økt bruk av norske persondata til helseforskning. Målet er å klarlegge hvordan dagens system(er) ivaretar

- *rask utlevering av persondata til forskere på helseområdet*
- *lave kostnader ved sekundærbruk av persondata til helseforskning*
- *sikring av personvern, oppfylling av krav til samtykke og ivaretagelse av plikt og rett til informasjon*

sammenlignet med systemene i Danmark og Sverige for å foreslå eventuell annen organisering av tilgang til persondata for helseforskning i Norge ("den norske modellen").

Forskningsrådet la ut arbeidet med å skrive rapporten på anbud. Agenda Kaupang vant konkurransen. De er godt i gang med arbeidet. Underveis i arbeidet har de tett dialog med HODs ekspertgruppe for enklere tilgang til og bedre utnyttelse av helsedata (se punkt 2 under). Arvid Hallén skal presentere innholdet i rapporten under Biobank- og helsedatakonferansen på Litteraturhuset 8. november. Endelig rapport skal overleveres Forskningsrådet innen 15. desember 2016.

Basert på det som framkom i stormøtet Forskningsrådet arrangerte 24. juni 2016, rapporten nevnt over og informasjon fra andre relevante prosesser, utarbeider Forskningsrådet en handlingsplan. Handlingsplanen vil gjenspeile hele Forskningsrådets mulighetsrom for å nå målet i dette satsingsområdet. Forskningsrådet ønsker derfor dialog med HO21-rådet om handlingsplanen.

2. Evaluerer og endre lover og regler

HO21-rådet oppfordrer HOD til å gjennomføre en evaluering og revisjon av helseforskningsloven, og ta initiativ til en gjennomgang av andre lover og forskrifter med betydning for tilgangen til data. Sikker, rask og kostnadseffektiv datatilgang bør sikres i planlagte revisjoner av eksisterende lovverk. Prinsipper for sammenstilling av data fra ulike datakilder og organisasjoner må etableres.

Helse- og omsorgsdepartementet har satt ned et ekspertutvalg som skal vurdere barrierer for å bruke helsedata til statistikk, helseanalyser, planlegging, kvalitetsforbedring, forskning, innovasjon og næringsutvikling. Ekspertutvalget skal beskrive dagens system for tilgang til og sammenstilling av helsedata og anbefale konkrete organisatoriske, tekniske og juridiske tiltak for å forbedre dagens system.

Arbeidsgruppen anbefaler at Rådet holder seg orientert om og får mulighet til å gi innspill til utvalgets arbeide.

3. Integrere i e-helse-arbeidet

HO21-rådet vil ta kontakt med Direktoratet for e-helse og det nasjonale e-helsestyret med tanke på å utvikle tiltak på kort, mellomlang og lang sikt som er integrert i strategien, handlingsplanen og porteføljen for e-helse – blant annet «én innbygger – én journal».

HO21-rådet oppfordrer Forskningsrådet til rutinemessig kontakt med e-helse og å sørge for god integrasjon mot e-helsearbeidet før man vedtar prosjekter med tanke på datatilgang. Forskningsrådet har tatt initiativ til én oversiktlig informativ elektronisk nettportal over kilder til helsedata og andre persondata. Arbeidet skal gjøres i dialog med relevante dataeiere og andre relevante aktører. Arbeidet skal utføres innenfor eksisterende lovverk og i første omgang med midler som allerede er bevilget til prosjektene. Det bør opprettes kontakt med E-helse så raskt som mulig.

Se vedlegg 1 til saken.

4. Organisering

HO21-rådet oppfordrer Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse til å gå gjennom og foreta nødvendige endringer i organiseringen av helseregistre og andre datakilder som brukes eller bør brukes i forskning og analyse. De regionale helseforetakene oppfordres til å følge opp med en gjennomgang av organiseringen av nasjonale kvalitetsregistre, tilgang til andre data fra helsetjenestene og fra forskningsprosjekter.

Ekspertutvalget for helsedata satt ned av HOD skal også anbefale organisatoriske tiltak. Arbeidsgruppen anbefaler at Rådet holder seg orientert om og får mulighet til å gi innspill til utvalgets arbeide.



Sak 46/16 Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering

Type sak: Vedtakssak

Til: HO21-rådet

Fra: HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

Kontaktperson i HO21-sekretariatet	• Sekretariatsleder/spesialrådgiver Hilde G Nielsen
Bakgrunnsdokumenter:	• 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 diskutert	• 25.4.2016 (03/16)

Hovedpunkter

Satsingsområdet har tidligere vært diskutert på rådsmøte 25.4.2016 (03/16). Rådet vedtok på rådsmøtet i april å konsentrere sitt arbeid om 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 insentivordninger 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.
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).

Arbeidsgruppen foreslår å avvente 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 Husebekk-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. Arbeidsgruppen foreslår at den videre diskusjonen for utfordring nr 4 *Alle aktører styrker incentivordninger og støttefunksjoner vedrørende internasjonal finansiering*. Bedre koordinering av støttefunksjoner for innhenting av internasjonal finansiering ønskelig og utfordring nr 5 *Bedre koordinering av innspill fra HOD, universiteter/helseforetak, industri og Forskningsrådet til utforming arbeidsprogrammer og utlysninger i Horizon2020* bør tas i møte i november.

Arbeidsgruppen foreslår at utfordring nr 6 *Det er behov for å bygge nettverk/delta i konsortier*, utfordring nr 7 *Økt samarbeid med industrisamarbeidspartnere i søknader til EU* og utfordring nr 8 *Det bør vurderes å styrke samarbeid med helseklyngene (nettverk og fasiliteringskompetanse)* diskuteres på rådsmøtet 24. oktober.

Leder av den interne arbeidsgruppen Erlend Smeland (OUS HF) innleder.

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å diskutere om de åtte utfordringene som er foreslått for dette satsingsområdet er tilstrekkelig ift å nå målene i HO21-strategien.

Rådet bes om diskutere om det er andre tiltak enn det som allerede er foreslåtte som Rådet bør arbeide med.

Rådet bes om å diskutere hva Rådet kan bidra med ift utfordringene:

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

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

VEDLEGG

Sak 46/16



Notat til diskusjon på rådsmøtet 24.10.2016

Fra:	Arbeidsgruppe for satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering • Erlend Smeland, OUS (<i>gruppeleder</i>) • Bjørn Gustafsson, NTNU • Eirik Næss Ulseth, gründer • Inger Østensjø, KS • Mona Skaret, Innovasjon Norge • Pål Kraft, UiO
Vedlegg til	sak 46/16 Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering

Kort om status for arbeidet med de nasjonale/regionale utfordringene (pkt 1-3) og status for arbeidet med utfordringene vedrørende internasjonalt samarbeid (pkt 4-8)

Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering ble første gang diskutert på rådsmøte 25.april 2016 (03/16). Arbeidsgruppen hadde til aprilmøtet kommet frem til åtte utfordringer som ble presentert for Rådet. Tre nasjonale/regionale utfordringer og fem utfordringer vedrørende internasjonalt samarbeid. De åtte utfordringene er:

Tre nasjonale/regionale utfordringer

Utfordring 1: Etablere dialog med utvalget som er nedsatt for å se på grenseflaten mellom UH og spesialisthelsetjenesten

Kommentar: Husebakk-utvalget ble nedsatt våren 2016. Utvalget har frist til 30. november 2016 med å levere sin rapport. Arbeidsgruppen foreslår å avvente det videre arbeidet med denne utfordringen til rapporten er levert. Tiltaket er også relevant mtp arbeidet som gjøres ifb områdegjennomgangen av Forskningsrådet.

Utfordring 2: Styrke ordningen med innovative anskaffelser, inkludert vedrørende kliniske utprøvinger

Kommentar: Til diskusjon på et senere rådsmøte (vår 2017).

Utfordring 3: 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

Kommentar: Husebekk-utvalget ble nedsatt våren 2016. Utvalget har frist til 30. november 2016 med å levere sin rapport. Arbeidsgruppen foreslår å avvente det videre arbeidet med denne utfordringen til rapporten er levert. Tiltaket er også relevant mtp arbeidet som gjøres ifb områdegjennomgangen av Forskningsrådet.

Fem utfordringer vedrørende internasjonalt samarbeid

Utfordring 4: Alle aktører styrker insentivordninger og støttefunksjoner vedrørende internasjonal finansiering. Bedre koordinering av støttefunksjoner for innhenting av internasjonal finansiering ønskelig

Kommentar: Til diskusjon på rådsmøte 28. november 2016.

Utfordring 5: Bedre koordinering av innspill fra HOD, universiteter/helseforetak, industri og Forskningsrådet til utforming arbeidsprogrammer og utlysninger i Horizon2020.

Kommentar: 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).

Status: En anmodning ble sendt Forskningsrådet 24.6.2016. Forskningsrådet kommer til rådsmøtet 28. november 2016 for å svare på henvendelsen.

Utfordring 6: Det er behov for å bygge nettverk/delta i konsortier

Kommentar: Til diskusjon på rådsmøtet 24. oktober. Utfordringen bør ses i sammenheng med tiltakene innenfor satsingsområde Bedre klinisk behandling og Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde.

Utfordring 7: Økt samarbeid med industrisamarbeidspartnere i søknader til EU

Kommentar: Til diskusjon på rådsmøtet 24. oktober. Utfordringen bør ses i sammenheng med tiltakene innenfor satsingsområde Bedre klinisk behandling og Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde.

Utfordring 8: Det bør vurderes å styrke samarbeid med helseklyngene (nettverk og fasiliteringskompetanse)

Kommentar: Til diskusjon på rådsmøtet 24. oktober. Utfordringen bør ses i sammenheng med tiltakene innenfor satsingsområde Bedre klinisk behandling og Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde.

Kort oppsummering av status for tiltakene som er foreslått i H021-strategien og i handlingsplanen

Oppnå grensesprengende helseforskning

HO21-strategien: Oppnå grensesprengende helseforskning og høy kvalitet ved å stimulere til og belønne multidisiplinær og bred tverrfaglig forskning gjennom økt samarbeid mellom sektorer og institusjoner.

Status: Husebekk-utvalget ble nedsatt våren 2016. Utvalget har frist til 1. november med å levere sin rapport. Arbeidsgruppen foreslår å avvente det videre arbeidet med utfordringen til rapporten er levert.

Etablering av Senter for klinisk helseforskning (SKH)

HO21-strategien: Etablere en ny ordning gjennom Forskningsrådet, Sentre for klinisk helseforskning (SKH), tilsvarende Forskningssentrene for miljøvennlig energi (FME). Dette skal være langsiktige bevilgninger (5+3 år) til forskning av svært høy kvalitet, som skal løse identifiserte grunnleggende problemer knyttet til klinisk behandling i samarbeid mellom forskningsinstitusjoner, helseforetak og næringsliv, og på tvers av fagområder og disipliner. Internasjonalt samarbeid skal stå sentralt og være en forutsetning.

Handlingsplanen: Vurdere en ny senterordning for klinisk forskning i Forskningsrådet (ansvarlig HOD).

Status: Utredningsoppdraget gitt forskningsrådet i 2016. Forskningsrådet planlegger en utlysning i 2017 med oppstart av senteret i 2019.

Styrke den grunnleggende biomedisinske forskning i FRIPRO

HO21-strategien: Styrke den grunnleggende biomedisinske forskningen i FRIPRO gjennom å benytte en økt andel av midlene til denne forskningen. Styrke annen grunnleggende anvendt orientert helseforskning ved å avsette en andel av midlene i Forskningsrådets helseprogrammer til frie prosjekter innenfor programmenes formål.

Arbeidsgruppen: Avventer det videre arbeidet med tiltaket inntil Husebekk-utvalget har levert sin rapport og til områdegjennomgangen av Forskningsrådet er ferdig.

Handlingsplanen: Styrke den grunnleggende forskningen (ansvarlig KD).

Status: Styrket Fripro, SFF med mer i 2016.

Styrke deltakelse i Horisont 2020

HO21-strategien: Styrke deltakelsen innenfor helseforskning i Horisont 2020 fra helseforetak, UoH-institusjoner, institutter, næringsliv og enheter i offentlig sektor. Se deltakelsen i Horisont 2020 i sammenheng med EUs øvrige finansieringsmekanismer (inkludert EUs helseprogram, Joint Programme Initiatives (JPI) og European Research Council).

Arbeidsgruppen: Til diskusjon på rådsmøtet 28. november 2016.

Handlingsplanen: Vurdere hvordan stimuleringstiltakene i opptrappingen av langtidsplanen kan bidra til å styrke norsk deltakelse i H2020 og ERA (ansvarlig KD)

Status: Styrket generelle virkemidler og spesielt helse.

Økt internasjonal mobilitet

HO21-strategien: Etablere tiltak for økt internasjonal mobilitet ved å styrke ordningene med søkbare utenlandsstipend nasjonalt og institusjonelt, økt bruk av utvekslingsstipend i Horisont 2020 (Marie Curie Actions), og ved å tilrettelegge for målrettet rekruttering av toppforskere til gode norske forskningsmiljøer.

Arbeidsgruppen: Til diskusjon på rådsmøtet 28. november 2016.

Handlingsplanen: Innrette nasjonale virkemidler slik at de virker mobiliserende og kvalifiserende for deltakelse i H2020 (ansvarlig HOD og KD).

Status: Ferdig, tilpasset alle program i Forskningsrådet.

Økt tildelinger til forskningsinfrastruktur

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien: Øke tildelingene til forskningsinfrastruktur (ansvarlig KD).

Status: Styrket Fripro, Infra, SFF med mer i 2016.



Sak 47/16 Kunnskapsløft for kommunene – Helsedirektoratet/FHI - presentasjon av Program for folkehelsearbeid i kommunene

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

Kontaktperson i HO21-sekretariatet	• Sekretariatsleder/spesialrådgiver 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:	• Program for folkehelsearbeid i kommunene (Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og KS)
Innledning:	• Direktør Camilla Stoltenberg (FHI) og 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)

Bakgrunn

Helsedirektoratet tok i vår kontakt med HO21-sekretariatet med det ønske om å få forankret Program for folkehelsearbeid i kommunene i HelseOmsorg21-rådet. 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.

Saksfremlegg sak 47/16 – møte 05/16

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.

Betegnelsen *program* innebærer i denne sammenhengen en satsing der det inngår flere parallelle koordinerte prosesser. Programarbeidet i sin helhet vil bestå av 5 ulike komponenter:

- 1) utvikling av tiltak, arbeidsmåter, metoder og verktøy i kommunesektoren finansiert gjennom en nyetablert tilskuddsordning i 2017
- 2) kompetanseutvikling og erfaringsspredning på tvers av kommuner og fylker,
- 3) videreutvikling og implementering av styringsdata og annen kunnskapsstøtte fra nasjonale myndigheter,
- 4) samordning av statlige føringer og virkemidler rettet mot kommunene, og
- 5) mobilisering av sentrale nasjonale aktører (forsknings- og kompetansemiljø, frivillige organisasjoner osv.).

Programmet skal rettes inn mot psykisk helse og rusforebyggende tiltak. Barn og unge skal være en prioritert målgruppe. Det skal legges vekt på å utvikle tiltak for å styrke barn og ungdoms egne ressurser, deltakelse og aktivitet i lokalsamfunnet og hindre utstøting. Skolen som arena for barn og unges psykiske helse vil være en viktig del av det lokale utviklingsarbeidet. Det er behov for økt kompetanse om barn og unges psykiske helse både i kommunene og i fylkeskommunene.

Resultatmålene for programmet er:

- innen 2019 har de fleste kommuner inkludert forhold som fremmer psykisk helse som del av oversiktsarbeidet etter folkehelseloven, og i 2023 har alle kommuner det
- innen 2020 har de fleste kommuner drøftet utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse og trivsel og avklart eventuelle planbehov, og i 2024 har alle kommuner det
- innen utløpet av programperioden (2027) har alle kommuner økt kapasitet og kompetanse til å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid for å fremme psykisk helse

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.

Saksfremlegg sak 47/16 – møte 05/16

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.

Direktør Camilla Stoltenberg (FHI) og divisjonsdirektør Svein Lie (Helsedirektoratet) presenterer Program for folkehelsearbeid i kommunene.

Arbeidsgruppen

Den interne arbeidsgruppe for dette satsingsområde presenterte på rådsmøtet 25. januar 2016 (01/16) seks forslag til organisering av FoUoI i primærhelsetjenesten. De seks forslagene er:

- 1) Regionale samarbeidsorgan for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester
Arbeidsgruppa anbefaler at 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) Finansiering
Arbeidsgruppa anbefaler at friske midler til forskning på helse- og omsorgstjenestene i kommunene allokeres fra Kommunitjenesteavdelinga 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.

- 5) Kommunal sektor som praksisarena og forholdet til utdanningene
Arbeidsgruppa anbefaler at 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) Utvikling av forskningsinfrastruktur for den kommunale helse- og omsorgstjenesten
Med dagens infrastruktur er effektiv og god rekruttering av pasienter og datainnhenting til forskning svært vanskelig. Dette er også et hinder for implementering av forskningsbasert kunnskap. Sentrale elementer i forskningsinfrastrukturen er etter arbeidsgruppas mening bl.a. kommunalt pasientregister, nasjonalt praksisbasert forskningsnettverk og styrket satsing på FoU-koordinatorer i kommunene. Nye tiltak må utvikles og eksisterende tiltak, for eksempel utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, må vurderes.

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å diskutere organisering av Program for folkehelsearbeid i kommunene sett i sammenheng arbeidsgruppens forslag til regionale samarbeidsorgan for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester (jf. forslag 1).

Rådet bes om å diskutere tilskuddsordningen til Program for folkehelsearbeid i kommunene i lys at arbeidsgruppens forslag til finansiering for sektoren (jf. forslag 2).

Rådet bes om å diskutere hvordan Program for folkehelsearbeid i kommunene kan inngå i den generelle diskusjonen om økt kompetanse for forskning og innovasjon i kommunesektoren (jf. forslag 3).

Rådet bes om å diskutere hvordan Program for folkehelse kan inngå i Rådets arbeid med å styrke samspillet mellom UH-sektoren og kommunene (jf. forslag 5).

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

VEDLEGG

Sak 47/16

Helsedirektoratet

12.10.2016

Program for folkehelsearbeid i kommunene

Innledning

I forbindelse med fremleggelse av statsbudsjettet for 2017 presenterte regjeringen den ti-årige satsingen Program for folkehelsearbeid i kommunene. Programmet er utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet, KS, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI).

Formålet med Program for folkehelsearbeid i kommunene er å bidra til en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme barn og unges psykiske helse, og rusforebyggende arbeid. Det skal bidra til et kvalitetsløft i kommunene og til kommuners oppfyllelse av folkehelseloven.

Hovedstrategien i programmet er å legge til rette for at kommuner kan generere og prøve ut nye tiltak, arbeidsmåter og metoder i samarbeid med relevante kunnskapsmiljøer, og med støtte fra fylkeskommunen.

Programmet skal være en innovasjonssatsing ved at kommuner selv skal utvikle lokale tiltak som kan styrke barn og unges psykiske helse, og godt rusforebyggende arbeid. Det ligger som en forutsetning at den lokale tiltaksutviklingen skal skje innenfor rammen av systematikken i folkehelsearbeidet, slik det følger av Folkehelseloven.

Betegnelsen *program* innebærer i denne sammenhengen en satsing der det inngår flere parallelle koordinerte prosesser. Programarbeidet i sin helhet vil bestå av 5 ulike komponenter:

- 1) utvikling av tiltak, arbeidsmåter, metoder og verktøy i kommunesektoren finansiert gjennom en nyetablert tilskuddsordning i 2017
- 2) kompetanseutvikling og erfaringsspredning på tvers av kommuner og fylker,
- 3) videreutvikling og implementering av styringsdata og annen kunnskapsstøtte fra nasjonale myndigheter,
- 4) samordning av statlige føringer og virkemidler rettet mot kommunene, og
- 5) mobilisering av sentrale nasjonale aktører (forsknings- og kompetansemiljø, frivillige organisasjoner osv.).

Bakgrunn for etablering av Program for folkehelsearbeid i kommunene

KS har vært en pådriver for Program for folkehelsearbeid i kommunene, med utgangspunkt i vedtak i eget hovedstyre. Program for folkehelsearbeid i kommunene er en oppfølging av Meld. St. 19 (2014-2015) og ett av tiltakene for å følge opp Riksrevisjonens anbefalinger i sammenheng med forvaltningsrevisjonen av folkehelsearbeidet i Dokument 3:11 (2014–2015).

Riksrevisjonens undersøkelse¹ viser at det er stor variasjon i hvor langt kommunene har kommet i å etablere et systematisk folkehelsearbeid, og over halvparten av kommunene mener at psykisk helse er den største folkehelseutfordringen. Dette gjenspeiles ikke i iverksatte tiltak. Videre avdekker undersøkelsen at kommunene er usikre på hvordan de skal møte folkehelseutfordringene innen psykisk helse.

Regjeringen har i handlingsplanen for å følge opp HelseOmsorg21-strategien lagt vekt på at det i folkehelsearbeidet er behov for mer systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap om effekten av tiltak. Regjeringen har som mål å styrke forskningsinnsatsen og bidra til at denne innsatsen i større grad er rettet inn mot lokale prioriteringer. I handlingsplanen er det lagt vekt på at kommunene skal blant annet i større grad skal medvirke til og legge til rette for forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet.

Programmets mål

Programmets overordnede mål er bedre psykisk helse og livskvalitet hos barn og unge.

Gjennom programmet skal kommunene utvikle og ta i bruk forskningsbasert kunnskap om gode tiltak, metoder og arbeidsmåter som fremmer barn og unges psykiske helse. Målet er å styrke kunnskapen om det brede befolkningsrettede arbeidet for å fremme psykisk helse, livskvalitet, sosial inkludering og mestring.

Kommunene skal i større grad legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner om folkehelse. Statlige aktører skal bidra med styringsdata og verktøy som gjør at kommunene kan følge med på situasjonen for barn og unge, samt effekten av de tiltakene som er gjennomført.

Gjennomføring av programmet skal følge kommunens plansyklus som følger av plan- og bygningsloven med kobling til folkehelseloven. Dette innebærer for det første at forslag til utvikling av tiltak, modeller eller verktøy skal baseres på det lokale utfordringsbildet og fastsatte mål og strategier. For det andre innebærer det at programmet skal bidra til at kommunene styrker sin kapasitet og kompetanse, til å drive et systematisk folkehelsearbeid for å fremme psykisk helse og trivsel.

Resultatmålene for programmet er :

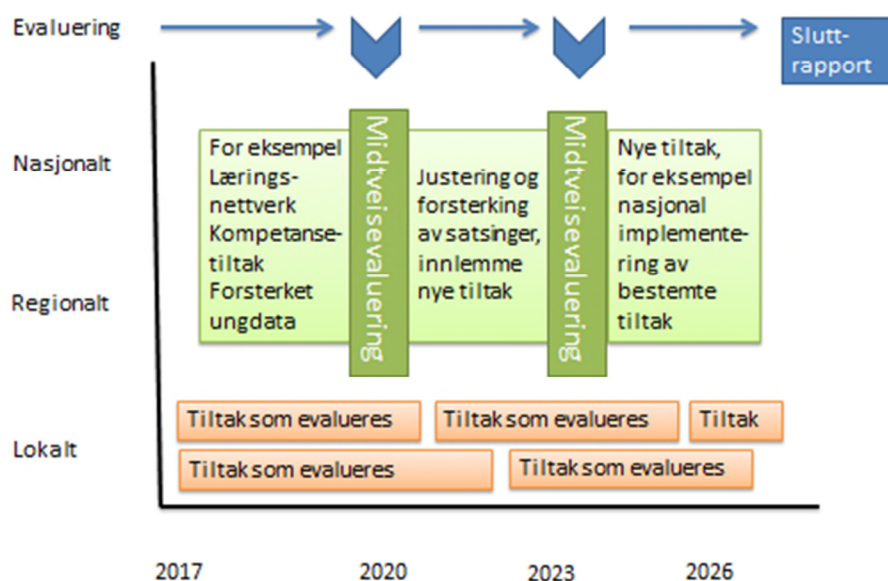
- innen 2019 har de fleste kommuner inkludert forhold som fremmer psykisk helse som del av oversiktsarbeidet etter folkehelseloven, og i 2023 har alle kommuner det
- innen 2020 har de fleste kommuner drøftet utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse og trivsel og avklart eventuelle planbehov, og i 2024 har alle kommuner det

¹ Dokument 3:11 (2014–2015)

- innen utløpet av programperioden (2027) har alle kommuner økt kapasitet og kompetanse til å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid for å fremme psykisk helse

Programmets faser

2017-2019 vil være oppstartsårene for Programmet, avhengig av de årlige statsbudsjettene. I 2017 vil om lag halvparten av fylkeskommunene inkluderes i programmet, mens de øvrige fylkeskommunene etter planen inkluderes i 2018 og 2019. Programmet legges opp i tre årsperioder der en mellom de ulike periodene gjør opp status for virkemiddelbruken og resultater av denne. Tidsplanen er skissemessig illustrert i figuren nedenfor.



Organiseringen, rollene og ansvarsdelingen mht utvikling av tiltak og måling av tiltakenes effekt er ment som en langsiktig løsning, og som et svar på den tiltaksrettede delen av det systematiske folkehelsearbeidet. I 2020/2021 oppsummeres de foreløpige erfaringene av programmet, og det foretas nødvendige justeringer av virkemiddelbruken. Dette gjelder blant annet innretningen på den nasjonale støtten, som bla læringsnettverk, kompetansetiltak og styringsdata og verktøy. Evalueringen av programmet vil inneholde delleveranser i 2020/2021 og i 2023/2024 som oppsummerer erfaringer og gir anbefalinger om justeringer.

Etablering av regional struktur for kommunal kunnskapsutvikling

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. I flere fylker finnes det allerede regionale samarbeidsløsninger på folkehelseområdet som kan benyttes. På sikt vil det være aktuelt å vurdere andre organisatoriske løsninger gjennom de nye folkevalgte regionene, jf. Meld. St. 22 (2015–2016) Nye folkevalgte regioner – rolle, struktur og oppgaver.

Organet kan fylle flere funksjoner enn det som er knyttet til programmet. I lys av utrulling av HelseOmsorg21-strategien og –handlingsplanen bør det også vurderes om det er kan være aktuelt at infrastrukturen kan håndtere andre tiltaksområder, både av folkehelsekarakter og andre formål.

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.

Organisering og roller i programmet

Programmet baserer seg på de tre forvaltningsnivåene, med kommunen som utgangspunkt for utviklingsarbeidet, med støtte fra fylke og statlig nivå.

Kommunene

Utviklingsarbeidet skal ta utgangspunkt i lokale utfordringer og skal skje i kommunene. I helsefremmende arbeid er individers og lokalsamfunns mulighet til å medvirke i beslutningsprosesser som angår deres helse av stor betydning. Kommunen har et særlig ansvar for å sikre aktiv medvirkning fra grupper som krever spesiell tilrettelegging, herunder barn og unge. Videre skal det legges til rette for at det samarbeides med i relevante forskningsmiljø.

Frivillig sektor

Folkehelseloven pålegger kommunene å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor og frivillighet er en forutsetning for å videreutvikle det lokale folkehelsearbeidet. Program for folkehelsearbeid i kommunene kan være med å bygge opp under og videreutvikle det frivillige engasjementet i tråd med prinsippene i regjeringens frivillighetserklæring.

Fylkeskommuner (folkevalgte regioner)

Fylkeskommunene inviteres til å ta en regional samordnings- og utviklingsrolle og kan søke Helsedirektoratet om å bli programfylke. Det åpnes opp for og oppfordres til at flere fylker i en region samarbeider om en felles søknad. Programfylkene får tildelt midler fra Helsedirektoratets tilskuddsordning og forvalter disse midlene videre til kommunene som etablerer lokale prosjekter i regi av programmet.

Det vises også til oppgavene fylkeskommunen har etter folkehelseloven, bl.a. med å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene og å være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket. På sikt vil det være aktuelt å vurdere andre organisatoriske løsninger gjennom de nye folkevalgte regionene, jf. Meld. St. 22 (2015–2016) Nye folkevalgte regioner – rolle, struktur og oppgaver.

Forsknings- og kompetansemiljøer

Kommunesektoren vil ha behov for bistand fra universitets- og høyskolesektoren, relevante kompetansesentrene og andre forskningsmiljøer for kunnskapsoppsummering, design- og metodestøtte. Kompetansesentrene har et felles samfunnsoppdrag som peker på ansvaret for å bidra til kunnskapsoppsummering og praksisnær forskning. Videre er det tydeliggjort at sentrene også har oppgaver som er folkehelserettede. Det er forventet at disse sentrene skal orientere seg sterkere til kommunenes behov for kunnskapsutvikling. Kompetansesentrene, særlig Korus og RKBU/RBUP, besitter betydelig kompetanse inn mot programmets innholdsmessige innretning.

De nasjonale aktørenes rolle

KS

KS vil samarbeide tett med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet om utvikling og implementering av programmet gjennom hele programperioden.

KS' har som mål å utvikle lærings- og utviklingsnettverk for kommunene i tilknytning til programmet. Utvikling av nettverkene koordineres av KS i samarbeid med programfylkene.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har gjennom tildelingsbrev fått ansvar for å koordinere implementeringen av programmet, forvalte tilskuddsordningen til fylkeskommunene og bidra i arbeidet med å etablere systemet i fylkene. En annen oppgave for Helsedirektoratet er å støtte opp under programmet gjennom kompetansestøtte og utvikling av råd for godt folkehelsearbeid, samt legge til rette for erfaringsutveksling og annen faglig støtte til kommuner og fylkeskommuner. Helsedirektoratet vil vurdere samarbeid med andre aktører innen frivillig sektor, forskningsmiljøer og andre statlige aktører. Arbeidet må samsvare med kommunenes

og fylkeskommunenes behov – og det vil utarbeides et opplegg for kompetanseutvikling og erfaringsspredning i løpet av 2017.

Med bistand fra Folkehelseinstituttet skal Helsedirektoratet utarbeide en ramme for evaluering av programmet, og et oppdrag for å evaluere programmet som helhet. I første omgang gjennomføres det en nullpunktsundersøkelse. Det vil senere vurderes behov for følge- og underveisevalueringer.

Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet viktigste rolle i sammenheng med programmet er å styrke den regionale kompetansen om utfordringer innen rus, psykisk helse og livskvalitet blant barn og unge, og den regionale kompetansen innen kunnskapsoppsummering og evalueringsmetodikk. FHI vil også bistå fylkeskommunene med å kvalitetssikre utformingen av tiltak som skal evalueres. Det er også aktuelt å gjennomføre forskningsbaserte evalueringer av utvalgte tiltak.

Videre vil Folkehelseinstituttet kunne bidra i arbeidet med å legge til rette for at programmet skal kunne evalueres som helhet og bistå Helsedirektoratet i arbeidet med å utforme et oppdrag for å evaluere programmet som helhet.

Program for folkehelsearbeid innenfor rammeverket til HelseOmsorg21

I handlingsplanen til oppfølging av HelseOmsorg21-strategien løfter regjeringen frem sine ambisjoner om et effektivt og godt folkehelsearbeid, tuftet på kunnskap om hvilke virkemidler og tiltak som har effekt. Et sentralt ledd i Program for folkehelsearbeid i kommunene er å styrke kommunene som premissleverandør for forskning.

Regional struktur for å styrke samspill mellom kommuner og U/H-sektor

HelseOmsorg21-strategien peker på at det er for lite samspill mellom universitets- og høgskolesektoren og kommunene, og at det er behov for å utvikle nye regionale samarbeidsorganer for forskning mellom kommunene og forsknings- og utdanningsinstitusjonene. Det er en underliggende ambisjon at den regionale organiseringen knyttet til Program for folkehelsearbeid i stor grad er harmonisert med de strukturer som planlegges innenfor rammen av HelseOmsorg21.

Fra offentlige referater fra HO21-rådets arbeidsgruppe for organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, fremgår det at det utredes regionale koordineringsløsninger for å styrke samspillet mellom Universitets- og Høgskole-sektor (U/H-sektor) og kommunene for økt forskning i kommunene². Program for folkehelsearbeid i kommunene vil kunne danne nyttige erfaringer som kan kanaliseres tilbake til HO21-rådet.

² Referat fra møte i arbeidsgruppe 25.04.16

Tilskuddsordning til finansiering av fou- prosjekter

Fra HO21-rådets arbeidsgruppe pekes det også på at det foreløpig mangler økonomiske ressurser til å realisere en regional ambisjon. Tilskuddsordningen knyttet til Program for folkehelsearbeid vil være en finansieringskilde på ett bestemt område, der en kan få prøvd ut de strukturene som HO21-rådet utreder.

En tilskuddsordning, forvaltet av fylkeskommunene på vegne av Helsedirektoratet, skal dekke kommunale kostnader ved prosjektene, mens finansieringen av evalueringen (forskernes bidrag) skal finansieres på andre måter. Det er en plan at de aktuelle kompetansesentrene utenfor RHF-strukturen skal påta seg evalueringsoppdrag med utgangspunkt i de kommunale initiativene. Det er en ambisjon å få til regionale partnerskap med UH-sektor der interne ressurser i UH-sektoren kan aktiveres. Også finansiering i fra regionale forskingsfond, Forskningsrådet ved Bedre helse-programmet eller andre er aktuelle kilder.

Avslutning

Gjennom HelseOmsorg21-strategien er universitets- og høyskolesektoren forpliktet til å bidra til kunnskapsutvikling i kommunene. Sektoren besitter samlet sett betydelig kapasitet og kompetanse og vil kunne bidra både med støtte til kompetansesentrenes forskning og egne forskningsprosjekter i tilknytning til programmet.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet legger frem saken for at Helse Omsorg21-rådet kan diskutere og gi synspunkter mht hvordan Program for folkehelsearbeid i kommunene kan være av interesse for universitetets- og høyskolemiljøer og vice versa. , og hvordan man kan få til et regionalt samspill mellom UH-sektor og fylkeskommunene.

Det er også ønskelig at HelseOmsorg21-rådet drøfter hvordan det ønsker å følge implementeringen av Program for folkehelsearbeid i kommunene. Dette gjelder spesielt de erfaringer som gjøres knyttet til den regionale strukturen for å styrke samspillet mellom kommuner og forskningsmiljøer. Hvordan Helse- og omsorg21-rådet ser på videre involvering av HO21-strukturen, herunder Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), av Program for folkehelsearbeid, er et annet tema som er fint å få vurdert.