

Til HelseOmsorg21-rådet

Områdedirektør John-Arne Røttingen, Folkehelseinstituttet (*leder*)

Generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen

Dekan Arnfinn Sundsfjord, Det medisinske fakultet, UiT

Direktør Bernadette Kumar, Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)

Dekan Bjørn Gustafsson, Det medisinske fakultet, NTNU

Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet

Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF

Landsleder Dagfinn Bjørgen, Mental Helse

Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth

Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF

Forskningssjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF

Fylkesrådmann Evy-Anni Evensen, Telemark fylkeskommune

Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge

Instituttleder Guri Rørtveit, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB

Forskningssjef Hilde Lurås, Akershus universitetssykehus HF

Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia

Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet

Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening

Direktør Kathrine Myhre Oslo MedTech

Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger

Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon

Førsteamanuensis Maren Sogstad, Senter for omsorgsforskning, NTNU

Prodekan forskning Monica Wammen Nordtvedt, Høgskolen i Bergen

Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge

Kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen Kommune

Instituttleder Pål Kraft, Psykologisk institutt, UiO

Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet

Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS

Avdelingsdirektør for Helse og velferd Tone Marie Nybø Solheim, KS

Vår saksbehandler/tlf.

Hilde D G Nielsen, +4740922260

Vår ref.

16/11

Oslo,

15. januar 2016

Deres ref.

Innkalling til HelseOmsorg21-rådsmøte 01/16

Dag: Mandag 25. januar 2016

Tid: kl 10-16

Sted: Forskningsrådet, møterom Abel 1 og 2

Vedlagt følger forslag til saksliste og saksdokumenter.

Vel møtt!

Med vennlig hilsen

Norges forskningsråd

Hilde Grindvik Nielsen

sekretariatsleder, HO21-sekretariatet



Forslag til saksliste HO21-rådsmøte 01/16

Type sak: Vedtakssak

Dato: Mandag 25. januar 2016

Sted: Forskningsrådet, Lysaker, møterom Abel 1 og 2

- | | |
|------------------|--|
| Sak 01/16 | Godkjenning av sakslisten |
| Sak 02/16 | Godkjent referat |
| Sak 03/16 | Spørsmål om habilitet |
| Sak 04/16 | Forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene – forslag til organisering |
| Sak 05/16 | Helsedata som nasjonalt fortrinn - forslag til prioritering av de foreslåtte tiltakene i strategien og handlingsplanen |
| Sak 06/16 | Hvordan kan helseforetakene bidra til næringsutvikling? |
| Sak 07/16 | Plan for HO21-rådet for perioden 2016-2018 |
| Sak 08/16 | Orienteringer <ul style="list-style-type: none">8.1 HelseOmsorg21-scenarieprosjekt8.2 Symposium Global Health Post – 2015: Confronting the Governance Challenges 23. februar 2016, Oslo8.3 Rammevilkår for norsk helsetjenesteforskning8.4 Orientering fra HOD om begrunnelse for prioritering av tannhelsetjenesten fremfor primærhelsetjenesten i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21- strategien |
| Sak 09/16 | Eventuelt <ul style="list-style-type: none">9.1. Møtet 29.2-1.3 flyttes til 24.-25.10.2016 |



Sak 02/16 Godkjent referat møte 1.12.2015 (06/15)

Type sak: Orientering
Til: HO21-rådet
Fra: HO21-sekretariatet v/Hilde Grindvik Nielsen, sekretariatsleder

Vedlegg til saken: Referat fra HO21-rådsmøte 1.12.2015 (06/2015)

Hovedpunkter

Utkast til referat fra møtet 1.12.2015 (06/15) ble sendt HO21-rådet 8.12.2015. Til fristen 13.12.2015 kom det kun noen mindre kommentarer til referatet. Alle merknadene ble tatt til følge.

Referatet ble godkjent av rådsleder John-Arne Røttingen 15.12.2015.

Vedtak: *Godkjent referat fra HO21-rådsmøte 1.12.2015 (06/15) tas til orientering.*



Møte i HelseOmsorg21-rådet (06/15)

Dato: Tirsdag 1. desember 2015, kl 11.00 – 16.00

Sted: Ingeniørenes Hus Møtesenter, Kronprinsens gate 17, Oslo

Tilstede:

Områdedirektør John-Arne Røttingen, Folkehelseinstituttet (*leder*)
Generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen
Dekan Arnfinn Sundsfjord, Det medisinske fakultet, UiT
Dekan Bjørn Gustafsson, Det medisinske fakultet, NTNU
Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet
Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF
Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth
Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF
Forskningssjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF
Dekan Fanny Duckert, Det samfunnsvitenskapelig fakultet, UiO
Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
Leder for Allmennmedisinsk forskningsenhet Guri Rørtveit, Uni Research Helse
Forskningssjef Hilde Lurås, Akershus universitetssykehus HF
Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet
Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening
Direktør Kathrine Myhre Oslo MedTech
Førsteamanuensis og senterleder Maren Sogstad, Høgskolen i Gjøvik
Prodekan forskning Monica Wammen Nordtvedt, Høgskolen i Bergen
Direktør Mona Skaret, Vekstbedrifter og klynger, Innovasjon Norge
Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS
Avdelingsdirektør for Helse og velferd Tone Marie Nybø Solheim, KS

Forfall:

Direktør Bernadette Kumar, Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)
Landsleder Dagfinn Bjørgen, Mental Helse
Fylkesrådmann Evy-Anni Evensen, Telemark fylkeskommune
Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia
Styreleder Knut Magne Ellingsen, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen Kommune

Innleder:

Avdelingsdirektør Maiken Engelstad, Helse- og omsorgsdepartementet (sak 20/15)

Fra HO21-sekretariatet, Forskningsrådet:

Konsulent Erlend Sand Bruer

Sekretariatsleder Hilde G Nielsen (*referent*)

Observatører:**Fra Helse- og omsorgsdepartementet:**

Fagdirektør Hjørdis Møller Sandborg
Seniorrådgiver Nils Olav Refsdal
Seniorrådgiver Sayeh Ahrabi
Seniorrådgiver Siv Svardal

Fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet:

Seniorrådgiver Hege B. Sæveraas

Fra Kunnskapsdepartementet:

Seniorrådgiver Sigrid Tollefsen

Fra Næring- og fiskeridepartementet:

Fagdirektør Eivind Lorentzen

Fra Utenriksdepartementet:

Rådgiver Aida Ghebreselasie

Saksliste

Sak 17/15	Godkjenning av sakslisten
Sak 18/15	Godkjenning av referat
Sak 19/15	Spørsmål om habilitet
Sak 20/15	Presentasjon av Regjeringens plan for oppfølging av HO21- strategien
Sak 21/15	Gjennomgang av tiltakene i HO21-strategien
Sak 22/15	Ulike typer kunnskaps- og kompetansesentre – orientering fra Helsedirektoratet
Sak 23/15	Orienteringssaker 23.1 Satsingsområdet Møte de globale helseutfordringene (sak 3/15) 23.2 Utvikling av en verdikjede for presisjonsmedisin
Sak 24/15	Eventuelt

Sak 17/15**Godkjenning av sakslisten**

Vedtak: Sakslisten godkjennes.

Sak 18/15**Godkjenning av referat****Saksdokument:**

- Referat fra møte 19.10.2015 (05/2015)
- Rådets arbeidsform, oppdatert 27.10.2015

Utkast til referat fra møtet 19.10.2015 ble sendt HO21-rådet 27.10.2015. Til fristen 3. november var det kommet tre merknader: to merknader til sak 10/15 Rådets arbeidsform og en merknad til sak 12/15 HO21-monitor. Alle merknadene er tatt til følge.

Referatet ble godkjent av Rådets leder 9.11.2015.

Vedtak: Referatet tas til orientering.

Sak 19/15**Spørsmål om habilitet**

Habilitet ble vurdert i forbindelse med de oppførte sakene.

Vedtak: Ingen av medlemmene er inhabile.

Sak 20/15**Presentasjon av Regjeringens plan for oppfølging av HO21- strategien**

Saksdokument: Presentasjon av Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21- strategien.

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21- strategien ble lansert 24.11.2015. Helse- og omsorgsdepartementet v/avdelingsdirektør Maiken Engelstad presenterte handlingsplanen for HO21-rådet.

Momenter fra innledningen:

- HelseOmsorg21- strategien står på egne bein.
- Hele regjeringen står bak handlingsplanen.
- Alle aktører er ansvarlig for oppfølging.
- Handlingsplanen består av 40 tiltak.
- Handlingsplanen slutter seg til de 10 satsingsområdene i strategien og skal være en direkte oppfølging av strategien. Tiltakene i handlingsplanen følger til dels opp tiltakene i strategien, til dels er det andre relevante tiltak fra regjeringen. Tiltakene i handlingsplanen er i tråd med regjeringens (nåværende) politikk:

Satsingsområdene i HO21-strategien	Tiltaksområdene i handlingsplanen
⇒ Økt brukermedvirkning	⇒ Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon (HO21-strategien: Økt brukermedvirkning)
⇒ Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	⇒ Nøk og rett kompetanse (HO21-strategien: Utvikling av de menneskelige ressursene)
⇒ Kunnskapsløft for kommunene	⇒ God styring og leiing (HO21-strategien: Strategisk og kunnskapsbasert styring)
⇒ Helsedata som nasjonalt fortrinn	⇒ Meir grensesprengjande helse- og omsorgsforskning og meir internasjonalisering (HO21-strategien: Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering)
⇒ Bedre klinisk behandling	⇒ Møte dei globale helseutfordringane
⇒ Effektive og lærende tjenester	⇒ Kunnskapsbasert folkehelsearbeid (HO21-strategien: Helsedata som nasjonalt fortrinn)
⇒ Møte de globale helseutfordringene	⇒ Trygg, effektiv og meir persontilpassa behandling (HO21-strategien: Bedre klinisk behandling)
⇒ Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	⇒ Styrkt forskning og innovasjon i og for kommunane (HO21-strategien: Kunnskapsløft for kommunene)
⇒ Utvikling av de menneskelige ressursene	⇒ Innovative og effektive helse- og omsorgstenester (HO21-strategien: Effektive og lærende tjenester)
⇒ Strategisk og kunnskapsbasert styring	⇒ Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

- Handlingsplanen er ikke ment å være en budsjettplan. Budsjett håndteres gjennom de ordinære budsjettprosessene og Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning.
- Regjeringen ønsker med handlingsplanen å tilrettelegge for nye samarbeidsformer mellom alle involverte aktører.

Momenter fra diskusjonen:

Generelle kommentarer til handlingsplanen:

- Handlingsplanen er en solid plattform. Mange av tiltakene er allerede igangsatt.
- Det står mye bra i handlingsplanen, men den oppleves som lite håndfast og lite konkret.
- Det ligger en marsjordre i handlingsplanen om at Rådet kan få til ting som ikke departementene kan beordre.
- Anvendt forskning defineres som forskning som HOD finansierer.
- Handlingsplanen fanger opp bredden i HO21-strategien.

- Strategien og handlingsplanen er begge fremkommet av helt unike prosesser.
- Det er vekting av alle områder i handlingsplanen. Nå er det opp til Rådet selv og ta handlingsplanen og strategien videre.
- Handlingsplanen gir mange og viktige signaler.
- Mange aktører involvert.
- Handlingsplanen er aktørenes mulighet til ta HO21-strategien videre.
- Savner helhetstanken i handlingsplanen.
- Savner signaler fra departementene til å gjennomføre egne tiltak.
- Behov for kunnskap om tiltak for folkehelsearbeidet. Dette er ikke nevnt i handlingsplanen.
- Handlingsplanen ikke bare for pasienter, men for hele befolkningen inkludert global helse perspektivet.

Kommunesektoren:

- Handlingsplanen er svak ift. tiltak for kommunehelsetjenesten.
- Det er gode intensjoner for spesialisthelsetjenesten (SHT), men svak ift. til kommunesektoren/primærhelsetjenesten (PHT).
- Det er en berettiget utålmodighet ift. kommunal sektor.
- KMD er savnet i handlingsplanen.
- Handlingsplanen er godt utgangspunkt for et kunnskapssystem for kommunehelsetjenesten.
- Handlingsplanen sier lite om 1) forskning og innovasjon i kommunesektoren (avklaring KS, KMD, HOD er viktig), 2) den tar dårlig for seg kommunenes behov og hvordan kommunene kan bistå i politiske prosesser og 3) den er svak for formelle forventninger (hvordan få til økt innovasjon og involvering av næringslivet gjennom lov/tildelingsbrev).
- Det er viktig med kommuneinvolvering.

Næringslivsområdet:

- Handlingsplanen er svak på tiltak ift. næringslivsområdet.
- Spannende plattform. Kan føre til økt forståelse for næringslivet i dette arbeidet.
- Fokus på internasjonalisering og globale utfordringer i næringslivet.
- Næringslivet må inn i helheten, dvs., næringslivet må inngå i alle satsingsområdene.
- HO21-prosessen har allerede ført til to ny såkornfond.
- Økt fokus på samspill mellom offentlig og privat.

Brukermedvirkning:

- Spørsmål til hvordan håndtere brukermedvirkning.
- Næringslivsområdet er kun representert i satsingsområdet Brukermedvirkning - burde inngå i alle satsingsområdene.

Utdanning:

- Utdanning og karriereløp er underfokusert i handlingsplanen.

Datatilgang:

- Bør ha fokus på data og datatilgang (eHelse/en innbygger, en journal). Det haster med arbeidet rundt datatilgang.

Klinisk forskning

- Handlingsplanen nevner ikke primærhelsetjenesten under punktet om bedre klinisk behandling. Siden det skjer svært omfattende diagnostikk og behandling i denne delen av tjenesten, er dette oppsiktsvekkende og bekymringsfullt
- Satsing på et kunnskapsløft for kommunehelsetjenesten omhandler primært om kompetansesentre, mens tyngden av forskning rettet mot denne delen av tjenesten ligger i UoH-sektoren.

Vedtak: Presentasjonen av handlingsplanen tas til orientering.

Sak 21/15**Gjennomgang av tiltakene i HO21-strategien****Saksdokument:**

- Oversikt over tiltakene i HO21-strategien
- Oversikt – saker som har vært diskutert i HO21-rådet i 2015

Rådet fikk i møtet utdelt et arbeidsdokument som viste en oversikt over HO21-strategiens tiltak, hvordan strategiens tiltak kan iverksettes og hvordan tiltakene i handlingsplanen fordeler seg på strategiens 10 satsingsområder, samt oppdatert status for arbeidet med tiltakene.

Rådsmedlemmene hadde på forhånd fylt inn i tilsendte regneark og oppdatert status for arbeidet på sine området.

Arbeidsdokumentet ble gjennomgått i møtet.

Vedtak: Sekretariatet oppdaterer arbeidsdokumentet (statusdokumentet) med de kommentarene som ble gitt i møtet og sender det til Rådet. Frist for nye oppdateringer: **onsdag 6. januar 2016.**

Sak 22/15**Ulike typer kunnskaps- og kompetansesentre – orientering fra Helsedirektoratet**

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) ga i 2013 Helsedirektoratet (Helsedir) og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) i oppdrag å gjennomgå kunnskaps- og kompetansesentre med annen forankring enn i de regionale helseforetakene.

Målet med gjennomgangen var å tydeliggjøre kunnskaps- og kompetansesentrenes samfunnsoppdrag og avklare roller. Kunnskaps- og kompetansesentrene som ble omfattet av gjennomgangen, i alt 34 sentre, finansieres hovedsakelig fra HOD/Helsedir eller BLD/ Bufdir.

Sentrene er opprettet for å styrke kunnskapssvake og prioriterte områder og retter seg både mot kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet.

Kort innledning ved Helsedirektoratet ved rådsmedlem Svein Lie.

Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet arbeider p.t. med å utarbeide et forslag til hvordan dette skal se ut fremover.

Momenter fra diskusjonen i møtet:

- Spørsmål om KS/kommunal sektor er med i arbeidsgruppen som arbeider med dette.
- KS ønsker å delta i arbeidsgruppen som skal komme med forslag til hvordan dette bør organiseres.
- Dette er et stort og komplekst felt. Det er viktig å ikke ødelegge gode strukturer som allerede ligger der.
- Det er en stor "skog" med mange ulike "oppdrag".
- Sentrene bør være komplementære til UoH-sektoren.
- Sentrene bør betjene kommunene.
- Viktig å tenke langsiktig – hvordan ser kommune-Norge ut om 10-20 år fremover.
- Kommunene er svak på forskning og svak på bestiller kompetanse. Det er et stort behov for noen/noe som kan ta ansvar for sentrene. Fokus på eierskap – hvilken tilknytninger skal de ha og hvor de skal plasseres.
- Dagens utviklingssentrene og sentrene for omsorgsforskning er organisert sammen med høyskolene.
- Det er lite fokus på kommunehelsetjenesten i handlingsplanen.
- Representanter fra Rådet ønsker å delta i dette arbeidet sammen med Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Vedtak: Helsedirektoratets orientering om status for arbeidet med kunnskaps- og kompetansesentrene tas til orientering.

Det ble uttrykt et stort ønske om at representanter fra Rådet ønsker å bli invitert til Helsedirektoratet for å bidra inn i dette arbeidet.

Sak 23/15**Orienteringssaker****23.1 Satsingsområdet Møte de globale helseutfordringene (Sak 3/15)**

Rådsmedlem Jesper Werdelin Simonsen, Forskningsrådet, orienterte kort om status for arbeidet.

På grunn av reduserte bevilgninger (pga krisen i Syria) fra UD til Forskningsrådet så har Forskningsrådet vurdert det til å være svært lite hensiktsmessig å innkalle til møte for å diskutere virkemidler/finansieringsordninger for innovasjon og næringsutvikling relatert til global helse siden finansieringssituasjonen er svært usikker.

23.2 Utvikling av en verdikjede for presisjonsmedisin**Saksdokument:**

- Brev – innspill til Regjeringens handlingsplan om utvikling av en verdikjede for presisjonsmedisin. Norge skal bygge opp og forvalte verdensledende helseinformasjonsdatabank.
- Svarbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Presentasjonen som ble vist i møtet av Kathrine Myhre og Eirik Næss-Ulseth.

Innspillet er utformet og støttet av følgende representanter i HO2-rådet: Mona Skaret/Toril Bariusdotter Ressem fra Innovasjon Norge, Anne Lise Ryel fra Kreftforeningen, Karita Bekkemellem fra Legemiddelindustrien (LMI), Håkon Haugli fra Abelia, Kathrine Myhre fra Oslo Medtech og Eirik Næss-Ulseth. Næringslivets hovedorganisasjon (NHO) støtter initiativet, som også er drøftet med Forskningsrådet

Presentasjon av forslaget ved rådsmedlem Kathrine Myhre, Oslo Medtech og rådsmedlem Eirik Næss-Ulseth.

Prosjektet er et konkret forslag til hvordan Norge, basert på unike norske fortrinn, kan lage en verdikjede¹ og analysetjenester for presisjonsmedisin med tilbud til pasienter og deres leger over hele verden. En utvikling av slike tjenester vil gi leger og pasienter raske svar på hvilken behandling som passer best – basert på genetikken til hver enkelt pasient. Slike svar kan omfatte både etablerte behandlinger og klinisk utprøving. Dette er et svært ambisiøst mål å sette, men som er nødvendig om Norge skal klare å bygge en næring av en viss størrelse. Verdikjeden med analysetjenester vil bidra til at pasienter får den beste behandlingen, og at helsetjenesten sparer penger ved å unngå dyr overbehandling uten effekt.

Helse- og omsorgsdepartementet sier i sitt svarbrev at de er glad for engasjementet som fremkommer i forslaget, men at dette er en sak for

¹ Verdikjede = kjede av aktører, i hovedsak bedrifter, som skal kunne utføre de tjenestene som er nødvendige fra sekvensering til analyse av genetisk informasjon i kombinasjon med annen medisinsk informasjon om pasienten.

videre utredning og diskusjon. Departementet mener at Rådet er den riktige arenaen for videre diskusjon. Departementet nevner også at innspillet er relevant ift til de to pågående infrastrukturprosjektene for hhv biobanker og helseregistre som har fått midler gjennom Norges forskningsråd i 2015.

Momenter fra diskusjonen i møtet

- interessant og viktig prosjekt
- fokus på finansiering – utstyret som kreves har en pris, lagring og oppbevaring en annen pris.
- viktig med diskusjoner rundt næringsutvikling.
- prosjektet bør ses i sammenheng med arbeidet med persontilpasset medisin.

Det ble ytret et ønske om at Helsedirektoratet ser på dette initiativet i sammenheng med sitt arbeid om persontilpasset medisin.

Forslagsgiverne deltar gjerne i møter/evt andre fora for å diskutere prosjektet ytterligere. Prosjektet vil også ses i sammenheng med diskusjoner senere i Rådet rundt infrastruktur og biobank prosjektene.

Vedtak: Orienteringene tas til orientering.

Sak 24/15

Eventuelt

- Det ble uttrykt et ønske om et to-dagers rådsmøte i løpet av 2016. Sekretariatet sender ut en doodle med forslag til møtedatoer.

Neste møte: mandag 25. januar 2016, kl 10 -16, Lysaker, Forskningsrådet.



Sak 03/16 Spørsmål om habilitet

Type sak: Vedtak

Til: HO21-rådet

Fra: HO21-sekretariatet v/Hilde Grindvik Nielsen, sekretariatsleder

Hovedpunkter

Habilitet skal vurderes i forbindelse med de oppførte sakene. Eventuell inhabilitet blant medlemmene og håndtering av denne skal protokollføres.

Forslag til vedtak: *Ingen av rådsmedlemmene er inhabile.*



Sak 04/16 Forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene – forslag til organisering

Type sak: Diskusjon

Til: HO21-rådet

Fra: HO21-sekretariatet v/Hilde DG Nielsen, sekretariatsleder

Saksdokumenter:

- Notat Forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene – forslag til organisering
- Notat Om kompetanseløft i kommunene

Ansvarlig:

- Arbeidsgruppe for organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene i Rådet: Tone Marie Nybø Solheim, KS, Hilde Lurås, AHUS HF; Guri Rørtveit, UiB; Maren Sogstad, NTNU, Arnfinn Sundsfjord. KS v/Jon Anders Drøpping har fungert som sekretariat for gruppen.

Bakgrunn

"Et kunnskapsløft for kommunene med solid finansiering, etablering av et nasjonalt register for kommunale helse- og omsorgstjenester og med en UoH-sektor og en ny instituttsektor innrettet mot kommunenes behov" er ett av fem hovedprioriteringer i HO21-strategien.

Regjeringen ønsker med handlingsplanen for oppfølgingen av HO21-strategien å "leggje til rette for å styrkje forskinga om kommunale helse- og omsorgstenester og for at delar av denne forskingsinnsatsen i større grad blir retta mot prioriterte behov, slik at avgjerslegrunnlaget i tenestene blir betre. Regjeringa vil at kommunane i større grad skal medverke til og leggje til rette for forskning og innovasjon for folkehelsearbeidet i kommunane, for utvikling av kvaliteten på dei kommunale helse- og omsorgstenestene og samhandling med spesialisthelsetenestene. Dette må skje i samarbeid med forskingsmiljø, og kommunane sine behov for kunnskap må liggje til grunn".

Hovedpunkter

Rådet har på flere møter i 2015 (møtet 05/15, 06/15) diskutert kommunesektorens utfordringer i forhold til utvikling av forskning, utdanning og innovasjon i kommunene. Det ble på HO21-rådsmøtet 19. oktober 2016 opprettet en intern arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å se på mulig organisering av forsknings- og utviklingsarbeidet innenfor helse- og velferdsområdet (primærhelsetjenesten).

Arbeidsgruppen foreslår følgende:

- 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 allokteres fra Kommuneserviceavdelinga 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.

Innledning ved: Tone Marie Nybø Solheim, KS/representanter fra arbeidsgruppen

HO21-rådet

Rådet bes om å diskutere forslagene fra arbeidsgruppen.

Rådet bes om å diskutere forslag til gjennomføring av forslagene fra arbeidsgruppen.

Forslag til vedtak: *Rådet vedtar å konsentrere det videre arbeidet om ett/flere/alle tiltak som arbeidsgruppen foreslår.*

Rådet vedtar at saken diskuteres videre på møtet 29. februar 2016.

Til: Rådet for HelseOmsorg 21

Fra: Arbeidsgruppe for organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Dato: 13. januar 2016

Forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene – forslag til organisering

Arbeidsgruppas mandat og sammensetning

«I møte i HO21-rådet 19. oktober 2015 ble det avtalt å opprette en arbeidsgruppe som skal utarbeide et notat som skisserer mulig organisering av forsknings- og utviklingsarbeidet innenfor helse- og velferdsområdet (primærhelsetjenesten). Sekretariatet for arbeidsgruppa ligger hos KS. Notatet skal sendes HO21-sekretariatet innen fredag 8. januar 2016».

Arbeidsgruppa har bestått av: Hilde Lurås, Ahus HF; Guri Rørtveit, UniHelse; Maren Sogstad, HiG; Tone Marie Nybø Solheim, KS; Arnfinn Sundsfjord, UiT. Gruppa har gjennomført til sammen tre arbeidsmøter i perioden desember 2015 – januar 2016. Jon A. Drøpping, KS, har vært sekretariat for gruppa.

Innledning og avgrensning

Kunnskapsaktivitetene som behandles i notatet avgrenses iht. forståelsen som legges til grunn i kunnskapstriangelet, dvs. forskning, innovasjon og utdanning. Begrepet «forskning» brukes gjennomgående, men omfatter som hovedregel altså hele kunnskapstriangelet. Arbeidsgruppa forholder seg videre til begrepet *helse- og omsorgstjenester i kommunesektoren*. Velferdsområdet – eksempelvis NAV og barnevern etc. – faller utenfor arbeidsgruppas definisjon.

Foreslått struktur skal stimulere kommunesektorens kunnskapsutvikling og kompetanse på forskning. Det *regionale* nivået vurderes som det mest hensiktsmessige operative nivået. Det er på dette nivået at kommunesektoren – iht. sine definerte kunnskapsbehov – skal utøve forskningsstrategisk lederskap i samarbeid med forsknings- og utdanningsinstitusjonene gjennom regionale samarbeidsorgan, delvis etter modell fra de regionale samarbeidsorganene for helseforetak og UoH-sektoren. Det regionale nivået må også disponere betydelig økonomiske forskningsressurser, og regionene foretar også prioriteringer mht. tildelinger. Det understrekes at «operativt» *ikke* innebærer at det foreslåtte regionale samarbeidsorganet (pkt. 1) selv skal gjennomføre forskningsaktivitetene. På *nasjonalt* nivå (se pkt. 4) skal det gis overordnede, strategiske føringer mht. prioriteringer og kunnskapsbehov. Avstemming mot internasjonal forskning og prioriteringer (herunder EU-forskning) ivaretas også best på nasjonalt nivå.

Kunnskapsbehovene skal være identifisert av kommunesektoren selv i tett samarbeid med UoH-sektoren, og forskningen/utviklingen skal være relevant og nyttig for kommunesektoren. Kravet til relevans og nytte skal ikke kompromittere kravet til kvalitet. I dette notatet anbefaler arbeidsgruppa en organisering inspirert av de regionale forskningsfondene (RFF) (se pkt. 1). Ved opprettelsen av RFF var det bekymring for forskningskvaliteten, som grunnet i skepsis til spenningen mellom desentralisert ansvar forskningsforvaltningen, og å sikre høy kvalitet i forskningen. Evalueringen av RFF viser imidlertid at Regionale forskningsfond holder samme kvalitetsnivå som sammenliknbare

program i Forskningsrådet,¹ noe som bl.a. sikres ved at søknadsbehandlingen er basert på de samme rutiner som praktiseres i Forskningsrådet med bruk av ekspertpaneler.

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.

Regionene vil bli det operative nivået for kommunesektoren i den foreslåtte organiseringa, og det må derfor legges til rette for tett samhandling mellom UoH-sektoren og kommunene i regionene. Det er viktig at kommunesektoren opplever at de har eierskap til og styrer i den regionale strukturen, og det må derfor ha legitimitet som et *samlet* organ for kommunenes forskningsbehov.

Forskningsaktivitetene som skal gjennomføres i den foreslåtte strukturen må være praksisnær; resultatene må tilbakeføres både til praksis og til de relevante utdanningene. Aktivitetene må derfor også omfatte en dedikert innsats/program rettet mot *bruk* av forskningsresultater etter at prosjekter er avsluttet.

En direkte «blå kopi» basert på de fire helseregionene er lite hensiktsmessig pga. størrelsen. Det er heller ingen faglige grunner til at organiseringa av forskning og utvikling innen helse- og omsorgstjenester skal modelleres etter helseregionene. Arbeidsgruppa har diskutert en mulig modell basert på organiseringa av De regionale forskningsfondene (RFF), som er organisert i syv fondsregioner (Nord-Norge, Midt-Norge, Vestlandet, Innlandet, Hovedstaden, Oslofjordfondet, og Agder). Fordeling av medlemmer i organet bør utredes, men bør bestå av representanter for kommunesektoren og representanter for UoH-sektoren. I den videre utredninga bør det muligens vurderes om representantene for kommunesektoren, som i størst grad representerer brukerne av kunnskapen, skal ha flertallet i de regionale samarbeidsorganene. Samarbeidsorganet bør ha ca. 10-12 medlemmer og støttes av fagspesifikke paneler ved vurdering av søknader.

Arbeidsgruppa understreker at man ikke ser for seg en direkte overføring av nye oppgaver innen helse- og omsorgsforskning til RFF-ene, men at styringsmodell og sannsynligvis også størrelse/antall i RFF kan være en *mulig* modell.

2. Finansiering

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

Jf. HO21-strategien forutsetter arbeidsgruppa at det settes av *friske midler* til forskning på helse- og omsorgstjenestene i kommunene. I strategien antydes det en betydelig opptrapping av

¹ Olav R. Spilling m. fl. (2013), *Regionale forskningsfond – ny infrastruktur for regional forskningsforvaltning. Sluttrapport fra følgeevalueringen av regionale forskningsfond*. NIFU-rapport nr. 45/2013.

grunnfinansieringen. Forskningsmidlene må kanaliseres til det regionale nivået, for eksempel etter modell av finansiering av de Regionale forskningsfondene.²

Forskningsmidlene til RHF-ene tildeles av HOD. Sentralt i denne modellen står de regionale samarbeidsorganene mellom RHF og UoH-sektoren, som sikrer prosesser, rammer og retningslinjer for utlysning og tildeling. RHF-ene, i samarbeid med UoH-sektoren, forvalter finansieringen og utvikler strategi for bruk av forskningsmidlene. Arbeidsgruppa mener at tilsvarende mandat er aktuell i en regional struktur for forskning i kommunesektoren. Tilsvarende som for RHF-ene i samarbeidsorganene for spesialisthelsetjenesten, må eierskapet til forskningsbehovene og forskningsmidlene ligge hos kommunesektoren i denne modellen. Friske midler til forskning på helse- og omsorgstjenestene bør allokere fra Kommuneserviceavdelingen i HOD, og arbeidsgruppa mener at KMD også må bidra med finansiering. Finansiering av forskning i kommunal sektor kan skje etter tilsvarende modell som finansiering av forskningen i spesialisthelsetjenesten.

Et godt samspill mellom forskning, utdanning og tjenesteinnovasjon (kunnskapstriangelet) er fundamentet i utviklingen av et kunnskapsbasert samfunn. Det er derfor avgjørende at kommunale helse- og omsorgstjenester har tilsvarende rammebetingelser som spesialisthelsetjenesten for å kunne ivareta også utdanningsoppgavene. Arbeidsgruppa ønsker en sidestillelse av kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten som praksisarena og krav til synliggjøring av bruk av midler til styrking av utdanningsformål. Arbeidsgruppa støtter også en forutsigbar finansiering av kommunal praksis, etter modell av den som gjelder for basisfinansieringen for de regionale helseforetakene, og i tråd med det HO21-planen antyder.

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.

Iht. HO21-strategien skal det «utvikles en helhetlig instituttsektor for kommunene gjennom en videreutvikling av dagens kompetanse-, kunnskaps-, utviklings- og forskningssentre som er innrettet mot kommunenes behov» (vår utheving). Arbeidsgruppa tolker anbefalingen om videreutvikling som en strukturell endring i organiseringa, og vurderer det slik at forholdet til de nasjonale og regionale sentrene faller utenfor gruppas mandat.

Det pågår flere prosesser rettet mot sentrene, og arbeidsgruppa viser bl.a. til HDIRs/BUFDIRs egen gjennomgang av kompetansesentrene,³ og til evalueringa av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.⁴ Det er imidlertid ingen av disse arbeidene/initiativene som tar for seg

² Retningslinjene finnes [her](#)

³ HDIR og BUFDIR, *Gjennomgang av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Delrapport 2*. HDIR og BUFDIR, 14.03.2014.

⁴ Marit K. Helgesen m. fl. (2015), *Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. Evaluering av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester*. Samarbeidsrapport NIBR/NIFU.

forskningsinnsatsen (bl.a. er sentre med forskning som primær oppgave utelatt fra HDIR/BUFDIRs gjennomgang). Før det tas stilling til sentrenes rolle i en infrastruktur for forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester, mener arbeidsgruppa at det bør gjennomføres en uavhengig kartlegging som også omfatter forskningsvirksomheten ved sentrene. En slik kartlegging bør også inkludere UoH-sektorens forskningsaktiviteter rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester.

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

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

Det er behov for helhetlig og strategisk koordinering for å motvirke fragmentering av kunnskapsutviklingen. Nasjonale strategier for utvikling kan ivaretas i en modell gjennom: 1) definering av et felles samfunnsoppdrag; 2) allokering av midler i statsbudsjettet til forskning og utvikling for å sikre kommunenes «sørge-for-ansvar» for forskning, utdanning og innovasjon; og 3) sammensetningen av styrene i samarbeidsorganene (repr. for kommunene i den aktuelle regionen, repr. fra UoH-sektoren, repr. for staten, og repr. fra KS – jf. også pkt. over om sammensetning av regionale samarbeidsorganer).

Arbeidsgruppa anbefaler opprettelsen av et nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning og utvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sammensetninga av organet må utredes nærmere. På samme måte som for den nasjonale samarbeidsgruppa for forskning i spesialisthelsetjenesten (NSG), må et organ for nasjonal koordinering helse- og omsorgstjenestene i kommunene ha bred sammensetning – ikke minst er det viktig med deltakelse fra *bevilgende myndigheter*, jf. pkt. 2 ovenfor, *Finansiering*. I tillegg til at forskinga på helse- og omsorgstjenestene må ha søkbare midler, vil statlig representasjon i dette organet ha betydning for den samlede koordineringa av helse- og omsorgsforskninga og kanalisering av forskningsmidlene.

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.

Forskningen må utnyttes i utdanningene slik at god praksis reflekteres i de profesjonsutdanningene som kommunesektoren har behov for. FoU-potensialet knyttet til studenters bachelor-, master- og PhD-arbeider er velkjent i spesialisthelsetjenesten. Dette potensialet må også utnyttes i kommunal sektor innen helse- og omsorgstjenestene.

Jf. HO21-strategien må kommunene få en plikt til å bidra med praksisplasser for studenter i medisin, helse- og sosialfag. Det må følge øremerket finansiering med studentene. En større andel av praksisstudiene må flyttes til relevante læringsarenaer i kommunal sektor. I tillegg vil veiledere knyttet til arbeider i helse- og omsorgstjenestene i seg selv kunne styrke samarbeidet mellom UoH-sektoren og lokal praksis. Opprettelse av 2-er stillinger (delte stillinger mellom kommune- og UoH-sektor) i kommunene vil også kunne bidra til å skape tettere bånd mellom UoH-sektoren og kommunene.

Fra 2014 er Offentlig sektor-ph.d. en ordning som er rettet mot å øke kompetansen og forskningsinnsatsen i offentlige virksomheter, øke forskerrekrutteringen og øke samspillet mellom akademia og offentlig sektor. Arbeidsgruppa forventer at en slik tettere kobling mellom offentlig sektor og kunnskapsmiljøene vil være positivt for samarbeidet mellom UoH-sektoren og kommunene.

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.

Dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste har svært mangelfull infrastruktur for forskning. God infrastruktur må utvikles for å kunne gjøre best mulig bruk av midlene som skal forvaltes av de foreslåtte regionale samarbeidsorganene for helse- og omsorgstjenestene.

Jf. HO21-strategien må dagens forskningsaktiviteter knyttet den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes i betydelig grad både med hensyn til strukturer, finansiering og infrastruktur. Formidlings/implementeringskanalene må også styrkes. 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. Flere virkemidler må tas i bruk for å gjøre det mulig å skaffe gode data fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi nevner her kort:

- Et kommunalt pasientregister med valide og tilstrekkelige data for å gi reell oversikt over kvantitet og kvalitet av helse- og omsorgstjenestene som tilbys
- Et felles nasjonalt praksisbasert forskningsnettverk for de ulike tjenestene, som kan støtte rekruttering av klinikere og pasienter til kliniske studier, etter modell fra andre land. Slike nettverk kan også fungere som infrastruktur for implementering av forskningsresultater.
- En styrket satsing på FoU-koordinatorer i kommunene.
- Videreutvikling av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester

Notat til møtet i HelseOmsorg21-rådet 25. januar 2016

Om kompetanseløft i kommunene

På anmodning fra Forskningsrådets sekretariat for HelseOmsorg21-rådet informerer Helsedirektoratet om arbeidet med et kompetanseløft i de kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kompetanseløft 2020 (heretter K2020) er lagt fram i Prop. 1S (2015-2016) og er regjeringa sin nye handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstenesta fram mot 2020.

Føremålet med Kompetanseløft 2020 er å bidra til ei fagleg sterk teneste, og å sikre at dei kommunale helse- og omsorgstenestene har tilstrekkeleg og kompetent bemanning.

I tildelingsbrevet frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) blir det meldt at det kjem et eige meir detaljert oppdragsbrev fra HOD om K2020.

Kompetanseløftet 2015 har sidan 2007 vore rekrutterings- og kompetanseplan for den kommunale pleie- og omsorgstenesta under Omsorgsplan 2015. Nytt Kompetanseløft 2020 vidarefører fleire av tiltaka frå K2015, og er utvida til å omhandle heile helse- og omsorgstenesta i kommunane fram mot 2020.

Planen er delt opp i seks hovudstrategiar med nærare 50 ulike tiltak/oppdrag knytt til dei ulike strategiane. Nokre av tiltaka er oppførde under fleire strategiar. I tillegg er minst to tiltak under K2020 nemnt i budsjettekst under respektiv kapittel og post, men ikkje lista opp i del III. Følgjande strategiar er føreslått:

1. Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell.
2. Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestens behov.
3. Heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis.
4. Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon.
5. Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskaps-spredning.
6. Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse.

Se også vedlagte kopi frå statsbudsjettet for 2016!

Helsedirektoratet JHI 11.1.2016

10 Kompetanseløft 2020

Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet med planen er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å bidra til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

10.1 Bakgrunn

Meld. St. 26 (2014–2015), Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, framhever behovet for å se den kommunale helse- og omsorgstjenesten som en helhet. Den trekker fram utfordringene på kompetanse- og ledelsesområdet og viser til tidligere vedtatt politikk på kompetansfeltet som framgår av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg og Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Prioriterte tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i helse- og omsorgstjenesten og oppfølging av tiltakene i Meld. St. 29 (2012–2013), er nærmere omtalt i regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020, Omsorg 2020.

I tråd med utviklingen som er skissert i Meld. St. 26 (2014–2015) og Omsorg 2020, er det behov for en styrking av helse- og sosialfaglig kompetanse. Brukergruppene blir stadig faglig mer krevende og har ofte sammensatte behov. Kommunen må ta utgangspunkt i brukernes samlede behov når tjenester planlegges og utføres. Slik utvikles pasientenes og brukernes tjeneste.

Utfordringsbildet tilsier behov for styrking av kompetansen på flere områder, deriblant høyere og bredere utdanning av helse- og sosialfaglig personell. Det er behov for å forbedre den medisinske oppfølging av brukere i sykehjem og hjemmetjenestene. Den medisinske oppfølgingen er særlig knyttet til forebygging, behandling, lindrende behandling, og rehabilitering av brukere med kroniske sykdommer med et komplekst og sammensatt sykdomsbilde. Sosialfaglige hensyn som i tillegg skal ivaretas er knyttet til sosial trygghet, likestilling og likeverd, forebygging av sosiale problemer, styrking av sosiale relasjoner

og at alle skal få mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Brukergrupper som særlig er avhengig av sosialfaglig kompetanse er bl.a. mennesker med psykisk utviklingshemming, med rusproblemer og psykiske lidelser. Det er behov for kompetanseheving om rus og psykisk helse i helse- og omsorgstjenesten, behov for mer kompetanse om somatiske helseutfordringer for brukere med psykisk helse og rusproblemer, og å integrere tjenesten til disse brukerne med øvrige tjenester. De samlede utfordringer i kommunen må svares ut med mer tverrfaglighet og på flere nivåer, slik det framgår av de samlede strategiene i Kompetanseløft 2020. Tjenesten har i tillegg særskilte utfordringer knyttet til et høyt antall personell uten helse- og sosialfaglig utdanning.

Det er behov for bedre ledelse på alle nivåer, å heve det faglige nivået, å sikre en tilstrekkelig faglig bredde, å endre innretning på videreutdanningene slik at de møter utfordringene i tjenestene, og å bidra til faglig utvikling og kunnskapsspredning. Det er behov for mastergradsutdanninger som både gir fordypning og kompetanse på bredere fagområder enn det som er tilfelle for mange av dagens videreutdanninger. Dette for å møte behovene til brukere med sammensatte behov og samtidig legge til rette for mer fagutvikling, innovasjon, kunnskapsbasert praksis og forskning i tjenestene.

Kompetanseløft 2020 er en plan for kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom Kompetanseløft 2020 vil kommunene oppfordres til å sette de samlede kompetanseutfordringene på dagsorden i den helhetlige kommunale planleggingen.

Kompetanseløft 2020 skal bygge på de gode erfaringene fra Kompetanseløftet 2015. En følgeevaluering foretatt av NIBR og NIFU i perioden fra 2007 til i dag viser at Kompetanseløftet 2015 har vært en viktig pådriver og et viktig tiltak for at kommunene har satt i gang med oppbygging av kompetansen i brukerrettede omsorgstjenester, uavhengig av kommunenes økonomiske situasjon (NIBR-notat 2015:102). Videre viser følgeevalueringen at kommunal deltakelse i Kompetanseløf-

tet 2015 ser ut til å være sterkt styrt av faktiske behov for relevant kompetanse i forhold til mottakere av omsorgstjenester.

10.2 Strategier

Kompetanseløft 2020 følger opp både Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste og regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020.

Kompetanseløft 2020 består av seks strategier:

1. Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell
2. Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestens behov
3. Heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
4. Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon
5. Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning
6. Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse

10.3 Tiltak

Kompetanseløft 2020 består av tiltakene nedenfor. Tiltakene består bl.a. av iverksatte tiltak som følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) og regjeringsplattformen, og av tiltak som er varslet i Meld. St. 26 (2014–2015). Videreføring av eksisterende tiltak og iverksetting av nye tiltak med budsjettmessige konsekvenser utover regjeringens budsjettforslag for 2016 vil bli vurdert i de årlige statsbudsjettene. Tiltakssammensetningen kan bli justert i løpet av planens virketid.

Strategi 1: Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell

- Rekruttering: Menn i helse (kap. 761, post 21)
- Rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til kommunene (kap. 761, post 60)
- Tilskudd for å bedre legesituasjon i områder av landet med dårlig legedekning (kap. 762, post 70)
- Tilskudd til kvalifisering av fremmedspråklige (kap. 761, post 60)
- Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunene (kap. 765, post 60)
- Utdanningsstillinger i allmennmedisin (kap. 762, post 63)

Strategi 2: Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestens behov

- Gjennomføre et pilotprosjekt med nasjonal deleksamen for bl.a. sykepleierutdanningen (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Utarbeide et konkret opplegg for gjennomføringen av kollegagrupper i kommunene (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Utrede etablering av nye kliniske videreutdanninger på mastergradsnivå rettet mot oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Utrede om utvalgte grupper skal gis utvidede rettigheter til å forskrive legemidler mv. (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Utrede om utvalgte helsefaglige utdanninger holder tilstrekkelig kvalitet med hensyn til kandidatenes sluttkompetanse (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Vurdere om det bør etableres offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere med utvalgte masterutdanninger (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Vurdere om innholdet i dagens videreutdanninger for sykepleiere møter behovet i tjenestene (Meld. St. 26 (2014–2015))

Strategi 3: Heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis

- Stimuleringstiltak for psykologer (kap. 765, post 73)
- Demensomsorgens ABC (kap. 761, post 60)
- Driftstilskudd til institusjoner som driver videre, etter og spesialistutdanninger innenfor psykisk helse (kap. 765, post 73)
- Eldreomsorgens ABC (kap. 761, post 60)
- Etisk kompetanseheving (kap. 769, post 70)
- Gjennomgå flere av sektorforskriftene og vurdere om det i forskriftene skal fastsettes konkrete **minimumskrav til kompetanse** for ulike tjenester eller tjenesteområder (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Innføre **kompetansekrav** i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Kompetansetiltak til ansatte innen psykisk helse- og rusproblematikk (kap. 761, post 68)
- Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge (kap. 761, post 21)
- **Kurspakke** for ufaglærte (kap. 761, post 60)
- **Lønnstilskudd** til gjennomføring av utdanning innen avansert klinisk sykepleie (kap. 762, post 63)
- Mitt Livs ABC (kap. 761, post 21)

- Styrking av kompetansen om palliasjon (kap. 761, post 21)
- Styrking og videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (kap. 762, post 60)
- Tiltak til styrking av kompetansen i legemiddelhåndtering av ansatte i omsorgstjenesten (kap. 761, post 68)
- Tilskudd til fagskoleutdanning (videreutdanning) innen helse- og sosialfag (kap. 761, post 60)
- Tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenesten (kap. 761, post 68)
- Tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt (kap. 761, post 67)
- Tilskudd til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering (kap. 762, post 63)
- Tilskudd til Stiftelsen Livsglede for eldre, til opplæring, støtte og veiledning til å sette i system aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer (kap. 761, post 21)
- Tilskudd til Verdighetssenteret, til opplæring av frivillighetskoordinatorer for frivillig arbeid og omsorg ved livets slutt (kap. 761, post 21)
- Tilskudd til økt kompetanse innen mat, kosthold og ernæring i omsorgstjenestene (kap. 761, post 68)
- Tilskuddsordning til styrking og spredning av kunnskap og kompetanse om nevrologiske lidelser (kap. 761, post 21)
- Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge (kap. 761, post 68 og kap. 765, post 21)
- Utredning av krav til at alle allmennleger i den kommunale helse og omsorgstjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Velferdsteknologiens ABC (kap. 761, post 21)

Strategi 4: Legge til rette for tjenesteutvikling, samarbeid og innovasjon

- Driftsmidler til Utviklingssentrene for syke- hjem og hjemmetjenester (kap. 761, post 67)
- Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten (kap. 765, post 74)
- Legge til rette for teamorganisering av tjenester (Meld. St. 26 (2014–2015))

- Styrking og videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (kap. 762, post 60)
- Læringsnettverk for gode pasientforløp (kap. 762, post 21)

Strategi 5: Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning

- Driftsmidler til Utviklingssentrene for syke- hjem og hjemmetjenester (kap. 761, post 67)
- Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten (kap. 765, post 74)
- Læringsnettverk for gode pasientforløp (kap. 762, post 21)
- Tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenesten (kap. 761, post 68)
- Tilskudd til kompetanseheving i tjenestene til personer med utviklingshemming (kap. 761, post 67)
- Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge (kap. 761, post 68 og kap. 765, post 21)
- Utrede endring av lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m, slik at kommunene a) får en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten som speiler spesialisthelsetjenestenes veiledningsplikt over kommunen og b) en plikt til kompetansedeling innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 26 (2014–2015))
- Utvikle arenaer for kompetanseoverføringer mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten innenfor utvalgte tema (Meld. St. 26 (2014–2015))

Strategi 6: Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse

- Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten (kap. 761, post 21, kap. 765, post 21 og kap. 770, post 70)
- Kommunal deltakelse i topplederprogrammet (kap. 762, post 21)
- Utarbeide veileder for kommunens oppfølging av private aktører med driftsavtale (Meld. St. 26 (2014–2015))

Tiltak som dekker flere strategier gjentas i opplistingen ovenfor.



Sak 05/16 Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn - forslag til prioritering av de foreslåtte tiltakene i strategien og handlingsplanen

Type sak: Vedtak
Til: HO21-rådet
Fra: HO21-sekretariatet v/Hilde G Nielsen, sekretariatsleder

Saksdokumenter:

- Notat Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn - forslag til hva HO21-rådet bør gripe fatt i av de foreslåtte tiltakene i strategien og handlingsplanen
- Notat Data for forskning

Ansvarlig:

- Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet
- Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet

Bakgrunn

Regjeringen har satt seg som mål å utvikle et effektivt og godt folkehelsearbeid tuftet på kunnskap om helsetilstanden og helseutfordringer i befolkningen, hva som kan påvirke helsen og hvilke virkemidler og tiltak som gir effekter.

HO21-strategien sier: "*Gode data gir grunnlag for nyttig, pålitelig og oppdatert kunnskap. Helsedata fra registre, befolkningsbaserte helseundersøkelser og biobanker er et vesentlig fortrinn for norsk helseforskning og innovasjon. Dette fortrinnet bør utvikles videre blant annet ved å sørge for enkel og sikker tilgang til data, og bedre data fra helse- og omsorgstjenestene i kommunene og fra private aktører. Målet er å ha data som gir grunnlag for kunnskapsbaserte forebyggende tiltak og kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester. Vi trenger rask og sikker tilgang til informasjon for den enkelte innbygger, pasient og helsearbeider. Det er behov for løpende oppdaterte analyser av helsetilstanden i befolkningen og helsestjenestene, som formidles til de som skal bruke kunnskapen*" (s.41).

Hovedpunkter

Forskningsrådet er en uavhengig nasjonal aktør uten egeninteresse i å forske på eller eie data. Det er derfor pekt på Forskningsrådet som en ønsket aktør for å være pådriver og følge opp prosessen med å tilrettelegge norske persondata sikkert og helhetlig for forskning. I vedlagte notat redegjøres det for Forskningsrådets arbeid med data for forskning.

Innledning ved: Jesper W. Simonsen

Basert på tiltakene i strategien og handlingsplanen foreslår Camilla Stoltenberg at HO21-rådet bør diskutere om rådet skal gjenoppta forslaget om en større gjennomgang av lover og forskrifter med tanke på å utvikle et system for tilgang til helsedata og relevante data fra andre sektorer.

Innledning ved: Camilla Stoltenberg, FHI

HO21-rådet

Rådet bes om å gi innspill til Forskningsrådets arbeid med data for forskning.

Rådet bes om å diskutere forslaget fra Camilla Stoltenberg.

Rådet bes om å diskutere hvordan arbeide for iverksettelse av tiltaket best kan gjennomføres.

Forslag til vedtak:

Rådet vedtar å arbeide med å gjenoppta forslaget om en større gjennomgang av lover og forskrifter med tanke på å utvikle et system for tilgang til helsedata og relevante data fra andre sektorer.

Rådet vedtar at en intern arbeidsgruppe i Rådet ser nærmere på hvordan tiltaket skal iverksettes. Det foreslås at dette presenteres for Rådet på rådsmøtet 29. februar 2016.

Notat til HO21-rådet

Dato: 2016-01-11

Camilla Stoltenberg

Satsingsområdet Helsedata som nasjonalt fortrinn

Forslag til hva HO21-rådet bør gripe fatt i av de foreslåtte tiltakene i strategien og handlingsplanen.

Helsedata som nasjonalt fortrinn er et av satsingsområdene i HO21, men skiller seg fra de øvrige ved at gjennomføring av denne satsingen vil styrke de øvrige satsingene. Gode helsedata er et internasjonalt fortrinn i norsk helseforskning i dag. Bedre tilgang til og utnyttelse av helsedata er avgjørende for at dette fortrinnet skal utvikles og utnyttes i forskning og innovasjon, i offentlig og privat virksomhet.

Strategien

HO21-strategien ga en rekke anbefalinger om hvordan man bør lette tilgangen til og øke utnyttelsen av helsedata (se side 41-43). Disse skulle iverksettes gjennom fem utvalgte tiltak:

1. Igangsette en større lov- og forskriftsgjennomgang på området.
Ansvar: HOD og forskningsinstitusjonene
2. Benytte e-helsesatsingene, Nasjonalt helseregisterprosjekt og Biobank Norge der det er hensiktsmessig for å iverksette tiltakene.
Ansvar: HOD, KD, Helsedirektoratet og Forskningsrådet
3. Gjennomgå organiseringen av helseregistrene og dataforvaltningen, og vurdere ett nasjonalt data- / registerforvaltningsorgan som kan gi tilgang til data og utføre forskertjenester. Dette kan for eksempel være i form av en nasjonal søknadsinstans. Det bør vurderes om dette kan knyttes til infrastrukturprosjektene som Norges forskningsråd finansierer, det vil si <<Helseregistre for forskning>> og <<RAIRD>> (Remote Access Infrastructure for Register Data).
Ansvar: HOD og Forskningsrådet
4. Utnytte foraene som er etablert eller etableres i oppfølgingen av HO21, som en strategisk gruppe for helsedata inspirert av det nyopprettete Strategisk Alliance for Register og Sundhedsdata (STARS) i Danmark.
Ansvar: HOD
5. Etablere en nasjonal satsing på minst 100 mill. kroner årlig for registerbaserte studier og bidrag til etablering av nasjonale sykdomsbaserte forskningsbiobanker med finansering fra relevante departementer og regionale helseforetak.
Ansvar: KD, HOD, ASD, KMD og RHFene

Handlingsplanen

I handlingsplanen for HO21 redegjør regjeringen for hvilke tiltak som er igangsatt og hvilke den vil iverksette for å følge opp strategien. Disse tiltakene overlapper delvis med forslagene i strategien. Handlingsplanens kapittel om helsedata som nasjonalt fortrinn gjengis her i sin helhet:

Den nye helseregisterlova tok til å gjelde 1. januar 2015. Her er reglane for tilgang til data forenkla, samtidig som det blir stilt klare krav om godt personvern. Forskriftene som i dag er heimla i helseregisterlova, skal reviderast og oppdaterast i lys av den nye lova. I forskriftsarbeidet vil reglane for kopling av helseregisterdata bli vurderte. Også fristane for utlevering av registerdata skal vurderast. Personvernmessige konsekvensar av forslaga skal utgreiast og takast omsyn til.

Helse- og omsorgsdepartementet prioriterer arbeidet med å modernisere og samordne sentrale helseregister og medisinske kvalitetsregister. Dette blir mellom anna følgt opp gjennom nasjonal helseregisterstrategi og nasjonal e-helsesatsing. Regjeringa vil vurdere tiltak for å lette tilgangen til og koplingar mellom helsedata og andre typar datakjelder for ulike formål og brukargrupper. I vurderingane vil også personvernkonsekvensar av moglege tiltak bli utgreidde og tekne omsyn til.

Folkehelseinstituttet skal i samarbeid med Helsedirektoratet, Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre og dei regionale helseføretaka utarbeide ein plan for utgreiing av eventuelle nye fellesregister. Aktørane skal òg utarbeide oversikt over fagområde i helsetenesta med behov for utvikling av kunnskapsgrunnlag og greie ut føresetnader for at det kan etablerast kvalitetsregister på desse områda.

Regjeringa vil vurdere nye register for psykiske lidningar og ruslidningar og eit personidentifiserbart register over legemiddelbruk. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utgreie eit register for kommunale helse- og omsorgstenester.

Regjeringa vil vurdere ei samla forskrift for dei store befolkningsbaserte helseundersøkingane. Regjeringa vil bidra til å finansiere HUNT4 og vurdere moglege ordningar for å finansiere større datainnsamlingar gjennom befolkningsbaserte helseundersøkingar.

Noreg blir fullt medlem av det europeiske forskingsinfrastrukturkonsortiet Biobanking and BioMolecular resources Research Infrastructure (BBMRI-ERIC) frå 1. januar 2016. Vi får med det stemmerett og fulle rettar til å delta i aktivitetane på same måte som andre medlemsland i konsortiet. Regjeringa vil i samråd med dei andre nordiske landa vurdere å vidareføre det nordiske samarbeidet om helseregister gjennom Nordisk ministerråd.

Regjeringa vil

- *revidere forskriftene som er heimla i helseregisterlova (HOD)*
- *vurdere ei samla forskrift for dei store befolkningsbaserte helseundersøkingane (HOD)*
- *vurdere moglege ordningar for å finansiere større datainnsamlingar gjennom befolkningsbaserte helseundersøkingar (HOD)*
- *delfinansiere datainnsamling i HUNT4 (HOD)*
- *vurdere etablering av eit personidentifiserbart register over legemiddelbruk og eit register for psykiske lidningar og rus (HOD)*
- *vurdere tiltak for å lette koplingar mellom helsedata og andre typar datakjelder for ulike formål og brukargrupper, samtidig som ein tek omsyn til personvernet (HOD og KD, ASD, KMD, BLD og FIN)*

Hva bør HO21-rådet gripe fatt i?

Forslagene i handlingsplanen er positive og godt forankret i pågående prosesser, blant annet Direktoratet for e-helse og helseregisterprosjektet. Samtlige har vært planlagt lenge og/eller er igangsatt allerede. De er imidlertid mindre ambisiøse enn forslagene i strategien og det er grunn til å spørre om de vil gi vesentlige endringer i tilgang til og utnyttelsen av helsedata. For eksempel foreslår strategien en større gjennomgang av lover og forskrifter, mens handlingsplanen sier at regjeringen har revidert helseregisterloven og planlegger å revidere de tilhørende forskriftene for henholdsvis helseregistre og samtykkebaserte helseundersøkelser. Det er for tidlig å si om den reviderte helseregisterloven som ble iverksatt 1. januar 2015 vil føre til vesentlige forbedringer når det gjelder tilgang til data. Det er imidlertid klart at mange av vanskelighetene, forsinkelsene og kostnadene ved å få tilgang til data er knyttet til annet lovverk enn helseregisterloven. Dette gjelder først og fremst helseforskningsloven, statistikkloven, personopplysningsloven og lov om helsepersonell, men også andre lover som bioteknologiloven og biobankloven. Noen av disse lovene skal etter planen revideres, blant annet bioteknologiloven. Andre kan vi regne med vil gjennomgå revisjoner av andre årsaker i løpet av de nærmeste årene, blant annet statistikkloven og personopplysningsloven. Helseforskningsloven har virket siden 2009 og bør evalueres. I tillegg har Direktoratet for e-helse varslet at prosjektet «en innbygger – en journal» vil utløse et behov for lovendringer i årene som kommer.

Målet er å etablere et prinsipp om at det skal være mulig å bruke data og biologisk materiale fra helsetjenestene til sekundære formål - dvs analyse, forskning og innovasjon – samtidig som personvernet er sterkt. Data skal deles på tvers av institusjoner og sektorer og være tilgjengelige for offentlige og private aktører, tilgangen skal være rask, prisen skal være riktig, og datakvaliteten skal være god. Dette er ikke mulig å oppnå gjennom tiltakene i handlingsplanen alene. Det bør etableres et samarbeid med direktoratet for e-helse og helsetyret.

På dette grunnlaget bør HO21-rådet diskutere om rådet skal gjenoppta forslaget om en større gjennomgang av lover og forskrifter med tanke på å utvikle et system for tilgang til helsedata og relevante data fra andre sektorer.

Data for forskning

Sak til drøfting lagt fram av Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet

Norge har unike persondata av høy kvalitet i verdenssammenheng, men dataene er betydelig underutnyttet til forskning. HelseOmsorg21-strategien har lettere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata som en av fem hovedprioriteringer. Forskningsrådet er opptatt av sikker, rask og kostnadseffektiv tilgang til norske persondata for forskning. HelseOmsorg21-rådet bes om innspill til det videre arbeidet.

Kronikken "Livene vi ikke redder"

I januar 2015 publiserte Aftenposten en kronikken "Livene vi ikke redder" [1] skrevet av Forskningsrådets administrerende direktør Arvid Hallén og Kreftforeningens generalsekretær Anne Lise Ryel. Kronikken peker på noen av hovedutfordringene med helsedata for forskning. Dialog, medieoppslag og publikasjoner i ettertid har vist bred enighet om behovet for å identifisere og løse utfordringene for bedre tilrettelegging av norske helsedata og andre persondata til forskning.

Nasjonal infrastruktur

Forskningsrådets Nasjonal satsing på forskningsinfrastruktur finansierer tre infrastrukturprosjekter som arbeider konkret med data for forskning. De tre prosjektene er Biobank Norge [2], Helseregistre for forskning [3] og RAIRD (Remote Access Infrastructure for Register Data) [4].

- Biobank Norge (2010-2018) er et samarbeid mellom de fire store universitetene, de fire helseregionene, Folkehelseinstituttet og Kreftregisteret. Prosjektet bygger og organiserer nasjonale humane biobanker og helsedata av høy kvalitet for forskning. Arbeid fram mot en nasjonal modell for innovasjon og industrisamarbeid er organisert som en egen arbeidspakke i Biobank Norge-prosjektet fra 2016. Arbeidet harmoniseres godt internasjonalt ved tett samarbeid i flere nordiske og europeiske infrastrukturprosjekter. Biobank Norge er norsk node i det europeiske biobank-konsortiet BBMRI-ERIC [5].
- Helseregistre for forskning (2014-2019) har Helsedirektoratet som partner i tillegg til alle partnerne som deltar i Biobank Norge. Målet med prosjektet er å utvikle bedre infrastruktur for sikker tilgang til data fra utvalgte helseregistre til forskningsformål.
- RAIRD (2012-2017) utvikles av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) og SSB. RAIRD vil bli en felles infrastruktur som sørger for teknologisk tilrettelegging, organisering og administrative rutiner for å forvalte og formidle registerdata. Personvernet i RAIRD skal ivaretas gjennom et "anonymiserende grensesnitt" som gir tilgang til bearbeiding og analyse av dataene, men hvor man ikke kan se eller få kjennskap til personopplysningene. Samtidig skal infrastrukturen sikre nødvendig konfidensialitet slik at forskere ikke lenger skal behøve å søke Datatilsynet, REK og de ulike dataeierne om å bruke dataene. I første omgang vil RAIRD legge til rette registerdata for deler av den samfunnsvitenskapelige forskningen. Infrastrukturen vil kunne overføres til andre forskningsområder som bruker registerdata, å som helseområdet.

Forskningsrådets arbeid med data for forskning

Forskningsrådet er en uavhengig nasjonal aktør uten egeninteresse i å forske på eller eie data. Det er derfor pekt på Forskningsrådet som en ønsket aktør for å være pådriver og følge opp prosessen med å tilrettelegge norske persondata sikkert og helhetlig for forskning. Forskningsrådet ønsker å finansiere, skape møteplasser og være rådgiver i prosessen.

1. Forskningsrådet har initiert et samarbeid mellom infrastrukturprosjektene Biobank Norge og Helseregistre for forskning med formål å opprette **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 utføres innenfor eksisterende lovverk og p.t. med midler som allerede er bevilget til prosjektene. Infrastrukturordningen i Forskningsrådet vil framover være et viktig virkemiddel for å sikre en helhetlig nasjonal infrastruktur for data til forskning. Forskningsrådets administrasjon arbeider med å opprettholde nasjonal dialog for å få gjennomført det viktige arbeidet med data for forskning raskest og sikrest mulig.

2. Vi planlegger **en rapport om status, utfordringer/flaskehalser og mulige løsninger** for økt bruk av data for forskning. Målet er å klarlegge hvordan dagens system(er) ivaretar
 - personvern, samtykke og deltakers rett til informasjon
 - rask sikker utlevering av data til forskningsformål
 - lave kostnader ved sekundærbruk av persondata til forskning

sammenlignet med

- "den danske modellen" og modellen som utvikles i Sverige
- eventuelle andre nye løsninger (den "norske modellen")

Rapporten skal beskrive hvordan de ulike systemene fungerer og illustrere eventuelle tidstap og merkostnader gjennom eksempler. I tillegg skal den identifisere hvilke barrierer som fører til tidstap og økte kostnader. Slike barrierer kan være

- reelle hensyn til personvern, samtykke og rett til informasjon
- komplisert regelverk som kan forenkles uten at det går ut over personvern hensyn, samtykke og rett til informasjon
- manglende tekniske løsninger
- mangelfulle administrative løsninger hos registerforvalterne, forskningsinstitusjonene og mellom disse

I utgangspunktet ser vi ikke for oss at rapporten vil inkludere problemstillinger som er spesifikke for næringslivets deltakelse, men arbeidet som gjøres for tilgang til norske persondata for forskning vil gavne forskning i næringslivet.

Så fort det foreligger et pålitelig kunnskapsgrunnlag vil Forskningsrådet gå i dialog med relevante aktører for å diskutere nødvendige endringer og igangsette tiltak innenfor vårt mulighetsrom.

Direktoratet for e-helse og nasjonalt samarbeid

Det nye direktoratet for e-helse skal forvalte og videreutvikle IKT-løsninger. Et viktig arbeid for direktoratet blir å virkeliggjøre visjonen om «én innbygger – én journal». Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013), *En innbygger – én journal*, setter "Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning" som en av tre overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. I den oppfølgende utredningen av desember 2015 [6], som omhandler hvordan målene i melding skal nås, påpekes behov for å løse utfordringer relatert til tilgjengeliggjøring av data for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Utredningen viser at dagens informasjonsstrukturer hindrer automatisk tilgjengeliggjøring av data med høy kvalitet. Det er behov for felles IKT-løsninger som forenkler tilgjengeliggjøring og bruk av helsedata. Tilgang til i størst mulig grad komplette og korrekte opplysninger på nasjonalt nivå er en forutsetning for forskning. Innenfor forskning er det videre behov for å sammenstille data fra ulike kilder og muligheter for å følge utvikling over tid.

Nordisk perspektiv

Hvilke løsninger som er mulige og hensiktsmessige, avhenger av lovverkene i de enkelte land. Sverige [7] og Danmark [8] har valgt løsninger basert på en "Remote Access"-tilnærming. Etter norsk lovverk vil denne type løsning utløse samme krav til dispensasjoner og konsesjoner som i dag, men det vil være en teknisk forbedring som vil gi økt effektivitet og økte muligheter pga. økt

sikkerhet for personsensitive data. SSB [9] planlegger å søke Forskningsrådet om midler for å investere i bedre tekniske løsninger samtidig som de koples til samarbeidet mellom infrastrukturprosjektene Biobank Norge og Helseregistre for forskning. Forskningsrådet ser det som vesentlig å utnytte erfaring fra tilsvarende prosesser i våre naboland i våre nasjonale investeringer og å arbeide for enklest og sikrest mulig forskningssamarbeid om data mellom de Nordiske landene.

Ny General Data Protection Regulation i EU ivaretar data for forskning

I lang tid har det var en reell trussel om helsefaglig forskning ville bli rammet av altfor streng beskyttelse av persondata i Europa. Det har vært omfattende protester fra forskersamfunnet, pasientorganisasjoner og andre mot utkast til ny lovtekst i flere år. I desember 2015 førte protestene til at EU-parlamentet og -rådet foreslo en lovtekst [10] som i hovedsak ivaretar muligheter for å bruke persondata til forskning. Formell godkjenning av den nye lovteksten er forventet våren 2016.

Referanser

1. Kronikken "Livene vi ikke redder", Aftenposten 20.01.2015: www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Kronikk-Livene-vi-ikke-redder-7867743.html
2. Infrastrukturprosjektet Biobank Norge: www.ntnu.no/biobanknorge
3. Infrastrukturprosjektet Helseregistre for forskning: hrr.b.uib.no/
4. Infrastrukturprosjektet RAIRD: raird.no/
5. BBMRI-ERIC: <http://www.bbmri-eric.eu/>
6. Utredning av "Én innbygger – én journal" sammendrag desember 2015: ehelse.no/Documents/Sammendrag%20Utredning%20av%20«Én%20innbygger%20–%20én%20journal»_1.0.pdf
7. Den danske forskerportalen for helsedata: www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Forskerservice.aspx
8. Arbeid for svenske registerdata til forskning: www.tidningencurie.se/22/nyheter/nyheter/2015-11-26-snart-blir-det-lattare-att-registerforska.html
9. SSB – Data til forskning: www.ssb.no/omssb/tjenester-og-verktoy/data-til-forskning
10. Den foreslåtte nye General Data Protection Regulation i EU: statewatch.org/news/2015/dec/eu-council-dp-reg-draft-final-compromise-15039-15.pdf



Sak 06/16 Hvordan kan helseforetakene bidra til næringsutvikling?

Type sak: Diskusjon

Til: HO21-rådet

Fra: HO21-sekretariatet v/Hilde Grindvik Nielsen, sekretariatsleder

Bakgrunn

Helse og omsorg som næringspolitisk området ble løftet frem som ett av de fem prioriterte områdene i HO21-strategien.

Regjeringen skriver følgende i sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien: *"Regjeringa har som mål å ta vare på og utvikle vidare dei konkurransefortrinna vi har og verdiskapinga i norsk økonomi, og vil leggje til rette for eit næringsliv som er basert på kunnskap, og som er berekraftig, innovativt og omstillingsdyktig. Sterkare næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren vil gi både betre og meir effektiv pasientbehandling og betre og meir effektive tenester. Det vil òg kunne gi norsk næringsliv betre vilkår når det gjeld både teknologiutvikling og tenesteinnovasjon i ein stor og veksande global marknad. Regjeringa ønskjer å leggje til rette for at næringslivet kan utvikle nye løysingar i dialog med helse- og omsorgstenestene. Dette vil òg styrkje helse- og omsorgssektoren si rolle som kompetent og krevjande bestillar av innovative løysingar overfor næringslivet. Regjeringa ønskjer i tillegg å leggje til rette for større private investeringar i næringsretta forskning og i forskingsbasert næringsutvikling".*

Innovasjonssjef Kjetil Storvik, Helse Sør-Øst RHF, er invitert til rådsmøtet for å si noe om hvordan helseforetakene kan bidra til næringsutvikling.

Innledning ved: Kjetil Storvik, Helse Sør-Øst RHF

Forslag til vedtak: *Rådet tar presentasjonen og diskusjonen fra møtet med seg i inn i det videre arbeidet med utviklingen av helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde.*



Sak 07/16 Arbeidsplan for HO21-rådet for perioden 2016-2018

Type sak: Vedtak

Til: HO21-rådet

Fra: HO21-sekretariatet v/Hilde Grindvik Nielsen, sekretariatsleder

Vedlegg til saken: Arbeidsplan for Rådet for perioden 2016-2018

Innledning

HelseOmsorg21-strategien ble overlevert Statsministeren og Helse- og omsorgsministeren i juni 2014. Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien ble lansert i november 2015. Det er disse to dokumentene som ligger til grunn for Rådets arbeidsplan for perioden 2016-2018.

HelseOmsorg21-rådet er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet for perioden 2015 – 2018. Forskningsrådet overtok sekretariatsansvaret for HO21 juni 2015, seks måneder før det som opprinnelig var planlagt (ref. tildelingsbrev fra HOD til Forskningsrådet for 2015).

Rådets hovedoppgave for de kommende år er å få alle relevante aktører til å arbeide i samme retning for å oppnå målene i HelseOmsorg21-strategien. Noe av dette arbeidet er relativt enkelt og vil kreve lite av Rådet for gjennomføring, mens andre tiltak vil kreve noe mere arbeid samt ha en kostnad. Disse utgiftene kan i noen tilfeller tas/dekkes av det årlige HO21-budsjettet. Enkelte tiltak i strategien krever mye og har en høy kostnad for gjennomføring. Rådet vil måtte gi gode innspill til kommende statsbudsjetter, og bidra til grunnlag for budsjettprioriteringer i relevante institusjoner.

Tiltakene i strategien og i handlingsplanen er beskrevet på ulike nivåer. De mest detaljerte tiltakene er også de enkleste å sette handlinger på. De mer overordnede tiltakene vil kreve mer arbeid fra Rådet for å få dem ytterligere konkretisert. Dvs Rådet vil måtte kjøre flere løp samtidig. Rådet må også være åpen for kursendringer underveis etter hvert som tiltakene iverksettes. Noen tiltak er svært tidskrevende og vi vil kanskje ikke kunne se effekter av hva vi gjør før om mange år. For andre tiltak vil vi kunne se effekter i løpet av rådsperioden. Grundig arbeid med gjennomføring av tiltakene vil være et svært viktig element for å lage et godt fundament for å utvikle helse- og omsorgssektoren i riktig retning.

I perioden 2016 til 2018 anbefales det at Rådet prioriterer noen satsingsområder hvert år. Det er hele tiden en avveining om hva som er strategisk fornuftig: på den ene siden haster det med å få vist hva Rådet er og hva det kan gjøre; på den andre siden er det viktig med godt forarbeid før iverksetting av ulike tiltak. Videre har vi vurderingen om å satse bredt er bedre enn å konsentrere seg med noen få områder av gangen. Det skal sies at Rådet har litt "press" på seg nå for å vise omverdenen at det har en funksjon og er handlekraftig.

HelseOmsorg21-strategien ble skrevet av en strategigruppe bestående av 15 personer, som representerte UoH-sektoren, næringslivet, brukerorganisasjonene, helseforetakene, kommunesektoren og forvaltningen. Tiltakene som fremkommer i HO21-strategien definerer

Saksfremlegg

hvordan UoH-sektoren, helseforetakene, brukerorganisasjonene osv. kan bli bedre; dvs alle medlemmene i strategigruppen ble "tvunget" til å "løfte blikket" og å se ut over egen organisasjon/institusjon/bedrift. Det kan være en vanskelig og krevende øvelse, men siden målet for HO21 er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av høy kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester for det 21. århundre, for sektoren som helhet, krever det også en overordnet arbeidsform. Det som gjennomføres på et overordnet nivå vil gi "spin off" effekter nedover i systemene.

HelseOmsorg21 har i 2016 et budsjett på 6,8 mill. kroner. I dette inngår bl.a utvikling av HO21-monitor, drift av Rådet og sekretariatet. Det sier seg selv at HelseOmsorg21 ikke selv skal finansiere kostnader ved iverksettelse av tiltakene i strategien/handlingsplanen. Det er det dels aktørene selv og dels departementene som vil gjøre. HelseOmsorg21-rådet skal bidra til at alle aktørene arbeider i samme retning mot de felles målene som er satt for sektoren.

Hovedpunkter

Prioritering av satsingsområder

Rådet skal arbeide med alle satsingsområdene i strategien/handlingsplanen i hele perioden, men det foreslås at Rådet likevel velger å fokusere på noen enkelte satsingsområder hvert år. Dette for å bl.a å sikre at alle satsingsområdene blir behandlet på en grundig og hensiktsmessig måte. I tabell 1 foreslås det at Rådet konsentrerer seg om fire satsingsområder i 2016, fire satsingsområder i 2017 og to satsingsområder i 2018.

Fordelingen av de ti satsingsområdene på de tre gjenstående årene av rådsperioden betyr ikke at Rådet ikke kan eller skal arbeide parallelt med de andre satsingsområdene, men det kan være en fordel å konsentrere seg om noen få satsingsområder av gangen. Dette er selvsagt en strategisk avveining. Rådet bør, etter endt periode, kunne se tilbake og peke på endringer/effekter/resultater som Rådet har vært med på å bidra til. Hvis Rådet, som er sammensatt av mange personer med høy kompetanse og lang erfaring, ikke kan klare å påvirke sektoren i ønsket retning, så er det heller ingen andre som vil være i stand til å gjøre det. HelseOmsorg21-strategien ble utarbeidet av en bredt sammensatt strategigruppe, fem arbeidsgrupper som til sammen utgjorde 80-90 personer og bortimot 500 innspill/kommentarer fra hele helse-Norge. Rådet har med dette relativt god "ryggdekning" for å arbeide for å få iverksatt de foreslåtte tiltakene i strategien og handlingsplanen. Hovedutfordringene for Rådet fremover blir å lage gode prosesser for hvordan tiltakene kan og skal iverksettes.

Rådet må være innstilt på å behandle saker som spilles inn til rådsmøtene underveis. Det vil være åpent for alle rådsmedlemmer å spille inn saker til rådsmøtene uavhengig av hvilket satsingsområdet som Rådet arbeider med. Det foreslås at Rådet på det siste rådsmøtet hvert år gjennomgår og evaluerer hva som har blitt gjort i inneværende år og setter opp en oversikt over hva som eventuelt må arbeides mer med i det kommende året. Trolig så vil Rådet oppleve at arbeid med enkelt tiltak tar mye lengre tid enn det som opprinnelig var planlagt og er ønskelig - Rådsperioden vil føles kort for gjennomføring av tiltakene. Rom ble ikke bygd på en dag – det tar tid å få helse og omsorgssektoren dit vi ønsker den skal være.

Saksfremlegg

Tabell 1. Fordeling av satsingsområder i perioden 2016-2018

2016	2017	2018
Satsingsområde: Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene	Satsingsområde: Innovative og effektive helse og omsorgstjenester	Satsingsområde: Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon
Satsingsområde: Kunnskapsbasert folkehelsearbeid	Satsingsområde: Nok og rett kompetanse	Satsingsområde: Møte de globale helseutfordringene
Satsingsområde: Helse- og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Satsingsområde: Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling	
Satsingsområde: God styring og ledelse	Satsingsområde: Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering	

Kort om de fire satsingsområdene i 2016:

- Satsingsområde kunnskapsløft for kommunene ble løftet frem som et utvalgt område i HO21-strategien. Det har kommet flere tilbakemeldinger fra Rådet om at dette satsingsområdet er for svakt prioritert i handlingsplanen. Det foreslås derfor at dette satsingsområdet løftes frem som et prioritert område i 2016.
- Gode data gir grunnlag for nyttig, pålitelig og oppdatert kunnskap. Dette fortrinnet bør utvikles videre blant annet ved å sørge for enkel og sikker tilgang til data og bedre data fra helse- og omsorgstjenestene i kommunene og fra private aktører. Det foreslås derfor at Kunnskapsbasert folkehelsearbeid løftes frem som et prioritert satsingsområde i 2016.
- Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde ble, sammen med satsingsområdet Kunnskapsløft for kommunene, også løftet frem som ett prioritert området i strategien. Satsingsområde er svakt prioritert i handlingsplanen. Det er derfor viktig å videreføre det arbeidet som startet i denne sammenheng i 2013. Det foreslås derfor at dette satsingsområdet løftes frem som om et prioritert satsingsområde i 2016.
- Ledelse er viktig. God ledelse er avgjørende for å skape gode tjenester. Økt forståelse for forskning og innovasjon i tjenestene og i kommunesektoren og økt forståelse av tjenesten og de behovene tjenestene krever forutsetter god ledelse og styring. Det foreslås at satsingsområdet God styring og ledelse prioriteres i 2016.

Kort om de fire satsingsområdene i 2017:

- Innføring av nye teknologiske løsninger kan føre til endringer i arbeidsrutiner, organisering, styring og oppgavefordeling. Regjeringen har som mål å øke innovasjonsgraden i helse-, omsorgs og velferdstjenestene. Offentlig sektor må være en pådriver for og aktiv brukere av innovasjon. For å få det til må pådriverrollen for innovasjon være forankret på ledernivå. Det foreslås at satsingsområdet Innovative og effektive helse- og omsorgstjenester prioriteres i 2017.
- Utdanning og kompetanseutvikling er helt sentralt for at vi skal ha tilstrekkelig kapasitet og kvalitet hos personell i helse- og omsorgssektoren. For at forskning og innovasjon skal kunne tas i bruk er kompetanse helt avgjørende. Det foreslås at satsingsområdet Nok og rett kompetanse prioriteres i 2017.

Saksfremlegg

- Alle ønsker vi den beste og mest riktige behandlingen når vi blir syke. Kliniske studier fører til oppdatert kunnskap om effekter av ny diagnostikk og nye behandlingsmetoder. Kliniske studier av høy kvalitet er helt sentralt ved prioritering og bruk av behandlingsmetoder pasientene skal få tilbud om. Det foreslås at satsingsområdet Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling prioriteres i 2017.
- Norge ønsker flere verdensledende forskningsmiljøer. Slike miljøer bidrar til høy kvalitet og bidrar til synliggjøring av norsk helse- og omsorgsforskning internasjonalt. Det tar tid å bygge opp verdensledende forskningsmiljøer. God forskning tar tid. Sektoren vil alltid ha bruk for forskning av høy kvalitet. Det foreslås at satsingsområdet Mer grensesprengende helse og omsorgsforskning og mer internasjonalisering prioriteres i 2017.

Kort om de to satsingsområdene i 2018:

- For satsingsområdet Pasienten som aktiv deltakere i forskning og innovasjon er mange av tiltakene allerede utført. I 2018 vil det kanskje være mulig å se noen tidlig effekter av det arbeidet som gjøres i dag. Det foreslås at Rådet i 2018 vurderer om noen av tiltakene som er iverksatt bør evalueres, dette med tanke på det videre arbeidet utover rådsperioden på området.
- Slik verdenssituasjonen er nå og med de signalene som gis fra Utenriksdepartementet, vil det være lite taktisk å skulle begynne å be om økte bevilgninger til global helseforskning nå. Det må likevel være et mål at det ikke kuttes for mye i bevilgningene. Et mål må være at finansieringen fra UD til globalhelseforskning ikke kuttes, men opprettholdes på det nivået som er i dag. Det er fullt mulig for Rådet å bidra til iverksettelse av andre tiltak som vil styrke den globale helseforskningen. Det foreslås at satsingsområdet Møte de globale helseutfordringene prioriteres i 2018.

Prioritering av tiltak

I tabellene under er det lagt inn forslag til tiltak for hvert av satsingsområdene som Rådet skal arbeide med hvert år. Rådet vil måtte arbeide med andre tiltak fra andre satsingsområder parallelt, men det vil være til stor hjelp for sekretariatet at Rådet både har prioritert satsingsområder og prioritert tiltak som Rådet ønsker å gå videre med.

Prioriterte tiltak i 2016

Satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene

Det foreslås at Rådet arbeider med ett av/ flere av/ alle tiltak som arbeidsgruppen for organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene foreslår:

- 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.*
- Finansiering

Saksfremlegg

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

Satsingsområde Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Det foreslås at Rådet prioriterer å arbeide med tiltaket som rådsmedlemmet Camilla Stoltenberg foreslår:

- *Behovet for å gjenoppta forslaget om en større gjennomgang av lover og forskrifter med tanke på å utvikle et system for tilgang til helsedata og relevante data fra andre sektorer.*

Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

- *sak på rådsmøtet februar 2016*

Satsingsområde God styring og ledelse

- *sak på rådsmøtet februar 2016*

Saksfremlegg

Prioriterte tiltak i 2017

Satsingsområde Innovative og effektive helse og omsorgstjenester • <i>sak på rådsmøte høst 2016</i>
Satsingsområde Nok og rett kompetanse • <i>sak på rådsmøte høst 2016</i> •
Satsingsområde Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling • <i>sak på rådsmøte høst 2016</i> •
Satsingsområde Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering • <i>sak på rådsmøte høst 2016</i>

Prioriterte tiltak i 2018

Satsingsområde Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon • <i>sak på rådsmøte høst 2017</i>
Satsingsområde Møte de globale helseutfordringene • <i>sak på rådsmøte høst 2017</i>

Forslag til opprettelse av interne arbeidsgrupper i Rådet

Sekretariatet foreslår at det opprettes noen mindre arbeidsgrupper på strategiens satsingsområder. Dette for å unngå å måtte involvere hele Rådet (som per i dag består av 29 personer) for bistand i forberedelse og utredning av saker. (Navn på gruppeledere som er skrevet inn i tabellen under er forslag fra sekretariatet (derfor spørsmåltegn etter navn)).

Gruppe	Gruppeleder	Medlemmer
Arbeidsgruppe for organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene	Tone Marie Nybø Solheim, KS	Arnfinn Sundsfjord, UiT Guri Rørtveit, UiB Hilde Lurås, AHUS Maren Sogstad, HiG Jon Anders Drøpping, KS (sekr.funk)
God styring og ledelse	Arnfinn Sundsfjord, UiT?	3-5 gruppemedlemmer
Kunnskapsbasert folkehelse	Camilla Stoltenberg, FHI?	3-5 gruppemedlemmer
Helse- og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Kathrine Myhre, Oslo Medtech ?	3-5 gruppemedlemmer
Nok og rett kompetanse	Monica Wammen, HiB?	3-5 gruppemedlemmer
Kvalitet og internasjonaliseringsgruppe	Erlend Smeland, OUS?	3-5 gruppemedlemmer
Innovativ og effektiv helsetjenestegruppe	Hilde Lurås, AHUS?	3-5 gruppemedlemmer
Klinisk forskningsgruppe	Bjørn Gustafsson, NTNU?	3-5 gruppemedlemmer
Global helseforskningsgruppe	Ernst Omenaas, Helse Bergen HF?	3-5 gruppemedlemmer
Brukermedvirkningsgruppe	Dagfinn Bjørgen, Mental helse?	3-5 gruppemedlemmer

HO21-rådet

Rådet bes om å diskutere vedlagte arbeidsplan for Rådet for perioden 2016-2018.

Rådet bes om å diskutere fordelingen av de 10 satsingsområdene for årene 2016, 2017 og 2018.

Rådet bes om å starte diskusjonen om hvilke tiltak Rådet skal konsentrere seg om innen hvert av de 10 satsingsområdene. Prioritering av tiltak for satsingsområdene Kunnskapsløft for kommunene og satsingsområde Kunnskapsbasert folkehelsearbeid ble diskutert under sak 04/16 og 05/16. Det bes om at Rådet diskuterer strukturering av det videre arbeidet med satsingsområdene Helse og omsorgs som næringspolitisk satsingsområde og God styring og ledelse. Det foreslås at det opprettes to mindre arbeidsgrupper i Rådet som ser nærmere på disse to satsingsområdene og som på rådsmøtet i 29. februar 2016 presenterer et forslag til hvilke tiltak Rådet bør konsentrere seg om i 2016.

Det foreslås at det også opprettes arbeidsgrupper for de resterende satsingsområdene. Rådsmedlemmene bes om å plassere seg i en av de foreslåtte arbeidsgruppene. Gruppeledernavnet som er satt inn i tabellen er forslag til diskusjon.

Forslag til vedtak: *Rådet vedtar arbeidsplanen med de kommentarene som gis i møtet.*

*Rådet vedtar forslaget om å prioritere fire satsingsområder i 2016, fire satsingsområder i 2017 og to satsingsområder i 2018.
Rådet vedtar forslaget til satsingsområder som Rådet skal konsentrere seg om hvert år.*

*Rådet vedtar å opprette to mindre arbeidsgrupper for satsingsområdene Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde og God styring og ledelse. Gruppene skal på rådsmøte 29.2.2016 gi en anbefaling til Rådet om hvilket tiltak Rådet bør konsentrere seg om i 2016. Frist for innlevering av notat til sekretariatet er **innen mandag 15. februar 2016.***

De foreslåtte arbeidsgruppene for de resterende satsingsområdene vedtas med den gruppeinndelingen som Rådet blir enige om i møtet.



Arbeidsplan for HelseOmsorg21-rådet

2016 – 2018

(arbeidsplanen oppdateres jevnlig)

MÅLBILDE FOR HELSEOMSORG21	2
PRIORITERING AV SATSINGSOMRÅDER.....	4
Rådsmøter og prioriterte satsingsområder i 2016.....	5
Rådsmøter og prioriterte satsingsområder i 2017	6
Rådsmøter og prioriterte satsingsområder i 2018.....	7
PRIORITERING AV TILTAK	8
Prioriterte tiltak i 2016	8
Satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene	8
Satsingsområde Kunnskapsbasert folkehelsearbeid	9
Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	9
Satsingsområde God styring og ledelse	10
Prioriterte tiltak i 2017	11
Satsingsområde: Innovative og effektive helse og omsorgstjenester	11
Satsingsområde: Nok og rett kompetanse	12
Satsingsområde Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling	13
Satsingsområde Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering	14
Prioriterte tiltak i 2018	15
Satsingsområde Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon	15
Satsingsområde Møte de globale helseutfordringene.....	16
ÅRLIGE HANDLINGER UTFØRT AV RÅDET	18
Utførte handlinger i 2015.....	18
Utførte handlinger i 2016.....	18
Utførte handlinger i 2017.....	18
Utførte handlinger i 2018.....	18
INTERNE ARBEIDSGRUPPER I RÅDET	19
STATUS FOR RÅDETS ARBEID MED HELSEOMSORG21	20
STATUS FOR AKTØRENES ARBEID MED HELSEOMSORG21	37

Målbilde for HelseOmsorg21

Det tre-delte målbildet til HelseOmsorg21 dekker tre dimensjoner:

- 1) God folkehelse
- 2) Næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling
- 3) Grensesprengende forskning

Gjennom forskning og innovasjon skal dette bidra til:

- 1) **God folkehelse** – for befolkningen og for den enkelte, tjenester av høy kvalitet, pasientsikkerhet, brukermedvirkning, kunnskapsbaserte tjenester, innovasjon og effektivitet, kompetent helsepersonell og god organisering og ledelse.
- 2) **Grensesprengende forskning** – fremragende forskning av høy internasjonal kvalitet og betydning, FoU-miljøer i verdenstoppen, forskningens egenverdi – som kulturbærer og fundament for kunnskapsutvikling.
- 3) **Næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling** – lønnsomt norsk næringsliv, internasjonalt konkurransedyktig FoU og innovasjon, investeringer fra utlandet i både industri og FoU.



Forutsetningen for å nå målene er god og nyttig kunnskap – som er relevant og av høy kvalitet. Kunnskap og innovasjon er de viktigste forutsetningene for utvikling i helse- og omsorgssektoren. Utfordringene kan kun møtes gjennom forskning og innovasjon.

God folkehelse – mål:

- Et forskningssystem innrettet mot kunnskapsbehov, brukernes behov og tjenestenes behov.
- Økt utnyttelse av forskningsbasert kunnskap både i praksisfeltet og i folkehelsearbeidet.
- Økt utnyttelse av forskningsbasert kunnskap i tjenesteutvikling og politikkutforming.
- Økt utnyttelse av helsedata for forskning, analyser og forbedring av helse- og omsorgstjenestene.
- Økt personlig kunnskap og utnyttelse av egne helsedata for bedre helse og livskvalitet.
- Lærende og utviklende helse og omsorgstjenester.
- Økt antall kliniske studier.
- God kvalitet og relevant praksis i de helsefaglige utdanningene.

Næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling – mål:

- Økt registrering av patenter og varemerker på helse- og omsorgsområdet.
- Økt antall selskapsetableringer på helse og omsorgsområdet.
- Gode utviklingskår for norsk helseindustri.
- Økt antall norske industrilokomotiver innenfor helse.
- Økt antall internasjonale selskaper med FoU-enheter i Norge.
- Økt antall industrifinansierte kliniske studier.
- Øke innovative anskaffelser som andel av totale anskaffelser innenfor helse og omsorg.
- Økt støtteandel til næringslivet i FoU-prosjekter på linje med Horisont 2020.
- Økt andel for helse- og omsorgsforskning i privat sektors FoU-investeringer
- Økt andel FoU i den private helse og omsorgssektoren.
- Økt samhandling mellom næringsliv og det offentlige.

Grensesprengende forskning – mål:

- Økt antall publikasjoner i internasjonale topptidsskrifter opp på nivå med Danmark.
- Publikasjonstall og siteringer på nivå med Sverige og Danmark.
- Økt mobilitet for norske forskere.
- Økt antall søknader til EUs forskningsutlysninger.
- Flere søknader med deltakelser på tvers av sektoren mellom både UoH/RHF og akademia/helsesektoren og industrien.
- Økt returandel i EUs rammeprogram Horisont 2020 (opp på nivå med Sverige og Danmark).

HelseOmsorg21 inneholder 10 strategiske satsinger som hver inneholder et sett med forslag til tiltak:

- 1) **Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon** (*Økt brukermedvirkning*)
- 2) **Nøk og rett kompetanse** (*Utvikling av de menneskelige ressursene*)
- 3) **God styring og ledelse** (*Strategisk og kunnskapsbasert styring*)
- 4) **Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering** (*Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering*)
- 5) **Møte de globale helseutfordringene**
- 6) **Kunnskapsbasert folkehelsearbeid** (*Helsedata som nasjonalt fortrinn*)
- 7) **Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling** (*Bedre klinisk behandling*)
- 8) **Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene** (*Kunnskapsløft for kommunene*)
- 9) **Innovative og effektive helse- og omsorgstjenester** (*Effektive og lærende tjenester*)
- 10) **Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde**

Prioritering av satsingsområder

Rådet vedtok i sitt møte 25.1.2016 følgende fordeling av satsingsområder i perioden 2016-2018:

2016	2017	2018
Satsingsområde: Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene	Satsingsområde: Innovative og effektive helse og omsorgstjenester	Satsingsområde: Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon
Satsingsområde: Kunnskapsbasert folkehelsearbeid	Satsingsområde: Nok og rett kompetanse	Satsingsområde: Møte de globale helseutfordringene
Satsingsområde: Helse- og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Satsingsområde: Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling	
Satsingsområde: God styring og ledelse	Satsingsområde: Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering	

Rådsmøter og prioriterte satsingsområder i 2016

Januar	Februar/mars	April	September	Oktober	November
Satsingsområdet: Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene	Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene <i>Arbeid med innspill til statsbudsjett 2017</i>	Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene <i>Arbeid med innspill til statsbudsjett 2017</i>	Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene <i>Andre tiltak til behandling</i>	Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene <i>Andre tiltak til behandling</i>	Forbereder saker – budsjettinnspill 2018
Satsingsområdet: Kunnskapsbasert folkehelsearbeid	Kunnskapsbasert folkehelsearbeid <i>Arbeid med innspill til statsbudsjett 2017</i>	Kunnskapsbasert folkehelsearbeid <i>Arbeid med innspill til statsbudsjett 2017</i>	Kunnskapsbasert folkehelsearbeid <i>Andre tiltak til behandling</i>	Kunnskapsbasert folkehelsearbeid <i>Andre tiltak til behandling</i>	Oppfølgingssaker
Satsingsområdet: Helse- og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Helse- og omsorg som næringspolitisk satsingsområde <i>Arbeid med innspill til statsbudsjett 2017</i>	Helse- og omsorg som næringspolitisk satsingsområde <i>Arbeid med innspill til statsbudsjett 2017</i>	Helse- og omsorg som næringspolitisk satsingsområde <i>Andre tiltak til behandling</i>	Helse- og omsorg som næringspolitisk satsingsområde <i>Andre tiltak til behandling</i>	HO21-scenarier – møte med Teknologirådet (?)
Planer for Rådet for perioden 2016-2018	God styring og ledelse <i>Arbeid med innspill til statsbudsjett 2017</i>	God styring og ledelse <i>Arbeid med innspill til statsbudsjett 2017</i>	God styring og ledelse <i>Andre tiltak til behandling</i>	God styring og ledelse <i>Andre tiltak til behandling</i>	<i>Starte arbeidet med prioritering av tiltak innen satsingsområdene:</i> Innovative og effektive tjenester Nok og rett kompetanse Bedre klinisk behandling Høy kvalitet og internasjonalisering
Andre saker f.eks.: • HO21-monitor • HO21 scenarieprosesser • Kommunikasjonsplan for Rådet • ++			Andre saker: - xx - yy - zz		

Rådsmøter og prioriterte satsingsområder i 2017

Dato xx	Dato xx	Dato xx	Dato xx	Dato xx	Dato xx
<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2018</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2018</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2018</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	Forbereder saker til budsjett 2019 (innspill)
Innovative og effektive helse og omsorgstjenester	Innovative og effektive helse og omsorgstjenester	Innovative og effektive helse og omsorgstjenester	Innovative og effektive helse og omsorgstjenester	Innovative og effektive helse og omsorgstjenester	
<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2018</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2018</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2018</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	Oppfølgingssaker
Nok og rett kompetanse	Nok og rett kompetanse	Nok og rett kompetanse	Nok og rett kompetanse	Nok og rett kompetanse	
<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2018</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2018</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2018</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	<i>Starte arbeidet med prioritering av tiltak innen satsingsområdene: Økt brukermedvirkning</i>
Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling	Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling	Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling	Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling	Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling	Globale helseutfordringer
<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2018</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2018</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2018</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	
Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering	Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering	Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering	Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering	Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering	
Andre saker: - xx - yy - zz			Andre saker: - xx - yy - zz		

Rådsmøter og prioriterte satsingsområder i 2018

Dato xx	Dato xx	Dato xx	Dato xx	Dato xx	Dato xx
<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2019</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2019</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2019</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	Forbereder saker til budsjett 2020 (innspill)
Møte de globale helseutfordringene	Møte de globale helseutfordringene	Møte de globale helseutfordringene	Møte de globale helseutfordringene	Møte de globale helseutfordringene	
<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2019</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2019</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2019</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	Oppfølgingssaker
Satsingsområde xx	Satsingsområde xx	Satsingsområde xx	Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon	Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon	
<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2019</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2019</i>	<i>Forberedelse innspill til statsbudsjett 2019</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	<i>Andre tiltak til behandling</i>	Hva gjenstår?
Satsingsområde yy	Satsingsområde yy	Satsingsområde yy	Satsingsområde yy	Satsingsområde yy	<i>Oppsummering Rådsperioden 2015-2018</i>
Andre saker: - xx - yy - zz			Andre saker: - xx - yy - zz		

Prioritering av tiltak

Rådet vedtok i sitt møte 25.1.2016 følgende prioritering av tiltak for hvert av satsingsområdene:

Prioriterte tiltak i 2016

Satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene

HO21-strategien foreslår iverksettelse av tiltakene ved:

- Et ansvar for forskning for en samlet kommunal sektor realiseres gjennom regionale samarbeidsløsninger, en statlig basisfinansiert instituttsektor kombinert med midler til en nasjonal konkurransearena for forskning for, i, med og på kommunene. En opptrapping av grunnfinansieringen til en slik satsing må sikres i første omgang til 0,2 %, og på sikt til 1 % av kostnadene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Deler av dette må finansieres gjennom kommuneøkonomien. Ansvar: Kommunene (KS), KMD og HOD
- Etablere og finansiere en bred innovasjonsarena for kommunesektoren. Ansvar: KMD i samarbeid med NFD og kommunene
- Etablere en instituttstruktur/-sektor for kommunene. Ansvar: HOD og KMD
- Etablere nye regionale samarbeidsorganer for kommunene. Ansvar: Kommunene, UoH-sektor, KD , KMD og HOD
- Forskningsrådet forventes og gis mulighet til å bidra til finansiering av forskning for, i og med og på kommunene på deres ansvarsområder for å sikre kvalitet i det nye forskningssystemet for kommunene. Dette er kritisk viktig i en oppbyggingsfase. Ansvar: HOD, KD , KMD , og Forskningsrådet
- Utvikle et system for og finansiering av praksisplasser for studenter innenfor relevante profesjonsutdanninger i kommunene. Ansvar: KD , kommunene, UoH-sektor

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår:

- Vurdere å etablere eit kommunalt pasient- og brukarregistar (KPR). Ansvarlig: HOD. Status: Oppdraget er gitt til Helsedirektoratet
- Gi nasjonale og regionale kompetansesenter for helse- og omsorgstjenestene utanfor spesialisthelsetenesta eit samfunnsoppdrag om forskning og kunnskapsstøtte. Ansvarlig: HOD. Status: Oppdraget gitt til Helsedirektoratet
- Opprette eit nytt forskingsprogram i Forskningsrådet, Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet, som skal styrkje kunnskapen om folkehelse i kommunane. Ansvarlig: HOD. Status: Programmet starter opp i 2016 med en 10 års varighet

Det foreslås at Rådet prioriterer følgende tiltak innenfor satsingsområde Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene:

- se eget notat fra arbeidsgruppen - saken behandles på rådsmøte 25.1.2016 (sak 04/16)

Satsingsområde Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

HO21-strategien foreslår iverksettelse av tiltakene ved:

- Igangsette en større lov- og forskriftsgjennomgang på området. Ansvar: HOD og forskningsinstitusjonene
- Benytte e-helsesatsingene, Nasjonalt helseregisterprosjekt og Biobank Norge der det er hensiktsmessig for å iverksette tiltakene. Ansvar: HOD, KD , Helsedirektoratet og Forskningsrådet
- Gjennomgå organiseringen av helseregistrene og dataforvaltningen, og vurdere ett nasjonalt data-/registerforvaltningsorgan som kan gi tilgang til data og utføre forskertjenester. Dette kan for eksempel være i form av én nasjonal søknadsinstans. Det bør vurderes om dette kan knyttes til infrastrukturprosjektene som Norges forskningsråd finansierer, det vil si «Helseregistre for forskning» og «RAIRD» (Remote Access Infrastructure for Register Data). Ansvar: HOD og Forskningsrådet
- Utnytte foraene som er etablert eller etableres i oppfølgingen av HO21, som en strategisk gruppe for helsedata inspirert av det nyopprettete Strategisk Alliance for Register og Sundhedsdata (STARS) i Danmark. Ansvar: HOD
- Etablere en nasjonal satsing på minst 100 mill. kroner årlig for registerbaserte studier og bidrag til etablering av nasjonale sykdomsbaserte forskningsbiobanker med finansiering fra relevante departementer og regionale helseforetak. Ansvar: KD , HOD, ASD , KMD og RHFene

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår:

- Revidere forskriftene som er heimla i helseregisterlova. Ansvarlig: HOD
- Vurdere ei samla forskrift for dei store befolkningsbaserte helseundersøkingane. Ansvarlig: HOD
- Vurdere moglege ordningar for å finansiere større datainnsamlingar gjennom befolkningsbaserte helseundersøkingar. Ansvarlig: HOD
- Delfinansiere datainnsamling i HUNT4. Ansvarlig: HOD
- Vurdere etablering av eit personidentifiserbart register over legemiddelbruk og eit register over psykiske lidningar og rus. Ansvarlig: HOD
- Vurdere tiltak for å lette koplingar mellom helsedata og andre typar datakjelder for ulike formål og brukargrupper, samtidig som ein tek omsyn til personvernet. Ansvarlig: HOD, KD, ASD, KMD, BLD og FIN

Det foreslås at Rådet prioriterer følgende tiltak innenfor satsingsområde Kunnskapsbasert folkehelsearbeid:

- *se eget notat fra Camilla Stoltenberg - saken behandles på rådsmøte 25.1.2016 (sak 05/16)*

Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

HO21-strategien foreslår iverksettelse av tiltakene ved:

- Økt samspill mellom næringslivet og det offentlige, samt oppbygging og drift av infrastruktur for utprøving og testing. Ansvar: Næringslivet og forskningsinstitusjonene
- At støtteandel for næringslivet i FoU-prosjekter blir på linje med Horisont 2020. Ansvar: NFD
- Et nytt strategisk virkemiddel for innovasjonsprosjekter i næringslivet knyttet til innovative anskaffelser, forvaltet av Forskningsrådet. Ansvar:

NFD og Forskningsrådet

- Innovative anskaffelser må bli en foretrukken anskaffelsesmetode slik at denne type anskaffelser gradvis økes og utgjør en vesentlig andel av totalen. Ansvar: NFD, HFene og kommunene
- Etablering av IKT -arkitektur med funksjonelle grensesnitt for effektivt å gjøre nye IKT –løsninger interoperable med andre løsninger. Ansvar: HOD, Helsedirektoratet og næringslivet
- Tilrettelegging for næringsutvikling fra helse og omsorgsforvaltning. Ansvar: HOD, Legemiddelverket og NFD
- Rask utredning av provenyeffekt, forventet virkning og nødvendig organisering av tiltakene under kapitalbehov. Ansvar: NFD og FIN

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår:

- Styrkje dei generelle verkemidla i den næringsretta forskings- og innovasjonspolitikken i 2016. Ansvarlig: NFD
- Styrkje arbeidet med standardisering innanfor e-helse og velferdsteknologi. Ansvarlig: HOD
- Leggje til rette for at den offentlege helse- og omsorgstenesta har effektiv dialog med marknaden om dei behova marknaden har. Ansvarlig: HOD, NFD
- Leggje til rette for meir bruk av innovasjonsfremjande anskaffingsmetodar. Ansvarlig: NFD, HOD
- Styrkje Nasjonalt program for leverandørutvikling i 2016. Ansvarlig: NFD
- Leggje til rette for eit meir heilskapleg og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forskingsmiljøa og matnæringa – innanfor mat, ernæring og helse. Ansvarlig: HOD, LMD, NFD

Det foreslås at Rådet prioriterer følgende tiltak innenfor satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde :

- *Sak på rådsmøte 29.februar 2016*
- xx
- yy
- zz

Satsingsområde God styring og ledelse

HO21-strategien foreslår iverksettelse av tiltakene ved:

- Det opprettes et mer operativt strategisk organ som er vesentlig mindre enn Topplederforum, men med tilsvarende sammensetning og bredde. Det skal bistå og rådgi departementene i den videre presiseringen og oppfølgingen av strategien. Ansvar: HOD og øvrige departementer. *Status: HelseOmsorg21-rådet ble etablert januar 2015. HO21-rådet erstatter Topplederforumet.*
- Topplederforum er den overordnede arenaen der ulike aktører kan drøfte iverksettelsen av HelseOmsorg21. Ansvar: HOD og øvrige departementer. *Status: HelseOmsorg21-rådet ble etablert januar 2015. HO21-rådet erstatter Topplederforumet.*

- Forskningsinstitusjonene bør utvikle institusjonelle strategier og planer som viser hvordan de vil iverksette tiltak som kan bidra til å nå målene i HelseOmsorg21. Ansvar: UoH-sektor, instituttsektor, HFene og næringslivet
- Aktørene som har ansvaret for NSG, bør vurdere å revidere mandatet og sammensetning av gruppen for å tilpasse den de nye strukturene som foreslås i HO21. NSG foreslås reetablert som et mer spisset nasjonalt felles forum for de regionale samarbeidsorganene mellom RHFene og universitetene. Ansvar: NSG
- HO21 Monitor etableres fra 2015 for å gi et helhetlig bilde av innsatsene og resultatene fra forsknings- og innovasjonssystemet i helse og omsorg. Ansvar: HOD i samarbeid med KD, KMD og NFD. *Status: Første del av HO21-monitor presenteres på Forskningsbarometeret 2016*

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår:

- Etablere HelseOmsorg21 Monitor. Ansvarlig: HOD KD. *Status: Første del av HO21-monitor presenteres på Forskningsbarometeret 2016*
- Kartlegge barrierer og handlingsrom for samarbeid mellom universitets- og høgskulesektoren og helseføretaka. Ansvarlig: HOD og KD

Det foreslås at Rådet prioriterer følgende tiltak innenfor satsingsområde God styring og ledelse :

- *Sak på rådsmøte 29.februar 2016*
- xx
- yy
- zz

Prioriterte tiltak i 2017

Satsingsområde: Innovative og effektive helse og omsorgstjenester

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår:

- Auke omfanget av følgjeforskning og tenesteinnovasjon i helse-, omsorgs- og velferdstenestene. Ansvarlig: HOD BLD, ASD. *Status: Dette kravet ligger bl.a. inne i tildelingsbrevet fra HOD til Forskningsrådet for 2016*
- Følgjeevaluere reformene Fritt behandlingsvalg og Pakkeforløp for kreft for å sjå effektane av endringane. Ansvarlig: HOD

HO21-strategien foreslår iverksettelse av tiltakene ved:

- Det etableres en samordnet nasjonal satsing på helse- og omsorgstjenesteforskning på minst 200 mill. kroner årlig for å styrke kunnskapen om organisering, effektivitet og kvalitet i tjenestene, og for å styrke kvaliteten i tjenesteforskningen og innovasjonsevnen i tjenestene. Satsingen inkluderer et nytt Stort program i Forskningsrådet, og samarbeid mellom Forskningsrådet, dagens regionale samarbeidsorgan mellom RHFene og universitetene og de nye regionale samarbeidsorganene for kommunene. Midlene bør kunne søkes av alle miljøer og institusjoner. Ansvar:

Forskningsrådet, HOD, ASD , BLD , KD , KMD og RHFene. Status: Stort program i Forskningsrådet Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester startet opp april 2015. Programmet har en 10 års varighet og budsjettet for 2015 var på 130 mill. kroner.

- Helsedirektoratet, InnoMed, DIFI , DogA, Innovasjon Norge og Forskningsrådet bør i samarbeid utarbeide veiledere for tjenesteinnovasjon. Ansvar: HOD, NFD og KMD. Status: Oppdraget er gitt Helsedirektoratet.
- Utredning av organiseringen av et helhetlig nasjonalt system som kan tilrettelegge for tjenesteinnovasjon regionalt og lokalt. Ansvar: HOD, NFD og KMD
- De nye samarbeidsorganene mellom kommunene og forskningsinstitusjonene får regionalt ansvar for tildeling av deler av tilskuddsmidlene til utprøving og tjenesteinnovasjon i kommunene, midler som i dag tildeles av Helsedirektoratet og Fylkesmannen. Prosjektene bør være av en viss størrelse, og det må være krav til metodikk for systematisk brukermedvirkning, evaluering og spredning av resultatene. Ansvar: HOD og Helsedirektoratet

Det foreslås at Rådet prioriterer følgende tiltak innenfor satsingsområde Innovativ og effektive helse og omsorgstjenester :

- sak på rådsmøte høst 2016
- xx
- yy
- zz

Satsingsområde: Nok og rett kompetanse

HO21-strategien foreslår iverksettelse av tiltakene ved:

- UoH-sektor tilføres nødvendige ressurser for å sikre rekruttering til og kvalitet og omfang av praksisarenaen i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette bør inkludere opprettelse av kombinerte stillinger med utdanningsinstitusjoner. Ansvar: KD , UoH-sektor og KMD
- Revurdere strukturen for samarbeidsorgan for helsefaglige utdanningsspørsmål mellom utdannings- og helsesektoren med mål om: Et nasjonalt samarbeidsorgan med sammensetning og mandat basert på endringsbehovene omtalt i stortingsmeldingen Utdanning for velferd. Samlede regionale samarbeidsorgan mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og institusjoner med ansvar for videregående og høyere helsefaglig utdanning. Lokale samarbeidsarenaer mellom individuelle utdanningsinstitusjoner og tjenestene ved at det legges nasjonale føringer for etablering tilpasset lokale forhold. Ansvar: KD , KMD og HOD, HFene og UoH-sektor
- RHFene/helseforetakene må, for å styrke praksis og relevans i utdanningene, sørge for kvalitetssikring av praksisarenaen i spesialisthelsetjenesten blant annet ved å opprette kombinerte stillinger mellom UoH-sektoren og helsesektoren i aktuelle helsefaglige profesjonsutdanninger. Ansvar: UoH-sektor og RHF/HFene
- Etablere flere innstegsstillinger i forskningsinstitusjonersom bidrar til attraktive karriereveierfor unge forskere: Ansvar: KD og UoH-sektor
- Videreutvikle forskerlinjen i medisin og utvide ordningen til andre helsefag. Ansvar: KD

- Etablere stillinger eller frikjøpsordninger i spesialist- og primærhelsetjenesten som sikrer sammenhengende tid til klinisk forskning. Ansvar: HFene og kommunene
- Målrettede tiltak i relevante utlysninger eller strategiske tildelinger av forskningsmidler som fremmer forskermobilitet, karriereveier for unge forskere og tverrfaglig helseforskning. Ansvar: Forskningsrådet, RHFene og forskningsinstitusjoner
- Etablere relevante kompetansebyggende tiltak for strategisk ledelse som vektlegger kunnskap, forskning og innovasjon og forskningsinstitusjonsledelse. Ansvar: HOD, NFD , UoH-sektor, HFene
- Innføre relevante læringsmål for innovasjonskompetanse i helsefaglige grunn-, videre- og ph.d.-utdanninger. Ansvar: KD og UoH-sektor

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår:

- Betre kvaliteten og auke relevansen i helse- og sosialfaglige utdanninger ved å a) følge opp prosjektet Felles innhold i de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene, b) følge opp prosjektet Kvalitet i praksisstudier og c) vurdere eit meir omfattande, lovpålagt ansvar for kommunane til å ta imot praksisstudentar. Ansvarlig: KD HOD, BLD, ASD
- Utvikle ei spesialistutdanning for legar retta mot behov og utfordringer i framtida, der klinisk forskning kan inngå. Ansvarlig: HOD, KD
- Gi universitet og høgskular større handlefridom til å føre ein fleksibel personalpolitikk som gir ønskt kompetanse og god rekruttering ved å a) innføre ei forskrift om innstegsstillingar, b) revidere forskrifta om opprykk ved tilsetjingar i universitets- og høgskolesektoren, og c) vurdere å endre reglane for utrekning av tenestetid for stipendiatar. Ansvarlig: KD

Det foreslås at Rådet prioriterer følgende tiltak innenfor satsingsområde Nok og rett kompetanse :

- *sak på rådsmøte høst 2016*
- xx
- yy
- zz

Satsingsområde Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling

HO21-strategien foreslår iverksettelse av tiltakene ved:

- Infrastruktur, utprøvingssenheter og støttefunksjoner for kliniske studier må styrkes ved universitetssykehusene. Ansvar: RHFene
- Skape insentiver for involvering i kliniske studier. Ansvar: RHFene og HFene
- Vurdere endringer i finansieringssystemene for å gi insentiver for inkludering i kliniske studier og utprøvende behandling. Ansvar: HOD
- Etablere et informasjonssystem for kliniske studier. Ansvar: HOD
- Etablere en tydelig nasjonal forskningssatsing for å styrke kliniske multisenterstudier med en ramme på 500 mill. kroner per år. Det må utvikles

åpne konkurranseutsatte søknadsprosedyrer og systemer som sikrer en særskilt relevansvurdering ut i fra sektorens og brukernes behov. Formålet er å gjennomføre forskning av høy kvalitet og relevans for å møte fremtidige helse- og velferdsutfordringer. Ansvar: HOD, RHFene og Forskningsrådet

•

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår:

- Etablere eit felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetenesta. Ansvarlig: HOD
- Gi dei regionale helseforetak i oppdrag å styrkje infrastrukturen for utprøving og testing av ny diagnostikk og medisinsk utstyr. Ansvarlig: HOD
- Opprette eit nytt program i Forskningsrådet for god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering. Ansvarlig: HOD. *Status: Programmet starter i 2016 og har en 10 års varighet.*
- Vidareutvikle nettsidene med pasientretta informasjon om kliniske studiar på helsenor.no. Ansvarlig: HOD
- Etablere ein nasjonal database for kliniske studiar. Ansvarlig: HOD
- Etablere eit forskingsnettverk innanfor tannhelse. Ansvarlig: HOD
- Innføre partikkelbehandling i Noreg gjennom etablering av protonsenters. Ansvarlig: HOD

Det foreslås at Rådet prioriterer følgende tiltak innenfor satsingsområde Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling:

- sak på rådsmøte høst 2016
- xx
- yy
- zz

Satsingsområde Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering

HO21-strategien foreslår iverksettelse av tiltakene ved:

- Styrke finansieringsordningene for infrastruktur i Forskningsrådet, og stimulere til tverrsektorielt samarbeid som bidrar til at institusjoner og miljøer organiserer seg bedre om bruk og investering i kostbar infrastruktur. Økt samarbeid med næringslivet er vesentlig. Ansvar: KD og Forskningsrådet
- Institusjonene må legge bedre til rette for økt antall søknader til EU/ERC, og vurdere interne insentiver. Stimulere til samarbeid mellom universitet/helseforetak om Forskningsråds- og EU-midler, og styrke tverrsektorielt samarbeid, kapasitet og kompetanse til søknadsskriving og prosjektoppfølgning ved institusjonene. Ansvar: Forskningsinstitusjonene
- Det bør etableres et insentivprogram for EUfinansiert helseforskning i Forskningsrådet. Det skal gi støtte til prosjektetablering, posisjonering, frikjøpsordninger, etablering av forskergrupper på høyt nivå, «landslagsmodeller» og deltakelse av norske forskere i strategisk arbeid knyttet til

Horisont 2020 og ulike ERA-aktiviteter, blant annet de europeiske fellesprogrammene. Ansvar: KD , HOD og Forskningsrådet

- Det må skapes bedre insentiver og støttefunksjoner for innhenting av internasjonal finansiering. Ved tildeling av alle forskningsmidler både på nasjonale og regionale konkurransearenaer, må det legges vekt på at forskerne deltar i internasjonalt samarbeid. Inntekter fra EU-forskning må tillegges større vekt ved tildeling av forskningsmidler. Ansvar: Forskningsrådet, RHF, KD og HOD

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår:

- Vurdere korleis stimuleringstiltaka i opptrappinga av langtidsplanen kan bidra til å styrkje norsk deltaking i helseforskinga i Horisont 2020 og ERA. Ansvarlig: KD, HOD
- Innrette nasjonale verkemiddel slik at dei verkar mobiliserande og kvalifiserande for deltaking i Horisont 2020. Ansvarlig: HOD og KD
- Styrkje den grunnleggjande framifrå forskinga. Ansvarlig: KD
- Auke løyvingane til forskingsinfrastruktur, i tråd med den varsla opptrappinga i langtidsplanen for forskning og høgare utdanning. Ansvarlig: KD

Det foreslås at Rådet prioriterer følgende tiltak innenfor satsingsområde Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering:

- *sak på rådsmøte høst 2016*
- *xx*
- *yy*
- *zz*

Prioriterte tiltak i 2018

Satsingsområde Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon

HO21-strategien foreslår iverksettelse av tiltakene ved:

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

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår:

- Innføre behovsidentifisert forskning som eit nytt verkemiddel i Noregs forskingsråd og i dei regionale helseføretaka. Ansvarlig: HOD. Status: Forskningsrådet har utviklet en modell for behovsidentifisert forskning. Modellen tas i bruk i 2016.
- Innføre ein hovudregel om brukarmedverknad i forskning finansiert av HOD. Ansvarlig: HOD. Status: Det ligger et krav i styringsdokumentene fra HOD om brukemedvirkning i forskning finansiert av HOD (evt begrunnelse hvis brukarmedvirkning er fraværende)
- Evaluere omfang og effekt av brukarmedverknad i forskning. Ansvarlig: HOD. Status: Det ligger et krav i styringsdokumentene fra HOD om evaluering og registrering av effekt av brukarmedvirkning i forskning.

Det foreslås at Rådet prioriterer følgende tiltak innenfor satsingsområde Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon:

- *sak på rådsmøte høst 2017*
- xx
- yy
- zz

Satsingsområde Møte de globale helseutfordringene

HO21-strategien foreslår iverksettelse av tiltakene ved:

- Alle institusjonene må ta et ansvar for å bidra til et kunnskapssystem for bedre global folkehelse. Ansvar: UoH-sektor, helseforetakene, instituttsektor og næringslivet
- De globale helseutfordringene inkluderes i deregionale helseforetakenes oppdragsdokument. Ansvar: HOD og HFene
- Sektordepartementene må i større grad samarbeide om sentrale problemområder og kunnskapsbehov innen globale helseutfordringer. Ansvar: HOD, KD , NFD og DU
- Norwegian Global Health Institute (NGHI) etableres som et distribuert senter i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. En nasjonal forskerskole i global helse legges til NGHI. Ansvar: Forskningsmiljøene, KD , HOD og Forskningsrådet
- Det etableres en finansieringsordning relatert til helse i/for land med lav betalingsevne, og en satsing på næringsutvikling av helserelaterte teknologier og produkter for lav- og mellominntektsland. Ansvar: NFD og UD
- Økt andel av bistandsmidlene kanaliseres til forskning, utdanning og innovasjon. Ansvar: UD
- UoH-sektoren legger økt vekt på det globale helseperspektivet i relevante utdanninger, forskning og innovasjon. Ansvar: KD og UoH-sektor
- UoH-sektoren legger økt vekt på det globale helseperspektivet i relevante utdanninger, forskning og innovasjon. Ansvar: KD og UoH-sektor

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår:

- Vidareutvikle incentiver for partnerskap med forskarar i låg- og mellominntektsland, mellom anna gjennom eksisterande mekanismar

som GLOBVAC og NORHED. Ansvarlig: UD

- Greie ut og etablere ein finansieringsmekanisme for innovasjonsprosjekt innanfor global utdanning og helse. Ansvarlig:UD, HOD og KD

Det foreslås at Rådet prioriterer følgende tiltak innenfor satsingsområde Møte de globale helseutfordringene

- *sak på rådsmøte høst 2017*
- *xx*
- *yy*
- *zz*

Årlige handlinger utført av Rådet

Sekretariatet vil hvert år lage en liste/tabell/rapport som viser hvilke handlinger Rådet har utført.

Utførte handlinger i 2015

Hva er gjort?	Satsingsområde	Oppfølging
Rådet har i 2015 konsentrert sitt arbeide om å gi innspill til Regjeringens handlingsplan.		
Sendt brev til UHR med en oppfordring om å utvikle nasjonale retningslinjer brukermedvirkning i UoH-sektoren	Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon	- følges opp sen høst 2016
Sendt brev til RHF-enes samarbeidsorgan med et oppfordring om å oppnevne næringslivsrepresentanter som observatører i samarbeidsorganene	- Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon - God styring og leiling	

Utførte handlinger i 2016

[illegible]

Utførte handlinger i 2017

[illegible]

Utførte handlinger i 2018

[illegible]

Interne arbeidsgrupper i Rådet

(tabellen oppdateres etter rådsmøtet 25.1.2016)

Følgende interne arbeidsgrupper ble vedtatt på rådsmøtet 25.1.2016:

Arbeidsgruppe for	Gruppleder	Medlemmer
Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene	Tone Marie Nybø Solhei, KS	Arnfinn Sundsfjord, UiT Guri Rørtveit, UiB Hilde Lurås, AHUS Maren Sogstad, HiG Jon Anders Drøpping, KS (sekr.funk)
God styring og ledelse	Arnfinn Sundsfjord, UiT?	3-5 gruppemedlemmer
Kunnskapsbasert folkehelse	Camilla Stoltenberg, FHI?	3-5 gruppemedlemmer
Helse- og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Kathrine Myhre, Oslo Medtech ?	3-5 gruppemedlemmer
Nøk og rett kompetanse	Guri Rørtveit, UiB?	3-5 gruppemedlemmer
Kvalitet og internasjonaliseringsgruppe	Erlend Smeland, OUS?	3-5 gruppemedlemmer
Innovativ og effektive helse og omsorgstjenester	Hilde Lurås, AHUS?	3-5 gruppemedlemmer
Klinisk forskning	Bjørn Gustafsson, NTNU?	3-5 gruppemedlemmer
Global helseforskning	Ernst Omenaas, Helse Bergen HF?	3-5 gruppemedlemmer
Brukermedvirkning	Dagfinn Bjørgen, Mental helse?	3-5 gruppemedlemmer



Status for Rådets arbeid med HelseOmsorg21

Aksjonsliste

Kompetanseløft for kommunene - TILTAK	Rådet - AKSJONER
Kommunenes medvirkningsansvar for forskning forsterkes og tydeliggjøres ved å omfatte deltakelse i samarbeid om og finansiering av forskning på regionalt nivå og deltakelse i utviklingen av en instituttsektor for kommunesektoren. Dette må ledsages av en nasjonal konkurransearena for forskning for, i, med og på kommunene. På sikt, når finansieringen er på plass, må det vurderes å gi kommunene et fullt sørge-for-ansvar som sidestiller kommunesektoren samlet med spesialisthelsetjenesten, uten et krav om at forskningen skal gjennomføres av den enkelte kommune. Forskning bør ikke være en lovpålagt oppgave for enkeltkommuner. Det må sikres en opptrapping av en total finansiering til en slik satsing med 200 mill. kroner i første år og med lik fordeling regionalt og nasjonalt, økende til 1 mrd. kroner per år etter fem år. Dette tilsvarer ca 1 % av kommunenes investeringer i helse- og omsorgstjenester.	<i>Se eget notat fra Arbeidsgruppe for organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene</i>
Det må utvikles et innovasjonssystem for hele bredden av kommunenes virksomhet som sikrer insentiver, risikoavlastning, mobilisering, gjennomføring og samarbeid med forskningsinstitusjoner, helse- og omsorgstjenester og næringsliv. Dette må være en naturlig del av det brede nasjonale og de regionale innovasjonssystemene. Et godt innovasjonssystem for kommunene vil være en god investering som bidrar til at kommunene kan løse sine oppgaver med mindre ressursinnsats. Regjeringen må gjennom en opptrappingsplan på 10 år sikre finansiering som tilsvarer 10 % av realveksten i kommunenes inntekter.	
Det må utvikles nye regionale samarbeidsorganer for forskning mellom kommunene og forsknings- og utdanningsinstitusjonene. Disse må ha tett dialog med eksisterende regionale samarbeidsorgan mellom helseforetakene og universitetene. Det må utvikles en helhetlig instituttsektor for kommunene gjennom en videreutvikling av dagens kompetanse-, kunnskaps-, utviklings- og forskningssentre som er innrettet mot kommunenes behov (se Noen utvalgte områder). Det må forutsettes at disse tydelig knyttes opp til forsknings- og utdanningsmiljøer (UoH-sektor) og til kommunesektoren, og får en	<i>Se eget notat fra Arbeidsgruppe for organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene</i>

målrettet kvalitetsforbedring gjennom nasjonale tiltak. De regionale forskningsmidlene rettet mot kommunenes behov bør forvaltes av denne instituttstrukturen på tilsvarende måte som RHFene forvalter spesialisthelsetjenestens midler. Det må utvikles en helhetlig instituttsektor for kommunene gjennom en videreutvikling av dagens kompetanse-, kunnskaps-, utviklings- og forskningssentre som er innrettet mot kommunenes behov (se Noen utvalgte områder). Det må forutsettes at disse tydelig knyttes opp til forsknings- og utdanningsmiljøer (UoH-sektor) og til kommunesektoren, og får en målrettet kvalitetsforbedring gjennom nasjonale tiltak. De regionale forskningsmidlene rettet mot kommunenes behov bør forvaltes av denne instituttstrukturen på tilsvarende måte som RHFene forvalter spesialisthelsetjenestens midler.	
Midlene til forskning og innovasjon for, i, med og på kommunene må omfatte (1) langsiktig basisfinansiering til ovennevnte instituttsektor, (2) medfinansiering av virkemidler, for eksempel Offentlig sektor-ph.d og partnerskapsprosjekter etter modell fra Nederland og England, (3) fordeling på regionale konkurransearenaer og 4) fordeling på en nasjonal konkurransearena. Utlysninger gjennom Forskningsrådets programmer og satsing på foregangskommuner er viktig for å sikre kvalitet og samspill med det bredere forsknings- og innovasjonssystemet. Dette er særlig avgjørende i en oppbyggingsfase. De regionale fordelingsarenaene er viktige for å sikre eierskap og bred implementering. Det må utvikles fleksible løsninger som gjør at kommuner enkeltvis, eller fortrinnsvis samarbeid, kan bli aktive partnere i forskning og innovasjon.	<i>Se eget notat fra Arbeidsgruppe for organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene</i>
Det må utvikles god infrastruktur for forskning på kommunenes helseutfordringer med et nasjonalt register for kommunale helse- og omsorgstjenester, og forskningsnettverk for allmennleger, tannleger og andre helsepersonellgrupper, også gjerne tverrprofesjonelt.	<i>Se eget notat fra Arbeidsgruppe for organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene</i>
Kommunene må få en lovpålagt plikt til å bidra med praksisplasser for studenter i medisin, helse- og sosialfag på linje med plikten	<i>Se eget notat fra Arbeidsgruppe for organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene</i>

innenfor opplæringsloven for praksisplasser for lærer- og førskolelærerstudenter. Det må følge øremerket finansiering med studentene fra UoH-sektor.	
Kunnskapsbasert folkehelse - TILTAK	Rådet - AKSJONER
Enklere og bedre regelverk og forvaltning Igangsette en samlet gjennomgang av lovverket for å forenkle det, og gjøre tilgang til data enklere og sikrere. Utrede hvor reservasjonsrett er egnet som alternativ til samtykke. Utrede forskrift for og/eller rammegodkjenning av aktører som skal bruke data fra helseregistre og/eller gjenbruke helsedata til analyse, forskning og innovasjon, fremfor forhåndsgodkjenning av enkeltprosjekter i REK og andre instanser. Dette bør kombineres med å styrke tilsynet av denne typen virksomhet. Muliggjøre innføring av tidsfrister for utlevering/tilgang til data fra flest mulig av datakildene, gjennom en tilrettelagt infrastruktur tilsvarende det som gjelder for sentrale helseregistre i dag. Sikre at oppfølgingen av «én innbygger – én journal» og andre e-helsesatsinger ivaretar sekundære formål som analyse, forskning og innovasjon, og sørge for at helsedata kan gjenbrukes til slike sekundære formål. Forenkle kobling av data, inkludert kobling til sosioøkonomiske data og andre data fra andre sektorer. Innføre deling av data som hovedprinsipp. Det vil si at registerdata og kliniske data blir tilgjengelige også til bruk på tvers av og utenfor foretak/kliniske enheter. Utarbeide felles nasjonal prispolitikk for tilgang til registerdata og biologisk materiale fra helsetjenestene.	<i>Se eget notat fra Camilla Stoltenberg</i>

Modernisere teknologiske løsninger og forvaltning av helsedata Videreutvikle innebygget personvern i all forvaltning av helsedata gjennom å utvikle spesifikke prinsipper og krav for innebygget personvern basert på Datatilsynets retningslinjer. Strukturere data i helse- og omsorgstjenestene i større grad, og sikre at disse kan høstes automatisk til gjenbruk i helseregistre. Legge til rette i helseforetakene og kommunene for gjenbruk av helseregisterdata til kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon. Gi innbyggerne tilgang til egne registerdata og tilgjengelig informasjon om hva data brukes til. Bruke nye teknologiske løsninger som utvikles for de primære formålene, ikke spesifikke registreringer til enkeltformål og/eller enkeltregistre. Etablere felles nasjonale systemer for tilgang til data, saksbehandling og koblinger til bruk i analyse, forskning og innovasjon – én portal for søknader og tilgang. Vurdere endringer i de organisatoriske løsningene for sekundær bruk av helsedata, inkludert organiseringen og forvaltningen av de nasjonale helseregistrene.	<i>Se eget notat fra Camilla Stoltenberg</i>
--	---

Utvide datagrunnlaget Etablere Kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR) med data fra helsestasjoner, skolehelsetjenesten, fastleger, sykehjem og andre aktører i primærhelsetjenestene, inkludert private aktører. Gjennomføre regelmessige nasjonale befolkningsbaserte helseundersøkelser blant annet ved å bygge videre på eksisterende helseundersøkelser som Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), Tromsøundersøkelsen og Den norske mor og barnundersøkelsen (MoBa). Etablere utvidet nasjonalt legemiddelregister basert på innholdet i Reseptregisteret med data fra sykehus, sykehjem og andre institusjoner, og med nødvendig klinisk informasjon.	
Videreutvikle biobanker og biobanktjenester Styrke satsingen på storskala infrastruktur i Biobank Norge. Etablere et nasjonalt biobankregister etter dansk modell som gir informasjon om hvor ulike prøver finnes og hvem som forvalter dem. Etablere nasjonale sykdomsbaserte prospektive forskningsbiobanker og andre forskningsbiobanker basert på rutinemessig innsamlete prøver fra helsetjenesten og fra screeningprogrammer (for eksempel nasjonal kreftbiobank og nyfødtscreeningens biobank). Gjennomføre storskala analyser av biologisk materiale for å gjenbruke data i stedet for å forbruke biologisk materiale.	
Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde - TILTAK	Rådet - AKSJONER

Styrke norsk næringsutvikling gjennom økt samspill med akademia, helseforetak og kommuner. Samspillet mellom Helsedirektoratet, helseforetak, akademia, kommuner, brukere og næringslivet, må forbedres betydelig. Det må være insentiver for og en naturlig oppgave for helseforetak, universiteter, høyskoler og kommuner å medvirke til næringsutvikling gjennom samarbeid med næringslivet. Det må også være tilbud om kunnskap, forskningsresultater, kompetanse og infrastruktur til næringslivet. I den forbindelse må det etableres bedre insentiver innenfor helsetjenestene og akademia med belønning av patenteringer, innovasjoner, lisensiering og selskapsdannelser. For å bygge kompetanse og kultur fra grunnen, må det innføres stimulerende obligatorisk innovasjons- og entreprenørskapsopplæring i de relevante natur- og samfunnsvitenskapelige og helse- og omsorgsrettede utdanningene. En ny ordning med innovasjonstrainee må være del av opplæringen.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2016</i>
Nytt strategisk virkemiddel for innovasjonsprosjekter i næringslivet for utvikling, verifisering, demonstrering og pilotering av helse- og omsorgsinnovasjoner for tjenestene og for et raskt voksende privatmarked. Støtteandelen må være på samme nivå som støtteandelen for bedrifter i Horisont 2020. Resultater fra innovasjonsprosjektene må bringes inn i innovative anskaffelser slik at FoU-resultater kommer til anvendelse mye raskere enn i dag.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2016</i>

Økt kapitaltilgang for norske helse- og omsorgsbedrifter. Mangel på offentlig så vel som privat kapital i fasene fra verifisering og frem til og med venturekapital, er et stort hinder for etablering, overlevelse og vekst i helse- og omsorgsbedrifter. Vi anbefaler derfor: → Innføre skatteinsentiver for investorer i innovasjonstunge tidligfase bedrifter. → Etablere to såkornfond med asynkron løpetid målrettet innenfor helse og omsorg, slik at det sikrer konkurranse og kontinuitet → Endre mandat og instruksjon til Argentum og Investinor for investeringer i helse- og omsorgsbedrifter, eller inkludere denne type fond som en del av nytt strategisk virkemiddel foreslått ovenfor. → Innføre et eget tiltak innenfor Skattefunn der forskningsbaserte tidligfase-bedrifter tilbys en refusjonsramme (skattefradrag) på 35 %. Den generelle timesatsen for SkatteFU NN økes til normal timeprissats for brukerstyrt forskning. → I nnføre en «Helse- og omsorgsmyggordning» etter modell fra «Oljemyggordningen» i olje- og gassindustrien.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2016</i>
Innovative anskaffelser – markedsadgang og innovasjonssystem. Innovative anskaffelser i det offentlige med fokus på oppnåelse av «beste og neste praksis», bør benyttes aktivt som næringsfremmende tiltak. Innovative anskaffelser bør være den foretrukne anskaffelsesmetode. Det må stimuleres til anskaffelser der det stilles krav til kvalitet, funksjonalitet og interoperabilitet, og ikke forhåndspesifisert teknologivalg. Offentlige aktører må utnytte handlingsrommet som ligger i reglene for offentlige anskaffelser, i tråd med nasjonal strategi for økt innovasjonseffekt av offentlige anskaffelser.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2016</i>
IKT -arkitektur/funksjonelle grensesnitt må etableres, som muliggjør at næringslivet på en effektiv måte kan gjøre sine løsninger interoperable med andre løsninger i helse- og omsorgssektoren («en gang for alle løsninger»). IKT -arkitekturen/grensesnitt må benyttes i tiltaket «Teknisk infrastruktur for utprøving og testing» for blant annet demonstrasjon og benchmarking av løsninger.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2016</i>

Infrastruktur for utprøving og testing (utprøvingssentre/testbeds) må bygges opp og driftes, med deltakelse fra næringslivet, for utprøving og testing av både ny diagnostikk, legemidler, medisinsk utstyr, informasjonsløsninger og velferdsteknologi. Infrastrukturen må bygges med et internasjonalt perspektiv der samarbeid etableres med internasjonale aktører for å oppnå best mulige tjenester og datatilfang. Næringslivet må gis tilgang til kompetanse og fasiliteter i form av laboratorier, helseregistre, biobanker, testfasiliteter, utstyr og teknisk ekspertise hos akademia, helseforetak, kommuner og industriinkubatorer. Det må etableres en støtteordning for storskalatesting av løsninger med spesielt stort helse- og omsorgspotensial.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2016</i>
Innovasjon og næringsutvikling må innlemmes i norsk helse- og omsorgsforvaltning. Forsknings- og innovasjonsprosjekter skal ha tilgang til regulatorisk rådgivning og kompetanse. Et eksempel er at Statens legemiddelverk får mandat og ressurser til å etablere et nasjonalt innovasjons- og veiledningskontor for å støtte norsk legemiddelforskning og norske SMEer.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2016</i>
God styring og ledelse - TILTAK	Rådet - AKSJONER
Det etableres en tidsavgrenset (f.eks. 5 år) tverrdepartemental organisatorisk enhet/struktur der det settes av nødvendige ressurser som skal bidra til en omforent praksis og god ressursutnyttelse i oppfølgingen av helseforskningen og innovasjonsarbeidet på tvers av departementene og sektorene og sikre oppfølging av HelseOmsorg21 på departementalt nivå (jf. OSCHR).	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2016</i>

Det etableres nye samarbeidsorganer for forskning mellom kommuner og forsknings- og utdanningsinstitusjoner på regionalt nivå. Disse må utvikle gode modeller for samarbeid regionalt, blant annet om infrastruktur, og bidra til å fordele regionalt konkurranseutsatte midler for kommunenes behov. Videre bør samarbeidsorganene legge til rette for samhandling med helseforetakene, instituttsektoren og næringslivet. For utdanning bør det være ett samlet regionalt samarbeidsorgan som dekker universiteter og høyskoler og både helseforetakene og kommunene. Når det gjelder forskning, bør de regionale samarbeidsorganene for kommunenes helseog omsorgstjenester bør ha felles sekretariat og administrative funksjoner med dagens regionale samarbeidsorganer for spesialisthelsetjenesten.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2016</i>
Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene må presiseres for å sikre at de samlet fremmer internasjonalisering, økt kvalitet og samarbeid med næringslivet. Finansiering via Forskningsrådet skal bidra til internasjonalisering, internasjonalt konkurransedyktig forskning, kvalitet på viktige områder, også på forskningssvake områder, samarbeid med næringslivet og innovasjonsevne i offentlig sektor. Den grunnleggende forskningen må sikres gode rammevilkår gjennom nasjonale og internasjonale finansieringskanaler.	
En andel av forskningsmidlene bør kanaliseres gjennom helsesektoren selv, slik det er etablert for regionale helseforetak i dag. Det bør etableres klare innsatsmål om at en prosentandel av helse- og omsorgstjenestens budsjetter benyttes til forskning for henholdsvis universitetssykehusene og øvrige helseforetak, og for kommunale helse- og omsorgstjenester. Universitetssykehusene bør benytte minst 5 % av budsjettene til forskning.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2016</i>
De regionale helseforetakene og UoH-sektoren bør bygge opp felles forskningsadministrasjoner og -infrastruktur, og forskningsgrupper med felles ansatte og felles/nærliggende arealer for best utnyttelse av offentlige bevilgninger. Det må være en klar forventning om at de to sektorene lager kjøreregler for samhandling på regionalt og lokalt	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2016</i>

nivå. Ett eller flere universitetssykehus og universiteter bør prøve ut modeller for økonomisk og administrativt samarbeid innenfor helseforskning, utdanning og innovasjon i et integrert universitetssykehus.	
Det etableres et helhetlig monitoreringssystem for forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning for helse- og omsorgstjenestene (HO21 Monitor), som gir styringsinformasjon til departementer, direktorater, Forskningsrådet og nasjonale og regionale samarbeidsorganer. Denne informasjonen bør være grunnlag for regelmessige institusjonsevalueringer som grunnlag for kvalitetsheving og strukturendringer i sektorene. Informasjonen må understøtte gode prioriteringer av ressursinnsatsen i forhold til kunnskapsbehov. Monitoreringen må bygge på eksisterende informasjonskilder så langt det er mulig.	<i>Rådet følger opp arbeidsgruppen for utvikling av HO21 Monitor</i>
Det bør utvikles et nasjonalt lederutviklingsprogram for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorer og institusjoner og privat/offentlig sektor. Elementer fra dette bør også være en vesentlig del av topplederprogrammet for helseforetakene.	
Innovative og effektive helse- og omsorgstjenester – TILTAK	Rådet - AKSJONER
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.	<i>Må inngå i relevante utdanninger - Henvendelse fra Råde til KD/UHR/HOD?</i>
Styrke forsknings- og innovasjonssamarbeid mellom helseforetak, akademier, kommuner og næringsliv for å skape mer effektive og brukerorienterte tjenester.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>
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.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>
Tilrettelegge for bedre systematikk i innovasjonsarbeidet i tjenestene. Dette inkluderer metodikk for behovskartlegging, brukermedvirkning og ide, evaluering, implementering og spredning.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>
Styrke kompetansen på tjenesteinnovasjon gjennom et helhetlig	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>

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.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>
Nøk og rett kompetanse – TILTAK	Rådet - AKSJONER
Styrke praksisrettet FoU for profesjonsutdanningene og styrke fagutvikling i skjæringsfeltet mellom helse-, omsorgs-, velferds- og teknologifag.	Henvendelse fra Rådet til UHR/KD
Etablere nasjonale, regionale og lokale samarbeidsarenaer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og utdanningssektoren for å sikre riktig dimensjonering, god kvalitet og relevans i helsefaglige utdanninger.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>
Etablere klarere krav til og nødvendige lovmessige og finansielle rammebetingelser i primær- og spesialisthelsetjenesten for å ivareta praksisarenaen i grunn- og videreutdanningen av helsearbeidere – og gjennom dette styrke praksisrettet FoU i alle tjenestesektorer.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>
Gjennomføre strukturelle endringer som styrker rekruttering og mobilitet i helseforskning, og som skaper attraktive karriereveier for unge forskere. Rette opp ubalansen i stillingsstruktur i forskningssystemet ved å etablere flere konkurranseutsatte innstegsstillinger som attraktive karriereveier for unge forskere. Gjennomgå stillingsstrukturen i helseforetakene for å skape sammenhengende tid til forskning og karriereveier for klinisk forskning i universitetssykehusene.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>
Tilrettelegge for at studenter får forskningserfaring i gode forskningsmiljøer ved å videreutvikle forskerlinjen i medisin. Ordningen bør søkes utvidet til andre helsefag. Øremerke forskningsmidler til yngre forskere.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>
Etablere stillinger/ordninger som skaper attraktive karriereveier for forskning og utdanning i hele helse- og omsorgssektoren, inkludert med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>
Styrke rammebetingelsene for utvikling av grunnleggende metode og	<i>Henvendelse fra Rådet til KD/UHR/HOD?</i>

analysekompetanse, inkludert vurdering av forskerskoler spesielt i bioinformatikk, biostatistikk og biomedisinsk grunnforskning. Dette er forutsetninger for helseforskning av høy kvalitet, og for å kunne gjennomføre annen helseanalyse i klinisk virksomhet, ledelse og forvaltning.	
Etablere tverrsektorielle strukturer for strategisk lederutvikling innen forskning og innovasjon og forskningsinstitusjonsledelse på helse og omsorgsområdet.	<i>Henvendelse fra Rådet til KD/UHR</i>
Innføre innovasjon og næringsutvikling som egne tema i alle utdanninger som retter seg mot helse- og omsorgssektoren.	<i>Nasjonalt samarbeidsorgan for helse- og utdanningssektoren (NSHU) ble opprettet i 2015 (?). NSHU inviteres til et Rådsmøte for å orientere om NSHU</i>
Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling - TILTAK	Rådet - AKSJONER
Etablere god infrastruktur for kliniske studier av høy kvalitet i henhold til den internasjonale standarden Good Clinical Practice (GCP). Styrke etableringen og videreutviklingen av kliniske utprøvingssenheter ved de norske universitetssykehusene, slik at kravene til ansvarlig studiegjennomfører (sponsor) kan oppfylles. Etablere forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelsetjenesten som kan koordinere kliniske studier.	
Sikre at NorCRIN, vår nasjonale koordineringsenhet og nettverk for kliniske studier, har kunnskap om kapasitet og kompetanse i universitetssykehusene, andre helseforetak og i forskningsnettverk for kommunehelsetjenesten så eksterne oppdragsgivere kan betjenes trygt, raskt og punktlig. Dyktiggjøre NorCRIN-nettverket for gjennomføring av flerregionale og internasjonale multisenterstudier, spesielt sponsoroppgavene i flerregionale akademiske studier.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>
Motivere universitetssykehusene og samarbeidspartnere til å delta aktivt i nasjonale, nordiske og internasjonale nettverk, som for eksempel Nordic Trial Alliance og European Advanced Translational Research Infrastructure in Medicine (EAT RIS).	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>

Knytte ressurser og infrastruktur for kliniske studier til fremragende kliniske forskningsmiljøer rettet mot spesialist- og kommunehelsetjenesten. Slike kompetente klynger vil styrke attraktiviteten for norsk forskning og innovasjon gjennom bedre synliggjøring av deres eksistens. Dette kan ses i sammenheng med utviklingen av Sentre for klinisk helseforskning (se avsnittet om Høy kvalitet og internasjonalisering).	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>
Skape insentiver for deltakelse og inkludering i kliniske studier, slik at avdelinger og klinikker i universitetssykehus i større grad definerer klinisk utprøving som en av sine oppgaver – med nødvendig ressursallokering – for å yte et fullstendig behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det må skapes finansielle insentiver for dette, eksempelvis ved særskilt å finansiere studiesykepleiere og annet støttepersonell, frikjøp av leger og lignende.	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>
Prøve ut ordninger med særskilte takster i kommunehelsetjenesten og nye mekanismer innen innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten, som insentiv for deltakelse og inkludering i kliniske studier.	
Aktiv deltakelse i forskningsarbeid knyttet til kliniske studier bør bli meritterende i legers spesialistutdanning, og få positiv innvirkning på karriere- og lønnsutvikling.	
Styrke mulighetene for flest mulig pasienter til å delta i kliniske studier og utprøvende behandling. Tilfeldige og geografiske ulikheter i helsetjenestetilbudet må utjevnes, og raskere inkludering av pasienter i kliniske studier må sikres. Det må opprettes et nytt nasjonalt system for ny vurdering når det ikke lenger foreligger et etablert behandlingstilbud for alvorlige sykdommer som inneholder: → Etablerer et nettsted med oversikt over pågående kliniske studier med leservennlig informasjon til pasienter/pårørende, fastleger og andre klinikere. → En mulighet for pasienter/pårørende og helsepersonell til å få vurdert informasjon de selv har innhentet. → En mulighet for pasienter til å bli vurdert, for eksempel av et ekspertpanel, til å kunne delta i studier/behandling.	
Det må stilles krav om at ny behandling i hovedsak skal	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2017</i>

dokumenteres før den innføres i helsetjenesten, og at utprøvende behandling som hovedregel bør tilbys som del av en klinisk studie. Forskningsdokumentasjonen må innfri tydelige kvalitetskrav, og det må etableres konkrete standarder før forskningsresultater implementeres i helsetjenesten slik det er lagt opp til i systemet for innføring av nye metoder. Pasientforløpsstudier kan gjennomføres for å sikre gode resultater av implementeringen.	
Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering - TILTAK	Rådet - AKSJONER
Oppnå grensesprengende helseforskning og høy kvalitet ved å stimulere til og belønne multidisiplinær og bred tverrfaglig forskning gjennom økt samarbeid mellom sektorer og institusjoner.	<i>Stilles som krav i alle utlysninger - Henvendelse fra Rådet til KD/HOD/Forskningsinstitusjoner (?)</i>
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.	
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.	<i>NFR/Vitenskap inviteres til Rådsmøtet i april 2016 for å si noe om styrking av den biomedisinske grunnforskningen. Hvordan prioriterer divisjonen mellom ulike fagområder? Hva er rolledelingen mellom divisjonene? Invitasjon fra Rådet til NFR/Divisjon for vitenskap</i>
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).	
Etablere tiltak for økt internasjonal mobilitet ved å styrke ordningene med søkbare utenlandsstipend nasjonalt og institusjonelt, økt bruk av utvekslingsstipendi Horisont 2020 (Marie Curie Actions), og ved å tilrettelegge for målrettet rekruttering av toppforskere til gode norske	<i>Invitere internasjonal avdeling i Forskningsrådet til et Rådsmøte</i>

forskningsmiljøer.	
Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon - TILTAK	Rådet - AKSJONER
For å øke brukermedvirkningen i offentlige finansierte kliniske studier, innføres krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planleggingen av studien.	<i>Ligger inne styringsdokumentene fra HOD til Forskningsrådet og helseforetakene.</i>
Etablere samarbeid mellom industrien, det offentlige og brukerorganisasjonene for å øke brukermedvirkningen i industrifinansierte studier.	<i>Henvendelse til relevante aktører/initiativ til et første møte</i>
Forskningsinstitusjonene må utarbeide retningslinjer og iverksette tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskningens ulike faser, herunder økt brukermedvirkning i utforming (design) av forskningsprosjekter.	<i>Behov for felles nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning i forskning i UoH-sektoren - Skriftlig henvendelse fra Rådet til UHR - september 2015 (oppfølging høsten 2016)</i>
Systematisk dialog og samarbeid om brukermedvirkning mellom forskningsinstitusjonene og pasient- og brukerorganisasjonene.	<i>Etablere faste møteplasser/møtepunkter mellom forskningsinstitusjonene og pasient- og brukerorganisasjonene - Henvendelse til pasient- og brukerorganisasjonene/forskningsinstitusjonene.</i>
Minoritetsperspektivet må inkluderes i brukermedvirkning, spesielt i studier som angår tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester.	<i>Stilles som krav i styringsdokumenter - Henvendelse fra Rådet til HOD</i>
Etablering av ordninger for å la brukerne bygge kompetanse i rollen som brukerrepresentant.	<i>Kartlegging av hva som gjøres per i dag og hva som "mangler" - Henvendelse fra Rådet til pasient- og brukerorganisasjonene/foretakene</i>
Helse- og omsorgssektoren må innføre prosesser for innovative anskaffelser og benytte dialogkonferanser med brukere og relevant næringsliv/leverandører.	
Møte de globale helseutfordringene – TILTAK	Rådet - AKSJONER
Helsetjenesten og utdanningssektoren får global helse som del av sitt oppdrag for å bygge kapasitet i Norge. Globalt helseperspektiv, med migrasjonshelse/innvanderhelse inkluderes i alle helsefagutdanningene. Det bør være naturlig for alle vitenskapelige ansatte i helsefag- utdanningene å ivareta det globale helseperspektivet innenfor eget fagområde.	<i>Inkluderes i utdanningene - Brev fra Rådet til KD/UHR?</i>
Insentiver må etableres for å inkludere flere fremragende forskningsmiljøer i kapasitetsbygging i lav- og mellominntektsland. Alle store forskningsprogram relatert til helse, og hvor dette er naturlig, bør inkludere et element av kapasitetsbygging i disse	

landene.	
Det etableres fire regionale sentre (i et mulig samarbeid mellom UoHog instituttsektor og helseforetak) som sammen utgjør et virtuelt «Norwegian Global Health Institute» (NGHI). Sentrene skal i fellesskap fremme økt kunnskap, kvalitet, internasjonalisering, tverrfaglighet, arbeidsdeling og samhandling relatert til global helse i utdanning, forskning og innovasjon. Sentrene kan også bidra til økt samarbeid mellom sentrale myndigheter, UoH- og instituttsektoren, helsetjenesten og næringslivet for å bygge økt kapasitet i lav- og mellominntektsland, og for å bygge økt institusjonelt samarbeid med disse landene. Det foreslås at en ny nasjonal forskerskole legges til NGHI.	
Etablere et virkemiddel / en finansieringsordning rettet mot potensielt kommersialiserbare forskningsresultater relatert til helse i/for land med lav betalingsevne (utvikling, verifisering og kvalitetssikring).	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2018</i>
Styrke utviklingen av helserelaterte teknologier og produkter for lav og mellominntektsland gjennom bruk av offentlige midler til næringsutvikling både i disse landene og i Norge	<i>Trenger ytterligere konkretisering - Prioritert satsingsområde i 2018</i>
Økt satsing på tverr- og flerfaglig forskning og utdanning innenfor global helse i et bredt folkehelseperspektiv. Det innebærer økt mobilisering av alle relevante fagmiljøer i medisin, teknologi, naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora.	<i>Må inngå i utdanningene – henvendelse fra Rådet til UHR/KD</i>



Status for aktørenes arbeid med HelseOmsorg21

Basert på innspill frem t.o.m.: 15.1.2016

Kompetanseløft for kommunene - TILTAK	Hva er gjort/hva gjøres?
Kommunenes medvirkningsansvar for forskning forsterkes og tydeliggjøres ved å omfatte deltakelse i samarbeid om og finansiering av forskning på regionalt nivå og deltakelse i utviklingen av en instituttsektor for kommunesektoren. Dette må ledsages av en nasjonal konkurransearena for forskning for, i, med og på kommunene. På sikt, når finansieringen er på plass, må det vurderes å gi kommunene et fullt sørge-for-ansvar som sidestiller kommunesektoren samlet med spesialisthelsetjenesten, uten et krav om at forskningen skal gjennomføres av den enkelte kommune. Forskning bør ikke være en lovpålagt oppgave for enkeltkommuner. Det må sikres en opptrapping av en total finansiering til en slik satsing med 200 mill. kroner i første år og med lik fordeling regionalt og nasjonalt, økende til 1 mrd. kroner per år etter fem år. Dette tilsvarer ca 1 % av kommunenes investeringer i helse- og omsorgstjenester.	Helse Vest: RHF-ene understøtter kommunenes medvirkningsansvar for forskning. Helse Vest har siden 2011 øremerket kr. 3 mill. årlig til en strategisk satsing på forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
Det må utvikles et innovasjonssystem for hele bredden av kommunenes virksomhet som sikrer insentiver, risikoavlastning, mobilisering, gjennomføring og samarbeid med forskningsinstitusjoner, helse- og omsorgstjenester og næringsliv. Dette må være en naturlig del av det brede nasjonale og de regionale innovasjonssystemene. Et godt innovasjonssystem for kommunene vil være en god investering som bidrar til at kommunene kan løse sine oppgaver med mindre ressursinnsats. Regjeringen må gjennom en opptrappingsplan på 10 år sikre finansiering som tilsvarer 10 % av realveksten i kommunenes inntekter.	
Det må utvikles nye regionale samarbeidsorganer for forskning mellom kommunene og forsknings- og utdanningsinstitusjonene. Disse må ha tett dialog med eksisterende regionale samarbeidsorgan mellom helseforetakene og universitetene. Det må utvikles en helhetlig instituttsektor for kommunene gjennom en videreutvikling av dagens kompetanse-, kunnskaps-, utviklings- og forskningssentre som er innrettet mot kommunenes behov (se Noen utvalgte områder). Det må forutsettes at disse tydelig knyttes opp til forsknings- og utdanningsmiljøer (UoH-sektor) og til kommunesektoren, og får en	

målrettet kvalitetsforbedring gjennom nasjonale tiltak. De regionale forskningsmidlene rettet mot kommunenes behov bør forvaltes av denne instituttstrukturen på tilsvarende måte som RHFene forvalter spesialisthelsetjenestens midler. Det må utvikles en helhetlig instituttsektor for kommunene gjennom en videreutvikling av dagens kompetanse-, kunnskaps-, utviklings- og forskningssentre som er innrettet mot kommunenes behov (se Noen utvalgte områder). Det må forutsettes at disse tydelig knyttes opp til forsknings- og utdanningsmiljøer (UoH-sektor) og til kommunesektoren, og får en målrettet kvalitetsforbedring gjennom nasjonale tiltak. De regionale forskningsmidlene rettet mot kommunenes behov bør forvaltes av denne instituttstrukturen på tilsvarende måte som RHFene forvalter spesialisthelsetjenestens midler.	
Midlene til forskning og innovasjon for, i, med og på kommunene må omfatte (1) langsiktig basisfinansiering til ovennevnte instituttsektor, (2) medfinansiering av virkemidler, for eksempel Offentlig sektor-ph.d og partnerskapsprosjekter etter modell fra Nederland og England, (3) fordeling på regionale konkurransearenaer og 4) fordeling på en nasjonal konkurransearena. Utlysninger gjennom Forskningsrådets programmer og satsing på foregangskommuner er viktig for å sikre kvalitet og samspill med det bredere forsknings- og innovasjonssystemet. Dette er særlig avgjørende i en oppbyggingsfase. De regionale fordelingsarenaene er viktige for å sikre eierskap og bred implementering. Det må utvikles fleksible løsninger som gjør at kommuner enkeltvis, eller fortrinnsvis samarbeid, kan bli aktive partnere i forskning og innovasjon.	
Det må utvikles god infrastruktur for forskning på kommunenes helseutfordringer med et nasjonalt register for kommunale helse- og omsorgstjenester, og forskningsnettverk for allmennleger, tannleger og andre helsepersonellgrupper, også gjerne tverrprofesjonelt.	
Kommunene må få en lovpålagt plikt til å bidra med praksisplasser for studenter i medisin, helse- og sosialfag på linje med plikten	

innenfor opplæringsloven for praksisplasser for lærer- og førskolelærerstudenter. Det må følge øremerket finansiering med studentene fra UoH-sektor.	
Kunnskapsbasert folkehelsearbeid - TILTAK	Hva er gjort/hva bør gjøres?
Enklere og bedre regelverk og forvaltning Igangsette en samlet gjennomgang av lovverket for å forenkle det, og gjøre tilgang til data enklere og sikrere.	
Utrede hvor reservasjonsrett er egnet som alternativ til samtykke.	
Utrede forskrift for og/eller rammegodkjenning av aktører som skal bruke data fra helseregistre og/eller gjenbruke helsedata til analyse, forskning og innovasjon, fremfor forhåndsgodkjenning av enkeltprosjekter i REK og andre instanser. Dette bør kombineres med å styrke tilsynet av denne typen virksomhet.	<i>LMI har spilt inn til HOD med flere om ønske et nasjonalt helsedata selskap som kan imøtekomme industriens henvendelser om bruk av norsk helsedata. Jmf. Innspill tiltak Næring 6 under helse som næringspolitisk satsningsområder.</i>
Muliggjøre innføring av tidsfrister for utlevering/tilgang til data fra flest mulig av datakildene, gjennom en tilrettelagt infrastruktur tilsvarende det som gjelder for sentrale helseregistre i dag.	
Sikre at oppfølgingen av «én innbygger – én journal» og andre e-helsesatsinger ivaretar sekundære formål som analyse, forskning og innovasjon, og sørge for at helsedata kan gjenbrukes til slike sekundære formål.	
Forenkle kobling av data, inkludert kobling til sosioøkonomiske data og andre data fra andre sektorer.	
Innføre deling av data som hovedprinsipp. Det vil si at registerdata og kliniske data blir tilgjengelige også til bruk på tvers av og utenfor foretak/kliniske enheter. Utarbeide felles nasjonal prispolitikk for tilgang til registerdata og biologisk materiale fra helsetjenestene.	<i>LMI ser behovet for nasjonalt selskap/TTO for anvendelse av helsedata, jmf. tiltak Næring 6.</i> <i>Helse Vest: Det pågår lokale initiativ knyttet til biobank, men det er foreløpig ikke noe aktivitet på registerdata.</i> <i>Haukeland universitetssjukehus har gitt følgende kommentar: Deling av data forutsetter både at det er teknisk mulig å dele/gjøre tilgjengelig og at den juridiske vurderingen om pasientens data er godt nok beskyttet. Det første aspektet tar man i økt grad hensyn til allerede ved anskaffelse av IT systemer ved å etterspørre rapporter og overførbarhet av data til andre systemer i kravspesifikasjonen. For eksisterende systemer, særlig det eksisterende</i>

	<i>journalsystemet, oppleves det fortsatt problemer med både datauttrekk og juridiske begrensninger med dagens funksjonalitet og mulighet av pasientønsket sperring. Problemene er identifisert og det jobbes med å tilby en bedre løsning i neste versjon av Dips Arena.</i> <i>Når det gjelder nasjonale kvalitetsregistre pågår det arbeid i regi av nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre for å bedre utlevering og bruk av data til styring, for eksempel i RHFenes styringsportaler.</i> <i>Samhandlingsbarometeret: Helse Førde har sammen med KS Sogn og Fjordane etablert samhandlingsbarometeret. Samhandlingsbarometeret inneholder en rekke data fra kommunene og Helse Førde. Konseptet eller deler av konseptet er under utvikling også i andre regioner.</i>
Modernisere teknologiske løsninger og forvaltning av helsedata Videreutvikle innebygget personvern i all forvaltning av helsedata gjennomå utvikle spesifikke prinsipper og krav for innebygget personvern basert på Datatilsynets retningslinjer.	
Strukturere data i helse- og omsorgstjenestene i større grad, og sikre at disse kan høstes automatisk til gjenbruk i helseregistre.	Helse Vest: Haukeland universitetssjukehus har et tett samarbeid med de andre helseregionene og NIKT om videreutvikling av arketyper baserte løsninger i form av open source (open EHR) strukturert data som skal danne grunnlaget i flere IT løsninger i framtiden (bl.a. Dips Arena). Arbeidet har gått sent, det er vanskelig å frigjøre kliniske ressurser for å kvalitetssikre arketyper. Hittil er det 30 ferdigstilte av estimerte minst 400 basale arketyper som trengs for å bygge et journalsystem. Det finnes også andre IT løsninger som registrerer data strukturert, for eksempel Checkware. Disse blir mye brukt i psykiatrien, men i økende grad også for somatikken, særlig egnet for pasientegenregistrering og data som skal inn i kvalitetsregistre. Denne programvaren blir nå rullet ut i Helse Vest. <i>Kvalitetsregistre bidrar i arbeidet med å utvikle arketyper.</i>
Legge til rette i helseforetakene og kommunene for gjenbruk av helseregisterdata til kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon.	LMI: viktig å ta del i IMI prosjekt Bid Bata for Better Outcome. Helse Vest: Regionalt servicemiljø for kvalitetsregistre bistår med veiledning i analyse av data og kvalitetsforbedringsmetodikk.
Gi innbyggerne tilgang til egne registerdata og tilgjengelig informasjon om hva data brukes til.	

Bruke nye teknologiske løsninger som utvikles for de primære formålene, ikke spesifikke registreringer til enkeltformål og/eller enkeltregistre.	
Etablere felles nasjonale systemer for tilgang til data, saksbehandling og koblinger til bruk i analyse, forskning og innovasjon – én portal for søknader og tilgang.	
Vurdere endringer i de organisatoriske løsningene for sekundær bruk av helsedata, inkludert organiseringen og forvaltningen av de nasjonale helseregistrene.	
Utvide datagrunnlaget Etablere Kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR) med data fra helsestasjoner, skolehelsetjenesten, fastleger, sykehjem og andre aktører i primærhelsetjenestene, inkludert private aktører.	
Gjennomføre regelmessige nasjonale befolkningsbaserte helseundersøkelser blant annet ved å bygge videre på eksisterende helseundersøkelser som Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), Tromsøundersøkelsen og Den norske mor og barnundersøkelsen (MoBa).	
Etablere utvidet nasjonalt legemiddelregister basert på innholdet i Reseptregisteret med data fra sykehus, sykehjem og andre institusjoner, og med nødvendig klinisk informasjon.	
Videreutvikle biobanker og biobanktjenester Styrke satsingen på storskala infrastruktur i Biobank Norge.	Helse Vest: I Helse Vest har det både ved SUS og HUS blitt satt i gang tiltak for å styrke denne infrastrukturen. I Helse Vest-regi er et biobank informasjons- og sporingssystem innkjøpt og skal piloteres i 1Q 2016. Videre skal det ved begge HF investeres i automatiske fryselagringsfasiliteter i løpet av de nærmeste årene.
Etablere et nasjonalt biobankregister etter dansk modell som gir informasjon om hvor ulike prøver finnes og hvem som forvalter dem.	Helse Vest: Helse Vest støtter opp om og bidrar til aktiviteten fra Biobank Norge på dette området.
Etablere nasjonale sykdomsbaserte prospektive forskningsbiobanker og andre forskningsbiobanker basert på rutinemessig innsamlete prøver fra helsetjenesten og fra screeningprogrammer (for eksempel nasjonal kreftbiobank og nyfødtscreeningens biobank).	Helse Vest: Dette inngår i arbeidspakke fra Biobank Norge II. I Helse Vest vil rådgivningstjenesten for biobanker fasilitere for dette. Biobank Haukeland, som driftes fra 2016, vil ha kapasitet til sikker lagring av slike forskningsbiobanker.
Gjennomføre storskala analyser av biologisk materiale for å	Helse Vest: Helse Vest har nylig anskaffet et biobank informasjons- og

gjenbruke data i stedet for å forbruke biologisk materiale.	sporingssystem som tilrettelegger for gjenbruk av forskningsdata fra biobankmateriale.
Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde - TILTAK	Hva er gjort/hva gjøres?
Styrke norsk næringsutvikling gjennom økt samspill med akademia, helseforetak og kommuner. Samspillet mellom Helsedirektoratet, helseforetak, akademia, kommuner, brukere og næringslivet, må forbedres betydelig. Det må være incentiver for og en naturlig oppgave for helseforetak, universiteter, høyskoler og kommuner å medvirke til næringsutvikling gjennom samarbeid med næringslivet. Det må også være tilbud om kunnskap, forskningsresultater, kompetanse og infrastruktur til næringslivet. I den forbindelse må det etableres bedre incentiver innenfor helsetjenestene og akademia med belønning av patenteringer, innovasjoner, lisensiering og selskapsdannelser. For å bygge kompetanse og kultur fra grunnen, må det innføres stimulerende obligatorisk innovasjons- og entreprenørskapsopplæring i de relevante natur- og samfunnsvitenskapelige og helse- og omsorgsrettede utdanningene. En ny ordning med innovasjonstrainee må være del av opplæringen.	LMI: dialog med UIB, etablert Biomedical network, samarbeid med UIO og livsvitenskapsbygget. Regelmessig dialog om næringsrettet virkemidler. Etablert norsk møte om kliniske studier i samarbeid med helseforetak og Forskningsrådet. God dialog og oppfølging med utprøvningsenheter på helseforetak. Innspill om infrastruktur for kliniske studier og anvendelse av helsedata til oppdragsdokument og samarbeidsorganene i Helse Midt og HSØ. Tom Pike: <i>Flere gode initiativer og prosjekter relatert til samhandling på gang, hvor bla LMI er involvert på næringslivssiden. Toppledere innen forvaltning akademia og helsetjenestene synes å støtte målet om økt samspill. Dette er veldig positivt.</i> <i>Når det er sagt er effekten nedover i de offetlige organisasjonene variabel. Få eller ingen konkrete mål er satt. Er ikke kjent med at det er tatt noen av de nødvendige grep vedr. incentiver, merittering, tellekanter og ressursallokering. Kan heller ikke se at innføring av obligatorisk innovasjons- og entreprenørskapsopplæring i de relevante natur- og samfunnsvitenskapelige og helse- og omsorgsrettede utdanningene er på gang.</i> <i>Tilbakemelding fra helseforetaksledelsen sier at de ikke føler de får klare eller sterke nok signaler vedr innovasjon og bidrag til næringsutvikling fra HOD i sitt oppdrag til å innføre mål, incentiver og ressursallokeringer.</i> <i>TTO'ene: mange kritiske røster fra forskerhold så vel som fra oppstartselskaper vedr. TTO'enes rolle og bidrag til næringsutvikling i dag. Mange som mener det er nødvendig å endre TTO'enes oppdragsbeskrivelse så vel som finansielle rammebetingelser. Noe av dette pågår visstnok, men i relativt lukkede rom. Det er behov for en mer åpen prosess med innspill fra alle premissleverandører og «kunder».</i> <i>Konklusjon: mange positive signaler men få tegn på konkrete endringer. Nødvendige grep er enda ikke vedtatt eller inkludert i planene. Krever betydelig</i>

	<i>fortsatt fokus og innsats.</i> Helse Vest: Det vises til tilskuddet i statsbudsjettet til Helse Vest og initiativet Norwegian Pumps & Pipes. Norwegian Pumps & Pipes vil kunne bidra til å sikre nye innovative løsninger og støtte opp under helse og omsorg som et næringspolitiksatsingsområde. Stavanger universitetssjukehus har begynt å arbeide med prosjektet i sammen med Universitetet i Stavanger og forskningselskapet IRIS. Når bevilgingsbrev foreligger vil dette arbeidet bli intensivert og gjennomføres i tråd med HelseOmsorg21-strategien. Styret i Helse Stavanger HF og Helse Vest RHF har fattet vedtak om lokalisering av nytt sykehus i Stavanger. Når endelig beslutning er gjort i foretaksmøte i januar 2016, vil Stavanger universitetssjukehus i samarbeid med sentrale næringslivsaktører og andre relevante samarbeidspartnere starte et arbeid med tanke på næringsutvikling i forbindelse med sykehusbygg i tråd med de føringer om næringsutvikling som finnes i HelseOmsorg21-strategien.
Nytt strategisk virkemiddel for innovasjonsprosjekter i næringslivet for utvikling, verifisering, demonstrering og pilotering av helse- og omsorgsinnovasjoner for tjenestene og for et raskt voksende privatmarked. Støtteandelen må være på samme nivå som støtteandelen for bedrifter i Horisont 2020. Resultater fra innovasjonsprosjektene må bringes inn i innovative anskaffelser slik at FoU-resultater kommer til anvendelse mye raskere enn i dag.	LMI: Kartlagt relevansen og bruk av næringsrettet virkemidler i bransjen: OFU ordningen fungerer ikke, mens andre virkemidler treffer bransjen bra. LMI jobber aktivt med aktører for å styrke egenkapitalen i tidlig fase hvor det er store behov (Business Angels, såkorn ordninger, statlig venture).
	Tom Pike: Et nytt eget virkemiddel for helseindustri ser ikke ut til å vinne gehør, så jeg konsentrere meg om å beskrive status for den virkemiddelstrukturen vi har i dag. Forskningsrådets virkemidler er nylig blitt forbedret på flere områder og når frem til helsesektoren på en god måte. Dette er viktig og veldig bra. Dessverre kan man ikke si det samme om virkemidlene som kal overta etter NFR nemlig Innovasjon Norge (IFU, OFU, mm) eller egenkapital-virkemidler som såkornfond, Investinor og Argentum i alt for liten grad har gjort det. Mer om dette under 10 «Kapitaltilgang».
Økt kapitaltilgang for norske helse- og omsorgsbedrifter. Mangel på offentlig så vel som privat kapital i fasene fra verifisering og frem til og med venturekapital, er et stort hinder for etablering, overlevelse	LMI: Nytt HF for offentlige anskaffelser fra 2016, metodevurderingssystemet for sykehusanskaffelser for legemidler som er under etablering. LMI har gitt mange innspill om å innføre innovasjons aspekter i offentlige anskaffelser. NB!

og vekst i helse- og omsorgsbedrifter. Vi anbefaler derfor: → Innføre skatteincentiver for investorer i innovasjonstunge tidligfase bedrifter. → Etablere to såkornfond med asynkron løpetid målrettet innenfor helse og omsorg, slik at det sikrer konkurranse og kontinuitet → Endre mandat og instruksjon til Argentum og Investinor for investeringer i helse- og omsorgsbedrifter, eller inkludere denne type fond som en del av nytt strategisk virkemiddel foreslått ovenfor. → Innføre et eget tiltak innenfor Skattefunn der forskningsbaserte tidligfase-bedrifter tilbys en refusjonsramme (skattefradrag) på 35 %. Den generelle timesatsen for SkatteFU NN økes til normal timeprissats for brukerstyrt forskning. → I nnføre en «Helse- og omsorgsmyggordning» etter modell fra «Oljemyggordningen» i olje- og gassindustrien.	<i>Mulighetsrom som må benyttes og belyses av rådet.</i> Tom Pike: <i>Observerer ingen bevegelse når det gjelder skatteincentiver for investorer som investerer i forskningstunge pre-kommersielle selskaper (som de har i mange andre land) . Et av de viktigste tiltakene etter min mening. Må følges opp.</i> <i>Bevilgningene til pre-såkonfond og såkornfond er veldig bra. Etter 5 års tørke er endelig nye såkornmidler er på vei til å nå hesleindustri sektoren i 2016. Det er bra, men det er ikke tatt noen grep for å forhindre tilsvarende ødeleggende tidsgap når de nye fondene blir fullinvestert. Det må det jobbes videre med.</i> <i>Investinor viser positiv interesse for helseindustri, men med dagens mandat og organisasjon vil de ikke kunne utgjøre den viktige rollen de er ment å fylle. Investinor følger andre investorer heller en å forløse privat kapital ved å ta en «lead-investor» rolle basert på egen evaluering.</i> <i>Argentum er i liten grad aktive inne helseindustri og de midlene de har investert i sektoren har gått til utenlandske selskaper. Dette virkemiddelet er følgelig fraværende for norsk innovativ helseindustri samtidig som samfunnsoppdraget til Argentum (bygge opp kompetent forvaltningsmiljø) er svært stort. Jeg ser ingen spor til at dette blir grepet tak i. I Sverige innføres det nå et tilsvarende fond-i-fond struktur (Fondinvest AB) men med en utforming som i langt større grad er egnet til å bidra til bransjen. Norge burde se på denne strukturen og vurdere å innføre det samme.</i>
Innovative anskaffelser – markedsadgang og innovasjonssystem. Innovative anskaffelser i det offentlige med fokus på oppnåelse av «beste og neste praksis», bør benyttes aktivt som næringsfremmende tiltak. Innovative anskaffelser bør være den foretrukne anskaffelsesmetode. Det må stimuleres til anskaffelser der det stilles krav til kvalitet, funksjonalitet og interoperabilitet, og ikke forhåndspesifisert teknologivalg. Offentlige aktører må utnytte handlingsrommet som ligger i reglene for offentlige anskaffelser, i tråd med nasjonal strategi for økt innovasjonseffekt av offentlige anskaffelser.	Tom Pike: <i>Observerer positive tilbakemeldinger på å satse mer på innovative innkjøp, uten at jeg vet tilstrekkelig om hvilken reel fremgang dette har i praksis. Metodevurderingssystemet for sykehusanskaffelser og legemidler som er under etablering synes ikke å ha funnet sin optimale form enda.</i>

IKT -arkitektur/funksjonelle grensesnitt må etableres, som muliggjør at næringslivet på en effektiv måte kan gjøre sine løsninger interoperable med andre løsninger i helse- og omsorgssektoren («en gang for alle løsninger»). IKT -arkitekturen/grensesnitt må benyttes i tiltaket «Teknisk infrastruktur for utprøving og testing» for blant annet demonstrasjon og benchmarking av løsninger.	
Infrastruktur for utprøving og testing (utprøvingssentre/testbeds) må bygges opp og driftes, med deltakelse fra næringslivet, for utprøving og testing av både ny diagnostikk, legemidler, medisinsk utstyr, informasjonsløsninger og velferdsteknologi. Infrastrukturen må bygges med et internasjonalt perspektiv der samarbeid etableres med internasjonale aktører for å oppnå best mulige tjenester og datatilfang. Næringslivet må gis tilgang til kompetanse og fasiliteter i form av laboratorier, helseregistre, biobanker, testfasiliteter, utstyr og teknisk ekspertise hos akademika, helseforetak, kommuner og industriinkubatorer. Det må etableres en støtteordning for storskalatesting av løsninger med spesielt stort helse- og omsorgspotensial.	<i>LMI har gitt innspill om behovet for et nasjonalt selskap som forvalter anvendelse og kommersialisering av norsk helsedata etter modell Lifandis og TTO strukturen som allerede er blitt etablert for kommersialisering og innovasjon. Innspill og konkretisering av NorCRINs rolle sett fra legemiddelindustriens behov. Se tidligere om OFU virkemiddelet som ikke fungerer for storskala testing i samarbeid med den offentlige part.</i> <i>Tom Pike:</i> Observerer en del positive diskusjoner og aktivitet rundt IKT arkitektur og standardisering av løsninger som fremmer innovasjon og konkurransemen kjenner ikke til nok til om konkrete tiltak er på vei eller ikke.
Innovasjon og næringsutvikling må innlemmes i norsk helse- og omsorgsforvaltning. Forsknings- og innovasjonsprosjekter skal ha tilgang til regulatorisk rådgivning og kompetanse. Et eksempel er at Statens legemiddelverk får mandat og ressurser til å etablere et nasjonalt innovasjons- og veiledningskontor for å støtte norsk legemiddelforskning og norske SMEer.	<i>Tom Pike: Observerer en del positive diskusjoner og aktivitet rundt IKT arkitektur og standardisering av løsninger som fremmer innovasjon og konkurransemen kjenner ikke til nok til om konkrete tiltak er på vei eller ikke.</i>
God styring og ledelse - TILTAK	Hva er gjort/hva bør gjøres?
Det etableres en tidsavgrenset (f.eks. 5 år) tverrdepartemental organisatorisk enhet/struktur der det settes av nødvendige ressurser som skal bidra til en omforent praksis og god ressursutnyttelse i oppfølgingen av helseforskningen og innovasjonsarbeidet på tvers av departementene og sektorene og sikre oppfølging av HelseOmsorg21 på departementalt nivå (jf. OSCHR).	<i>HOD: HelseOmsorg21-rådet ble opprettet januar 2015</i>
Det etableres nye samarbeidsorganer for forskning mellom kommuner og forsknings- og utdanningsinstitusjoner på regionalt	<i>LMI medvirker i innovasjonsplattformen ved UIO og innovasjonsnettverket i Bergen (Biomedicalnetwork)</i>

nivå. Disse må utvikle gode modeller for samarbeid regionalt, blant annet om infrastruktur, og bidra til å fordele regionalt konkurranseutsatte midler for kommunenes behov. Videre bør samarbeidsorganene legge til rette for samhandling med helseforetakene, instituttsektoren og næringslivet. For utdanning bør det være ett samlet regionalt samarbeidsorgan som dekker universiteter og høyskoler og både helseforetakene og kommunene. Når det gjelder forskning, bør de regionale samarbeidsorganene for kommunenes helseog omsorgstjenester bør ha felles sekretariat og administrative funksjoner med dagens regionale samarbeidsorganer for spesialisthelsetjenesten.	Helse Vest: Det pågår et arbeid for å vurdere samarbeidsorganstrukturen i Helse Vest. Det er nedsatt en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Haukeland universitetssjukehus, Stavanger universitetssjukehus, Helse Fonna, Helse Førde, Universitetet i Stavanger, Universitetet i Bergen, Høgskolen i Bergen og Høgskolen Stord/Haugesund. Arbeidsgruppen har kommet med råd om hvordan samarbeidsorgansstrukturen bør se ut. Styret i Helse Vest RHF vil ta endelig stilling til saken.
Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene må presiseres for å sikre at de samlet fremmer internasjonalisering, økt kvalitet og samarbeid med næringslivet. Finansiering via Forskningsrådet skal bidra til internasjonalisering, internasjonalt konkurransedyktig forskning, kvalitet på viktige områder, også på forskningssvake områder, samarbeid med næringslivet og innovasjonsevne i offentlig sektor. Den grunnleggende forskningen må sikres gode rammevilkår gjennom nasjonale og internasjonale finansieringskanaler.	
En andel av forskningsmidlene bør kanaliseres gjennom helsesektoren selv, slik det er etablert for regionale helseforetak i dag. Det bør etableres klare innsatsmål om at en prosentandel av helse- og omsorgstjenestens budsjetter benyttes til forskning for henholdsvis universitetssykehusene og øvrige helseforetak, og for kommunale helse- og omsorgstjenester. Universitetssykehusene bør benytte minst 5 % av budsjettene til forskning.	LMI er opptatt av helseforetakene skal medvirke sterkt til innovasjon, men i virkeligheten er det innovasjonsmidler lagt til side. Få eller ingen innovasjons virkemidler utløser store innovasjonsprosjekter i helseforetakene. Helse Vest: Jf. NIFUs rapport om ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2014 benyttet Haukeland universitetssjukehus 4,7 % av totale driftskostnader til forskning. Stavanger universitetssjukehus benyttet 2,4 % av totale driftskostnader til forskning.
De regionale helseforetakene og UoH-sektoren bør bygge opp felles forskningsadministrasjoner og -infrastruktur, og forskningsgrupper med felles ansatte og felles/nærliggende arealer for best utnyttelse av offentlige bevilgninger. Det må være en klar forventning om at de to sektorene lager kjøreregler for samhandling på regionalt og lokalt nivå. Ett eller flere universitetssykehus og universiteter bør prøve ut	Helse Vest: Det er ønskelig å finne ordninger/systemer som gjør at samarbeidet mellom sektorene blir mest mulig smidig, slagkraftig og kostnadseffektivt. Se også kommentarer under satsingsområde 8 «Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering». Det er nødvendig å se sektorene under ett, hvor man ser på både funksjoner, sektoransvar/oppgaver og insentivsystemer. Dette gjelder både for instituttsektoren, for UoH-sektoren og for helseforetakene. Helse Vest

modeller for økonomisk og administrativt samarbeid innenfor helseforskning, utdanning og innovasjon i et integrert universitetssykehus.	har beskrevet noen problemstillinger knyttet til videreutvikling av samarbeidet mellom universitet og helseforetak og spilt disse inn til den nasjonale toppnivågruppen som er etablert i regi av HOD og KD. Når det gjelder NSG så ble mandatet og sammensetningen i NSG spisset i november 2014.
Det etableres et helhetlig monitoreringssystem for forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning for helse- og omsorgstjenestene (HO21 Monitor), som gir styringsinformasjon til departementer, direktorater, Forskningsrådet og nasjonale og regionale samarbeidsorganer. Denne informasjonen bør være grunnlag for regelmessige institusjonsevalueringer som grunnlag for kvalitetsheving og strukturendringer i sektorene. Informasjonen må understøtte gode prioriteringer av ressursinnsatsen i forhold til kunnskapsbehov. Monitoreringen må bygge på eksisterende informasjonskilder så langt det er mulig.	Forskningsrådet: HO21 Monitor er under utvikles. Første pilot presenteres våren 2016, Forskningsbarometeret.
Det bør utvikles et nasjonalt lederutviklingsprogram for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorer og institusjoner og privat/offentlig sektor. Elementer fra dette bør også være en vesentlig del av topplederprogrammet for helseforetakene.	UHR: Nasjonalt lederutviklingsprogram oppstart oktober 2015
Innovative og effektive helse- og omsorgstjenester – TILTAK	Hva er gjort/hva bør gjøres?
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.	Helse Vest: Det er flere mindre regionale tiltak på dette feltet, blant annet ved støtte til arbeid med pasientsikkerhet, samhandlingsforskning, innovasjon (såkornmidler både på lokalt og regionalt nivå), samt deltakelse i nasjonale nettverk knyttet opp mot helsetjenesteforskning. Helse Vest har også finansiert en strategisk forskningssatsing i regionen som omhandler prioritering på tvers av kliniske fagområder.
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.	
Nok og rett kompetanse – TILTAK	Hva er gjort/hva bør gjøres?
Styrke praksisrettet FoU for profesjonsutdanningene og styrke fagutvikling i skjæringsfeltet mellom helse-, omsorgs-, velferds- og teknologifag.	Helse Vest: Haukeland universitetssjuehus (HUS) deltar i en FoU-gruppe som Bergen kommune har satt ned for å styrke FoU i Bergens-regionen.
Etablere nasjonale, regionale og lokale samarbeidsarenaer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og utdanningssektoren for å sikre riktig dimensjonering, god kvalitet og relevans i helsefaglige utdanninger.	UHR: Opprettelse av Nasjonalt samarbeidsorgan for helse- og utdanningssektoren
	<i>Helse Vest: HUS er representert i nasjonal arbeidsgruppe og vil følge opp føringer i samarbeid med UH-sektor og kommunene.</i> <i>Dialog med TVEPS (http://www.uib.no/tveps) for mulig videre utvikling av konseptet (pr i dag er dette et samarbeid mellom UH-sektor og kommune).</i> <i>Det er ønskelig å delta med representanter i Nasjonalt samarbeidsorgan for helse- og utdanningssektoren.</i> Helse Førde: Lokal samarbeidsarena mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og utdanningssektoren er etablert. (Forum for helse, omsorg og folkehelse, fra 2012. Helse Førde, kommunal sektor, Høgskulen i Sogn og Fj, Fylkeskommunen – bl. annet som eier av videregående skoler, og Fylkesmannen).
Etablere klarere krav til og nødvendige lovmessige og finansielle rammebetingelser i primær- og spesialisthelsetjenesten for å ivareta praksisarenaen i grunn- og videreutdanningen av helsearbeidere – og gjennom dette styrke praksisrettet FoU i alle tjenestesektorer.	Helse Vest: Helse Vest deltar i nasjonal prosjektgruppe og vil følge opp føringer som kommer. <i>Ellers har HUS i sin kompetansestrategi at «Helse Bergen skal øke antall kombinerte stillinger knyttet til klinisk virksomhet for å styrke utdanning og</i>

	<i>forskning i foretaket»</i>
Gjennomføre strukturelle endringer som styrker rekruttering og mobilitet i helseforskning, og som skaper attraktive karriereveier for unge forskere. Rette opp ubalansen i stillingsstruktur i forskningssystemet ved å etablere flere konkurranseutsatte innstegsstillinger som attraktive karriereveier for unge forskere. Gjennomgå stillingsstrukturen i helseforetakene for å skape sammenhengende tid til forskning og karriereveier for klinisk forskning i universitetssykehusene.	
Tilrettelegge for at studenter får forskningserfaring i gode forskningsmiljøer ved å videreutvikle forskerlinjen i medisin. Ordningen bør søkes utvidet til andre helsefag. Øremerke forskningsmidler til yngre forskere.	UHR: Opprettelse av forskerlinjer i helse- og sosialfag
Etablere stillinger/ordninger som skaper attraktive karriereveier for forskning og utdanning i hele helse- og omsorgssektoren, inkludert med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester.	Helse Vest: Dette inngår i FoU-samarbeid med kommunene. HUS har i sin kompetansestrategi følgende tiltak: - Kombinerte/delte stillinger med kommunehelsetjeneste - Kompetanseutvekslingsprogram (Kompetanseløftet) med kommunehelsetjenesten
Styrke rammebetingelsene for utvikling av grunnleggende metode og analysekompetanse, inkludert vurdering av forskerskoler spesielt i bioinformatikk, biostatistikk og biomedisinsk grunnforskning. Dette er forutsetninger for helseforskning av høy kvalitet, og for å kunne gjennomføre annen helseanalyse i klinisk virksomhet, ledelse og forvaltning.	
Etablere tverrsektorielle strukturer for strategisk lederutvikling innen forskning og innovasjon og forskningsinstitusjonsledelse på helse og omsorgsområdet.	Helse Vest: HUS har internt lederutviklingsprogram hvor et tema er strategisk ledelse innen forskning, innovasjon og utdanning – bør dette utvikles til å bli tverrsektorielt- modul sammen med kommunehelsetjenesten?
Innføre innovasjon og næringsutvikling som egne tema i alle utdanninger som retter seg mot helse- og omsorgssektoren.	Tom Pike: Ref kommentar i diskusjonen om å la innovasjon og næringsutvikling være tilbud for de som interesserer seg for det, mener jeg tvert i mot at en inspirerende innføring i innovasjon, gründerskap, mm bør være obligatorisk, etter samme tankegang som ligger bak ex phil/ex fac. Status: har hørt om enkelte studieretninger som innfører noe mer innovasjon/gründerskap som frivillig valg, men er usikker på om det er noen

	reell signifikant progresjon. Synes pkt 1 under Næringsutvikling ikke kan forbigås under overskriften «Menneskelige ressurser»: akademia og helseforetak må stimulere studenter og ansatte til innovasjon og bidrag til næringsutvikling også gjennom, merittering, tellekanter, incentiver, oppmuntring, mulighet til kombinerte stillinger, mm. Status: positiv dreining i holdninger, men få/ingen konkrete tiltak.
Trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling - TILTAK	Hva er gjort/hva bør gjøres?
Etablere god infrastruktur for kliniske studier av høy kvalitet i henhold til den internasjonale standarden Good Clinical Practice (GCP). Styrke etableringen og videreutviklingen av kliniske utprøvingsenheter ved de norske universitetssykehusene, slik at kravene til ansvarlig studiegjennomfører (sponsor) kan oppfylles. Etablere forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelsetjenesten som kan koordinere kliniske studier.	Helse Vest: Det pågår arbeid for å videreutvikle solid infrastruktur for kliniske studier, blant annet understøttet av tildeling fra NorCRIN-konsortiet, både ved universitetssykehuset i Bergen og i Stavanger. Detaljert oversikt over hvilke kliniske studier som pågår og som aktivt inkluderer pasienter tilgjengeliggjøres lokalt og nasjonalt gjennom helsenorge.no. Det arbeides med partikkelbehandling som fremtidig helsetjenestetilbud i Bergen.
Sikre at NorCRIN, vår nasjonale koordineringsenhet og nettverk for kliniske studier, har kunnskap om kapasitet og kompetanse i universitetssykehusene, andre helseforetak og i forskningsnettverk for kommunehelsetjenesten så eksterne oppdragsgivere kan betjenes trygt, raskt og punktlig. Dyktiggjøre NorCRIN-nettverket for gjennomføring av flerregionale og internasjonale multisenterstudier, spesielt sponsoroppgavene i flerregionale akademiske studier.	LMI: input WP#4 samarbeid med industri - informert industrien om NorCRIN funksjoner. Viktig at industriens behov blir ivaretatt. Helse Vest: SUS og HUS har begge styrket NorCRIN med en koordinatorfunksjon og er aktive i flere arbeidspakker. Fra HUS ledes arbeidspakken som skal utarbeide prosedyrer for ikke-farmakologiske intervensjonsstudier.
Motivere universitetssykehusene og samarbeidspartnere til å delta aktivt i nasjonale, nordiske og internasjonale nettverk, som for eksempel Nordic Trial Alliance og European Advanced Translational Research Infrastructure in Medicine (EAT RIS).	LMI med andre arrangerte en koferanse i regi av NTA WP#7 på nordisk nivå hvor Universitetssykehusene var involvert sammen med industri. Konsensus er at Norden sammen må profilere infrastrukturen og kunnskapsbase for å attrahere forskningsinvesteringer på høyt nivå. Helse Vest: Foruten NorCRIN er helseforetakene i vest aktive i • NorPEDMED • Nordic NECT • Nordic Trial Alliance • Norsk bryst cancer gruppe • Norsk lunge cancer gruppe • Scandinavian Sarcoma Group

	• Oslo Cancer Cluster • HOVON – the Haemato Oncology Foundation for Adults in the Netherlands • NCGC - Norwegian Cancer Genomics Consortium • Nordic CML (chronic myeloid leukemia) Study Group • NOPHO (Nordic Society of pediatric haematology and oncology Nordic MDS Group)
Knytte ressurser og infrastruktur for kliniske studier til fremragende kliniske forskningsmiljøer rettet mot spesialist- og kommunehelsetjenesten. Slike kompetente klynger vil styrke attraktiviteten for norsk forskning og innovasjon gjennom bedre synliggjøring av deres eksistens. Dette kan ses i sammenheng med utviklingen av Sentre for klinisk helseforskning (se avsnittet om Høy kvalitet og internasjonalisering).	LMI med andre arrangerte en koferanse i regi av NTA WP#7 på nordisk nivå hvor Universitetssykehusene var involvert sammen med industri. Konsensus er at Norden sammen må profilere infrastrukturen og kunnskapsbase for å attrahere forskningsinvesteringer på høyt nivå. Helse Vest: Universitetssykehusene i regionen har god dialog med universitets- og høyskolemiljøene og de to store bykommunene, Stavanger og Bergen, om bredere samhandlingsflater. Målet er å bygge samhandling og klynger som kan utløse innovasjon og gode miljøer for klinisk helseforskning.
Skape insentiver for deltakelse og inkludering i kliniske studier, slik at avdelinger og klinikker i universitetssykehus i større grad definerer klinisk utprøving som en av sine oppgaver – med nødvendig ressursallokering – for å yte et fullstendig behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det må skapes finansielle insentiver for dette, eksempelvis ved særskilt å finansiere studiesykepleiere og annet støttepersonell, frikjøp av leger og lignende.	LMI har spilt inn dette tiltaket til RHFenes oppdragsdokument. I Ho21 handlingsplan blir dette tatt som KDs ansvar se tiltak under stasjonsområde 1 Brukermedvirkning, tiltak 2. Innført som prøveordning telling av innovasjonsaktivitet, en viktig forutsetning for incentiv ordninger senere. Helse Vest: Det arbeides aktivt med tilrettelegging, lokalt i sykehusene og i samarbeid med TTO-ene. Signaler på alle ledernivå understreker at dette er en viktig oppgave. Ved Haukeland universitetssykehus er det etablert klinisk forskningspost for barn og klinisk forskningspost for voksne som et tiltak for å fremme og legge til rette for kliniske studier i foretaket. Disse deltar også i flere nordiske forskningsnettverk for å kunne få flere studier tilgjengelig for norske pasienter.
Prøve ut ordninger med særskilte takster i kommunehelsetjenesten og nye mekanismer innen innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten, som insentiv for deltakelse og inkludering i kliniske studier.	
Aktiv deltakelse i forskningsarbeid knyttet til kliniske studier bør bli meritterende i legers spesialistutdanning, og få positiv innvirkning på karriere- og lønnsutvikling.	LMI har spilt inn dette tiltaket til RHFenes oppdragsdokument. Se innspill tiltak klinisk nr 5.
Styrke mulighetene for flest mulig pasienter til å delta i kliniske	LMI: viktig at nettstedet følges opp i forhold til forventet effekt, utviklingen av

studier og utprøvende behandling. Tilfeldige og geografiske ulikheter i helsetjenestetilbudet må utjevnes, og raskere inkludering av pasienter i kliniske studier må sikres. Det må opprettes et nytt nasjonalt system for ny vurdering når det ikke lenger foreligger et etablert behandlingstilbud for alvorlige sykdommer som inneholder: → Etablerer et nettsted med oversikt over pågående kliniske studier med leservennlig informasjon til pasienter/pårørende, fastleger og andre klinikere. → En mulighet for pasienter/pårørende og helsepersonell til å få vurdert informasjon de selv har innhentet. → En mulighet for pasienter til å bli vurdert, for eksempel av et ekspertpanel, til å kunne delta i studier/behandling.	<i>nettsien og kobling opp mot CRISTIN & SPREK</i>
Det må stilles krav om at ny behandling i hovedsak skal dokumenteres før den innføres i helsetjenesten, og at utprøvende behandling som hovedregel bør tilbys som del av en klinisk studie. Forskningsdokumentasjonen må innfri tydelige kvalitetskrav, og det må etableres konkrete standarder før forskningsresultater implementeres i helsetjenesten slik det er lagt opp til i systemet for innføring av nye metoder. Pasientforløpsstudier kan gjennomføres for å sikre gode resultater av implementeringen.	Helse Vest: <i>Det er etablert et regionalt kompetansemiljø for metodevurderinger i Helse Vest som bidrar til at regionen deltar i arbeidet som pågår i forbindelse med system for innføring av nye metoder, både på lokalt og nasjonalt nivå.</i>
Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering - TILTAK	Hva er gjort/hva bør gjøres?
Oppnå grensesprengende helseforskning og høy kvalitet ved å stimulere til og belønne multidisiplinær og bred tverrfaglig forskning gjennom økt samarbeid mellom sektorer og institusjoner.	Helse Vest: <i>Helse Vest deltar i og bidrar inn i byggingen av nasjonal infrastruktur knyttet til Biobank Norge, NorCRIN og Health Registries for Research.</i>
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.	
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.	
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).	LMI har bidratt til å spre målrettet informasjon i forhold til utlysninger fra IMI.
Etablere tiltak for økt internasjonal mobilitet ved å styrke ordningene med søkbare utenlandsstipend nasjonalt og institusjonelt, økt bruk av utvekslingsstipendi Horisont 2020 (Marie Curie Actions), og ved å tilrettelegge for målrettet rekruttering av toppforskere til gode norske forskningsmiljøer.	Helse Vest: Det arbeides med å etablere et insentivprogram for eksterne forskningsmidler for helseforetakene i Helse Vest. Det er allerede etablert en ordning der helseforetakene i regionen kan søke Helse Vest om et tilskudd på 10 % av regnskapsført EU-aktivitet. Midlene skal gå til forskning. Mer informasjon om ordningen finnes på Helse Vest sine nettsider. Haukeland universitetssjukehus har også etablert et eget strategisk forskningsprogram som blant annet skal bidra med toppfinansiering av Marie Curie-stipend og egenandeler til andre satsinger. Videre har Helse Vest gjennom mange år hatt utenlandsopphold som et krav for sine postdoktorstipendiater, og det blir årlig lyst ut midler til utenlandsstipend. Helse Vest: De to universitetssykehusene i regionen har etablert støttefunksjoner for innhenting av ekstern forskningsfinansiering. Rådgivningsfunksjonen ved Haukeland universitetssjukehus består bl. annet av rådgiver for ekstern finansiering og foretakets LEAR. I Stavanger er det etablert et felles EU-kontor mellom SUS, UiS, IRIS med flere. En tilstreber nært samarbeid med UoH-sektoren for å utvikle gode og effektive rådgivningstjenester.
Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon - TILTAK	Hva er gjort/hva gjøres/andre kommentarer
For å øke brukermedvirkningen i offentlige finansierte kliniske studier, innføres krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planleggingen av studien.	Forskningsrådet: Brukermedvirkning er innført som et eget krav og vurderingskriterie i utlysningene RHF-ene: Brukermedvirkning - et eget krav og vurderingskriterie i utlysningene

	Helse Vest: Styret i Helse Vest RHF vedtok i april 2015 retningslinjer for brukermedvirkning i forskning. I søknader om forskningsmidler for 2016 ble søkerne bedt om å redegjøre for i hvilken grad brukere er involvert i planlegging og gjennomføring av forskningsprosjektet, eventuelt hvorfor dette ikke er relevant. Søknadene ble ikke vurdert mht. brukermedvirkning, men erfaringene fra årets runde vil danne grunnlaget for hvordan brukermedvirkning skal inkluderes i kommende utlysninger. Det vil i januar 2016 bli arrangert et seminar om brukermedvirkning i Helse Vest for å drøfte hvordan de nye nasjonale retningslinjene for brukermedvirkning i helseforskning kan implementeres på best mulig vis. I forbindelse med seminaret som vil bli avholdt i januar, vil Regionalt brukerutvalg (RBU) produsere et informasjonshefte om brukermedvirkning i forskning som møter de ønsker, spørsmål og behov som fremkommer. Dette både for å tydeliggjøre og spre kunnskap om, erfaring med og organisering av brukermedvirkning i forskning i Helse Vest. RBU har i 2015 vedtatt og startet arbeidet med å etablere en brukerbank for å kunne møte behovet for brukerrepresentanter i blant annet forskning.
Etablere samarbeid mellom industrien, det offentlige og brukerorganisasjonene for å øke brukermedvirkningen i industrifinansierte studier.	Kreftforeningen og Oslo Medtech er i dialog RHF-ene: Dette ivaretas gjennom de regionale og lokale brukerutvalgene i RHF-ene. Helse Vest: Dialog ivaretas gjennom de regionale og lokale brukerutvalgene i RHF-ene. For å styrke dialogen er det fruktbart at representanter fra de ulike brukerutvalgene (BU)/RBU inviteres inn i relevante nettverk, nettverkssamlinger eller lignede fora.
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.	Helse Vest: Basisopplæring og opplæring innen brukermedvirkning ligger hos brukerorganisasjonene. Kompetansepåfyll innen spesifikke felter eks, innovasjon, forskning og forbedringsarbeid er fruktbart som et samarbeid mellom representanter fra RHF-et og fra RBU/BU.

	Innovasjon Norge – IFU/OFU – Oslo kommune/Moss kommune/fem kommuner i Østfold
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.	
Møte de globale helseutfordringene – TILTAK	Hva er gjort/hva bør gjøres?
Helsetjenesten og utdanningssektoren får global helse som del av sitt oppdrag for å bygge kapasitet i Norge. Globalt helseperspektiv, med migrasjonshelse/innvandrers helse inkluderes i alle helsefagutdanningene. Det bør være naturlig for alle vitenskapelige ansatte i helsefag- utdanningene å ivareta det globale helseperspektivet innenfor eget fagområde.	Helse Vest: Økt omfang og implementering av global helseforskning er nevnt som et langsiktig mål for RHF-ene i oppdragsdokumentet fra HOD i 2015. Global helse er et av flere relevante forskningstema i tildeling av regionale forskningsmidler, bl. annet innen infeksjonsmedisin (f.eks. ebola, malaria). Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning i spesialisthelsetjenesten (NSG), der RHF-ene deltar, har også diskutert behovet for et nasjonalt institutt/nettverk for global helseforskning. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som i løpet av 2016 skal komme med forslag til hvordan et institutt/nettverk for global helseforskning kan organiseres, hva som er behovet hos de ulike aktørene og hva som er formålet med en nettverksstruktur.
Insentiver må etableres for å inkludere flere fremragende forskningsmiljøer i kapasitetsbygging i lav- og mellominntektsland. Alle store forskningsprogram relatert til helse, og hvor dette er naturlig, bør inkludere et element av kapasitetsbygging i disse landene.	Helse Vest: Norwegian Forum for Global Health Research vil ta kontakt med RHF-ene for utvikling av dialog og samarbeid innen dette feltet.
Det etableres fire regionale sentre (i et mulig samarbeid mellom UoHog instituttsektor og helseforetak) som sammen utgjør et virtuelt «Norwegian Global Health Institute» (NGHI). Sentrene skal i fellesskap fremme økt kunnskap, kvalitet, internasjonalisering, tverrfaglighet, arbeidsdeling og samhandling relatert til global helse i utdanning, forskning og innovasjon. Sentrene kan også bidra til økt samarbeid mellom sentrale myndigheter, UoH- og instituttsektoren, helsetjenesten og næringslivet for å bygge økt kapasitet i lav- og	Helse Vest: Se kommentarer under punkt 1 og 2.

mellominntektsland, og for å bygge økt institusjonelt samarbeid med disse landene. Det foreslås at en ny nasjonal forskerskole legges til NGHl.	
Etablere et virkemiddel / en finansieringsordning rettet mot potensielt kommersialiserbare forskningsresultater relatert til helse i/for land med lav betalingsevne (utvikling, verifisering og kvalitetssikring).	LMI: viktig at dette utføres i dialog med norsk næringsliv og bransjeorganisasjoner. Dette må også sees i sammenheng med internasjonale satsninger og etablerte ordninger Tom Pike: flere norske oppstartsbedrifter har teknologi som kan være relevant for global helse, men må prioritere sine ressurser på å utvikle produkter for land med god betalingsevne. Incentiver og koblinger mot internasjonale NGO'er etc for å muliggjøre at anvendelse innen global helse også kan utvikles parallelt med den kommersielle hovedstrategien. Status: Har ikke sett noen bevegelse til konkrete tiltak i denne retningen.
Styrke utviklingen av helserelaterte teknologier og produkter for lav og mellominntektsland gjennom bruk av offentlige midler til næringsutvikling både i disse landene og i Norge	LMI: jmf. Tiltak Globalt nr 4 Tom Pike: Se pkt 4
Økt satsing på tverr- og flerfaglig forskning og utdanning innenfor global helse i et bredt folkehelseperspektiv. Det innebærer økt mobilisering av alle relevante fagmiljøer i medisin, teknologi, naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora.	LMI: viktig å se på trender innenfor næringslivet og inkludere relevant næringsliv.



Sak 8.1/16 Orientering om status for arbeidet med HO21-scenarieprosjekt

Type sak: Orientering

Til: HO21-rådet

Fra: HO21- sekretariatet v/Hilde G Nielsen, sekretariatsleder

8.1 Orientering om status for arbeidet med HO21-scenarieprosjektet

Rådet besluttet i sitt møte 19.10.2015 å gjennomføre prosjektet HO21-scenarieprosjekt.

Budsjettet for scenarieprosjektet er foreslått til ca 1 mill. kroner. I dette ligger det at Teknologirådet og HO21- rådet stiller med kr 250 000 hver. Sekretariatet sendte 19.11.2015 en søknad til Forskningsrådet og prosjekt TEKSAM Teknologi og samfunn om kr 250 000 i støtte til å gjennomføre prosjektet Scenarier for helse- og omsorg. Søknaden ble innvilget. Teknologirådet er i dialog med Innovasjon Norge om et mulig økonomisk bidrag på kr 250 000.

Budsjett HO21-scenarieprosjekt:

Finansiering fra	Beløp
Teknologirådet	Kr 250 000
HelseOmsorg21	Kr 250 000
Forskningsrådet/TEKSAM	Kr 250 000
Innovasjon Norge	Kr 250 000 (ikke avklart)

Tidsplanen for prosjektet er:

- Q2: 2016: Aktivitet 1: Utarbeide scenarier og opplegg for scenarieverkstedene
- Q3 2016: Aktivitet 2: Utføres 3 scenarioverksteder med heterogene grupper
- Q4 2016: Aktivitet 3: Avslutningsverksted med HO21-rådet

Prosjektet ledes og drives av Teknologirådet.

Kort orientering fra sekretariatet.



Sak 8.2/16 Global Health Post – 2015 : Confronting the Governance Challenges 23. februar 2016

Type sak: Orientering

Til: HO21-rådet

Fra: HO21- sekretariatet v/Hilde G Nielsen, sekretariatsleder

Vedlegg: Invitasjon og program

8.2 Orientering om symposiumet Global -Health Post 2015 : Confronting the Governance Challenges 23. februar 2016

Universitet i Oslo og Helse- og omsorgsdepartementet arrangerer tirsdag 23. februar 2016 et symposium om global helse.

Rådsleder John-Arne Røttingen orienterer kort om symposiet.



**DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**

Statsråden

Til interesserte miljøer
innen akademia, helse- og utviklingssektoren

Deres ref

Vår ref
16/922-

Dato
11.01.2016

Invitasjon til symposium om global helse 23. februar 2016 i Oslo

I mer enn et tiår har norske regjeringer vært forkjempere for å løfte global helse på den internasjonale agendaen. Denne prioriteringen reflekterer hvor viktig helse er som bidragsyter til vekst og utvikling i land, og også hvor avhengig verden er av velfungerende helsesystemer for å forebygge og begrense helsekriser.

I samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet arrangerer Universitetet i Oslo et symposium om global helse i Oslo 23. februar 2016. Vi ønsker å samle representanter for norske helse- og akademiske institusjoner med et engasjement innen global helse. Med utgangspunkt i de nye bærekraftsmålene vil symposiet ta opp hvordan den endrede globale styringsstrukturen påvirker global helse.

Som helse- og omsorgsminister håper jeg at symposiet kan bygge nye broer mellom helsesektoren og akademia i Norge, og gjennom dette stimulere til ny tenking om hvordan vi kan arbeide med globale helsespørsmål i årene som kommer.

Velkommen til Oslo 23. februar.

Med vennlig hilsen

Bent Høie

Confronting the Governance Challenges: Global Health Post – 2015

23. February 2016 (preliminary programme)

Hosts: University of Oslo and The Norwegian Ministry of Health and Care Services

Place: The Old Festive Hall, University of Oslo

Facilitator: Sidsel Roalkvam, SUM, University of Oslo

Time	Title	Speaker
	Confronting the Governance Challenges: Global Health Post – 2015	
08:30	Registration and coffee	
09:00	Welcome and opening remarks	Bent Høie , Norwegian Minister of Health and Care Services (Confirmed)
	Welcome and opening remarks	Dr Ole Petter Ottersen , Rector of the University of Oslo (Confirmed)
	“Global health governance is the next political revolution”	Prof. Ilona Kickbusch , <i>Director of the Global Health Programme at the Graduate Institute of International and Development Studies, Geneva</i> (Confirmed)
	“Challenges of interconnectedness in governing food security and global disease outbreaks”	Dr David Nabarro , <i>United Nations Secretary-General’s Special Envoy on Ebola and Special Representative for Food Security and Nutrition</i> (Confirmed)
10:30 – 11:00	Coffee break	
11:00	“The role of nutrition in the SDGs and the need for policy coherence”	(TBC)
	“Why we need better global governance of antimicrobial resistance”	Dr John Arne Røttingen , <i>Executive Director, Division of Infection Control and Environmental Health, Norwegian Institute of Public Health</i> (Confirmed)
	“Will Ebola change the game? 10 essential reforms before the next pandemic”	Suerie Moon , <i>Study Director for the Independent Panel on the Global Response to Ebola, and research director at Harvard Global Health Institute</i> (Confirmed)
	Confronting the Governance Challenges: Global Health Post – 2015	Panel discussion
12:30 – 13:30	Lunch	
	Norges rolle i global helse styring: en ny kurs for forskning og politikk? <i>(This part of the programme will be conducted in Norwegian)</i>	
13:30	Innledning til rundebords diskusjoner: Globale helseutfordringer: Norsk forskning og politikk for global helse	Dr Inger Scheel , <i>Senior Researcher, Norwegian Institute of Public Health, chair of working group on global health challenges HO21 and previous head of secretariat of the Lancet – UiO Commission</i> (Confirmed)
	En nordisk modell for global helse?	Göran Tomson , <i>Senior Professor, International Health Systems Research, Karolinska Institutet</i> (Confirmed)
	Rundebords diskusjoner	Se egen invitasjon
14:15	Gruppe 1) Mat og ernæring	
14:15	Gruppe 2) Antibiotikaresistens	
14:15	Gruppe 3) Pandemirespons og forebygging	
15:45	Oppsummering fra rundebordsdiskusjoner	
16:00	Mingling med lett servering	





Sak 8.3/16 Rammevilkår for helsetjenesteforskning

Type sak: Orientering

Til: HO21-rådet

Fra: HO21- sekretariatet v/Hilde G Nielsen, sekretariatsleder

Vedlegg: kopi av brev til Helse- og omsorgsdepartementet ved helseminister Bent Høie fra Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning.

Ansvarlig: Hilde Lurås, AHUS

8.3 Rammevilkår for helsetjenesteforskning

Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG) anbefalte i 2013 helsetjenesteforskning som et av seks nasjonale forskningsnettverk. Helse Sør-Øst (HSØ) er ansvarlig samarbeidsorgan for nettverket, som koordineres fra AHUS.

I 2014 ble det via HELSEFORSK-programmet utlyst 200 millioner kroner ("Støre-millionene") til tverregional forskning innenfor disse seks områdene. I henhold til forslaget til Statsbudsjett for 2016 fra HOD til Stortinget foreslås det å erstatte HELSEFORSK-programmet med et Program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten. Hvis dette vedtas vil rene helsetjenesteforskningsprosjekter ikke lenger kunne finansieres der, og mye av grunnlaget for et nasjonalt nettverk faller bort. Helsetjenesteforskningsmiljøene henvises til å søke på de ordinære forskningsmidlene via RHF-ene og Forskningsrådets HELSEVEL-program. Målsettingen med HELSEVEL-programmet er å se de fire tjenestene barnevern, velferd, omsorg og helse under ett, hvilket betyr at "rene" helsetjenesteforskningsprosjekter ikke vil få prioritet slik tilfelle var i det gamle Helse- og omsorgsprogrammet i Forskningsrådet.

Orientering ved Hilde Lurås, AHUS.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie
Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Tromsø/Lørenskog 11.januar 2016

Rammevilkår for norsk helsetjenesteforskning

Vi vil gratulere departementet og regjeringen med handlingsplanen for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. For å gi et bedre grunnlag for å levere tjenester med høy kvalitet tilpasset befolkningens behov, og kritisk følge utviklingen av helsetjenestetilbudet og nytten for pasientene og samfunnet, påpekte HO21-strategien behovet for en styrking av helsetjenesteforskningen i Norge. Strategien anbefaler å 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, samt å styrke forsknings- og innovasjonssamarbeid mellom helseforetak, akademia, kommuner og næringsliv for å skape mer effektive og brukerorienterte tjenester. Dette er i regjeringens HO21-handlingsplan foreløpig konkretisert som:

- Auke omfanget av følgjeforskning¹ og tenesteinnovasjon i helse-, omsorgs- og velferdstenestene

Kunnskap om effektive måter å organisere, lede, finansiere og levere helsetjenester med høy kvalitet, er viktig for å utvikle en god helsetjeneste. I dag foregår det helsetjenesteforskning en rekke steder i Norge, men miljøene er små, lite koordinerte og basert på kortsiktige prosjektbevilgninger. Utover helseøkonomisatsingen som bidro til å etablere to sterke miljøer har det ikke vært virkemidler for å etablere tverrfaglige miljøer for helsetjenesteforskning. En økt satsing på helsetjenesteforskning slik HOD anbefaler, vil kreve finansiering. Dette ble det også pekt på i HO21-strategien, og foreslått implementert gjennom et samarbeid mellom Forskningsrådet og RHFene. Rammevilkårene for dette synes nå dessverre heller svekket enn styrket fra 2016. Dels skyldes dette at HELSEFORSK-midlene ikke lenger er søkbare for helsetjenesteforskere, og dels skyldes det endret programstruktur og innhold i Forskningsrådets programmer. Dette utdypes nedenfor.

I 2014 ble det via HELSEFORSK-programmet utlyst 200 millioner kroner ("Støre-millionene") til tverrregional forskning innenfor seks områder forankret i nasjonale nettverk initiert av NSG (Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning). Helsetjenesteforskning² var ett av disse. Et større helsetjenesteforskningsprosjekt ble den gang tildelt midler. Prosjektet er ledet fra NST i

¹ I forbindelse med gjennomgangen av handlingsplanen på HO21-rådets møte i desember ble det informert om at det skulle stå "tenesteforskning" og ikke "følgjeforskning" i dette tiltakspunktet.

² De andre nasjonale nettverkene er Unikard (Helse Midt/St. Olav), Nevronor (Forskningsrådet), Alvorlig psykiske lidelser (HSØ/OUS), Kreft (HSØ/OUS) og Muskel- skjelettlidelser (HSØ/OUS). Helsetjenesteforskning er koordinert fra HSØ/Ahus.

Tromsø og er et samarbeid mellom flere regioner og flere kommuner (<http://www.unn.no/forskning/25-millioner-til-forskning-pa-teknologi-i-helsetjenesten-article126038-17472.html>).

I henhold til forslaget til Statsbudsjett fra HOD til Stortinget foreslås det å erstatte HELSEFORSK-programmet med et Program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (POST 78 i Prop 1 S (2015-2016) fra HOD). Helsetjenesteforskningsprosjekter vil nå ikke lenger kunne finansieres via denne kanalen. Mye av grunnlaget for etableringen av et bredt faglig nasjonalt nettverk (<http://helsetjenesteforskning.org/>) initiert av NSG gjennom RHFene vil dermed falle bort. Riktignok vil det innenfor programmets ramme være relevant å gjennomføre nytte-kostnadsanalyser og sammenliknende effektstudier på klinisk forankrede prosjekter, men studier av tjenestens organisering, samhandling, styring, finansiering og ledelse vil det ikke være rom for. I praksis vil altså rammevilkårene for det nasjonale nettverket i helsetjenesteforskning forsvinne – som den eneste av seks.

Helsetjenesteforskningsmiljøene er da henvist til å søke på de ordinære forskningsmidlene via RHF-ene og Forskningsrådets nye HELSEVEL-program. Dessverre foreligger det ingen samlet oversikt over regionale tildelinger til helsetjenesteforskning, men bedømt utfra de årlige listene over tildelinger ser det ut som det bevilges svært lite midler til helsetjenesteforskning via denne kanalen. En årsak kan være at slik forskning konkurrerer i et stort og blandet felt der tradisjonell klinisk epidemiologi og annen klinisk relevant forskning utgjør den store majoriteten av søknader.

Det nasjonale Fagrådet i helsetjenesteforskning oppnevnt av NSG vil med dette gjøre departementets politiske ledelse oppmerksom på at det har skjedd en reduksjon av finansieringsmuligheter for helsetjenesteforskning, og særlig den som gjelder spesialisthelsetjenesten. Det er grunn til bekymring når den desidert mest kostnadskrevende og risikofylte delen av helsetjenesten her om ikke akkurat unndras et søkelys, i hvert fall belyses svært utilstrekkelig. Kunnskap tilsier at de største utfordringene for helsesystemet er å sørge for at tjenestene organiseres og leveres på best mulig måte basert på eksisterende kunnskap, og at slik optimalisering vil være den viktigste bidragsyter til bedre pasientbehandling. Vi håper derfor at de endringene som er foreslått ikke har vært tilstrekkelig gjennomtenkt og vurdert, og at departementet kan be RHFene og Forskningsrådet om sammen å styrke helsetjenesteforskningen istedenfor å svekke dens rammevilkår – stikk i strid med målsettingen i HelseOmsorg21.

På vegne av Fagrådet i helsetjenesteforskning

Jan Abel Olsen (sign)
Leder av Fagrådet


Hilde Lurås
Leder av koordinerende miljø

Kopi:

Helse Sør-Øst ved administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Helse Midt ved administrerende direktør Stig Slørdahl
Helse Vest ved administrerende direktør Herlof Nilssen
Helse Nord ved administrerende direktør Lars H. Vorland
Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG) ved leder Arnfinn Sundsfjord
Forskningsrådet ved administrerende direktør Arvid Hallén
HO21-rådets sekretariat



Sak 8.4/16 Orientering fra HOD om begrunnelse for prioritering av tannhelsetjenesten fremfor primærhelsetjenesten i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien

Type sak: Orientering

Til: HO21-rådet

Fra: HO21- sekretariatet v/Hilde G Nielsen, sekretariatsleder

Vedlegg: Kopi av brev til Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen 12.10.2015 og 8.12.2015 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

8.4 Orientering fra HOD om begrunnelse for prioritering av tannhelsetjenesten fremfor primærhelsetjenesten i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien

Det ble rådsmøtet 1.12.2015 ytret et ønske fra Rådet om en redegjørelse fra Helse- og omsorgsdepartementet om begrunnelse for prioritering av tannhelsetjenesten fremfor primærhelsetjenesten i handlingsplanen for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.

I vedlagte brev redegjør departementet for begrunnelsen for prioritering av etablering av forskningsnettverk for tannhelsetjenesten i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21.



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

HelseOmsorg21 rådet
hgn@forskningsradet.no
Norges forskningsråd - sekretariatet for HO21 - rådet
1327 LYSAKER

Deres ref

Vår ref

Dato

16/1254-

13.01.2016

Orientering til HelseOmsorg21 - rådet

Vi viser til henvendelse fra sekretariatsleder Hilde G Nielsen som viser til Rådets møte 1. desember 2015, hvor det bla ble reist spørsmål knyttet til tiltaket i regjeringens handlingsplan, om å etablere et forskningsnettverk for tannhelsetjeneste.

Vedlagt er kopi av brev av 12. oktober og 8. desember 2015, til Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen v/ Guri Rørtvedt, hvor dette er redegjort nærmere for.

Departementet vil igjen understreke at tiltaket med etablering av forskningsnettverk på tannhelsefeltet har en historie tilbake fra St. meld. nr. 35 (2006-2007) *Framtidas tannhelsetjenester*, og er uttrykk for en politisk prioritering av regjeringen. Dette er ikke uttrykk for en desavuering av behovet for forskning innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Oppbygging av forskningskompetanse og etablering av nettverk er løftet frem som en strategisk prioritering i programplanen til *"Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet (2016 – 2025)"*.

Med vennlig hilsen

Kjell Røynesdal (e.f.)
avdelingsdirektør

Siv Svardal
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Universitetet i Bergen
v / Guri Rørtveit
Postboks 7800
Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen Uni Research
Helse
5020 BERGEN

Vår ref
15/2997-

Dato
12.10.2015

Praksisbasert forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelsetjenesten

Takk for henvendelsen din på e-mail 26. august 2015 vedrørende praksisbasert forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelsetjenesten, og for engasjementet ditt når det gjelder forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Du viser til søknad til Forskningsrådet på infrastrukturmidler og til Forskningsrådets svar på denne. På vegne av prosjektgruppa for forskningsnettverket fremmer du et ønske om å diskutere med departementet finansieringsstrategier for fremtiden for et slikt nettverk. Vi har sett det som hensiktsmessig i denne omgang å gi et skriftlig svar på henvendelsen.

Departementet kjenner godt til det utredningsarbeidet som prosjektgruppa har gjort, med økonomisk støtte fra Helsedirektoratet. Vi har også med interesse lest kortversjonen av søknaden til Forskningsrådet, og Forskningsrådets vurdering av søknaden. Du fremhever at et sentralt punkt som ble kritisert av Forskningsrådet er plan for videre finansiering etter prosjektperioden. Vi ser av vurderingen at blant annet svakheter ved beskrivelsen av ulike organisatoriske forhold knyttet til et slikt forskningsnettverk er kommentert av Forskningsrådet. Søknaden kan også inneholde elementer som ikke faller inn under det aktuelle programmet.

Regjeringen ønsker å legge til rette for å øke forskningen innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og for at deler av denne forskningen i større grad rettes mot prioriterte behov. Som du kjenner til, diskuterte HelseOmsorg21-rådet forskning og innovasjon i kommunene i sitt møte 26. mai d.å. Diskusjonen omfattet også hvilke behov som er viktige som en oppfølging av forslagene i HelseOmsorg21-strategien. Regjeringen vil i løpet av høsten legge fram en handlingsplan for regjeringens oppfølging av strategien. Styrket forskning og innovasjon i og for kommunene er et viktig innsatsområde i handlingsplanen.

Vi har et felles ønske om å styrke forskningen knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer også at det tilrettelegges for en infrastruktur for forskning. En slik infrastruktur vil måtte omfatte flere elementer. Departementet finansierer som hovedregel forskning og forskningsinfrastruktur gjennom de ordinære finansieringskildene for slike formål. Hovedtyngden av disse finansieringskildene ligger i Forskningsrådet og er konkurranseutsatte midler for å sikre kvalitet og helhetlige prioriteringer i tildelingene. Når det gjelder finansiering av forskning knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenester, er dette fulgt opp i de nye forskningsprogrammene i Forskningsrådet, som starter opp i hhv 2015 og 2016. Programmene er i hovedsak finansiert over HODs budsjett. Oppbygging av forskningskompetanse og etablering av nettverk er løftet frem som en strategisk prioritering i programplanutkastet "*Bedre helse*". I tillegg finansieres forskning rettet inn mot de kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom tilskuddsordninger som forvaltes av Helsedirektoratet. Tilskudd til forskning ved de allmennmedisinske forskningsenhetene og til de regionale odontologiske kompetansesentre inngår her.

Departmentet forholder seg til de ordinære budsjettprosesser og kan ikke planlegge finansieringsstrategier for tiltak som ligger 4-5 år frem i tid. Det vil være den til enhver tid sittende regjering som tar stilling til hvilke forslag som skal fremmes for Stortinget i de årlige budsjettforslag. I budsjettssammenheng har regjeringen så langt prioritert finansiering av planleggingen av et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), jf statsbudsjettet for 2015 og forslag til budsjett for 2016. Dette omfatter også tannhelsetjenester. Høringsnotat om lovregulering av KPR har vært på høring, med høringsfrist 1. oktober. I Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, vises det til at en viktig del av KPR er etablering av gode systemer for forskning og analyse av data. Videre heter det at "*de allmennmedisinske forskningssentrene som er etablert ved de medisinske fakultetene vil være viktige støttespillere for forskning og analyse av data (s.91)*".

Kommunene er i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester gitt et medvirkningsansvar for forskning. Kommunesektorens rolle og involvering i både organisatoriske forhold på forskningsområdet og i forskningsaktiviteten rettet mot kommunale tjenester er derfor av betydning i departementets politikktutforming på feltet. Flerfaglighet i forskningen vil også være viktig i den sammenheng.

Med vennlig hilsen

Kjell Røynesdal (e.f.)
avdelingsdirektør

Siv Svardal
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Universitetet i Bergen
v/ Guri Rørtveit
Postboks 7800
Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen
Uni Research Helse
5020 Bergen

Deres ref

Vår ref

15/2997-

Dato

8 .12.2015

Svar på henvendelse

Vi viser til din e-post av 29. november d.å hvor du har spørsmål og kommentarer knyttet til et av tiltakene i *Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21 – strategien, forskning og innovasjon i helse- og omsorg (2015 – 2018)*. Tiltaket du refererer er under innsatsområdet *Bedre klinisk behandling* hvor det står at *Regjeringen vil etablere et forskningsnettverk innenfor tannhelse*.

Dette tiltaket må ses i sammenheng med departementets arbeid med en egen forskningsstrategi for tannhelsefeltet, bla omtalt under innsatsområde *Kunnskapsløft for kommunene* i handlingsplanen. Behovet for økt forskning på tannhelsefeltet er godt belyst i henholdsvis St. meld. nr. 35 (2006 – 2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, Framtidas tannhelsetjeneste*, i Meld. St. 18 (2012 – 2013) *Lange linjer – kunnskap gir muligheter*, og i de årlige statsbudsjetter til Helse- og omsorgsdepartementet. Uavhengig av forslagene i HelseOmsorg21-strategien, har departementet som ansvarlig sektordepartement startet et arbeid med en forskningsstrategi for tannhelsefeltet. Starten på dette arbeidet var et oppdrag til NIFU som omhandlet en kartlegging og analyse av tannhelse- og odontologisk forskning i Norge. Rapporten fra NIFU viste blant annet at tannhelse er et lite forskningsfelt i Norge, tyngdepunktet av forskningen foregår ved de odontologiske fakultetene og forskningen finansieres i høy grad over grunnbudsjettet og andre offentlige kilder. Få tannleger velger en akademisk karriere, det er begrenset nasjonalt samarbeid og Norge publiserte mindre og ble mindre sitert enn nordiske naboer.

Strategien skal etter planen ferdigstilles i løpet av 2016. Et forskningsnettverk for tannhelsefeltet vil inngå i strategien. Det er ikke tatt stilling til hvordan et slikt nettverk skal utformes. Departementet ser det som viktig å involvere fylkeskommunene i dette, ettersom fylkeskommunene er ansvarlig for den offentlige tannhelsetjenesten og er eiere av de

regionale odontologiske kompetansesentre som er under oppbygging. Stortingets vedtak om overføring av ansvaret for offentlige tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene har ytterligere aktualisert behovet for en forskningsstrategi, og for kompetansesentrenes involvering i et forskningsnettverk. Etter departementets vurdering utelukker ikke dette involvering av private tannleger i et forskningsnettverk. Det utelukker heller ikke at det kan gjøres en samkjøring med universitetene og med forskningsnettverk for kommunale tjenester, inkludert allmennlegetjenesten.

Tiltaket med etablering av forskningsnettverk på tannhelsefeltet er uttrykk for en politisk prioritering av regjeringen, og er ikke uttrykk for en desavuering av fastlegene eller av behovet for forskning innenfor allmennmedisin eller andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Det fremgår av regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien at regjeringens innsats rettet mot de kommunale tjenester i hovedsak følges opp gjennom bevilgninger til de nye forskningsprogrammene i Forskningsrådet, som starter opp i hhv 2015 og 2016. Programmene er i hovedsak finansiert over HODs budsjett. Oppbygging av forskningskompetanse og etablering av nettverk er løftet frem som en strategisk prioritering i programplanutkastet *"Bedre helse"*.

Med vennlig hilsen

Petter Øgar (e.f.)
ekspedisjonssjef

Siv Svardal
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.



Sak 9/16 Eventuelt

Type sak: Vedtak

Til: HO21-rådet

Fra: HO21- sekretariatet v/Hilde G Nielsen, sekretariatsleder

9.1 Todagers møtet 29.2-1.3.2016 flyttes til 24-25.10.2016

Det ble på rådsmøtet 1.12.2015 besluttet at Rådet ønsket å ha et to-dagers rådsmøte i løpet av våren 2016. Sekretariatet har i samråd med rådsleder besluttet å flytte todagersmøtet til høsten 2016, nærmere bestemt 24-25.10.2016. Det ble før jul sendt ut møteinnkallelse til rådsmøte mandag 24.10.2016, dvs dagsmøte utvides med en dag. Innkallingen til rådsmøte mandag 29.2.2016 opprettholdes, men det vil da bare være et dagsmøte.

Det er et ønske om at todagersmøtet arrangeres i Bergen eller i Trondheim. Det foreslås at møtet starter med lunsj mandag 24. oktober og avsluttes med lunsj tirsdag 25. oktober. Det vil være en middag for rådsmedlemmene mandag 24. oktober.

HelseOmsorg21 dekker overnatting og middag for rådsmedlemmene. Reise t/r Bergen eller Trondheim må dekkes av egen institusjon.

Forslag til vedtak:

Rådet vedtar å flytte todagers møtet i februar/mars 2016 til 24-25. oktober 2016.