



Møte i HelseOmsorg21-rådet (01/16)

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

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

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
Fylkesrådmann Evy-Anni Evensen, Telemark fylkeskommune
Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
Instituttleder Guri Rørtveit, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB
Forskningsjef Hilde Lurås, Akershus universitetssykehus HF
Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia
Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet
Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening (LMI)
Direktør Kathrine Myhre, Oslo MedTech
Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger
Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
Førsteamanuensis Maren Sogstad, Senter for omsorgsforskning, NTNU
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

Forfall:

Direktør Bernadette Kumar, Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)
Landsleder Dagfinn Bjørgen, Mental Helse
Forskningsjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF
Prodekan forskning Monica Wammen Nordtvedt, Høgskolen i Bergen
Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge

Innleder:

Innovasjonssjef Kjetil Storvik, Helse Sør-Øst RHF (sak 06/16)

HelseOmsorg21-sekretariatet, Forskningsrådet

Sekretariatsleder Hilde G Nielsen (*referent*)

Konsulent Erlend Sand Bruer

Fra Helse- og omsorgsdepartementet

Avdelingsdirektør Maiken Engelstad
Seniorrådgiver Marianne van der Weel
Seniorrådgiver Ragnhild Spigseth

Nærings- og fiskeridepartementet

Seniorrådgiver Elin Marlen Hollfjord (sak 05/16 og sak 06/16)

Forskningsrådet

Avdelingsdirektør Jannikke Ludt, avd. Helse

Saksliste

- | | |
|------------------|--|
| 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 01/16 Godkjenning av saklisten

Vedtak: Saklisten godkjennes.

Sak 02/16 Godkjent referat

Saksdokument: Godkjent referat fra møte 1.12.2015 (05/2015)

Utkast til referat fra møtet 1.12.2015 (06/15) ble sendt HO21-rådet 8.12.2015. Referatet ble godkjent av rådsleder John-Arne Røttingen 15.12.2015.

Vedtak: Referatet tas til orientering.

Sak 03/16 Spørsmål om habilitet

Habilitet ble vurdert i forbindelse med de oppførte sakene.

Vedtak: Rådet vurderte at ingen av medlemmene er inhabile.

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

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

Ansvarlige:

- Arbeidsgruppe for organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeid i kommunene: Tone Marie Nybø Solheim (KS); Arnfinn Sundsfjord (UiT); Guri Rørtveit (UiB); Hilde Lurås (AHUS HF); Maren Sogstad (NTNU). Jon Anders Drøpping (KS), er sekretær for arbeidsgruppen.
- Svein Lie, Helsedirektoratet

Innledning ved Tone Marie Nybø Solheim. Arbeidsgruppen hadde på forhånd sendt inn et notat med seks forslag til organisering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Forslagene fra arbeidsgruppen er:

1. *"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. *Arbeidsgruppa anbefaler at friske midler til forskning på helse- og omsorgstjenestene i kommunene allokteres fra Kommunetjenesteavdelinga i HOD, med finansiering også fra KMD. For å styrke kommunal sektor som praksisarena, må det følge øremerket finansiering med praksisstudentene fra UH-sektoren.*
 3. *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 forskningsssentrene, og at denne kartlegginga også omfatter UH-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. *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. *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 UH-sektoren.*
 6. *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".*

Svein Lie (Helsedirektoratet) orienterte kort om prosjekt Kompetanseløft 2020.

Kompetanseløft 2020 er regjeringen sin handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet med prosjektet er å bidra til en sterk og faglig tjeneste og å sikre at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Kompetanseløft 2020 inneholder seks hovedstrategier:

1. Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell.
2. Sikre at grunn- og videreutdanningen har god kvalitet og er tilpasset tjenestenes behov.

3. Heve kompetanse 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.

Momenter fra diskusjonen:

- Det ble stilt spørsmål til hvorfor ikke utdanning er tatt med i den nylig signerte avtalen mellom regjeringen og KS om videre utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten (utviklingsavtalen) 1.1.2016- 1.1.2019.
- Det ble stilt spørsmål om kommunesektorens forhold til de uavhengige forskningsinstituttene. Det ble påpekt at kritisk masse er viktig for å opprettholde kvaliteten.
- Forslagene til arbeidsgruppen sier lite om samarbeid med universitetene.
- Det ble diskutert om det er lurt å opprette 6-7 regioner. Hvem skal samarbeide med hvem og hvordan skal det organiseres.
- Positiv til forslagene fra arbeidsgruppen.
- Det er behov for et nasjonalt koordineringsorgan i kommunene. En løsning kan være å opprette et midlertidig organ i første omgang, som kan utvikles over tid.
- Kommunesektoren mangler infrastruktur. Nødvendig og tilstrekkelig infrastruktur er også en forutsetning for mange av de andre forslagene. God og riktig infrastruktur krever høy kompetanse mtp valg og innkjøp av de rette systemene. Det foregår store prosesser på dette bl.a. i Helsedirektoratet.
- Det bør være en balanse mellom regionale og nasjonale tiltak. Erfaring viser at å spre begrensede ressurser utover ikke bidrar til kvalitetsheving. Aktivitetene i kommunene er et nasjonalt ansvar, ikke bare regionalt.
- Det er behov for et nettverk som kan identifisere behovet for forskning. Det er behov for kommunikasjonspartnere.
- Forskning i kommunene må bygge på og rundt det som allerede eksisterer.
- Det er et stort behov for praksisnær forskning. Forskningen må være god nok. Det er per i dag lite kunnskap om det som gjøres.
- Det er behov for kunnskapsspredning. Sentral styring av dette vil føre til kamp om pengene – kommunene må selv ta ansvar.
- Savner brukerperspektivet i forslagene fra arbeidsgruppen.
- Godt notat i riktig retning. Sentralt eierskap kan føre til svakt kommunalt eierskap. Kommunene er forskjellig i størrelse og omfang og krever ulik oppfølging.
- Underutviklet infrastruktur er et stort problem i sektoren. Hva kan Rådet bidra med for at "trenden" snus?
- Fraværende samhandling er den største utfordringen i kommunesektoren.

- Det er lite sannsynlig at det vil komme friske midler til kommunesektoren. Det er mer snakk om omfordeling av eksisterende midler.
- Det er et stort behov for praksisutplassering av psykologi-, medisin og sykepleiestudenter i kommunene.
- Kvalitet henger sammen med de som utfører forskningen. Kontakt/samarbeid mellom kommunene og universitetene er helt essensielt for å få dette til.
- Vi mangler data for sektoren- det er en utfordring.
- Alle strukturer må være tett koblet til UH-sektoren.
- Det er et stort behov for forskningsfaglig/tjenestefaglig kompetanse.
- Det skjer mye i hele kommune-Norge. Effekter handler om økonomi.
- Sektoren trenger både i pose og sekk: Kvalitet og praksisnær forskning
- Hvem og hva må være tilstede for at forslagene kan gjennomføres?
- Savner mer engasjement og midler fra KMD.
- Kommunesektoren har behov for sterke metodemiljøer og miljøer som driver med praksisnær forskning.
- Helsemyndighetene har ansvaret for både spesialisthelsetjenesten (SHT) og primærhelsetjenesten (PHT). Kommunene må være interessert i å utvikle innovasjon.
- Helseforskningsbudsjettene og driftsbudsjettet til kommunene bør økes.
- Arbeidet i kommunesektoren er sektorovergripende.
- Vi vet for lite om hva som gjøres i kommunesektoren. Det er behov for en kartlegging om det som skjer p.t.
- Kunnskapstriangelet bør omarbeides til å inkludere SHT.
- Nye oppgaver i kommunal sektor fører til endrede strukturer. Det er til enhver tid 30 000 studenter og et behov for 300 000 praksisuker.
- Det er stort behov for regional samordning. En slik ordning kan bistå kommunene.
- Det er stort behov for ny og bedre kunnskap om hva som virker.
- De foreslåtte tiltakene – skal det gjelde for alle kommunene?
- Det er viktig å unngå kolonisering av midlene. Det handler om de samme pasientene. Samhandling driver kommunene fremover.
- SHT er interessert i å være med i de regionale organene. SHT kan bidra inn med å lage god systemer.
- Forskningsrådet har fått i oppdrag å kartlegge forskning i kommunehelsetjenesten. Prosjektet er lagt til HO21-monitor arbeidsgruppen i Forskningsrådet.

Kommentarer fra arbeidsgruppen:

- Det skal være en sterk lenke inn mot UH-sektoren.
- Alle prosesser skal ses i sammenheng.
- Forskning i, med og for kommunene gir eierskap. En regional struktur vil kunne gi de rette forskningsspørsmålene.
- Må ses på som en tvilling organisasjon til de regionale forskningsfondene. Kommunenes bruk av RFF øker veldig.

- Regionalt nivå skal ikke drive med forskning. Nivået skal kun koordinere på vegne av kommunene.
- Det er snakk om omfordeling av midler, ikke tilgang til friske midler.

Oppsummering:

- 1) En "ny" struktur bør rettes inn mot allerede eksisterende strukturer.
- 2) Strukturen må være balansert ift grad av nærhet (antall enheter) og kontakt mot de akademiske miljøene.
- 3) Kommuneøkonomien må ansvarliggjøres. I dag brukes 600 mill. kroner til kompetansesentrene.
- 4) Det er behov for et nasjonalt koordineringsorgan som skal kvalitetssikre, koordinere faglig behov og dialog i kommunesektoren.

Vedtak: Rådet vedtar å konsentrere seg om følgende forslag fra arbeidsgruppen:

- *Forslag nr 1:* opprettelse av regionale samarbeidsorgan med solid forankring i kommunene og i samarbeid med UH-sektoren og andre relevante aktører. Samarbeidsorganer bør tilføres friske midler til forskning på helse- og omsorgstjenestene i kommunene og rettes inn mot og samordne aktivitet i allerede eksisterende regionale strukturer for forskning.
- *Forslag nr 3:* 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 UH-sektorens forskningsaktiviteter rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Kartleggingen må særlig rettes mot å vurdere i hvilken grad forskningsaktivitetene bidrar til å dekke kunnskapssvake områder for kommunene.
- *Forslag nr 4:* opprettelse 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.
- *Forslag nr 2:* Arbeidsgruppa anbefaler at friske midler til forskning på helse- og omsorgstjenestene i kommunene allokere fra Kommuneserviceavdelinga i HOD, med finansiering også fra KMD. For å styrke kommunal sektor som praksisarena, må det følge øremerket finansiering med praksisstudentene fra UH-sektoren.

Arbeidsgruppen skal til rådsmøtet 25. april:

- arbeide videre med forslag nr 1.
- foreslå en prosess for gjennomføring av forslag nr 3. Det anbefales at arbeidsgruppen ser på dette forslaget i sammenheng med oppdraget Forskningsrådet har fått om å kartlegge ressursinnsats knyttet til forskning og innovasjon i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det anbefales at arbeidsgruppen tar kontakt med Forskningsrådet og Helsedirektoratet for å få til et møte. En

kartlegging bør også ses i sammenheng med behovet for kartlegging av aktivitetene i spesialisthelsetjenesten.

- presentere et forslag til en prosess for etablering av et nasjonalt strategisk organ (forslag nr 4).
- se på hvilke muligheter Rådet har til å motivere departementene til å styrke kommunal sektor som praksisarena med å øremerke finansiering med praksisstudenter fra UH-sektoren (forslag nr 2).

Frist for innsendelse av et notat: **mandag 11. april 2016**. Notatet sendes sekretariatet.

Sak 05/16

Helsedata som nasjonalt fortrinn - forslag til prioritering av de foreslåtte tiltakene i strategien og handlingsplanen

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, Forskningsrådet

Ansvarlige:

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

Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet) innledet saken med å presentere Forskningsrådets arbeid med data for forskning. Forskningsrådet konsentrerer sitt arbeid på to områder:

1. Opprettelse av en informativ elektronisk nettportal over kilder til helsedata og andre persondata. Et samarbeidsprosjekt mellom Forskningsrådet og infrastrukturprosjektene Biobank Norge og Helseregistre. Arbeidet utføres innenfor eksisterende lovverk og 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.
2. Forskningsrådet planlegger å lage en rapport om status, utfordringer/flaskehals og mulige løsninger for økt bruk av data for forskning. Målet er å kartlegge hvordan dagens system(er) ivaretar 1) personvern, samtykke og deltakers rett til informasjon, 2) rask og sikker utlevering av data til forskningsformål og 3) 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").

Camilla Stoltenberg (FHI) presenterte 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.

Forslaget er basert på den første anbefalingen for dette satsingsområdet.

Lovverket omfatter:

- Biobankloven
 - Bioteknologiloven
 - Folkehelseloven
 - Helseforskningsloven
 - Helseregisterloven
 - Lov om helsepersonell
 - Lov om kommunehelsetjenester
 - Lov om spesialisthelsetjenester
 - Statistikkloven
-
- Den andre delen av lovverket skjer ift eHelsearbeidet. F.eks. så må Kjernejournal tilpasses til forskning.
 - Helseforskningsloven er under revisjon. Dette arbeidet pågår i dag.
 - Statistikkloven. Det er et stort behov for enklere tilgang til data og kobling av data. Forskerne sliter med tilgang til data og det er svært tidkrevende. Hvis det ikke skjer noen store endringer her, så vil forskere fortsette med å kaste bort masse verdifull tid, i tillegg til at Norge vil miste mange gode forskere. Hvorfor får andre land dette bedre til enn oss?
 - En gjennomgang av lover og forskrifter er en billig måte å oppnå effekter på.

Momenter fra diskusjonen:

- Det er på høy tid med handling. Det må bli enklere tilgang til data og kobling av data. Det sier seg selv at det må gjøres noe med lovverket.
- Norge må kunne konkurrere internasjonalt på dette område. Vi må utnytte det norske fortrinnet. Private aktører må inkluderes.
- Det er viktig å tenke på at endring av lovverket, lettere tilgang til data og kobling av data må koordineres.
- Helsedata har et stort næringspolitisk potensiale. Vi har en unik mengde data. Det er mange myter og misforståelser rundt dette med personvern.
- Rådets oppgave må være å bidra til å fjerne hindrene slik at dette arbeidet blir enklere for forskerne.
- Slik ting er organisert og strukturert i dag og med dagens gjeldende lover og regler, så er det vanskelig for forskerne å ta med seg data ut av Norge. Dette skaper problemer ift norsk deltakelse i EU-prosjekter. En utfordring ligger hos SSB.
- Det er en lang vei til én journal.

- Dårlig utbygd IKT- infrastruktur er fremdeles et stort problem i dag. Det er mange programmer, dårlig med support og vanskelig med datadeling.
- Kobling av data må ses i et nordisk perspektiv.
- Pasientene bidrar i mye større grad enn tidligere i å bygge opp en helt ny verden med data via apps og wearables (pasientdrevne data). Private aktører må inn banene mtp delingsmuligheter.
- Dataene bør kunne tilbys internasjonalt – f.eks. biobank, genom data etc.
- Diskusjonene rundt personvern hensyn er mange. Det er behov for opprydning i og av begreper. Det er kanskje ikke veien å gå å starte med kommersialisering, men det kan være et langsiktig mål. Det er behov for samordning for bruk av dataene.
- Rådet må bidra til å fjerne alle myter og misforståelser som er i sektoren. Det kan være en av årsakene til at det ikke har skjedd så mye. Vi er for lite konkrete, potensiale er stort.
- Kommersialisering må inkluderes.
- Personvern ift journalføring blandes med personvern ift bruk av data til forskning. Dette må oppklares og formidles riktig ut.
- Dagens eksisterende lover ble laget for helt andre tider enn det behovet som er i dag. IT-situasjonen er total ny, det samme med økende internasjonalisering.
- Veldig positivt det arbeidet Forskningsrådet gjør med arbeidet rundt én portal og planleggingen av å gjennomføre en kartlegging (analyse).
- Det er en utfordring mtp hvilke data det skal fokuseres på – nasjonal tenkning eller private hensyn.
- Forskning blir i mange i tilfeller sett på som noe vi gjør bare for egen forlystelse og ikke at det er noe som er viktig for det daglige livet.
- Vi må unngå å sette "dansk modell" som mål – den danske modellen kan f.eks. ikke registrere sosial ulikhet. Arbeid med data for forskning som foregår i Sverige er mer lik det arbeidet som nå foregår i Norge.
- Det er behov for mer bruk av anonymiserte data.
- Det er et behov for å få frem motkreftene i dette arbeidet og få forståelse for argumentene.
- Nytteperspektivet må frem. Det må etableres en infrastruktur for deling av data. Kommersialiserbare løsninger vil bidra til bedre helse.

Kommentar fra HOD:

- Helseregisterloven er nylig vedtatt. HOD vil starte arbeidet med revisjon av forskriftene hjemlet i loven.
- Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) – forslag til endring av helseregisterloven har vært på høring.
- Regjeringen vil følge opp tiltaket i regjeringens handlingsplan for HelseOmsorg21 om å vurdere tiltak for å forenkle koblinger mellom helsedata og andre typer datakilder for ulike formål og brukerkilder.

Vedtak:

Det opprettes en arbeidsgruppe som skal lage et forslag til hvordan en gjennomgang av lover og forskrifter skal gjennomføres. Forslaget presenteres på rådsmøtet 29. februar 2016.

Arbeidsgruppen ledes av Camilla Stoltenberg (FHI).

Følgende ønsker å delta i arbeidsgruppen: Karita Bekkemellem (LMI), Anne Lise Ryel (Kreftforeningen), Bjørn Gustafsson (NTNU), Nina Mevold (Bergen kommune) og en representant fra sykehussektoren.

Frist for innsendelse av et notat er **mandag 15. februar 2016**. Notatet sendes sekretariatet.

Sak 06/16**Hvordan kan helseforetakene bidra til næringsutvikling?**

Saksdokument: Presentasjon: Hvordan kan helseforetakene bidra til næringsutvikling?

Økt etterspørsel fra helse- og omsorgssektoren nasjonalt og globalt, gir et stort næringspotensiale. Norge trenger fremvekst av nye næringer, og med samfunnets betydelige offentlige investeringer i helse- og omsorgsforskning, har Norge en underutnyttet ressurs for næringsutvikling. Det er en forventning om at helsesektoren skal bidra til næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling.

Innledning ved innovasjonssjef Kjetil Storvik, Helse Sør-Øst HF (HSØ).

Momenter fra innledningen:

HSØ opererer med tre spor innen innovasjon:

- *Strategisk innovasjon*, dvs. innovasjon som er nødvendig for å dekke strategiske behov av betydning for HSØ.
- *Forskningsbasert innovasjon*, dvs. innovasjon som har som hensikt å bedre pasientnytte gjennom kommersialisering av forskningsresultater fra HFene.
- *Brukerdreven innovasjon*, dvs. innovasjoner som skal gi bred anvendelse eller kommersialisering av ideer fra ansatte, pasienter og pårørende.
- HSØ vekselvirker med næringslivet på fire måter:
 - Partner "samarbeid" = utvikling av løsninger i samarbeid med helseforetak
 - Top-down "bestilling" = Anskaffelse av innovative løsninger (PPI) – Førkommersiell anskaffelse (PCP)
 - Bottom up "service" = OFU- samarbeid – Prototypetesting, demonstrasjon (testbeds, etc.)
 - Spin-out "etablering" = ansatte starter gründer karrierer i helseforetaket

- Helseforetaket får henvendelse fra virksomheter som mener de har teknologi/produkter som i betydelig grad vil forbedre effektiviteten eller kvaliteten i pasientbehandlingen i helseforetaket.
- Utgangspunktet for virksomhetene er at de har løsninger som er utviklet for helsesektoren, men som må testes eller at de har løsninger som er tatt i bruk innen andre områder, men som trenger tilpasning for bruk i helsesektoren. Utfordringene i helseforetaket er 1) behovet er ikke erkjent, 2) behovet er erkjent, men det kommer ikke til uttrykk gjennom en anskaffelse. Virksomhetene kan komme seg inn på markedet gjennom å 1) respondere på utlysning av anskaffelser og 2) gjennomføre OFU-prosjekter.
- Tre ideer til å forbedre samhandlingen mellom helseforetaket og virksomheter: 1) Opprettelse av kontaktpunkt i Helse Sør-Øst for virksomheter som ønsker å demonstrere eller teste produkter og løsninger i kliniske miljøer. 2) Dragons' nest-panel-pitch, dvs. virksomhetene inviteres, etter kvalifisering, til å presentere produkter/teknologi/løsninger som ikke er aktivt etterspurt av helseforetakene, og 3) Etablering av "Helse-gründer"-stipend . Gründerstipendet tildeles ansatte som på heltid ønsker å gjennomføre et innovasjonsprosjekt som prosjektleder, basert på egne eller andres idéer, med den målsetning om å etablere en egen virksomhet.

Momenter fra diskusjonen:

- Fylkeskommunene eier 49% av Innovasjon Norge. Nærings- og fiskeridepartementet er hovedeier med 51 prosent. Fylkeskommunene bruker rundt 70-80 mill. kroner på næringslivssamarbeid hvert år.
- Det er behov for ideologisk forankring og oppdrag fra departementet. Innovasjon må befestes i helseforetakene. Det er mange som mener at helsesektoren ikke skal drive med innovasjon.
- Gründerstipend er viktig - helsesektorens universitetssektor.
- Det er behov for å bygge kultur for å samarbeide med næringslivsklyngene.
- Det anbefales i HO21 at innovasjon bør være en del av samfunnsoppdraget. Samfunnsoppdraget er basert på lov. Hva er barrierene for å gi et slikt oppdrag?
- Det ble reist spørsmål til utvikling av helse gründere: hvilke insentiver har helseforetakene? Lærer helseforetakene av hverandre? Hvordan er dialog mellom helseforetakene.
- Det bør rapporteres på innovative anskaffelser årlig.
- Det er mangel på innovasjonsledelse. Det er mangel på lederskap fra toppen. Det er behov for kulturendring på toppene – det gir spin off effekter nedover i systemene.
- Det er behov for samspill mellom forskere og klinikere. Gründere er avhengig av å komme seg inn på markedet. Økt behov for innovative anskaffelser.

Kommentar fra HOD:

- Det ligger inne styringskrav i oppdragsdokumentene om innovasjon. Formålet er tilsvarende som med forskning, dvs å understøtte de overordnede målene for helseforetakene om god kvalitet, likeverdig tilgang og effektiv ressursutnyttelse.

Kommentar fra innleder:

- Det er behov for rettighetsavklaringer (mtp spin out og kjøp tilbake).
- En utfordring er at innovasjon ligger utenfor kjernevirksomheten til helseforetakene.
- Incentiver for å drive med innovasjon er fraværende.
- Det er få ressurser tilgjengelig til å utvikle innovasjonsarbeidet. Det gjør det vanskelig ift å frikjøp av tid. HSØ ønsker seg en egen innovasjonsavdeling.
- Det er behov for tellekanter ift innovasjon.
- NIFU har på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet skrevet et arbeidsnotat om Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene: En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren. (Sekretariatet sender dokumentet til Rådet).

Vedtak: Rådet tar med seg momenter fra presentasjonen og diskusjonene inn i det videre arbeidet med satsingsområde Helse og omsorgs næringspolitisk satsingsområde.

Rådet ønsker å invitere Kjetil Storvik/Helse Sør-Øst tilbake til Rådet i 2017.

Sak 07/16**Plan for HO21-rådet for perioden 2016-2018**

Saksdokument: Arbeidsplan for Rådet

Sekretariatet presenterte kort forslaget til arbeidsplan for Rådet for perioden 2016-2018.

Momenter fra diskusjonen:

- Det er ønske om å flytte grensesprengende forskning til 2016.
- Det er et ønske om at arbeidsgruppene settes sammen på tvers.
- Det er behov for å avklare med HOD om det er Rådets oppgave å innhente status for aktørenes arbeid med HO21-strategien.

Vedtak:

- Rådet vedtar å arbeide med satsingsområdene slik de står oppført i tabell 1. Satsingsområde *Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering flyttes fra 2017 til 2016.*
- Rådet vedtar at de interne arbeidsgruppene utarbeider forslag til prioritering av tiltak innenfor hvert satsingsområde.
- Rådet vedtar at sekretariatet i samarbeid med rådsleder setter sammen et forslag til inndeling av arbeidsgruppene.

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: Helsedata som nasjonalt fortrinn	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: <i>Mer grensesprengende helse- og omsorgsforskning og mer internasjonalisering</i>		

Sak 08/16**Orienteringer****8.1 HelseOmsorg21-scenarieprosjekt**

Sekretariatet orienterte kort om status for arbeidet med HO21-scenarieprosjektet. Prosjektet skal gjennomføres i 2016. Teknologirådet er ansvarlig for gjennomføring av prosjektet. Det planlegges et fellesmøte mellom Teknologirådet og HO21-rådet sen høst 2016.

8.2 Symposium Global Health Post – 2015: Confronting the Governance Challenges 23. februar 2016, Oslo

Vedlegg: Invitasjon og program

Rådsleder John-Arne Røttingen orienterte kort om symposiet om global helse som arrangeres av Helse- og omsorgsdepartementet og Universitetet i Oslo tirsdag 23.2.2016. Alle rådsmedlemmene inviteres til å delta på symposiet.

8.3 Rammevilkår for norsk helsetjenesteforskning

Vedlegg: Kopi av brev til helseministeren fra Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning

Hilde Lurås (AHUS) orienterte kort om endringene i rammevilkårene av midler til rene helsetjenesteforskningsprosjekter i RHF-ene.

Fra 2016 foreslås det å erstatte satsingen De regionale helseforetakenes nasjonale midler til tverregionale

helseforskningsprosjekter (HELSEFORSK) (“Støre-millionene“) i Forskningsrådet med Program for klinisk behandlingforskning i spesialisthelsetjenesten (Post 78, Prop. 1S (2015-2016). Helsetjenesteforskningsprosjekter vil ikke lenger kunne bli finansiert via denne kanalen. Helsetjenesteforskningsmiljøene er henvist til å søke forskningsmidler fra de ordinære forskningsmidlene i RHFene og i Forskningsrådets nye HELSEVEL-program (HELSEVEL = Stort program Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (2015-2024).

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

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

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. Departementet ønsker å påpeke at dette ikke er et 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) i Forskningsrådet.

Orientering fra rådsmedlemmene

- **Karita Bekkemellem (LMI)** orienterte kort om Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om legemiddelmeldingen Riktig bruk – bedre helse. Meld. St. 28. (2014–2015). Sekretariatet sender lenken til Innstillingen til Rådet.
- **Eirik Næss-Ulseth (gründer)/Anne Lise Ryel (Kreftforeningen)** orienterte kort om arbeidet med en informasjonskanal tiltenkt pasienter, pårørende og helsepersonell. Informasjonskanalen vil inneholde informasjon om ulike kreftbehandlinger, klinisk utprøvinger m.m. Informasjonen vil bli hentet fra Norge og internasjonalt. Næss-Ulseth/Ryel skal møte HOD for presentere informasjonskanalen. Det er et ønske om at denne kanalen skal integreres i helsenor.no.

- **Bjørn Gustafsson (NTNU)** orienterte kort om et innspill NTNU har sendt Helsedirektoratet om å etablere en egen deltakerside på helsenorge.no.
- **Kathrine Myhre (Oslo Medtech)** informerte om arbeidet med persontilpasset medisin. Oslo Medtech skal i møte med Helsedirektoratet om det videre arbeidet med dette.
- **Kathrine Myhre (Oslo Medtech)** informerte om arrangementet Innovasjonsworkshop og utvikling av skisser for Innovasjon i utdanning og helse, onsdag 3. februar, kl 8-12, Møterom Forum, Forskningsparken, Gaustadalléen 21, 0349 Oslo. Sekretariatet sender lenken til Innovasjonsworkshop-en til Rådet.
- **Kathrine Myhre (Oslo Medtech)** orienterte kort om et møte de skal ha med Kreftforeningen hvor temaet er teknologiske løsninger for kreftpasienter, f.eks. hvordan bo hjemme med kreft.
- **Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet)** informerte kort om Forskningsrådets arbeid med å styrke innovasjonspotensialet i helsenæringen gjennom å iverksette en rettet og tidsavgrenset ordning i Brukerstyrt innovasjonsarena (BIA). Ordningen har en budsjetttramme på 50 millioner kroner over fire år og er aktuell for aktører, områder og utfordringer som er relevante for BIA sin helsebedriftsportefølje. Onsdag 20. januar arrangerte BIA et dialogmøtet i Forskningsrådet om HO21 og de næringsrettede tiltakene i strategien. På dette møtet fikk aktørene muligheten til å gi innspill om til tiltak som vil hjelpe forskningsbaserte helseforetak til å lykkes i internasjonale markeder. BIA planlegger en utlysning våren 2016.

Sak 09/16

Eventuelt

9.1. Møtet 29.2-1.3 flyttes til 24.-25.10.2016

Det ble på rådsmøtet 1.12.2015 besluttet at Rådet ønsket å ha et todagers rådsmøte i løpet av våren 2016. Det foreslås at rådsmøtet 29.2.-1.3.2016 flyttes til 23.-24.10.2016. Det er et ønske om at møtet holdes i Trondheim.

Forslag til tidsplan:

Søndag 23.10.2016:

- Ankomst Trondheim i 16-tiden
- Program for Rådet 17.00-19.00
- Middag for Rådet 19.30-tiden

Mandag 24.10.2016:

- Rådsmøte 09.00-15.00
- Avreise fra Trondheim etter kl 15.00

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

Rådsmøtet 29. februar går som opprinnelig planlagt, men som et dagsmøte. Innkalling og sakspapirer vil bli sendt 10 dager før rådsmøtet (jf. Rådets arbeidsform).

Møteplan 2016:

Dato	Sted
Rådsmøte 25. januar, kl 10-16	Lysaker
<i>23. februar symposium om global helse</i>	<i>Gamle festsal, UiO</i>
Rådsmøte 29. februar, kl 10-16	Lysaker
Rådsmøte 25. april, kl 10-16	Lysaker
Rådsmøte 12. september, kl 10-16	Lysaker
Rådsmøte 23. - 24. oktober	Nærmere info kommer
Rådsmøte 28. november, kl 10-16	Lysaker

9.2. Deling av informasjon til rådsmedlemmene

Det ble besluttet at sekretariatet skal videreformidle relevante dokumenter/lenker/informasjon til Rådet. Hvis rådsmedlemmene har noe de ønsker å dele med Rådet så må det sendes sekretariatet.

Neste møte:

Mandag 29. februar 2016, kl 10 -16, Lysaker, Forskningsrådet.