



## Møte i HelseOmsorg21-rådet (06/16)

**Dato:** Mandag 28.november 2016, kl 10.30-17.00

**Sted:** Forskningsrådet, møterom Abel 1 og 2

---

### Tilstede:

Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet (*rådsleder*)  
Generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen  
Dekan Arnfinn Sundsfjord, Det medisinske fakultet, UiT  
Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF  
Daglig leder Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge  
Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth  
Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF  
Forskningsjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF  
Dekan Gro Jamtvedt, Høgskolen i Oslo og Akershus  
Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet  
Instituttleder Guri Rørtveit, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB  
Leder Hilde Lurås, HØKH, Akershus universitetssykehus HF  
Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia  
Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening  
Direktør Kathrine Myhre, Oslo Medtech  
Områdedirektør Knut-Inge Klepp, Folkehelseinstituttet  
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

### Forfall:

Forskningsleder, professor Aud Obstfelder, NTNU Gjøvik  
Direktør Bernadette Kumar, Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)  
Dekan Bjørn Gustafsson, Det medisinske fakultet, NTNU  
Fylkesrådmann Evy-Anni Evensen, Telemark fylkeskommune  
Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge  
Områdedirektør Inger Østensjø, KS  
Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger  
Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon  
Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge  
Divisjonsdirektør Roar Olsen, Direktoratet for e-helse

**Innledere:**

Ashridge Director George Binney, NIHR Leadership Programme, sak 52/16

Dekan Nina Langeland (UiB), sak 53/16

Prodekan for forskning Hilde Nebb (UiO, Det medisinske fakultet), sak 54/16

Divisjonsdirektør Jesper W Simonsen (Forskningsrådet), sak 56/16

Instituttleder og professor Guri Rørtveit (UiB), sak 57/16

Kommunaldirektør Helse og omsorg Nina Mevold (Bergen kommune), sak 57/16

Divisjonsdirektør Svein Lie (Helsedirektoratet), sak 57/16

**Fra HO21-sekretariatet, Forskningsrådet**

Sekretariatsleder/spesialrådgiver Hilde DG Nielsen (*referent*)

Seniorrådgiver Nina Ånensen

Konsulent Karen Schønemann

**Fra Helse- og omsorgsdepartementet:**

Fagdirektør Hjørdis Møller Sandborg

Avdelingsdirektør Maiken Engelstad, sak 52/16

Avdelingsdirektør Ann Margaret Løseth, sak 52/16

**Fra Nærings- og fiskeridepartementet**

Seniorrådgiver Elin-Marlén Hollfjord, t.o.m. sak 54/16

# Saksliste

- |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sak 49/16</b> | <b>Godkjenning av sakslisten</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Sak 50/16</b> | <b>Godkjent referat</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Sak 51/16</b> | <b>Orienteringer</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Sak 52/16</b> | <b>Satsingsområde Strategisk og kunnskapsbasert styring</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Presentasjon av NIHR Leadership Programme v/Ashridge Director George Binney</li><li>• Diskusjon av tiltak Utvikling av et nasjonalt lederutviklingsprogram (jf. sak 33/16, møte 12.9.2016 (04/16))</li></ul>                                                            |
| <b>Sak 53/16</b> | <b>Satsingsområde Møte de globale helseutfordringene</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Presentasjon av Norsk institutt for global helse (NIGH) v/dekan Nina Langeland (UiB)</li><li>• Presentasjon av arbeidsgruppens forslag til tiltak v/gruppeleder Ernst Omenaas (Helse Bergen HF)</li></ul>                                                                  |
| <b>Sak 54/16</b> | <b>Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Forskningsrådets svar på henvendelsen fra Rådet om å ta en sterkere rolle i koordinering av innspill til arbeidsprogrammene i Horisont2020</li><li>• Et eksempel på organisering ved Det medisinske fakultet, UiO v/prodekan for forskning Hilde Nebb</li></ul> |
| <b>Sak 55/16</b> | <b>Satsingsområde Bedre klinisk behandling</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Presentasjon av arbeidsgruppens forslag til tiltak v/gruppeleder Björn Gustafsson (NTNU)</li></ul>                                                                                                                                                                                   |

**Sak 56/16****Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering - Senter for fremragende klinisk helseforskning**

- Utredning av ny ordning for sentre for fremragende klinisk helseforskning v/divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet)

**Sak 57/16****Satsingsområdene Effektive og lærende tjenester og Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde**

- Presentasjon - foreløpig skisse til helhetlig nasjonalt innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene v/divisjonsdirektør Svein Lie (Helsedirektoratet)
- Presentasjon Helsecampus Årstadvollen v/ instituttleder Guri Rørtveit (UiB) og kommunaldirektør Nina Mevold (Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen kommune)
- Presentasjon av arbeidsgruppens forslag til reviderte tiltak v/gruppeleder Hilde Lurås (Ahus)

**Sak 58/16****Eventuelt**



# Saksliste

**Sak 49/16      Godkjenning av sakslisten**

**Vedtak:** Sakslisten godkjennes.

**Sak 50/16      Godkjent referat**

**Saksdokument:** Godkjent referat fra møte 24.10.2016 (05/2016)

Utkast til referat fra møte 24.10.2016 (05/16) ble sendt HO21-rådet 31.10.2016. Kommentaren som ble gitt innen fristen 5.11.2016 ble tatt til følge.

Referatet ble godkjent av rådsleder Camilla Stoltenberg 6.11.2016.

**Vedtak:**      Godkjent referat fra HO21-rådsmøte 24.10.2016 (05/16) tas til orientering.

**Sak 51/16      Orienteringer**

|                  |                                                                       |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Sak 51.1</b>  | <b>HO21 utvalget for mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet</b> |
| <b>Ansvarlig</b> | Sekretariatsleder Hilde G Nielsen                                     |

Sekretariatet orienterte kort om HO21 utvalget for mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet. Utvalget består per d.d. av 13 personer. Rådsmedlem Pål Kraft (UiO) og Arnfinn Sundsfjord (UiT) deltar fra Rådet. Utredningen skal oversendes oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet 2. mai 2017.

|                  |                                    |
|------------------|------------------------------------|
| <b>Sak 51.2</b>  | <b>HO21 scenarioprojekt</b>        |
| <b>Ansvarlig</b> | Sekretariatsleder Hilde DG Nielsen |
| <b>Vedlegg</b>   |                                    |

Sekretariatet orienterte kort om prosjektet Scenarioer for Helse-Norge i 2030. Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Teknologirådet og HO21-rådet.

Teknologirådet har i november gjennomført to workshop med utgangspunkt i tre scenarier.

1. Scenarioet «Gull på hjemmebane» som beskriver en fremtid hvor brukerne og kommunen har det største ansvaret i sektoren. Tjenestene er brukernære og fleksible. Det er stort rom for eksperimentering og tilpassing til lokale forhold, og tett kontakt mellom næringsliv og brukere fører til at ny teknologi og tjenestemodeller tas raskt i bruk. Norsk helsenæring blomstrer.
2. Scenarioet «Verdensklasse» tar utgangspunkt i globaliserte kunnskapsmiljøer innenfor helsesektoren. Private selskaper er de fremste leverandørene av helsetjenester gjennom store, digitale plattformer. Internasjonale kunnskapsmiljøer, enorme mengder data og stort fokus på forebygging gir helsetjenester av svært høy kvalitet.
3. Scenarioet «Kunnskapsnasjonen» beskriver en nasjonal, evidensbasert satsing på helse, hvor det offentlig spiller hovedrollen. Norske innbyggere får tilgang til gode og robuste helsetjenester som fordeles rettferdig i befolkningen. Norske kunnskapsmiljøer og forskning er blitt foregangsmiljøer innen helse.

Det planlegges et møte mellom Teknologirådet og HO21-rådet våren 2017.

**Vedtak:** Orienteringene tas til etterretning.

## Sak 52/16

### Satsingsområde Strategisk og kunnskapsbasert styring

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bakgrunnsdokumenter:</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saksnotat fra arbeidsgruppen, datert 12.9.2016 (Vedlegg 33/16)</li> <li>• Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> <li>• HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> </ul> |
| <b>Innledning:</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ashridge Director George Binney, NIHR Leadership Programme</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Vedlegg:</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• NIHR Leadership Programme, kap 15 Coming Alongside, An example of developing 'ordinary heroes' and their organisations.</li> <li>• Presentasjon: Making a difference</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Ansvarlig:</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arnfinn Sundsfjord, UiT (<i>gruppeleder</i>)</li> <li>• Bernadette Kumar, NAKMI</li> <li>• Camilla Stoltenberg, FHI</li> <li>• Ernst Omenaas, Helse Bergen</li> <li>• Fredrik Syversen, IKT Norge</li> <li>• Gro Jamtvedt, HiOA</li> <li>• Nina Mevold, Bgn kommune</li> </ul>                                                                                                                        |
| <b>Andre rådsmøter</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Møte 12.9.2016 (04/16)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                                      |                                                                          |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>hvor dette satsingsområdet har vært diskutert</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Møte 29.2.2016 (02/16)</li></ul> |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

Satsingsområde har vært diskutert på to møter i 2016 (02/16 og 04/16). Arbeidsgruppen fikk på rådsmøte 29. februar (02/16) i oppgave og se på muligheten for og om det bør utvikles et lederutviklingsprogram på tvers av sektorer (ref. HO21-strategien). Dette ble ytterligere diskutert på rådsmøtet 12.september (04/16).

*Ashridge Director George Binney* innledet ved å presentere National Institute of Health Research sitt ledelsesutviklingsprogram. Se vedlagte kapittel 15 Coming Alongside, An example of developing 'ordinary heroes' and their organisations og presentasjon Making a difference.

#### **Momenter fra diskusjonen:**

- Spørsmål: Bør det utvikles et nytt program med fokus på ledelsesutvikling på tvers av sektorer eller bør det tenkes integrering i eksisterende programmer?
- Det ble foreslått å utvikle et nasjonalt program. Spørsmål: Hva skal programmet inneholde? Hvem kan ta ansvar for å koordinere et slikt program nasjonalt? Hvordan fremskaffe en oversikt over hva som finnes per i dag? Hvem sitter med en slik oversikt?
- Spørsmål: Vil ett nytt program dekke alle formål? Hva ønsker Rådet skal være formålet med denne type program/modul?
- Det er i dag svakt med ledelsesopplæring i utdanningene. Det utdannes flere og flere spesialister. Fokuset må være på å forberede studentene til arbeidslivet.
- Rådet må tenke bærekraftighet. Hvilken myndighet har Rådet for å pålegge eksisterende programmer en ny modul for ledelsesutvikling?
- Ledelsesutvikling må prioriteres. Innholdselementet må være klart. Det er viktig med erfaringsbasert kunnskap.
- Forslaget om å utvikle et nasjonalt program må konkretiseres. Det må ses på på tvers av sektorer. Hva skal innholdet være og i hvilken form? Programmene må være innrettet mot personer i rett kontekst.
- Aksjonsbasert læring er viktig.
- Styre og lede er to forskjellige ting. Vi må vite hva vi skal treffe. Hovedutfordring er at ledere ikke forstår forskning og innovasjonskultur. Det er også en spesiell utfordring å lede "primadonnaer". Det bør tenkes mer modulrettede programmer.
- Det er i dag et stort behov for kulturbygging. Det bør tenkes noe mer enn å bare utvikle lederen.
- Det er behov for kunnskap om strategisk ledelse. Det er behov for ledere som ser fremover.

**Vedtak:** Arbeidsgruppen presenterer på et rådsmøte tidlig i 2017 et forslag til innretning på en evt utlysning av midler til å etablere et nasjonalt lederutviklingsprogram for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorer og institusjoner og privat/offentlig sektor. En evt utlysning må ses i sammenheng med budsjettet for HO21 for 2017.

## Sak 53/16

### Satsingsområde Møte de globale helseutfordringene

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bakgrunnsdokumenter:</b>                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> <li>Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> </ul> |
| <b>Vedlegg:</b>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentasjon NIGH, Nina Langeland (UiB)</li> <li>Saksnotat fra arbeidsgruppen, datert 28.11.2016</li> </ul>                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Ansvarlig arbeidsgruppe:</b>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ernst Omenaas, Helse Bergen HF (<i>gruppeleder</i>)</li> <li>Dagfinn Bjørgen, Mental helse</li> <li>Eirik Næss-Ulseth, Gründer og investor</li> <li>Guri Rørtveit, UiB</li> <li>Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet</li> <li>Karita Bekkemellem, LMI</li> <li>Tom Pike, Vaccibody AS</li> </ul>                           |
| <b>Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Møte 31.8.2015 (04/15) (innspill til handlingsplanen)</li> <li>Møte 1.12.2015 (innspill til handlingsplanen)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                   |

*Dekan Nina Langeland (UiB)* presenterte for Rådet Norsk institutt for global helse (NIGH). Forslaget om å etablere NIGH stammer fra HO21-strategien og satsingsområde Møte de globale helseutfordringene.

Målsettingen for NIGH ble vedtatt opprettet av NSG i mai 2016. Målet med NIGH er å styrke samarbeid, samordning og utvikling mellom norske institusjoner omkring globale helse, forskning, utdanning og kompetansebygging. Det skal bli et samlet, ledende miljø for global helse internasjonalt.

NIGH skal være et strategisk organ for de deltakende institusjonene innen global helse-relatert aktivitet med følgende hovedoppgaver:

- Heve kompetansen innen global helseforskning og -utdanning
- Gi råd og faglige innspill om globale helsespørsmål
- Bidra til å synliggjøre nytten av norsk innsats på global helse for pasienter og samfunn, globalt og i Norge
- Fremme interessen for arbeid med global helse
- Utarbeide og vedlikeholde en oversikt over alle globale helseprosjekter som deltakende aktører er engasjert i
- Fremme interessen for arbeid med global helse
- Utarbeide og vedlikeholde en oversikt over alle globale helseprosjekter som deltakende aktører er engasjert i
- Holde oversikt over utlyste forsknings- utdannings- og utredningsmidler og stimulere til samarbeid om nye søknader mellom medlemsorganisasjonene
- Styrke internasjonal konkurranseevne og bli et ledende internasjonalt miljø for forsknings-, utdannings- og utredningsprosjekter innen global helse
- Fremme samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og forskningsråd, helseforetak, næringsliv, NGOs (ikke-statlige organisasjoner), NORAD
- Stimulere til tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid for spørsmål med relevans til global helse, forskning og utdanning
- Den nasjonale forskerskolen i global helse er en integrert del av NIGH
- Arrangere et årlig møte for globale helsespørsmål
- Følgende inngår i styret til NIGH (forslag):
  - 4 representanter fra Regionale helseforetak
  - 4 representanter fra universitetene
  - 1 representant fra UHR
  - 1 representant fra FHI
  - 6 observatører: SINTEF, NUPI, Forskningsrådet, CMI, UD og NMBU
  - Styret møtes 2 g/år
- NIGH utarbeider årsrapporter og vedlikeholder nettsider. Rapporterer til HO21-monitor og NSG.
- NIGH-AU består av to repr fra RHF, to fra universitetene og en fra instituttsektoren.
- Ledelses- og sekretariatsfunksjonen går på omgang mellom medlemsinstitusjonene
- NIGH etableres i en prøveperiode på 5 år og evalueres i løpet av perioden.

**Momenter fra diskusjonen – presentasjon av NIGH:**

- Rådet etterspør involvering av næringslivet i NIGH. Næringslivet bør være representert, ikke bare som observatører
- Lik sammensetning av styret i NIGH som ved andre organisasjoner. Bør det tenkes nytt og annerledes? Er et behov for nye dynamikker?
- NIGH svarer på tiltaket fra HO21-strategien.

- Blandet erfaring med hvordan NSG er organisert. NSG fungerer i prinsippet som et råd. Det er f.eks, ikke rigget for drift.
- Skal NIGH løse alle utfordringene på området? Skal NIGH koordinere alle institusjoner som driver med forskning? Hvor nært er NIGH hovedoppdraget til universitetene og sykehusene. NIGH bør ikke være noe strategiorgan.
- Det er behov for tydeliggjøring av behov nasjonalt, ikke bare internasjonalt.
- Det bør tenkes andre representanter inn i NIGH.
- Utdanning må med.
- Dagens samarbeid fungerer ikke godt nok. Burde samordningen være en del av oppdraget til instituttet?
- NIGH, et fint initiativ. Et stort fremskritt. Forskning og innovasjon må være kjernevirksomheten.
- HO21- strategien oppfordrer aktørene til å handle. Kan NIGH vurdere hvordan et samarbeid med aktører utenfor instituttet bør være?
- På oppstartsmøtet i januar vil forventning om oppdraget til NIGH bli diskutert. I tillegg til involvering av frivillig sektor og næringslivet.

*Gruppeleder Ernst Omenaas (Helse Bergen HF)* presenterte arbeidsgruppens arbeid med satsingsområde og forslag til anbefalinger. Arbeidsgruppen har for satsingsområdet kommet frem til tre anbefalinger for å følge opp tiltakene i strategien og handlingsplanen. De tre anbefalingene er:

- 1) Sikre god og forutsigbar finansiering til et globalt helseforskningsprogram
- 2) Styrke det globale helseperspektivet i utdanning og kompetansebygging
- 3) Styrke samhandling og samarbeid for å nå målsettingene

#### **Momenter fra diskusjonen – presentasjon av arbeidsgruppens forslag til tiltak:**

- Vi har en sterk innsats. Hvor står GLOBVAC? GLOBVAC er planlagt som et langsiktig program (2012-2020), men signalene Forskningsrådet mottar fra UD ift den fremtidige finansieringen av GLOBVAC er svært vage. På denne bakgrunn er det helt umulig for programmet å opprettholde aktivitetsnivået i programmet dersom den finansielle situasjonen ikke avklares. UD bidrar med en 112 mill. kroner og HOD med en 10-11 mill. kroner i GLOBVAC.
- Det er svært viktig at et globalt helseforskningsprogram sikres stabil finansiering fremover, både for å ivareta de gode miljøene som er

bygget opp over tid og for å styrke den målrettede innsatsen for global helse.

- Det er behov for felles innhold i utdanningene.
- Det er behov for felles kulturkompetanse. KD arbeider med forskrift som skal erstatte rammeplanene og som skal stake ut felles kompetanseområder. Kulturkompetansen inkluderer også global helse.
- Det vil være mulig å melde inn behov for forskning, utdanning og innovasjon til NIGH og UHR.
- NORAD må inkluderes i arbeide med globale helseutfordringer.

**Vedtak:** Rådet anmoder NIGH om å ta med seg momentene fra diskusjonen i det videre arbeidet. Rådet ber om at NIGH kommer tilbake til HO21-rådet når det er mer avklart hvilket formål organisasjon skal ha og hvordan den bør organiseres.

Rådet ønsker å gå i dialog med UD for å diskutere videre finansiering av GLOBVAC.

Rådet vedtar å sende en formell henvendelse til UD med en anmodning om videre stabil og forutsigbar finansiering av GLOBVAC.

## Sak 54/16

### Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bakgrunnsdokumenter:</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notat fra arbeidsgruppen, datert 25.4.2016</li> <li>• Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> <li>• HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> </ul> |
| <b>Vedlegg:</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentasjon, Forskningsrådet</li> <li>• Presentasjon, Hilde Nebb (UiO)</li> <li>• Kopi brev fra HO21-rådet til Forskningsrådet 24.6.2016</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Innledning ved:</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Divisjonsdirektør Jesper W Simonsen, Forskningsrådet</li> <li>• Prodekan for forskning, Hilde Nebb, Med. Fak., UiO</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Ansvarlig:</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erlend Smeland, OUS (<i>gruppeleder</i>)</li> <li>• Bjørn Gustafsson, NTNU</li> <li>• Eirik Næss Ulseth, Gründer</li> <li>• Inger Østensjø, KS</li> <li>• Mona Skaret, Innovasjon Norge</li> <li>• Pål Kraft, UiO</li> </ul>                                                                                                                                                      |

|                                                                      |                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24.10.2016 (05/16)</li> <li>• 25.4.2016 (03/16)</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

*Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet)* presenterte Forskningsrådets rolle i koordinering av innspill til Horisont 2020.

Innspill til EU mht arbeidsprogram (utlysninger) og nytt rammeprogram gis på overordnet nivå (fra Forskningsrådet og KD i samarbeid) og på programnivå (fra programkomiteens delegater i medlemsland og assosierte land).

For helse i H2020 - Forskningsrådet spiller inn til:

- Advisory Group Report
- Scoping Paper
- Work Programme

For andre innspill til hele H2020 – Forskningsrådet spiller inn til:  
Under SC1 – health

- Aktiviteter finansiert av SC1:
  - Innovative medicine Initiative (IMI)
  - Active and Assisted Living (AAL) (ICT for ageing well)
  - The European & Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP)
- Ex innspill på navn til workshops – kan bli invitert til Brussel for å diskutere fremtidige prosjekter
- Andre deler av HO2020
  - NMBP – nano
  - FET

Innspill fra Norge bygger på:

- Samarbeid med referansegruppens medlemmer og EU-rådgivere ved institusjonene
- Nasjonale fortrinn/behov

For noen innspill:

- Samarbeider med andre nordiske land (ex registre)
- Samarbeid med andre land om felles innspill

Referansegruppen igangsatt i 2011 – 2020:

- Invitasjon til de største mest relevante institusjonene – et tilbud om å delta
- Ikke oppnevnt av Forskningsrådet, representantene er utpekt av institusjonene
- 41 personer fra



- Alle universiteter, breddeuniversitetene (med, mat.nat og samfvit, psyk fak)
- Helseforetak med universitetsfunksjon
- HIOA og Høyskolen i Gjøvik
- Clustere relevante for helse
- LMI,KS, Sintef, FHI, Veterinærhøyskolen
- Helsedir + eHelsedir
- Programstyreledere heleprogrammene
- Institusjonene har utpekt representanter på ulike nivå

*Prodekan for forskning og professor Hilde Nebb (UiO)* presenterte et eksempel på H2020-organisering ved Det medisinske fakultet.

Fakultet arbeider kontinuerlig for å lykkes bedre inn mot EU helse

- 2013: etablering av Enhet for ekstern finansiering (EEF)
- 2014: Utvidet hjelp til budsjettering av eksterne prosjekter
- 2015: Felles forskerstøtte i nettverk med OUS, samarbeidsavtale
- 2016: Bedre forskerstøtte – nærhetsmodell

Påvirkningsarbeid inn mot siste arbeidsprogram

- UiO – Forskningsdekanforum
- Koordinert innspillsprosess til arbeidsprogrammet (Feb)
- Hvorfor påvirkningsarbeid
  - Påvirke innholdet i arbeidsprogrammet
  - Synliggjøre institusjonenes fortrinn
  - Forskeren blir tidlig kjent med innhold og kan posisjonere seg
- Brusseltur i April med lederlinjen + Forskerstøtte MED/OUS (40 personer)
  - Mål: Ledelsen økt kunnskap om EU - Tilrettelegge for god forskerstøtte
  - Forskningsrådets Brüssel kontor, Yngve Foss, NCP
  - Foredrag (Europaparlamentet, EUs helse policy, H2020 programmene, AG medlem Anne Inger Helmen Borge, UiO)

Innspillsrunde MED

1. AG RAPPORT
2. Mai: Innspillsprosess forberedes
3. Samarbeid i linjen – kraftig ledertrykk – EEF (MED) + FS (OUS)
4. Samarbeid m MED/OUS, AG medlem UiO, NCP
5. Kort frist når AG rapport ute (9.juni-30.juni)
6. TEMATISKE GRUPPER med forskere m leder for hver gruppe
7. 70 faste vitenskapelige involvert
8. SCOPING PAPER
9. Lederlinjen, Leder tematisk gruppe

## 10. Posisjonsmøter

## 11. Rektor/Dekan/Forskningsdekan/Forskerstøtte: møte November

- Forventninger
- Hva er hindringene?

## Kommentar fra HOD:

- Hovedprinsippet for norsk representasjonen i programkomitéene er at delegaten kommer fra relevant sektordepartement og eksperten fra relevant faginstans, f.eks. Norges forskningsråd, Innovasjon Norge e.l.

**Momenter fra diskusjonen:**

- Klyngene føler seg ivaretatt.
- Referansegruppen til OUS er en viktig måte å arbeide på. Utfordringen ligger i å få avsatt nok tid til å delta i evalueringskomiteer etc. Det virker å være enklere for de universitetsansatte.
- Det bør kanskje vurderes hvorvidt Forskningsrådet bør påvirke Horisont 2020 med å fokusere på enkelte områder. Innspillene fra EU kommer fra mange forskergrupper, institutter etc. UiO sin representant er oppnevnt av EU som en uavhengig ekspert.
- EU programmene favner bredere enn programmene i Forskningsrådet.
- Alle inviteres til å komme med innspill. Forskningsrådet sluser innspillene videre til EU. Nå ligger midtveis evalueringene ute – det er en unik mulighet til å påvirke inn mot det 9. rammeprogrammet. Ta kontakt med NCP-ene i Forskningsrådet.
- Alle forskere i Norge bør engasjere seg.
- Eksempelet fra UiO er et godt eksempel.
- Institusjonene må være interessert i å posisjonere seg. Det er viktig å bruke tiden fremover.
- Spørsmål til kommunerepresentasjon i referansegruppen. KS er representert i referansegruppen.
- Arbeidet ift EU må være forankret i ledelsen.
- Det er behov for strukturerte systemer i arbeidet med å gi innspill til EU.
- Det er viktig å etterspørre hva som skjer på møtene av dem som deltar på møtene.
- Det er viktig å inkludere næringslivet i dette arbeidet. Norge må stå samlet. Én enkelt bedrift vil ikke ha kapasitet til å bidra alene.
- Viktig å ha fokus på impact.
- Abelia og FFA har etablert et EU-nettverk for kommunesektoren.

**Vedtak:** Rådet er tilfreds med tilbakemeldingen fra Forskningsrådet.

Rådet synes måten Det medisinske fakultet (UiO) har organisert seg på i arbeidet med å gi innspill til

utlysninger og arbeidsprogrammer i EU er veldig bra og tar presentasjonen til Hilde Nebb til etterretning.

## Sak 55/16

### Satsingsområde Bedre klinisk behandling

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bakgrunnsdokumenter:</b>                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> <li>HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> </ul>                                                       |
| <b>Vedlegg:</b>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Saksnotat datert 28.11.2016</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Ansvarlig arbeidsgruppe:</b>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bjørn Gustafsson, NTNU (leder av arbeidsgruppen)</li> <li>Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF</li> <li>Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge</li> <li>Erlend Smeland, OUS HF</li> <li>Fredrik Syversen, IKT Norge</li> <li>Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet</li> <li>Kathrine Myhre, Oslo Med tech</li> <li>Rannveig Tellemand Storeng (<i>sekretær for arbeidsgruppen</i>)</li> </ul> |
| <b>Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Møte 23.2.2015 (02/15) ( innspill til handlingsplanen)</li> <li>Møte 1.12.2015 (06/15) (innspill til handlingsplanen)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                |

**Merknad:** Saken utgikk. Satsingsområdet vil bli diskutert på et rådsmøte tidlig i 2017.

## Sak 56/16

### Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering - Senter for fremragende klinisk helseforskning

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bakgrunnsdokumenter:</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> <li>Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> </ul> |
| <b>Vedlegg:</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentasjon Senter for fremragende klinisk helseforskning, Forskningsrådet</li> <li>Notat fra Forskningsrådet</li> </ul>                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Ansvarlig:</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Andre rådsmøter hvor dette</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Møte 24.10.2016 (05/16)</li> <li>Møte 25.4.2016 (03/16)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| <b>satsingsområdet<br/>har vært<br/>diskutert</b> |  |
|---------------------------------------------------|--|

Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet) presenterte forslag til innretning av sentre for fremragende klinisk helseforskning.

Som et ledd i oppfølgingen av HO21- strategien fikk Forskningsrådet i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede en mulig senterordning for klinisk helseforskning. Tiltaket er beskrevet under satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering og vist til under satsingsområdet Bedre klinisk behandling i HO21- strategien.

HO21- strategien anbefaler:

*"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".*

Forskningsrådet har følgende senterordninger:

- **Sentre for fremragende forskning (SFF)**  
Langsiktig grunnleggende forskning innenfor alle fagområder, kun basert på vurdering av vitenskapelig kvalitet og potensial for grensesprengende resultater. Sentrene arbeider med ambisiøse ideer og komplekse problemer der samordnet forskning innenfor, eller på tvers av, fagområder er viktig.
- **Sentre for forskningsdrevet innovasjon (SFI)**  
Langsiktig grunnleggende næringsrettet forskning, som vektlegger både vitenskapelig kvalitet og næringspotensial. Forutsetter samfinansiering mellom forskningsmiljøer, brukerpartnere og Forskningsrådet. Som hovedregel må et SFI ha minst tre brukerpartnere, deriblant bedrifter.
- **Forskningssentre for miljøvennlig energi (FME)**  
Konsentrert langsiktig satsing på forskning innenfor fornybar energi, basert på høy vitenskapelig kvalitet og potensial for innovasjon og nyskapning. Forutsetter samfinansiering mellom forskningsmiljøer, brukerpartnere og Forskningsrådet.

Innretning Senter for fremragende klinisk helseforskning

- Fremragende klinisk forskning som gir økt kvalitet i pasientbehandlingen > nytte, klinisk relevans
- Kliniske studier innenfor et bredt spekter av intervensjoner (legemidler, medisinske utstyr, kirurgiske prosedyrer, e-helse, andre type behandlinger)

- Forskningen skal hovedsakelig være anvendt og falle under definisjonen for klinisk behandlingsforskning
- Grunnleggende problemer knyttet til klinisk behandling

Overordnede kriterier for utvelgelse av sentre er vitenskapelig kvalitet, internasjonalisering og relevans og nytte i form av senterets bidrag til bedre pasientbehandling.

Det vil bli stilt krav til

- Vertsinstitusjon
- Partnere
- Organisering
- Internasjonalisering
- Finansiering

Suksesskriterier for sentrene

Budsjett

- Langsiktige bevilgninger (5 + 3 år)
- 15 – 20 mill. kroner pr år pr senter fra Forskningsrådet
- Ordningen bør kunne finansiere 4-6 sentre

Senterordningen skal til behandling i divisjonsstyret for Samfunn og helse i Forskningsrådet i desember 2016 og i Hovedstyret til Forskningsrådet tidlig i 2017. Det planlegges en utlysning (trinn 1) høsten 2017.

#### **Momenter fra diskusjonen:**

- SKH fremstår som et senter mellom SFF og SFI.
- Savner noe om brukermedvirkning i kravene.
- Usikker på type forskning senteret skal drive med. Comparative Effectiveness Research (CER) – vil det være en del av fokuset på forskningen?
- Helseøkonomi må inkluderes.
- Stor entusiasme i de kliniske miljøene. Uklart ift tematisk avgrensning.
- Hvordan få frem forskning som ligger utenfor den tradisjonelle forskningen?
- Det skal ikke være en finansieringsordning for alle gode formål.
- Spannende og interessant. Forskningen bør knyttes til sykdomsbyrde.
- God tenkning rundt hvordan få frem fremragende forskning på feltet.
- Datadeling, transparens og krav om publisering ligger inne som standard krav.

Kommentar fra Forskningsrådet:

- Det er tenkt 4-6 sentre med oppstart fra 2019. Brukermedvirkning og nytterefleksjoner er innarbeidede standarder.
- Det vil ikke være mulig å kreve næringslivsdeltakelse i alle prosjekter. Næringslivet skal inkluderes der det er relevant.
- Alle miljøer vil ikke nå frem. Alle miljøer skal ikke nå frem. Fokuset skal være på kvalitet.
- Institusjonene er ansvarlige.
- Etiske dilemmaer skal håndteres med standard krav.
- Foreløpig tidsplan 2017:
  - Informasjon om senterutlysningen vil gå til miljøene tidlig 2017
  - Utlysning av sentre trinn 1: Høst 2017
  - Utlysning av sentre trinn 2: vår 2018
  - Oppstart av sentre: tidlig 2019

**Vedtak:** Rådet er positiv til forslaget til innretning for sentre for fremragende klinisk helseforskning.

Rådet tar Forskningsrådets forslag til innretning av sentre for fremragende klinisk forskning til etterretning.

## Sak 57/16

### Satsingsområdene Effektive og lærende tjenester og Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bakgrunnsdokumenter:</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notat datert 24.10.2016 (vedlegg sak 44/16)</li> <li>• Notat datert 12.9.2016 (vedlegg sak 38/16)</li> <li>• Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> <li>• HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> </ul> |
| <b>Vedlegg:</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentasjon HCA, UiB/Bergen kommune</li> <li>• Presentasjon Helsedirektoratet</li> <li>• Presentasjon arbeidsgruppen</li> <li>• Foreløpig skisse til helhetlig nasjonalt innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse</li> <li>• Saksnotat fra arbeidsgruppen datert 28.11.2016</li> <li>• Kopi av oppdragsbrevet fra HOD til</li> </ul>                                            |

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                      | Helsedirektoratet <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltaksoversikt – tiltak i sammenheng</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Innledning:</b>                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsedirektoratet v/divisjonsdirektør Svein Lie</li> <li>• Instituttleder Guri Rørtveit (UiB) og kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen kommune</li> </ul>                                                                                    |
| <b>Ansvarlig arbeidsgruppe:</b>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilde Lurås, AHUS (<i>gruppeleder</i>)</li> <li>• Ernst Omenaas, Helse Bergen HF</li> <li>• Gro Jamtvedt, HiOA</li> <li>• Håkon Haugli, Abelia</li> <li>• Kathrine Myhre, Oslo Medtec</li> <li>• Nina Mevold, Bergen kommune</li> <li>• Svein Lie, Helsedirektoratet</li> </ul> |
| <b>Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Møte 24.10.2016 (05/16)</li> <li>• Møte 12.9.2016 (04/16)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                            |

*Divisjonsdirektør Svein Lie (Helsedirektoratet)* presenterte forslag til helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell.

#### Oppdragsbeskrivelse

- Oppdraget omfatter å utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell for helse- og omsorgstjenestene, herunder å:
  1. Kartlegge dagens innovasjonssystem
  2. Foreslå organisering av et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem innenfor helse og omsorg
  3. Utarbeide en veileder for tjenesteinnovasjon innenfor helse- og omsorgstjenesten
- Samarbeid med InnoMed, DIFI, DogA, RHF, Innovasjon Norge, Norges forskningsråd og KS («de10»)

#### Dagens innovasjonssystem

**Styrke:** Vilje, kompetanse, penger, piloter, virkemiddelapparat, fremvoksende næringsklynger

**Svakhet:** Uoversiktlig, ukoordinerte initiativ, ulike tilnærminger, kultur («mindset»), barrierer for næringslivet med å nå inn i offentlig sektor

#### Muligheter

- Organisere kunnskapsdeling
  - Samle alt det som er bra i ett felles system
  - Videreutvikle arenaer – på tvers av aktørene
  - Koordinere og videreutvikle piloter (samarbeid og læring)
- Momentet er nå:
  - Nasjonal samarbeidsavtale (InnoMed) om innovasjon og næringsutvikling i helse og omsorgssektoren går ut
  - Har HO21 strategi
- Utvikle mer kunnskap – knytte til praksis

Syv tiltak:

- Tiltak 1 – Helhetlig monitoreringssystem
- Tiltak 2 – Verdiskapende utdanning og læring
- Tiltak 3 - Koordinering
- Tiltak 4 – Støtte for effektiv implementering av tekniske løsninger
- Tiltak 5 – Veileder for tjenesteinnovasjon
- Tiltak 6 – Trinnvis finansiering
- Tiltak 7 - Nødvendige rammebetingelser

*Instituttleder og professor Guri Rørtveit (UiB) og kommunaldirektør Nina Mevold (Bergen kommune) presenterte Helsecampus Årstadvollen (HCÅ) og helseklyngen helsecampus Årstadvollen for Rådet.*

Universitetet i Bergen har som del av sin nylig vedtatte strategi for forskning og innovasjon i helse- og omsorgssektoren (2016-2022) valgt å prioritere kunnskapsklyngen «Helsecampus Årstadvollen» (HCÅ). Helsecampus Årstadvollen skal være et kraftsentrum for tverrfaglig forskning, realisere samhandlingsreformen og løfte frem folkehelseperspektivet innen helse- og velferdsyrkene i primærhelsetjenesten.

HCÅ skal skape innovative helse- og omsorgsløsninger for hele hjelp av fremragende forskning og utdanning, fullverdige praksisarenaer og tverrfaglig samhandling. Dette skal gjøres gjennom;

*Forskning:* Endre helseforskningens innretning, for derved å skape nye, effektive løsninger på lokale og globale utfordringer gjennom helhetlig, tverrdisiplinær forskning og aktiv bruk av teknologi.

*Utdanning:* Sikre kandidater helhetlig teoretisk og praktisk kunnskap, rettet mot lokale og globale helseutfordringer.

*Formidling:* Bidra aktivt i det offentlige ordskifte om Helse, og sikre at beslutninger om Helse har et godt kunnskapsgrunnlag.

*Innovasjon:* Frembringe relevante og effektive teknologiske og organisatoriske løsninger, som etterspørres av leverandører av helse- og omsorgstjenesten lokalt og globalt.



I helseklyngen: Universitetslegesenter/primærhelseteam

- Tett samarbeid og integrasjon med UiB om forskning og utdanning
- En arena for praksisundervisning og eksamen i allmennmedisin og andre utdanninger
- Bergen kommunes «utviklingslaboratorium»
- Primærhelseteam med praksissykepleier, fastleger og helsesekretærer

**Momenter fra diskusjonen - Helsecampus Årstadvollen (HCÅ) og helseklyngen helsecampus Årstadvollen:**

- Rådet er imponert over hva som gjøres i Bergen.
- Arbeidet med Helsecampus Årstadvollen (HCÅ) og helseklyngen helsecampus Årstadvollen har vært en lang prosess som har vært diskutert i ulike samhandlingsarenaer igjen og igjen.
- Det er viktig å spille på enkelt kommunene. Det forplikter kommunene. Alle kommunene bidrar med litt egenfinansiering.
- UiB er opptatt av PHT. HO21 har vært en viktig funksjon.
- Flott løft. Både befolkningen og aktørene er kjent med dette.
- Initiativet må synliggjøres. Det må lages møteplasser. Abelia bidrar gjerne.
- Living labs i kommunesektoren må hektes på.
- FHI er positiv til initiativet. Det er en god modell som bør spres.
- Er det noe Rådet kan bidra med for å gjøre modellen om til en mer generisk modell?

Arbeidsgruppen fikk i oppgave på rådsmøte 24.10.2016 (05/16) å utarbeide helt konkrete forslag til tiltak for de tre foreslåtte anbefalingen fra arbeidsgruppen. *Gruppeleder Hilde Lurås (Ahus)* presenterte forslag til tiltakene for arbeidsgruppens tre anbefalinger.

**Momenter fra diskusjonen – Effektive og lærende tjenester**

- Det er behov for konferanser, regionale, nasjonale og internasjonale.
- Det er viktig å involvere de som er ansvarlig for anskaffelsen.
- Det er viktig å involvere de som arbeider i tjenesten.
- Det er behov for satsing og kontinuitet på området.
- Det foreslås å invitere noen som kan presentere det nye regelverket for offentlig anskaffelser som trer i kraft i 2017.
- Er det mulig å se noen av tiltakspunktene i sammenheng med arbeidet til arbeidsgruppen Utvikling av de menneskelige ressursene (ref. kulepunkt nr. 3)
- Hvorfor er dette så utfordrende? Er det noe i avtaleverket som skaper hindringer?

- Vi må se utfordringene i et nordisk perspektiv. HOD ser på framskriving av personellbehovet og forskjeller mellom de nordiske landene.
- Det finnes i dag mye god og dårlig forskning overalt. Det er viktig å ikke støtte opp under den dårlige forskningen.
- Tiltakene må evalueres før de igangsettes.
- Det foregår i dag en stor analyse av lærertetthet.
- Det bør unngås at reformer rulles ut som forsøk.
- Det er viktig å sette dette på dagsordenen.
- Hvordan kan vi få evidensbaserte politiske tiltak?
- Bør det prøves ut modeller i sammen med utdanningsfeltet?
- Det er behov for et overordnet grep.
- Mange av tiltakene går på tvers av flere av arbeidsgruppene. Det er viktig med samarbeid mellom gruppen mtp oppfølging og effekten av tiltakene.
- Alle aktører må involveres i oppfølging av tiltakene. Noen tiltak er i igangsatt, andre tiltak bør løftes frem som nasjonale tiltak.
- Det er behov for kompetanse på feltet. Det arbeides med et felles innhold i alle sosialfagutdanningene. Det er behov for tilpasset undervisningsopplegg.

**Vedtak:** Foreløpig skisse til helhetlig nasjonalt innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene fra Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse ble tatt til etterretning.

Rådet vedtok å arbeide videre med de foreslåtte tiltakene fra arbeidsgruppen på kommende rådsmøter.

## Sak 58/16

### Eventuelt

Rådets arbeidsform ble gjennomgått. Arbeidsformen til Rådet vil bli ytterligere diskutert på et rådsmøte på nyåret.

### Neste møte:

Mandag 23. januar 2017, kl 10.00-16.00, Forskningsrådet.

## **VEDLEGG**

**Sak 51/16**

## HO21 utvalget for forskning og innovasjon på mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet

| Navn                                 | Stilling                                             | Institusjon                                        |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Pål Kraft (leder av utvalget)</b> | medlem av HO21-rådet, professor, instituttleder      | Psykologisk institutt, UiO                         |
| <b>Arnfinn Sundsfjord</b>            | medlem av HO21-rådet, dekan                          | Det helsevitenskapelige fakultet, UiT              |
| <b>Anders Høgberg</b>                | fagsjef ernæring og helse                            | Orkla                                              |
| <b>Birger Svihus</b>                 | professor                                            | NMBU, Institutt for husdyr- og akvakulturvitenskap |
| <b>Eirik Selmer-Olsen</b>            | programstyreleder<br>BIONÆR/konserndirektør FoU      | Forskningsrådet/Tine                               |
| <b>Ellen-Margrethe Hovland</b>       | fagsjef ernæring                                     | Animalia                                           |
| <b>Helle Margrete Meltzer</b>        | forskningssjef Område for smittevern, miljø og helse | FHI                                                |
| <b>Ivar Pettersen</b>                | seniorrådgiver, førsteamanuensis II                  | NIBIO, Handelshøyskolen ved NMBU                   |
| <b>Kristin Hollung</b>               | forskningssjef                                       | Nofima                                             |
| <b>Mona Torp</b>                     | fagansvarlig mattrygghet                             | Vetrinærinstituttet                                |
| <b>Ole Petter Nordby</b>             | CEO                                                  | FREMTIDSMAT                                        |
| <b>Usman A. Mushtaq</b>              | styremedlem EAT                                      | EAT                                                |
| <b>Øyvind Lie</b>                    | forskningsdirektør                                   | NIFES                                              |
|                                      |                                                      |                                                    |
|                                      |                                                      |                                                    |

### Oppdraget

Utvalget skal gjennomføre en utredning om forskning og innovasjon på mat, ernæring og helse relatert til matvarebransjen/næringsmiddelindustrien. Utredningen skal belyse, synliggjøre og avklare ressurser og utfordringer for samarbeid på feltet på en systematisk måte; og foreslå tiltak for å løse disse utfordringene.

## **VEDLEGG**

**Sak 52/16**

## Making a difference

George Binney  
Ashridge  
December 2016

## Living Leadership: A different idea of leading

### FROM:

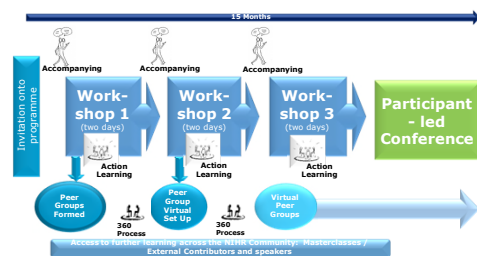
The leader as  
transforming hero

### TO: Ordinary heroes who

- Adapt to different situations
- Embody values and goals that followers attach to
- Demonstrate character (not charisma)
- Cope with uncertainty, contradictions, mess and help people to stop and think
- Enable others to achieve results



### NIHR Leaders Programme





## Leadership development – our condensed experience

- Leading is an ordinary social activity that everyone knows a lot about. It is a craft, learnt over many years of trial and error and reflection, in specific contexts
- We seek to free up, not fill up, people to lead
- We focus on practice
- Our stance is affirmative. We value people as they are, not some idealised notion of how they should be
- Effective peer support and challenge is essential in the current world of permanent transition
- We support people to come together across boundaries, with purpose
- There is no choice between individual and organisation development; both are needed
- We shift the relationship between coach and participant: we struggle and we learn together

NHS  
National Institute for  
Health Research

"There are not many 'watershed' moments in your professional career but undergoing the NIHR Leadership Course was one of them. The course over 18 months gave me insights into leadership theory, my role in research and most importantly myself."

"Some leadership courses feel it almost essential to demonstrate to participants their lack of leadership skills, while the Ashridge approach has been to bolster individuals who already have extensive leadership skills, though perhaps not recognising them as such."

"There are two types of leadership development courses that develop skills and life-changing experiences. Ashridge provides the latter"

"The Ashridge leadership course was more of a personal journey; there were no right and wrong things any more – it was about understanding oneself and the people who you work with, and developing a personal game plan."

"The programme gave me the confidence to develop an independent scientific programme, approaching internationally recognised authorities around the country, pitching my ideas to them, gaining their interest and then driving forward the collaboration."

"Having had some experience of leadership training, I really felt the Ashridge approach took me onto a new level, in being able to provide leadership across a number of diverse spheres."

Participant  
feedback

## Coming Alongside

### **An example of developing 'ordinary heroes' and their organisations**

An example of the application of 'Living Leadership' is the work Ashridge has done with the National Institute for Health Research (NIHR). We have been privileged in the last 3 years to work with over 300 leaders of health research across England.

NIHR was set up in 2006. Its mission is to improve the health and wealth of the nation through research and it currently spends £1billion per year. Participants work in worlds that are receiving strong support from the Government – even in a time of cutbacks. This means there are huge pressures on participants to perform - in a business that may take decades to show results – and many new and challenging institutions to adapt to.

And participants are part – to greater or lesser extents - of an explicit social movement aimed at fostering world-class, translational health research - research that has clear benefits for patients and for health. Participants (usually) are interested in how to be more effective leaders not just for their own sakes and that of those they work with but also in order to further this translational research.

There were two essential aims at the start of the programme. One was to provide each leader with an opportunity to stop and think about how he/she leads in the context of health research and how he/she can be most effective. The other objective was to “put NIHR on the map” – to develop the standing of NIHR and show that it could add value to the health research leaders.

Later, the objectives were formalised as supporting and developing individuals as leaders and helping them to be effective:

- In teams and groups
- Across organisations in the wider health research context .

The unspoken task was to change thinking and behaviours, to help put translational and applied health research at the top of the agenda of the National Health Service and of universities and to help individuals and institutions cooperate (as well as compete) in the service of improved health and patient care.

Within this framework we have had a good deal of freedom to discover a way of working that would be acceptable to the health research leaders and help deliver NIHR's objectives.



The leaders we have been working with come from a very wide range of institutions and experiences and perspectives on leadership. A common thread is that they see themselves as “reluctant leaders”. They have trained long years to become leading scientists and clinicians and they find themselves in later career with significant responsibilities for people, budgets and projects. However they've had little or no formal training or development in management or leadership. The NIHR programme was designed to fill this gap.

Many of the leaders were sceptical and reluctant to become involved in leadership training and development. The individuals are extremely busy. They often have several jobs and work and live between different institutions and so have to deal with conflicting systems, bosses, measures and cultures. Their experience of management is that it's often ineffective, intrusive, constraining and destructive of development. They are allergic to “management speak”. Our first challenge therefore was to find a way to engage with them successfully. The trick was to make a novel enough offer and find a way to engage their curiosity. We were also thinking that it was important to offer support that was directly relevant to their world and the challenges they face.

### **How does it work in practice?**

We started by forming relationships with individuals - joining participants in their workplaces to inquire with them into their key relationships and leadership tasks. We didn't begin in the classroom or in a workshop.

We worked with *what is* not *what should be*. We didn't focus on theory or idealised competencies of leadership. We began at the other end - with the existing practice of participants. We took their experience seriously and helped them make sense of it. We did not assume that participants don't know what they are doing.

We worked with people who are “in the thick of” leading and want to learn to lead better. We didn't try and develop people in anticipation of leading they may do in the future.

We worked simultaneously with individuals, groups and communities. We didn't pretend individuals can develop in isolation from the groups and communities in which they work.

What we have provided is not a course but a process of development over 12 to 18 months, rooted in the realities of leading in particular organisations and focused on learning in real time. In the past, much leadership development effort has been focused on how to “transfer” back to the workplace skills and behaviours “learnt” on a “course”. Coaches and consultants have agonised about how to make the link between individual and organisational development. The ‘Living Leadership’ approach short-circuited both questions. Participants learnt as they lead. The development of individuals was integrated into the development of groups and organisations.

## Accompanying

We started with “accompanying” – going out to visit the participant in his/her workplace and getting a flavour of his/her key relationships, issues and environment. After seeing the participant in action in a variety of situations, we asked “How do you lead? What serves you well? How could you make more of this?” as well as “When are you not getting the results you want? How might you adapt your leading to different situations and needs?”

Reviewing practice together in this way had a number of dramatic effects. It ensured that the discussion of development was rooted in the reality of an individual’s relationships and patterns of behaviour. It quickly built a close relationship between coach and participant. And it enabled the coach to offer practical, immediate support.

### Isobel’s story

*One of us worked with Isobel, a professor of bio-medical science.. He accompanied Isobel to one of her team meetings. At the end of the meeting Isobel asked him to offer feedback, not just on her performance but on the way the group had worked. He responded by outlining some of the patterns he had noticed in the group and asking team members for their reactions. He highlighted the very full agenda of the meeting. Then team members offered their views. They said that they were inhibited from working well because the leader spoke to each individual in turn and not to the group as a whole.*

*Following a break, Isobel decided to change the agenda for the meeting that followed. She again was to be in the chair and the coach would observe. Isobel reduced the next agenda from 20 to 3 items. When this business had been done, she asked the team and the coach to explore what prevented the team working more effectively and creatively. The role of the coach became to facilitate a discussion about how to get the best from the group. Each project leader talked about a problem and asked for help from the group and from her.*

*Later the coach sat down with Isobel to explore how she could develop the way she worked with the team and how he could support her in doing so. Isobel said she wanted to be more strategic and step back from micromanagement.*

*The result after just one morning together was significant. The development “in the moment” and the response to circumstances as they emerged led to a significant shift in the way that Isobel led and the way she related to her team. A new deputy was appointed, a new structure and new roles set in place. Isobel started to trust more and let go of holding too many matters in her own hands. She gave her team more responsibility for day-to-day decision-making and they told her that they valued her strategic role. Her time and energy was freed up to do more science and to take more part in the leadership of the university. She was able to live the strategic part of her role more openly and effectively.*

*Her authority with the group shifted. She moved from fear to trust; from trying to rule over the group to building a working relationship with each one of them. Members of the group were more able to help each other and help her take responsibility. Isobel made more differentiated judgements about her people as it became clear that two members of the team were struggling. Some members of the team could take on more responsibility and some could not. Isobel listened over a wider range; could see danger signs from individuals, some of which had been hidden before. Isobel turned her attention to anticipating problems that individuals might have and seeking to address them. She moved, as it were, from therapeutic to preventative medicine.*

*Looking back, we saw that the intervention was not planned. Isobel and the coach could not know where the discussion would go nor what it would lead to. The intervention grew naturally out of the discussion between coach and leader and the interactions of the group. However the impact was lasting.*

*The issue often for leaders is: "Where do you start? I know I can't tackle everything – but what should I tackle now?" In this case, the coach made the judgement that tackling the way Isobel's meetings worked would be a good place to start development. There were many wider issues – about Isobel, her team, the whole organisation, the research work they want to do – to keep in mind as they worked. There was a sense of potential, of possibility and it was good to seize that in the moment. Change, the coach judged, would come from disturbing existing patterns. Isobel was keen to experiment. Together they sought to change – not talk about it but do it! And they learnt much more as a result.*

*The coach was offering an example of intervening and inquiring into how to change patterns of working and relating to each other. He did not put himself forward as a hero – but as a pragmatic leader, intervening in the moment to provoke change. He invited Isobel and the group to reflect on their experience and act on it. By simple questions and by providing support, he enabled Isobel and the group to change.*

The story illustrates all three of the principles of 'Get Connected', 'Get Real' and 'Get Help'. Isobel had tended to work one-to-one but this disabled the group. She needed to connect better with the group as a whole. They all needed to get real about how they actually worked well together, what didn't work and what they needed from each other. And asking for help removed the fear and shame of doing so. It took away the pretence about perfectionism – which is often present in the research world.

One morning was a short time to move towards more effective leading and teamwork. How was the group able to make progress so quickly? The leader was courageous – willing to open up issues without knowing for sure where it would lead. And she was very capable – with a sure grasp of the business the team had to do and an intuitive sense of people and the dynamics in the room. And the timing was right. Both coach and leader sensed that the group was ready to move forward. Intelligent opportunism paid off.

## **Supported 360 feedback**

The next stage of our programme is a supported, 360 feedback process. This is different from the 360s undertaken in many organisations. There are no long forms or charts. Instead feedback givers are invited to use their own words to respond to simple open questions:

- “What’s most important in X’s leadership role?
- What do you value most about X?
- What would you like him/her to do more of or less of?
- Looking to the future roles X may have, in what ways do you think he/she needs to develop?”

Answers are anonymised and put together in a document that the coach and participant go through together.

We don’t ask feedback givers to pigeon-hole people’s strengths or weaknesses in terms of a few rational categories. We encourage feedback givers to notice and appreciate in full the way an individual works and relates to others, what happens at the rational level but also what goes on emotionally and instinctively. We invite them to say how they attach to a leader (if they do) – why they feel emotionally and intuitively drawn to follow that person.

The simplicity of the questions runs counter to individuals’ experience of other 360s and the anxieties that they often provoke. We noticed that many participants were apprehensive about 360 feedback. They seemed to anticipate criticism and possible, shaming disclosure. On picking up feedback reports, their first instinct often was to look for the critical. We disarmed them by being there with them and encouraging them to look at the whole of the feedback, the appreciative and the apparently critical comments. They hear the words of colleagues that reflect the context that they work in and are often been surprised at how supportive and incisive the feedback is.

Our stance is affirmative. We are concerned to notice people as they are, not some idealised notion of how they think they should be. People seem to find this a great relief. We believe leaders develop through praise and recognition and belief in their capacity.

By affirmative, we mean looking at people in the round, “warts and all”. We addressed weaknesses, vulnerabilities and limits by putting them in context: the context of organisational and team cultures, interpersonal dynamics and individual strengths. We encouraged participants to see the discussion of weaknesses not as a matter of shame but as a signal of confidence – the confidence that they could bear it and come to constructive lessons. To be truthful can be a compliment to people, not an attack on them. And if there is hurt at the exposure of weaknesses, we sought to contain it through our relationship with participants and by putting the weaknesses in perspective.

Our assumption is that senior folk would not have their positions unless they are doing something right. It is important to uncover this, to note flaws and limits, yes, but also to articulate when individuals are influential and how. A key to effective leading is for participants to have a balanced, realistic sense of what they do well and to be able to make the most of it. The issue, as Peter Drucker puts it, is how “to make strengths productive”. This means noticing what is special about each individual and then thinking creatively and pragmatically how to make best use of these strengths.

Our experience is that the perfectionist, generalised competency frameworks, widely used for 360s, often diminish people and cause them to focus on their deficits and not on their strengths. Individuals fear that a 360 will be shaming; that it will highlight in public their weaknesses and vulnerabilities. This can lead to people being disabled and not able to bring the best of themselves to their leading.

By contrast, participants valued our practical, pragmatic and appreciative orientation.

*One of our research leaders, Martin, was a professor of pharmacology. He had never before had 360 feedback and was quite apprehensive about what others would say about him. He had never had any formal leadership or management training and was worried that people would see him as an amateur in his leadership role. Nevertheless, he was persuaded by colleagues who had already gone through our 360 process that it might be valuable for him.*

*When Martin met the coach to go through the feedback together, Martin looked immediately for the criticism of his leading. The coach asked him to look first at the appreciative sections. Martin was taken back by the range and depth of the comments. A shy, private man, he was surprised to hear how people valued his quiet style of leading. Far from criticising him for not being more charismatic, feedback givers talked about the role model he was for them, how his integrity and absolute commitment to the mission of the organisation set the standard for others. Martin relies on his expertise very much in his leading and is a brisk and very business-like chairman. Feedback-givers commented on how appropriate this style was to the work that had to be done.*

*Asked a few weeks later about the 360, Martin said that he was very relieved by what he heard. He had braced himself for criticism – but instead had heard praise. He gained a much clearer sense of his capacity to lead others. He had a conscious sense for the first time of how he was when he led well – and consequently also ideas of what the limits of that way of leading are and the situations where it does not work so well. There were particular skills that he would think about making more use of – like the need, sometimes to let others chair discussions – but the greatest benefit was the mature sense of his potency as leader – something he, as a scientist and clinician, had not had before.*

The supported 360 process makes it possible for the participant and coach to go faster and deeper with development than conventional processes. We come

alongside and work with participants. It is not a process that is done to them as perhaps they've experienced elsewhere. It opens up the question of how the leader sees him/herself and how others see her/him. It provides a developmental space to let others in. Common, unspoken fears that "I'm worthless – or a fraud – as a leader" are tackled. People become less paranoid, more able to let go and trust colleagues. Participants learnt from the experience of being held by their coach in difficult transitions. We set an example of focusing on what happened between people, on their interactions – not on whether an individual is "good or bad, right or wrong."

Many of 360s triggered experiments, in which participants drew on the feedback to try different ways of leading and operating in some situations.

The accompanying and supported 360s provides a platform for the rest of the programme.

### **Peer groups**

Participants work in Action Learning groups which meet at least four times, each for half a day, with the support of an Ashridge coach, to reflect on, and learn from, their leading. Our experience of Action Learning with the NIHR leaders has been wonderful. Though participants are driven and competitive people, they have been very supportive of each other. They very quickly "get real" and tackle important issues; there is little posturing or pretence.

*They were very different characters. There was the high flyer, a surgeon who had worked in the top medical schools and who was now going to the US for a spell. There was a family man who had had a difficult early research career and battled against bosses and the system to do the research he was passionate about. There was the number 2 in a distinguished centre who had been invaluable support to the professor leading her group. And there was a senior consultant in a university unit who provided a much needed view of clinical realities in a cancer research group while juggling many balls including an elderly, infirm mother.*

*At the start the Ashridge coach did not know if the group would work together well. Yet in fact the group became close. Over 18 months they supported each other through many career and life events, births and deaths, jobs and grants lost and jobs won. When the group met for the last time in Ashridge as part of the Programme, group members decided unanimously to keep meeting. They would meet at least twice a year, once by phone (because some group members would be in the US and Australia) and once in person. They did not want to lose the opportunity to talk through dilemmas and choices as they came along. They valued the differences in experience and perspective around the group and the support and challenge they had received. They were determined to keep going.*

### **Themed workshops**

We offer a menu of half-day, skills workshops – from which participants choose the subjects most relevant to them. We have been careful to tailor these

workshops to the needs of participants. The topics are not the usual ones from a business school list; they are ones of particular relevance to participants. Some are very practical questions like how to organise effective meetings and how to work virtually. Others are more personal, like having “difficult conversations” with colleagues. Given the acute pressures on participants’ time, and how bright they are, the workshops are short, intensive and experiential.

In the workshops, we give participants a chance to talk and reflect on their experiments and developments. They are able to make sense of their experience with a group of strangers, to hear other perspectives and consider other ways of leading.

*In the morning of the workshop on meetings participants described problems they had in meetings and the dilemmas or choices they faced in leading or participating; in the afternoon they experimented with ways to tackle these difficulties. Participants were asked to name one dilemma they wanted to discuss and to bid for time for their dilemmas well as identify a facilitator for a short and focused discussion. We added up the total amount of time, adjusted it to the time available and asked people to begin.*

*In one session participants discovered that they felt individually helpless to change a meeting, but that collectively they knew about all the pitfalls, the dilemmas and the uses and functions of meetings.*

*After the workshop, participants were more aware of the work to do before, during and after a meeting. Leaders realised that they need to take care of preparing for the meetings, asking themselves what they wanted to get out of it, how they wanted to run it and who they wanted to be responsible for what after it. They needed to deal with follow up and fall out, not by doing everything for the others but by encouraging, following up and offering advice. Participants learnt they could hand agenda items over to their team members and that they themselves did not have to lead all the time. They could have time to focus on group and individual dynamics as well as tasks, decisions and responsibilities.*

## **Communities of leaders**

We bring together the communities of NIHR leaders twice a year  
- to think together about the strategic landscape they face and consider how they should respond. Participants have valued the chance to consider the “bigger picture” at the same time as considering: “What does this mean for how I/we lead? What do I/we need to focus on or think about now?”

*In one session we brought 60 leaders together. Early in the meeting, we asked participants to position themselves in the room according to where they see themselves in the systems of health research. We suggested one simple way of mapping health research.*

*We quickly had a lively debate. Why this map and not another? What is your picture of the health research system? Where do different groups and*



*organisations sit in relation to one another? And where does the work of each individual fit? Participants had animated conversations in small groups. Then, in plenary they offered ways of making sense of the whole – and difficulties they had in seeing the whole.*

*What was most thought provoking were some of the disconnects. There were participants who knew little of other key organisations in the system and groups that lived alongside each other who had little to do with each other. The system was changing rapidly. How could people keep up with developments?*

*And perhaps the whole system was so complex that it was impossible to come to a definitive picture of the whole. A sense of key landmarks and trends might be good enough.*

### **The process as a whole works!**

What has been the impact of the programme?

What we can say so far is that the feedback from participants has been excellent and that the signs of system development are encouraging. Many participants say that as a result of the programme they feel “much braver” as leaders, able to tackle situations and issues that seemed too intimidating before. Participants describe feeling more effective as leaders as they become more aware, both of the situations they face and the impact they have. One summed it up by saying: “I have gone on a journey from being an unconscious to a conscious leader.”

A few – perhaps 10% of those nominated – have decided not to participate once the programme has been described in detail.

When asked which element of the programme they value most, participants have given different answers. For some, it is the personal support – the “me time” as one professor put it. Others highlighted the Action Learning – “the most expert and qualified feedback I have ever had”. Another participant said he was surprised that 360 feedback “could be a creative process.” Some appreciate most the opportunity to network with the community of health research leaders. Individuals have reported that the programme has triggered new and fruitful collaborations across institutions and disciplines.

Our conclusion? That it is the programme as a whole - the combination of the four elements – that works. We have wondered from time to time whether we should do more of this and less of that. Ultimately this seems futile. It is the whole that is effective.

*“I’ve learnt that there are two sorts of leadership development: courses which develop skills – and life-changing events. You [Ashridge] do the latter.” A client manager.*

### **A new approach to leadership development?**



The NIHR programme is a mixture of old and new: well established processes like Action Learning and experiential workshops alongside newer methods of accompanying and supported 360 feedback. In what ways does the whole add up to a new approach?

The approach is rooted in the advice we've given earlier: get real, get connected, get help. And there is a theme that marks out the approach from other ways of developing leadership.

### **Taking seriously the experience of participants**

We mean this in a number of ways.

One is encouraging participants to learn from their own experience.

If, as we judge, leading happens *between people in a particular context and moment*, the way to develop is not to look out there (to a consultant, a business school or a guru) for ready-made answers but instead to reflect carefully on your own experience and experiment with different ways of acting and behaving in different situations.

Initially, many of our participants did anticipate a “course” and did expect to be taught. The process of supported self-discovery and development we offered was often challenging, at least at first. Yet simple processes like accompanying and supported 360s quickly delivered something quite new to most of them: a spotlight on their leading, time, support and encouragement to think about how they lead and how they can improve. For many participants, it was a revelation.

Another sense of taking their experience seriously is that we avoid idealised sets of leadership competencies or other tools that suggest a deficit model of leadership development and, in practice, discourage people from making the most of their leadership potential. We don't reduce leadership to a few, over-simplified ideas. We encourage participants to work with it as it is in all its complexity and subtlety.

This has led to debate sometimes. In early sessions, participants often request “hints and tips”, easy certainties and clarity about how to lead. Yet most participants seem to welcome the more grown-up approach, particularly after some 1:1 accompanying and coaching.

When with participants we focus on specific incidents, reflections and feelings. We ask them to pay attention to their own data. What have they learnt from particular incidents or episodes? What has shaped their ways of interacting with others? What is their experience outside work? We become experts in “being there” with them, noticing what has happened and encouraging reflection on how to make sense of the experience.

Yet, in the NIHR this has sometimes been a struggle. Our research leaders are very busy, many with three or four different jobs. Finding time and space to reflect has often not been easy. Many have not been used to reviewing what goes on “under the table” – the emotions, the non-verbal signals, the psychological dynamics - in a meeting or other interaction. Yet most have picked up quickly on these questions once invited to do so. They may have been aware of much of what is going on – they just haven’t made conscious use of it to inform what they do as leaders.

All the time, we are discouraging participants from “building castles in the air”: ideas of leadership that sound plausible but have not been tested by robust review of experience.

Here we have met the challenge that our participants as scientists are very used to testing ideas against the data – but that the only data they usually accept as reliable is quantitative and objective. We ask them to explore all the qualitative and subjective data available to them. We have been surprised by the extent to which participants have put aside their usual ideas of evidence and have accepted that in the world of leadership different rules apply. Qualitative and subjective information is essential. Judgement, intuition and instinct have a large role to play.

What participants have agreed to do is to make little experiments – try out different ways of leading and see what results they get. Hypothesis, experiment, data collection. As scientists, this is a process they know well and believe in. We ask them to apply this approach to their leading as well as to their science.

In the early days we wondered what we would have to offer such starry people as our senior participants – people who are very clever, very motivated, doing multiple jobs and demonstrating extraordinary stamina and capability. There was a risk that we would flip-flop – from exaggerated respect for our participants (what can we offer to such distinguished individuals?) to thinking they were hopeless leaders (they may be great scientists or clinicians but really..!).

We re-discovered an old truth – that the way to join participants and win their confidence and respect was to throw a spotlight on the personal and human. We may not have understood some of their scientific or clinical discussions but we could notice how people seemed, whether they looked comfortable or uncomfortable, energised or not, frustrated or excited. And we could ask how our coachee felt, what part he/she played, what he/she could do or focus on. We could offer our experience of people and relationships and see if that illuminated what was happening.

We often discovered a strong, unmet need in our busy participants’ lives to step back and reflect on the personal. What’s most important to me now, at this stage of my career? What do I give priority to? How can I achieve more of the results I want and need? Do I need to focus more on what I find most rewarding?

Taking their experience seriously also means letting go of the idea that we know better.

If leading is contextual, if what is needed cannot be anticipated fully but only delivered in the moment in response to people and situations, then the only people who can discover what is needed are our participants. They live in complex worlds. They work with universities, NHS organisations, regulators, local authorities, patients and public and many others. They have multiple bosses, funders and metrics. Knowing what to do, or how to be, to get the results they need, is a never-ending quest. They need time and support to reflect on their actions and behaviour and the responses they meet.

Our value has not been to work out what they should do but to be a catalyst and support and challenge, to help them have the courage to do what they feel is needed. Yes, we provide ideas, language and provocation to aid their reflection. But we cannot know what they should do. It is their experience and their reflections that matter. There is something odd in saying that you – the coach – know the outcome – how they should lead – before you start. We turn that on its head.

This has meant that we have had to improvise, again and again. We could not know in advance what would come up in a particular session – how a meeting would develop, what would take the interest of a participant nor how he/she would react to feedback. We had to stay alert to their comments, questions and other signals and consider what question to ask or comment to make to aid their learning.

We also had to design the programme with and for participants. Again and again we have adapted our approach. For example, one group of participants pushed back on an agenda for a conference we had suggested. Together, we changed it to something much more successful. Senior leaders have been involved in shaping the design of community meetings.

What we are doing, of course, is similar to what participants need to do when they lead: say what they know and feel strongly about and show that they are responsive to others. Leadership and leadership development are never a “done deal”. So we propose learning processes and designs but we are careful to involve participants as we go.

The common thread in all this work is that it is the relationship between the participant and coach that makes learning possible. It is not some pre-existing knowledge that is mechanistically transferred from coach to participant. It is a productive relationship between coach and participant in which both coach and participant are exploring and learning. They are grappling with the challenge of how to lead well in a particular context: how to influence others when working in a specific combination of organisational culture, business situation, individuals and people dynamics. Participants gain an experience of working in the moment to decide how best to handle different people and situations. They have support to gain the courage to tackle what has been too

uncomfortable. They learn how to take enough account of all the hidden stuff of leadership that goes on beneath the surface and stay focused on the important and do-able.

There are different ways of helping people develop: you can talk, you can show people how to do it and you can hold their hand while they do it. We shift the balance. Yes, some teaching and advocacy helps. But more important is encouraging participants to experience role models and see how it is done. And most effective is supporting participants to experiment and discover for themselves what works in different situations.

People get more energy and learn more from struggling together to deal with today's issues than from sitting down to receive "downloads" of pre-prepared leadership lessons. There is something odd in saying that you know what developmental steps a leader needs to take– how he/she should lead - before you start. We turn that on its head. It is the shared inquiry between coach and leader on a basis of partial and experiential knowing that is edgy and exciting – and productive.

## **VEDLEGG**

**Sak 53/16**

# Norwegian Global Health Institute

HelseOmsorg21 oppfølging

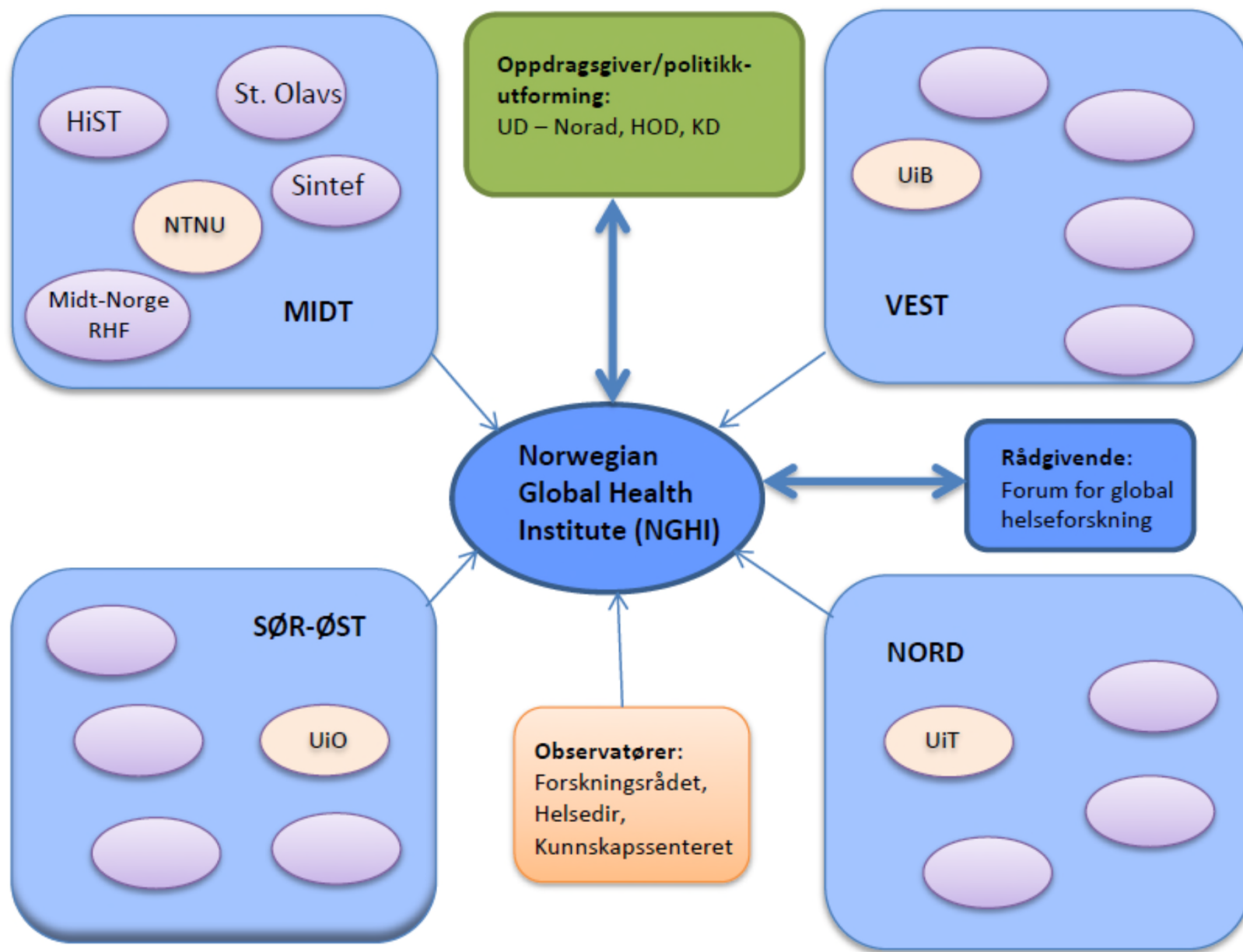
## Norwegian Global Health Institute (NGHI)

- Et formalisert nasjonalt nettverk for global helse

*Av dekan Stig A. Slørdahl og rådgiver Elin Yli Dvergsdal, Det medisinske fakultet, NTNU*

Norwegian Global Health Institute:

- Representere **én adresse** for myndighetene
- Det skal være **en nettside** hvor det hele tiden er oppdatert informasjon om aktiviteter, utdanning og forskning som pågår innen global helse i Norge.
- Føre til faglig bredde og høy kvalitet som igjen styrker muligheten til å søke EU-midler og andre internasjonale fond.
- Oversikt over tilgjengelige ressurser i de enkelte institusjonene til å løse global helse problemstillinger.
- Ansvarliggjøre institusjonene og man rapporterer på felles mål for NGHI





# Nasjonalt institutt for global helse

---

Norsk forum for global helseforskning v/Inger Scheel, Johanne Sundby, Elisabeth Darj, Tordis Trovik og Bente Moen

1. Fremme den norske samfunnsmedisinske folkehelseinnsatsen til global helse, på tvers av sektorer
2. Styrke norsk global-helseforsknings konkurranseevne i EU og globalt
3. Bidra til at fremtidens helsetjenester forblir relevante i forhold til immigranternes helsebehov og i forhold til globale helsetrusler ved å utvikle relevant kunnskap
4. Være pådriver for å øke etterspørselen av relevant kunnskap fra alle sektorer som utformer politikk med potensiell effekt på global helse
5. Bidra til modning av det samlede, tverrfaglige norske global-helseforskningsmiljøet

Satsningen krever øremerkede, nye overføringer til Universitetene lokalt og evt. til en sentral ledelse eller sekretariat. Å bygge regionale nettverk må betraktes som en investering og ikke en tilleggsoppgave for de foreløpig små og sårbare forskningsenhetene ved hvert universitet. Valg av virksomhetsmodell kan ha kritisk betydning for å få nødvendig tillit fra faglige nettverks partnere, finansieringspartnere og målgruppene.

# Nasjonalt institutt for global helseforskning – mulig struktur

- NSG format? Nasjonalt + regionalt nivå?
- Mulige deltagere
  - RHFene
  - Universitetene/de medisinske fakultetene
  - FHI
  - Andre?
  - Observatører fra HOD, KD, NFR, UD, NORAD
    - Frivillige organisasjoner?

# Nasjonalt institutt for global helseforskning – mulig struktur

- Prosess
  - Arbeidsgruppe
    - 2 UH repr + 2 RHF
    - Departementene? NFR? FHI?
  - Forankring
  - Implementering via NSG-AU?
  - Sekretariat

Norsk institutt for global helse (NIGH)  
Norwegian Institute of Global Health  
(NIGH)

---

**MANDAT**

## Bakgrunn

Behovet for et nasjonalt institutt for global helse har vært diskutert i ulike fora, blant annet på dekanmøtet i medisin, og det er også omtalt i HelseOmsorg21-strategien. Norsk forum for global helseforskning slutter seg også til at det blir etablert et nasjonalt institutt for global helse.

## Målsetting

Norsk institutt for global helse (NIGH) ble vedtatt opprettet av Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning i spesialisthelsetjenesten (NSG) i mai 2016 for å styrke samarbeid, samordning og utvikling mellom norske institusjoner omkring globale helse, forskning, utdanning og kompetansebygging. Det skal bli et samlet, ledende miljø for global helse internasjonalt.

# Hovedoppgaver for NIGH

NIGH skal være et strategisk organ for de deltagende institusjonene innen global helse-relatert aktivitet med følgende hovedoppgaver:

- Heve kompetansen innen global helseforskning og -utdanning
- Gi råd og faglige innspill om globale helsespørsmål
- Bidra til å synliggjøre nytten av norsk innsats på global helse for pasienter og samfunn, globalt og i Norge
- Fremme interessen for arbeid med global helse
- Utarbeide og vedlikeholde en oversikt over alle globale helseprosjekter som deltagende aktører er engasjert i

# Hovedoppgaver for NIGH

- Holde oversikt over utlyste forsknings- utdannings- og utredningsmidler og stimulere til samarbeid om nye søknader mellom medlemsorganisasjonene
- Styrke internasjonal konkurranseevne og bli et ledende internasjonalt miljø for forsknings-, utdannings- og utredningsprosjekter innen global helse
- Fremme samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og forskningsråd, helseforetak, næringsliv, NGOs (ikke-statlige organisasjoner), NORAD
- Stimulere til tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid for spørsmål med relevans til global helse, forskning og utdanning
- Den nasjonale forskerskolen i global helse er en integrert del av NIGH
- Arrangere et årlig møte for globale helsespørsmål



## Struktur for NIGH

Følgende 10 institusjoner inngår i styret for NIGH, og det bør tilstrebes deltakelse på dekan/direktørnivå:

- **4 representanter fra Regionale helseforetak:**
  - 1 representant fra Helse Nord RHF
  - 1 representant fra Helse Midt-Norge RHF
  - 1 representant fra Helse Vest RHF
  - 1 representant fra Helse Sør-Øst RHF
- **4 representanter fra universitetene:**
  - 1 representant fra Universitetet i Oslo (UiO)
  - 1 representant fra Universitetet i Bergen (UiB)
  - 1 representant fra Universitetet i Tromsø (UiT)
  - 1 representant fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)
- **1 representant fra høyskolene utnevnt av Universitets- og høyskolerådet (UHR)**
- **1 representant fra Folkehelseinstituttet (FHI)**

### **Observatører:**

- 1 observatør fra Stiftelsen for industriell og teknisk forskning (SINTEF)
- 1 observatør fra Norsk Utenrikspolitisk Institutt (NUPI)
- 1 observatør fra Norges forskningsråd (NFR)
- 1 observatør fra Chr. Michelsens Institutt (CMI)
- 1 observatør fra Norad/Utenriksdepartementet (UD)
- 1 observatør fra Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU)

## Struktur for NIGH

Styret for NIGH møter 2 ganger i året. NIGH er ansvarlig for en årlig konferanse som koordineres annet hvert år med GLOBVAC-konferansen. Det året det ikke er GLOBVAC-konferanse er NIGH ansvarlig for å arrangere en nasjonal konferanse.

### Rapportering

NIGH utarbeider årsrapporter og vedlikeholder nettsider. NIGH rapporterer til HO21 Monitor og holder NSG regelmessig informert om aktiviteten.

### Arbeidsutvalg og sekretariat (NIGH AU)

Arbeidsutvalget vil bestå av to representanter fra RHF, to fra universitetene og en fra instituttsektoren, og det holdes jevnlig møter. Det må tilstrebes representasjon fra alle regionene. Sekretariatet deltar i NIGH - og NIGH AU-møtene. Sekretariatet sender ut innkallinger med sakspapirer senest 1 uke før møtetidspunkt, og referater fortrinnsvis innen 1 uke etter møtet. Mandat, møteplan, innkallinger, referater og sakspapirer gjøres offentlig tilgjengelig på nettsiden.

## Dekking av kostnader

Institusjonene dekker reiseutgiftene og eventuelle godtgjørelser for sine representanter. Øvrige møteutgifter dekkes i sammenheng med sekretariatsfunksjonen.

## Ledelse av NIGH

Ledelses- og sekretariatsfunksjon ivaretas på omgang mellom medlemsinstitusjonene. NIGHs styre utpeker leder og nestleder for NIGH for tre år om gangen.

## Saksgang

- Saker som skal legges frem for NIGH kan i hovedsak foreslås av de representerte institusjonene i NIGH.
- Forslagsstilleren eller sekretariatet forbereder sakene
- Ved behov for videre utredninger og beslutninger hos de berørte aktørene før endelig vedtak i NIGH, følger sekretariatet opp saksgangen for å sikre beslutningsmulighet.

## Evaluerings

NIGH etableres i en prøveperiode på 5 år, og evalueres i løpet av perioden.

## **VEDLEGG**

**Sak 54/16**

## H2020 – HO21 Forskningsrådets rolle i koordinering av innspill

28. november 2016  
HO21-rådet



### **Innspill til EU mht arbeidsprogram (utlysninger) og nytt rammeprogram**

#### OVERORDNET Nivå

- Gis fra Forskningsrådet og KD i samarbeid

#### På programnivå

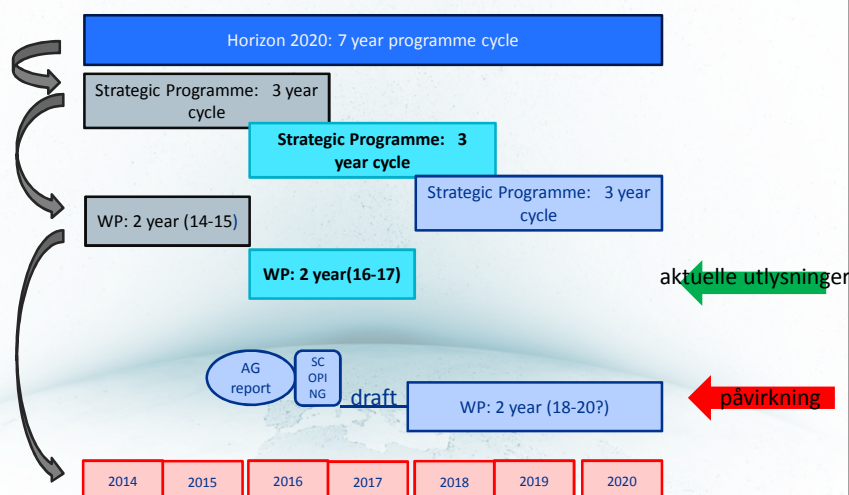
- Fra programkomiteens delegater i medlemsland og assosierte land.
  - I Norge: Forskningsrådet og departement for de ulike programmene
  - For SC1, Health, demographic change and wellbeing – felles innspill utarbeidet av Forskningsrådet i samarbeid med HOD
    - Scientific Panel for Health

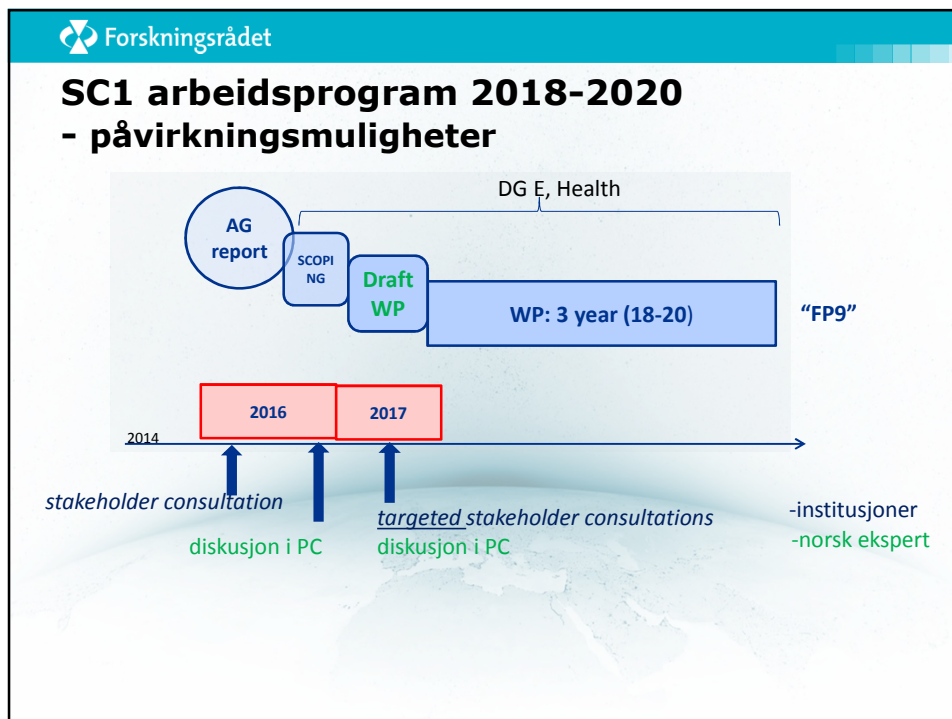
## Hva spiller vi inn til? – helse i H2020

- Advisory Group Report  
[https://ec.europa.eu/research/health/pdf/ag\\_advice\\_report\\_2018-2020.pdf](https://ec.europa.eu/research/health/pdf/ag_advice_report_2018-2020.pdf)  
 norsk representant i rådgivningsgruppen: Anne Inger Hilmen Borge, UiO
  - To rapporter så langt i H2020
    - Innspill til overordnede og mer spesifikke tema
- Scoping Paper
  - Ett for hvert Work Programme
    - Innspill til overordnede og spesifikke tema
- Work Programme
  - WP er to-årige, siste periode tre år
    - Innspill på formulering av utlysningstekst

VIKTIG med INNSPILL FRA FORSKERE

## H2020; Policy and Programme cycles





 Forskningssrådet

## Andre innspill fra Forskningssrådet : helse i alt – i hele H2020

For eksempel  
Under SC1 – Health

- Aktiviteter finansiert av SC1
  - IMI - Innovative Medicine Initiative
  - AAL – Active and Assisted Living (ICT for ageing well)
  - EDCTP - The European & Developing Countries Clinical Trials Partnership
- Ex innspill på navn til workshops – *kan* blir invitert til Brussel for å diskutere framtidige prosjekter

Andre deler av H2020

- NMBP - nano
- FET



## Innspill fra Norge – hva bygger disse på?



Innspill bygger på

- Samarbeid med referansegruppens medlemmer og EU-rådgivere ved institusjonene
- +
- Nasjonale fortrinn/behov (registre, nevro, antibiotika, forebyggende)

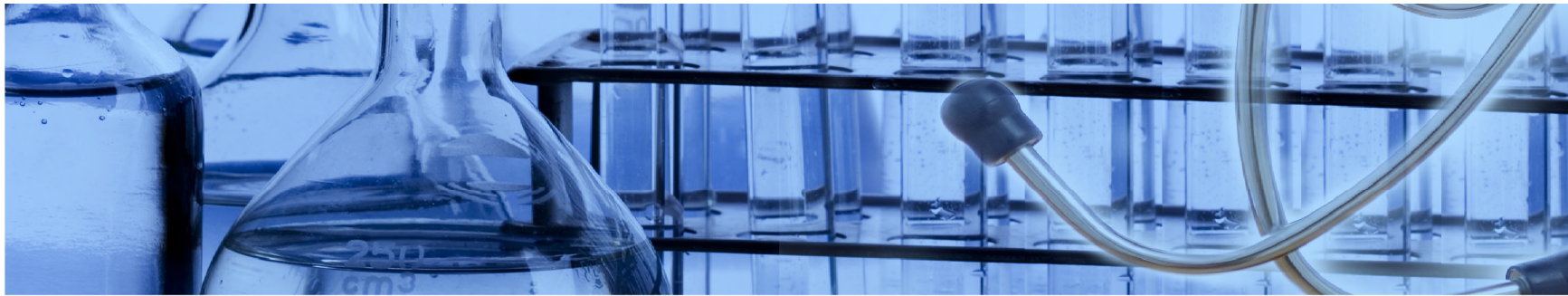
For noen innspill:

- Samarbeider med andre nordiske land (ex registre)
- Samarbeider med andre land om felles innspill

## Referansegruppe – igangsatt 2011, forlenget for hele H2020

- Invitasjon til de største meste relevante institusjonene – et tilbud om å delta
- Ikke oppnevnt av Forskningsrådet, representantene *utpekt* av institusjonene
- 41 personer fra
  - Alle universiteter, breddeuniversitetene (med, mat.nat og samvit, psyk fak)
  - Helseforetak med universitetstsfunksjon
  - HIOA og Høyskolen i Gjøvik
  - Clustere relevante for helse
  - LMI,KS, Sintef, FHI, Veterinærhøyskolen
  - Helsedir + eHelsedir
  - Programstyreledere heleprogrammene
- Institusjonene har utpekt representanter på ulike nivå





UiO **•** Det medisinske fakultet

# Hvordan jobber MED UiO – Iøfte EU Helse inn mot 2018-2020?

Prof. Hilde Nebb

Prodekan for forskning og innovasjon



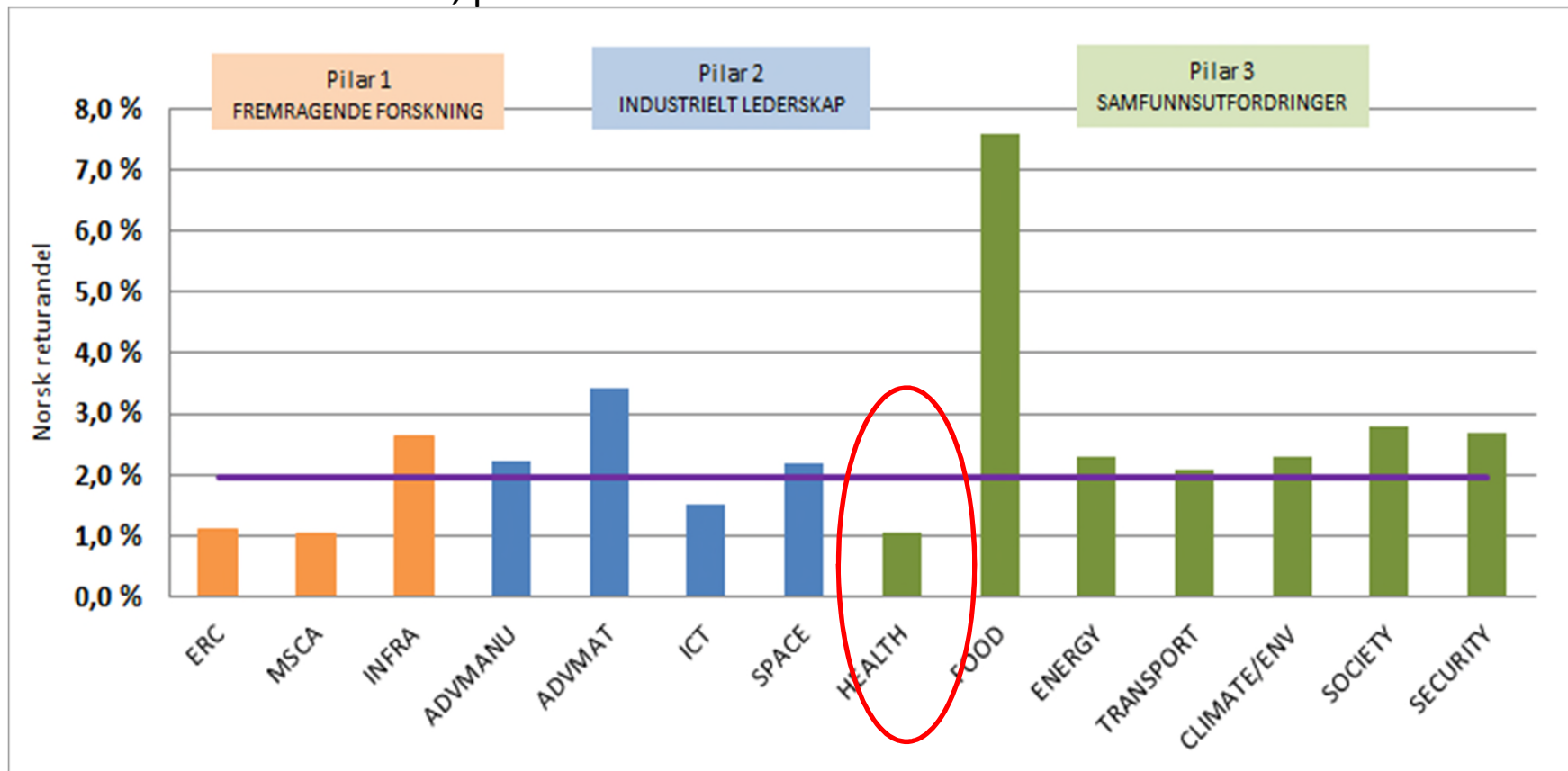
HO2021 rådsmøte 28.nov 2016

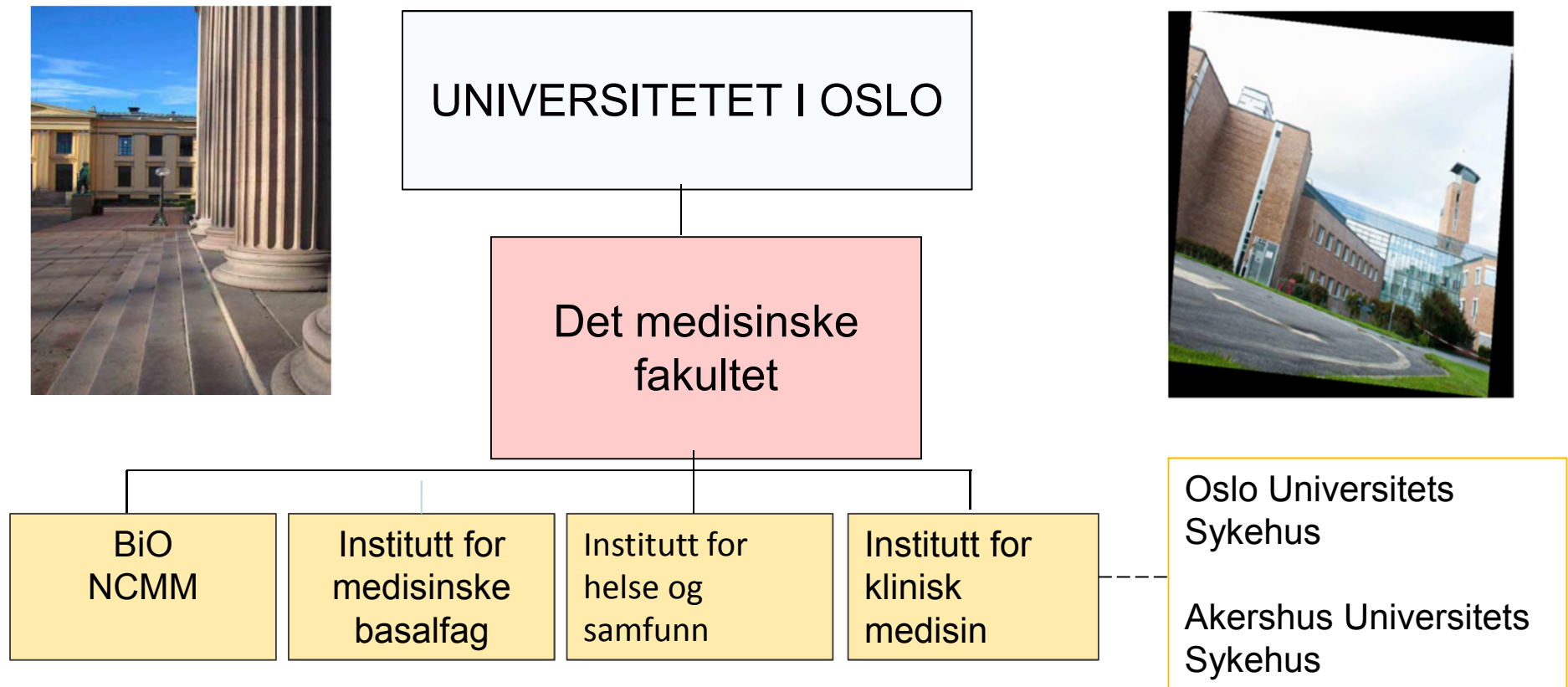
## Fakultetet arbeider kontinuerlig for å lykkes bedre inn mot EU helse

- 2013: Enhet for eksternfinansiering (EEF)
  - Støtte til søknader og prosjektgjennomføring
- 2014: Utvidet hjelp til budsjettering av eksterne prosjekter
- 2015: Felles forskerstøtte i nettverk med OUS, samarbeidsavtale
- FANE Med = Forsknings Administrativt Nettverk på MED
- 2016: Bedre forskerstøtte - nærhetsmodell

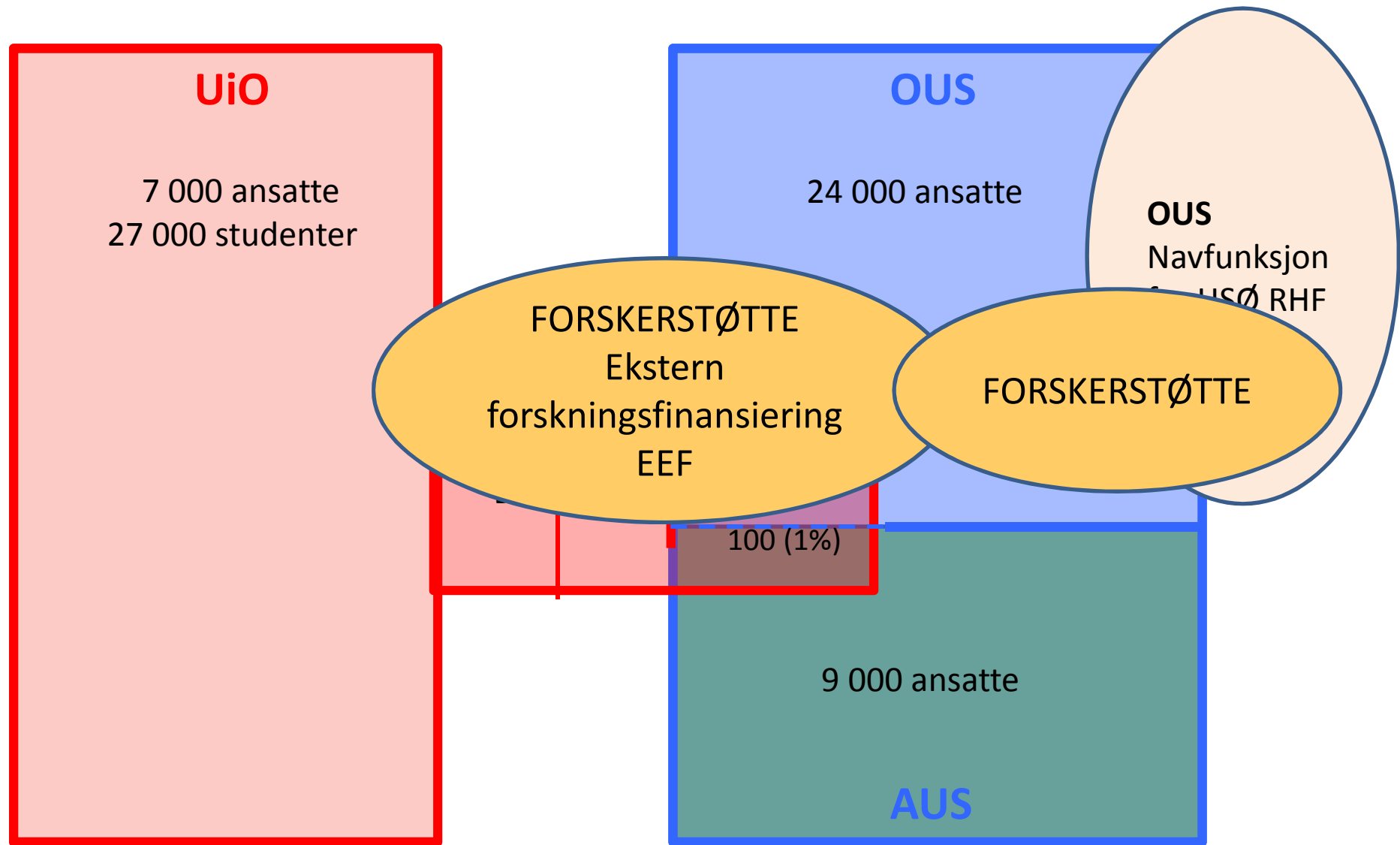
# Norske helseforskere har potensiale til å oppnå større suksess med H2020 søknader

Resultatene: hele H2020 , per mars 2016.





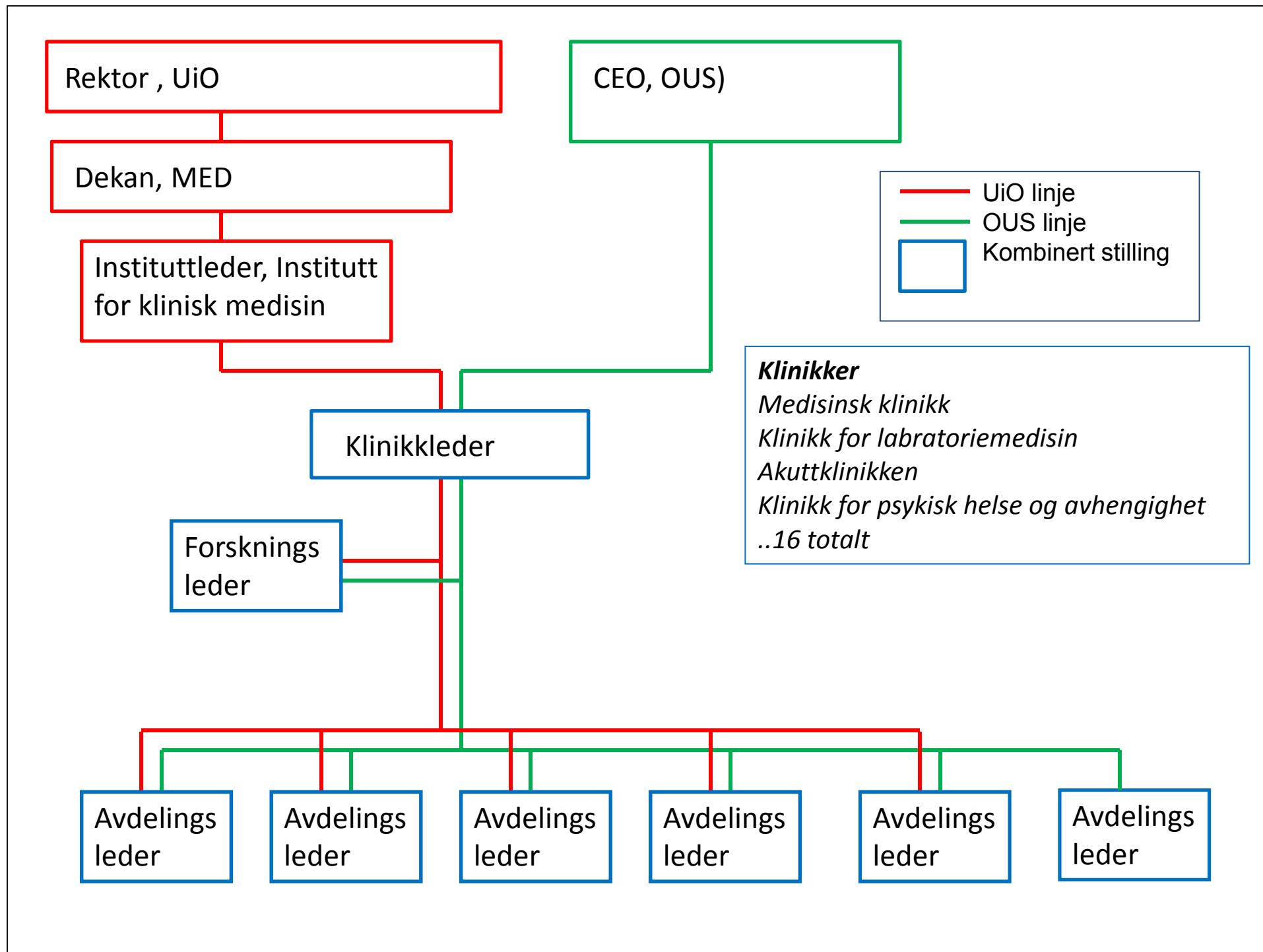
# UiO – OUS/Ahus



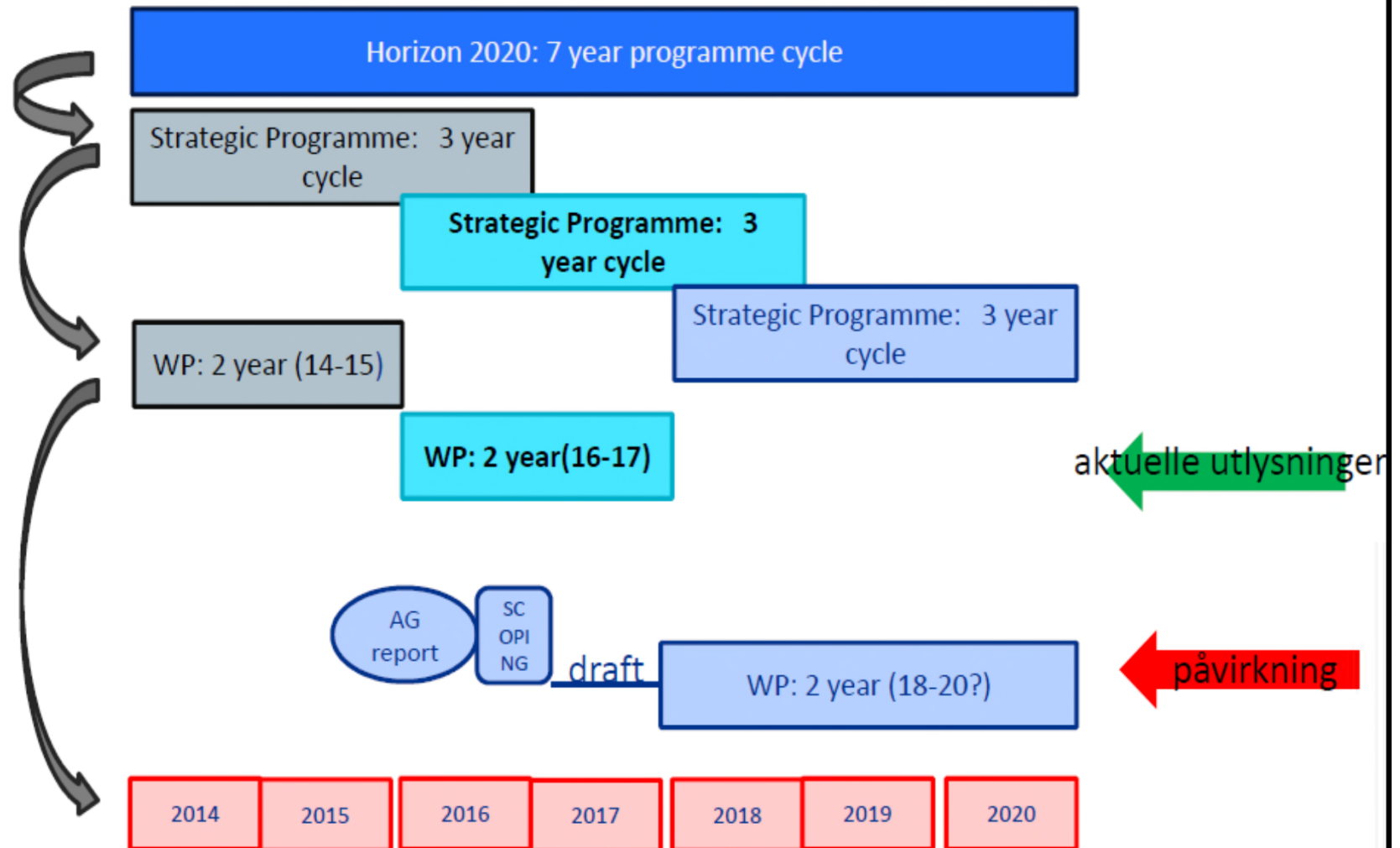
Det medisinske fakultet

IKM= Institutt for klinisk medisin  
IMB= Institutt for medisinske basalfag  
IHS = Institutt for helse og samfunn

Ivar Gladhaug



# H2020; Policy and Programme cycles



# Påvirkningsarbeid inn mot siste arbeidsprogram

- UiO – Forskningsdekanforum – Feb
- Koordinert innspillsprosess til arbeidsprogrammet
- Hvorfor påvirkningsarbeid
  - Påvirke innholdet i arbeidsprogrammet
  - Synliggjøre institusjonenes fortrinn
  - Forskeren blir tidlig kjent med innhold og kan posisjonere seg
- Brusseltur i April med lederlinjen + Forskerstøtte MED/OUS (40 personer)
  - Mål: Ledelsen økt kunnskap om EU - Tilrettelegge for god forskerstøtte
  - Forskningsrådets Brüssel kontor, Yngve Foss, NCP
  - Foredrag (Europaparlamentet, EUs helse policy, H2020 programmene, AG medlem Anne Inger Helmen Borge, UiO)



# Hovedtema; anbefalt av AG

These are the recommendations from the Advisory Group for the potential strategic priorities for the work programme 2018–2020 and beyond for the Horizon 2020 Societal Challenge 1: "Health, Demographic Change and Well-being". The main themes are:

## **VERTICAL themes**

1. Personalised medicine
2. Rare diseases
3. Research and innovation for infectious diseases
4. Non-communicable diseases
5. Paediatrics
6. Public health and prevention including migration
7. Active and healthy ageing

## **HORIZONTAL themes**

8. Big data
9. eHealth, mHealth, ICT
10. Integration of care
11. Environment and health, green solutions and sustainability including climate change

## **CROSS-CUTTING issues**

12. Social Sciences and Humanities, integration, inequalities, migration and ethics
13. Sex and gender differences in medicine
14. Commercialisation within "Health, Demographic Change and Well-being"
15. Encouraging stronger and successful involvement of EU-13

## Innspillsrunde MED

1. AG RAPPORT
2. Mai: Innspillsprosess forberedes
3. Samarbeid i linjen – kraftig ledertrykk – EEF (MED) + FS (OUS)
4. Samarbeid m MED/OUS, AG medlem UiO, NCP
5. Kort frist når AG rapport ute (9.juni-30.juni)
5. TEMATISKE GRUPPER med forskere m leder for hver gruppe
6. 70 faste vitenskapelige involvert
7. SCOPING PAPER
8. Lederlinjen, Leder tematisk gruppe
9. Posisjonsmøter
10. Rektor/Dekan/Forskningsdekan/ Forskerstøtte: møte November
  - Forventninger
  - Hva er hindringene?



**Muligheten er nå!**

God og fremtidsrettet måte å jobbe  
for fremtidige utlysninger,  
posisjonering og koordinering

# Målrettet innsats og organisatorisk konvergens



## **VEDLEGG**

**Sak 56/16**

# Senter for fremragende klinisk helseforskning

Jesper W. Simonsen  
HO21-rådet, 28. november 2016

## Bakgrunn

- HO21- strategien anbefaler:

*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.*

- HOD har bedt Forskningsrådet om å utrede senterordningen

HelseOmsorg21

Et samarbeid mellom de største helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

helseforetakene i Norge

# Senterordninger i Forskningsrådet

- **Sentre for fremragende forskning (SFF)**  
Langsiktig grunnleggende forskning innenfor alle fagområder, kun basert på vurdering av vitenskapelig kvalitet og potensial for grensesprengende resultater. Sentrene arbeider med ambisiøse ideer og komplekse problemer der samordnet forskning innenfor, eller på tvers av, fagområder er viktig.
- **Sentre for forskningsdrevet innovasjon (SFI)**  
Langsiktig grunnleggende næringsrettet forskning, som vektlegger både vitenskapelig kvalitet og næringspotensial. Forutsetter samfinansiering mellom forskningsmiljøer, brukerpartnere og Forskningsrådet. Som hovedregel må et SFI ha minst tre brukerpartnere, deriblant bedrifter.
- **Forskningssentre for miljøvennlig energi (FME)**  
Konsentrert langsiktig satsing på forskning innenfor fornybar energi, basert på høy vitenskapelig kvalitet og potensial for innovasjon og nyskaping. Forutsetter samfinansiering mellom forskningsmiljøer, brukerpartnere og Forskningsrådet.



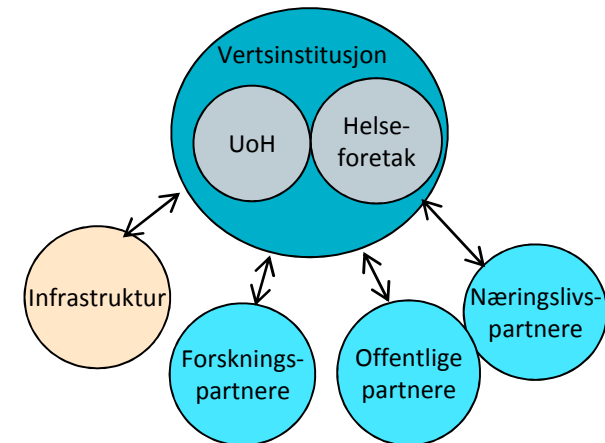
## Forslag: Senter for fremragende klinisk helseforskning

- Fremragende klinisk forskning som gir økt kvalitet i pasientbehandlingen > nytte, klinisk relevans
- Kliniske studier innenfor et bredt spekter av intervensjoner (legemidler, medisinske utstyr, kirurgiske prosedyrer, e-helse, andre type behandlinger)
- Forskningen skal hovedsakelig være anvendt og falle under definisjonen for klinisk behandlingsforskning
- Grunnleggende problemer knyttet til klinisk behandling

Overordnede kriterier for utvelgelse av sentre er **vitenskapelig kvalitet, internasjonalisering** og relevans og nytte i form av senterets bidrag til **bedre pasientbehandling**.

## Beskrivelse av ordningen

- Krav til
  - Vertsinstitusjon
  - Partnere
  - Organisering
  - Internasjonalisering
  - Finansiering
- Suksesskriterier for sentrene
- Budsjett
  - Langsiktige bevilgninger (5 + 3 år)
  - 15 – 20 mill. kroner pr år pr senter fra Forskningsrådet
  - Ordningen bør kunne finansiere 4-6 sentre



# Prosess og tidsplan

|                                                     |                   |
|-----------------------------------------------------|-------------------|
| Dialogmøte med relevante aktører                    | 15. sept. 2016    |
| Divisjonsstyret for samfunn og helse (DSSAH)        | 20. okt. 2016     |
| Møte med referansegruppe                            | 7. nov. 2016      |
| HO21-rådet                                          | 28. nov. 2016     |
| Dialog med finansierende departement – HOD, KD, NFD | November/desember |
| Eventuell behandling i DSV og DSI                   | November/desember |
| Hovedstyret                                         | Tidlig 2017       |
| Informasjon til miljøene                            | Tidlig 2017       |
| Utlysning av sentre 1. trinn                        | Høst 2017         |
| Utlysning av sentre 2. trinn                        | Vår 2018          |
| Oppstart sentre                                     | Tidlig 2019       |

## **VEDLEGG**

**Sak 57/16**

# Helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell

Informasjon til HO21-rådet 28.november 2016

Helsedirektoratet 25.11.16

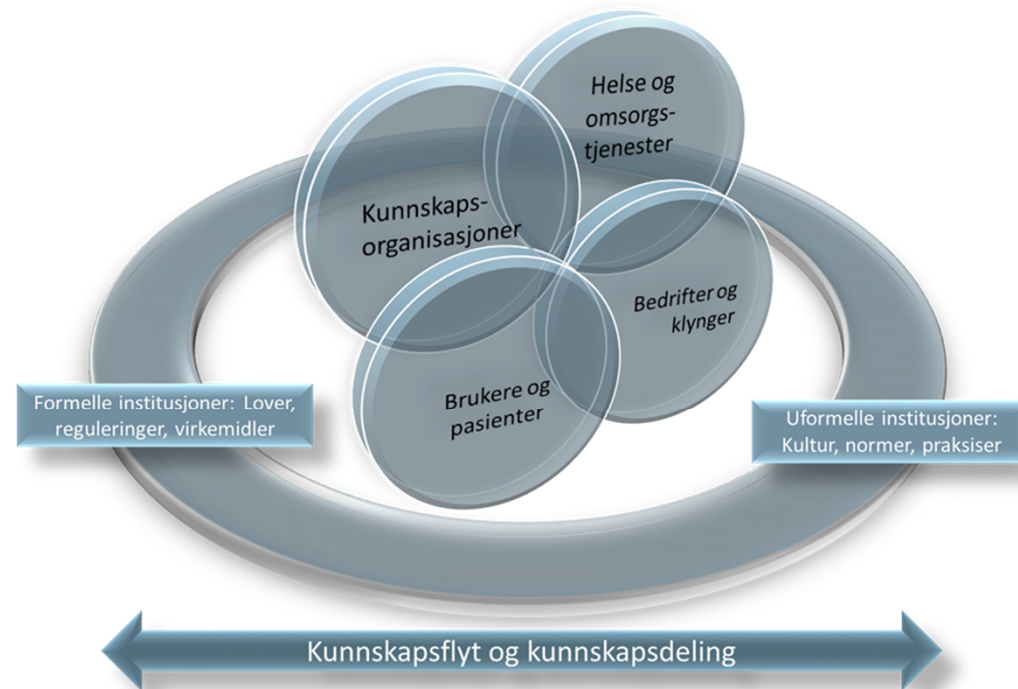
# Formål og agenda

- Presentere forslaget

# Oppdragsbeskrivelse

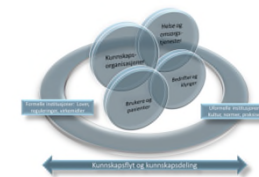
- **Oppdraget** omfatter å **utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell** for helse- og omsorgstjenestene, herunder å:
  1. **Kartlegge dagens innovasjonssystem**
  2. **Foreslå organisering av et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem** innenfor helse og omsorg
  3. **Utarbeide en veileder** for tjenesteinnovasjon innenfor helse- og omsorgstjenesten
- Samarbeid med InnoMed, DIFI, DogA, RHF, Innovasjon Norge, Norges forskningsråd og KS («de10»)

# Innovasjonssystem – en teoretisk modell





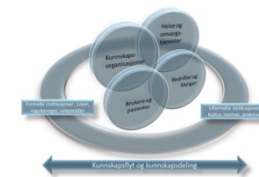
# Dagens innovasjonssystem



- Styrke:
  - vilje, kompetanse, penger, piloter, virkemiddelapparat, fremvoksende næringsklynger
- Svakheter:
  - Uoversiktlig, ukoordinerte initiativ, ulike tilnærminger, kultur («mindset»), barrierer for næringslivet med å nå inn i offentlig sektor

# Muligheter

- Organisere kunnskapsdeling
  - Samle alt det som er bra i ett felles system
  - Videreutvikle arenaer – på tvers av aktørene
  - Koordinere og videreutvikle piloter (samarbeid og læring)
- Momentet er nå:
  - Nasjonal samarbeidsavtale (InnoMed) om innovasjon og næringsutvikling i helse og omsorgssektoren går ut
  - Har HO21 strategi
- Utvikle mer kunnskap – knytte til praksis



# Tiltak 1 – Verktøy for å følge med

- Helhetlig monitoreringssystem
  - Primær og spesialist
  - Slik det er foreslått og igangsatt i tråd med HO21-strategi

## Tiltak 2 – Verdiskapende utdanning og læring

- Program basert på «verdiskapende undervisning»
  - Jobbe med innovasjon i praksis i egen virksomhet
- Grunnutdanning og videreutdanning
- Tema:
  - Innovasjon og design – tidlig fase
  - Implementering, skalering og spredning
  - Innovasjon og næringsutvikling
- Læringsnettverk

## Tiltak 3 – Koordinering

- Innovasjonssamarbeid videreutvikles med en sterkere nasjonal koordinering.
  - En form for koordinering kan være at kunnskap og tjenester spisses mer slik at det utvikles nasjonale «fyrtårn-miljøer» innenfor mer utfyllende områder istedenfor at mange miljøer bygger seg opp på det samme. Løfte frem gode innovasjonsmiljøer og stimulere til deling.
- System for kunnskapsdeling
  - nasjonal standard for informasjonslagring der informasjon enkelt kan søkes opp og deles på tvers i sektoren

## Tiltak 4 - Støtte for effektiv implementering av tekniske løsninger

- Helhetlig nasjonal arkitektur for e-helse og velferdsteknologi.
  - standardisere måten tekniske løsninger skal samhandle på
  - Hensikten er å senke den tekniske barrieren for at nye tekniske løsninger skal kunne tas i bruk.

## Tiltak 5 – Veileder for tjenesteinnovasjon

- Foreslår et Veikart for innovasjon
- Målgruppe: Helse- og omsorg

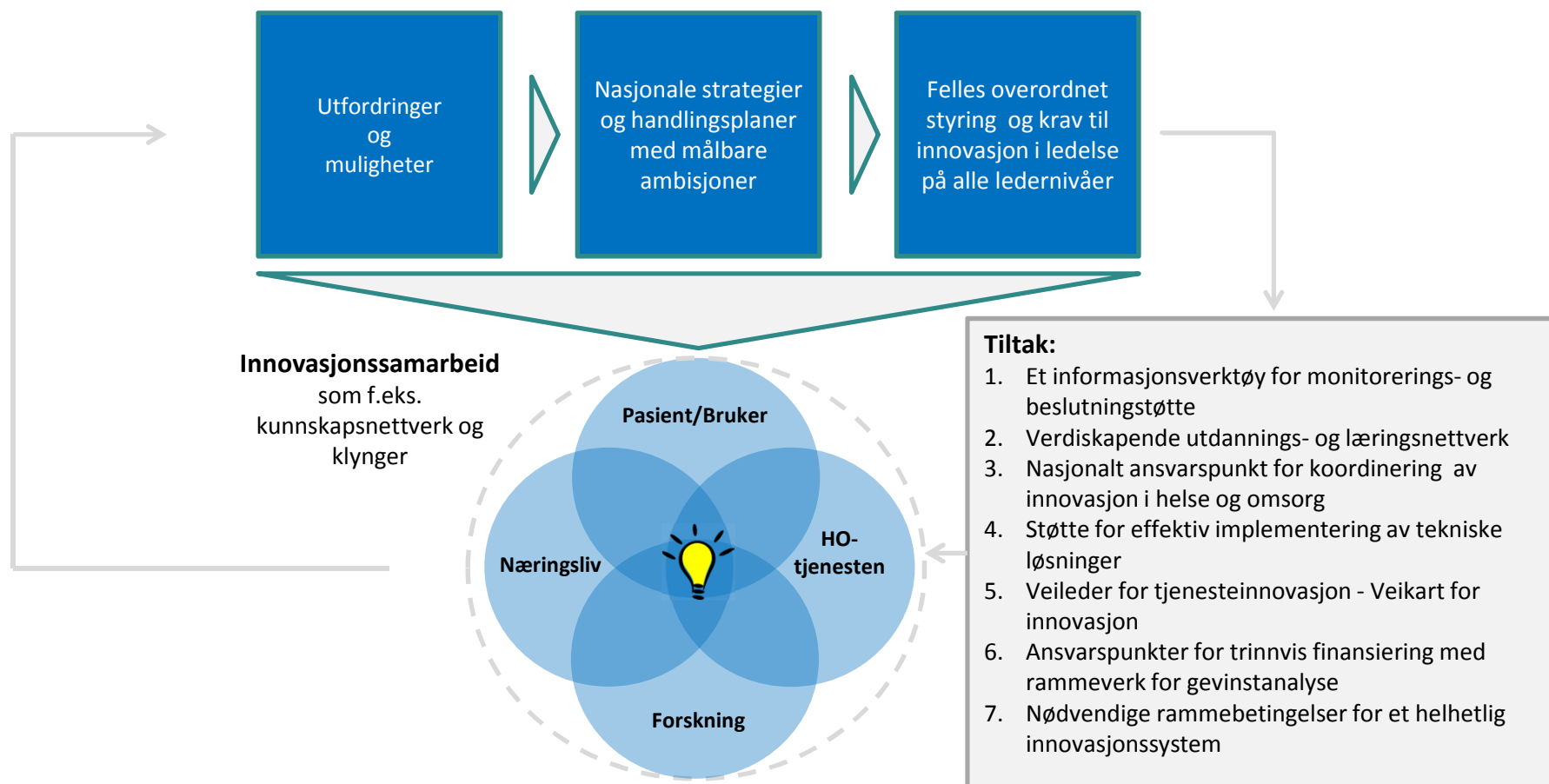
## Tiltak 6 – Trinnvis finansiering

- Mangler en fullgod måte å få tilgang til både helsegevinster og den økonomiske verdien av tjenesteinnovasjoner før de er blitt utprøvd eller implementert
  - Beslutningsstøtte for å vurdere innvirkningen av innovasjonen på et tidligere tidspunkt i innovasjonsprosessen
  - standardiserte modeller for å finansiere slike prosesser skrittvis gjennom «stage-gate» systemer
  - Redusere risiko – trygg og effektiv oppskalering



# Tiltak 7 – Nødvendige rammebetingelser

- Overordnet
  - Samstemte handlingsplaner for innovasjon fra alle departement
  - HO sektoren skal ta ansvar for «holde i det»
- Innovasjon som et krav
  - ny veileder til forskrift for ledelse og kvalitet
- Innovative anskaffelser
  - Stimulere til samarbeid – stort nok
- Kultur
  - Delingskultur
  - Ta vare på entreprenørene i egne rekker



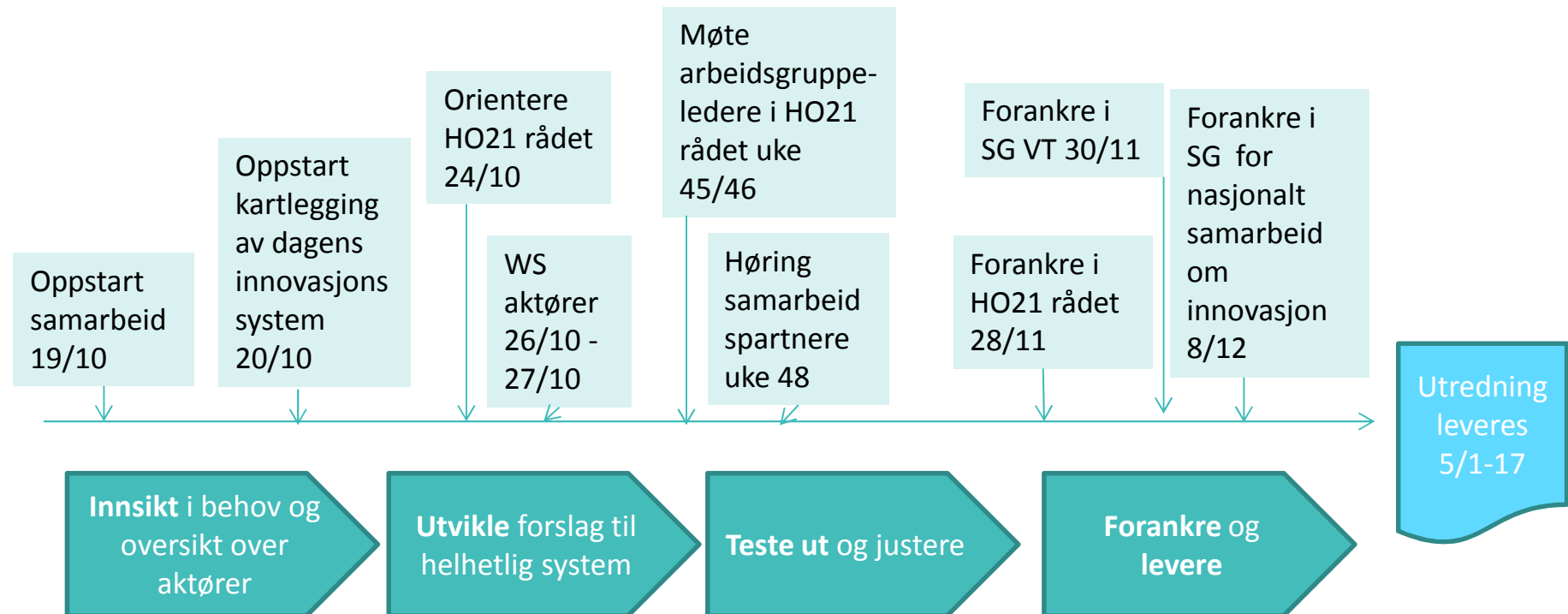
# Videre arbeid

- «Et innovasjonsprosjekt»
  - Prøve ut tiltakene steg for steg
  - Evaluere (følgeforske)
  - Beslutte
  - Gå videre, justere eller avvikle
- Sette sammen aktører i innovasjonssystemet
  - en styringsgruppe og en arbeidsgruppe
  - planlegge videre sammen

# Hva er bedre med dette forslaget?

- Oversikt
  - Kartlegging av dagens system første trinn
  - Involvering av alle hovedaktører i videre arbeid
  - Forslag om system for kunnskapsdeling
- Verdiskapende kompetanseutvikling
  - Konkrete forslag til tema
- Konkrete tiltak for å forenkle og redusere risiko
  - Tiltak 4, 5 og 6

# Tidslinje for utredningsoppdraget



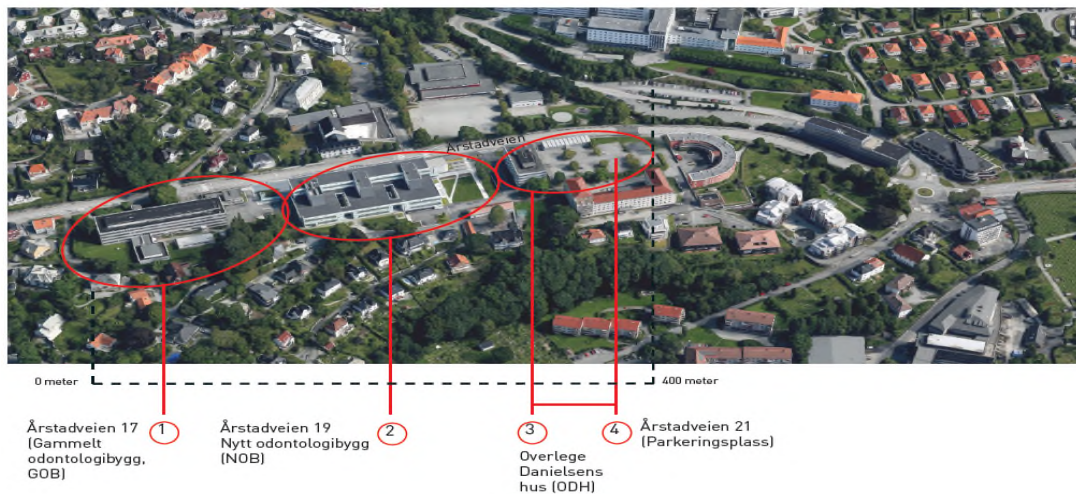
# Innovasjonssystemer

- I følge Edquist ([2005](#)) inkluderer (nasjonale) innovasjonssystemer **økonomiske, sosiale, politiske, organisatoriske, institusjonelle** og andre faktorer som påvirker **utvikling, spredning og bruk av innovasjoner**. Med en innovasjonssystem tilnærming blir objektene av interesse styrt av systemkonsepter som "nettverk, noder og interaksjoner som inkluderer feedback og institusjonell læring. En innovasjonssystemtilnærming understreker viktigheten av interaksjon blandt og mellom aktører og kunnskapsorganisasjoner i systemet ([Karlsen and Larrea 2014 p. 26](#))

# Kunnskapskommunen Bergen og Helseklynge på Helsecampus Årstadvollen

Nina Mevold, kommunaldirektør Bergen kommune

Guri Rørtveit, instituttleder, UiB



# Kunnskapskommunen - satsing fra 2014



## «With A Little Help From My Friends»

Kunnskapskommunen

Helse Omsorg Bergen

### STYRINGSGRUPPE

Nina Mevold, kommunaldirektør, Bergen kommune (leder)  
Dag Rune Olsen, rektor, Universitetet i Bergen  
Ole Gunnar Søgne, rektor, Høgskolen i Bergen  
Reidar Jacobsen, direktør Uni Research Helse  
Eivind Hansen, administrerende direktør, Helse Bergen  
Martha Ebbing, Folkehelseinstituttet  
Kjerstin Fyllingen, Harlids plass diakonale sykehus

### PROSJEKTGRUPPE

Seksjonssjef Benedicte Løseth, Bergen kommune (leder)  
Rådgiver Marianne Solbakk, Bergen kommune  
Professor Karen Christensen, Det samf.vitensk.fakultet, UiB  
Professor Brynjulf Stige, Det humanistiske fakultet, UiB  
Professor Sabine Ruths, Det medisinsk-odont. fakultet, UiB  
Professor Terje Manger, Det psykologiske fakultet, UiB  
Avdelingsdirektør/1. am. Clara Gjesdahl, Helse Bergen  
Professor  
Steinar Hunsjør, Uni Research Helse  
Prodekan/professor Monica W. Nordtveit, HiB  
Professor/forskningsleder Frode F. Jacobsen, HiB  
Etatssjef Hilde Heggelien, Bergen kommune  
Seksjonsleder Anita Lyssand, Helse Bergen



BERGEN  
KOMMUNE

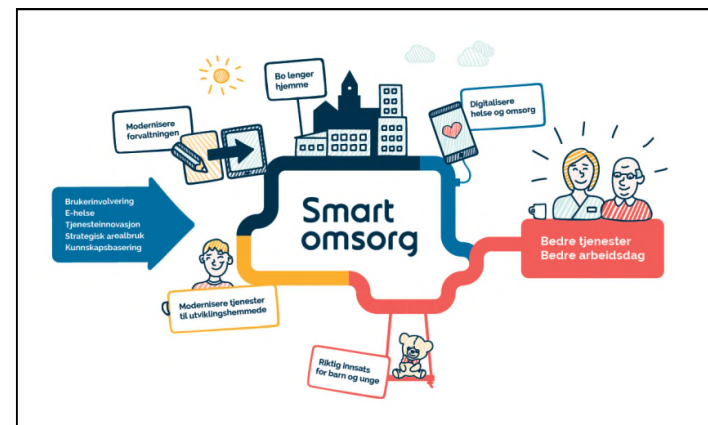






Plan lagt fram i 2015, enstemmig vedtatt i Bystyret

*“Bergen kommune skal gå i front for en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av høy kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester”*



**Kunnskapsutvikling**

**IMPAKT (10 millioner fra NFR)**

Birgitte Graverholt, Senterleder, Senter for kunnskapsbasert praksis, HiB

**MÅL:**

- Redusere gapet mellom kunnskap og handling i sykehjem
- Utvikle en modell for kvalitetsutvikling som kan brukes ved flere sykehjem.



**Off. phd i Bergen kommune**

**Janiche Helen Pedersen**

“Videregående elever med situasjonsangst som har tilrettelagt kroppssøving – tanker om og erfaringer med kroppssøvingstimer og syn på egen kropp”

Oktober 2016-september 2019



**Off. phd i Bergen kommune: Gunhild Johnsen Hjetland**

**DEM.LIGHT – Terapeutiske lysrom for sykehjemspasienter med demens: Design av døgnvariasjon for bedret søvn, humør og atferdsproblemer**

- Problemer med søvn og forstyrrelser i humør og atferd vanlig blant pasienter med demens
- Lys den viktigste kilden for å justere døgnrytme
- Inkludere 80 pasienter som mottar 16 uker lysbehandling/kontrollbetingelse






BERGEN  
KOMMUNE



HØGSKOLEN  
I BERGEN

BERGEN UNIVERSITY COLLEGE



*HCA skaper innovative helse- og omsorgsløsninger for hele mennesket, ved hjelp av fremragende forskning og utdanning, fullverdige praksisarenaer og tverrfaglig samhandling*

#### Forskning

- Endre helseforskningens innretning, for derved å skape nye, effektive løsninger på lokale og globale utfordringer gjennom helhetlig, tverrdisiplinær forskning og aktiv bruk av teknologi

#### Utdanning

- Sikre kandidater helhetlig teoretisk og praktisk kunnskap, rettet mot lokale og globale helseutfordringer

#### Formidling

- Bidra aktivt i det offentlige ordskiftet om Helse, og sikre at beslutninger om Helse har et godt kunnskapsgrunnlag.

#### Innovasjon

- Frembringe relevante og effektive teknologiske og organisatoriske løsninger, som etterspørres av leverandører av helse- og omsorgstjenesten lokalt og globalt



# Helseklynge for fasilitering av utdanning og forskning

- Primærhelsetjeneste
- Forebyggende og helsefremmende arbeid
- Global helse
- Utdanning og forskning rettet mot helse utenfor sykehus





# Studentene



- Tettere på utdannings- og forskningsmiljøene
- Tettere på praksis
  - Legesenter
  - Studentdrevet apotek
  - TVEPS (tverrprofesjonell samarbeidslæring)
  - Psykologi-klinikker
- Tettere på hverandre
- Nye undervisningssamarbeid
- Motorer i innovasjon og entreprenørskap på tvers av faggrenser

«Helseforetakene mottar for å ivareta denne oppgave med helse- og omsorgstjenesten ingen lovfestet plikt til å støtte legestudenter, og det følger penger med studentene.»

NINA LANGELAND, DEKAN, DET MEDISINSKE HOGSKOLEN I BERGEN, SUNDSTAD, DEKAN, DET HELSEVITENSKAPLIGE HOGSKOLEN I TRONDHEIM, BJØRN GUSTAFSSON, DEKAN, DET MEDISINSKE HOGSKOLEN I OSLO, FRODE VARTDAL, DEKAN, DET MEDISINSKE HOGSKOLEN I STAVANGER

Publisert 08.jan. 2016 12:38 Oppdatert 08.jan. 2016 12:38

**Norsk legeutdanning og manglende legedestruktur** var tema i en kronikk i BT 28. desember. De fire medisinske og helsevitenskapelige fakultetene som utdanner leger i Norge, er vi beredt på å ta de nødvendige tiltak og virkemidler som bidrar til lik helsehjelp for alle.



**Norsk medisinstudentforening**  
DEN NORSKE LEGEFORENING

Foreningsledd | Legeforeningen | Tidsskriftet

GRUNNUTDANNING | ARBEIDSLIV | UTVEKSLING | PROSJEKT | INTERNASJONALT | MEDLEMSKAP

Norsk medisinstudentforening / Nyheter / 2016 /  
Åpent brev og invitasjon til interdepartementalt samarbeidsmøte om praksiskvalitet

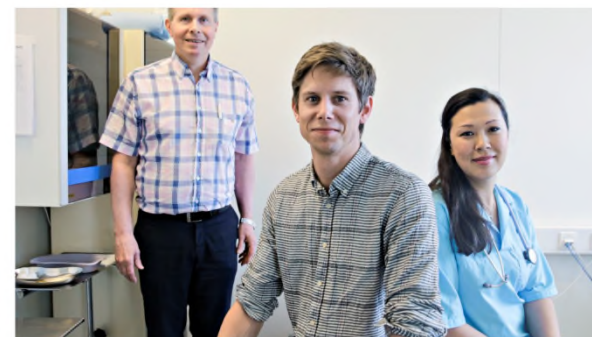
### Åpent brev og invitasjon til interdepartementalt samarbeidsmøte om praksiskvalitet

Dagens finansieringssystem i helsevesenet og høyere utdanning gjør det vanskelig for helsestudenter å få god praksis i kommunene, og fører til nedprioritering av praksiskvalitet i helseforetakene. NSF Student og Norsk medisinstudentforening har sendt et åpent brev til departementene hvor vi foreslår tiltak for å forbedre vilkårene for praksisutdanningene, og inviterer til et samarbeidsmøte.



# I helseklyngen: Universitetslegesenter/ primærhelseteam

- Tett samarbeid og integrasjon med UiB om forskning og utdanning
- En arena for praksisundervisning og eksamen i allmennmedisin og andre utdanninger
- Bergen kommunes «utviklingslaboratorium»
- Primærhelseteam med praksissykepleier, fastleger og helsesekretærer



RETT VALG: Her er tre av Bergens 230 fastleger. Ved Bergens største legekontor er de oppstilt av å jobbe sammen og ha fastleger av begge kjønn og i ulike alder. F.v. er Hans Hovik (59), Anders Midun (52) og Laila Jung Frie (37). FOTO: ØRJAN DEISE



# Visningsrom i helseklyngen – inspirert bl.a. av København kommune og i tett samarbeid med HiB mfl. Også arena for samarbeid med næringslivet.



ARTIKEL | Artikel

## Wellness baderum



Wellness baderum giver mulighed for at opleve et univers, der stimulerer den ældres visuelle, auditive og sensitive sanser

Med stjerneunivers, karbad og lækre omgivelser kan brugeren få en rigtig "Wellness" oplevelse, der er designet til alle med funktionsvanskeligheder.

### Hvordan fungerer Wellness baderum?

I Wellness baderummet kan brugeren komme i et specielt designet badekar fra Smart Home, der er udstyret med en hæve/sænke funktion, hvor en stol sørger for, at ældre med funktionsvanskeligheder, kan komme i et karbad. Karbadet er simpelt med kun



BERGEN  
KOMMUNE

## Ældre er den ultimative test for velfærds-teknologier



Tre teknologier demonstreres her i testlejligheden: En ny rudetype med jernfattigt glas, der tillader mere uv-lys at trænge ind i lejligheden. Gardinstangen har motor og en timer, så de selv trækker fra på det helt rigtige tidspunkt. En ny type LED-lampe, udviklet på DTU, efterligner sollysets skiftende farver og intensitet. Det understøtter også en naturlig døgnrytme, som er med til at forbedre borgernes helbred. (Foto: Das Büro)

I en ny testlejlighed i København hjælper ældre borgere kommunen med at undgå velfærdsteknologiske smuttere og producenterne med at optimere sensorer, anti-ryste-skeer og cykelstole.

Easy Line

Easy-up

Fleksibelt spisebord

Fuldautomatisk rulleærrin

Meest læste Meest diskutert

Dieselskandalen får bilproducenter til at skrotte de små motorer

Søjler af røg: ICA-tog i lys lue i Odense

Leder: Hvem tøjler de energislugende mønstre i vores forhave?

Video: Tesla viser ny autopilot i aktion

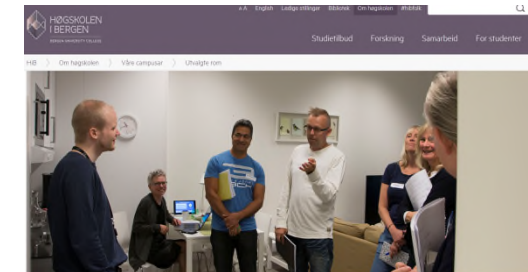
ESA frygter, at Mars-lander er havareret

FÅ 300KR  
RABATT  
I DAG  
BRUK



HØGSKOLEN  
I BERGEN

BERGEN UNIVERSITY COLLEGE



Studenter som tar utdanning i omsorgsteknologi på omsorgsteknologilaboratoriet.

Omsorgsteknologilaboratoriet

A Kontakt



Baderom utstyrt med diverse teknologiske hjelpemidler på omsorgsteknologilaboratoriet.



Hvordan fungerer det? Her illustreres noe



## **Effektive og lærende tjenester:**

Forslag basert på diskusjon av arbeidsgruppens notat i HO21-rådsmøtet i oktober

Hilde Lurås



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

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

For å sikre helhetlige og koordinerte tiltak knyttet til strategisk samarbeid settes dette opp som egen sak på et rådsmøte våren 2017.

## **2. Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten**

## **3. Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning**

# Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten

1. **Sikre et helhetlig system for tjenesteinnovasjon og forsøksvirksomhet:** HO21-rådet diskuterer behovet for eventuelle tiltak/virkemidler etter at HDir's kartlegging av dagens ordninger er presentert våren 2017.
2. **Fremme gode samarbeidsarenaer:** HO21-rådet tar initiativ til en nasjonal møteplass/konferanse.
3. **Innovasjonsutdanning for offentlig sektor:** Er det behov for en kartlegging av eksisterende tilbud? Arbeidsgruppen «Utvikling av de menneskelige ressursene» tar overordnet ansvar for å koordinere eventuelle tiltak knyttet til utdanning og kompetanse.

# Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten

**4. En helhetlig og koordinert satsing på e-helse:** Direktoratet for e-helse er representert i HO-21 rådet og informerer løpende om arbeidet med nasjonal e-helsestrategi, og gir (ved behov) HO21-rådet konkrete bestillinger.

**5. Innkjøp og nye løsninger:** Innovative anskaffelser settes opp som sak på HO21-rådsmøte våren 2017.

Bør det arrangeres et dialogmøte med tverrsektoriell representasjon med innovative anskaffelser som tema?

- Hva er det som hindrer at dette er standard ved anskaffelser i tjenesten?
- Hva kreves (av tjenesten) for å lykkes?
- Hvilke anskaffelser er metoden egnet for (kriterier)?

# Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning

1. **Opprette kombinerte stillinger:** Arbeidsgruppen «Utvikling av de menneskelige ressursene» tar overordnet ansvar for eventuelle tiltak, inkludert å sikre at gjeldende avtaleverk ikke hindrer opprettelse av kombinerte stillinger.
2. **Kartlegge midler som bevilges til helsetjenesteforskning:** HO21-rådet tar stilling til behovet for kartlegging av midler og hva det forskes på etter lanseringen av HO21-monitor.
3. **Samordnet nasjonal utlysning av forskningsmidler:** Fremmes ikke på nåværende tidspunkt, erstattes av pkt 4.
4. **Strategiske dialogmøter om felles forskningsspørsmål:** For å sikre godt finansierte forskningsprosjekter av høy kvalitet innenfor hele mangfoldet av «kunnskapshull» bør HO21-rådet ta initiativ til en strategisk møteplass mellom ulike aktører.

# Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning

**5. Utdanning og forskeropplæring:** Arbeidsgruppen «Utvikling av de menneskelige ressursene» tar overordnet ansvar for å koordinere eventuelle tiltak knyttet til utdanningene.

**6. Forskningsbasert evaluering av reformer:** Bør HO21-rådet ta initiativ til at det arrangeres et seminar om forskningsbaserte reformer med deltakere fra forskningsmiljø og bevilgende/besluttende myndigheter?

Viktige innspill:

- Implementeringen må designes slik at det kan evalueres og rapporteres på en forskningsmessig god måte:
  - slik at det kan bidra til kunnskapsutvikling og læring, og
  - slik at resultatene kan publiseres i internasjonale tidsskrift
- Evalueringen må initieres tidlig nok (lenge før implementeringen) og det må settes av tilstrekkelige midler