

Til HelseOmsorg21-rådet

Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet (*rådsleder*)
Generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen
Dekan Arnfinn Sundsfjord, Det medisinske fakultet, UiT
Forskningsleder, professor Aud Obstfelder, NTNU Gjøvik
Direktør Bernadette Kumar, Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)
Dekan Bjørn Gustafsson, Det medisinske fakultet, NTNU
Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF
Daglig leder Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge
Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth
Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF
Forskningsjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF
Fylkesrådmann Evy-Anni Evensen, Telemark fylkeskommune
Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
Dekan Gro Jamtvedt, Høgskole i Oslo og Akershus
Instituttleder Guri Rørtveit, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB
Leder Hilde Lurås, HØKH, Akershus universitetssykehus HF
Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia
Områdedirektør Inger Østensjø, KS
Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet
Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening
Direktør Kathrine Myhre, Oslo Medtech
Områdedirektør Knut-Inge Klepp, Folkehelseinstituttet
Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger
Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge
Kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen Kommune
Instituttleder Pål Kraft, Psykologisk institutt, UiO
Divisjonsdirektør Roar Olsen, Direktoratet for eHelse
Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS

Vår saksbehandler/tlf.	Vår ref.	Oslo,
Hilde DG Nielsen, +4740922260/hgn@forskningsradet.no	16/12821	16.11.2016
	Deres ref.	

Innkalling til HelseOmsorg21-rådsmøte 06/16

Vedlagt følger forslag til saksliste og sakspapirer til HO21-rådsmøte mandag 28. november 2016, kl 10.30 – 17.00, møterom Abel 1 og 2, Forskningsrådet.

HO21 Monitor lanseres kl 09.30 i aud. Moser.

Vel møtt!

Med vennlig hilsen

Norges forskningsråd

HelseOmsorg21-sekretariatet

v/Hilde DG Nielsen, sekretariatsleder/spesialrådgiver



Møte i HelseOmsorg21-rådet (06/16)	
Dato:	Mandag 28. november 2016, kl 10.30 – 17.00
Sted:	Forskningsrådet, Lysaker, møterom Abel 1 og 2

Saksliste

Sak 49/16 Godkjenning av sakslisten

Sak 50/16 Godkjent referat

Sak 51/16 Orienteringer

Sak 52/16 Satsingsområde Strategisk og kunnskapsbasert styring

- Presentasjon av NIHR Leadership Programme v/Ashridge Director George Binney
- Diskusjon av tiltak nr 6 Utvikling av et nasjonalt lederutviklingsprogram (jf. sak 33/16, møte 12.9.2016 (04/16))

Sak 53/16 Satsingsområde Møte de globale helseutfordringene

- Presentasjon av Norsk institutt for global helse (NIGH) v/dekan Nina Langeland (UiB)
- Presentasjon av arbeidsgruppens forslag til tiltak v/gruppeleder Ernst Omenaas (Helse Bergen HF)

Sak 54/16 Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering

- Forskningsrådets svar på henvendelsen fra Rådet om å ta en sterkere rolle i koordinering av innspill til arbeidsprogrammene i Horisont2020
- Et eksempel på organisering fra Det medisinske fakultet, UiO v/prodekan for forskning Hilde Nebb

Sak 55/16

Satsingsområde Bedre klinisk behandling

- Presentasjon av arbeidsgruppens forslag til tiltak v/gruppeleder Björn Gustafsson (NTNU)

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



Sak 50/16 Godkjent referat

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

Vedlegg:	Godkjent referat fra møte 24.10.2016 (05/16)
Referent:	HO21-sekretariatet Hilde DG Nielsen, sekretariatsleder
Referatet ble godkjent av:	Rådsleder Camilla Stoltenberg, 6.11.2016

Hovedpunkter

Utkast til referat fra møte 24.10.2016 (05/16) ble sendt HO21-rådet 31.10.2016. Til fristen 5.11.2016 var det kommet to kommentarer til referatet. Alle merknadene ble tatt til følge.

Referatet ble godkjent av rådsleder Camilla Stoltenberg 6.11.2016.

Vedtak: *Godkjent referat fra HO21-rådsmøte 24.10.2016 tas til orientering.*

VEDLEGG

Sak 50/16



Møte i HelseOmsorg21-rådet (05/16)

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

Sted: Radisson Blu Royal Garden Hotel, Trondheim

Tilstede:

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

Forfall:

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

HelseOmsorg21-sekretariatet, Forskningsrådet

Sekretariatsleder/spesialrådgiver Hilde G Nielsen (*referent*)

Seniorrådgiver Nina Ånensen

Helse- og omsorgsdepartementet

Fagdirektør Hjørdis Møller Sandborg

Saksliste

Sak 40/16 Godkjenning av sakslisten

Sak 41/16 Godkjent referat

Sak 42/16 Orienteringer

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

Sak 43/16 Satsingsområde Økt brukermedvirkning

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

Sak 44/16 Satsingsområde Effektive og lærende tjenester

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

Sak 45/16 Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn

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

Sak 46/16

**Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere
internasjonalisering**

- Diskusjon av arbeidsgruppens forslag til tiltak

Sak 47/16

Satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene

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

Sak 48/16

Eventuelt

Saksliste

Sak 40/16**Godkjenning av sakslisten**

Vedtak: Saklisten godkjennes.

Sak 41/16**Godkjent referat**

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

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

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

Sak 42/16**Orienteringer**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vedtak: Orienteringene tas til etterretning.

Sak 43/16**Satsingsområde Økt brukermedvirkning**

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

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

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

Andre sentrale spørsmål som også ble diskutert var:

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

Momenter fra diskusjonen:

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

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

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

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

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

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

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

Oppsummering – spørsmål til senere diskusjoner:

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

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

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

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

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

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

Sak 44/16

Satsingsområde Effektive og lærende tjenester

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

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

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

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

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

Arbeidsgruppens tre anbefalinger er:

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

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

Momenter fra diskusjonen:

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

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

⁵ Helseklyngen Årstadvollen vil bli presentert på rådsmøtet 28.11.2016

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

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

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

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

Oppsummering:

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

To momenter til diskusjon på et senere rådsmøte:

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

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

De reviderte tiltakene presenteres for Rådet 28. november 2016.

De to kommentarene diskuteres videre på et senere rådsmøte.

Sak 45/16

Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn

Bakgrunns-dokumenter:	• Saksnotat datert 29.2.2016 (02/16) • Saksnotat datert 25.1.2016 (01/16) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	• Presentasjon fra rådsmøtet 24.10.2016 • Utkast, Nasjonal e-helse strategi, Direktoratet for e-helse • Saksnotat fra arbeidsgruppen datert 24.10.2016
Ansvarlig arbeids-gruppe	Helsedata som nasjonalt fortrinn • Roar Olsen, Direktoratet for e-helse (<i>gruppeleder</i>) • Anne Lise Ryel, Kreftforeningen • Bjørn Gustafsson, NTNU • Erlend Smeland, OUS HF • Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet • Karita Bekkemellem, LMI • Nina Mevold, Bergen kommune
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert:	• Møte 25.4.2016 (03/16) (orienteringssak) • Møte 29.2.2016 (02/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 1.12.2015 (06/15)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Rapporter og egendefinerte analyser er enkelt tilgjengelig.

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

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

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

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

Momenter fra diskusjonen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sak 46/16

Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering

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

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

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

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

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

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

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

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

Momenter fra diskusjonen:

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

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

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

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

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

Sak 47/16

Satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene

Bakgrunns-dokumenter:	• Notat datert 25.4.2016 (vedlegg sak 24/16) • Notat datert 25.1.2016 (vedlegg sak 04/16) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	• Presentasjon fra rådsmøte 24.10.2016 • Program for folkehelsearbeid i kommunene (Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og KS)
Innledning:	• Divisjonsdirektør Svein Lie, Helsedirektoratet
Ansvarlig:	• Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og KS
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert:	• Møte 12.9.2016 (04/16) • Møte 25.4.2016 (03/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 1.12.2015 (06/15) • Møte 19.10.2015 (05/15)

Divisjonsdirektør Svein Lie (Helsedirektoratet) presenterte programmet.

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

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

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

Momenter fra diskusjonen:

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

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

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

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

Sak 48/16

Eventuelt

Ingen saker.

Neste møte:

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

Lansering av HO21 Monitor kl 09.30.



Sak 51/16 Orienteringer

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

Sak 51.1	HO21 utvalget for mat, ernæring, helse og næringsmiddelområdet
Ansvarlig	Sekretariatsleder Hilde G Nielsen

Sak 51.2	HO21 scenarieprosjekt
Ansvarlig	Sekretariatsleder Hilde DG Nielsen
Vedlegg	

Forslag til vedtak: *Orienteringene tas til etterretning.*



Sak 52/16 Satsingsområde Strategisk og kunnskapsbasert styring

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

Bakgrunnsdokumenter:	• Saksnotat fra arbeidsgruppen, datert 12.9.2016 (Vedlegg 33/16) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Innledning:	• Ashridge Director George Binney, NIHR Leadership Programme
Vedlegg:	• NIHR Leadership Programme (flyers)
Ansvarlig:	• Arnfinn Sundsfjord, UiT (<i>gruppeleder</i>) • Bernadette Kumar, NAKMI • Camilla Stoltenberg, FHI • Ernst Omenaas, Helse Bergen • Fredrik Syversen, IKT Norge • Gro Jamtvedt, HiOA • Nina Mevold, Bgn kommune
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	• Møte 12.9.2016 (04/16) • Møte 29.2.2016 (02/16)

Hovedpunkter

Rådet diskuterte på rådsmøte 12.9.2016 (04/16) tiltakene i HO21-strategien og i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien. Rådet vedtok å fortsette diskusjonen av tiltak nr 6 *"Det bør utvikles et nasjonalt lederutviklingsprogram for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorer og institusjoner og privat/offentlig sektor. Elementer fra dette bør også være en vesentlig del av topplederprogrammet for helseforetakene"* på rådsmøtet 28.11.2016.

I Storbritannia har National Institute of Health Research (NIHR) i de senere år utviklet et nasjonalt ledelsesutviklingsprogram som har bidratt til et nettverk av forsknings- og innovasjonsledere. Ashridge Director George Binney er invitert til rådsmøtet for å presentere NIHR Leadership Programme.

Gruppeleder Arnfinn Sundfjord (UiT) innleder til saken.

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å diskutere om det er et behov for å utvikle et nytt ledelsesutviklingsprogram for strategisk forskning- og innovasjonsledelse innenfor helsefeltet eller om det vil være mer hensiktsmessig å utvikle egne moduler som integreres i eksisterende programmer.

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

VEDLEGG

Sak 52/16

NIHR Leadership Programme

... for Leaders

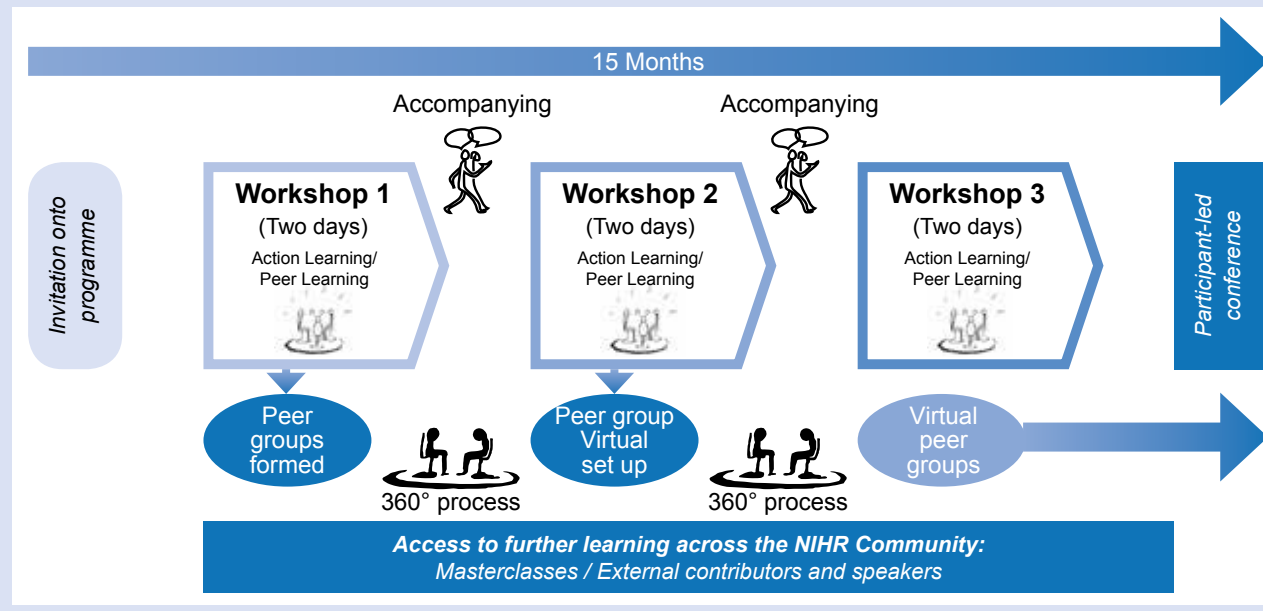
The NIHR Leadership Programme takes place over 15 to 18 months and is designed to enhance the day-to-day contribution of research leaders and senior managers to the NIHR aims of improved health, patient care and national wealth.

What's on offer?

As a result of all these activities, a vibrant and well-connected community of NIHR leader will emerge cutting across institutions, disciplines and perspectives.

The programme is a process of development, not a “course”. You cannot download leadership. Development is a matter of personal discovery, working closely with colleagues and with outside support. Some general principles, for example the need to listen well, to be as clear as possible about your intentions and to be respectful of others, are helpful. However, the most important work is thinking through how to apply general principles in the particular context that you work in. At Ashridge, we see our role as helping participants discover more about their own resources and their capacity to adapt and use effective leadership approaches in different situations.

Time commitment is between 1 – 3 days per month. For more detailed information, please see our **support information**, which you can download [HERE](#)



Why?

The Programme equips participants to make more of a contribution by:

- **Developing self-awareness.** Personal qualities and knowing how to play to individual strengths are an essential part of being an effective leader. Through the Programme participants will become more confident in, and capable of, working with the reality of their individual preferences.
- **Developing contextual sensitivity.** Leadership does not happen in a vacuum, nor can one approach be applied in all contexts. The Programme supports participants in honing their effectiveness as leaders within the specific contexts of their institutions and the wider health research landscape.
- **Developing a community of leaders.** Tapping into a network of collective intelligence allows individuals to be both more resourceful and better resourced. It is through the fostering of networks of trusted colleagues that the Programme provides participants with a continuing resource for their development and effectiveness.

You will be joining an established and successful programme, enabling you to grow your health research network, and learn from, and contribute to, the experience of others.

Who?

In each group we will be working with 24-30 leaders. We are inviting individuals to apply now for the next group of the programme. The group for this round of recruitment will start in January 2017. There will be one more group in 2018.

The programme is aimed at all those who, in different ways, are leading or influential in health research and who are making a significant contribution to NIHR.

'At an important point in my career, the reflective feedback has been very helpful. In my mind I have had a rather negative view of myself which has blunted my effectiveness. You have helped me see what I have to offer (as a leader) that is distinctive.'



'I see myself now as a leader, not someone trying to sort it all out for others.'

When and how do I secure a place?

The main activities and key dates are shown below. Other dates – for accompanying, coaching and group work – will be arranged to suit group members. **We ask that you ONLY apply if you can commit to ALL the advertised dates.**

If you would like to participate in the next group, please complete and submit an application form **before 5pm on 28 September 2016.**

The full **application form** and further **supporting information** are available [HERE](#)

Key dates

7 October 2016 (before 17.00)	Application deadline
2 December 2016	Final selection announced
23 – 24 January 2017	Workshop 1: <i>Transitions</i>
11 – 12 May 2017	Workshop 2: <i>Relationships</i>
5 – 6 October 2017	Workshop 3: <i>Ambition into practice</i>
19 – 20 April 2018	Conference

'Ashridge had the knack in our discussions of homing in on the key point and helping me see the practical things I can do to help myself. I feel I have made remarkable progress in seeing what's most important to me and in being more influential.'



Sak 53/16 Satsingsområde Møte de globale helseutfordringene

Type sak: Vedtakssak

Til: HO21-rådet

Fra: HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

Bakgrunnsdokumenter:	- HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) - Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	Saksnotat fra arbeidsgruppen, datert 28.11.2016
Ansvarlig arbeidsgruppe:	- Ernst Omenaas, Helse Bergen HF (<i>gruppeleder</i>) - Dagfinn Bjørgen, Mental helse - Eirik Næss-Ulseth, Gründer og investor - Guri Rørtveit, UiB - Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet - Karita Bekkemellem, LMI - Tom Pike, Vaccibody AS
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	Møte 31.8.2015 (04/15) (innspill til handlingsplanen)

Bakgrunn

Et overordnet mål for forskning på globale helseutfordringer er å levere ny kunnskap og innovasjon av høy kvalitet med potensiale for gjennomslagskraft, kunnskap som bidrar til varige forbedringer i den globale folkehelsen og utjevning av urimelige helseforskjeller. For Norge innebærer det at globale helseutfordringer ikke kan ses isolert fra annen nasjonal og internasjonal politikk for fremme av folkehelsen. Selv om UD har et hovedansvar, må flere departementer involveres i de globale helseutfordringene relatert til forskning, utdanning og innovasjon.

Selv om Norge på "hjemmebane" bare bruker 3-4 % av helseforskningsmidlene til globale helseproblemstillinger, så har forskningsmiljøene innenfor global helse blitt vesentlig styrket de siste årene – og de holder et høyt internasjonalt nivå. Høyeste prioritet er kapasitetsbygging i lav- og mellominntektsland slik at FoU-miljøene der settes i stand til å levere kunnskap for å håndtere egne helseutfordringer. Norske kompetansemiljøer må også styrkes, slik at de kan være aktive samarbeidspartnere i denne prosessen. De må bidra til at alle relevante fagmiljøer innenfor medisin, helse, teknologi, naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora involveres i å fremme global folkehelse gjennom tiltak i lav- og mellominntektsland og i det internasjonale systemet. Instituttsektoren og norsk næringsliv har også et stort potensiale til å bidra til kompetanse- og kapasitetsbygging, teknologiutvikling og næringsutvikling i lav- og mellominntektsland.

Hovedpunkter

Arbeidsgruppen har for satsingsområdet kommet frem til tre anbefalinger for å følge opp tiltakene i strategi og handlingsplan:

- 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

Dekan Nina Langeland v/UiB presenterer Norsk Institutt for Global Helse (NIGH).

Gruppeleder Ernst Omenaas (Helse Bergen HF) presenterer arbeidsgruppens arbeid og anbefalinger.

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å diskutere hvordan det kan bidra til å sikre en god og forutsigbar finansiering til et globalt helseforskningsprogram

- *Forslag fra arbeidsgruppen til diskusjon:*
 - Arbeidsgruppen anbefaler at rådet tar initiativ til dialog med Utenriksdepartementet om videre finansiering av GLOBVAC. Det bør rettes en formell henvendelse til UD om finansieringen av programmet, samt at en representant fra departementet bør vurderes invitert til et rådsmøte våren 2017.

Rådet bes om å diskutere hvordan det kan bidra til å styrke det globale helseperspektivet i utdanning og kompetansebygging

- *Forslag fra arbeidsgruppen til diskusjon:*
 - Rådet bør vurdere om arbeidsgruppen for satsingsområdet Utvikling av de menneskelige ressursene kan ta et overordnet ansvar for å koordinere innspill knyttet til gode utdanningsløp. Det bør samtidig vurderes om det bør gjøres en kartlegging av hvordan global helse p.t. ivaretas i de ulike helsefaglige utdanningene.
 - Rådet bør diskutere hvordan det bedre kan legges til rette for utvikling av digitale helseløsninger. Professor Kristin Braa bør inviteres til et rådsmøte våren 2017.

Rådet bes om å diskutere hvordan det kan bidra til å styrke samhandling og samarbeid på området

- *Forslag fra arbeidsgruppen til diskusjon:*
 - Arbeidsgruppen anbefaler at Rådet følger opp intensjonen om en regional forankring av NIGH.

Forslag til vedtak:

Formuleres i møtet.....

VEDLEGG

Sak 53/16



Notat til diskusjon på rådsmøtet 28.11.2016

Fra:	Ernst Omenaas, Helse Bergen HF (<i>gruppeleder</i>) Dagfinn Bjørgen, Mental helse Eirik Næss-Ulseth, Gründer og investor Guri Rørtveit, UiB Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet Karita Bekkemellem, LMI Tom Pike, Vaccibody AS
Vedlegg til:	Sak 53/16 Satsingsområde Møte de globale helseutfordringene

Kort om status for arbeid med iverksetting av tiltakene i strategien (nr. 1-7) og handlingsplanen (nr. 8-9):

1. Strategien: "Alle institusjonene må ta et ansvar for å bidra til et kunnskapssystem for bedre global folkehelse".

Status: Dette ble i stor grad foreslått gjennomført ved å inkludere det globale helseperspektivet, inkludert migrasjons- og innvandrerhelse, i alle helsefagutdanningene. Dessuten å bygge kapasitet og kvalitet ved å utfordre fremragende forskningsmiljø for å skaffe ny kunnskap.

Senter for internasjonal helse ved Universitetet i Bergen er eksempel på et miljø som har stor aktivitet knyttet til forskning på internasjonal helse og kapasitetsbygging i lav- og mellominntektsland.

Det finnes også eksempler der global helse er inkludert i utdanningene. Blant annet utarbeides det nå nye kurs for medisinstudenter ved Universitetet i Bergen der Leger uten grenser sammen med universitet og sykehus bidrar i utformingen av innholdet. Dette er et godt eksempel på samarbeid mellom aktører for å lage gode undervisningsopplegg innenfor global helse. Det bør være et mål å utforme nasjonale undervisningsopplegg gjennom tilsvarende samarbeid.

Det må være et mål å stimulere til økt samarbeid mellom aktører også i forskning og utvikling. Et eksempel er hvordan legemiddelindustrien i fellesskap har forpliktet seg til å jobbe for å begrense utviklingen av antibiotikaresistens, investere i forskning og utvikling og bedre tilgangen til effektiv antibiotika og vaksiner. Det bør fremover tas initiativ til økt samarbeid mellom næringslivet og aktører fra andre sektorer. Norsk institutt for global helse (se tiltak 4) bør bidra til å samle aktørene og stimulere til samhandling for et styrket kunnskapssystem.

Internasjonalt samarbeid, blant annet gjennom WHO, er vesentlig. Norge har tradisjon for samarbeid blant annet gjennom The Global Burden of Disease Study (GBD), Global

Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) og den nylig etablerte Coalition For Epidemic Preparedness Innovations (CEPI). Forskningsrådet deltar også i Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness (GLoPID-R) som er et nettverk av forskningsfinansierende organisasjoner som kan iverksette en effektiv forskningsrespons innen 48 timer etter et utbrudd av infeksjonssykdom med pandemisk potensiale. Internasjonalt samarbeid bør styrkes og videreutvikles.

2. Strategien: "De globale helseutfordringene inkluderes i de regionale helseforetakenes oppdragsdokument".

Status: Tiltaket er gjennomført ved at de globale helseutfordringene ble tatt med som langsiktige mål for forskning i styringsdokumentet fra HOD til RHFene og de underliggende helseforetakene fra 2016. Dette tiltaket har også i stor grad blitt fremholdt som et godt område for forskningsvirksomheten knyttet til helseforetakene og er en ny kategori i forbindelse med utlysning av helseforetakenes forskningsmidler for 2017.

3. Strategien: "UoH-sektoren legger økt vekt på det globale helseperspektivet i relevante utdanninger, forskning og innovasjon".

Status: Tiltaket må ses i sammenheng med tiltak 1.

Det finnes eksempler på at det globale helseperspektivet er tatt inn i utdanningene, blant annet i medisnutdanningen i Bergen og farmasiutdanningen i Oslo. Dette må systematisk ivaretas i alle relevante utdanninger. Norsk Institutt for Global helse (NIGH, se tiltak 4) vil være et viktig bidrag.

Globale samfunnsutfordringer er vedtatt som ett av tre satsingsområder ved Universitetet i Bergen. Satsingen er forankret ved Det medisinsk-odontologiske fakultet ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Senter for internasjonal helse og er en tverrfaglig satsing rettet mot utdanning, forskning og innovasjon.

4. Strategien: "Norwegian Global Health Institute (NGHI) etableres som et distribuert senter i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. En nasjonal forskerskole i global helse legges til NGHI".

Status: Tiltaket er innført ved at Norsk Institutt for Global helse (NIGH) er vedtatt opprettet. NIGH skal bidra til å styrke samarbeid, samordning og utvikling mellom norske institusjoner omkring global helse, forskning, utdanning og kompetansebygging. Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning i spesialisthelsetjenesten (NSG) har utarbeidet mandat for NIGH og det tas sikte på et konstituerende møte for styret i januar 2017.

Viktige oppgaver for NIGH er:

- 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

- 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
- Arrangere et årlig møte for globale helsespørsmål

En sentral aktivitet i NIGH er nasjonal forskerskole i global helse. Forskeskolen ble etablert 1. september 2016 og er finansiert av Norges forskningsråd. Alle de fire breddeuniversitetene er partnere. Deltakerne får tilgang til relevante doktorgradskurs ved alle norske universitet, årlig ph.d. konferanse, stipend for å delta på kurs og konferanser samt møte andre forskere innen global helse. Nettside: www.ntnu.edu/nrsg

Det eksisterer i tillegg ulike nasjonale nettverk innenfor global helse. Allerede i 2006 ble Norwegian Forum for Global Health Research etablert der Norges forskningsråd, Helsedirektoratet og NORAD er med. Nettside: <http://www.globalhealth.no>

5. Strategien: "Det etableres en finansieringsordning relatert til helse i/for land med lav betalingssevne, og en satsing på næringsutvikling av helserelaterte teknologier og produkter for lav- og mellominntektsland".

Status: Tiltaket må ses i sammenheng med tiltak 9.

Norge deltar nå i [Coalition For Epidemic Preparedness Innovations](http://www.cepi.net) (CEPI). CEPI skal bidra med finansiering for utvikling av vaksiner og er et partnerskap mellom ulike aktører, inkludert myndigheter og filantropiske organisasjoner. Flere partnere vil komme til. CEPI vil samarbeide med vaksineindustri. Partnerne bidrar med midler og norske bistandsmidler vil inngå i finansieringsmekanismen.

6. Strategien: "Økt andel av bistandsmidlene kanaliseres til forskning, utdanning og innovasjon".

Status: Det er vanskelig å finne eksakte tall for andelen bistandsmidler som kanaliseres til forskning, utdanning og innovasjon på helsefeltet. NORAD fikk i 2013 utarbeidet en rapport ("Mapping investments in global health research", Nordic Consulting Group 2013) som estimerte at 1 % av bistandsbudsjettet gikk til global helseforskning. Estimater er usikkert og det vil være krevende å finne nye tall.

En stor andel av bistandsmidlene til forskning, innovasjon og utdanning kanaliseres gjennom Forskningsrådet. På helseområdet er Program for global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) og ny finansieringsmekanisme for utdannings- og helseinnovasjoner (VISJON2030) i stor grad finansiert av bistandsmidler. VISJON2030 er en kortvarig satsing på tre år. GLOBVAC er planlagt som et langsiktig program (2012-2020), men den fremtidige finansieringen av programmet er p.t. svært usikker og det vil fremover ikke være noen aktivitet i programmet dersom den finansielle situasjonen ikke avklares. GLOBVAC ble etablert som program første gang i 2006 og har vært helt sentralt for all nasjonal forskningsaktivitet innen global helse. Det vil være svært uheldig dersom

finansieringen ikke opprettholdes. Globale helseutfordringer bør gis prioritet i bistandspolitikken.

7. Strategien: "Sektordepartementene må i større grad samarbeide om sentrale problemområder og kunnskapsbehov innen globale helseutfordringer".

Status: Det er lite samarbeid mellom sektordepartementer om finansiering av global helseforskning. Hovedsakelig er aktivitetene i dag finansiert av Utenriksdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer 10 % av GLOBVAC for norsk deltakelse i The European & Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP).

Kunnskapsdepartementet finansierer noe global helseforskning gjennom de frie konkurransearenaene. Dette skyldes at miljøene de siste årene, siden oppstarten av GLOBVAC, er betydelig styrket og i dag er konkurransedyktige på kvalitet.

8. Handlingsplanen: "Vidareutvikle insentiv for partnerskap med forskarar i låg- og mellominntektsland, mellom anna gjennom eksisterande mekanismar som GLOBVAC og NORHED".

Status: På grunn av reduserte bevilgninger fra UD er det p.t. knyttet stor usikkerhet til videre finansiering av GLOBVAC. Programmet har nå ingen planlagte fremtidige utlysninger. 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 (se også punkt 6).

9. Handlingsplanen: "Greie ut og etablere en finansieringsmekanisme for innovasjonsprosjekt innenfor global utdanning og helse".

Status: Fra 2016 er det etablert en treårig finansieringsmekanisme for utdannings- og helseinnovasjoner som kan bidra til fattigdomsreduksjon (VISJON2030). Satsingen er kortvarig og har initielt et større fokus på utdanning enn helse. Forskningsfinansiering burde vært vektlagt tyngre.

GLOBVAC har hatt fokus på innovasjon og næringsliv. Det var fra starten svært få aktører, men det har kommet til flere etter hvert. Mange initiativ gjennom GLOBVAC står nå på vent inntil det foreligger en avklaring om programmets fremtidige finansiering.

Arbeidsgruppens anbefalinger

I oppfølgingen av satsingsområdet «Møte de globale helseutfordringene» anbefaler arbeidsgruppen at følgende prioriteres:

- 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

1) Sikre god og forutsigbar finansiering til et globalt helseforskningsprogram

Program for global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) har vært en stor og vellykket del av Norges innsats for global helse. Programmet ble nylig midtveisevaluert og evalueringen viste at GLOBVAC har oppnådd sterke resultater på flere forskningsfelt

og har vært sentralt for å bygge forskningsmiljøer innenfor global helse- og vaksinasjonsforskning. Norsk forskning innenfor global helse har dermed kunnet markere seg internasjonalt de siste årene.

Før programmets oppstart i 2006 var norsk forskningsinnsats innenfor global helse- og vaksinasjonsforskning lav. Som følge av finansiering fra GLOBVAC har antall medvirkende forskergrupper og institusjoner økt markant de siste ti årene. Evalueringen framhever at global helseforskning er et ungt og viktig felt som fortsatt krever støtte dersom forskningsmiljøene som er bygd opp ikke skal forvitte.

GLOBVAC er hovedsakelig finansiert over bistandsbudsjettet, men på grunn av endrede prioriteringer i Utenriksdepartementet den siste tiden er finansieringen av GLOBVAC nå sterkt redusert. Programmet har nå ingen planlagte utlysninger eller aktiviteter fremover.

Det vil være svært viktig for norsk forskningsinnsats innenfor global helse at GLOBVAC sikres en god og forutsigbar finansiering fremover.

Anbefaling: Arbeidsgruppen anbefaler at rådet tar initiativ til dialog med Utenriksdepartementet om videre finansiering av GLOBVAC. Det bør rettes en formell henvendelse til UD om finansieringen av programmet, samt at en representant fra departementet bør vurderes invitert til en rådsmøte våren 2017.

2) Styrke det globale helseperspektivet i utdanning og kompetansebygging

Utdanningsløp

Inklusjon av det globale helseperspektivet, inkludert migrasjons- og innvandrerhelse, i alle helsefagutdanningene vil være et viktig tiltak for å bygge kompetanse på feltet. Det finnes i dag flere eksempler på tiltak i enkeltutdanninger/enkeltinstitusjoner, men det må være et mål å utforme nasjonale standarder for undervisningsopplegg. Dette krever en mer overordnet tilnærming rettet mot utdanningsinstitusjonene.

HelseOmsorg21 foreslår en rekke tiltak knyttet til utdanningsforløp og økt kompetanse på tvers av flere satsingsområder som med fordel kan ses i sammenheng.

Anbefaling: Rådet bør vurdere om arbeidsgruppen for satsingsområdet Utvikling av de menneskelige ressursene kan ta et overordnet ansvar for å koordinere innspill knyttet til gode utdanningsløp. Det bør samtidig vurderes om det bør gjøres en kartlegging av hvordan global helse p.t. ivaretas i de ulike helsefaglige utdanningene.

Digital undervisning og helseinformasjon

Norge er langt fremme når det gjelder digitalisering av helseinformasjon. Universitetet i Oslo deltar blant annet i det globale forskningsnettverket [The Health Information Systems Programme](#) (HISP). HISP ved UiO har en ledende rolle i nettverket og er ledet av Professor Kristin Braa.

HISP ved UiO har utviklet et helseinformasjonssystem for innsamling, bruk og presentasjon av helsedata i lavressursområder. Informasjonssystemet (DHIS 2) regnes i følge en evaluering fra NORAD som det største og beste i verden og er nå i bruk i 30 land i Afrika og Asia.

Et annet viktig tiltak for et godt kunnskapssystem for globale helse er å etablere digitale undervisningsopplegg som tilbys regioner som har størst behov. Vi har i Norge et veldig godt utgangspunkt gjennom både teknologiske plattformer og kompetanse til å lage slike digitale løsninger i samarbeid med globale aktører som WHO. Et eksempel er et [undervisningsopplegg for arbeidshelse](#) utarbeidet av universitetet i Bergen for lav- og mellominteksland.

Anbefaling: Rådet bør diskutere hvordan det bedre kan legges til rette for utvikling av digitale helseløsninger. Professor Kristin Braa bør inviteres til et rådsmøte våren 2017.

3) **Styrke samhandling og samarbeid for å nå målsettingene**

Det kan i dag oppleves vanskelig å få til gode samarbeidsrelasjoner mellom aktører fra ulike sektorer. Det bør legges til rette for god samhandling mellom alle relevante aktører. Dette gjelder både innen utdanning, for eksempel i arbeid med utvikling av undervisningsopplegg, og innen forskning og innovasjon.

Det er et håp at Norsk Institutt for Global Helse (NIGH) vil bidra til å samle aktørene i større grad. Arbeidsgruppen registrerer at det i strategien var presisert at NIGH skulle etableres som et virtuelt senter bestående av fire regionale sentre. Mandatet som er utarbeidet mangler det regionale aspektet og omtaler NIGH som ett overordnet senter. Arbeidsgruppen mener det er viktig å løfte frem regional samhandling innenfor global helse og at en regional forankring av NIGH vil være viktig for å oppnå dette.

Forskningsrådet er medlem av Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness (GloPID-R). Dette er en samarbeidsorganisasjon mellom forskningsfinansierende offentlige institusjoner og de store globale filantropiske organisasjonene Gates foundation og Wellcome Trust. Målet er å sikre økt beredskap i akutte internasjonale helsekriser (ebola, zika osv). For å få til et godt samarbeid med næringslivet og NGO-er, er det planer om å utvikle et stakeholders forum enten for hver av disse målgruppene, eller et samlet. Dette vil være et viktig bidrag for å sikre samhandling mellom aktørene.

Anbefaling: Arbeidsgruppen anbefaler at Rådet følger opp intensjonen om en regional forankring av NIGH.

Vedlegg

Følgende tiltak var foreslått i stragien:

- 1) Helsetjenesten og utdanningssektoren får global helse som del av sitt oppdrag for å bygge kapasitet i Norge. Globalt helseperspektiv, med migrasjonshelse/innvandrerhelse inkluderes i alle helsefagutdanningene. Det bør være naturlig for alle vitenskapelige ansatte i helsefag- utdanningene å ivareta det globale helseperspektivet innenfor eget fagområde.
- 2) Insentiver må etableres for å inkludere flere fremragende forskningsmiljøer i kapasitetsbygging i lav- og mellominntektsland. Alle store forskningsprogram relatert til helse, og hvor dette er naturlig, bør inkludere et element av kapasitetsbygging i disse landene.
- 3) Det etableres fire regionale sentre (i et mulig samarbeid mellom UoH og instituttsektor og helseforetak) som sammen utgjør et virtuelt «Norwegian Global Health Institute» (NGHI). Sentrene skal i fellesskap fremme økt kunnskap, kvalitet, internasjonalisering, tverrfaglighet, arbeidsdeling og samhandling relatert til global helse i utdanning, forskning og innovasjon. Sentrene kan også bidra til økt samarbeid mellom sentrale myndigheter, UoH- og instituttsektoren, helsetjenesten og næringslivet for å bygge økt kapasitet i lav- og mellominntektsland, og for å bygge økt institusjonelt samarbeid med disse landene. Det foreslås at en ny nasjonal forskerskole legges til NGHI.
- 4) Etablere et virkemiddel / en finansieringsordning rettet mot potensielt kommersialiserbare forskningsresultater relatert til helse i/for land med lav betalingssevne (utvikling, verifisering og kvalitetssikring).
- 5) Styrke utviklingen av helserelaterte teknologier og produkter for lav og mellominntektsland gjennom bruk av offentlige midler til næringsutvikling både i disse landene og i Norge.
- 6) Økt satsing på tverr- og flerfaglig forskning og utdanning innenfor global helse i et bredt folkehelseperspektiv. Det innebærer økt mobilisering av alle relevante fagmiljøer i medisin, teknologi, naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora.

Tiltakene ble anbefalt iverksatt ved:

- 1) Alle institusjonene må ta et ansvar for å bidra til et kunnskapssystem for bedre global folkehelse. Ansvar: UoH-sektor, helseforetakene, instituttsektor og næringslivet
- 2) De globale helseutfordringene inkluderes i de regionale helseforetakenes oppdragsdokument. Ansvar: HOD og HFene
- 3) UoH-sektoren legger økt vekt på det globale helseperspektivet i relevante utdanninger, forskning og innovasjon. Ansvar: KD og UoH-sektor
- 4) Norwegian Global Health Institute (NGHI) etableres som et distribuert senter i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. En nasjonal forskerskole i global helse legges til NGHI. Ansvar: Forskningsmiljøene, KD , HOD og Forskningsrådet

- 5) Det etableres en finansieringsordning relatert til helse i/for land med lav betalingsevne, og en satsing på næringsutvikling av helserelaterte teknologier og produkter for lav- og mellominntektsland. Ansvar: NFD og UD
- 6) Økt andel av bistandsmidlene kanaliseres til forskning, utdanning og innovasjon. Ansvar: UD
- 7) Sektordepartementene må i større grad samarbeide om sentrale problemområder og kunnskapsbehov innen globale helseutfordringer. Ansvar: HOD, KD , NFD og UD

Følgende tiltak var foreslått i Handlingsplanen:

- 1) Vidareutvikle insentiv for partnerskap med forskarar i låg- og mellominntektsland, mellom anna gjennom eksisterande mekanismar som GLOBVAC og NORHED.
- 2) Greie ut og etablere en finansieringsmekanisme for innovasjonsprosjekt innanfor global utdanning og helse.



Sak 54/16 Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering

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

Bakgrunnsdokumenter:	• Notat fra arbeidsgruppen, datert 25.4.2016 • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	• Kopi brev fra HO21-rådet til Forskningsrådet 24.6.2016
Innledning ved:	• Divisjonsdirektør Jesper W Simonsen, Forskningsrådet • Prodekan for forskning, Hilde Nebb, Med. Fak., UiO
Ansvarlig:	• Erlend Smeland, OUS (<i>gruppeleder</i>) • Bjørn Gustafsson, NTNU • Eirik Næss Ulseth, Gründer • Inger Østensjø, KS • Mona Skaret, Innovasjon Norge • Pål Kraft, UiO
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	• 24.10.2016 (05/16) • 25.4.2016 (03/16)

Hovedpunkter

Rådet vedtok på rådsmøtet 25.4.2016 (03/16) å sende en henvendelse til Forskningsrådet med en anmodning om at Forskningsrådet bør ta en enda tydeligere rolle i koordineringsarbeidet i arbeidet med å gi innspill til Horisont2020. Rådet ba også Forskningsrådet om å se på hva som kan gjøres for at Norge kan stå enda sterkere i sine innspill til Horisont2020.

Forskningsrådet er invitert til rådsmøte 28.11.2016 for å svare på henvendelsen fra Rådet.

Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet) innleder på saken.

For at Horisont2020-utlysningene skal være interessante for norske miljøer, er det viktig at Norge påvirker utformingen av programmer og utlysninger. Forskningsrådet har opprettet referansegrupper for nesten alle programmer i Horisont2020. Referansegruppene består av norske eksperter innen alle de ulike Horisont2020-feltene og skal gi råd om hva norske søkere

er opptatt av på sitt område. Referansegruppene skal også bidra til å spre informasjon og koordinere norske aktører inn mot strategiske prosesser og søknadsrunder. Deretter er det opp til hver enkelt institusjon å organisere seg på best mulig måte slik institusjonen vil klare å gi tilbakemelding innen de korte fristene som det opereres med.

Prodekan for forskning v/Hilde Nebb (Det medisinske fakultet, UiO) orienterer om Horisont2020-organiseringen til det Det medisinske fakultet.

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å diskutere om tilbakemelding fra Forskningsrådet er tilfredsstillende.

Rådet bes om å diskutere om det er behov for andre tiltak.

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

VEDLEGG

Sak 54/16

Norges forskningsråd
Postboks 564,
1327 Lysaker

Vår saksbehandler/tlf.
Hilde DG Nielsen, +47 40 92 22 60

Vår ref.
16/5528
Deres ref.

Oslo,
24.6.2016

Anmodning om at Forskningsrådet tar en tydeligere rolle i koordinering av innspill til utforming av arbeidsprogrammer og utlysninger i Horisont 2020

Bakgrunn

Internasjonalt forskningssamarbeid bidrar til økt kvalitet og kapasitet i norsk forskning til å møte globale utfordringer, til å sikre tilgang til internasjonal kunnskapsproduksjon og til å styrke næringslivets konkurranseevne. Norske helseforskere har generelt for lite internasjonal kontakt og mobilitet. De deltar vesentlig mindre i EU-forskningen og på andre internasjonale arenaer enn helseforskere i f.eks. Sverige og Danmark.

Horisont 2020 overtok etter EUs 7. rammeprogram (FP7) og er verdens største forsknings- og innovasjonsprogram med hele 70 milliarder euro som skal deles ut over sju år. Norge er fullt medlem av Horisont 2020. Kontingenten er betydelig og det forventes større økonomisk retur for norske forskere i dette rammeprogrammet enn i FP7. Utfordringene ligger blant annet i for få insitamenter for forskere som deltar på internasjonale konkurransearenaer, mangelfullt støtteapparat og manglende tilrettelegging av de relativt krevende søke-, rapporterings- og koordineringsprosessene.

Forskningsrådet opprettet under FP7 en referansegruppe for helseforskning. Referansengruppen er videreført i Horisont 2020, men med noen flere representanter siden helseprogrammene i Horisont 2020 er noe forskjellig fra helseprogrammene i FP7. Referansegruppen for helseforskningen i Horisont 2020 møtes inntil to ganger i året og er i hovedsak satt sammen av forskningsledere ved aktuelle institusjoner, dette for å sikre god ledelsesforankring av arbeidet med å øke deltakelsen i EU-forskningen. Referansegruppen gir også delegatene i programkomiteen muligheten til å komme i direkte dialog med forskningsmiljøene rundt hvilke strategiske prioriteringer og føringer som bør fremføres fra norsk side.

Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering i HelseOmsorg21-strategien ble diskutert på HelseOmsorg21-rådsmøtet 25. april, 2016. En intern arbeidsgruppe presenterte en rekke utfordringer vedrørende internasjonalt samarbeid. En av disse var behovet for bedre koordinering av innspill fra Helse- og omsorgsdepartementet, universiteter/helseforetak, næringslivet og Forskningsrådet til utforming arbeidsprogrammer og utlysninger i Horisont 2020.

Anmodning

HelseOmsorg21-rådet anmoder Forskningsrådet om å ta en enda tydeligere rolle i koordineringsarbeidet og at Forskningsrådet ser på hva som må gjøres for at Norges skal stå enda sterkere i sine innspill til Horisont 2020.

HelseOmsorg21-rådet ønsker å invitere Forskningsrådet til rådsmøtet 28. november 2016 for å bli orientert om status for arbeidet, og Rådets interne arbeidsgruppe har gjerne dialog med Forskningsrådet i forkant av dette for å utdype de vurderingene som er gjort.

Med vennlig hilsen

HelseOmsorg21-rådet



John-Arne Røttingen
Rådsleder



Hilde D. Grindvik Nielsen
HO21-sekretariatsleder

Kopi:

HelseOmsorg21-rådet



Sak 55/16 Satsingsområde Bedre klinisk behandling

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

Bakgrunnsdokumenter:	- Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) - HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	Saksnotat datert 28.11.2016
Ansvarlig arbeidsgruppe:	- Bjørn Gustafsson, NTNU (leder av arbeidsgruppen) - Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF - Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge - Erlend Smeland, OUS HF - Fredrik Syversen, IKT Norge - Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet - Kathrine Myhre, Oslo Med tech - Rannveig Tellemand Storeng (<i>sekretær for arbeidsgruppen</i>)
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	- Møte 23.2.2015 (02/15) (innspill til handlingsplanen) - Møte 1.12.2015 (06/15) (innspill til handlingsplanen)

Hovedpunkter

Klinisk forskning er en nødvendig forutsetning for å opprettholde og videreutvikle høy kvalitet i helsetjenesten, og bidrar til at forskningsbasert kunnskap tas i bruk. Kliniske studier handler om å dokumentere effekt, nytteverdi og sikkerhet av nye behandlingsmetoder. Det inkluderer legemiddelindustriinitierte, forskerdrevne og offentlig initierte kliniske studier. Mange pasienter ønsker å delta i kliniske studier når det ikke kan tilbys behandling som er basert på tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon. Tjenestetilbudet på dette området er imidlertid begrenset og ujevnt geografisk fordelt. Pasientenes rettigheter bør derfor styrkes, og helsetjenesten må utvikle tenkningen rundt trygg og effektiv tilrettelegging for og gjennomføring av kunnskapsbringende kliniske studier. Helsetjenesten har en klar forpliktelse til å dokumentere effekter, eller sørge for at det er gjennomført gode konklusive kliniske studier før ny diagnostikk og behandling tas rutinemessig i bruk i tjenestene.

HO21- strategien foreslår ni tiltak for dette satsingsområdet. Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår syv tiltak. Implementering av tiltakene vil føre til:

- Ny kunnskap som dokumenterer effekt, nytteverdi og sikkerhet av nye diagnostikk- og behandlingsmetoder, som gir det beste grunnlaget for vurdering av om disse skal tas i bruk i helsetjenesten.
- At helsetjenesten utvikler kapasitet og kompetanse for trygg og effektiv tilrettelegging og gjennomføring av kunnskapsbringende kliniske studier, og samtidig styrker pasientenes rettigheter.
- Norges posisjon i ledelse og gjennomføring av kliniske studier, industriuavhengige så vel som næringsrettede, blir vesentlig styrket.
- Næringsutvikling i Norge gjennom nær og god tilgang til konkurransedyktige utprøvingssentra.

Arbeidsgruppen som består av Bjørn Gustafsson (NTNU) (*gruppeleder*), Cathrin Carlyle (Helse Nord RHF), Dagfinn Bjørgen (KBT Midt-Norge), Erlend Smeland (OUS HF), Fredrik Syversen (IKT Norge), Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet) og Kathrine Myhre (Oslo Medtech) vil på rådsmøte 28.11.2016 presentere arbeidsgruppens anbefalinger til hvilke tiltak Rådet bør arbeide med for å nå målet for satsingsområdet. Arbeidsgruppen foreslår i vedlagte notat en prioritering av tiltak og en prosess for det videre arbeidet med tiltakene.

Gruppeleder Bjørn Gustafsson (NTNU) innleder til saken.

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å diskutere arbeidsgruppens forslag til tiltak.

Rådet bes om å diskutere om det er andre tiltak for dette satsingsområde som Rådet bør arbeide med.

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

VEDLEGG

Sak 55/16



Notat til diskusjon på rådsmøtet 28.11.2016	
Fra:	• Bjørn Gustafsson, NTNU (<i>gruppeleder</i>) • Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF • Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge • Erlend Smeland, OUS HF • Fredrik Syversen, IKT Norge • Jesper W. Simonsen, ForskningsRådet • Kathrine Myhre, Oslo Med tech • Rannveig Tellemand Storeng (<i>sekretær for arbeidsgruppen</i>)
Vedlegg til:	Sak 55/16 Bedre klinisk behandling

Innledning

Dette notatet er arbeidsgruppens anbefaling til hvilke tiltak Rådet bør arbeide videre med for å nå målet for satsingsområdet Bedre klinisk behandling. Arbeidsgruppen foreslår her en prioritering av tiltak og en prosess for Rådets videre arbeid med tiltakene.

Notatet oppsummerer tiltakene for bedre klinisk behandling gitt av HelseOmsorg21-strategien og regjeringens handlingsplan, samt status for de enkelte tiltakene. Arbeidsgruppen har også drøftet ytterligere tiltak. Arbeidsgruppen har drøftet hvilke utfordringer vi ser Norge står overfor når det gjelder å styrke klinisk behandling og hvilke fortrinn vi har som vi bør utnytte i det videre arbeidet. Tiltakene vi har drøftet mener vi har potensiale for å svare på disse utfordringene og vi ønsker at Rådet drøfter dette videre.

Det er en klar sammenheng mellom forskning av høy kvalitet og bedre klinisk behandling. HelseOmsorg21-strategiens behandling av grensesprengende forskning og bedre klinisk behandling må derfor ses i sammenheng. Videre er kunnskapsløft for kommunene tilsvarende viktig for bedre klinisk behandling i primærhelsetjenesten.

HelseOmsorg21-strategien anbefaler på side 52 å oppnå grensesprengende helseforskning og høy kvalitet ved å stimulere til og belønne multidisiplinær og bred tverrfaglig forskning gjennom økt samarbeid mellom sektorer og institusjoner: Strategien sier også at ”basalmedisinske, epidemiologiske og teknologiske miljøers forskningssamarbeid med kliniske miljøer på sykehusene (translasjonsforskning) er sentralt for utvikling og kvalitet i fremtidig pasientbehandling og forebyggende helsearbeid”.

Strategien anbefaler på side 39 om kunnskapsløft i kommunene at ”Det må utvikles god infrastruktur for forskning på kommunenes helse-utfordringer med et nasjonalt register for

kommunale helse- og omsorgstjenester, og et forskningsnettverk for allmennleger, tannleger og andre helsepersonellgrupper, også gjerne tverrprofesjonell”.

Strategien sier på side 44 om bedre klinisk behandling at ”Klinisk forskning er en nødvendig forutsetning for å opprettholde og videreutvikle høy kvalitet i helsetjenesten, og bidrar til at forskningsbasert kunnskap tas i bruk.” Strategien peker videre på nytteverdien av kliniske studier; både legemiddelindustriinitierte og forskerinitierte for å ”dokumentere effekt, nytteverdi og sikkerhet av nye behandlingsmetoder”.

Arbeidsgruppens anbefalinger

Prioriterte tiltak

Samarbeid mellom helsetjenesten og industri/næringsliv er et viktig tema som bør drøftes i et eget møte i Rådet. Et godt og effektivt samarbeid med næringslivet er en viktig forutsetning for bedre klinisk behandling. Arbeidsgruppen foreslår at Rådet inviterer noen eksterne representanter eller medlemmer i Rådet som kan orientere om hindringer for bedre samarbeid. Et slikt møte kan blant annet drøfte følgende problemstillinger:

1. Hvordan vi kan få flere samarbeidsprosjekt mellom industri og helsetjenesten innen klinisk forskning
2. Hvilke hindringer som finnes for et godt samarbeid og hvilken infrastruktur vi bør etablere i Norge for å bedre kontakten mellom helsetjenesten og næringslivet.
3. Vilkår for forskerinitierte legemiddelstudier og kliniske studier, herunder;
 - a. Finansiering til bruk av infrastruktur nødvendig for kliniske studier?
 - b. Sikre tid og rom til forskning for klinikere?
 - c. Utrede krav til legemiddelstudier – er det mulig og hensiktsmessig med avbyråkratisering på dette området?
4. Særskilte takster i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som virkemiddel for å styrke deltakelse i kliniske studier?
5. Mulig utredning av lovgivning og strukturer som regulerer helsetjenesten Rådet bes drøfte om det bør etableres nasjonale standarder for å oppnå dette?

Det er en grunnleggende forutsetning for bedre klinisk behandling at *helseforskning sees på som en helhet på tvers av sektorer*. Arbeidsgruppen ber Rådet drøfte hvilke tiltak som best sikrer en helhetlig helseforskningspolitikk- og finansiering. HOD bør sammen med KD ta helhetlig ansvar for å finansiere helseforskning med lengre perspektiv og lengre vei til klinisk anvendelse. Hvordan kan Rådet sikre en helhetlig helseforskningspolitikk?

Arbeidsgruppen ber Rådet drøfte om vi skal foreslå innføring av *insentiver for deltakelse og inkludering i kliniske studier*, slik at avdelinger og klinikker i universitetssykehus i større grad definerer klinisk utprøving som en av sine oppgaver – med nødvendig ressursallokering – for å yte et fullstendig behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det må skapes finansielle incentiver for dette, eksempelvis ved særskilt å finansiere studiesykepleiere og annet støttepersonell, frikjøp av leger og lignende. Prøve ut ordninger med særskilte takster i kommunehelsetjenesten og nye mekanismer innen innsatsstyrt finansiering i

spesialisthelsetjenesten, som insentiv for deltakelse og inkludering i kliniske studier.

Arbeidsgruppens kommentar: Dette må være en ordning både for kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. KMD bør gi et "sørge-for-ansvar" for forskning til kommunene. Tiltaket må sees i sammenheng med satsing på hevet kvalitet på forskning i kommunene og etablering av samarbeidsorgan mellom kommunehelsetjenesten og UH-sektor.

Strategien foreslår at det må stilles krav om at ny behandling i hovedsak skal dokumenteres før den innføres i helsetjenesten, og at utprøvende behandling som hovedregel bør tilbys som del av en klinisk studie. Forskningsdokumentasjonen må innfri tydelige kvalitetskrav, og det må etableres konkrete standarder før forskningsresultater implementeres i helsetjenesten slik det er lagt opp til i systemet for innføring av nye metoder. Pasientforløpsstudier kan gjennomføres for å sikre gode resultater av implementeringen.

Arbeidsgruppens kommentar: Rådet bør drøfte hvor grensen for dette går? Kan et slikt krav hindre persontilpasset behandling? Kravet må gjelde ny behandling som omfatter store pasientgrupper. Det er ønskelig at Rådet inviterer Kunnskapssenteret til å lage en beskrivelse av problemstillingen som en innledning til diskusjon i Rådet. Rådet må definere begrepet *compassionate use*. Arbeidsgruppen ønsker at Rådet diskuterer temaet i 2017.

Tiltak arbeidsgruppen ønsker Rådet drøfter eventuell innretning av

Aktiv deltakelse i forskningsarbeid knyttet til kliniske studier bør bli meritterende i legers spesialistutdanning, og få positiv innvirkning på karriere- og lønnsutvikling.

Arbeidsgruppens kommentar: Arbeidsgruppen ønsker at Rådet drøfter om det er noe Rådet kan gjøre for å bidra til at arbeidsgiver gjør forskning meritterende?

Tiltak som kan iverksettes på kort sikt:

Nasjonale verktøy innenfor IKT må etableres for å sikre at gode pasientdata og relevant informasjon i pasientjournaler er optimalt tilgjengelig for forskning. Arbeidsgruppen ber Rådet invitere Erik Fosse for å presentere arbeid med Big Data. Dette er også tidligere etterspurt av Rådet og planen er å få en slik presentasjon iløpet av våren 2017.

Styrke mulighetene for flest mulig pasienter til å delta i kliniske studier og utprøvende behandling. Tilfeldige og geografiske ulikheter i helsetjenestetilbudet må utjevnes, og raskere inkludering av pasienter i kliniske studier må sikres. Det må opprettes et nytt nasjonalt system for ny vurdering når det ikke lenger foreligger et etablert behandlingstilbud for alvorlige sykdommer som inneholder:

→ Etablerer et nettsted med oversikt over pågående kliniske studier med leservennlig informasjon til pasienter/pårørende, fastleger og andre klinikere.

→ En mulighet for pasienter/pårørende og helsepersonell til å få vurdert informasjon de selv har innhentet.

→ En mulighet for pasienter til å bli vurdert, for eksempel av et ekspertpanel, til å kunne delta i studier/behandling.

Arbeidsgruppens kommentar: Tiltak er påbegynt implementert. Arbeidsgruppen ønsker at Rådet inviterer en representant fra Helsenorge.no for å orientere om status og videre planer for utvikling. Dette er etterspurt av Rådet også tidligere og presentasjon vil komme i løpet av

våren 2017.

Knytte ressurser og infrastruktur for kliniske studier til fremragende kliniske forskningsmiljøer rettet mot spesialist- og kommunehelsetjenesten. Slike kompetente klynger vil styrke attraktiviteten for norsk forskning og innovasjon gjennom bedre synliggjøring av deres eksistens. Dette kan ses i sammenheng med utviklingen av Sentre for klinisk helseforskning (se avsnittet om Høy kvalitet og internasjonalisering).

Arbeidsgruppens kommentar: *Klinisk forskning og kliniske studier er ikke bare legemiddelutprøving. Klinisk forskning inkluderer også annen forskning med klart klinisk endepunkt. Formål og design av sentre for klinisk helseforskning må være rettet mot klinisk anvendelse både på kort og lengre sikt. Tiltaket om sentra for klinisk helseforskning bør også være et prioritert tiltak under satsingen bedre klinisk behandling. Sentrene må bidra til å bygge god forskning på tvers av sektorer og miljøer. Rådet vil bli presentert for et forslag til innretningen av senterutlysningen på rådsmøtet 28. november 2016 (Forskningsrådet).*

Tiltak som allerede er i prosess eller iverksatt

Etablere god infrastruktur for kliniske studier av høy kvalitet i henhold til den internasjonale standarden Good Clinical Practice (GCP). Styrke etableringen og videreutviklingen av kliniske utprøvingenheter ved de norske universitetssykehusene, slik at kravene til ansvarlig studiegjennomfører (sponsor) kan oppfylles. Etablere forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelsetjenesten som kan koordinere kliniske studier.

Arbeidsgruppens kommentar: *Dette tiltaket er i stor grad implementert. Søknad om opprettelse av et forskningsnettverk i allmennmedisin er til behandling i Norges Forskningsråd*

Sikre at NorCRIN, vår nasjonale koordineringsenhet og nettverk for kliniske studier, har kunnskap om kapasitet og kompetanse i universitetssykehusene, andre helseforetak og i forskningsnettverk for kommunehelsetjenesten så eksterne oppdragsgivere kan betjenes trygt, raskt og punktlig. Dyktiggjøre NorCRIN-nettverket for gjennomføring av flerregionale og internasjonale multisenterstudier, spesielt sponsoroppgavene i flerregionale akademiske studier.

Arbeidsgruppens kommentar: *Dette tiltaket er iverksatt.*

Motivere universitetssykehusene og samarbeidspartnere til å delta aktivt i nasjonale, nordiske og internasjonale nettverk, som for eksempel Nordic Trial Alliance og European Advanced Translational Research Infrastructure in Medicine (EATRIS).

Arbeidsgruppens kommentar: *Tiltaket er iverksatt.*



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

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

Bakgrunnsdokumenter:	- HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) - Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	Notat fra Forskningsrådet
Ansvarlig:	Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	- Møte 24.10.2016 (05/16) - Møte 25.4.2016 (03/16)

Hovedpunkter

Som ledd i oppfølgingen av HO21- strategien har Helse- og omsorgsdepartementet bedt Forskningsrådet om 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.

HO21- strategien anbefaler: *"Etablere en ny ordning gjennom Forskningsrådet, Sentre for klinisk helseforskning (SKH), tilsvarende Forskningsssentrene 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 nedsatt en intern arbeidsgruppe som har utarbeidet et forslag til hvordan Sentre for fremragende klinisk helseforskning kan etableres for å nå målene om økt klinisk forskningsaktivitet av høy kvalitet og relevans. Det overordnede målet er å etablere fremragende kliniske forskningsmiljø som har kapasitet og kunnskap til å bidra til å bedre behandlingen av norske pasienter.

Overordnet innretning for ordningen ble diskutert i Divisjonsstyret for samfunn og helse 20. oktober 2016 der styret kom med innspill til innretning, samt sluttet seg til foreslått prosess og tidsplan. Et konkret forslag vil bli lagt frem på divisjonsstyrets desembermøtet. Hovedstyret

vil få saken til endelig beslutning på nyåret. Arbeidsgruppens arbeid har ellers basert seg på innspill fra relevante aktører (dialogmøte september 2016 med helseforetak, universitet, industri, kommunehelsetjeneste, interesseorganisasjoner og møte med en ekstern referansegruppe november 2016).

Tidsplan for videre fremdrift er som følger:

Divisjonsstyre Samfunn og Helse (DSSAH) – varsling av ordningen i budsjettforslag 2018	13. april 2016
Dialogmøte med relevante aktører	15. sept. 2016
DSSAH – overordnet innretning, prosess, tidsplan	20. okt. 2016
Dialog med finansierende departement – HOD, KD, NFD	November 2016
Dialog med referansegruppe	November 2016
HO21-rådet	28. nov. 2016
DSSAH	9. des. 2016
Eventuell behandling i Divisjonsstyrene for Vitenskap og Innovasjon	November/desember 2016
Hovedstyret - beslutning	Tidlig 2017
Informasjon til miljøene	Tidlig 2017
Utllysning av sentre 1. trinn	Høst 2017
Utllysning av sentre 2. trinn	Vår 2018
Oppstart sentre	Tidlig 2019

Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet) innleder til saken.

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å diskutere om forslag til ordning er i tråd med anbefalingene i HO21-strategien.

Rådet bes om å diskutere om senterets tematiske avgrensning er hensiktsmessig.

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

VEDLEGG

Sak 56/16

Notat til diskusjon på rådsmøte 28.11.2016

Emne	Utredning av ny ordning for sentre for fremragende klinisk helseforskning
Til	HO21-rådet
Fra	Forskningsrådet v/divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen
Vedlegg til	Sak 56/16 Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering - Senter for fremragende klinisk helseforskning

Bakgrunn

Norge er i en unik posisjon for å utføre kliniske studier på uselekterte pasientpopulasjoner og har mulighet til å bidra internasjonalt med fremragende forskning, og med resultater som kan benyttes direkte i pasientbehandlingen. Det er på flere områder etablert store, integrerte forskningsgrupper med fremragende forskning og lang tradisjon for kliniske intervensjonsstudier og klinisk forskning fikk i hovedsak god evaluering i fagevalueringen av biologisk, medisinsk og helsefaglig forskning i 2011.

Selv om Norge har gode forutsetninger for gjennomføring av kliniske studier av svært høyt kvalitet, har trenden for antall studier lenge vært nedadgående. Fagvalueringen fra 2011 viste blant annet at kliniske og undervisningsoppgaver prioriteres og at det derfor har vært vanskelig for klinisk personell å finne tid til forskning. Samtidig har infrastruktur og støttepersonell ikke vært godt nok tilgjengelig og det har vært utfordrende å finne tilstrekkelig finansiering for gjennomføring av studier. Det har også vært pekt på at kliniske utprøvingssentre i for liten grad er koblet til forskningsnettverk innenfor ulike terapeutiske fagområder. Denne mangelen på prioritering og infrastruktur i helsetjenesten har bidratt til redusert aktivitet både for utprøverinitierte og kommersielle studier.

På bakgrunn av dette omtaler HelseOmsorg21-strategien viktigheten av å knytte ressurser og infrastruktur for kliniske studier til fremragende kliniske forskningsmiljøer innenfor spesialist- og kommunehelsetjenesten for å styrke attraktiviteten for norsk forskning og innovasjon.

Behov for økt satsing på kliniske studier

Kliniske studier gir kunnskap som dokumenterer effekt, nytteverdi og sikkerhet av både nye og eksisterende metoder og produkter for forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering av sykdom. Klinisk forskning er slik en forutsetning for å opprettholde og videreutvikle høy kvalitet i helsetjenesten og for å ta forskningsbasert kunnskap i bruk både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Klinisk forskning bidrar også til kompetansebygging i helsetjenesten. Helsepersonell som deltar i kliniske studier får førstehånds kompetanse og erfaring med nye produkter og

metoder. Sykehus som deltar i kliniske studier kan vise til økt behandlingskvalitet, lavere dødelighet, og til helsepersonell med oppdatert kunnskap, ny erfaring og sterkere internasjonalt nettverk. Dette har betydning for kvaliteten på de helsetjenester som leveres. Samtidig har forskning vist at pasienter som deltar i kliniske studier ofte har både økt overlevelse og livskvalitet. Samarbeid med internasjonale forskningsmiljøer bidrar til at norske pasienter får utvidede muligheter gjennom tidlig tilgang på ny behandling.

De siste årene har det blitt satt i verk flere tiltak for å øke den nasjonale kliniske forskningsaktiviteten. Dette inkluderer etablering av nasjonal forskningsinfrastruktur (NorCRIN) og et eget program for finansiering av klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK). NorCRIN bygger på infrastruktur (Clinical Trials Units (CTUs) og Clinical Research Centres (CRC)) knyttet til de seks universitetssykehusene og har som mål å bli en attraktiv forskningsinfrastruktur for klinisk forskning i Norge og Europa, både for industrielle og akademiske studier (se vedlegg for infrastruktur for klinisk forskning). Imidlertid er det behov for ytterligere tiltak, særlig for økt kapasitet hos klinisk personell og forskningsstøttepersonell.

Et tiltak som har vært foreslått, er å bygge kompetente klynger som kan styrke attraktiviteten for norsk forskning og innovasjon gjennom bedre synliggjøring av de kliniske forskningsmiljøenes eksistens. Dette har som mål å styrke tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid ved å etablere slagkraftige forskningsmiljøer av internasjonalt kaliber gjennom en målrettet satsing for klinisk forskning. HelseOmsorg 21 sier blant annet "Økt tverr- og flerfaglig forskningssamarbeid med sterk metodekompetanse og en sterk forskningskultur i klinisk virksomhet, vil gi større evne til å nyttiggjøre seg ny kunnskap i forebyggende arbeid og klinisk praksis, tjenesteinnovasjon og kommersialiserbare produkter. Innslaget av forskning på høyt nivå kan derfor indikere kvaliteten på det forebyggende arbeidet og den kliniske tjenesten."

For å bygge kompetente klynger, foreslo HelseOmsorg21 å etablere en ny ordning gjennom Forskningsrådet; Sentre for klinisk helseforskning (SKH). Ordningen ble foreslått å basere seg på den allerede etablerte ordningen Forskningssentrene for miljøvennlig energi (FME) og gi 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 ble løftet som en sentral forutsetning.

Tematisk frihet, faglig bredde og helserelevans ble foreslått som grunnlag for en robust konkurransearena med finansiering av sentre som oppfyller solide kvalitetskrav.

Finansiering av sentre for fremragende klinisk helseforskning vil bygge fremragende klinisk forskningsmiljøer som kan bidra til at Norges posisjon i ledelse og gjennomføring av kliniske studier, industriuavhengige så vel som næringsrettede, blir vesentlig styrket. Satsingen kan eventuelt prioritere nasjonale områder hvor klinisk forskning tar mål av seg å være internasjonalt fremragende, og satse spesielt innenfor områder der Norge har spesielle forutsetninger for å lykkes. Dette er i tråd med anbefalinger fra det nasjonale oppfølgingsutvalget for humanmedisin og helsefag som fulgte opp fagevalueringen i 2011.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Forskningsrådet i oppdrag å utrede mulighetene for en slik senterordning. Dette dokumentet skisserer et forslag til hvordan Sentre for

fremragende klinisk helseforskning kan etableres for å nå målet om økt klinisk forskningsaktivitet av høy kvalitet og relevans.

Erfaringer fra etablerte senterordninger i Forskningsrådet

Forskningsrådet har tre virkemidler for etablering av sentre for forskning av svært høy kvalitet:

- 1) **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.
- 2) **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 SFIet ha minst tre brukerpartnere, deriblant bedrifter.
- 3) **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.

Både SFF, SFI og FME skal fremme langsiktig forskning på høyt internasjonalt nivå og bidra til internasjonalisering. Noen få miljøer får spesielt gode forskningsbetingelser ved at bevilgningen til sentrene er større enn vanlige Forskningsrådsbevilgninger. Det er en langsiktig investering i forskning i sentre som skal være forskningsmessig konkurransedyktige i en internasjonal sammenheng. Sentrene skal gi merverdi for de enheter som deltar, og gi ringvirkninger gjennom kompetanse og rekruttering av stor betydning langt utover sentrenes levetid. Mens SFF utelukkende er fokusert på vitenskapelig kvalitet uten å ta hensyn til samfunnsmessig nytte, er SFI og FME i tillegg innrettet for å ivareta kunnskapsbehov i næringsliv og forvaltning. SFI og FME skal fremme samarbeidet mellom sterke forskningsmiljøer og brukere av forskningsresultatene, i hovedsak FoU-aktive bedrifter, og tar sikte på å styrke langsiktig forskning som fremmer innovasjon og verdiskaping.

Sentre av denne typen karakteriseres av at forskningen holder et høyt vitenskapelig nivå, at de på grunn av økonomisk ramme og langsiktighet kan oppnå kritisk masse som er nødvendig for å nå ambisiøse mål og rekruttere høyt kvalifiserte forskere, at de styrker attraktiviteten for norsk forskning og innovasjon gjennom bedre synliggjøring av sin eksistens og øker evnen til å tiltrekke seg ressurser, og at de gir muligheter for større, bredere og dypere kunnskapsnettverk både mellom forskere, mellom bedrifter, og mellom forskningsinstitusjoner og næringsliv.

I alle de tre senterordningene har sentrene blitt midtveisevaluert etter ca. 3,5 år. Ved midtveisevaluering av sentrene har de internasjonalt sammensatte komiteene gitt generelle råd

og anbefalinger i tillegg til vurderingene av enkeltsentrene¹. Her har særlig betydningen av sterkt vitenskapelig lederskap, fordeler ved internasjonale faglige rådgivningsorgan og betydningen av gjesteforskerprogram blitt påpekt. Det er blitt gitt klare råd om sammensetning av sentrenes styrer. Likeledes er verdien av samspillet mellom vertsinstitusjon og senter blitt påpekt som avgjørende for å lykkes. Dette gjelder både det langsiktige engasjementet og balansering av frihetsgrader og styring, investeringer i form av infrastruktur, involvering i forskerutdanningen ved institusjonene, samt gjensidige forpliktelser og forventninger mellom senter og vertsinstitusjon. I 2010 ble det gjennomført en virkemiddelevaluering av SFF-ordningen for spesifikt å vurdere merverdien av senterordningen og ulike sider ved finansieringsmodellen. Evalueringen skulle legge grunnlag for større permanens og forutsigbarhet for forskningsmiljøene om SFF-ordningen. Den ga råd om justering av søknadsprosessen, økt vekt på kommunikasjon av rammebetingelser, sterkere vektlegging av sentrenes synergi med lokalmiljøet og nasjonalt samarbeid, og vertsinstitusjonenes engasjement i sentrene, særlig med hensyn til å delta i planlegging av hva som skulle skje når senter-bevilgningen opphører.

Internasjonale sentre for klinisk forskning

Det finnes flere eksempler på sentre for klinisk forskning i utlandet. Disse er ofte store, spesialiserte utprøvingssentre med stor grad av offentlig finansiering.

Sentrene har noen fellestrekk som kan gi inspirasjon til utforming av et nytt virkemiddel for sentre for fremragende klinisk helseforskning:

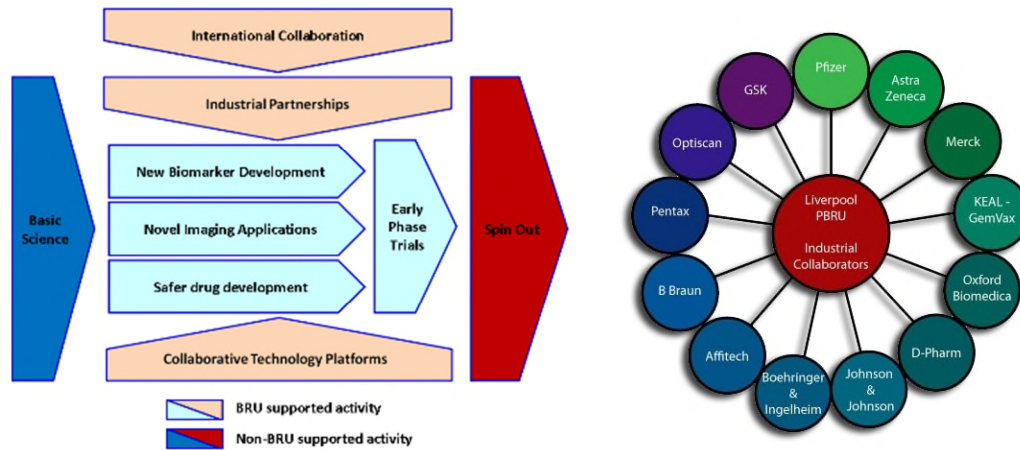
- De har ofte stor grad av tverrfaglig innsats og ivaretar forskning i et livsløpsperspektiv; fra laboratorium til anvendelse i klinikk
- De har egne behandlingsfasiliteter (sengepost og/eller poliklinikk)
- De gjennomfører både egen forskning og studier i samarbeid med og på oppdrag fra næringslivsaktører
- De utgjør et ressurscenter for andre akademiske forskere

Ofte har sentrene ikke partnere fra næringslivet i den offisielle senterstrukturen, men gjennomfører likevel et stort antall studier i nært samarbeid med næringslivsaktører.

National Institute for Health Research (NIHR) i England finansierer Biomedical Research Units (BRU) som i størrelse er relativt sammenlignbare med hva som er aktuelt for sentre for klinisk helseforskning. Dette er femårige satsinger med bevilgninger i størrelsesorden 45 – 100 millioner kroner (ca. 10 – 20 millioner kroner per år). Satsingen har vært spisset og rettet mot prioriterte områder med høy sykdomsbyrde og kliniske behov. Det er tatt utgangspunkt i forskningsområder der England har identifisert at de er sterke. Høy vitenskapelig kvalitet i miljøene har vært en forutsetning for utvelgelse av sentrene. Sentrene er basert på partnerskap mellom helsetjenesten (NHS hospitals) og universitet. Et av sentrene er [The NIHR Liverpool Pancreas Biomedical Research Unit](#). Senteret har tilgang til fasiliteter for både klinisk og translasjonell forskning og har en ambisiøs og bred forskningssatsing som inkluderer preklinisk utvikling og validering av nye legemidler og biomarkører, og tidligfase kliniske

¹ Midterm Evaluation of the Norwegian Centres of Excellence, The Research Council of Norway 2007; Midterm Evaluation of Eight Centres of Excellence (SFF-II), RCN 2011; Evaluation of Added Value and Financial Aspects, RCN 2010

studier. Senteret samarbeider med en rekke næringslivsaktører, inkludert farmasøytisk industri. Senteret kan sees på som en kombinasjon av et forskningssenter med selvstendige forskningsaktiviteter innenfor definerte problemstillinger jfr. senterets forskningsstrategi og en infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier.



Figur 1. NIHR Liverpool Pancreas Biomedical Research Unit dekker translasjonell forskning bredt fra preklinisk utvikling og validering til tidlig fase klinisk utprøving.

Figur 2. Senteret har etablert betydelig samarbeid med industrien som har ført til tidlig fase/sen fase kliniske studier med en rekke farmasøytiske selskap.

Et eksempel på en senterorganisering der offentlige og private aktører har gått sammen i et partnerskap, er NEXT i Danmark. NEXT er et offentlig-privat samarbeid som utgjør en paraply for fem sentre innenfor ulike terapiområder. Hvert av de fem sentrene består av flere enheter på tvers av Danmark som kan gjennomføre studier innenfor sitt terapiområde på oppdrag fra både akademiske og kommersielle sponsorer. Målsetningen er blant annet å styrke Danmark som det foretrukne land for tidlig klinisk forskning og gi danske pasienter mulighet til ny utprøvende behandling. NEXT tar sikte på å være en "one-stop-shop" for alle som ønsker å gjennomføre kliniske studier og fungerer dermed tilsynelatende mer som en infrastruktur enn et forskningssenter. Sammenligningen med en senterordning for fremragende klinisk helseforskning er dermed ikke helt nøyaktig, men nettverksorganiseringen, den nasjonale forankringen og samarbeid med næringslivsaktører kan gi relevant inspirasjon til utforming av et nytt virkemiddel for sentre for klinisk helseforskning.

Hvorfor en særordning for Sentre for fremragende klinisk helseforskning?

Forskningsrådets SFF og SFI-ordninger er tematisk åpne og et senter for fremragende klinisk helseforskning kan i teorien søke finansiering gjennom disse virkemidlene. Imidlertid har de kliniske forskningsmiljøene tilsynelatende ikke funnet sin plass i disse ordningene og det er per i dag ikke finansiert noen kliniske SFF eller SFI hvor hovedinnretningen er klinisk behandlingsforskning.

Vi ser at de kliniske miljøene og den kliniske forskningen kan ha noen særlige behov som tilsier at det er riktig med en strategisk satsing for å få etablert forskningssentre på dette området, tilsvarende satsingen på miljøvennlig energi (FME):

- Forskningen i senteret vil være mer anvendt enn i et SFF, men samtidig mindre næringsrettet enn i et SFI. Området har behov for en strategisk modell som ligger mellom SFF og SFI og som ligger nærmere modellen for den tematisk spissede FME-ordningen
- Forskningen i senteret skal legge til rette for fremragende klinisk forskning som gir økt kvalitet i pasientbehandling. Dette gir et behov for å introdusere nyttebegrepet (relevans for klinisk behandling). Dette skiller ordningen fra SFF som bare legger vekt på vitenskapelig kvalitet.
- Forskningen i senteret skal kunne legge til rette for norsk næringsutvikling og samarbeid med internasjonale næringslivsaktører. Det vil likevel ikke stilles krav om næringslivspartnere. Dette skiller ordningen fra SFI.
- Satsingen kan gi rom for en tematisk innretning som ivaretar særskilte behov i klinisk behandling
- Satsingen kan gi rom for å fokusere på kliniske studier innenfor et bredt spekter av intervensjoner (studier med legemidler, medisinsk utstyr, kirurgiske prosedyrer, e-helse, andre typer behandlinger)
- Satsingen kan muliggjøre samhandling mellom ulike spesialiteter eller behandling mellom tjenestenivåer (spesialist/generalist, helseforetak/kommune)

Forskning med relevans for klinisk behandling

HelseOmsorg21-strategien spesifiserer at Sentre for fremragende klinisk helseforskning skal bidra til å "*løse grunnleggende problemer knyttet til klinisk behandling*". Det er ikke nærmere konkretisert hva som ligger i dette.

I dialog med ulike aktører er det kommet frem noen tematiske områder som kan være aktuelle å legge vekt på i utvelgelsen av sentre:

- **Pasientgrupper som utgjør store samfunnsmessige utfordringer:** Psykiske lidelser, muskel- og skjelettsykdommer, rusmiddelavhengighet, kreft, hjerte- og karsykdommer og sykdommer i hjernen og nervesystemet rammer mange og utgjør store samfunnsmessige utfordringer. En stor og økende utfordring er også pasienter som rammes av flere sammenfallende sykdommer (multimorbiditet). Det er stort behov for økt kunnskap om behandling av disse pasientgruppene.
- **Metodologiske utfordringer i kliniske studier:** Behandlingen blir mer tilpasset hver enkelt pasient og nye studiedesign kreves for å etablere god evidens. Samtidig blir forskning og klinisk behandling tett integrert. Kliniske studier får kortere varighet med færre inkluderte pasienter. Mange studier vil kreve oppfølging gjennom nasjonale registre for å etablere evidens og kostnadseffektivitet.
- **Nasjonale fortrinn:** Norge har noen områder med forskningsmiljøer som holder svært høy kvalitet. Dette gjelder blant annet onkologi, reumatologi og kardiologi. Tilgang til helsedata av høy kvalitet gjennom registre og biobanker er også svært god. Det kan være riktig å prioritere nasjonale fortrinn for å gi fremragende norske forskningsmiljøer gode betingelser for å kunne hevde seg i verdenstoppen.

Det er gitt av HelseOmsorg21-strategien at sentre for fremragende klinisk helseforskning skal holde svært høy kvalitet. Kvalitet vil dermed primært ligge til grunn for utvelgelsen. Det er imidlertid rimelig at porteføljestyring i noen grad tillegges vekt for å sikre at etablerte sentre tematisk har sin egen tydelige og selvstendige profil. I porteføljestyringen kan det være riktig å gi prioritet innenfor områdene pekt på av aktørene slik at senterordningen totalt dekker flere områder med store behov.

De tidligere omtalte NIHR Biomedical Research Units er et eksempel på en satsing der høy vitenskapelig kvalitet er et absolutt krav for utvelgelse, men som likevel er styrt mot prioriterte områder med høy sykdomsbyrde og kliniske behov. Sentre for fremragende klinisk helseforskning kan følge samme prinsipper.

Hva er klinisk forskning

Et senter for fremragende klinisk helseforskning skal være et forskningssenter som har som sin primære forskningsoppgave å gjennomføre kliniske studier som inkluderer pasienter. Forskningen i senteret kan omfatte et bredt antall intervensjoner, inkludert legemiddelstudier, studier på medisinsk utstyr, kirurgiske prosedyrer, e-helse og eventuelle andre intervensjoner og behandlingsmodaliteter.

Forskningen i et senter for fremragende klinisk helseforskning skal hovedsakelig være anvendt og falle under definisjonen for klinisk behandlingsforskning², men andre

² Program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten definerer klinisk behandlingsforskning slik: *Klinisk behandlingsforskning omfatter inklusjon av pasienter og har som formål å forbedre eksisterende behandlingsrutiner, inkludert bruk av legemidler og medisinsk teknologi, og/eller å utvikle og evaluere nye. Det*

forskningsoppgaver (inkludert translasjonsstudier, registerstudier og helseøkonomiske studier) kan inkluderes som del av senterets forskningsplan.

Problemstillinger knyttet til primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og tannhelsetjeneste er aktuelle.

Mål med Sentre for fremragende klinisk helseforskning

Det overordnede målet med en ordning for Sentre for fremragende klinisk helseforskning er å etablere fremragende kliniske forskningsmiljø som har kapasitet og kunnskap til å bidra til å bedre behandlingen av norske pasienter.

Senteret skal:

- gjennomføre kliniske studier av høy kvalitet med potensial til å endre klinisk praksis
- bidra til innovasjon i behandling
- bidra til evidensbasert behandling
- drive frem økt grad av nasjonalt og internasjonalt samarbeid
- bidra til translasjon av basale oppdagelser til klinisk anvendelse
- bidra til nye vitenskapelige ideer og oppdagelser
- bidra til å skape et solid og gjensidig ønsket samarbeid mellom næringsliv og sykehus
- bidra til å øke satsingen på næringsutvikling basert på klinisk utprøving
- utdanne kompetente klinikere og kliniske forskere

Krav til sentrene

Vertsinstitusjon

- Søknaden skal fremmes av vertsinstitusjonens øverste ledelse, som også skal være administrativt ansvarlig for søknaden
- Vertsinstitusjonen skal ha erfaring med kliniske studier
- Vertsinstitusjonen skal fortrinnsvis være et universitet eller et helseforetak, men kan, dersom særlige grunner taler for det, være et forskningsinstitutt eller en kommune
- Senteret skal inngå som en del av vertsinstitusjonens organisasjon. Senteret må være organisert slik at det kan realisere målene i prosjektbeskrivelsen på en effektiv måte, ha en organisasjons- og styringsform som gir god tilpasning til vertsinstitusjonens organisasjon og samtidig framstår som en selvstendig, synlig og avgrenset enhet
- Vertsinstitusjonen vil i de fleste tilfeller være største leverandør av den faglige staben i senteret og forutsettes å bistå med administrativ støtte, tilrettelegging av lokaler og annen infrastruktur. Vertsinstitusjonen må tydelig definere hvilken forskningsinfrastruktur som er tilgjengelig og hvordan og med hvilken kapasitet denne kan disponeres av senteret
- Vertsinstitusjonens øverste ledelse må komme med en intensjonserklæring om at den vil påta seg de forpliktelser vertskapet innebærer, og redegjøre for hvordan forskningen i et senter inngår i vertsinstitusjonens faglige strategi
- Dersom vertsinstitusjonen ikke har rett til å gi doktorgradsutdanning, er det et krav at forskerutdanning blir tilfredsstillende ivarettatt gjennom samarbeid med en institusjon som har rett til å gi doktorgradsutdanning på feltet

kan også være sammenliknende effektstudier, som evaluering av diagnostiske metoder, etablerte legemidler eller effektivisering av prosesser og behandlingsrutiner. Screening er ikke inkludert.

- Grunnlaget for etablering og drift av senteret vil være en kontrakt inngått mellom Forskningsrådet og vertsinstitusjonen for senteret
- Senterlederen skal være ansatt på vertsinstitusjonen

Partnere

- Senteret kan ha både forskningspartnere, offentlige partnere og næringslivspartnere. Spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, akademia, instituttsektor, næringslivsforetak, offentlige institusjoner og kommuner er aktuelle.
- Hvert senter skal som en hovedregel ha partnere fra flere sektorer og/eller tjenestenivåer som støtter opp om og deltar i senterets virksomhet
- Senteret kan ha både forskningsutøvende partnere (nødvendig for den akademiske gjennomføringen av forskningen) og finansielle partnere (utelukkende økonomiske bidrag)
- Dersom senteret ikke har formelle partnere fra næringslivet, forventes det et tett samarbeid med næringslivsaktører

Organisering

- Senteret skal ha en samlet ledelse, overordnet forskningsplan for senteret og et styre som står ansvarlig for senterets samlede faglige og administrative virksomhet. Styreleder bør som hovedregel ikke komme fra vertsinstitusjonen.
- Senteret skal ha brukerinvolvering i form av pasient- eller brukerorganisasjon relevant for senterets oppgave/tema i styret
- Senteret skal ha en faglig strategisk rådgivende gruppe bestående av internasjonale eksperter
- Et senter skal som hovedregel være fysisk samlokalisert. En desentralisert modell kan finansieres så fremt modellen er særskilt begrunnet. Uavhengig av modell stilles det krav om planer for effektiv kommunikasjon og utveksling av forskere mellom de ulike delene av senteret. Et eventuelt virtuelt senter skal underlegges én felles ledelse og én forskningsplan i samsvar med prosjektbeskrivelsen.
- Det skal uansett modell legges til rette for at det kan rekrutteres pasienter fra hele landet
- Senteret skal ha tilgang på fasiliteter for gjennomføring av kliniske studier, primært gjennom formell tilknytning til behandlingsfasiliteten og avtale om disponibel kapasitet

Internasjonalisering

- Søkernes erfaring fra internasjonalt samarbeid og senterets potensial for å hevde seg i internasjonalt samarbeid, for eksempel innenfor Norden og EU, vil bli tillagt vekt. Dette inkluderer også forskningsmiljøenes internasjonale profil og status.
- Senteret skal som hovedregel ha forskningssamarbeid med internasjonale grupper og/eller kliniske forskningssentre
- Senteret skal som hovedregel ha et gjesteprofessorprogram
- Senteret skal ha samarbeid med aktuelle internasjonale forskningsinfrastrukturer der det er relevant
- Senteret skal bidra til at det blir attraktivt å kjøre internasjonale kliniske studier i Norge

Finansiering

- Forskningsrådet, sammen med senteret bestående av vertsinstitusjon og partnere, skal i fellesskap bidra med de ressurser som kreves for å ivareta virksomheten ved senteret. Det forutsettes at minst 50 % av senterets årlige budsjett dekkes av senterdeltakerne. Forskningsrådet vil maksimalt dekke 50 % av senterets årlige budsjett.
- Tentativt budsjett fra Forskningsrådet vil være 15 – 20 millioner kroner per år per senter
- Midler fra Forskningsrådet skal kunne finansiere akademisk personell og støttepersonell senteret har behov for (lege, sykepleier, koordinator, monitor evt. andre), utdanningsstillinger (PhD og postdoktorer), driftskostnader, og andre kostnader knyttet til gjennomføringen av kliniske studier (eks. innkjøp av støttetjenester som radiologi, patologi, farmasøytiske tjenester, bioingeniør).
- Deltakernes bidrag kan gis som kontantbidrag, arbeidstid for forskerpersonell som styres av senteret, andre prosjekter som legges inn under senteret eller tilgang til bruk av nødvendig infrastruktur og behandlingsfasilitet.
- Senteret skal ha klare mål for tilleggsaktiviteter som utløser økonomiske bidrag. Dette skal inkludere både samarbeid med næringslivsaktører om gjennomføring av kliniske studier på produkter/preparater under utvikling, og søknader om nasjonale og internasjonale FoU-midler.



Figur 3. Finansiering. Den grunnfinansierte kjernevirksomheten pluss den tilleggsfinansierte forskningen utgjør senterets totale faglige virksomhet. Dette skal beskrives i prosjektbeskrivelsen.

Varighet

- Sentrene vil bli etablert for en periode på maksimalt fem + tre år. Etter mellom tre og fire år foretas det en midtveisevaluering av hvert senter i regi av Forskningsrådet. Midtveisevalueringen skal danne grunnlag for en vurdering om Forskningsrådets bevilgning etter fem år skal videreføres for ytterligere tre år. Etter en periode på maksimum åtte år opphører Forskningsrådets bevilgning, og senteret mister sin status som senter for fremragende klinisk helseforskning.
- Doktorgradsstipendiater må fullføre sine studier innenfor budsjetttrammen som er fastlagt av senteret.

Søknad og utvalgelse

- Sentre for fremragende klinisk helseforskning vil bli utlyst nasjonalt av Forskningsrådet som står ansvarlig for søknadsbehandlingen og utvalgsen av sentrene.
- Søknadene om bevilgning og status som senter for fremragende klinisk helseforskning fremmes av vertsinstitusjonen for senteret i samarbeid med partnere som skal delta i senterets virksomhet og finansiering
- Det forventes at det i søknad redegjøres for hvordan tilstrekkelige ressurser og infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier vil gjøres tilgjengelige for senteret, dette inkluderer nødvendig behandlingsfasilitet
- Det forventes at det i søknad redegjøres for pasientgrunnetaget for senterets forskning og synliggjøres hvordan god og tilstrekkelig rekruttering av pasienter skal ivaretas
- Det forventes at det i søknad redegjøres for en plan for implementering av forskningsresultater
- Det forventes at det i søknad redegjøres for forventet merverdi ved etablering av senteret
- De overordnede kriterier for utvalgelse av sentre er vitenskapelig kvalitet, internasjonalsisering og relevans og nytte i form av senterets bidrag til bedre pasientbehandling. I den samlede vurderingen og utvalgelse av sentre vil det også legges vekt på at hvert enkelt senter har en tydelig profil som skiller det fra andre sentre. Dette vil kreve en helhetsvurdering i utvalgelse av sentre.
- Hovedstyret i Forskningsrådet fatter endelig beslutning om tildeling av senterstatus og -bevilgning etter innstilling fra divisjonsstyret for Samfunn og helse eller et utvalg utgått fra divisjonsstyret og supplert med ressurspersoner.

Suksesskriterier for sentrene

Utover å oppfylle de formelle krav, ønskes det at et senter for fremragende klinisk helseforskning kjennetegnes ved følgende, og som også skal legges til grunn ved midtveisevaluering av senteret:

Forskningen

- Senteret har synlighet, senteridentitet og lykkes med et godt samarbeid mellom partnerne
- Senteret har en klar forskningsprofil, driver langsiktig, relevant forskning på høyt internasjonalt nivå innenfor det området som er trukket opp i prosjektbeskrivelsen og viser dette gjennom vitenskapelige publikasjoner, fremlegg på anerkjente internasjonale konferanser og andre former for vitenskapelig merittering
- Forskere fra både vertsinstitusjon og forskningspartnere deltar aktivt i senterets forskning
- Senteret lykkes med å markere seg internasjonalt
- Senteret gjennomfører forskerinitierte kliniske studier
- Senteret gjennomfører kliniske studier med kommersiell sponsor

Innovasjon og verdiskapning

- Senteret lykkes med å produsere nyskapende resultater som bidrar til implementering av nye metoder, prosedyrer og/eller retningslinjer av betydning for klinisk praksis
- Senteret lykkes med innovasjon målt gjennom antall patenter og selskapsetableringer

- Senteret har samarbeid med næringslivsaktører om gjennomføring av kliniske studier

Internasjonalisering

- Senteret har aktivt og forpliktende samarbeid med internasjonale forskningsmiljøer og bidrar også på andre måter til internasjonalisering av norsk forskning
- Senteret hevder seg i internasjonalt forskningssamarbeid, for eksempel som aktør i EUs rammeprogram, som samarbeidspartner eller koordinerende partner
- Senteret er attraktivt og tiltrekker seg fremragende utenlandske forskere, både stipendiater og seniorpersonell som gjesteforskere
- Senteret har høy grad av mobilitet, både inngående og utgående

Forskerutdanning og rekruttering

- Senteret ivaretar forskerutdanning på en effektiv måte og bidrar til å utdanne høyt kvalifisert personell på senterets arbeidsområder
- Senteret arbeider for å få en god kjønnsbalanse i senterledelse og blant stipendiater

Partnere og finansiering

- Senteret har langsiktig finansiering fra vertsinstitusjon og partnere
- Senteret har lyktes med å skaffe ekstern finansiering fra nasjonale og internasjonale kilder, og fra privat næringsliv

Samarbeid med bruker- og interesseorganisasjoner

- Senteret deltar aktivt på nasjonale og internasjonale arenaer
- Senteret utfører prosjekter som både er utviklet og gjennomført i nært samarbeid med pasient- og brukerinteresser
- Senteret arbeider generelt aktivt med formidling av forskningsresultater til bredere brukergrupper og allmennhet
-



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

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

Bakgrunnsdokumenter:	• Notat datert 24.10.2016 (vedlegg sak 44/16) • Notat datert 12.9.2016 (vedlegg sak 38/16) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	• Foreløpig skisse til helhetlig nasjonalt innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse • Saksnotat fra arbeidsgruppen datert 28.11.2016 • Kopi av oppdragsbrevet fra HOD til Helsedirektoratet • Tiltaksoversikt – tiltak i sammenheng
Innledning:	• Helsedirektoratet v/divisjonsdirektør Svein Lie • Instituttleder Guri Rørtveit (UiB) og kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen kommune
Ansvarlig arbeidsgruppe:	• Hilde Lurås, AHUS (<i>gruppeleder</i>) • Ernst Omenaas, Helse Bergen HF • Gro Jamtvedt, HiOA • Håkon Haugli, Abelia • Kathrine Myhre, Oslo Medtec • Nina Mevold, Bergen kommune • Svein Lie, Helsedirektoratet
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	• Møte 24.10.2016 (05/16) • Møte 12.9.2016 (04/16)

Hovedpunkter

Satsingsområde Effektive og lærende tjenester har vært diskutert i Rådet 12.9.2016 (04/16) og 24.10.2016 (05/16). På begge rådsmøtene har også oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse om å utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell for helse- og omsorgstjenestene vært

diskutert. Helsedirektoratet ønsker at oppdraget fra HOD også diskuteres i lys av Rådets arbeid med satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde.

Gruppeleder Hilde Lurås (Ahus) og HO21-sekretariatet var i møte i Helsedirektoratet 8.11.2016 og ga innspill til direktoratets arbeid med oppdraget. Gruppeleder for satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde Kathrine Myhre (Oslo Medtech) og HO21-sekretariatet skal delta i et tilsvarende møte i Helsedirektoratet 18.11.2016.

Divisjonsdirektør Svein Lie (Helsedirektoratet) presenterer foreløpig skisse til helhetlig nasjonalt innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene.

Helsecampus Årstadvollen (HCÅ)

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.

Instituttleder Guri Rørtveit (UiB) og kommunaldirektør Nina Mevold (Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen kommune) presenterer HCÅ.

Arbeidsgruppen fikk i oppgave på rådsmøtet 05/16 å arbeide videre med tiltakene iht tilbakemeldingene som fremkom i møtet. Rådet ønsket de reviderte tiltakene presentert på rådsmøte 28.11.2016.

Gruppeleder Hilde Lurås (Ahus) presentere arbeidsgruppens reviderte forslag til tiltak.

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om gi innspill til foreløpige skisse til helhetlig nasjonalt innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene fra Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

Rådet bes om å diskutere de reviderte tiltakene fra arbeidsgruppen.

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

VEDLEGG

Sak 57/16

Til: HO21-rådet

Dato: 16.11.2016

Saksnr.: 16/34366-7

Notat

Fra: Helsedirektoratet og Direktoratet for E-helse

Foreløpig skisse til helhetlig nasjonalt innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene

1.1 Oppdraget

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse fikk i september i år i oppdrag å utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell for helse- og omsorgstjenestene, herunder å kartlegge dagens innovasjonssystem og på grunnlag av dette foreslå organisering av et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem innenfor helse og omsorg. Dette skal ses i sammenheng med organiseringen av øvrig innovasjonsarbeid i offentlig sektor og skje i samarbeid med InnoMed, DIFI, DogA, RHF, Innovasjon Norge, Norges forskningsråd og KS.

Målet¹ for et fremtidig nasjonalt innovasjonssystem er **å skape nye løsninger i møte med framtidens helse- og omsorgsutfordringer, og mer effektive og brukerorienterte helse- og omsorgstjenester.**

Det helhetlige nasjonale innovasjonssystemet skal tilrettelegge for et strukturert lokalt, regionalt, nasjonalt, tverrsektorielt ev.nordisk, samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten, pasient/bruker og pårørende, forsknings- utdannings- og utviklingsmiljøer, næringslivet og frivillige organisasjoner.

¹ Oppdragsbrev fra HOD, datert 21.09.2016

Målgruppe for (de som skal ha nytte av) et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell er:

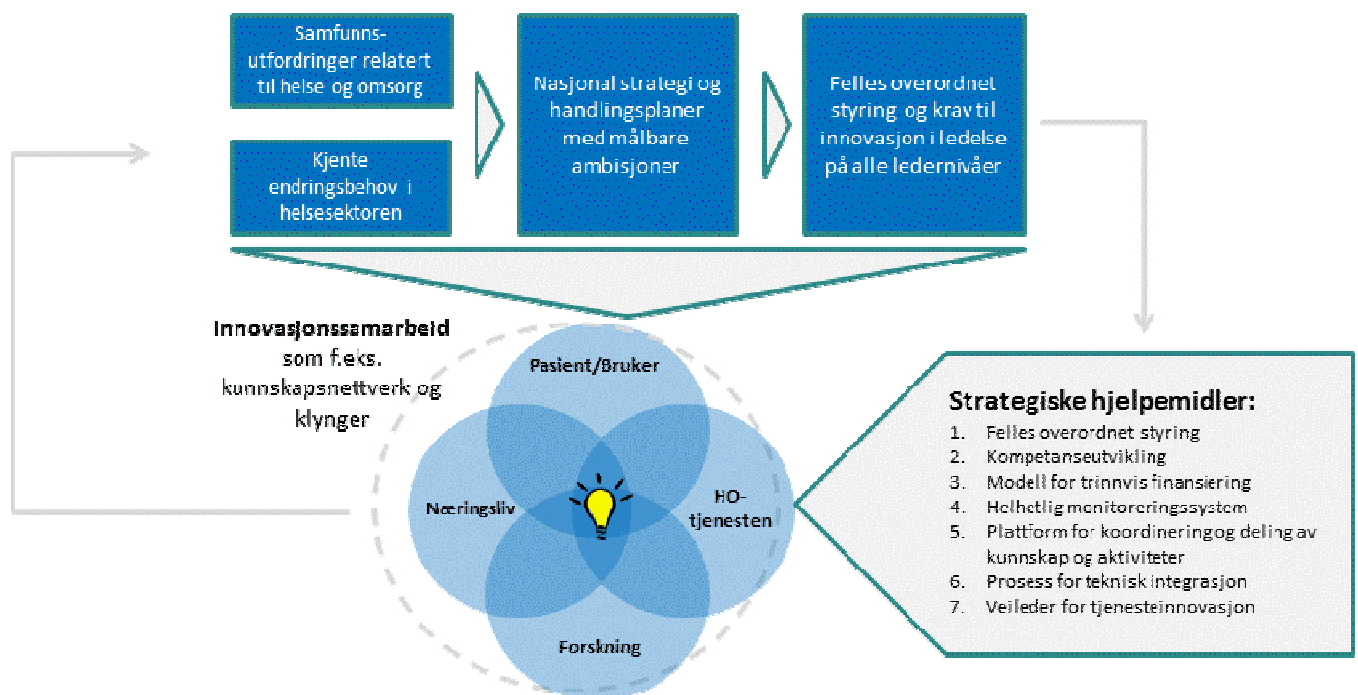
- Pasient/bruker og pårørende
- Helse- og omsorgstjenestene i kommune og spesialisthelsetjeneste
- Forsknings- utdannings- og utviklingsmiljøer
- Næringslivet
- Frivillige organisasjoner.

Oppdraget omfatter også å utarbeide en veileder for tjenesteinnovasjon innenfor helse- og omsorgstjenesten. Frist for ferdigstilling er 5.januar 2017.

Utredningen er under arbeid. Det pågår parallelle og samordnede prosesser for kartlegging av dagens innovasjonssystem og forslag til fremtidens innovasjonssystem. Dette notatet viser en foreløpig skisse til organisering av et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem. Formålet med notatet er å gi HO21-rådet grunnlag til drøfting for å gi direktoratene råd og innspill til utredningen.

1.2 Foreløpig forslag til organisering av et helhetlig innovasjonssystem

Det foreslås her et helhetlig innovasjonssystem med fokus på styring, gjennomføring og spredning, og hvordan dette henger sammen i en helhet.



Hensikten med en helhetlig innovasjonsmodell er at den samlede nasjonale innovasjonskraften skal bidra til mer samordnet og målrettet innsats. Innovasjonssystemet bør innrettes slik at nasjonale aktører retter innsats av strategiske hjelpemidler inn mot de behov helse- og omsorgssektoren har for innovasjon - til en hver tid.

For å få til dette er det foreslått 7 tiltak.

Tiltak 1: Felles overordnet styring og krav til innovasjon i ledelse på alle ledernivåer

Departementene² bør ha felles visjon om innovasjon basert på tverrsektorielle behov. Styrende og førende dokumenter bør være samstemt (horisontalt og vertikalt) i forvaltningen og i tjenestene. Helse- og omsorgssektoren bør ta ansvar for å følge opp med mål og strategier i tråd med felles visjon.

Ledere må se på innovasjon som et strategisk virkemiddel, etterspørre innovasjon for å løse samfunnsutfordringene og kjente endringsbehov. Tydeliggjøre de strategiske prioriteringene, involvere medarbeidere, og bidra til en kultur for innovasjon gjennom kompetanseheving og verdiskapende undervisningsprogrammer (se innovasjonsprosess-tiltak, neste punkt), infrastruktur- og nettverkstiltak som også inkluderer næringsliv.

Tiltak 2: Kompetanseutvikling

Det foreslås at det utvikles koordinerte kompetanseutviklingsprogrammer basert på «verdiskapende undervisning»; programmer der deltakerne både undervises i teori og metoder samtidig som de arbeider med konkrete innovasjons- og forbedringsprosjekter gjennom hele utviklingsforløpet. Slike program bør være på to nivåer; som videreutviklingsprogrammer for ledere og mellomledere og i grunnutdanning, etterutdanning så vel som i kompetansehevende tiltak i form av akseleratorprogrammer i praksisfeltet innen helse- og omsorgsfag.

Tiltak 3: Modell for trinnvis finansiering og rammeverk for gevinstmålinger

I dag mangler vi en fullgod måte å få tilgang til både helsegevinster og den økonomiske verdien av tjenesteinnovasjoner før de er blitt utprøvd eller implementert. Dette kan resultere i betydelige kostnader som kunne vært unngått dersom vi var i stand til å vurdere innvirkningen av innovasjonen på et tidligere tidspunkt i innovasjonsprosessen. Slik beslutningsstøtte, basert på Health Technology Assessment (HTA)-metodikk³, bør gjøres tilgjengelig i form av maler og verktøy.

Det foreslås at det stimuleres til etablering av utrednings- og utviklingsprosjekter for å utvikle gode systemer og god praksis for å kjøpe innovative løsninger innenfor det nye anbudsreglementet for offentlige anskaffelser, jfr. Leverandørutviklingsprogrammet til NHO, KS og Difi. Dette bør også inkludere standardiserte modeller for å finansiere slike prosesser skrittvis gjennom «stage-gate» systemer slik dette praktiseres for eksempel i store private foretak. Et hovedpoeng med slike modeller er å sikre at risikoen reduseres så mye som mulig før man bruker mye penger, slik at oppskaleringen som krever stor ressursbruk, kan gjøres på en trygg og effektiv måte med sikrere måloppnåelse. Finansiell støtte for incentiver til utbredelse/spredning av gode innovasjoner bør bli et synlig virkemiddel i en slik modell.

² Helse- og omsorgsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Kunnskapsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Utenriksdepartementet

³ Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste

Tiltak 4: Helhetlig monitoreringssystem

Det foreslås at det etableres et helhetlig monitoreringssystem for innovasjon felles for kommuner og helseforetak, slik det er foreslått i HO21-strategien, for å oppnå en systematisk oppfølging av innovasjonstiltak. Indikatorer for forskning og innovasjon bør benyttes som styringsverktøy av departementer, helseforetak og akademia. I dag samarbeider Helse- og omsorgsdepartementet med de regionale helseforetakene om å utvikle et forslag til systematisk oppfølging av innovasjon i helseforetakene (www.nifu.no/publications/1277040/). Det skal dokumentere det som skjer av produkt- og tjenesteinnovasjon, og stimulere til økt gjennomføring og implementering av nye løsninger. På sikt bør det vurderes om et slikt målesystem for innovasjon skal utløse økonomiske insentiver, innenfor rammen av det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene.

Tiltak 5: Koordinering av kunnskapsdeling og aktiviteter

Det foreslås at innovasjonssamarbeid, som kunnskapsnettverk og klynger, videreutvikles med en sterkere nasjonal koordinering. En form for koordinering kan være at kunnskap og tjenester spisses mer slik at det utvikles nasjonale «fyrstårn-miljøer» innenfor mer utfyllende områder istedenfor at mange miljøer bygger seg opp på det samme.

Det foreslås også at det etableres et helhetlig system for kunnskapsdeling. Gode ideer kan bli forsterket ved at noen andre allerede har jobbet med noe tilsvarende og bygget erfaringer. Dette kan både være andre aktører i helsetjenesten nasjonalt eller internasjonalt, eller leverandører. Søker en løsning på et konkret behov kan det også være veldig verdifullt å kunne søke opp løsninger og erfaringer andre har på tilsvarende behov. Effektiv deling av kunnskap vil gi et verdifullt bidrag til innovasjon. For at delingen skal være effektiv setter dette krav til kvaliteten på informasjonen som skal deles, og hvordan informasjonen kan søkes opp og presenteres. Det finnes i dag flere systemer for kunnskapsdeling som til dels brukes adskilt innen gitte sektorer/områder. Det finnes ingen nasjonal standard for informasjonslagring der informasjon enkelt kan søkes opp og deles på tvers i sektoren. En nasjonal koordinering av slike systemer må derfor etableres.

Det finnes også en rekke gode initiativer innenfor;

- verktøy og metodikk for kost-/ nyttevurdering og gevinstrealisering av innovasjon
- videreutviklingsprogrammer for ledere og mellomledere
- akselerator/spredningsprogrammer for velferdsteknologi og eHelse

Det foreslås også en mer helhetlig koordinering innenfor disse områdene.

Tiltak 6: Støtte for teknisk integrasjon

Direktoratet for e-helse arbeider med en helhetlig nasjonal arkitektur for e-helse og velferdsteknologi. Hensikten med dette arbeidet er å standardisere måten tekniske løsninger skal samhandle på. I arkitekturen vil det også inngå noen nasjonale fellesløsninger som kan benyttes av andre, for eksempel tilgangsstyring. Hensikten med disse tiltakene er å senke

den tekniske barrieren for at nye tekniske løsninger skal kunne tas i bruk. Flere gode innovative løsninger for helse- og omsorgssektoren har ikke kunne brukes fordi de mangler de nødvendige integrasjonene for at dataene skal kunne utveksles med eksisterende løsninger, som f.eks. EPJ.

Det foreslås at det tas frem støtte i form av grensesnitt (APIer), utviklerverktøy knyttet til grensesnittene og test/sertifiseringsverktøy for integrasjon mot den nasjonale e-helse arkitekturen. Dette vil redusere den tekniske risikoen i innovasjonsprosjekter og senke barrieren for utbredelse/spredning av innovasjonen.

Tiltak 7: Veileder for tjenesteinnovasjon

I tråd med oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet skal det utarbeides en veileder for tjenesteinnovasjon for helse- og omsorgstjenestene. For å skape pasientens helsetjeneste skal pasienten, brukere og deres pårørende aktivt medvirke i utformingen av mer brukerorienterte og effektive tjenester⁴. For å operasjonalisere pasientens helsetjeneste i utforming av tjenestene, vil det være avgjørende at en veileder for tjenesteinnovasjon innebærer systematisk brukermedvirkning.

KS og Helsedirektoratet har fått utarbeidet en metodikk for tjenesteinnovasjon som skal gi kommunene metoder og verktøy til å gjennomføre innovasjonsprosessene (Samveis - Veikart for tjenesteinnovasjon). Det anbefales ikke å utarbeide en ny veileder for tjenesteinnovasjon, men å velge Samveis – Veikart for tjenesteinnovasjon hvor metodikken er basert på tjenstedesign⁵ som innebærer systematisk brukermedvirkning, og tilpasse den til spesialisthelsetjenesten.

Arkitektur- og designhøgskolen (AHO) i 2016 undersøkt om Veikartet blir tatt i bruk og har effekt i kommunene. Resultatene viser at metodikken oppleves relevant og har betydning for hvordan kommunene driver prosjekter, ikke minst når det gjelder praktisk gjennomføring av systematisk brukermedvirkning⁶.

⁴ Nasjonal helse- og sykehusplan, Omsorg 2020, Primærhelsetjenestemeldingen

⁵ Tjenstedesign handler om å utvikle, planlegge og organisere tjenester som skaper gode brukeropplevelser over tid. Kilde: difi.no/ariikkel/2014/10/tjenstedesign. I tillegg til å jobbe brukersentrert, samskapende og helhetlig, skal arbeidet også være visuelt og innebære testing (DOT AHO, 2014).

⁶ 54 pst. Kilde: AHO følgeforskning på innføring av metodikk for tjenesteinnovasjon i Nasjonalt Velferdsteknologiprogram 2016.



Notat til diskusjon på rådsmøtet 28.11.2016

Fra:	• Hilde Lurås, Ahus (<i>gruppeleder</i>) • Ernst Omenaas, Helse Bergen HF • Gro Jamtvedt, HiOA • Håkon Haugli, Abelia • Kathrine Myhre, Oslo Medtec • Nina Mevold, Bergen kommune • Svein Lie, Helsedirektoratet
Vedlegg til:	Sak 57/16 Effektive og lærende tjenester

Satsingsområde har vært diskutert på rådsmøtene 12.9.2016 (04/16) og 24.10.2016 (05/16). Arbeidsgruppen presenterer i vedlagte notat konkrete forslag til tiltak iht til de tre anbefalingene som Rådet vedtok 12.9.2016 (04/16).

Anbefaling 1: Styrke strategisk samarbeid om forskning og innovasjon mellom ulike aktører

Styrket strategisk samarbeid mellom tjenesten, forskningsmiljøene, næringslivet, myndighetene, beslutningstakere på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, og ulike interessegrupper er en gjennomgående strategisk satsing for HO21-rådet. Dette gjenfinnes i de fleste satsingene og har et særlig fokus innenfor områdene Økt brukermedvirkning, Strategisk og kunnskapsbasert styring, Kunnskapsløft for kommunene og Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde.

Forslag: *Arbeidsgruppen foreslår at arbeidet med å sikre helhetlige og koordinerte strategisk samarbeid mellom ulike aktører settes opp som egen sak på et rådsmøte våren 2017.*

Anbefaling 2: Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten

For å opprettholde den norske velferdsmodellen må helsetjenestene moderniseres og effektiviseres, som mer bruk av velferdsteknologi i hjemmet, mer vekt på forebygging og rehabilitering, mer kunnskapsbaserte og effektive tjenester, bedre samhandling mellom sykehus og kommuner og mer tverrsektorielt samarbeid. Det er behov for å utvikle kompetanse og metoder som kan gi styrket innhold til innovasjonsbegrepet, og det må utvikles en kultur for innovasjon og nytenkning i sektoren. HO21-strategien og regjeringens handlingsplan foreslår fem tiltak for å styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten:

(2.1) Sikre et helhetlig system for tjenesteinnovasjon og forsøksvirksomhet

HOD har gitt Helsedirektoratet et større oppdrag som bla inkluderer en kartlegging av dagens ordninger, inkludert hvordan ulike former for forsøksvirksomhet er finansiert. Oppdraget skal leveres HOD 5. januar 2017.

Forslag: Arbeidsgruppen foreslår at resultatene av kartleggingen presenteres for Rådet våren 2017. På bakgrunn av kartleggingen vil Rådet diskutere behovet for andre tiltak/virkemidler.

(2.2) Fremme gode samarbeidsarenaer

Gode samarbeidsarenaer med lokal forankring blant aktørene er sentralt for å videreutvikle tjenesten både innad og på tvers av sektorer. Det er viktig at gode eksempler på vellykkede tiltak gjøres kjent blant beslutningstakere på ulike nivå.

Forslag: Arbeidsgruppen foreslår at HO21-rådet tar initiativ til en nasjonal møteplass i form av en konferanse enten som en frittstående møtearena eller som del av et arrangement hvor tematikken passer inn.

(2.3) Innovasjonsutdanning for offentlig sektor

Universitets- og høyskolesystemet har i økende grad satt innovasjon på dagsorden og fremtidens helsearbeidere er trolig bedre rustet enn tidligere når det gjelder innovasjon og nytenkning. Det finnes også en rekke kursporteføljer innenfor tjenesteinnovasjon som retter seg mot dagens helsearbeidere og helseledere. HO21-rådet er bekymret for om disse er godt nok kjent og utnyttet i sektoren.

Forslag: Arbeidsgruppen foreslår at Utvikling av de menneskelige ressursene-gruppen tar et overordnet ansvar for å koordinere tiltak knyttet til utdanningsløp for alle satsingsområdene (se dokument Tiltak i sammenheng og pkt 3).

Arbeidsgruppen foreslår at Rådet vurderer om det er behov en kartlegging av eksisterende utdanningstilbud. Funn fra en evt kartlegging vil kunne bidra til å sikre implementering av riktig tiltak på rett sted i utdanningene fremover (og er noe som evt kan presenteres og diskuteres på den nasjonale møtearenaen, jf. tiltak 2.2).

(2.4) En helhetlig og koordinert satsing på e-helse

Direktoratet for e-helse utarbeider i samarbeid med aktørene i helse- og omsorgssektoren en nasjonal e-helse strategi. Strategien beskriver ambisjoner og utviklingsretning i et 2030 perspektiv, og innsatsområder med tiltak for perioden frem til og med 2020. Strategien med handlingsplan skal oversendes HOD i mars 2017. Direktoratet for e-helse er representert i HO21-rådet.

Forslag: Arbeidsgruppen foreslår at Direktoratet for e-helse informerer om status for arbeidet med den nasjonale e-helsestrategien på HO21-rådsmøtene fremover.

Jf. oppsummering sak 44/16 (møte 24.10.2016). Arbeidsgruppen foreslår at Direktoratet for e-helse gir Rådet helt konkrete bestillinger hvis direktoratet ser at det er noe Rådet kan bidra med.

(5) Innkjøp og nye løsninger

Innovative anskaffelser er et virkemiddel som fremheves for å videreutvikle tjenesten og øke kompetansen i sektoren. Metoden benyttes imidlertid i (for) liten grad. Innovative anskaffelser er et viktig tema som bør løftes og diskuteres på tvers av flere satsingsområder f.eks. Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering og Helse- og omsorg som næringspolitisk satsingsområde.

Forslag: Innovative anskaffelser settes på rådsmøteagendaen våren 2017.

Arbeidsgruppen foreslår HO21-rådet tar initiativ til at det i første halvår 2017 arrangeres et dialogmøte eller rundbordskonferanse med tverrsektoriell representasjon fra aktører som Forskningsrådet, Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene, kommunene (K10) og næringslivet med innovative anskaffelser som tema.

Anbefaling 3: Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning

Helsetjenesteforskning er heterogen, hvor forskerne har høyst ulik bakgrunn innenfor hele spekteret av helsefag og medisin, naturvitenskap, teknologi, samfunnsfag, humaniora, jus og økonomi, og forskningen favner både kvalitativ og kvantitativ metodikk. I dag foregår det helsetjenesteforskning flere steder i Norge, men de fleste miljøene er små, lite koordinerte og i hovedsak basert på kortsiktige prosjektbevilgninger. Det er behov for å knytte forskningen tettere mot klinisk virksomhet, og spesielt viktig å inkludere den kommunale helse- og omsorgssektoren i problemformuleringer og identifisering av forskningsspørsmål. HO21-strategien og regjeringens handlingsplan foreslår fem tiltak for å styrke kvalitet og omfang av norsk helsetjenesteforskning:

(3.1) Opprette kombinerte stillinger

Det er utfordrende å bygge opp forskningsmiljøer med klinisk forankring i kommunene. Kombinerte stillinger har vært benyttet med gode resultater i helseforetakene, det finnes også noen få eksempler fra kommunesektoren. Gjeldende avtaleverk og tilgang på finansiering har så langt vært en hindring for å få til denne typen løsninger.

Forslag: Arbeidsgruppen foreslår at Utvikling av de menneskelige ressursene-gruppen tar et overordnet ansvar for å koordinere innspill knyttet til utdanning og kompetanse på tvers av satsingsområder (jf. tiltak 2.3). Oppfølgingen må sikre at gjeldende avtaleverk ikke er til hinder for opprettelse av kombinerte stillinger i kommunene.

(3.2) Kartlegging av midler som bevilges til helsetjenesteforskning

Forskningsrådet og de regionale helseforetakene er de viktigste finansieringskildene for norsk helsetjenesteforskning. Noen studier finansieres også via private organisasjoner som Kreftforeningen og Nasjonalforeningen, og Universitets- og høyskolene utlyser midler hvor helsetjenesteforskning er aktuelle tema. Per i dag foreligger det imidlertid ingen nasjonal oversikt over ressurstildeling til helsetjenesteforskning. Forskningsrådets arbeid med HRCS-koding og HelseOmsorg21-monitor vil trolig kunne gi en oversikt over samlede tildelinger til feltet og hvilke problemstillinger det forskes på.

Kommentar: HO21-monitor lanseres 28. november. HO21-rådet vil på bakgrunn av resultater fra HO21-monitor ta stilling til om det er behov for en ytterligere kartlegging.

(3.3) Samordnet nasjonal utlysning av forskningsmidler - Strategiske dialogmøter om felles forskningsspørsmål

HO21-strategien foreslo en samordnet nasjonal utlysning av midler gjennom forpliktende samhandling mellom Forskningsrådet, RHFene og kommunesektoren etter mønster fra Health Services and Delivery Research (HS&DR) program i Storbritannia

(<http://www.netscc.ac.uk/hsdr/index.html>).

Forslag: Arbeidsgruppen foreslår at det på nåværende tidspunkt ikke fremmes et forslag om en felles utlysning av midler. For å sikre godt finansierte prosjekter innenfor hele mangfoldet av kunnskapshull foreslår i stedet arbeidsgruppen at HO21-rådet tar initiativ til at det opprettes en strategisk møteplass hvor relevante departement og forskningsfinansiører møtes til dialog om og hvordan et slikt samarbeid bør være. Både Forskningsrådet, de regionale helseforetakene, KS, Innovasjon Norge, næringsliv og frivillige organisasjoner bør inviteres.

(3.4) Utdanning og forskeropplæring

For å sikre at tjenesteleveransene er forskningsbasert er det behov for mer kunnskap om forskning og innovasjon på bachelor, master, videreutdanning og lederprogramnivå.

Forslag: Arbeidsgruppen foreslår at Utvikling av de menneskelige ressursene-gruppen tar et overordnet ansvar for å koordinere innspill knyttet til utdanning og kompetanse på tvers av satsingsområder (jf. tiltak 2.3).

(3.5) Forskningsbasert evaluering av reformer

I løpet av de siste tiårene er det gjennomført en rekke helsereformer i Norge. Felles for reformene er at de har blitt implementert over hele landet samtidig, stort sett uten forutgående forsøksordninger og gode før-data. For å sikre en forskningsbasert evaluering av reformer og endringer i sektoren må det utlyses midler i god tid før innføringen, samt at implementeringen må designes slik at de kan evalueres og rapporteres på en kvalitativt god måte og slik bidra til kunnskapsutvikling og læring.

Forslag: Arbeidsgruppen foreslår at HO21-rådet tar initiativ til at det arrangeres et miniseminar om og erfaringer med forskningsbaserte reformer for departementet og akademia (og andre relevante aktører).



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT



Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 OSLO

Unntatt offentlighet jf. Offl. § 14
1. ledd

Deres ref
16/9610

Vår ref
16/560-

Dato
21.09.2016

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

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

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

Oppdraget omfatter å utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell for helse- og omsorgstjenestene, herunder å:

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

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

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

Med vennlig hilsen

Cathrine Meland (e.f.)
Ekspedisjonssjef

Maiken Engelstad
Avdelingsdirektør

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Kopi til:

Direktoratet for e-helse

Postboks 6737 St. Olavs
plass

0130 OSLO



Tiltaksoversikt – tiltak sett i sammenheng

Opprinnelig vedlegg til sak 32/16 Forslag til revidert arbeidsplan og forslag til møtekalender 2017

Fra: sekretariatet v/Hilde G Nielsen, sekretariatsleder

Tiltak fra HO21-strategien gruppert etter felles mål for tiltaket

1. Etablering av samarbeidsarenaer og strategiske møteplasser

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Etablere samarbeid mellom industrien, det offentlig og brukerorganisasjonene for å øke brukermedvirkning i industrifinansierte studier.	Økt brukermedvirkning	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.
Systematisk dialog og samarbeid om brukermedvirkning mellom forskningsinstitusjonene og pasient- og brukerorganisasjonene.	Økt brukermedvirkning	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.
Styrke strategisk samarbeid om forskning og innovasjon mellom ulike aktører	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Fremme gode felles arenaer og behovsidentifisert forskning	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Etablere nasjonale, regionale og lokale samarbeidsarenaer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og utdanningssektoren for å sikre riktig dimensjonering, god kvalitet og relevans i helsefaglige utdanninger.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.
Økt samarbeid med industrisamarbeidspartnere i søknader til EU.	Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Strategiske møteplasser som legger til rette for etablering av tillitsfulle relasjoner og nødvendig samspill mellom FoU, sykehus og kommuner som tilbyr helsetjenester, og næringslivet	Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Fokusområdet vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.

2. Stimulere til etablering og videreføring av nettverk/klynger

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Sikre at NorCRIN, vår nasjonale koordineringsenhet og nettverk for kliniske studier, har kunnskap om kapasitet og kompetanse i universitetssykehusene, andre helseforetak og i forskningsnettverk for kommunehelsetjenesten så eksterne oppdragsgivere kan betjenes trygt, raskt og punktlig. Dyktiggjøre NorCRIN-nettverket for gjennomføring av flerregionale og internasjonale multisenterstudier, spesielt sponsoroppgavene i flerregionale akademiske studier.	Bedre klinisk behandling	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Motivere universitetssykehusene og samarbeidspartnere til å delta aktivt i nasjonale, nordiske og internasjonale nettverk, som for eksempel Nordic Trial Alliance og European Advanced Translational Research Infrastructure in Medicine (EAT RIS).	Bedre klinisk behandling	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Knytte ressurser og infrastruktur for kliniske studier til fremragende kliniske forskningsmiljøer rettet mot spesialist- og kommunehelsetjenesten. Slike kompetente klynger vil styrke attraktiviteten for norsk forskning og innovasjon gjennom bedre synliggjøring av deres eksistens. Dette kan ses i sammenheng med utviklingen av Sentre for klinisk helseforskning (se avsnittet om Høy kvalitet og internasjonalisering).	Bedre klinisk behandling	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Det etableres fire regionale sentre (i et mulig samarbeid mellom UoH og instituttsektor og helseforetak) som sammen utgjør et virtuelt «Norwegian Global Health Institute» (NGHI). Sentrene skal i fellesskap fremme økt kunnskap, kvalitet, internasjonalisering, tverrfaglighet, arbeidsdeling og samhandling relatert til global helse i utdanning, forskning og innovasjon. Sentrene kan også bidra til økt samarbeid mellom sentrale myndigheter, UoH- og instituttsektoren, helsetjenesten og næringslivet for å bygge økt kapasitet i lav- og mellominntektsland, og for å bygge økt institusjonelt samarbeid med disse landene. Det foreslås	Møte de globale helseutfordringene	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.

at en ny nasjonal forskerskole legges til NGHI.		
Det bør vurdere å styrke samarbeid med helseklyngene (nettverk og fasiliteringskompetanse)	Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.

3. Påvirke utdanningsforløp og bidra til økt kompetanse

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Etablering av ordninger for å la brukerne bygge kompetansen i rollen som brukerrepresentanter	Økt brukermedvirkning	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.
Styrke innovasjonskulturen i helse- og UH-sektoren	Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Fokusområdet vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Kommunal sektor som praksisarena og forholdet til utdanningene	Kunnskapsløft for kommunene	Anbefalingen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Styrke innovasjonsarbeidet i tjenesten	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Styrke kvalitet og omfang av helsetjenesteforskning	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Helsetjenesten og utdanningssektoren får global helse som del av sitt oppdrag for å bygge kapasitet i Norge. Globalt helseperspektiv, med migrasjonshelse/innvandrerhelse inkluderes i alle helsefagutdanningene. Det bør være naturlig for alle vitenskapelige ansatte i helsefagutdanningene å ivareta det globale helseperspektivet innenfor eget fagområde.	Møte de globale helseutfordringene	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Økt satsing på tverr- og flerfaglig forskning og utdanning innenfor globale helse i et bredt folkehelseperspektiv. Det innebærer økt mobilisering av alle relevante fagmiljøer i medisin, teknologi, naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora.	Møte de globale helseutfordringene	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Styrke praksisrettet FoU for profesjonsutdanningene og styrke fagutvikling i skjæringsfeltet mellom helse-, omsorgs-, velferds- og teknologifag.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.
Styrke rammebetingelsene for utvikling av grunnleggende metode og analysekompetanse, inkludert vurdering av forskerskoler spesielt i bioinformatikk, biostatistikk og biomedisinsk grunnforskning. Dette er forutsetninger for helseforskning av høy kvalitet, og for å kunne gjennomføre annen helseanalyse i	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.

klinisk virksomhet, ledelse og forvaltning.		
Innføre innovasjon og næringsutvikling som egne tema i alle utdanninger som retter seg mot helse- og omsorgssektoren.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.
Tilrettelegge for at studenter får forskningserfaring i gode forskningsmiljøer ved å videreutvikle forskerlinjen i medisin. Ordningen bør søkes utvidet til andre helsefag. Øremerke forskningsmidler til yngre forskere.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.

4. Påvirke finanseringsmekanismene

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Tilgang på offentlig utviklingskapital	Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Fokusområdet er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Stimulere tilgangen på privat kapital	Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Fokusområdet er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Finansiering	Kunnskapsløft for kommunene	Anbefalingen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Prøve ut ordninger med særskilte takster i kommunehelsetjenesten og nye mekanismer innen innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten, som insentiv for deltakelse og inkludering i kliniske studier.	Bedre klinisk behandling	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Helhetlig finansiering av helseforskning	Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under behandling.
Gjennomføre kontrollerte forskningsunderstøttede forsøk med betalings og finansieringsmodeller i helse- og omsorgstjenestene, som premierer pasientnytte og funksjon for å stimulere til innovasjon.	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016
En koordinert og helhetlig tildeling av midler til utviklingstiltak og forsøksvirksomhet, og krav om robuste evalueringer av utprøvinger og forsøksvirksomhet så kunnskap om gode modeller kan spres.	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Etablere et virkemiddel / en finansieringsordning rettet mot potensielt kommersialiserbare forskningsresultater relatert til helse i/for land med lav betalingsevne (utvikling, verifisering og kvalitetssikring).	Møte de globale helseutfordringene	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Styrke utviklingen av helserelaterte teknologier og produkter for lav og mellominntektsland gjennom bruk av	Møte de globale helseutfordringene	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.

offentlige midler til næringsutvikling både i disse landene og i Norge.		
En andel av forskningsmidlene bør kanaliseres gjennom helsesektoren selv, slik det er etablert for regionale helseforetak i dag. Det bør etableres klare innsatsmål om at en prosentandel av helse- og omsorgstjenestens budsjetter benyttes til forskning for henholdsvis universitetssykehusene og øvrige helseforetak, og for kommunale helse- og omsorgstjenester. Universitetssykehusene bør benytte minst 5 % av budsjettene til forskning.	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene må presiseres for å sikre at de samlet fremmer internasjonalisering, økt kvalitet og samarbeid med næringslivet. Finansiering via Forskningsrådet skal bidra til internasjonalisering, internasjonalt konkurransedyktig forskning, kvalitet på viktige områder, også på forskningssvake områder, samarbeid med næringslivet og innovasjonsevne i offentlig sektor. Den grunnleggende forskningen må sikres gode rammevilkår gjennom nasjonale og internasjonale finansieringskanaler.	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.

5. Endring lover og regler

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Evaluerer og endrer lover og regler	Helsedata som nasjonalt fortrinn	Tiltaket er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Etablere klarere krav til og nødvendige lovmessige og finansielle rammebetingelser i primær- og spesialisthelsetjenesten for å ivareta praksisarenaen i grunn- og videreutdanningen av helsearbeidere – og gjennom dette styrke praksisrettet FoU i alle tjenestesektorer.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.

6. Påvirke til organisasjon og strukturendringer

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Organisering	Helsedata som nasjonalt fortrinn	Tiltaket er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Regionale samarbeidsorgan for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot	Kunnskapsløft for kommunene	Anbefalingen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under

kommunenes helse- og omsorgstjenester		arbeid.
Nasjonal koordinering av forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene	Kunnskapsløft for kommunene	Anbefalingen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
De regionale helseforetakene og UoH-sektoren bør bygge opp felles Forskningsadministrasjoner og -infrastruktur, og forskningsgrupper med felles ansatte og felles/nærliggende arealer for best utnyttelse av offentlige bevilgninger. Det må være en klar forventning om at de to sektorene lager kjøreregler for samhandling på regionalt og lokalt nivå. Ett eller flere universitetssykehus og universiteter bør prøve ut modeller for økonomisk og administrativt samarbeid innenfor helseforskning, utdanning og innovasjon i et integrert universitetssykehus.	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Det etableres nye samarbeidsorganer for forskning mellom kommuner og forsknings- og utdanningsinstitusjoner på regionalt nivå. Disse må utvikle gode modeller for samarbeid regionalt, blant annet om infrastruktur, og bidra til å fordele regionalt konkurranseutsatte midler for kommunenes behov. Videre bør samarbeidsorganene legge til rette for samhandling med helseforetakene, instituttsektoren og næringslivet. For utdanning bør det være ett samlet regionalt samarbeidsorgan som dekker universiteter og høyskoler og både helseforetakene og kommunene. Når det gjelder forskning, bør de regionale samarbeidsorganene for kommunenes helse og omsorgstjenester ha felles sekretariat og administrative funksjoner med dagens regionale samarbeidsorganer for spesialisthelsetjenesten.	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
Etablere tverrsektorielle strukturer for strategisk lederutvikling innen forskning og innovasjon og forskningsinstitusjonsledelse på helseog omsorgsområdet.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.
Styrke kompetansen på tjenesteinnovasjon gjennom et helhetlig nasjonalt system med regionale sentre, som dekker både kommunene og helseforetakenes behov.	Effektive og lærende tjenester	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.

7. Bidra til helhetlig infrastruktur og tilgjengelig helsedata

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Tilpasning av den digitale infrastrukturen – Nasjonal infrastruktur som et økosystem	Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Fokusområdet er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under behandling.
Infrastruktur for utvikling, testing, verifisering og skalering av helseprodukter og tjenester	Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	Fokusområdet er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under behandling.
Integrere i e-helse-arbeidet	Helsedata som nasjonalt fortrinn	Tiltaket er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Utvikling av forskningsinfrastruktur for den kommunale helse- og omsorgstjenesten	Kunnskapsløft for kommunene	Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Etablere god infrastruktur for kliniske studier av høy kvalitet i henhold til den internasjonale standarden Good Clinical Practice (GCP). Styrke etableringen og videreutviklingen av kliniske utprøvingssenheter ved de norske universitetssykehusene, slik at kravene til ansvarlig studiegjennomfører (sponsor) kan oppfylles. Etablere forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelsetjenesten som kan koordinere kliniske studier.	Bedre klinisk behandling	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
Styrke utviklingen av helserelaterte teknologier og produkter for lav og mellominntektsland gjennom bruk av offentlige midler til næringsutvikling både i disse landene og i Norge.	Møte de globale helseutfordringene	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.

8. Bedre strategisk styring og økt rolleforståelse

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Etablere tverrsektorielle strukturer for strategisk lederutvikling innen forskning og innovasjon og forskningsinstitusjonsledelse på helse og omsorgsområdet.	Utvikling av de menneskelige ressursene	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.
Det etableres et helhetlig monitoreringssystem for forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning for helse- og omsorgstjenestene (HO21Monitor), som gir styringsinformasjon til departementer, direktorater, Forskningsrådet og nasjonale og regionale samarbeidsorganer. Denne informasjonen bør være grunnlag for regelmessige institusjonsevalueringer som grunnlag for kvalitetsheving og strukturendringer i sektorene. Informasjonen må understøtte gode prioriteringer av ressursinnsatsen i forhold til kunnskapsbehov.	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.

Monitoreringen må bygge på eksisterende informasjonskilder så langt det er mulig.		
Det bør utvikles et nasjonalt lederutviklingsprogram for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorer og institusjoner og privat/offentlig sektor. Elementer fra dette bør også være en vesentlig del av topplederprogrammet for helseforetakene.	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016 .

9. Mer helhetlig koordinering av medisin- og helseforskning

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Bedre koordinering av innspill fra HOD, universiteter/helseforetak, industri og Forskningsrådet til utforming arbeidsprogrammer og utlysninger i Horizon2020. Det foreslås å sende en henvendelse til NFR med et ønske om at NFR tar en tydeligere rolle i å samkjøre/koordinere norske aktører (HOD, NFR, UH-sektor. HF, etc) ift Horisont 2020 (innspill til arbeidspakker etc)	Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.
Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene må presiseres for å sikre at de samlet fremmer internasjonalisering, økt kvalitet og samarbeid med næringslivet. Finansiering via Forskningsrådet skal bidra til internasjonalisering, internasjonalt konkurransedyktig forskning, kvalitet på viktige områder, også på forskningssvake områder, samarbeid med næringslivet og innovasjonsevne i offentlig sektor. Den grunnleggende forskningen må sikres gode rammevilkår gjennom nasjonale og internasjonale finansieringskanaler.	Strategisk og kunnskapsbasert styring	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.

10. Mer innovasjon og økt bruk av offentlige anskaffelser

Tiltak	Satsingsområde	Status per d.d.
Helse- og omsorgssektoren må innføre prosesser for innovative anskaffelser og benytte dialogkonferanser med brukere og relevantnæringsliv/leverandører	Økt brukermedvirkning	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.
Utvikling og etablering av effektive virkemidler for innovasjonsprosjekter i	Helse og omsorg som næringspolitisk	Fokusområdet er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under

næringslivet knyttet til innovative anskaffelser.	satsingsområde	behandling.
Styrke ordningen med innovative anskaffelser, inkludert vedrørende kliniske utprøvinger	Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under behandling.

Tiltak fra strategien som er spesielt rette mot ett satsingsområde

Økt brukermedvirkning

1.	For å øke brukermedvirkningen i offentlige finansierte kliniske studier, innføres krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planleggingen av studien.	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.
2.	Forskningsinstitusjonene må utarbeide retningslinjer og iverksette tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskningens ulike faser, herunder økt brukermedvirkning i utforming (design) av forskningsprosjekter.	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.
3.	Minoritetsperspektivet må inkluderes i brukermedvirkning, spesielt i studier som angår tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester.	Til 1. gangs behandling i Rådet 24. oktober 2016.

Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

1.	Etablering av en verdikjede for presisjonsmedisin – inkludert etablering av infrastruktur som muliggjør at næringslivet får tilgang til helsedata for næringsmessige formål.	Fokusområdet er vedtatt av Råde. Tiltaket er under arbeid.
2.	Global spredning.	Fokusområdet er vedtatt av Råde. Tiltaket er under arbeid.
3.	Vertskapsattraktivitet.	Fokusområdet er vedtatt av Råde. Tiltaket er under arbeid.
4.	Omstilling fra olje og gass til helse, og større offentlige satsinger	Fokusområdet er vedtatt av Råde. Tiltaket er under arbeid.

Kunnskapsløft for kommunene

1.	Forholdet til de nasjonale og regionale kunnskaps-, kompetanse -, utviklings- og forskningssentrene	Fokusområdet er vedtatt av Råde. Tiltaket er under arbeid.
-----------	---	--

Helsedata som nasjonalt fortrinn

1.	Utarbeide rapport	Tiltaket er vedtatt av Råde. Tiltaket er under arbeid.
----	-------------------	--

Bedre klinisk behandling

1.	Skape incentiver for deltakelse og inkludering i kliniske studier, slik at avdelinger og klinikker i universitetssykehus i større grad definerer klinisk utprøving som en av sine oppgaver – med nødvendig ressursallokering – for å yte et fullstendig behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det må skapes finansielle incentiver for dette, eksempelvis ved særskilt å finansiere studiesykepleiere og annet støttepersonell, frikjøp av leger og lignende.	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
2.	Aktiv deltakelse i forskningsarbeid knyttet til kliniske studier bør bli meritterende i legers spesialistutdanning, og få positiv innvirkning på karriere- og lønnsutvikling.	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
3.	Styrke mulighetene for flest mulig pasienter til å delta i kliniske studier og utprøvende behandling. Tilfeldige og geografiske ulikheter i helsetjenestetilbudet må utjevnes, og raskere inkludering av pasienter i kliniske studier må sikres. Det må opprettes et nytt nasjonalt system for ny vurdering når det ikke lenger foreligger et etablert behandlingstilbud for alvorlige sykdommer som inneholder: → Etablerer et nettsted med oversikt over pågående kliniske studier med leservennlig informasjon til pasienter/pårørende, fastleger og andre klinikere. → En mulighet for pasienter/pårørende og helsepersonell til å få vurdert informasjon de selv har innhentet. → En mulighet for pasienter til å bli vurdert, for eksempel av et ekspertpanel, til å kunne delta i studier/behandling.	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
4.	Det må stilles krav om at ny behandling i hovedsak skal dokumenteres før den innføres i helsetjenesten, og at utprøvende behandling som hovedregel bør tilbys som del av en klinisk studie. Forskningsdokumentasjonen må innfri tydelige kvalitetskrav, og det må etableres konkrete standarder før forskningsresultater implementeres i helsetjenesten slik det er lagt opp til i systemet for innføring av nye metoder. Pasientforløpsstudier kan gjennomføres for å sikre gode resultater av implementeringen.	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.

Effektive og lærende tjenester

1.	Tilrettelegge for bedre systematikk i innovasjonsarbeidet	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.
----	---	---

	i tjenestene. Dette inkluderer metodikk for behovskartlegging, brukermedvirkning og ide, evaluering, implementering og spredning.	
--	---	--

Møte de globale helseutfordringene

1.	Insentiver må etableres for å inkludere flere fremragende forskningsmiljøer i kapasitetsbygging i lav- og mellominntektsland. Alle store forskningsprogram relatert til helse, og hvor dette er naturlig, bør inkludere et element av kapasitetsbygging i disse landene.	Til 1. gangs behandling i Rådet 28. november 2016.
----	--	--

Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering

1.	Etablere dialog med utvalget som er nedsatt for å se på grenseflaten mellom UH og spesialisthelsetjenesten	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid. Leder av utvalget Anne Husebekk kommer til rådsmøtet 12. september 2016.
2.	Alle aktører styrker insentivordninger og støttefunksjoner vedrørende internasjonal finansiering. Bedre koordinering av støttefunksjoner for innhenting av internasjonal finansiering ønskelig	Utfordringen er vedtatt av Rådet. Tiltaket er under arbeid.

Utvikling av de menneskelige ressursene

1.	Etablere stillinger/ordninger som skaper attraktive karriereveier for forskning og utdanning i hele helse- og omsorgssektoren, inkludert med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester.	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.
2.	Gjennomføre strukturelle endringer som styrker rekruttering og mobilitet i helseforskning, og som skaper attraktive karriereveier for unge forskere. Rette opp ubalansen i stillingsstruktur i forskningssystemet ved å etablere flere konkurranseutsatte innstegsstillinger som attraktive karriereveier for unge forskere. Gjennomgå stillingsstrukturen i helseforetakene for å skape sammenhengende tid til forskning og karriereveier for klinisk forskning i universitetssykehusene.	Til 1. gangs behandling i Rådet tidlig 2017.

Strategisk og kunnskapsbasert styring

1.	Det etableres et helhetlig monitoreringssystem for forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning for helse- og omsorgstjenestene (HO21 Monitor), som gir styringsinformasjon til departementer, direktorater,	HO21 Monitor lanseres høsten 2016.
----	--	------------------------------------

	Forskningsrådet og nasjonale og regionale samarbeidsorganer. Denne informasjonen bør være grunnlag for regelmessige institusjonsevalueringer som grunnlag for kvalitetsheving og strukturendringer i sektorene. Informasjonen må understøtte gode prioriteringer av ressursinnsatsen i forhold til kunnskapsbehov. Monitoreringen må bygge på eksisterende informasjonskilder så langt det er mulig.	
2.	Det bør utvikles et nasjonalt lederutviklingsprogram for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorer og institusjoner og privat/offentlig sektor. Elementer fra dette bør også være en vesentlig del av topplederprogrammet for helseforetakene.	Til 1. gangs behandling i Rådet 12. september 2016.