

Til HelseOmsorg21-rådet

Områdedirektør John-Arne Røttingen, Folkehelseinstituttet (*leder*)
 Generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen
 Dekan Arnfinn Sundsfjord, Det medisinske fakultet, UiT
 Direktør Bernadette Kumar, Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)
 Dekan Bjørn Gustafsson, Det medisinske fakultet, NTNU
 Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet
 Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF
 Landsleder Dagfinn Bjørgen, Mental Helse
 Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth
 Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF
 Forskningssjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF
 Fylkesrådmann Evy-Anni Evensen, Telemark fylkeskommune
 Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
 Instituttleder Guri Rørtveit, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB
 Forskningssjef Hilde Lurås, Akershus universitetssykehus HF
 Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia
 Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet
 Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening
 Direktør Kathrine Myhre Oslo MedTech
 Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger
 Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
 Førsteamanuensis Maren Sogstad, Senter for omsorgsforskning, NTNU
 Prodekan forskning Monica Wammen Nordtvedt, Høgskolen i Bergen
 Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge
 Kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen Kommune
 Instituttleder Pål Kraft, Psykologisk institutt, UiO
 Divisjonsdirektør Roar Olsen, eHelsedirektoratet
 Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
 Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS
 Avdelingsdirektør for Helse og velferd Tone Marie Nybø Solheim, KS

Vår saksbehandler/tlf.	Vår ref.	Oslo,
Hilde D G Nielsen, +4740922260	16/406	18.februar 2016
	Deres ref.	

Innkalling til HelseOmsorg21-rådsmøte 02/16

Dag: Mandag 29. februar 2016

Tid: kl 10-16

Sted: Forskningsrådet, møterom Frisch 1 og 2 (*NB!*).

Vedlagt følger forslag til saksliste og saksdokumenter.

Vel møtt!

Med vennlig hilsen

Norges forskningsråd

Hilde Grindvik Nielsen, sekretariatsleder
 HO21-sekretariatet

Forslag til saksliste møte 02/16



Forslag til saksliste HO21-rådsmøte 02/16

Type sak: Vedtakssak

Til: HO21-rådet

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

Saksliste

- | | |
|------------------|--|
| Sak 10/16 | Godkjenning av sakslisten |
| Sak 11/16 | Godkjent referat fra møte 25.1.2016 (01/16) |
| Sak 12/16 | Orientering fra rådsmedlemmene
12.1 Rammevilkår for helsetjenesteforskning |
| Sak 13/16 | Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde – forslag til prioritering av tiltak |
| Sak 14/16 | God styring og ledelse – gjennomgang av tiltakene i HO21-strategien og handlingsplanen |
| Sak 15/16 | Helsedata som nasjonalt fortrinn- forslag til hva HO21-rådet bør gripe fatt i av de foreslåtte tiltakene i strategien og handlingsplanen, fortsettelse fra møte 01/16 |
| Sak 16/16 | Forskningsrådets policy for forskning og innovasjon på helseområdet (2016-2020) |
| Sak 17/16 | Orientering fra HO21-sekretariatet
17.1 HelseOmsorg21 – Årsrapport for 2015
17.2 Kommunikasjonsplan for HO21
17.3 HO21 Monitor – Verdiskapningsanalyse for helsenæringen
17.4 Rådsmøte 23.-24.oktober 2016
17.5 Foreløpige saker på agendaen - rådsmøte 25. april 2016 |
| Sak 18/16 | Eventuelt |

Saksfremlegg



Sak 11/16 Godkjent referat fra rådsmøte 25.1.2016 (01/16)

Type sak: Orienteringssak

Til: HO21-rådet

Fra: HO21- sekretariatet Hilde Grindvik Nielsen, sekretariatsleder

Vedlegg:	Godkjent referat fra møte 25.1.2016 (01/16)
Ansvarlig saksbehandler:	HO21-sekretariatet Hilde Grindvik Nielsen, sekretariatsleder
Referatet ble godkjent av:	Rådsleder John-Arne Røttingen 11.2.2016

Hovedpunkter

Utkast til referat fra møte 25.1.2016 (01/16) ble sendt HO21-rådet 1.2.2016. Kommentarene som ble gitt innen fristen 7.2.2016 er tatt til følge. Referatet ble godkjent av rådsleder John-Arne Røttingen 8.2.2016.

Etter at referatet var godkjent ble det meldt inn en merknad til *sak 05/16 Helsedata som nasjonalt fortrinn - forslag til prioritering av de foreslåtte tiltakene i strategien og handlingsplanen*. Merknaden ble tatt til følge. Rådet fikk tilsendt oppdatert og godkjent referat 11.2.2016.

Vedtak: *Godkjent referat (datert 11.2.2016) fra HO21-rådsmøte 25.1.2016 (01/16) tas til orientering.*



VEDLEGG

Sak 11/16



Møte i HelseOmsorg21-rådet (01/16)

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

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

Tilstede:

Områdedirektør John-Arne Røttingen, Folkehelseinstituttet (*leder*)
Generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen
Dekan Arnfinn Sundsfjord, Det medisinske fakultet, UiT
Dekan Bjørn Gustafsson, Det medisinske fakultet, NTNU
Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet
Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF
Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth
Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF
Fylkesrådmann Evy-Anni Evensen, Telemark fylkeskommune
Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
Instituttleder Guri Rørtveit, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB
Forskningssjef Hilde Lurås, Akershus universitetssykehus HF
Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia
Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet
Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening (LMI)
Direktør Kathrine Myhre, Oslo MedTech
Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger
Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
Førsteamanuensis Maren Sogstad, Senter for omsorgsforskning, NTNU
Kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen Kommune
Instituttleder Pål Kraft, Psykologisk institutt, UiO
Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS
Avdelingsdirektør for Helse og velferd Tone Marie Nybø Solheim, KS

Forfall:

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

Innleder:

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

HelseOmsorg21-sekretariatet, Forskningsrådet

Sekretariatsleder Hilde G Nielsen (*referent*)

Konsulent Erlend Sand Bruer

Fra Helse- og omsorgsdepartementet

Avdelingsdirektør Maiken Engelstad
Seniorrådgiver Marianne van der Weel
Seniorrådgiver Ragnhild Spigseth

Nærings- og fiskeridepartementet

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

Forskningsrådet

Avdelingsdirektør Jannikke Ludt, avd. Helse

Saksliste

Sak 01/16	Godkjenning av sakslisten
Sak 02/16	Godkjent referat
Sak 03/16	Spørsmål om habilitet
Sak 04/16	Forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene – forslag til organisering
Sak 05/16	Helsedata som nasjonalt fortrinn - forslag til prioritering av de foreslåtte tiltakene i strategien og handlingsplanen
Sak 06/16	Hvordan kan helseforetakene bidra til næringsutvikling?
Sak 07/16	Plan for HO21-rådet for perioden 2016-2018
Sak 08/16	Orienteringer 8.1 HelseOmsorg21-scenarieprosjekt 8.2 Symposium Global Health Post – 2015: Confronting the Governance Challenges 23. februar 2016, Oslo 8.3 Rammevilkår for norsk helsetjenesteforskning 8.4 Orientering fra HOD om begrunnelse for prioritering av tannhelsetjenesten fremfor primærhelsetjenesten i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21- strategien
Sak 09/16	Eventuelt 9.1. Møtet 29.2-1.3 flyttes til 24.-25.10.2016

Sak 01/16**Godkjenning av sakslisten**

Vedtak: Sakslisten godkjennes.

Sak 02/16**Godkjent referat**

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

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

Vedtak: Referatet tas til orientering.

Sak 03/16**Spørsmål om habilitet**

Habilitet ble vurdert i forbindelse med de oppførte sakene.

Vedtak: Rådet vurderte at ingen av medlemmene er inhabile.

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

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

Ansvarlige:

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

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

1. *"Arbeidsgruppa anbefaler at det etableres en struktur med 6-7 regioner for helse- og omsorgstjenesteforskning i kommunene. De regionale samarbeidsorganene skal ha solid lokal forankring og tung forskningsfaglig kompetanse. Det regionale nivået er operativt*

- i betydninga å identifisere kommunesektorens kunnskapsbehov, disponere midler, og foreta prioriteringer.*
- 2. Arbeidsgruppa anbefaler at friske midler til forskning på helse- og omsorgstjenestene i kommunene allokeres fra Kommunesenesteavdelinga i HOD, med finansiering også fra KMD. For å styrke kommunal sektor som praksisarena, må det følge øremerket finansiering med praksisstudentene fra UH-sektoren.*
 - 3. Arbeidsgruppa anbefaler at det gjennomføres en uavhengig kartlegging av forskningsaktivitetene for helse- og omsorgstjenestene i kommunene ved de regionale og nasjonale kunnskaps-, kompetanse-, utviklings- og forskningssentrene, og at denne kartlegginga også omfatter UH-sektorens forskningsaktiviteter rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Kartlegginga må særlig rettes mot å vurdere i hvilken grad forskningsaktivitetene bidrar til å dekke kunnskapssvake områder for kommunene.*
 - 4. Arbeidsgruppa anbefaler opprettelsen av et nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, med bred representasjon fra lokale, regionale og statlige myndigheter, og med forskningsfaglig kompetanse.*
 - 5. Arbeidsgruppa anbefaler at en større andel av praksisstudiene i helsefaglige utdanninger flyttes fra spesialisthelsetjenesten til relevante læringsarenaer i kommunal sektor og at det opprettes delte stillinger mellom kommune- og UH-sektoren.*
 - 6. Med dagens infrastruktur er effektiv og god rekruttering av pasienter og datainnhenting til forskning svært vanskelig. Dette er også et hinder for implementering av forskningsbasert kunnskap. Sentrale elementer i forskningsinfrastrukturen er etter arbeidsgruppas mening bl.a. kommunalt pasientregister, nasjonalt praksisbasert forskningsnettverk og styrket satsing på FoU-koordinatorer i kommunene. Nye tiltak må utvikles og eksisterende tiltak, for eksempel utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, må vurderes".*

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

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

Kompetanseløft 2020 inneholder seks hovedstrategier:

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

3. Heve kompetanse hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis.
4. Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon.
5. Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning.
6. Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse.

Momenter fra diskusjonen:

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

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

Kommentarer fra arbeidsgruppen:

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

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

Oppsummering:

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

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

- *Forslag nr 1:* opprettelse av regionale samarbeidsorgan med solid forankring i kommunene og i samarbeid med UH-sektoren og andre relevante aktører. Samarbeidsorganer bør tilføres friske midler til forskning på helse- og omsorgstjenestene i kommunene og rettes inn mot og samordne aktivitet i allerede eksisterende regionale strukturer for forskning.
- *Forslag nr 3:* kartlegging av forskningsaktivitetene for helse- og omsorgstjenestene i kommunene ved de regionale og nasjonale kunnskaps-, kompetanse-, utviklings- og forskningssentrene, og at denne kartlegginga også omfatter UH-sektorens forskningsaktiviteter rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Kartleggingen må særlig rettes mot å vurdere i hvilken grad forskningsaktivitetene bidrar til å dekke kunnskapssvake områder for kommunene.
- *Forslag nr 4:* opprettelse av et nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, med bred representasjon fra lokale, regionale og statlige myndigheter, og med forskningsfaglig kompetanse.
- *Forslag nr 2:* Arbeidsgruppa anbefaler at friske midler til forskning på helse- og omsorgstjenestene i kommunene allokteres fra Kommuneserviceavdelinga i HOD, med finansiering også fra KMD. For å styrke kommunal sektor som praksisarena, må det følge øremerket finansiering med praksisstudentene fra UH-sektoren.

Arbeidsgruppen skal til rådsmøtet 25. april:

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

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

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

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

Sak 05/16

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

Saksdokumenter:

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

Ansvarlige:

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

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

1. Opprettelse av en informativ elektronisk nettportal over kilder til helsedata og andre persondata. Et samarbeidsprosjekt mellom Forskningsrådet og infrastrukturprosjektene Biobank Norge og Helseregistre. Arbeidet utføres innenfor eksisterende lovverk og med midler som allerede er bevilget til prosjektene. Infrastrukturordningen i Forskningsrådet vil framover være et viktig virkemiddel for å sikre en helhetlig nasjonal infrastruktur for data til forskning.
2. Forskningsrådet planlegger å lage en rapport om status, utfordringer/flaskehalser og mulige løsninger for økt bruk av data for forskning. Målet er å kartlegge hvordan dagens system(er) ivaretar 1) personvern, samtykke og deltakers rett til informasjon, 2) rask og sikker utlevering av data til forskningsformål og 3) lave kostnader ved sekundærbruk av persondata til forskning sammenlignet med "den danske modellen" og modellen som utvikles i Sverige eventuelle andre nye løsninger (den "norske modellen").

Camilla Stoltenberg (FHI) presenterte forslaget om en større gjennomgang av lover og forskrifter med tanke på å utvikle et system for tilgang til helsedata og relevante data fra andre sektorer.

Forslaget er basert på den første anbefalingen for dette satsingsområdet.

Lovverket omfatter:

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

Momenter fra diskusjonen:

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

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

Kommentar fra HOD:

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

Vedtak:

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

Arbeidsgruppen ledes av Camilla Stoltenberg (FHI).

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

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

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

Saksdokument: Presentasjon: Hvordan kan helseforetakene bidra til næringsutvikling?

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

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

Momenter fra innledningen:

HSØ opererer med tre spor innen innovasjon:

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

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

Momenter fra diskusjonen:

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

Kommentar fra HOD:

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

Kommentar fra innleder:

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

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

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

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

Saksdokument: Arbeidsplan for Rådet

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

Momenter fra diskusjonen:

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

Vedtak:

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

Tabell 1. Fordeling av satsingsområder i perioden 2016-2018

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

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

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

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

Vedlegg: Invitasjon og program

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

8.3 Rammevilkår for norsk helsetjenesteforskning

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

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

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

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

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

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

Etablering av forskningsnettverk på tannhelsefeltet har en historie tilbake fra St. meld. nr. 35 (2006-2007) Framtidas tannhelsetjenester, og er uttrykk for en politisk prioritering av regjeringen. Departementet ønsker å påpeke at dette ikke er et uttrykk for en desavuering av behovet for forskning innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Oppbygging av forskningskompetanse og etablering av nettverk er løftet frem som en strategisk prioritering i programplanen til Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet (2016 – 2025) i Forskningsrådet.

Orientering fra rådsmedlemmene

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

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

Sak 09/16

Eventuelt

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

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

Forslag til tidsplan:

Søndag 23.10.2016:

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

Mandag 24.10.2016:

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

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

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

Møteplan 2016:

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

9.2. Deling av informasjon til rådsmedlemmene

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

Neste møte:

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

Saksfremlegg



Sak 12/16 Orientering fra rådsmedlemmene

Type sak: Orienteringssak (oppfølgingssak)

Til: HO21-rådet

Fra: HO21-sekretariatet Hilde Grindvik Nielsen, sekretariatsleder

Sak 12.1	Rammevilkår for helsetjenesteforskning
Vedlegg:	Kopi av svarbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet vedr. rammevilkårene for helsetjenesteforskning til Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning.
Ansvarlig:	Hilde Lurås, AHUS

Jfr. sak 8.3 møte 25.1.2016 (01/16) hvor Hilde Lurås (AHUS) orienterte kort om endringene i rammevilkårene av midler til rene helsetjenesteforskningsprosjekter i RHF-ene. Vedlagt følger svarbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Departementet er ikke enig i nettverkets vurdering av at ny programstruktur i Norges forskningsråd svekker helsetjenesteforskning i og for spesialisthelsetjenesten, og begrunner det med en vekst i program for Helse- og omsorgstjenester (HELSEOMSORG)/Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HELSEVEL) fra 89 mill. kroner i 2014 til 109 mill. kroner i 2016. HELSEVEL mottar i tillegg rundt 40 mill. kroner fra Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet. Midlene fra Kunnskapsdepartementet er sektorovergripende. Totalt er budsjettet for HELSEVEL i 2016 på 149 mill. kroner. Forskningsrådet har i 2016 fått i oppdrag å gjennomføre to evalueringer som begge retter seg mot spesialisthelsetjenesten; pakkeforløp kreft og fritt behandlingsvalg. Prosjektmidlene til disse evalueringsoppdragene vil bli lyst ut gjennom forskningsprogrammet HELSEVEL.

Departementet viser ellers til at departementet forutsetter at helsetjenesteforskning følges opp i de regionale helseforetakene, jfr. oppdragsbrevet for 2015.

Kort orientering fra Hilde Lurås, AHUS.



VEDLEGG

Sak 12/16



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning
Sykehusveien 25, Postboks 1000
1478 LØRENSKOG

Deres ref

Vår ref
16/1295-

Dato
08.02.2016

Rammevilkår for norsk helsetjenesteforskning

Det vises til brev vedrørende ovennevnte datert 11. januar d.å fra Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning til helse- og omsorgsminister Bent Høie. Ansvar for Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning er lagt til Helse Sør-Øst RHF. Statsråden har bedt om at departementets spesialisthelsetjenesteavdeling besvarer henvendelsen på vegne av ham.

Departementet er meget fornøyd med at regjeringen samlet har utarbeidet en handlingsplan for oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien, og ser at dette totalt sett har gitt økt oppmerksomhet om forskning og innovasjon innenfor helse og omsorg og tverrsektorielt samarbeid. Både i HelseOmsorg21-strategien og i handlingsplanen er "Effektive og lærende tjenester" løftet frem som ett av ti prioriterte områder. Et sentralt tiltak under dette området er "å øke omfanget av tjenesteforskning og tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgs- og velferdstjenestene". Ved en inkurie står det dessverre "følgjeforskning" i stedet for tjenesteforskning i handlingsplanen.

Regjeringens viktigste virkemiddel for å følge opp dette tiltaket er etableringen av det nye store programmet for tjenesteforskning og innovasjon i Forskningsrådet, Gode og effektive helse-, omsorgs- og helsetjenester (HELSEVEL). Departementet er ikke enig i at ny programstruktur i Norges forskningsråd svekker helsetjenesteforskning i og for spesialisthelsetjenesten. I 2014 var helse- og omsorgstjenesteforskningsprogrammet på 89 mill. kroner, i 2016 er Helse- og omsorgsdepartementets bidrag inn mot dette programmet (HELSEVEL) på 109 mill. kroner. I tillegg kommer finansiering fra Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet, programmet har nå et budsjett på 148 mill. kroner. Det er særlig Kunnskapsdepartementets midler som er sektorovergripende. I tillegg til disse midlene er det også gitt oppdrag til to evalueringer som begge også retter seg

mot spesialisthelsetjenesten i 2016, disse er pakkeforløp kreft og fritt behandlingsvalg. Begge innebærer evalueringsoppdrag som vil lyses ut gjennom Norges forskningsråd.

Et langsiktig mål for helseforetakene er økt omfang og implementering av helsetjenesteforskning jf oppdragsdokumentet for 2015. Når det gjelder forskning i helseforetakene forutsetter departementet at helsetjenesteforskning følges opp i de regionale helseforetakene i tråd med denne føringen. Finansiering av forskning i helseforetakene er forutsatt ivaretatt innenfor rammene og det øremerkede tilskuddet som er gitt til de regionale helseforetakene, samt gjennom eksternfinansiert forskning.

Departementet har fra 2016 øremerket i alt 110 mill kroner til etablering av et nytt program for behandlingsforskning i de regionale helseforetakene, for å øke omfanget av nasjonale kliniske multisenterstudier og effektstudier. De resterende midlene som er øremerket forskning i helseforetakene er det imidlertid ikke lagt noen føringer på. Tidligere øremerking av hhv 100 mill og 110 mill kroner i 2014 og 2015 til flerregionale studier på seks utvalgte fagområder samt helsetjenesteforskning med utgangspunkt i de nasjonale nettverkene som er etablert bortfaller fra 2016.

For å skape insentiver for at forskere i helseforetakene i større grad søker om eksterne forskningsmidler, ble det fra 2014 etablert nye indikatorer for eksternfinansiert forskning fra hhv Forskningsrådet og Horisont 2020 i det nasjonale målesystemet for forskning i helseforetakene. Etablering av det nasjonale nettverket for helsetjenesteforskning burde legge godt til rette for at nettverket også kan søke om forskningsmidler fra eksterne finansieringskilder.

Gjennom etableringen av HelseOmsorg21 Monitor og bruk av Health Research Classification System vil departementet og andre forskningsaktører og finansører kunne følge med på omfanget av helsetjenesteforskning. Dette vil være et viktig virkemiddel for god prioritering av helseforskning, herunder helsetjenesteforskning.

Med vennlig hilsen

Maiken Engelstad (e.f.)
avdelingsdirektør

Hjørdis M. Sandborg
fagdirektør

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Kopi til:

Helse Midt-Norge RHF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord RHF

Postboks 464
Postboks 464
Postboks 1445

7501 STJØRDAL
7501 STJØRDAL
8038 BODØ

Helse Midt-Norge RHF	Postboks 464	7501	STJØRDAL
Helse Sør-Øst RHF	Postboks 404	2303	HAMAR
Helse Vest RHF v/Arvid Hallén og sekretariatet for HelseOmsorg21	Postboks 303 Forus	4066	STAVANGER
Norges forskningsråd	Postboks 564	1327	LYSAKER
Universitetet i Tromsø		9037	TROMSØ

KOP



Sak 13/16 Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde – forslag til prioritering av tiltak

Type sak: Vedtakssak

Til: HO21-rådet

Fra: HO21-sekretariatet Hilde DG Nielsen, sekretariatsleder

Ansvarlig arbeidsgruppe og vedlegg til saken:

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 arbeidsgruppen for helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde
Ansvarlig:	Arbeidsgruppen for helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde: • Kathrine Myhre, Oslo Medtech (<i>gruppeleder</i>) • Anne Lise Ryel, Kreftforeningen • Arnfinn Sundsfjord, UiT • Evy- Anni Evensen, Telemark fylkeskommune • Hilde Lurås, AHUS • Håkon Haugli, Abelia • Mona Skaret, Innovasjon Norge • Roar Olsen, Direktoratet for eHelse • Tarje Bjørgum, Abelia (<i>sekretariat for arbeidsgruppen</i>)

Bakgrunn

Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde har bl.a. vært diskutert på rådsmøte 1.12.2015 (05/16).

Etter rådsmøtet 29.2.2016 ble det opprettet en arbeidsgruppe bestående av åtte rådsmedlemmer (se Ansvarlig). Arbeidsgruppen ledes av Kathrine Myhre (Oslo Medtech). Tarje Bjørgum (Abelia) har fungert som sekretariat for arbeidsgruppen.

Basert på tiltakene i strategien og i handlingsplanen fikk arbeidsgruppen i oppgave å komme med forslag til hvilke tiltak/fokusområder Rådet bør konsentrere seg om.

Saksfremlegg

Arbeidsgruppen foreslår i vedlagte notat 10 fokusområder:

1. Strategiske møteplasser og etablering av infrastruktur som legger til rette for etablering av tillitsfulle relasjoner og nødvendig samspill mellom FoU, sykehus og kommuner som tilbyr helsetjenester, og næringslivet
2. Tilgang på offentlig utviklingskapital
3. Etablering av en verdikjede for presisjonsmedisin.
4. Utvikling og etablering av effektive virkemidler for innovasjonsprosjekter i næringslivet knyttet til innovative anskaffelser.
5. Tilpasning av den digitale infrastrukturen
6. Global spredning
7. Styrke innovasjonskulturen i helse- og UH-sektoren
8. Vertskapsattraktivitet
9. Stimulere tilgangen på privat kapital
10. Omstilling fra olje og gass til helse, og større offentlige satsinger

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å diskutere de foreslåtte fokusområdene fra arbeidsgruppen.

Rådets bes om å vedta hvilke av de foreslåtte fokusområdene som Rådet ønsker å arbeide videre med.

Forslag til vedtak: *Rådet vedtar å konsentrere seg om følgende fokusområder foreslått av arbeidsgruppen:*

- *xx*
- *yy*
- *zz*

Arbeidsgruppen skal til rådsmøte 25. april/12. september (?) arbeide videre med:

- *formuleres i møtet*
- *formuleres i møtet*
- *osv*

Frist for innsendelse av et notat er 11. april/29. august. Notatet sendes sekretariatet.



VEDLEGG

Sak 13/16

Notat til diskusjon på rådsmøtet 29. februar 2016

Fra:	Arbeidsgruppen for helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde: • Kathrine Myhre, Oslo Medtech (gruppeleder) • Anne Lise Ryel, Kreftforeningen • Arnfinn Sundsfjord, UiT • Evy- Anni Evensen, Telemark fylkeskommune • Hilde Lurås, AHUS • Håkon Haugli, Abelia • Mona Skaret, Innovasjon Norge • Roar Olsen, Direktoratet for eHelse • Tarje Bjørgum, Abelia (sekretariat for arbeidsgruppen)
Vedlegg til	sak 13/16 Helse og omsorgs som næringspolitisk satsingsområde

Bakgrunn

HelseOmsorg21-strategien slo fast at dersom de overordnede målene i strategien skal nås, må helse og omsorg erklæres som næringspolitisk satsingsområde. Spesielt nevner strategien tre grunner til hvorfor en rettet nasjonal satsing på næringsutvikling er viktig:

- i) Helse og omsorgsindustrien er verdens mest forskningsintensive næring. Norges politiske satsinger på forskning- og kunnskapsbaserte næringer må ha som mål om å være en del av det,
- ii) få andre næringssektorer har et større voksende marked nasjonalt og internasjonalt. Store offentlige investeringer i helse og omsorg er en forutsetning og driver for næringsutvikling,
- iii) nye produkter og tjenester kan bidra til bedre folkehelse nasjonalt og globalt, og vil samtidig være med på å løse de store utfordringene velferdssamfunnet står overfor.

Norge har gode forutsetninger for å lykkes i dette: Et godt helsevesen, fremragende forskningsmiljøer, attraktive næringsklynger og unike data fra helseregistre, biobanker og store helseundersøkelser. Det globale markedets behovet er dessuten i vekst.

Samtidig påvirkes helseinstitusjoner og næringsliv av store og raske endringer innen digitalisering og medisinsk diagnostikk og behandling. Enkelte megatrender er fremtredende:

- Helsevesenet er i ferd med å miste monopolet på diagnoseverktøyene gjennom omfattende rolleinnovasjoner. Nye applikasjoner gir helt nye muligheter for at enkeltmennesket kan ta kontroll over egen helse og eget liv. Velferdsteknologi, wearables og smarte hus er noen eksempler. Det forventes eksponentiell vekst av nye tjenester og nedenfra-og-opp-dynamikk istedenfor tradisjonell og tung "big pharma".
- De tunge informasjonssystemene innenfor helse utfordres av lette skybaserte løsninger basert på mobiltelefoner, nettbrett, apper og sensorer. Offentlige helsesystemer (f.eks. journalsystemer) skal åpne for samhandling med tredjepartsaktører idet utviklingen går fra tungvekts-IT til lettvekts-IT.

- Drevet frem av ny teknologi og nye analysemetoder pågår en utvikling av persontilpasset medisinsk behandling, bl.a. basert på pasientens egen genetikk. Denne utviklingen gir nye muligheter for behandling, folkehelsearbeid og global bekjempelse av sykdommer.

Barrierer

Samtidig er det avdekket en rekke barrierer som må adresseres i det videre arbeidet:

- Norsk helsepolitikk og forvaltning mangler et innovasjons- og næringsutviklingsperspektiv
- For liten vekt på innovative offentlige innkjøp som grunnlag for utvikling av de offentlige helseaktørene som kompetente og krevende kunder
- Kunnskap om innovasjon som brekkstang/strategisk verktøy for å få til helt nye løsninger på utfordringer – i dag er innovasjon ofte aktiviteter som ligger på siden av de store driftsbudsjettene og organisasjonskartet
- Manglende rolleavklaring i forhold til sektorens egen produksjon av løsninger hindrer fremveksten av kommersielle markeder
- Resultater fra innovasjonsprosjekter i akademia og helsesektoren i form av tilgang til nye produkter og tjenester står ikke i forhold til investeringene
- For svak koordinering mellom tiltakene resulterer i fragmenterte initiativ som jobber parallelt istedenfor å bygge på hverandres resultater
- Det er begrenset med selskapsetableringer fra TTO'ene
- Det er begrenset med tilgang og rom for dialog mellom det offentlig og næringslivet
- Mangel på kapital for verifisering, såkorn, venturekapital og privat investor interesse
- At kliniske studier legges til andre land enn Norge
- Det er lav tilgang på infrastruktur og testarenaer for kliniske studier, og verdifull produksjonsinfrastruktur og kompetanse står i fare for å forsvinne
- Tilgang til og nytte av biobanker og helseregistre er for lav
- Utdaterte særløsninger og manglende IKT-arkitektur/funksjonelle grensesnitt som muliggjør brukervennlighet og interoperabilitet på tvers av sektorene

Foreslåtte tiltak

Noen av disse barrierene er adressert i HelseOmsorg21-strategien. HelseOmsorg21-strategien foreslår syv tiltak for iverksettelse av tiltakene. Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår seks tiltak.

De syv forslagene for iverksettelse av tiltakene i HO21-strategien er (s.37):

Nr	Tiltak fra HO21-strategien
1	Økt samspill mellom næringslivet og det offentlige, samt oppbygging og drift av infrastruktur for utprøving og testing. Ansvar: Næringslivet og forskningsinstitusjonene
2	At støtteandel for næringslivet i FoU-prosjekter blir på linje med Horisont 2020. Ansvar: NFD
3	Et nytt strategisk virkemiddel for innovasjonsprosjekter i næringslivet knyttet til innovative anskaffelser, forvaltet av Forskningsrådet. Ansvar: NFD og Forskningsrådet
4	Innovative anskaffelser må bli en foretrukken anskaffelsesmetode slik at denne type anskaffelser gradvis økes og utgjør en vesentlig andel av totalen. Ansvar: NFD, HFene og kommunene
5	Etablering av IKT-arkitektur med funksjonelle grensesnitt for effektivt å gjøre nye IKT –løsninger

	interoperatible med andre løsninger. Ansvar: HOD, Direktoratet for e-helse og næringslivet
6	Tilrettelegging for næringsutvikling fra helse og omsorgsforvaltning. Ansvar: HOD, Legemiddelverket og NFD
7	Rask utredning av provenyeffekt, forventet virkning og nødvendig organisering av tiltakene under kapitalbehov. Ansvar: NFD og FIN

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår (s.28):

Tiltak fra handlingsplanen	Status for arbeidet med tiltakene
Styrkje dei generelle verkemidla i den næringsretta forskings- og innovasjonspolitikken i 2016. Ansvarlig: NFD	Regjeringen foreslår i handlingsplanen å styrke de generelle næringsrettede virkemidlene forvaltet av Forskningsrådet ytterligere i 2016. Brukerstyrt innovasjonsarena (BIA) styrkes ble f.eks styrket med 100 mill. kroner i 2016.
Styrkje arbeidet med standardisering innanfor e-helse og velferdsteknologi. Ansvarlig: HOD	Regjeringen skriver i handlingsplanen at de har styrket arbeidet med standardisering innenfor e-helse og velferdsteknologi. Continua er innført som rammeverk for standardisering av velferdsteknologi.
Leggje til rette for at den offentlege helse- og omsorgstenesta har effektiv dialog med marknaden om dei behova marknaden har. Ansvarlig: HOD, NFD	?
Leggje til rette for meir bruk av innovasjonsfremjande anskaffingsmetodar. Ansvarlig: NFD, HOD	Regjeringen planlegger å etablere en nasjonal innkjøpsorganisasjon i helseforetakene fra 2016. Pågående prosess (?).
Styrkje Nasjonalt program for leverandørutvikling i 2016. Ansvarlig: NFD	Det er planer om å styrke Nasjonalt program for leverandørutvikling i 2016. Pågående prosess (?).
Leggje til rette for eit meir heilskapleg og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forskingsmiljøa og matnæringa – innanfor mat, ernæring og helse. Ansvarlig: HOD, LMD, NFD	Regjeringen ønsker å legge til rette for et mer enhetlig og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forskningsmiljøene og matnæringen. Status (?)

Forslag til videre strategi

Mange av de definerte utfordringene, barrierene og tiltakene i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien er allerede i en eller annen prosess. Samtidig er det slik at endel av barrierene og tiltakene også forventes fulgt opp av HelseOmsorg21-rådet. Rådet, med dets aktør- og rollesammensetning, kan utgjøre en forskjell og sette fart i en del av de nødvendige aktiviteter, prosesser og tiltak. Parallelt med utvikling av HO21 strategien og Regjeringens handlingsplan er området helse og omsorg i en rask utvikling, og det tas daglig initiativ til nye prosjekter og tiltak. For å bidra til at diskusjonene i HelseOmsorg21-rådet innenfor dette området blir dagsaktuelle og relevante, foreslår arbeidsgruppen at en ikke slavisk forholder seg til detaljeringen i HO21-strategien og -handlingsplan, men grupperer og prioriterer utvalgte tematiske områder som er egnet å drøfte i Rådet. Arbeidsgruppen foreslår at Rådet kan ta utgangspunkt i følgende tematikker/fokusområder:

Fokusområde	Problemstilling
1: Strategiske møteplasser og etablering av infrastruktur som legger til rette for etablering av tillitsfulle relasjoner og nødvendig samspill mellom FoU, sykehus og kommuner som tilbyr helsetjenester, og næringslivet.	Hvordan sikrer vi nødvendig samspill mellom næringslivet, FoU og sykehus/kommuner, samt oppbygging og drift av infrastruktur for utprøving, testing og verifisering av helseprodukter og tjenester? Videre hvordan sikre koordinering og erfaringsoverføring mellom ulike aktiviteter. Det er en utfordring at det ikke finnes ressurser til utvikling, etablering og bruk av testarenaer, som i hovedsak må foregå i kommuner og sykehus.
2: Tilgang på offentlig utviklingskapital	Norge anvender ca 10 mrd. kroner årlig på forskning innenfor helse. Offentlig andel kroner anvendt på utvikling, innovasjon og kommersialisering av resultatene fra forskningen, står ikke i samsvar med investeringen i FoU. Dette er noe av årsaken til at det utvikles få produkter og tjenester basert på FoU-innsatsen i helse. Svært mange bedrifter med gode prosjekter sliter med å nå frem i konkurransen om de offentlige FoU og innovasjons-virkemidlene som er tilgjengelige i Norge. Det er behov for å forbedre koblingen forskning/ kommersialisering innen helse gjennom etablering av en helseinkubator og å styrke allerede dokumenterte ordninger som preså Kornfond, FORNY2020-program og tilpasning av OFU og BIA-programmet.
3: Etablering av en verdikjede for presisjonsmedisin.	Norge har utviklet gode norske offentlige helseregistre og biobanker som vil kunne være et nasjonalt konkurransefortrinn både for forskning og næringsutvikling. Det mangler imidlertid en nasjonal strategi for hvordan, samt finansiering. Verdikjeden kan omfatte tjenester fra sekvensering til analyse av genetisk informasjon i kombinasjon med annen medisinsk kompetanse. Det bør legges aktivt til rette for tilgjengeliggjøring av anonymiserte data som grunnlag for næringsutvikling. I den forbindelse er det viktig at lovverket tydeliggjøres og tilpasses slik at vi får et forutsigbart og tydelig skille mellom data som kan være åpent tilgjengelige og de som ikke kan det.
4: Utvikling og etablering av effektive virkemidler for innovasjonsprosjekter i næringslivet knyttet til innovative anskaffelser.	Det mangler virkemidler for gjennomføring av FoU og innovasjonsprosjekter knyttet til innovative anskaffelser. Parallelt «lider» kommuner, sykehus og næringsliv av «pilotsyke» og mangel på reelle anskaffelsesprosesser. Hvordan kan vi anvende innovative anskaffelser til å stimulere brukerdrevet innovasjon? Kan Forskningsrådet/Innovasjon Norge gå i bresjen for innføring av nye provenynøytrale ordninger etter mal av for eksempel Small Business Innovation Research (SBIR) i USA og lignende ordninger i Storbritannia og Nederland?

5: Tilpasning av den digitale infrastrukturen	Kommuner og sykehus utfordres i dag av at it- og journalsystemer i alt for stor grad er bygget på proprietære standarder. Dette hindrer blant annet flyt av data. Hvordan sikre åpne standarder fra alle leverandører, som samtidig gir rom for innovasjon og at eksisterende helsesystemer (f.eks. journalsystemer) åpnes for samhandling med tredjepartsaktører? Det er viktig at slike økosystemer sikrer forutsigbarhet, både teknisk og forretningsmessig, for tredjepartsaktørene. Dette setter spesielle krav til leverandørene av helsesystemene.
6: Global spredning	Norge har med sin internasjonalt anerkjente forskning, sin gode helseinfrastruktur og -tjeneste, og utvikling av unike og fremtidsorienterte helse produkter og tjenester, potensial for både å bidra til bedre helsetjenester globalt, og utvikling av en norsk global helseindustri. Hva må på plass av strategi og samhandlingsarenaer, virkemidler og markedskunnskap, for å kunne realisere dette potensialet? En global spredning av norske produkter krever et godt hjemmemarked med et teknisk rammeverk som samsvarer med internasjonale standarder og IT-arkitekturer.
7: Styrke innovasjonskulturen i helse- og UH-sektoren	Hvordan kan man bidra til å utvikle en innovativ kultur blant studenter, forskere og helsearbeidere? Hvordan sikre at innovasjon blir “karrierefremmende” for den enkelte i sykehus (kommuner) på samme måte som forskning? Det er videre behov for å styrke incentiver til innovasjon i helse- og UH-sektoren, bl.a. gjennom tydeligere bestilling gjennom det årlige oppdragsdokumentet fra HOD til RHFene.
8: Vertskapsattraktivitet	For at Norge skal sikre utviklingen av en fremtidsorientert og bærekraftig helsetjeneste og helsenæring, er det avgjørende at vi utvikler og tiltrekker oss eksperter, anerkjente forskere og ledende internasjonalt næringsliv som ønsker å samarbeide med norske FoU, helseaktører og næringsliv. Hva skal til av nye virkemidler, informasjon og markedsføring for å oppnå dette? Norge er et lite marked for ledende internasjonalt næringsliv, men et avansert marked. Vi kan bli attraktive ved å sikre at produktutvikling som gjøres for det norske markedet også kan selges i andre land (ref. telekom/mobil industrien).
9: Stimulere tilgangen på privat kapital	Helsenæringslivet sliter i dag med manglende tilgang på privat kapital. I takt med at løsningene blir mer effektive og bedre tilpasser brukerbehovet, vil de helseteknologiske produktene og tjenestene bli mer

	investeringsverdige. Det er imidlertid en bekymring for hvordan de gode løsningene skal «møte» den kompetente kapitalen med internasjonalt nettverk, samt hvordan vi skal sikre at de norske bedriftene forblir på norske hender, slik at oppstartsselskaper og kompetanse ikke kun blir eksportert ut av landet.
10: Omstilling fra olje og gass til helse, og større offentlige satsinger	1) Kan det være aktuelt å etablere et "Hermansenutvalg" for helsenæringen – for å få diskutert og vurdert hva markedet kan løse mer optimalt, og ved det sikre et bærekraftig helsevesen? Hva kan vi her lære av andre næringer? 2) Olje og gass-næringen besitter teknologi, kompetanse, metodikk og internasjonale relasjoner som kan være relevant og direkte overførbart til et norsk helsevesen i omstilling og vekst i norsk helsenæring. Hvordan kan vi bidra til gjennomføring av teknologi og kompetanseoverføring som vil gi raskere omstilling i olje og gassnæringen og vekst og bærekraft i helsesektoren?



Sak 14/16 God styring og ledelse – gjennomgang av tiltakene i HO21-strategien og handlingsplanen

Type sak: Vedtak
Til: HO21-rådet
Fra: HO21-sekretariatet Hilde DG Nielsen, sekretariatsleder

Innledere og vedlegg til saken:

Vedlegg:	• 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)
Innledere:	• UHR v/seniorrådgiver Rakel Christina Granaas • Helse Stavanger HF v/administrerende direktør Inger Cathrine Bryne • KS v/fagsjef Anne Margrethe Fletre

Bakgrunn

HelseOmsorg21- strategien foreslår seks tiltak og fem forslag for iverksettelse av tiltakene under satsingsområdet Strategisk og kunnskapsbasert styring (s. 57 i strategien). Regjeringens handlingsplanen for oppfølging av HO21 inneholder to tiltak (s. 19 i handlingsplanen). Et av tiltakene, etablering av HO21 Monitor, er foreslått i begge dokumentene.

Kort om status for arbeidet med de foreslåtte tiltakene i strategien og handlingsplanen:

1. Etablering av HO21 Monitor

Etablering av HO21 Monitor foreslås både i HO21-strategien og i handlingsplanen. Forskningsrådet fikk i 2015 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å etablere HO21 Monitor med de indikatorer og kilder som er tilgjengelig og som kan benyttes pr i dag. Våren 2015 ble det nedsatt en prosjektgruppe bestående av 14 personer som er ansvarlig for utredning og implementering av monitoren. Prosjektgruppen er bredt sammensatt og består av personer på operativt nivå med god forståelse for muligheter og begrensninger i sammensetting og bruk av data for statistikkformål, inkludert muligheter for å vise statistikk/indikatorer i en nettløsning. Arbeidsgruppen har konsentrert seg om å avgrense innholdet i monitoren, identifisere aktuelle datakilder for bruk i monitoren, drøfte hvordan ulike datakilder kan sees i sammenheng og drøfte hvordan Health Research Classification System (HRCS) kan tas i bruk i monitoren. Kunnskapsdepartementet utgir hvert år Forskningsbarometeret, en publikasjon med faste indikatorer for utviklingen i det norske forskningssystemet og en tematisk del. Det er besluttet at helse skal være tema i Forskningsbarometeret

Saksfremlegg

2016, og som en del av statistikken vil HO21 Monitor bli presentert som en pilot i Forskningsbarometeret (2.5.2016). Første versjon av HO21 Monitor vil bli presentert høsten 2016. Rådet er blitt orientert om status for arbeidet med HO21 Monitor på to rådsmøter i 2015. Neste orientering vil bli gitt på rådsmøtet 25. april 2016.

2. Tiltaket *"Kartlegge barrierar og handlingsrom for samarbeid mellom universitets- og høgskulesektoren og helseføretaka"* er bare nevnt i Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien. Godt samarbeid og god koordinering mellom universiteter og helseforetak er nødvendig for å nå målene i helse- og forskningspolitikken. Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har mottatt tydelige tilbakemeldinger på at det eksisterer barrierer som hindrer utvikling av et omfattende eksisterende samarbeid. På bakgrunn av dette oppnevnte departementene juni 2015 en arbeidsgruppe som har fått i oppdrag å beskrive eventuelle barrierer for samarbeid mellom universiteter og helseforetak og foreslå konkrete løsninger lokalt, regionalt og nasjonalt. Arbeidsgruppen har frist til 29. februar 2016 på å levere sitt innspill til Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det planlegges å invitere leder av arbeidsgruppen til et rådsmøte høsten 2016.
3. *Opprettelse av et operativt strategisk organ*
Helse- og omsorgsdepartementet opprettet januar 2015 et mindre operativt strategisk organ, HelseOmsorg21-rådet (Rådet), som har som oppgave å gi råd til departementene i den videre presiseringen og oppfølgingen av strategien. Rådet er oppnevnt for perioden 2015-2018.
4. *Utvikling av institusjonelle strategier og planer som viser hvordan institusjonene kan bidra til å nå målene i HelseOmsorg21*
HO21-rådet skal, som en av sine oppgaver, innhente informasjon om hvor langt institusjonene er kommet med implementering av HelseOmsorg21. Sekretariatet vil komme tilbake til hvordan dette skal gjennomføres på et senere rådsmøte.
5. *Vurdering av om NSG bør tilpasses til de nye strukturene som foreslås i HO21*
Tiltaket er allerede implementert av NSG.
6. *Topplederforum er den overordnede arenaen der ulike aktører kan drøfte iverksettelsen av HelseOmsorg21.* Dette tiltaket utgår.

God styring og ledelse

Helse- og omsorgssektoren krever faglig og strategisk lederskap. Ledelse er viktig. God ledelse er avgjørende for å skape gode tjenester. Økt forståelse av forskning og innovasjon i tjenestene og i kommunesektoren og økt forståelse av tjenesten og de behovene tjenestene krever forutsetter god ledelse og styring.

Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning (2015-2024), kapittel 5 Fornyelse i offentlig sektor og bedre og mer effektive velferds-, helse- og omsorgstjenester, tar også opp behovet for forskning på organisasjon og ledelse og beslutnings- og styringsmodeller i offentlig sektor. God forskningsledelse bidrar til å utvikle fremragende forskningsmiljøer. Tilsvarende har ledelse trolig også mye å si for å dyrke frem fremragende utdanningsmiljøer. Generelt må gode miljøer i forskning og utdanning dyrkes frem sammen og kobles tettere med hverandre. Sektoren har også behovet for utøvende styring og ledelse. Forskning og

Saksfremlegg

innovasjonsutvikling må forankres på øverste hold for at det skal kunne gi effekter nedover i systemene.

Nasjonalt lederutviklingsprogram

Det nasjonale lederutviklingsprogrammet i regi av Universitet- og høyskolerådet startet i 2012. Programmet har som mål å gi deltakerne økt kompetanse til å videreutvikle egen lederrolle. Hovedvekten legges på strategiske, faglige, personalmessige og økonomiske aspekter ved lederrollen. Nettverksbygging og erfaringsutveksling innenfor og på tvers av institusjonstyper og fag er også sentrale elementer i programmet.

Innledning ved UHR v/seniorrådgiver Rakel Christina Granaas

Ledelse for forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten

Lederutvikling for forskning og innovasjon ble løftet frem som et prioritert området i HelseOmsorg21-strategien. Det er behov for sterkere vektlegging av samarbeid på tvers av institusjonene og på tvers av offentlig og privat sektor. Det er behov for kunnskap og kompetanse om mer overordnet og strategisk ledelse på institusjons- og systemnivå, hvor forståelsen av egne og andres roller og funksjoner i kunnskapssystemet og forsknings- og innovasjonssystemet er sentralt.

Innledning ved Helse Stavanger HF v/administrerende direktør Inger Cathrine Bryne

Ledelse for forskning og innovasjon i kommunesektoren

For å initiere FoU-prosjekter, men også for å få nytte av deltakelsen, kreves engasjement og forankring i ledelsen; både politisk ledelse og administrativ ledelse. Dette henger igjen sammen med spørsmålet om tid, og at ansatte tross alt må prioritere driftsoppgaver først. Kunnskap og kompetanse om forskning og innovasjon er en utfordringer i kommunesektoren. Det samme med kunnskap og kompetanse for implementering av forskning og innovasjon. Ildsjeler er viktige, for å få ideer opp og fram til ledelsen, men uten en klar bekreftelse fra ledernivået, blir det vanskeligere å prioritere arbeidet.

Innledning ved ks v/fagsjef Anne Margrethe Fletre

HelseOmsorg21-rådet

Rådet bes om å vurdere om tiltakene som er igangsatt for dette satsingsområdet er tilstrekkelig ift å oppnå målene for dette satsingsområdet (jfr. strategien).

Rådet bes om å vurdere om det er andre tiltak som ikke er beskrevet i strategien eller i handlingsplanen som bør utredes for dette satsingsområdet.

Rådet bes om å diskutere de tre innledningene iht målene for satsingsområdet Strategisk og kunnskapsbasert styring/God styring og ledelse.

Saksfremlegg

Forslag til vedtak: *Rådet tar presentasjonene og diskusjonene fra møtet med seg inn i det videre arbeidet med satsingsområde God styring og ledelse.*

Rådet vedtar at tiltakene som er i igangsatt.....(formuleres i møtet).

Rådet vedtar å utrede følgende forslag.....(formuleres i møtet).



HO21-rådsmøte 29.2.2016.

Sak 15/16

**Helsedata som nasjonalt fortrinn- forslag til hva HO21-rådet
bør gripe fatt i av de foreslåtte tiltakene i strategien og
handlingsplanen, fortsettelse fra møte 01/16**

Oppdatert 19.2.2016



Sak 15/16 Helsedata som nasjonalt fortrinn- forslag til hva HO21-rådet bør gripe fatt i av de foreslåtte tiltakene i strategien og handlingsplanen, fortsettelse fra møte 01/16

Type sak: Vedtakssak

Til: HO21-rådet

Fra: HO21-sekretariatet Hilde DG Nielsen, sekretariatsleder

Ansvarlig arbeidsgruppe og vedlegg til saken:

Vedlegg:	• Notat fra arbeidsgruppen for Helsedata som nasjonalt fortrinn
Ansvarlig:	Arbeidsgruppen for Helsedata som nasjonalt fortrinn • Camilla Stoltenberg, FHI (<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 • Roar Olsen, Direktoratet for eHelse

Bakgrunn

Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn har vært diskutert på rådsmøtene 1.12.2015 (06/15) og 25.1.2016 (01/16).

Etter rådsmøtet 25.1.2016 ble det opprettet en arbeidsgruppe bestående av åtte rådsmedlemmer (se Ansvarlig). Arbeidsgruppen ledes av Camilla Stoltenberg (FHI).

HelseOmsorg21-strategien foreslår fem tiltak for iverksettelse av de 21 tiltakene som er beskrevet i strategien (s. 41-43). Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien foreslår seks tiltak (s. 23). Basert på tiltakene i strategien og i handlingsplanen, samt Forskningsrådets aktiviteter på dette området (jfr. sak 05/16, møte 01/16), fikk arbeidsgruppen i oppgave å komme med forslag til hvilke tiltak Rådet bør konsentrere seg om.

Saksfremlegg

Arbeidsgruppen foreslår i vedlagte notat fire tiltak. De fire tiltakene er:

1. Utarbeide rapport
2. Evaluere og endre lover og regler
3. Integrere i e-helse-arbeidet
4. Organisering

Målet med tiltakene er å utvikle et system for sikker, rask og kostnadseffektiv tilgang til helsedata og relevante data fra andre sektorer. Slike data skal kunne brukes til forskning, analyse, innovasjon for å drive og utvikle helse- og omsorgstjenestene, folkehelsearbeidet, næringslivet og samfunnet som helhet.

Prosjekt Registerbasert forskning i Vetenskapsrådet

Vetenskapsrådet fikk i oppdrag av Regjeringen i 2013 å forbedre forholdene for bruk av registerdata til forskning i Sverige. Prosjektleder Maria Nilsson er invitert til rådsmøte for å fortelle om Sveriges satsing på tilgang til registerdata for forskere ("svensk modell").

Innledning ved Vetenskapsrådet v/Maria Nilsson.

HO21-rådet

Rådet bes om å diskutere de foreslåtte tiltakene fra arbeidsgruppen.

Rådet bes om å diskutere forslag til prosess for det videre arbeidet med tiltakene.

Rådet bes om diskutere presentasjonen fra Vetenskapsrådet ift Rådets arbeid med tilgang til registerdata for forskning.

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

Rådet tar presentasjonen fra møtet med seg inn i det videre arbeidet med satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn.

VEDLEGG

Sak 15/16

Dato: 2016-02-18

Camilla Stoltenberg

Notat basert på notater fra 11. januar ved Jesper W Simonsen og Camilla Stoltenberg og innspill fra arbeidsgruppen til notat fra Camilla Stoltenberg 2016-02-15

Notat til HO21-rådet 29. februar 2016

Satsingsområdet: Helsedata som nasjonalt fortrinn

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

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

Strategien

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

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

Handlingsplanen

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

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

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

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

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

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

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

Regjeringa vil

- *revidere forskriftene som er heimla i helseregisterlova (HOD)*
- *vurdere ei samla forskrift for dei store befolkningsbaserte helseundersøkingane (HOD)*
- *vurdere moglege ordningar for å finansiere større datainnsamlingar gjennom befolkningsbaserte helseundersøkingar (HOD)*

- *delfinansiere datainnsamling i HUNT4 (HOD)*
- *vurdere etablering av eit personidentifiserbart register over legemiddelbruk og eit register for psykiske lidningar og rus (HOD)*
- *vurdere tiltak for å lette koplingar mellom helsedata og andre typar datakjelder for ulike formål og brukargrupper, samtidig som ein tek omsyn til personvernet (HOD og KD, ASD, KMD, BLD og FIN)*

Hva bør HO21-rådet gripe fatt i?

Forslagene i handlingsplanen er positive og godt forankret i pågående prosesser, blant annet i Direktoratet for e-helse og det nasjonale helseregisterprosjektet som nå er tatt inn i e-helsearbeidet. Samtlige tiltak har vært planlagt lenge og/eller er allerede igangsatt. De er imidlertid mindre ambisiøse enn forslagene i strategien og det er grunn til å spørre om de vil gi vesentlige endringer i tilgang til og utnyttelsen av helsedata.

For eksempel foreslår strategien en større gjennomgang av lover og forskrifter, mens handlingsplanen sier at regjeringen har revidert helseregisterloven og planlegger å revidere de tilhørende forskriftene for henholdsvis helseregistre og samtykkebaserte helseundersøkelser.

Det er for tidlig å si om den reviderte helseregisterloven som trådte i kraft 1. januar 2015 i seg selv vil føre til vesentlige forbedringer når det gjelder tilgang til data. Det er imidlertid grunn til å tro at revideringen der de enkelte registerforskriftene blir sett i sammenheng, vil kunne føre til endringer som åpner for forenklede prosesser rundt utlevering og sammenstilling av data.

Flere av utfordringene, forsinkelsene og kostnadene ved å få tilgang til data er knyttet til annet lovverk enn helseregisterloven. Dette gjelder f. eks helseforskningsloven, statistikkloven, personopplysningsloven og lov om helsepersonell, men også andre lover som bioteknologiloven og biobankloven. Noen av disse lovene er planlagt revidert, , blant annet bioteknologiloven. Andre kan vi regne med vil gjennomgå revisjoner av andre årsaker i løpet av de nærmeste årene, blant annet statistikkloven og personopplysningsloven. Helseforskningsloven som kom i 2009 bør også vurderes å gjennomgås på nytt i en slik sammenheng. Det er videre vedtatt en ny personvernforordning i EU som vil kunne få betydning også på dette området. Den vil antagelig være gjeldende fra 2018. Forordningen vil gjelde direkte, og gir lite rom for nasjonal tilpasning, men det er likevel viktig å sørge for at den iverksettes i Norge og Norden på en måte som ikke skaper ytterligere hindre mot tilgang til data

Direktoratet for e-helse har varslet at prosjektet «Én innbygger – én journal» vil utløse et behov for lovendringer i årene som kommer.

Det er ikke regelverket alene som skaper utfordringer ved utlevering av data fra helseregistrene, men f. eks også forhold knyttet til en fragmentert registerforvaltning. Særlig har sammenstilling av datasett fra flere helseregistre vist seg å ta uforholdsmessig lang tid. Dette skyldes i noen grad ulik tolkning av regelverket fra registreiere til registreiere, men også forhold manglende bestillerkompetanse hos forsker, kapasitetsproblemer hos databehandlere eller registreiere mv.

Mangelen på datagrunnlag for innsikt i alle aspekter av helse- og omsorgssektoren har sammenheng med innretningen og egenskapene i IKT-løsningene som brukes til å dokumentere informasjon knyttet til aktiviteten i tjenesten. Tiltaket «Én innbygger – én journal» innebærer en overgang til IKT-løsninger som innehar egenskaper som vil gi et vesentlig større datagrunnlag enn i dag. Strukturert og enhetlig dokumentasjonspraksis på tvers av tjenestenivåer og virksomhetsgrenser og nye IKT-løsninger vil gi strukturerte data med høyere kvalitet som vil gjøre det mulig å få bedre innsikt enn i dag og vil således bedre forutsetningene for kvalitetsforbedring, ledelse og analyse, helseanalyse, forskning og beredskap og lokalt folkehelsearbeid betraktelig.

Målet er å etablere og implementere prinsippet om at det skal være mulig å bruke rutinemessig innsamlete data og biologisk materiale fra helsetjenestene til sekundærformål - dvs analyse, forskning og innovasjon – samtidig som personvernet ivaretas på en god måte. Data skal kunne brukes på tvers av institusjoner og sektor, være tilgjengelige for offentlige og private aktører, tilgangen skal være rask, prisen skal være riktig, og datakvaliteten skal være god. Dette er ikke mulig å oppnå gjennom tiltakene i handlingsplanen alene. I etterkant av nødvendige regelverksendringer handler det også om å organisere registre og andre datakilder slik at vi styrker og forbedrer helsedata- og registerforvaltningen. Det bør etableres et samarbeid med direktoratet for e-helse og e-helsestyret, blant annet for å sikre god integrasjon med prosjektet «Én innbygger – én journal».

Det er ikke bare juridiske utfordringer som forsinker utlevering av data, men også fragmentert registerforvaltning. Reglene blir for eksempel i noen grad tolket ulikt fra registreier til registreier, og det er særlig utfordrende ved sammenstilling av data fra flere registre (som ofte er tilfelle når det utleveres data til forskning). Som eksempel har en del av registrene ulik definisjon av hva som er et anonymt datasett, og bruker ulike metoder for å anonymisere et datasett. Dette skaper store utfordringer når man skal sammenstille datasettene. Dette er delvis knyttet til fragmentert organisering av registrene.

Forslag til tiltak

Målet er å utvikle et system for sikker, rask og kostnadseffektiv tilgang til helsedata og relevante data fra andre sektorer. Slike data skal kunne brukes til forskning, analyse, innovasjon for å drive og utvikle helse- og omsorgstjenestene, folkehelsearbeidet, næringslivet og samfunnet som helhet.

1. Utarbeide rapport

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

- personvern, samtykke og deltakers rett til informasjon
- rask sikker utlevering av data til forskningsformål
- lave kostnader ved sekundærbruk av persondata til forskning

2. Evaluere og endre lover og regler

HO21-rådet oppfordrer HOD til å gjennomføre en evaluering og revisjon av helseforskningsloven, og ta initiativ til en gjennomgang av andre lover og forskrifter med

betydning for tilgangen til data. Sikker, rask og kostnadseffektiv datatilgang bør sikres i planlagte revisjoner av eksisterende lovverk. Prinsipper for sammenstilling av data fra ulike datakilder og organisasjoner må etableres.

3. Integrere i e-helse-arbeidet

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

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

4. Organisering

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

Vedlegg

Forskningsrådet: Data for forskning

- Sak drøftet i HO21-rådet i januar 2016
- Lagt fram av Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet

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

Kronikken "Livene vi ikke redder"

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

Nasjonal infrastruktur

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

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

Forskningsrådets arbeid med data for forskning

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

Forskningsrådet ønsker å finansiere, skape møteplasser og være rådgiver i prosessen.

1. Forskningsrådet har initiert et samarbeid mellom infrastrukturprosjektene Biobank Norge og Helseregistre for forskning med formål å opprette **én oversiktlig informativ elektronisk nettportal over kilder til helsedata og andre persondata**. Arbeidet skal gjøres i dialog med relevante dataeiere og andre relevante aktører. Arbeidet utføres innenfor eksisterende lovverk og p.t. med midler som allerede er bevilget til prosjektene. Infrastrukturordningen i Forskningsrådet vil framover være et viktig virkemiddel for å sikre en helhetlig nasjonal infrastruktur for data til forskning. Forskningsrådets administrasjon arbeider med å opprettholde nasjonal dialog for å få gjennomført det viktige arbeidet med data for forskning raskest og sikrest mulig.
2. Vi planlegger **en rapport om status, utfordringer/flaskehalser og mulige løsninger** for økt bruk av data for forskning. Målet er å klarlegge hvordan dagens system(er) ivaretar
 - personvern, samtykke og deltakers rett til informasjon
 - rask sikker utlevering av data til forskningsformål
 - lave kostnader ved sekundærbruk av persondata til forskning

sammenlignet med

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

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

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

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

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

Direktoratet for e-helse og nasjonalt samarbeid

Det nye direktoratet for e-helse skal forvalte og videreutvikle IKT-løsninger. Et viktig arbeid for direktoratet blir å virkeliggjøre visjonen om «én innbygger – én journal». Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013), Én innbygger – én journal, setter "Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning" som en av tre overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. I den oppfølgende utredningen av desember 2015 [6], som omhandler hvordan målene i melding skal nås, påpekes behov for å løse utfordringer relatert til tilgjengeliggjøring av data for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Utredningen viser at dagens informasjonsstrukturer hindrer automatisk tilgjengeliggjøring av data med høy kvalitet. Det er behov for felles IKT-løsninger som forenkler tilgjengeliggjøring og bruk av helsedata. Tilgang til i størst mulig grad komplette og korrekte opplysninger på nasjonalt nivå er en forutsetning for forskning. Innenfor forskning er det videre behov for å sammenstille data fra ulike kilder og muligheter for å følge utvikling over tid.

Nordisk perspektiv

Hvilke løsninger som er mulige og hensiktsmessige, avhenger av lovverkene i de enkelte land. Sverige [7] og Danmark [8] har valgt løsninger basert på en "Remote Access"-tilnærming. Etter norsk lovverk vil denne type løsning utløse samme krav til dispensasjoner og konsesjoner som i dag, men det vil være en teknisk forbedring som vil gi økt effektivitet og økte muligheter pga. økt sikkerhet for personsensitive data. SSB [9] planlegger å søke Forskningsrådet om midler for å investere i bedre tekniske løsninger samtidig som de koples til samarbeidet mellom infrastrukturprosjektene Biobank Norge og Helseregistre for forskning. Forskningsrådet ser det som vesentlig å utnytte erfaring fra tilsvarende prosesser i våre naboland i våre nasjonale investeringer og å arbeide for enklest og sikrest mulig forskningssamarbeid om data mellom de Nordiske landene.

Ny General Data Protection Regulation i EU ivaretar data for forskning

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

Referanser

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



Sak 16/16 Forskningsrådets policy for forskning og innovasjon på helseområdet inkludert oppfølging av HelseOmsorg21 (2016-2020)

Type sak: Vedtakssak

Til: HO21-rådet

Fra: HO21-sekretariatet Hilde DG Nielsen, sekretariatsleder

Saksansvarlig og vedlegg til saken:

Vedlegg:	Forskningsrådets policy for forskning og innovasjon på helseområdet inkludert oppfølging av HelseOmsorg21 (2016-2020)
Ansvarlig:	Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet

Bakgrunn

Prosjektet *Helhetlig helsesatsing i Forskningsrådet* skal resultere i en policy for Forskningsrådets satsing på helseforskning og innovasjon som også inkluderer en handlingsplan for Forskningsrådets oppfølging av den nasjonale HelseOmsorg21-strategien (HO21).

Policyen skal resultere i en tydeligere strategisk rolle for Forskningsrådets finansiering av forskning og innovasjon på helseområdet. Målet er å skape større merverdi i samarbeid med eksterne aktører og få mer ut av FoU-midlene Forskningsrådet forvalter.

Policyen vil bli behandlet i de fire fagdivisjonsstyrene i Forskningsrådet før en endelig behandling i Hovedstyret i juni 2016.

Merknad: Tallene for Forskningsrådets helseportefølje er i nåværende versjon basert på 2014-statistikken. Når tallgrunnlaget for 2015 foreligger, vil disse bli oppdatert i hoveddokument og vedlegg.

HO21-rådet

Rådet inviteres til å gi innspill og synspunkter på vedlagte policy for Forskningsrådets satsing på helseforskning og innovasjon.

Forslag til vedtak: Rådet ..(formuleres i møtet)

VEDLEGG

Sak 16/16

Helhetlig helsesatsing i Forskningsrådet

Policy for forskning og innovasjon på helseområdet inkludert oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (2016-2020)

Forord

Sammendrag (skrives til slutt)

- 1. Helse – et sektoroverskridende ansvar**
- 2. Policyens formål**
- 3. utfordringer i helsesektoren**
- 4. Målbildet – helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21 og Forskningsrådets strategi**
- 5. Brukermedvirkning i forskning og innovasjon – nyttige resultater**
- 6. Forskningsrådets rolle og muligheter**
- 7. Seks prioriterte satsingsområder for oppfølging av HelseOmsorg21**
 - I: Vitenskapelig kvalitet og internasjonalisering**
 - II: Forskningsinfrastruktur og utnyttelse av helsedata**
 - III: Forskning for forebygging og behandling av sykdom**
 - IV: Forskning for kommunale helse- og omsorgstjenester**
 - V: Innovasjon i offentlig sektor og utnyttelse av velferdsteknologi**
 - VI: Forskningsbasert innovasjon og næringsutvikling i helse**

Vedlegg (lagt i B-mappen)

- 1. Bakgrunnsdokumenter og forkortelser**
- 2. Aktører og samhandling i helseforskningen**
- 3. Forskningsrådets aktiviteter og virkemidler på helseområdet**
- 4. Utdrag fra Forskningsrådets merkesystem – definisjon av temaet helse**
- 5. Tabelloversikt over policyens tiltak (lages til slutt)**

1. Helse – et sektoroverskridende ansvar

Helse er et viktig gode for det enkelte mennesket, og god folkehelse er viktig for samfunnet. Den enkeltes og befolkningens helse påvirkes av en rekke samfunnsmessige forhold, og grunnlaget for god folkehelse legges først og fremst utenfor helsesektoren. Derfor er folkehelsepolitikken¹ et ansvar på tvers av sektorer og samfunnsområder. Det innebærer at det er behov for kunnskap om hvordan helse påvirkes og kan fremmes gjennom tiltak på mange ulike områder.



Sektorovergripende tenkning og samarbeid om folkehelse er helt nødvendig – også i forskning og innovasjon. Departementenes sektoransvar for forskning og innovasjon står sentralt i norsk politikk. Men konvensjonell sektortenkning må ikke hindre nødvendig tverrdepartementalt og tverrsektorielt samarbeid for å møte samfunnsutfordringene vi står overfor. Det krever fornyelse i arbeidsmåter og innovasjon i tjenester og produkter, og helsefeltet representerer dermed også en næringsutviklingsmulighet nasjonalt og internasjonalt.

Sykdom og aldring er en uatskillelig del av det å leve. Når sykdom eller skade først rammer, betyr det å ha et tilgjengelig og velfungerende helsevesen svært mye for pasient og pårørende. Et helsevesen som leverer gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av bosted, sosial og økonomisk status, er en hovedpilar i velferdssamfunnet.

2. Policyens formål

Norges forskningsråd har en stor portefølje på helseområdet. I 2014 finansierte Forskningsrådet forskning for vel 1,2 milliarder kroner (eksklusive SkatteFUNN²) på det tematiske området helse og omsorg³. Hoveddelen av prosjektene finansieres gjennom et 20-talls programmer og aktiviteter. Divisjonene Vitenskap og Samfunn og helse forvalter om lag like mye og til sammen tre fjerdedeler av midlene, mens Innovasjonsdivisjonen har en fjerdedel. I tillegg forvalter Innovasjonsdivisjonen SkatteFUNN-ordningen. Divisjon for energi, ressurser og miljø finansierer lite helseforskning, men har ansvar for områder med viktige grenseflater mot helse, som mat fra sjø og land, dyrehelse og miljø.

Divisjonene har ulike formål og oppgaver i helseforskningen. Det er både hensiktsmessig og rasjonelt, men det er også potensial for mer samarbeid på tvers av divisjoner og finansieringsaktiviteter. Økt samhandling – både nasjonalt og i Forskningsrådet – vil være nødvendig for realisering av HelseOmsorg21-strategiens visjon: *Kunnskap og næringsutvikling for bedre folkehelse*.

Den foreliggende policyen for forskning og innovasjon på helseområdet har to formål;

- å konkretisere og utdype Forskningsrådets oppfølging av HelseOmsorg21
- å skape større sammenheng og helhet i Forskningsrådets finansieringsaktiviteter og strategiske tiltak på helseområdet

¹ Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Meld. St. 19 (2014-2015)

² SkatteFUNN er en rettighetsbasert skattefradragsordning for bedrifter, provenytapet i 2014 var 194 mill. kroner.

³ Forskningsrådets merkingssystem: Temaet Helse og omsorg (se vedlegg 5)

3. utfordringer i helsesektoren

Helsevesenets bærekraft

De demografiske endringene vi står overfor har implikasjoner ikke bare for helsesektoren og helsetjenestene, men også for arbeids- og velferdssektoren, samfunnsøkonomien og næringslivet. Økningen i antall og andel eldre, og økende flerkulturell innvandring som følge av globale konflikter og katastrofer, kombinert med knapphet på kompetent arbeidskraft, innebærer at helsevesenets bærekraft er under sterkt press. Befolkningens nær ubegrensede forventninger til hva helsetjenesten kan tilby den enkelte, bidrar ytterligere til utfordringene. Det betyr at ressurser og kompetanse må utnyttes optimalt og effektivt, som igjen stiller store krav til organisering, integrering av teknologi, styring og prioritering av tjenestene. Men det innebærer også at det er helt nødvendig å forebygge de store folkesykdommene, både primært og sekundært, bedre enn vi gjør i dag, slik at god helse og funksjonsdyktighet bevares lengst mulig og den hjelpetrengende fasen av livet utsettes og komprimeres.

Ikke all sykdom eller handikap kan forebygges eller kureres, men stadige framskritt i diagnostisering, behandling og rehabilitering gjør det lettere å leve aktive og gode liv også med sykdom eller funksjonshemming. Nye teknologiske løsninger må utnyttes bedre både i tjenestene og i den enkeltes mestring av egen livssituasjon. Kommunikasjonsteknologien gjør det mulig å involvere pasienter i sykdomsforløp og egenomsorg på en helt annen måte enn før. Like viktig for å bevare velferdssamfunnets bærekraft som for den enkeltes livskvalitet, er det å forebygge frafall fra skole og arbeidsliv, og å legge forholdene til rette for helt eller delvis rehabilitering tilbake til disse arenaene.

At det blir flere eldre mennesker innebærer også forandringer i sykdomsbildet. Forekomst og sykdomsbyrde av nevrodegenerative lidelser, spesielt demenssykdommer, er raskt voksende og vil bli betydelig de neste 10-årene. Selv om økt forskningsinnsats trolig vil resultere i mer effektive forebyggings- og behandlingstiltak, vil mange mennesker leve lenge med demens. Omsorgssektoren står overfor store utfordringer som også må møtes med bedre samspill med den uformelle omsorgen i familien og sivilsamfunnet.

Sykdomsbyrde

Målt i leveår har befolkningen i Norge god helse, selv om vi ikke lenger lever lengst. På 1950-tallet hadde Norge den høyest forventete levealder i verden, i dag har 10-12 andre land passert oss. Ifølge Global Burden of Disease-prosjektet⁴ som Norge deltar i, viser beregninger av sykdomsbyrde⁵ i 2010 at de fem viktigste årsakene til tapte leveår i den norske befolkningen er iskemisk hjertesykdom, hjerneslag, lungekreft, tykk- og endetarmskreft og KOLS (Kronisk Obstruktiv LungeSykdom). De fem ledende årsakene til helsetap er rygg smerter, alvorlig depresjon, angstlidelser, nakkesmerter og fallulykker. Det samme prosjektet har også beregnet påvirkbare risikofaktorer for sykdomsbyrden i Norge, og de sentrale blant disse er tobakksbruk, overvekt og fedme, høyt alkoholforbruk, fysisk inaktivitet, og mest av alt – dårlige spisevaner og usunt kosthold.

Måling av sykdomsbyrden i befolkningen vil gjøres regelmessig framover og utgjør bl.a. et grunnlag for vurdering og langsiktig styring av helseforskningsressurser. Sammenholdt med analyser av forskningsinnsatsen med analyseverktøyet Health Research Classification System (HRCS)⁶ kan for eksempel områder med uforholdsmessig lav forskningsinnsats i forhold til sykdomsbyrde identifiseres (se figur 1).

⁴ Global Burden of Disease (2010) <http://www.healthdata.org/gbd>

⁵ Det benyttes fire hovedmål for å beskrive sykdomsbyrde: dødsfall, tapte leveår, helsetap og summen av de to siste som kalles DALY (Disability Adjusted Life Years/ Helsetapsjusterte leveår)

⁶ UK Clinical Research Collaboration <http://www.hrcsonline.net/>

Ulikhet i helse

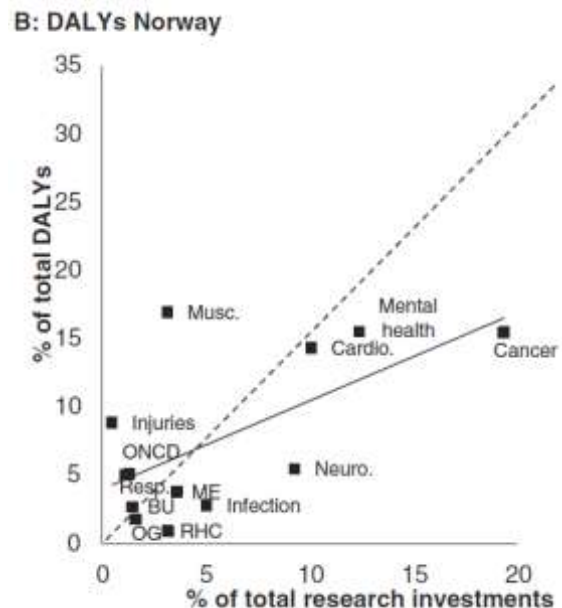
Bak gjennomsnittstall for levealder og sykkelighet skjuler det seg store variasjoner. Personer med høy utdanning og god økonomi lever lenger og har bedre helse enn personer med lav utdanning og dårlig økonomi. Selv om dødeligheten av hjerte- og karsykdom i dag er en fjerdedel av hva den var for 25 år siden, følger den fortsatt sosiale skillelinjer, og forskjellene er paradoksalt nok tydeligere i Norge enn i sammenliknbare land. Klassiske risikofaktorer knyttet til livsstil forklarer mye av forskjellene, men det er også holdepunkter for at dårlige sosiale og materielle levekår tidlig i livet har betydning. Sosial ulikhet i helse er både en folkehelseutfordring og et rettferdighetsproblem.

I innvandrerbefolkningen er det også store helseforskjeller, delvis forklart med samme faktorer. Men generelt oppgir færre innvandrere enn norskfødte å ha god helse i levekårsundersøkelser, og forekomsten av psykiske lidelser og enkelte kroniske sykdommer er høyere i flere minoritetsgrupper. Flykninger og asyløkere som bærer på traumatiske opplevelser eller møter store utfordringer med å etablere seg i nytt land og ny kultur, er særlig sårbare for å utvikle psykisk sykdom.

Globale helseutfordringer

Selv om ikke-smittsomme folkesykdommer (NCD⁷) tar flest liv i verden i dag, og forventes å få en stadig større andel av den globale sykdomsbyrden, er infeksjoner og smittsomme sykdommer, som særlig rammer barn og unge, dominerende i lavinntektsland. Med ikke-smittsomme sykdommer på frammarsj og begrensede helsebudsjetter tynges de fattige landene av "dobbel" sykdomsbyrde. Paradoksalt nok er det også fattige land og befolkninger som i liten grad bidrar til klimaendringene, som først og fremst vil rammes av sykdom og skader som følge av klimakrisen; tørke, sviktende vannforsyning og matproduksjon, hetebølger, flom, havstigning og migrasjon. Det er tverrpolitisk enighet om at Norge må bidra i forskning og innovasjon for å møte globale helseutfordringer og utjamne store helseulikheter⁸. Sammenhengen mellom de offentlige FoU-utgiftene i Norge og den globale sykdomsbyrden er betydelig svakere enn for den nasjonale sykdomsbyrden (figur 1), og forsknings- og innovasjonsinnsatsen må videreutvikles, særlig knyttet til kvinne- og barnehelse.

Økt internasjonal reisevirksomhet og handel med matvarer og avlsdyr, endrede matvaner og høyt forbruk av antibiotika i mange land gir utfordringer for framtidige infeksjonssykdommer og utbrudd også i Norge. I dag er antibiotikaresistens et raskt voksende problem i verden og utgjør en alvorlig trussel mot global helse. Framveksten av resistens kommer samtidig med en stagnasjon i utviklingen av nye antimikrobielle legemidler. Vi kan risikere en framtid uten effektive antibiotika der infeksjoner som i dag regnes som ufarlige, igjen kan få dødelige utfall. Konsekvensene av resistente mikrober rammer både human helse, dyrehelse og matproduksjon, og tiltakene krever samarbeid på tvers av landegrenser⁹.



Figur 1 Sykdomsbyrde i Norge (total DALY) plottet mot en del av forskningsutgiftene (korrelasjon=0,62)

Kinge et al. Health Research Policy and Systems 2014

<http://www.health-policy-systems.com/content/12/1/64>

(må få annen utforming og tilleggsforklaring hvis den skal med)

⁷ Non Communicable Disease

⁸ Meld.St. 11 (2011-2012) Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken

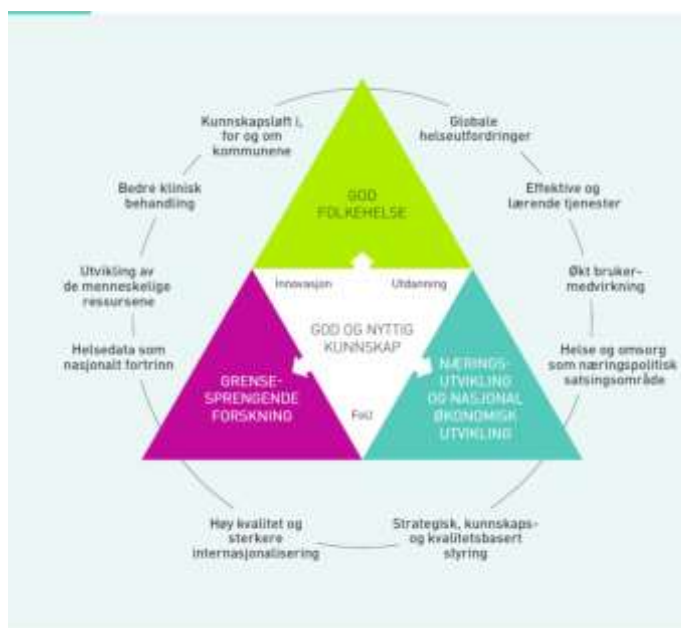
⁹ Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020

4. Målbildet – helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21 og Forskningsrådets strategi

Forskningsrådets policy på helseområdet skal understøtte de tre målområdene i HelseOmsorg21-strategien på følgende måte:

- **God folkehelse** – gjennom målrettet forskningsinnsats på helsepolitisk prioriterte områder og ved å bygge kapasitet og kvalitet på fagfelt som er særlig viktige for å møte samfunnsutfordringene på helseområdet
- **Grensesprengende forskning** – gjennom konkurransearenaer for hele bredden av helseforskning, senteransatser og målrettede tiltak for økt internasjonalisering av helseforskningen, spesielt gjennom deltakelse i Horisont2020
- **Næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling** – gjennom styrking av virkemidler for forskningsbasert innovasjon i og for norsk helse- og omsorgsindustri som også bidrar til utvikling av produkter og tjenester til beste for pasienter og folkehelse

HelseOmsorg21-strategien har ti brede og tydelige strategiske satsingsområder som er forankret i innspillene fra aktørene og arbeidsgruppene som var involvert i strategiprosessen høsten 2013 (figur 2). For hvert av satsingsområdene gir HelseOmsorg21 anbefalinger og forslag til tiltak. Mange anbefalinger er rettet til Forskningsrådet, alene eller sammen med andre aktører. Forskningsrådet har vurdert disse anbefalingene og vil følge opp de fleste på ulike nivåer og i ulike sammenhenger. Noen tiltak er iverksatt eller vil iverksettes i nær framtid, andre har et lengre tidsperspektiv.



Figur 2 HelseOmsorg21-strategiens målbilde og ti satsingsområder

Forskningsrådet er gitt sekretariatsrollen for HelseOmsorg21-rådet. Rådet, som består av 27 personer fra næringsliv, sykehus, universitetene og høyskolene, offentlig forvaltning, kommune-sektoren og brukerorganisasjoner, skal bidra til en helhetlig og koordinert oppfølging av HelseOmsorg21 gjennom aktivt samspill mellom aktørene.

Som sekretariat gis Forskningsrådet særskilte oppdrag knyttet til HelseOmsorg21-strategien av departementene. Et viktig oppdrag er å lede arbeidet med å utvikle HelseOmsorg21 Monitor. Det er et heldekkende monitoreringssystem for forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning for helse- og omsorgstjenestene. Monitoren skal gi oppdatert informasjon om ressursbruk, resultater og effekter av forskning, innovasjon og næringsutvikling på helsefeltet. Inkludert i oppdraget er å bidra til at analyseverktøyet Health Research Classification System (HRCS) tas i bruk på all offentlig finansiert helseforskning i Norge. Monitoren skal gi departementene og aktørene selv et

kunnskapsgrunnlag for prioritering og styring av FoU-midler. Et annet særskilt oppdrag er knyttet til Regjeringens tiltak for å bygge et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale tjenestene¹⁰. Forskningsrådet er bedt om å utrede ulike scenarier for hvordan våre samlede virkemidler kan bidra i utviklingen av et slikt kunnskapssystem.

Forskningsrådet vil:

- Lede arbeidet med å etablere et nasjonalt monitoreringssystem, HelseOmsorg21 Monitor, for ressursinnsats og resultater av forskning, innovasjon og næringsutvikling på helseområdet
 - Første versjon av systemet lanseres som egen nettportal høsten 2016
- Utrede ulike scenarier for hvordan Forskningsrådets samlede virkemidler kan bidra i en langsiktig innsats for å styrke ulike sentre som i dag mottar tilskudd fra Helsedirektoratet og som har forskning som hovedoppgave
 - Utredningen ferdigstilles våren 2016

Den foreliggende policyen skal også understøtte Forskningsrådets hovedstrategi, Forskning for innovasjon og bærekraft, for perioden 2015-2020. Strategien tar utgangspunkt i to hovedutfordringer: Samfunnet må bli mer innovativt, både i privat og offentlig sektor, og mer bærekraftig på alle områder. Utfordringene skal møtes gjennom sterke og nyskapende forskningsmiljøer som konkurrerer og utvikler seg innenfor en internasjonal og global ramme. Strategien har disse målområdene:

1. Styrke satsingen på grensesprengende forskning og nyskaping
2. Styrke forskning som bidrar til bærekraftige løsninger i samfunn og næringsliv
3. Styrke satsinger som bidrar til et mer forskningsorientert og innovativt næringsliv
4. Bidra til at offentlig sektor tar initiativ til og bruker forskning i fornyelsesarbeidet
5. Bidra til økt internasjonalt samarbeid og EU-deltakelse
6. Være et strategisk forskningsråd som bidrar til mer helhet og fornyelse i forskningssystemet

Med HelseOmsorg21 og Forskningsrådets hovedstrategi som grunnlag peker denne policyen på seks områder hvor Forskningsrådet kan bidra strategisk og operativt. Begrunnelse for valg av områder områdene er gitt i kapittel 6, og status og utfordringer er beskrevet i kapittel 7, herunder mål og konkrete tiltak for å nå målene.

Som nasjonal aktør i forsknings- og innovasjonssystemet vil Forskningsrådet styrke helhet og synergi i egen virksomhet på helseområdet. Det innebærer å utvikle samarbeid på tvers av divisjoner og virkemidler knyttet til Forskningsrådets rådgivning, finansiering og møteplass-funksjon. Det handler også om å videreutvikle kunnskap om ressursinnsats og effekter av forskningen. Et viktig tiltak for å presentere Forskningsrådet mer enhetlig og samordnet utad er å etablere en felles nettportal for alle helseaktivitetene Forskningsrådet forvalter.

Forskningsrådet vil:

- Etablere en felles inngang, i form av en nettportal, som synliggjør sammenhengen i helseaktivitetene for forskere og bedrifter
 - Første versjon av portalen publiseres høsten 2016

¹⁰ Regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Forsking og innovasjon i helse og omsorg (2015–2018)

5. Brukermedvirkning i forskning og innovasjon – nyttige resultater

Stortingsmeldingen God kvalitet – trygge tjenester¹¹ slår fast at "Når brukerne inkluderes i hele forskningsprosessen, vil forskningen i større grad reflektere brukerens behov og synspunkter, og med større sikkerhet gi ny kunnskap som kan komme til nytte i helse- og omsorgstjenesten".

HelseOmsorg21-strategien framhever at brukermedvirkning i forskning og innovasjon vil bidra til økt "treffsikkerhet" i utforming og utføring av helsetjenester, men at involveringen av brukere i dag er for svak. Med brukere¹² av helseforskning menes flere kategorier som spenner fra helsemyndigheter til pasienter, sistnevnte ofte også omtalt som sluttbrukere.

Brukermedvirkning er særlig viktig i pasientnær behandlingsforskning og i helse- og omsorgstjenesteforskning og -innovasjon. Brukerperspektivet får stadig økende oppmerksomhet internasjonalt, både i forskningsråd og i EUs rammeprogrammer. I Forskningsrådets handlingsrettede helse- og velferdsprogrammer har ulike brukere innflytelse på utforming av program- og handlingsplaner gjennom bl.a. formell representasjon i utvalg og programstyrer. Hva som er god og hensiktsmessig brukermedvirkning i planlegging og gjennomføring av de enkelte forskningsprosjektene, er det behov for mer kunnskap om, og både forskere og brukere vil ha nytte av erfaringsutveksling og skoloring.

I tillegg til det demokratiske aspektet, er begrunnelsen for økt brukermedvirkning at det gjør forskningen mer relevant og nyttig. Forskningens nytteverdi vektlegges i økende grad i helsepolitikken, av finansierende departementer og forskningsråd, både nasjonalt og internasjonalt. Offentlig finansiert FoU skal gi kunnskap og innovasjoner som kommer til nytte og gavner samfunnet på kort eller lang sikt. Dokumentasjon av forskningens bidrag og betydning ("impact") er følgelig viktig for å legitimere bruk av store ressurser i konkurranse med andre formål. Ulike former og metoder for evaluering av effekter og utbytte av forskning tas i bruk i økende grad. I England er det for eksempel utviklet et omfattende system for samling av forskningseffekter ("outcome") under betegnelsen *Researchfish*¹³. Det er videre de senere årene dokumentert at det foregår mye unødvendig duplisering i helseforskning internasjonalt sett. Selv om det kan være krevende å skille mellom unødvendig duplisering og nødvendig reproduksjon av forskningsfunn, vil sløsing med ressurser ("research waste") kunne reduseres gjennom økt produksjon, spredning og bruk av systematiske kunnskapsoversikter¹⁴.

Et ufravikelig premiss for at forskningsresultater skal være nyttige og få praktisk betydning – på kort eller lang sikt – er at forskningen holder høy faglig og forskningsmessig kvalitet. Dårlig forskning kan aldri bli nyttig, men tvert imot gjøre skade dersom den kommer til anvendelse. En annen viktig erkjennelse om forskningens nytteverdi, basert på en rekke historiske eksempler, er at grunnleggende og generisk forskning fri for spesifikke anvendelsesmål, på sikt nettopp viser seg å få stor praktisk betydning.

Forskningsrådet vil

- Styrke brukermedvirkning og -innflytelse i de handlingsrettede helseforskningsprogrammene
 - Stille krav om involvering av brukere i utvikling og gjennomføring av prosjektene, alternativt begrunnelse for hvorfor det ikke er relevant å ha brukere med
 - Benytte brukermedvirkning som eget vurderingskriterium i søknadsbehandlingen
 - Støtte tiltak på lærestedene for å styrke brukerkompetanse i forskningsprosjekter

¹¹ Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester

¹² Brukere av forskningens resultater er både pasienter, pårørende, tjenesteutøvere, myndighetene og befolkningen.

¹³ Researchfish (<https://www.researchfish.com/>)

¹⁴ REduce research Waste and Reward Diligence (REWARD) <http://www.equator-network.org/>

- Bidra til at den handlingsrettet helseforskningen er nyttig og nyttiggjøres
 - Stille krav til at forskerne beskriver hvordan forskning som søkes finansiert, kan forventes å bidra til god helse, bedre behandling eller bedre tjenester
 - Stille krav til at forskningen bygger på og videreutvikler eksisterende kunnskap ved bruk av publiserte systematiske kunnskapsoppsummeringer
 - Finansierte status- og synteserapporter på utvalgte forskningsfelt
 - Benytte forskningens nytteverdi som eget vurderingskriterium
- Legge til rette for at forskningsbasert kunnskap og innovasjon tas i bruk og bidrar til bedre folkehelse, et bærekraftig helsevesen og næringsrettet forskning som treffer markeds- og kundebehov
 - Stimulere implementerings- og tiltaksforskning som handler om å forstå hvordan forskningsresultater og kunnskap kan omsettes til praksis
 - Vektlegge behovet for at sluttbrukere involveres mer i næringsrettet forskning for produkt- og tjenesteutvikling
 - Bidra til kunnskapsspredning, testing av resultater og implementering av nye løsninger i samarbeid med offentlige aktører og næringsliv
 - Øke oppmerksomheten om nytten av helseforskningen Forskningsrådet støtter gjennom mer systematiske effektevalueringer

6. Forskningsrådets rolle og oppgaver

Forskningsrådet er Regjeringens forskningspolitiske rådgiver og en aktør som relativt raskt kan realisere politiske og faglige prioriteringer, ta nasjonale initiativ og være katalysator for endringer og fornyelse. Forskningsrådet forvalter forskningsmidler fra alle departementene og skal *"bidra til et helhetlig FoU-system som leverer forskning av høy kvalitet, utvikler kunnskap for å møte sentrale samfunns- og næringslivsutfordringer, bidrar til dynamikk og samhandling i FoU-systemet og legger til rette for læring, anvendelse og innovasjon"*¹⁵.

Den nasjonale FoU-statistikken har over tid vist at Forskningsrådet forvalter 10-12 prosent av FoU-midlene (driftsutgifter) i det som defineres som *fagområdet* Medisin og helse (se vedlegg 1). I 2013 utgjorde driftsutgiftene til fagområdet vel 6,7 milliarder kroner (næringslivets FoU ikke inkludert). Ser vi på det *tematiske området* Helse, som også inkluderer næringslivets FoU, var den samlede innsatsen 8,7 milliarder kroner i 2013.

Forskningsrådets andel av dette utgjorde om lag 11 prosent. De forskningsutførende aktørene og sektorene er etter størrelse: helseforetakene, UoH-sektoren, næringslivet og instituttsektoren. Aktørenes rolle i helseforskningen er nærmere omtalt i vedlegg 1.

Som en strategisk viktig aktør, har Forskningsrådet gode forutsetninger for å bidra til å nå målene i HelseOmsorg21-strategien. Forskningsrådet representerer en nasjonal konkurransearena for forskere og bedrifter, legger til rette for deltakelse på internasjonale konkurransearenaer og har et

Forskningsrådet kan og vil

bidra til at

- god forskning blir bedre forskning
- særlig lovende forskning blir toppforskning
- forskningssvake områder løftes
- kapasiteten på viktige områder økes
- forskningen internasjonaliseres
- næringslivet og helseforskningen møtes
- forskning er nyttig og nyttiggjøres
- sektoreringen i samfunnet motvirkes

være

- en nasjonal koordinator og pådriver på vegne av aktørene og departementene

bidra med

- mer helhet i Forskningsrådets helsesatsing

¹⁵ Forskningsrådets strategi Forskning for innovasjon og bærekraft 2015-2020

bredt spekter av finansieringsaktiviteter og støtteformer for forskning og innovasjon på helseområdet (se vedlegg 2). Med denne kombinasjonen kan Forskningsrådet bidra til at gode forskningsmiljøer kvalifiserer seg til toppsjiktet i verden på enkelte områder, til å bygge kapasitet og heve kvalitet på fagfelt som er særlig viktige for å møte samfunnsutfordringer, samt til næringsutvikling på helseområdet.

I samarbeid med forskningsutførende institusjoner og finansierende departementer, vil Forskningsrådet konsentrere innsatsen for å følge opp HelseOmsorg21 på følgende seks områder:

- Satsingsområde I: Vitenskapelig kvalitet og internasjonalt samarbeid i helseforskning

Gjennom nasjonal konkurranse om langsiktig og solid finansiering av gode forskergrupper, som arbeider på tvers av faggrenser, kan Forskningsrådet stimulere til mer grensesprengende forskning. Videre har Forskningsrådet en viktig rolle i arbeidet for å øke internasjonalisering av norsk forskning gjennom virkemidler for å stimulere forskere og bedrifter til internasjonalt samarbeid. Norske helseforskere har et stort potensial for å utnytte bedre de mulighetene som ligger i EUs programmer for forskning og innovasjon.

- Satsingsområde II: Forskningsinfrastruktur og utnyttelse av helsedata

En stadig viktigere forutsetning for banebrytende forskning og innovasjon er tilgang til avansert forskningsinfrastruktur og optimal utnyttelse av generiske teknologier. Gjennom støtte til store nasjonale infrastrukturprosjekter er Forskningsrådet en viktig bidragsyter til både eksellent og relevant helseforskning. Særlig vil Forskningsrådet arbeide for at det skal bli lettere å utnytte de unike kildene til helsedata og andre demografiske data vi har i Norge – et av våre viktigste nasjonale fortrinn – for å forstå årsaker til sykdom og hvordan god helse kan bevares.

- Satsingsområde III: Forskning for forebygging og behandling av sykdom

Gjennom fire brede og langsiktige helseforskningsprogrammer – hvorav tre er nasjonalt rettet og ett globalt rettet – vil Forskningsrådet styrke kunnskapsgrunnlaget for å fremme helse og forebygge sykdom, for å forstå hvordan sykdom oppstår og best kan behandles, og for å utvikle effektive, gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Mange faktorer – som gener, levevaner, ytre miljø og sosiale forhold – påvirker befolkningens og den enkeltes helse, og helsen har igjen stor betydning for den enkeltes funksjonsevne, skolegang og læring, deltakelse i arbeidslivet og i det sosiale liv. For å stimulere nødvendig tverrfaglig og tverrsektoriell forskning vil helseprogrammene søke samarbeid og samspill med andre handlingsrettede og næringsrettede programmer nasjonalt og internasjonalt.

- Satsingsområde IV: Forskning for kommunale helse- og omsorgstjenester

Sammenliknet med sykehusenes spesialiserte tjenester har de kommunale helse- og omsorgstjenestene et svakt kunnskapsgrunnlag. Det forskes i dag lite på hvordan de kommunale tjenestene virker og kan forbedres. Samhandlingsreformen legger til grunn at en større andel av de samlede tjenestene skal ytes i kommunene, og at folkehelsearbeidet og de forebyggende tjenestene skal styrkes. Forskningsrådets programmer er viktige kilder for forskning og forskningsbasert innovasjon i, for og med kommunene, bl.a. gjennom finansiering av praksisnær forskning for framtidsrettet profesjonsutøvelse og -utdanning innenfor helse og velferd.

- Satsingsområde V: Innovasjon i offentlig sektor og utnyttelse av velferdsteknologi

Veksten i antall og andel eldre de neste 20-30 årene stiller kommunene overfor komplekse og utfordrende oppgaver. Forskningsrådet ønsker å styrke forskning om utnyttelse og integrering av omsorgsteknologi og IKT i de kommunale tjenestene, og vil være en pådriver for at ny kunnskap tas i bruk i sektoren. Det private markedet for velferdsteknologiske produkter og tjenester er også stort

og stadig voksende. Et betydelig antall av dagens og morgendagens eldre har god kjøpekraft og vil etterspørre produkter og tjenester som kan bidra til selvstendige og aktive liv.

- Satsingsområde VI: Forskningsbasert innovasjon og næringsutvikling i helse

Forskningsrådet er en viktig aktør for fornyelse, omstilling og utvikling av næringslivet. Helse- og omsorgssektoren representerer et stort og økende næringspotensial, nasjonalt og globalt, og Norge har mange innsatsfaktorer som er viktige for å lykkes i å utvikle norsk helseindustri. Forskningsrådets åpne, næringsrettede aktiviteter har en stor helseportefølje – omlag en fjerdedel av totalvolumet i disse aktivitetene. Helseprosjekter står sterkt i den åpne konkurransen med andre sektorer som følge av god forskningskvalitet, stor samfunnsnytte og høyt innovasjonspotensial. De næringsrettede programmene og satsingene bidrar til forskningsbasert innovasjon, forskerutdanning, samspill i innovasjonssystemet, kommersialisering og internasjonalisering i og for norske bedrifter.

7. Seks prioriterte satsingsområder for oppfølging av HelseOmsorg21

I. Vitenskapelig kvalitet og internasjonalisering

Evalueringen av medisinsk, helse- og biofaglig forskning (2011) viser et sammensatt bilde av norsk forskning. På flere områder har Norge internasjonalt ledende miljøer, men det er også områder som er betydelig svakere med behov for kvalitetsheving.

Solid kunnskap bygget opp gjennom langsiktig grunnleggende forskning er nødvendig på alle samfunnsområder. Dette er ikke minst viktig innenfor et så bredt og komplekst område som helse og omsorg. Forskingen må holde høy internasjonal kvalitet i alle ledd, fra basale fag og metodefag til de mer anvendte fagene, og forutsetter samarbeid både nasjonalt og internasjonalt. Særlig viktig er samarbeid mellom basalfaglige, kliniske og epidemiologiske miljøer for å styrke translasjonsforskning.

Grunnleggende forskning av grensesprengende natur bidrar i særlig grad til å flytte forskningsfronten. Dette er gjerne forskning som har høy risiko for å mislykkes, men som også har potensial for store vitenskapelige gjennombrudd. Slik forskning skjer ofte i skjæringsfeltet mellom forskjellige fag og disipliner. Det er behov for flere miljøer som kan bidra på dette nivået i norsk forskning. Norge må ha forskningsmiljøer som kan følge fagutviklingen og nyttiggjøre seg resultater fra den internasjonale forskningen. Dette inkluderer å kunne ta i bruk nye metoder og teknologi som utvikler seg svært raskt innenfor medisin og helse.

Det er også behov for å styrke internasjonalt samarbeid og øke internasjonal mobilitet blant norske helseforskere. De må i større grad enn i dag bli mer aktive i konkurransen om forskningsmidler fra utlandet, særlig fra EUs rammeprogrammer for forskning og innovasjon og de europeiske fellesprogrammene som retter seg mot store samfunnsutfordringer.

For programmer og andre tematiske satsinger er grunnleggende forskning et viktig fundament. Slik forskning har således en klar samfunnsmessig relevans, men gjerne i et lengre tidsperspektiv. Det er viktig at grunnleggende forskning av høy kvalitet har en plass i tematiske satsinger, at satsingene ikke har føringer som hindrer dette, og at det er balanse mellom grunnleggende forskning og forskning for kortsiktig anvendelse. Mer åpne programsatsinger vil også gjøre at man utnytter bedre kapasiteten i forskningsmiljøene som driver grunnleggende forskning, for å understøtte forskning på sentrale samfunnsutfordringer.

Det vil være behov for å etablere nye og styrke svake forskningsområder. Forskningsrådets programmer bidrar til dette, i samarbeid med universiteter, helseforetak og høyskoler. Det er også aktuelt å benytte sentersatsinger for å utvikle sterke miljøer på utvalgte områder. Slike sentre gir langsiktige rammevilkår, og grunnleggende og tverrfaglig forskning er en viktig del av virksomheten.

Forskningsrådet vil:

- Utvikle flere forskningsmiljøer til et internasjonalt ledende nivå
 - Skreddersy virkemidlene som fremmer grensesprengende forskning, og særlig fortsette å styrke Fri prosjektstøtte (FRIPRO) og Sentre for fremragende forskning (SFF)
 - Lyse ut store prosjekter i helse- og teknologiprogrammene, der tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid mellom flere fagmiljøer og aktører inngår
 - Vurdere særskilte kvalitetsfremmende tiltak innenfor helseprogrammene, f.eks. sentersatsinger på utvalgte områder
 - Delta aktivt i nordiske og internasjonale nettverk innenfor helseforskning og forskningsinfrastruktur, og øke innsatsen gjennom internasjonale fellesprogrammer og satsinger
- Etablere en sentersatsing for klinisk helseforskning som vektlegger internasjonalt samarbeid og samarbeid med bedrifter
 - Utrede og foreslå en hensiktsmessig ordning med sikte på oppstart i 2018
- Vektlegge rekruttering av og karriereutvikling for unge forskertalenter
 - Lyse ut søknadstypen Unge forskertalenter både innenfor FRIPRO og programmer
 - Stimulere internasjonal mobilitet for unge forskere
 - Prioritere prosjektsøknader i helseprogrammene som har rekrutteringsstillinger på postdoktornivå på fagfelt hvor dette er et behov
- Utvikle åpnere tematiske satsinger som forener behovet for tematisk rettet innsats med behovet for tilstrekkelig bredde
- Bidra til at flere norske helseforskere søker og kvalifiserer seg til internasjonal finansiering
 - Etablere en særskilt insentivordning for helseforskernes deltakelse i Horisont2020, spesielt Helseprogrammet¹⁶ og ERC, og de helserelevante europeiske fellesprogrammene (JPI)
- Bidra til inkludering av kjønnsperspektivet i helseforskningen gjennom føringer og krav i relevante programmer og aktiviteter

II. Forskningsinfrastruktur og utnyttelse av helsedata

Medisinsk og helsefaglig forskning og innovasjon er avhengig av et vidt spekter av avansert infrastruktur for å kunne levere nyttig forskning av høy kvalitet. Moderne og avansert forskningsinfrastruktur er svært kostbar og krever høy kompetanse i drift og utnyttelse. Nasjonale aktører må derfor samarbeide optimalt om finansiering, etablering og utnyttelse av infrastruktur.

Nasjonal satsing på forskningsinfrastruktur (INFRASTRUKTUR) skal bidra til at norske forskningsmiljøer og næringsliv har tilgang til oppdatert infrastruktur som understøtter forskning av høy kvalitet, og som i sin tur bidrar til kunnskapsgrunnlaget for å møte samfunnsutfordringer. Infrastruktur for styrket samarbeid mellom biomedisinsk og klinisk forskning (translasjonsforskning) har høy prioritet, slik at innsatsen i størst mulig grad kommer pasientene til gode. Det er behov for infrastruktur for ulike typer klinisk forskning, fra dyremodeller til kliniske multisenterstudier. Tilgang til "state of the art" forskningsinfrastruktur vil fremme internasjonalt samarbeid og kunne bidra til bidra til næringsutvikling.

I Norge har vi et unikt utgangspunkt for å drive god og nyttig helseforskning basert på data fra helseregistre, store helseundersøkelser, pasientjournaler og biologisk materiale i humane biobanker.

¹⁶ Health, demographic change and wellbeing

Vi har gode muligheter for å koble helsedata til andre datakilder, og personvernet er sterkt. Men fortsatt er denne forskningsressursen for dårlig utnyttet. Forskere og næringsliv opplever stadig at det er komplisert og tidkrevende å få tilgang til data. Vi har store datamengder fra befolkningsundersøkelser og spesialisthelsetjenesten, men datagrunnlaget i primærhelsetjenesten er mangelfullt.

Persontilpasset medisin (presisjonsmedisin) og nye metoder for å sekvensere arvestoffet har ført til enorm vekst i mengden data som kan genereres fra biologisk materiale. Det vil være stort behov for e-infrastruktur, IT-verktøy og ekspertise for å analysere, dele, kople og lagre data sikkert fra ulike kilder for "big data" i årene som kommer. Det ligger også store muligheter i samarbeid med næringslivet på dette området.

Forskningsrådet vil:

- Være pådriver i arbeidet for å etablere én nasjonal forvaltningsenhet som sørger for informasjon om, tilgang til, kopling og utlevering av helsedata til akademisk og næringsrettet forskning
 - Utnytte kompetanse og kapasitet i de nasjonale infrastrukturprosjektene Biobank Norge og Helseregistre for forskning i dette arbeidet
- Fortsette å styrke nasjonal infrastruktur for helseforskning – for grunnleggende og generisk forskning, klinisk og pasientrettet forskning, og folkehelse- og tjenesteforskning
 - Spesielt styrke infrastruktur for bioinformatikk og håndtering av store datamengder
- Stimulere til at institusjoner og miljøer på tvers av forskningssektorer og fag samarbeider bedre om investering i og bruk av forskningsinfrastruktur
 - Oppfordre til utnyttelse av etablerte infrastrukturer ved utlysning av store samarbeidsprosjekter i helse- og teknologiprogrammene
 - Med utgangspunkt i Forskningsrådets policy for tilgjengeliggjøring av forskningsdata, stimulere og legge til rette for gjenbruk av helsedata til forskning og innovasjon
- Stimulere til mer samarbeid mellom academia, helsetjenesten og næringslivet om bruk av infrastruktur til testing og utprøving av nye teknologier og behandlingsformer
- Utnytte det felleseuropeiske samarbeidet om infrastruktur
 - Stimulere til utnyttelse av norsk medlemskap i ulike felleseuropeiske forskningsinfrastrukturer og ESFRI-prosjekter, som ECRIN-ERIC, EATRIS-ERIC og BBMRI-ERIC

III. Forskning for forebygging og behandling av sykdom

Forskningsrådets fire langsiktige og brede handlingsrettede helseprogrammer skal bidra med kunnskap for å bedre folkehelsen og for å møte utfordringene i helsesektoren:

- BEDREHELSE (Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet) vektlegger særlig forskning om helsefremmende tiltak og forebygging av sykdom, men også forskning om årsaker til sykdom.
- BEHANDLING (God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering) støtter forskning for å bedre klinisk praksis gjennom hele sykdomsforløpet, med vekt på primærhelsetjenesten.
- HELSEVEL (Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester) er etablert for å møte utfordringer som følger av den demografiske utviklingen, som endringer i sykdomsbildet og behovet for økt effektivitet og kompetanse i helse- og velferdssektoren. Praksisnær forskning om helse- og omsorgstjenester, velferds- og barnevernstjenester på individ- og systemnivå er hovedelementene i programmet.

- GLOBVAC (Global helse- og vaksinasjonsforskning) støtter forskning som kan bidra til vedvarende bedringer i helsetilstanden og utjevning av helseulikheter for fattige mennesker i lav- og mellominntektsland.

Det er et mål å redusere befolkningens sykdomsbyrde ved å forebygge sykdom og tidlig død, og ved å motvirke helsetap gjennom å styrke mulighetene for sykdomsmestring og egenomsorg. Godt folkehelsearbeid, i alle stadier av livsløpet, vil lette presset på helse- og omsorgstjenestene ved at kronisk sykdom, funksjonsnedsettelse og stor helsehjelp utsettes lengst mulig i livet. I tillegg til økt forståelse av faktorer som fører til dårlig helse, som livsstil og ytre fysiske faktorer, er det særlig behov for mer kunnskap om hva som er effektive forebyggende og helsefremmende tiltak. Gode helsevaner skal legges i barne- og ungdomsårene, men det er også dokumentert at helse og livskvalitet kan påvirkes i positiv retning gjennom hele livet. Sentralt for folkehelseforskningen i Norge er BEDREHELSE-programmet. Tilgrensende programmer for samarbeid er MILJØFORSK (Miljøforskning for en grønn samfunnsomstilling) om miljøforurensning og helse, BIONÆR (Bærekraftig verdiskaping i mat- og biobaserte næringer) om mat og helse og KLIMAFORSK (Stort program for klima) om effekter av klimaendringenes på levekår og helse. Forskning om sykefravær, helserelatert trygd og frafallsforebyggende tiltak i arbeidslivet, som inngår i programmet SYKEFRAVÆR (Sykefravær, arbeid og helse), har en viktig samarbeidsflate mot BEDREHELSE.

Forskningen om hvordan sykdom oppstår og utvikles er både biomedisinsk, epidemiologisk og klinisk. Når biomedisinsk og klinisk forskning veves sammen (translasjonsforskning), får vi gode studier av sykdomsforståelse, diagnoser og behandlingsmuligheter. Forskning for årsaksforståelse er viktig både innenfor de frie arenaene og i de handlingsrettede og næringsrettede programmene. HRCS-analyser av Forskningsrådets helseportefølje viser at aktivitetene i begrenset grad overlapper, men utfyller hverandre med hensyn til sykdoms-/helsekategori og forskningsaktivitet.

Til tross for store fremskritt er det fortsatt mange og alvorlige sykdommer vi mangler god og treffsikker eller persontilpasset behandling for. Det har vært en nedgang i antall kliniske studier siste tiår, og det er viktig å snu denne trenden. Forskningsrådets nasjonale konkurransearena må utnyttes til å fremme kvalitet og internasjonalt samarbeid i kliniske studier. Forskningsrådet og helseforetakene må samarbeide om klinisk helseforskning gjennom programmene BEHANDLING og Program for klinisk helseforskning (KLINBEHFORSK) som eies av de Regionale helseforetakene

Forskning med mål om forbedret diagnose og behandling har et stort næringspotensial. Programmene BIA (Brukerstyrt innovasjonsarena) og FORNY (Forskningsbasert nyskaping) som finansierer prosjekter der bedrifter samarbeider tett med forskningsmiljøer i academia og helsesektoren, samt SkatteFUNN, er viktige virkemidler for diagnose- og behandlingsutvikling. Det er også de store teknologiprogrammene BIOTEK20121 (Bioteknologi for verdiskaping), NANO2021 (Nanoteknologi og avanserte materialer) og IKTPLUS (IKT og digital innovasjon).

Forskningsrådet vil:

- Styrke og skape helhet i forskningen gjennom helseprogrammene BEDREHELSE, BEHANDLING, HELSEVEL og GLOBVAC
 - Arbeide for økte budsjetter til programmene i tråd med Forskningsrådets forslag til opptrapping i Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning
 - Samarbeide med andre handlingsrettede og næringsrettede programmer som tematisk grenser til helseprogrammene om møteplasser, nettverk og felles utlysninger
 - Samspille med og mobilisere norske forskere til deltakelse i de europeiske fellesprogrammene på Nevrodegenerative sykdommer (JPND), Mat og helse (JPI HDHL) og Antibiotikaresistens (JPI AMR) samt prioriterte ERA-net.

- Styrke forskning om tiltak og intervensjoner for helsefremme og forebygging av sykdom basert på kunnskap om sunt kosthold, fysisk aktivitet og annen helsefremmende atferd
- Styrke forskning om tiltak for forebygging av helserelatert frafall fra arbeidslivet og rehabilitering til arbeid
- Styrke forskning om tiltak for å redusere helsetruslene som følger av økende antibiotikaresistens
 - Tiltak for effektivt smittevern
 - Utvikling av nye antibiotika og alternativer til antibiotika
- Styrke følgeforskning om helsepolitiske reformer, endringer i organisering og innføring av ny teknologi i helsetjenestene
- Finansiere nasjonale forskerskoler på fagfelt hvor det er behov for økt kapasitet og kompetanse, som global helse, geriatri og sykehjemsmedisin, kommunale helse- og velferdstjenester
- Utvikle effektivt samarbeid og hensiktsmessig arbeidsdeling med de Regionale helseforetakene om klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten
 - Styrke forskning for mer treffsikker og persontilpasset behandling
- Bidra til optimalt forskningssamarbeid mellom helseforetak og universitet gjennom Forskningsrådets ulike virkemidler
- Benytte ulike prosesser for identifisering av forskningsbehov på tvers av helseprogrammene i samarbeid med brukere av forskningen
 - Lyse ut midler regelmessig til behovsidentifisert forskning

IV. Forskning for kommunale helse- og omsorgstjenester

Primærhelsetjenesten er organisert under kommunene. Med samhandlingsreformen har kommunene fått et større ansvar både for det forebyggende folkehelsearbeidet og for behandling og oppfølging av pasienter. Kommunene har dermed store oppgaver knyttet til helsefremme og tidlige tiltak, og til tjenester for pasienter med kroniske og sammensatte psykiske og somatiske lidelser. Disse førstelinjetjenestene må understøttes av en solid satsing på forskning og forskningsbasert tjenesteinnovasjon på tvers av sektorer, fag og profesjoner. Praksisnær forskning som bidrar til relevant og oppdatert profesjonsutøvelse og -utdanning må stå sentralt.

Kommunene har i dag ikke ansvar for å finansiere forskning, men for å medvirke til og legge til rette for forskning. HelseOmsorg21 anbefaler at kommunenes medvirkningsansvar forsterkes, og at det samarbeides om forskning på tvers av kommunegrensene. Kommunene må utvikle kompetanse til å formulere kunnskapsbehov og bestille forskning, og bidra aktivt i utviklingen av et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale tjenestene. Som sentrale aktører i dette kunnskapssystemet har Helse- og omsorgsdepartementet pekt på nærmere 20 ulike sentre som i dag får tilskudd fra Helsedirektoratet og har forskning som hovedoppgave. Forskningsrådet har utredet ulike scenarier for hvordan våre virkemidler kan bidra i utviklingen av disse sentrene.

Forskningsrådet har flere programmer som bidrar til å møte primærhelsetjenestens kunnskapsbehov, og som har kommunesektorens virksomhet som område. Sentralt er det store programmet HELSEVEL som løfter fram kommunenes behov for kunnskap om innhold og kvalitet i tjenestene, organisering og ledelse, pasientforløp og samhandling med sykehusene og med pårørendes og sivilsamfunnets uformelle omsorg. Programmet legger vekt på tverrsektoriell og tverrfaglig FoU og kommunal

praksisnær kompetanseutvikling gjennom satsingen PRAKSISVEL som er en del av programmet. Teknologiprogrammet IKTPLUSS har helse som et sentralt anvendelsesområde med fokus bl.a. på teknologiens potensial for pasientmedvirkning i behandling og egenomsorg.

Programmet BEHANDLING prioriterer forskning om behandling og rehabilitering i primærhelsetjenesten, og BEDREHELSE er viktig kilde for forskningsbasert kunnskap om folkehelsearbeid i kommunene.

Programmene DEMOS (Demokratisk og effektiv styring, planlegging og forvaltning) og KOMMUNEFIKS (Forskning og innovasjon i kommunene) har også temaer som er relevante for kommunesektoren, det samme gjelder VAM (Velferd, arbeidsliv og migrasjon).

Forskningsrådets regionale satsinger og de sju Regionale forskningsfondene er sentrale for kommunene og fylkeskommunene med støtte til samarbeidsprosjekter mellom FoU-institusjoner, kommunale aktører og bedrifter om regional innovasjon i næringsliv og offentlig sektor.

Forskningsrådets vil:

- Gjennom relevante programmer og satsinger, og med kommuner som sentrale samarbeidspartnere, styrke forskning og forskningsbasert innovasjon for og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
 - Styrke klinisk forskning i primærhelsetjenesten med støtte til kliniske studier og forskernettverk i allmennmedisin og tannhelsetjenesten
 - Bidra til å bygge forskningsmiljøer i kommunehelsetjenesten som kan drive og koordinere kliniske studier
- Styrke ordningen med Offentlig sektor-ph.d finansiert av Forskningsrådet og den kommunale arbeidsgiveren i felleskap
- Bidra til å dekke kommunenes kunnskapsbehov bl.a. gjennom utvikling av kjernemiljøer ved bruk av miljøstøtte og nettverksstøtte i programmene
- Være pådriver for at Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) tilrettelegges for bruk til forskningsformål
- Delta i felles møteplasser for aktørene fra kommunene, utdannings- og forskningsinstitusjonene og næringslivet

V. Innovasjon i offentlig sektor og utnyttelse av velferdsteknologi

Forskning som bidrar til å fornye offentlig sektor og forbedre og effektivisere helse-, omsorgs- og velferdstjenester, er ett av seks områder som gis prioritet i regjeringens langtidsplan for forskning¹⁷. Særlig styrkes skal forskningssvake tverrsektorielle områder som er viktige for å utvikle mer kunnskapsbaserte tjenester.

Helse- og velferdstjenesteforskningen i Norge er spredt og av varierende kvalitet. Det er behov for å etablere faglig brede og sterke forskningsmiljøer med nærhet til praktiske problemstillinger på ulike tjenestenivåer. Forskningsrådets program for tjenesteforskning, HELSEVEL, er sentralt for helse- og

¹⁷ Meld. St. 7 (2014–2015) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015–2024

omsorgstjenesteforskningen, som også omfatter praksisnær forskning for å styrke kunnskapsbasen for utdanningene og yrkesutøvelsen.

Det vil bli flere hjelpetrengende eldre og funksjonshemmede som ønsker å bo i eget hjem. Vi har behov for kunnskap om hva som gir best omsorg, om samvirke mellom offentlige omsorgstjenester og sivilsamfunnet, og hvordan IKT og velferdsteknologi kan bidra til bedre tjenester og større selvstendighet for den enkelte. Velferdsteknologi er et bredt felt som blant annet omfatter sporingsteknologi, IKT-løsninger, fysiske hjelpemidler og smarthusløsninger. Det er behov for kunnskap om hvordan velferdsteknologien kan integreres og tas i bruk i omsorgstjenestene. Forskningsbehov er også knyttet til omstilling, tilpasning og organisatorisk samspill med tjenesteutøverne. Utstrakt involvering av brukerne og næringslivet, herunder standardiseringsaktører, er nødvendig i denne forskningen.

Markedet for velferdsteknologiske tjenester og produkter vokser, både i offentlig og privat sektor. Kommende eldregenerasjoner vil ønske å leve selvstendige liv med høy livskvalitet uavhengig av hjelp fra det offentlige så lenge som mulig. Framtidas eldre vil ha betydelig kjøpekraft og etterspørre ny teknologi som gjør livet lettere og tryggere når funksjonsdyktighet reduseres. Flere av Forskningsrådets programmer, som BIA, IKTPLUSS og FORNY, kan finansiere forskningsbasert innovasjon for dette markedet. Særlig relevant er også EU-satsingen Active and Assisted Living Programme (AAL).

HelseOmsorg21 trekker fram effektive og lærende tjenester som ett av ti prioriterte områder og anbefaler en mer systematisk tilnærming til innovasjon i offentlig sektor. Næringslivet er en viktig samarbeidspartner for en innovativ offentlig sektor, som igjen kan være en pådriver for innovasjon i næringslivet ved å utvikle rammebetingelser og standarder, nye tjenester og forenklede prosesser.

Forskningsrådet vil:

- Medvirke til at innovasjon i offentlig sektor blir en viktig del av forskningspolitikken
- Bidra til å heve forskningskvaliteten på viktige områder innenfor helse- og omsorgstjenestene
 - Etablere kjernemiljøer for tverrfaglig tjenesteforskning
 - Sørge for relevant og nyttig forskning gjennom å involvere brukerne (pasienter og helsepersonell) i forsknings- og innovasjonsprosjekter
 - Utvikle støtteformer for implementering av kunnskap og innovasjoner i offentlig sektor
 - Samarbeide tettere med InnoMed om behovsdrevet innovasjon
- Være pådriver for at offentlig sektor tar initiativ til og bruker forskning for å få fram nye og bedre løsninger og tjenester
- Bidra i Helsedirektoratets arbeid med veiledere for tjenesteinnovasjon

VI. Forskningsbasert innovasjon og næringsutvikling i helse

Helse og omsorg representerer et stort og voksende marked, både nasjonalt og internasjonalt. Norsk helsenæring er beskjeden i størrelse, men voksende, forskningsintensiv og internasjonalt orientert. Næringsrettede aktører som klynger, bransje- og interesseorganisasjoner og TTO'er samler et fragmentert landskap av en rekke små bedrifter og bidrar til møteplasser, synlighet, kompetanseløft og nettverk. Kombinasjonen av et godt fungerende helsevesen, stor forskningsaktivitet og mange innovative bedrifter, burde være et godt grunnlag for næringsrettet forskning, innovasjon og næringsutvikling på helseområdet. Det har de siste årene vokst fram flere lovende farma- og biotekbedrifter med utspring i norske forskningsmiljøer, som også har tiltrukket seg venturekapital.

Det er likevel få norske bedrifter som har etablerte produkter på det internasjonale helsemarkedet. Det typiske trekket ved norsk helsenæringsliv er et høyt antall små oppstartsbedrifter.

Historisk sett har det i academia og innenfor helsevesenet vært lav bevissthet og fokus på innovasjon og næringsutvikling innenfor biomedisinsk og klinisk forskning. Det har skortet på kultur, kompetanse og incentiver for å utvikle et godt innovasjonssystem. Et slikt system må også styrkes med et effektivt kommersialiseringsledd for utvikling av lovende produkter og tjenester. Kunnskapsintensive bedrifter opplever ofte kapitalmangel og utfordringer med å finne strategiske FoU-partnere i Norge. Det kan bety stopp for utvikling av produkter og tjenester selv om ideene ofte har sitt utspring i norske helse-FoU miljøer.

For å møte de store utfordringene, blant annet knyttet til demografiske endringer, må det legges til rette for et godt fungerende innovasjonssystem som også omfatter offentlig sektor. I dag foregår det mye lokalt forbedringsarbeid, men det er svake incentiver for innovasjon, og enda svakere for spredning og implementering av nye og bedre løsninger. En utfordring er å utvikle et helhetlig innovasjonssystem (kultur, rammebetingelser og incentiver) for primærhelsetjenester, omsorgstjenester og folkehelsearbeid på tvers av forskningssektorene.

HelseOmsorg21 løfter fram helse og omsorg som et næringspolitisk satsingsområde, ut fra følgende grunner:

- Det er viktig for Norge å være aktivt med i den globale helse- og omsorgsøkonomien og i bioøkonomien. Helse- og omsorgsindustri er verdens mest forskningsintensive næring, og passer inn i Norges politiske satsing på forsknings- og kunnskapsbaserte næringer.
- Få andre næringssektorer har et større voksende marked nasjonalt og internasjonalt. Store offentlige investeringer i helse og omsorg er en forutsetning for god næringsutvikling
- Nye produkter og tjenester kan bidra til bedre folkehelse og være med på å møte de store utfordringene velferdssamfunnet står overfor.

Forskningsrådet vil:

- Stimulere til økt samarbeid mellom academia, helsesektor og næringsliv
 - Gjennom analyser og aktørdialog målrette innsats for økt resultatutnyttelse og kommersialisering på områder der Norge har fremragende helseforskning, internasjonal kompetitiv infrastruktur og høyt volum av næringsrettet forskning
 - Målrette innsats gjennom bruk av bl.a. innovasjonsnettverk, internasjonaliseringstiltak, verifikasjonsmidler, studententreprenører, idelab mm rettet mot sentersatsinger, klynger, bedrifter og universiteter
 - Vurdere incentiver og støtteformer for forskningsinstitusjoner som inngår langsiktig strategisk samarbeid med internasjonalt posisjonert næringsliv
 - Arrangere, eller gi støtte til, møteplasser som kan bidra til "match-making" mellom forskergrupper og næringsliv
- Styrke og tilpasse næringsrettede virkemidler slik at de målrettet kan bidra til å møte samfunnsutfordringer og markedsbehov, og derved skape ny næringsutvikling
 - Rette en pilotordning innenfor BIA mot helse- og omsorgssektoren i perioden 2016-18 i samspill med helse- og teknologiprogrammene
 - Utrede bruk av idelab eller annen metodikk for teknologi- og kompetanseoverføring fra petroleumssektoren til helsesektoren
 - Videreutvikle samarbeidet med Kreftforeningen og opprette samarbeid med andre pasientorganisasjoner for samspill om resultatutnyttelse og innovasjon
 - Bidra til at Norge tiltrekker seg en større andel investeringer fra internasjonalt næringsliv, f.eks. gjennom støtte til klinisk forskning og utprøving

- Arbeide for økte timesatser og bedre rammebetingelser i SkatteFUNN for unge forskningsintensive bedrifter
- Være pådriver for fondsmekanismer og risikoavlastning i utviklings- og kommersialiseringsfasen for norske helsebedrifter
- Videreutvikle samarbeidet og tydeliggjøre arbeidsdelingen med Innovasjon Norge og SIVA, særlig knyttet til kommersialisering av offentlig finansiert forskning og bruk av innovasjonsinfrastruktur som inkubatorer, test- og pilotanlegg og næringsklyngene

VEDLEGG 1

Bakgrunnsdokumenter (under arbeid)

Forsknings- og helsepolitiske dokumenter.

- HelseOmsorg21 (HO21). Et kunnskapssystem for bedre folkehelse
- Meld. St. 18 (2012-2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter
- Meld. St. 7 (2014-2015) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning
- Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Meld. St. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen. Riktig bruk – bedre helse
- Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester

Strategiske dokumenter i Forskningsrådet

- Forskning for innovasjon og bærekraft. Strategi for Norges forskningsråd 2015-2020
- Forskningsrådets nasjonale strategi for forskningsinfrastruktur 2012-2017
- Norsk veikart for forskningsinfrastruktur 2014
- Grunnleggende forskning. Forskningsrådets policy 2015-2020
- Forskningsrådets policy for forskning og utvikling ved høyskolene 2014-2018
- Forskningsrådets strategi for instituttsektoren 2014-2018
- Forskningsrådets strategi for internasjonalt samarbeid 2010-2020
- Veikart for internasjonalt samarbeid
- Forskningsrådets strategi for innovasjon 2011-2014
- Forskningsrådets policy for innovasjon i offentlig sektor

Forkortelser og akronymer (under arbeid)

Nasjonale aktiviteter

BEDREHELSE	Bere helse og livskvalitet gjennom livsløpet
BEHANDLING	God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering
BIA	Brukerstyrt innovasjonsarena
BIONÆR	
FRIPRO	
HELSEVEL	
GLOBVAC	
FRIPRO	
.....	

Internasjonale aktiviteter

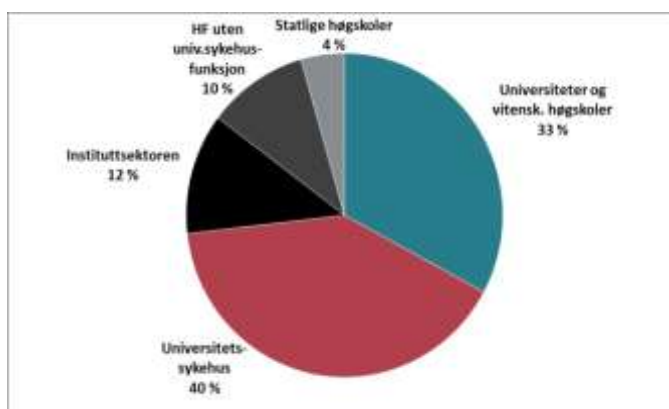
AAL	Active and Assisted Living Programme
ERA	European Research Area
JPI	Joint Programme Initiative
HRCS	Health Research Classification System
BBMRI-ERIC	Biobanking and BioMolecular resources Research Infrastructure – European Research Infrastructure Consortium
EATRIS-ERIC	
ECRIN-ERIC	

VEDLEGG 2

Aktører og samhandling i helseforskningen

Helseforskning foregår på universiteter og høyskoler, i helseforetak, på forskningsinstitutter og i bedrifter. FoU-undersøkelsen i 2013 viste at de samlede driftsutgiftene til *fagområdet medisin og helse* var vel 6,7 mrd. kroner. I overkant av 8 700 personer med forskerstilling eller faglig stilling deltok i forskningen i fagområdet. Sammen med næringslivets FoU på det *tematiske området helse*, estimert til 1,2 mrd. kroner, var den samlede innsatsen nær 8 mrd. kroner (se faktaboks 1). I de nasjonale FoU-undersøkelsene inngår også spørsmål om omfanget av FoU innenfor regjeringens prioriterte tematiske satsingsområder. Helse er et av åtte satsingsområder, og de totale driftsutgiftene øker til 8,7 mrd. kroner når helserelatert forskning også i andre fagområder enn medisin og helse tas med.

Halvparten av forskningen i fagområdet medisin og helse foregår i helseforetakene, først og fremst ved universitetssykehusene (40 prosent), men også på de mindre sykehusene, både offentlige og private ideelle (figur 1). Helseforetakene har et spesielt ansvar for klinisk pasientrettet forskning og translasjons-forskning¹⁸, det vil si forskning for utvikling og kvalitetssikring av diagnostikk- og behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten.



Figur 1 Andel av driftsutgifter til FoU i fagområdet medisin og helse i 2013 etter institusjonstype. (Næringslivet er ikke med.)

Universitetenes medisinske og helsevitenskapelige fakulteter utfører helseforskning i hele spekteret fra basal biomedisin og klinisk medisin til samfunnsmedisin og helsefag. Fakultetenes institutter for klinisk forskning er i hovedsak lokalisert i klinikker på universitetssykehusene, og det er et nært samarbeid mellom universitet og sykehus om klinisk forskning. Av de 510 professor II i fagområdet medisin og helse hadde nær 350 hovedstilling i sykehus. Helseforskning foregår ikke bare ved de medisinske fakultetene, også samfunnsvitenskapelige og naturvitenskapelige fakulteter utfører helserelevant forskning. Universitetene og de vitenskapelige høyskolene står for 33 prosent av forskningen innenfor medisin og helse, hvorav nær halvparten klassifiseres som grunnforskning i henhold til OECDs Frascati-manual, og nesten like mye som anvendt forskning.

Andelen helseforskning som foregår ved de statlige høyskolene er relativt beskjeden, 4 prosent, og omfatter først og fremst forskning innenfor sykepleie og andre helse- og sosialfag. Høyskolene er sentrale for praksisnær forskning knyttet til pleie- og omsorgsfagene. Forskningen bidrar til å utvikle profesjonsutdanningene og profesjonsutøvelsen i fag som er viktige for de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for samhandling mellom tjenestenivåene. Høyskolene har en relativt kort forskningstradisjon, og miljøene søker ofte samarbeid med universitetsmiljøer.

Instituttsektorens andel av helseforskningen, 12 prosent, er beskjeden sammenliknet med instituttsektorens bidrag i andre fagområder, men har vært økende de siste årene. Sektoren bidrar i all hovedsak med anvendt helseforskning og utviklingsarbeid.

¹⁸ Translasjonsforskning er her forskning som skjer i skjæringsflaten mellom basale biomedisinske fag og kliniske helsefag.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har ikke de samme forutsetningene som spesialisthelsetjenesten for å kvalitetssikre og utvikle tjenestene gjennom forskning og innovasjon. Kommunesektorens kunnskapsbehov er derfor et høyt prioritert satsingsområde i HelseOmsorg21. Strategien anbefaler bl.a. å omorganisere og utvikle en del av dagens mange kompetansesentre til en nettverksbasert instituttsektor som kan bidra til å dekke sektorens kunnskapsbehov.

Norsk næringsliv står samlet sett for vel halvparten av all FoU i Norge. Vel 40 % av dette er innenfor IKT-området og 6 prosent innenfor helse, tilsvarende som for eksempel for maritim sektor. Norge har et stort antall oppstartbedrifter innenfor helse og en rekke godt etablerte mellomstore bedrifter med internasjonal posisjon, men få større "lokomotiv". De små og mellomstore bedriftene samarbeider ofte tett med forskningsinstitusjoner i arbeidet med utvikling av produkter og tjenester innenfor bioteknologi, farmasi, medisinsk teknologi, omsorgstjenester og IKT-området.

Et godt samspill og hensiktsmessig arbeidsdeling mellom forskningsinstitusjonene, helsevesenet og næringslivet er viktig for utnyttelse av ressursene og for innovasjon innenfor helsefeltet. For å få dette til må man også forstå og ta hensyn til særegenhetene ved finansiering av helseforskning i Norge. Norske universiteter og sykehus har mindre industrisamarbeid og mindre ekstern finansiering enn for eksempel svenske universiteter, herunder også mindre samarbeid med helsebedrifter. Norsk helsenæring er like forsknings-intensiv som i andre land, men sektoren utgjør en mindre del av norsk næringsliv. Fagområdet medisin og helse har imidlertid en stor andel av de offentlige FoU-midlene i Norge, 35 prosent. Målt som andel av BNP ligger Norge på topp internasjonalt sammen med Sverige og Danmark i bruk av offentlige midler til helseforskning. Et annet kjennetegn ved helseforskningen i Norge er at en forholdsvis stor andel av midlene er kanalisert direkte til lærestedene gjennom grunnbevilgninger. Det vil si at midlene som er konkurranseutsatt gjennom utlysninger (såkalt kanal 2) er tilsvarende små. Et tredje trekk er at helseforskningen i beskjeden grad henter midler fra utenlandske kilder, det gjelder spesielt fra EUs rammeprogrammer for forskning.

Faktaboks 1 **Utgifter til medisinsk og helsefaglig forskning i 2013**

Fagområdet medisin og helse: Driftsutgifter etter sektor

- Helseforetak: 3 414 mill. kroner
- UoH-sektor: 2 516 mill. kroner
- Instituttsektor: 816 mill. kroner
- Totalt: 6 748 mill. kroner

Temaet helse

- Næringslivet¹: 1 212 mill. kroner

Fagområdet medisin og helse: Andel av driftsutgifter til all FoU i Norge

- UoH-sektoren²: 35 %
- Instituttsektoren³: 13 %
- Næringslivet¹: 6 %
- Samlet: 17 %

Fagområdet medisin og helse: Totale utgifter etter finansieringskilde

- HOD: 3,9 mrd. kroner
- KD: 1,6 mrd. kroner
- Forskningsrådet: 0,7 mrd. kroner
- Andre: 0,9 mrd. kroner

1 Definert som tematisk område helse som tilnærming til fagområdet medisin og helse. I tillegg kommer proveny tap via Skattefunn på 194 mill. kroner.

2 Inkl. universitetssykehus

3 Inkl. øvrige sykehus

VEDLEGG 3

Forskningsrådets aktiviteter og virkemidler på helseområdet

Forskningsrådet finansierte i 2014 helseforskning for 1,2 milliarder¹⁹ eksklusive SkatteFUNN. Dette fordelte seg med 62 prosent i prosjekter finansiert av "målrettede" aktiviteter og 38 prosent i prosjekter under "øvrige" aktiviteter. Den målrettede innsatsen er definert som alle programmer og aktiviteter som har som *formål* å følge opp Forskningsmeldingens strategiske mål Bedre helse og helsetjenester. I kategorien "øvrige" inngår hele eller deler av helserelaterte prosjekter i programmer og aktiviteter som ikke er spesifikt rettet mot dette målet (faktaboks 2). Helseforskningsaktivitetene forvaltes i ulike avdelinger i tre divisjoner i Forskningsrådet.

Innenfor den målrettede porteføljen er de handlingsrettede helseprogrammene sentrale. Helseprogrammene skal framskaffe kunnskapsgrunnlag for politikkutforming og langsiktig kompetanseoppbygging i sektoren. Tyngdepunktet i programmene er anvendt forskning, men også mer grunnleggende forskning og forskningsbasert innovasjon inngår. Helseprogrammene som er etablert i nært samarbeid med HOD, er tematisk brede og dekker en forholdsvis stor del av helseforskningen. Programmene benytter primært forskerprosjekt og personlig postdoktorstipend som støtteform. Programmene finansierer også etablering og bygging av forskningsmiljøer gjennom senterstøtte/miljøstøtte, oftest på områder med spesielt behov for heving av forskningskompetanse. Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor er foreløpig tatt i bruk i ett helseprogram.

Forskningsrådets Store programmer for generiske teknologier (IKT, bioteknologi, nanoteknologi) bidrar godt til helseporteføljen ved at helse er et viktig anvendelsesområde. Våren 2015 ble også et Stort program for helse-, omsorg- og velferdstjenesteforskning etablert. De Store programmene har budsjettmidler fra flere departementer og benytter ofte et bredt spenn av støtteformer, fra forskerprosjekter og kompetanseprosjekter til innovasjonsprosjekter for næringslivet og offentlig sektor, men også støtte til nettverk og møteplasser. Programmene er viktige for forskerrekuttering, samspill i innovasjonssystemet og for internasjonalt samarbeid.

Fri prosjektstøtte (FRIPRO) er en åpen konkurransearena som har som formål å støtte kvalitet, dristighet og fornyelse i forskningen. Innenfor FRIPRO er det etablert nye støtteformer for å fremme karrieren til spesielt dyktige unge forskere (Unge forskertalenter), for å gi

Faktaboks 2 Forskningsrådets programmer og aktiviteter for helseforskning*

Målrettede programmer og aktiviteter

- Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HELSEVEL)
- Global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC)
- Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet (BEDREHELSE)
- God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (BEHANDLING)
- Biobanker og helsedata
- Stamcelleforskning
- Sykefravær, arbeid og helse
- Kvinnehelsesatsingen
- Forskningsbaserte reformevalueringer (f.eks. Samhandlingsreformen)
- EMBL-node (Senter for molekylær medisin)
- JPI Nevrodegenerative sykdommer
- JPI Antibiotikaresistens
- Transcan (ERA-nett)
- CVD Hjertekarsykdom (ERA-nett)
- Ambient Assisted Living (AAL)

Deler av

- Fri prosjektstøtte for medisin, helse og biologi (FRIMEDBIO)
- IKT og digital innovasjon (IKTPLUSS)
- Bioteknologi for verdiskaping (BIOTEK2021)
- Nanoteknologi og avanserte materialer (NANO2021)

Øvrige programmer og aktiviteter**

- Sentre for fremragende forskning (SFF)
- Nasjonal satsing på infrastruktur
- Sentre for forskningsdrevet innovasjon (SFI)
- Brukerstyrt innovasjonsarena (BIA)
- Forskningsbasert nyskaping (FORNY2020)
- Forskerskoler
- Nærings-PhD og Offentlig-PhD
- Virkemidler for regional FoUol (VRI)
- Europeisk samarbeidsprogram for FoU-utførende SMBer (EUROSTARS)
- ERACSysMed (ERA-nett)
- SkatteFUNN (rettighetsbasert skattefradragssordning)

*Internasjonale aktiviteter i kursiv

**Listen er ikke uttømmende

¹⁹ Utgjør prosjekter og andeler av prosjekter som er merket med temaet helse (Bedre helse og helsetjenester)

gode forskningsmiljøer muligheten til å utvikle seg til internasjonalt ledende innenfor sine fagområder (FRIPRO Toppforsk) samt for å fremme mobilitet (FRIPRO mobilitetsstipend). FRIPRO videreutvikler utlysninger og støtteformer som ligger tett opp til det ERC har for å stimulere norske forskere til å søke finansiering derfra.

Faktaboks 3 Eksempler på støtteformer* som brukes i programmer og aktiviteter i Forskningsrådet

- forskerprosjekter
- rekrutteringsstipend (ph.d, nærings-ph.d, offentlig-ph.d, postdoktor)
- stipend for forskerutveksling
- innovasjonsprosjekter – i næringslivet og i offentlig sektor
- kompetanseprosjekter
- senterstøtte (SFF, SFI, og andre mindre)
- infrastrukturprosjekter
- stimuleringsstøtte for internasjonalisering
- nettverks- og arrangementsstøtte

En stor del av prosjektene innenfor FRIMEDBIO er av grunnleggende karakter og har følgelig relevans for mange sykdommer eller for helse generelt. Men som navnet Fri prosjektstøtte indikerer, er denne aktiviteten åpen for all forskning, også ulike typer anvendt forskning knyttet til et spesifikt helseproblem.

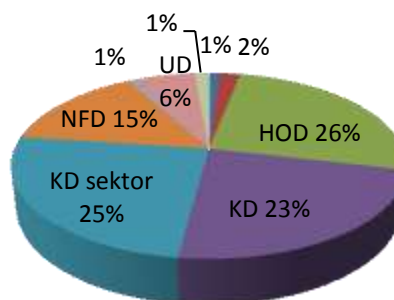
Forskningsrådet finansierer norsk deltakelse i flere ERA-nett og JPI'er for helseforskning. Dette er felleseuropeiske finansieringsaktiviteter der deltakerlandene finansierer egne forskeres bidrag i transnasjonale prosjekter. Det er relativt små midler som inngår, men deltakelsen er viktig for internasjonalisering og kvalitetsheving av helseforskningen.

Innenfor de øvrige åpne og ikke-tematisk rettede satsingene, er det Brukerstyrt innovasjonsarena (BIA), Nasjonal satsing på infrastruktur (INFRASTRUKTUR) og de to senterordningene Sentre for fremragende forskning (SFF) og Sentre for forskningsbasert Innovasjon (SFI) som har mest helseforskning. Infrastruktursatsingen bidrar med moderne infrastruktur som understøtter både helseforskning i internasjonal front og forskning med høy relevans for helse- og samfunnsutfordringer. Senterordningene er langsiktige ordninger, hhv. for forskere (SFF) og for forskere i samarbeid med bedrifter (SFI), for å støtte fremragende forskning, bidra til kunnskapsbygging på områder av stor betydning for norsk næringsliv og stimulere innovasjon og verdiskaping.

BIA er en åpen arena for bedrifter og finansierer innovasjonsprosjekter og kompetanseprosjekter i og for norsk næringsliv. FORNY2020 har som mål å bringe forskningsresultater fra offentlig finansierte forskningsinstitusjoner fram til markedet gjennom verifiseringsprosjekter og nå også gjennom studententreprenørskap. De næringsrettede satsingene benytter også ulike former for forprosjekter, nettverksstøtte, internasjonaliseringstiltak samt bidrar til forskerutdanning og langsiktig kompetanseoppbygging. Norge er med i EUROSTARS, et europeisk samarbeidsprogram for små og mellomstore bedrifter, der norske bedrifter henter en god del midler til FoU. I SkatteFUNN, som er en rettighetsbasert skattefradragordning for å motivere bedrifter til å satse på FoU, var det 179 aktive helseprosjekter i 2014 som til sammen budsjetterte med nær 269 mill. kroner i skattefradrag. Helsesektoren er med 9 prosent blant de største i SkatteFUNN og den sektoren med tyngst forskningsinnhold.

Finansierende departementer

Forskningsrådets helseportefølje er finansiert av flere departementer. Den største finansieringskilden er Kunnskapsdepartementet (KD) som bidrar med 48 prosent (omlag likt fordelt på ordinære og sektor-overgripende midler), etterfulgt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)



Figur 2 Forskningsrådets totale helseforskningsportefølje i 2014 (1,2 mrd. kroner) fordelt på finansierende departementer.

med 26 prosent, Nærings- og fiskeridepartementet (NFD) med 15 prosent og Utenriksdepartementet med 6 prosent. Fire andre departementer bidrar til sammen med resterende 5 prosent. SkatteFUNN-midlene er ikke medregnet her.

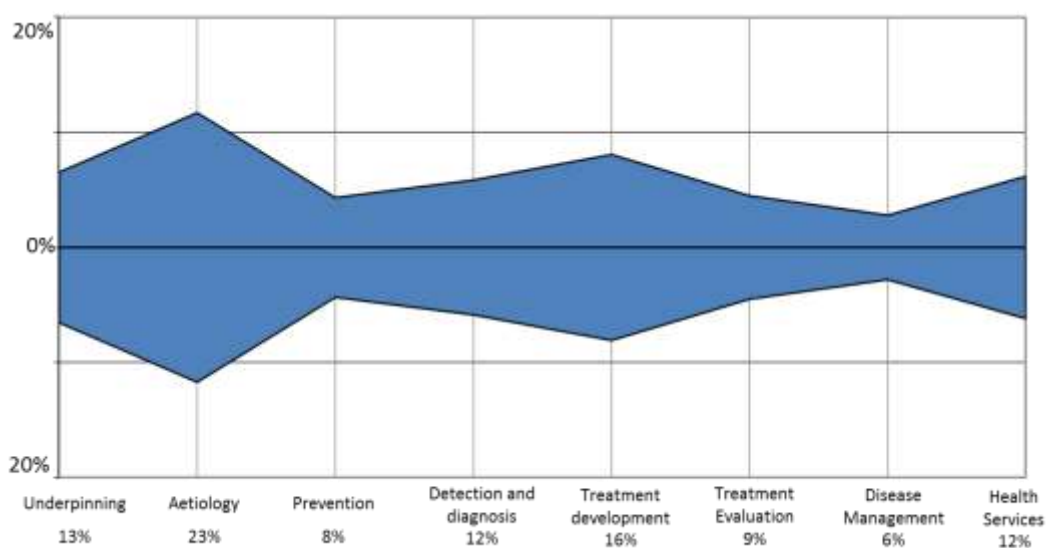
Som det også går fram av kapittel 3 kanaliseres en relativt liten del av de samlede helseforskningsmidlene fra sektordepartementet for helse gjennom Forskningsrådet (omlag 8 prosent). Det er et mål for Forskningsrådet å styrke den nasjonale og strategiske viktige rollen vi har i helseforskning og helseinnovasjon, for å sørge for mer forskning – av høy kvalitet, høy relevans og stor nytte – for å møte helse- og samfunnsutfordringer.

HRCS-analyse

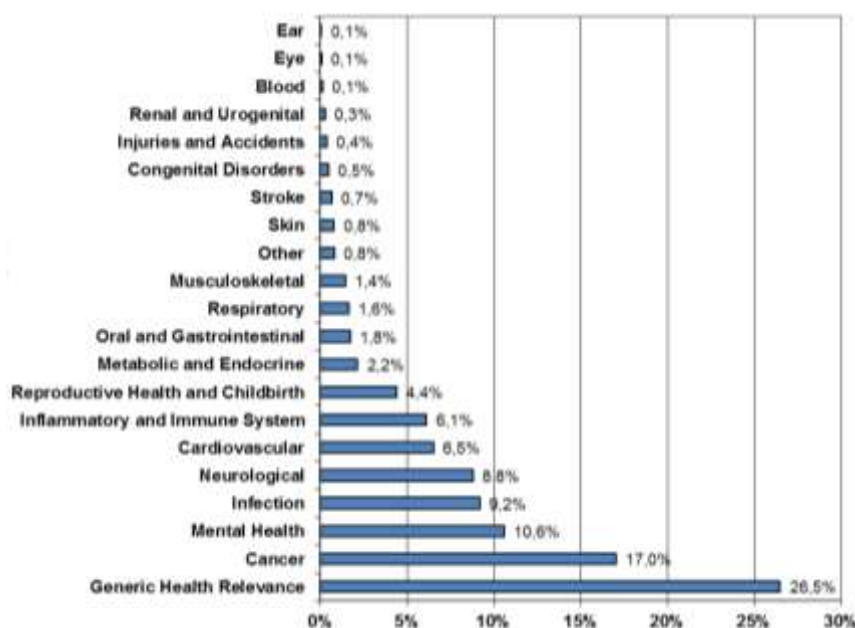
Forskningsrådets helseprosjekter klassifiseres og analyseres etter det britisk utviklede HRCS-systemet, Health Research Classification System. Gjennom HRCS-klassifiseringen blir både forskningens relevans for sykdom og helse, og hvilken type forskning som utføres, synliggjort i de to dimensjonene *forskningsaktivitet* og *helsekategori*. Se vedlegg 1 for nærmere beskrivelse av kategoriene. Det publiseres også egne årsrapporter med HRCS-analyser på et detaljert nivå for Forskningsrådets aktiviteter.

HRCS-analyse er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for helseforskningen. Det er et mål for HelseOmsorg21 Monitor-prosjektet å utvikle en metodikk som gjør det mulig å inkludere det meste av den nasjonale innsatsen i en HRCS-analyse. Analysene kan f.eks. sammenholdes med sykdomsbyrdeindikatorer (dødelighet og kvalitetsjusterte leveår) og gi grunnlag for forskningsprioriteringer.

Figur 3 viser hvordan Forskningsrådets samlede helseportefølje fordelte seg på forskningsaktiviteter i 2014. Forskning om årsaks- og sykdomsforståelse (aetiology) er den største aktiviteten med 23 prosent av Forskningsrådets helseforskningsportefølje. Underbyggende helserlevant forskning (underpinning research) utgjør 13 prosent. De tre kategoriene for translasjonsforskning og klinisk forskning (detection and diagnosis, treatment development, treatment evaluation) står for til sammen 37 prosent. Forskning på helse- og omsorgstjenester utgjør i alt 18 prosent fordelt med 12 prosent på tjenestelevering og systemnivå (health services) og 6 prosent på individnivå (disease management). Forskning om primærforebygging av sykdom og helsefremme (prevention) er den minste aktiviteten med 8 prosent.



Figur 3 Forskningsrådets helseprosjekter i 2014 (712 prosjekter – 1111 mill. kroner) etter FORSKNINGSAKTIVITET

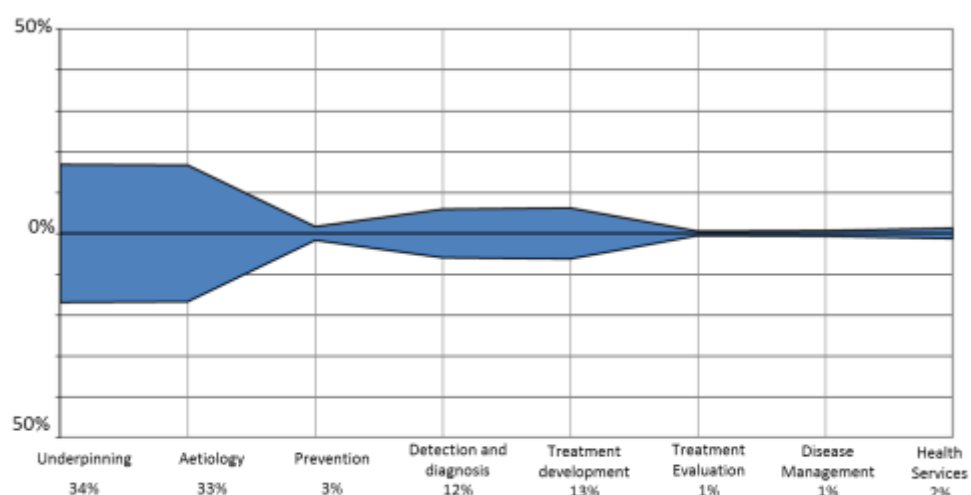
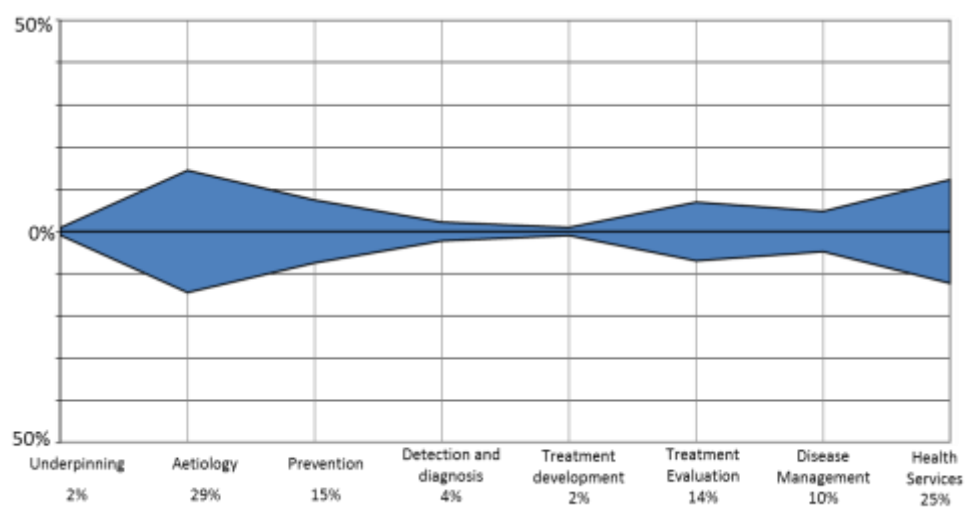
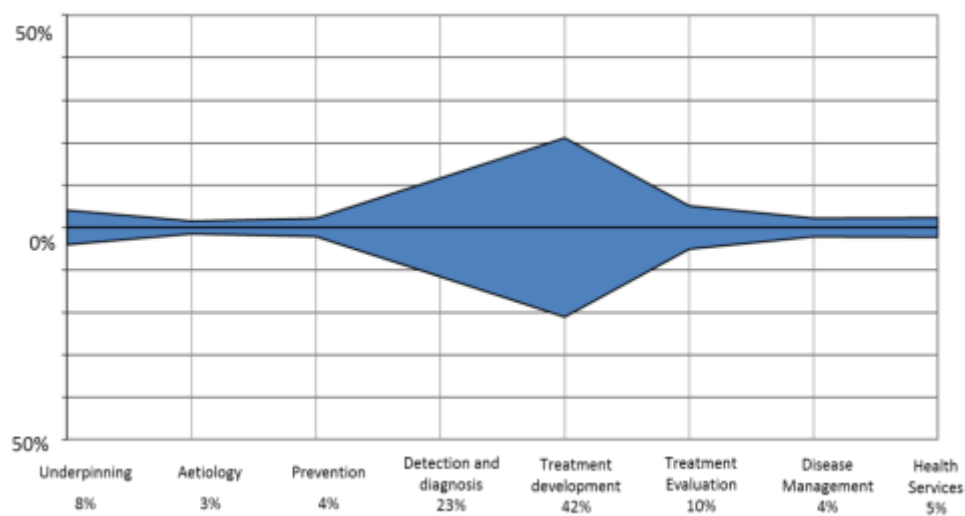


Figur 4 Forskningsrådets helseprosjekter i 2014 (712 prosjekter – 1111 mill. kroner) etter HELSEKATEGORI

Figur 4 viser en samlet profil for helsekategoriene Forskningsrådet finansierer forskning om. Den klart største er forskning med relevans for mange/alle sykdommer eller generelt for helse (generic health relevance). Av sykdomskategoriene er forskning på kreftsykdommer (Cancer) den klart største, etterfulgt av forskning om psykisk helse (mental health), infeksjonssykdommer (infection) og hjerne- nervesykdommer (neurological).

Det er stor variasjon mellom de ulike programmene og aktivitetene når det gjelder kategorien forskningsaktivitet. For eksempel er det FRIMEDBIO som ikke overraskende bidrar mest til den underbyggende eller grunnleggende forskningen, mens BIA er klart størst på diagnose og utvikling av behandling. Begge aktivitetene har kreftsykdommer som største helsekategori. FRIMEDBIO bidrar mest til forskning med relevans for mange sykdommer/generell helse sammen med programmet Gode og effektive tjenester (HELSEVEL).

Den største kategorien, årsaksforskning, er en meget bred kategori som omfatter forskning for forståelse av årsak, risiko og utvikling av sykdom og dårlig helse. Derfor bidrar også mange programmer og aktiviteter til denne forskningen. De viktigste er FRIMEDBIO og de tidligere programmene Folkehelse, Miljøpåvirkning og helse og Psykisk helse. Ser vi imidlertid på helsekategoriene som dominerer i disse fire aktivitetene, finner vi liten grad av overlapp mellom den frie arenaen og de målrettede programmene. Det betyr at programmene er viktige for å ivareta årsaksforskningen i en større bredde enn det den ikke-styrte arenaen dekker. I FRIMEDBIO er det forskning på kreftsykdommer og hjerne- nervesykdommer som er de to største, mens i Miljøpåvirkning og helse er det metabolske og endokrinologiske sykdommer. I Psykisk helse er naturlig nok mentale lidelser helt dominerende og i Folkehelse utgjør den generiske helsekategorien om lag halvparten, mens den andre halvparten sprer seg jevnt på seks forskjellige sykdomsområder.



Figur 5 Forskningsrådets helseprosjekter i 2014 (712 prosjekter - 1 111 mill. kroner etter divisjon.

VEDLEGG 4

Forskningsrådets merkesystem (utdrag)

Definisjoner - Tematiske merkinger

Bedre helse og helsetjenester (HELSE)

Forskning som bidrar til kunnskap om helse og helsefremmende forhold, forebygging, reduksjon og behandling av sykdommer og funksjonsbegrensninger, og organisering og effektivisering av tjenestene i helse- og omsorgssektoren.

Basal biomedisinsk forskning (HELSEBASAL)

Forskning om grunnleggende biologiske mekanismer av betydning for forebygging, diagnose og behandling.

Klinisk forskning (HELSEKLIN)

Forskning innenfor anvendt og praktisk medisin som danner grunnlag for forebygging, diagnostisering, behandling og behandlingskvalitet, rehabilitering og kostnad-nytteanalyser.

Samfunnsmedisinsk og annen helsefaglig forskning (HELSESAMF)

Forskning om helsetilstanden i hele eller grupper av befolkningen; helserelatert forskning knyttet til samfunnsforhold, livsstil og miljø, sykdomsforebygging og helsefremme, pleie og rehabilitering, helse- og omsorgstjenester og helsesystemer.

Translasjonsforskning (HELSETRANS)

Dette er et underemne som, når det er relevant, skal benyttes i tillegg til minst to av underemnene over. Med translasjon menes forskning som utnytter kunnskap og metoder fra grunnleggende biomedisinsk forskning (se underemne 1 over) til utvikling av ny kunnskap om forebygging, diagnostisering og behandling av sykdom (se underemne 2 over), og hvor det inngår samarbeid mellom basalforskere og klinikere somforsker. Underemnet kan også dekke forskning og samarbeid mellom forskning og forskere i underemne 1 og/eller 2 med forskning og forskere i underemne 3.

Saksfremlegg



Sak 17/2016 Orientering fra HO21-sekretariatet

Type sak: Orienteringssak
Til: HO21-rådet
Fra: HO21-sekretariatet Hilde DGrindvik Nielsen, sekretariatsleder

Sak 17.1	HelseOmsorg21 – Årsrapport for 2015
Vedlegg:	Årsrapport for 2015
Ansvarlig:	HelseOmsorg21-sekretariatet Hilde G Nielsen, sekretariatsleder

Hovedpunkter

Vedlagt følger årsrapport for HelseOmsorg21 for 2015. Årsrapporten vil bli publisert på nettsiden til HO21 etter rådsmøtet 29.2.2016. Det vil bli laget en tilsvarende rapport hvert år.

Forslag til vedtak: *Årsrapporten for HelseOmsorg21 for 2015 tas til orientering.*

Sak 17.2	Kommunikasjonsplan for HelseOmsorg21-rådet
Vedlegg:	Kommunikasjonsplan for HelseOmsorg21-rådet for perioden 2016-2018.
Ansvarlig:	HelseOmsorg21-sekretariatet ved Geir Aas, kommunikasjonsrådgiver og Hilde G Nielsen, sekretariatsleder

Hovedpunkter

Jf. sak 07/16 (01/16) Arbeidsplan for Rådet for perioden 2016-2018. Rådet vedtok på møtet 25.1.2016 den foreslåtte arbeidsplanen for perioden 2016-2018.

Rådets hovedoppgave for de kommende år er å få alle relevante aktører til å arbeide i samme retning for å oppnå målene i HelseOmsorg21-strategien, i tillegg til at Rådet skal gi gode innspill til kommende statsbudsjetter og bidra til grunnlaget for budsjettprioriteringer i relevante institusjoner.

Saksfremlegg

På bakgrunn av dette så har sekretariatet utarbeidet en kommunikasjonsplan for Rådet, i første omgang for i år, 2016. Hensikten med å ha en egen kommunikasjonsplan for Rådet er å synliggjøre Rådets arbeid med HelseOmsorg21. For all kommunikasjon så er det hele tiden en avveining av tilstrekkelig kommunikasjon og riktig kommunikasjon til rett tid og på rett sted. Det er også viktig at rådsmedlemmene skiller mellom å kommunisere saker på vegne av

- Rådet (dvs. alle medlemmene) (rådsleder skal være orientert)
- noen få medlemmer i Rådet (navnene på hvem som er involvert bør komme tydelig frem, f.eks. navn på medlemmene i en arbeidsgruppe)
- seg selv/egen institusjon

HelseOmsorg21-sekretariatet oppfordrer rådsmedlemmene til å bidra med å kommunisere HO21 gjennom "sine" kommunikasjonskanaler.

Vedlagte kommunikasjonsplan er en plan for Rådet som en enhet. Planen inneholder aktiviteter som skal ivareta et samlet råd/anbefaling(er) fra Rådet. Hvis rådsmedlemmene har forslag til aktiviteter som bør inngå i kommunikasjonsplanen så bes det om at forslagene sendes sekretariatet.

Forslag til vedtak: *Kommunikasjonsplanen tas til orientering.*

Sak 17.3	Verdiskapningsanalyse for helsenæringen
Vedlegg:	Tilbud: Verdiskapningsanalyse helsenæringen, MENON
Ansvarlig:	HO21 Monitor v/Stig Slipersæter

Hovedpunkter

Oslo MedTech ønsker å samarbeide med Forskningsrådet og 11 andre aktører om prosjektet «Nøkkeltall- og verdiskapningsanalyse for helsenæringen». Hensikten med prosjektet å utviklet et felles begrepsapparat og tallgrunnlag for å kunne kommunisere effektivt og enhetlig om helsenæringen i Norge. MENON Business Economics har utarbeidet et tilbud på en slik analyse. Budsjett for prosjektet er 750 000 kroner. Det er ønsket at HO21 inngår i prosjektet med inntil kr 100 000. For dette beløpet så ønsker Forskningsrådet tilgang til og bruk av alle data som innhentes til analysen. Forskningsrådet ønsker også å bidra inn i kravspesifikasjonen for utarbeidelse av prosjektet. Prosjektet er lagt til HO21 Monitor som ledes av Stig Slipersæter, Forskningsrådet. MENON er ansvarlig for gjennomføring av prosjektet. Prosjektet avsluttes 1. mai 2016.

Forslag til vedtak: *Informasjon om verdiskapningsanalysen tas til orientering.*

Saksfremlegg

Sak 17.4	Rådsmøte 23.-24.oktober 2016
Vedlegg:	
Ansvarlig:	HelseOmsorg21-sekretariatet Hilde G Nielsen, sekretariatsleder

Hovedpunkter

Det ble vedtatt på rådsmøtet 25.1.2016 (01/16) å flytte vårens todagers møte til 23.-24. oktober 2016 og til NTNU (Trondheim).

Hvis rådsmedlemmene har noen helt spesielle ønsker for dette møtet (dvs. forslag til program søndag 23.10) , så bes det om at dette meldes sekretariatet.

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

Sak 17.5	Forløpige saker - rådsmøte 25. april 2016
Vedlegg:	
Ansvarlig:	HelseOmsorg21-sekretariatet Hilde G Nielsen, sekretariatsleder

Hovedpunkter

Følgende satsingsområder står foreløpig på agendaen for rådsmøtet i april:

- Høy kvalitet og internasjonalisering
- Forskning, innovasjon og utdanning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene – forslag til organisering
- evt satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn og/eller evt satsingsområde God styring og ledelse

Arbeidsgruppene har frist til **11. april** med å sende inn sine notat. Notatene sendes HO21-sekretariatet.



VEDLEGG

Sak 17/16



Årsrapport 2015

HelseOmsorg21 (HO21)

HelseOmsorg21

HelseOmsorg21 (HO21) er en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. HelseOmsorg21 skal legge til rette for en målrettet, helhetlig og koordinert nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon innenfor helse og omsorg. Målet med HO21 er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester.

HelseOmsorg21-rådet (Rådet)

I januar 2015 oppnevnte Helse- og omsorgsdepartementet HelseOmsorg21-rådet (Rådet). Rådet erstatter Topplederforum for HelseOmsorg21. Hovedoppgaven til rådet er å få alle relevante aktører til å arbeide i samme retning for å oppnå målene i strategien. I tillegg skal HO21-rådet følge med på utvikling og etablering HO21 Monitor. Rådet består av sentrale personer (30 personer) fra næringslivet, sykehussektoren, universitet- og høyskolesektoren, offentlig forvaltning, kommunesektoren og brukerorganisasjoner.

HelseOmsorg21-sekretariatet

Forskningsrådet fikk i juni 2015 sekretariatsansvaret for oppfølgingen av HO21. Dette ansvaret omfatter drift av sekretariatfunksjonen for Rådet, jf. utkast til mandat for Rådet og nettsiden, samt videreutvikling og drift av HelseOmsorg21 Monitor.

Antall møter og antall rådsmedlemmer

- **Antall rådsmøter:** 6 møter
- **Antall medlemmer i Rådet:** 27 medlemmer inkludert rådsleder

Oversikt over HO21- rådets medlemmer

Navn	Tittel	Institusjon
John-Arne Røttingen (leder)	Områdedirektør	Folkehelseinstituttet
Anne Lise Ryel	Generalsekretær	Kreftforeningen
Arnfinn Sundsfjord	Dekan medisin	Universitetet i Tromsø
Bernadette Kumar	Direktør	Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)
Bjørn Gustafsson	Dekan medisin	NTNU
Camilla Stoltenberg	Direktør	Folkehelseinstituttet
Cathrin Carlyle	Brukerrepresentant	Helse Nord RHF
Dagfinn Bjørgen	Landsleder	Mental Helse
Eirik Næss-Ulseth	Gründer og investor	
Erlend Smeland	Direktør for forskning, innovasjon og utdanning	Oslo universitetssykehus HF
Ernst Omenaas	Forskningssjef	Helse Bergen HF
Evy-Anni Evensen	Fylkesrådmann	Telemark
Fanny Duckert	Dekan samfunnsvitenskap	Universitetet i Oslo
Fredrik Syversen	Direktør næringsutvikling	IKT Norge
Guri Rørtveit	Leder for Allmennmedisinsk forskningsenhet	Uni Research Helse
Hilde Lurås	Forskningssjef	Akershus universitetssykehus HF
Håkon Haugli	Administrerende direktør	Abelia
Jesper W. Simonsen	Divisjonsdirektør	Norges forskningsråd
Karita Bekkemellem	Direktør	Legemiddelindustriens landsforening
Kathrine Myhre	Daglig leder	Oslo MedTech
Knut Magne Ellingsen	Styreleder	Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Maren Sogstad	Førsteamanuensis og	Høgskolen i Gjøvik

	senterleder	
Monica Wammen Nordtvedt	Dekan, avdeling for helse- og sosialfag	Høgskolen i Bergen
Svein Lie	Divisjonsdirektør, primærhelsetjenester	Helsedirektoratet
Tom Pike	Styreleder	Vaccibody AS
Tone Marie Nybø Solheim	Avdelingsdirektør for Helse og velferd	KS
Toril Bariusdotter Ressem	Viseadministrerende direktør	Innovasjon Norge

Økonomi og prosjektomfang

- **Rådsperiode:** 2015 - 2018
- **Disponibelt budsjett:** 3,5 mill. kroner
- **Finansieringskilde:** Helse- og omsorgsdepartementet

Oversikt over hvilke saker som har vært diskutert i Rådet i 2015

	Møte 1/2015	Møte 2/2015	Møte 3/2015	Møte 4/2015	Møte 5/2015	Møte 6/2015
Info om regjeringens handlingsplan	x		x			x
Rådets mandat og arbeidsform	x				x	
HO21-monitor		x			x	
Innspill til Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien:						
• Satsingsområdet Bedre klinisk behandling		x				x
• Satsingsområdet Helsedata som nasjonalt fortrinn		x				x
• Satsingsområdet Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde		x				x
• Satsingsområdet Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering			x			x
• Satsingsområdet Kunnskapsløft for kommunene			x			x
• Satsingsområdet Utvikling av de menneskelige ressursene			x			x

• Satsingsområdet Effektive og lærende tjenester			x			x
• Kunnskapsløft for kommunene			x			x
• Satsingsområdet Økt brukermedvirkning				x		x
• Satsingsområdet Møte de globale helseutfordringene				x		x
Andre saker:						
• Ønske om å etablere en dialogarena for oppfølging av de næringsrettede tiltakene i HO21-strategien				x		
• Forslag om å opprette en nasjonal møteplass kommune-Norge				x		
• Innovasjon og IKT - hvordan tilrettelegge for dette innen helse og omsorg				x		
• Om Helsedirektoratets arbeid med tjenesteinnovasjon					x	
• Fremtidsscenarier for helse- og omsorg					x	
• Forskning i, med og på kommunehelsetjenesten					x	

Viktigste aktiviteter

- Innspill til Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategie
- Starte arbeidet med oppfølgingen av tiltakene i HO21-strategien
- Inngå et samarbeid med Teknologirådet om scenarieprosjektet HO21

Handlinger utført

- Brev fra Rådet til Universitets- og høyskolerådet om en anmodning om at medlemsinstitusjonene i UHR vurderer behovet for å utvikle felles nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning i UoH-sektoren på tilsvarende måte som RHFene har utarbeidet (sept 2015).
- Brev fra Rådet til samarbeidsorganene med en anmodning om å vurderer å oppnevne representanter fra næringslivet som observatører til møtene i samarbeidsorganene (des 2015).

Prosjekter

- Scenarieprosjekt for helse- og omsorg.
- HelseOmsorg21-rådet har inngått et samarbeid med Teknologirådet om å gjennomføre et scenarieprosjekt for helse- og omsorg i 2016. Prosjektet har som mål å utvikle norsk fremtidstenkning innen helse og omsorgsfeltet. Fremtidstenkning for helse og omsorgssektoren skal bidra til å identifisere barrierer på veien mot målene og virkemidler for hvordan legge til rette for samfunnsansvarlig teknologiutvikling og innovasjon. Prosjektet skal gjennomføres i 2016.



HELSEOMSORG21

Kommunikasjonsplan

2016 – 2018

Versjon 19.2.2016

AKTIVITETER 2016

Budskap	Kanal	Målgruppe	Ansvarlige	Verktøy
Formidling av rådsarbeidet (minst en nyhet per møte, dvs. seks nyheter per år : Møte 25.1. – nyhet 29.1 Møte 29.2. – nyhet xx.x Møte 25.4. – nyhet xx.x Møte 12.9. – nyhet xx.x Møte 23.-24.10 – nyhet xx.x Møte 28.11. – nyhet xx.x	HO21-forside nyhet	Alle interesserte	Sekretariatet/Rådsleder	Egen nyhetssak per møte
	HO21-nyhetsbrev	Alle interesserte	Sekretariatet/Rådsleder	Egen nyhetssak per møte
Oppmerksomhet ifb med de prioriterte tiltakene som Rådet ønsker skal nå frem hos beslutningstakere og myndighetsorganer. Samt kommentarer til relevante hendelser F. eks pilot HO21 Monitor i helsedelen i Forskningsbarometeret – vår 2016,	Redaksjonelle artikler, pressemeldinger/leserinnelegg i media	Beslutningstakere og myndighetsorganer	Rådsleder/Rådet/sekretariatet	Intervju/pressemeldinger/Nyhetssak på nettsidene
	HO21-forside nyhet	Alle interesserte	Rådsleder/Rådet/sekretariatet	Intervju/pressemeldinger/Nyhetssak på nettsidene
	HO21-nyhetsbrev	Alle interesserte	Rådsleder/Rådet/sekretariatet	Intervju/pressemeldinger/Nyhetssak på nettsidene
	Medlemmenes dedikerte kanaler	Alle interesserte	Rådet	Intervju/pressemeldinger/Nyhetssak på nettsidene
Lansering og markedsføring av HO21	Media	Beslutningstakere og myndighetsorganer	Rådsleder/Rådet/sekretariatet	Intervju/pressemeldinger/Nyhetssak på nettsidene

Monitor – høst 2016	HO21-forside	Alle interesserte	Rådsleder/Rådet/sekretariatet	Intervju/pressemeldinger/Nyhetssak på nettsidene
	HO21-nyhetsbrev og	Alle interesserte	Rådsleder/Rådet/sekretariatet	Intervju/pressemeldinger/Nyhetssak på nettsidene
	Medlemmenes dedikerte kanaler	Alle interesserte	Rådet	Intervju/pressemeldinger/Nyhetssak på nettsidene
HO21 Scenarieprosess – gjennomføres i 2016 - Nyhet ved oppstart, nyheter underveis og en nyhet ifb med avslutningsverkstedet	HO21-forside nyhet	Alle interesserte	Rådsleder/sekretariatet	Intervju/pressemeldinger/Nyhetssak på nettsidene
	HO21-nyhetsbrev	Alle interesserte	Rådsleder/sekretariatet	Intervju/pressemeldinger/Nyhetssak på nettsidene
	Media	Beslutningstakere og myndighetsorganer	Rådsleder/sekretariatet/Teknol ogirådet	Intervju/pressemeldinger/egen kommunikasjonsplan

AKTIVITETER 2017

Budskap	Kanal	Målgruppe	Ansvarlige	Verktøy

AKTIVITETER 2018

Budskap	Kanal	Målgruppe	Ansvarlige	Verktøy

Dato: 4. januar 2016



Sørkedalsveien 10a

NO-0303 Oslo

Tlf: +47 41462142

Tilbud: Verdiskapingsanalyse helsenæringen

I det følgende skisseres et konkret forslag til en felles verdiskapingsanalyse for hele den norske helsenæringen. Forslaget diskuteres på møte hos NHO førstkomende fredag 8. januar.

Bakgrunn for og formål med prosjektet er beskrevet i vedlagte referat fra møte hos NHO 14. desember.

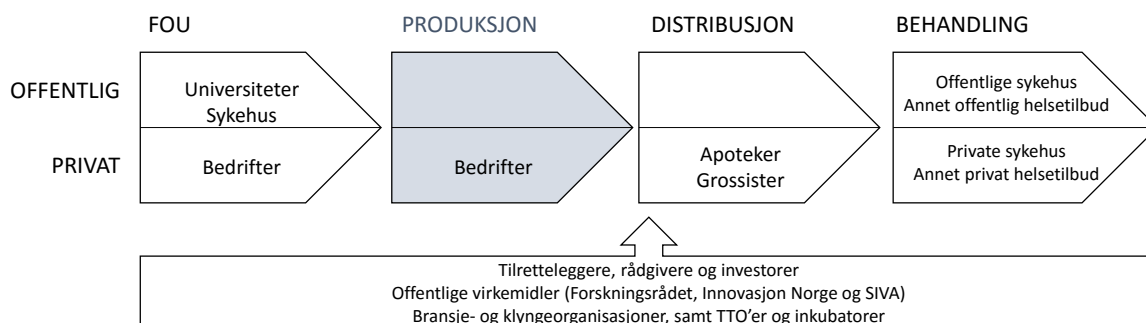
Tilbudet har følgende oppbygging:

- 1) Forslag til overordnet avgrensning og inndeling av næringen.
- 2) Innhold i rapporten
- 3) Kort om datakilder
- 4) Budsjett og fremdriftsplan

AVGRENSNING OG INNDELING

Et felles begrepsapparat og tallgrunnlag er nødvendig for å kunne kommunisere effektivt og enhetlig om helsenæringen i Norge. Det eksisterer i dag mange begreper og definisjoner av næringen, for eksempel helse, «life science», medisinske produkter, bioteknologi og legemiddelindustri. Det er viktig at oppdragsgiverne og Menon har en grundig prosess for å enes om en definisjon, avgrensning og inndeling som alle representerer hele næringen, og som er i overensstemmelse med hvordan næringen defineres internasjonalt. Som et utgangspunkt for denne prosessen foreslår vi en verdikjede-basert tilnærming, skissert nedenfor.

HELSE-VERDIKJEDEN



Helse-verdikjeden kan deles inn i fire hovedsteg:

- 1) FoU, som utføres av offentlige aktører som universiteter, forskningsinstitutter og sykehus, samt private bedrifter. Bedriftene spenner fra «big pharma» til spesialiserte oppstartsbedrifter som utvikler egen teknologi eller produkter.
- 2) Produksjon, det vil si bedriftene som produserer alle legemidler, utstyr og teknologi til medisinske formål, samt deres underleverandører.
- 3) Distribusjon, det vil si distributører, agenter, grossister og forhandlere av norske og utenlandske helseprodukter.
- 4) Behandling, det vil si spesialisthelsetjenesten (sykehus) og primærhelsetjenesten (allmennleger og kommunalt helse- og omsorgstilbud) og privat helsetilbud. Her kan det også være naturlig å inkludere den endelige sluttbrukeren, som får en stadig viktigere rolle: Pasienten/innbyggeren.

Skillet mellom offentlige og private aktører går på tvers av verdikjeden. FoU og Behandling domineres av offentlige aktører, men på begge områder er det også et bredt spekter av private aktører. Produksjon og distribusjon domineres av private aktører.

I tillegg til aktørene i verdikjedene har vi også lagt tre typer støtteaktiviteter inn i figuren;

- a) Tilretteleggere, rådgivere og investorer
- b) Virkemiddelaktører
- c) Bransje- og klyngeorganisasjonene

Alle disse tre aktørgruppene bidrar til å forsterke de fire leddene i verdikjeden, men er ikke naturlig å betrakte som en del av helsenæringen.

I figuren har vi markert produsentleddet med en bunnfarge. Vårt forslag er å definere dette leddet som selve helsenæringen – og dermed som kjernen i verdiskapingsanalysen. Samtidig tror vi det er viktig å ha med hele verdikjeden i beskrivelsen av næringen og i synliggjøring av næringens størrelse og betydning.

Inntil videre foreslår vi å benytte samme inndeling av produsentleddet som i Oslo Medtechs rapport fra 2015, det vil si i to hovedgrupper; legemidler og medisinske produkter og tjenester, hvorav sistnevnte igjen er inndelt i fem undergrupper:

- Biomedical
- Health ICT
- Industrial Biotech
- Medtech
- Service providers

Vi understreker at figuren med forklaringen bør leses som et utgangspunkt for diskusjonen på fredag.

Videre foreslår vi at både såkalt *produsentoverskudd* og *konsumentoverskudd* knyttet til helsenæringen beskrives. Produsentoverskuddet er verdiskapingen knyttet til næringsvirksomheten og arbeidsplassene i helsenæringen, mens konsumentoverskuddet er de samfunnsøkonomiske gevinstene knyttet til bedre og mer effektiv forebygging og behandling (økt produktivitet i helsevesenet) samt de helseøkonomiske gevinstene for befolkningen.

RAPPORTENS INNHOLD

Vi foreslår følgende struktur på og innhold i rapporten:

1. **Innledningskapittel**, hvor vi «setter scenen» og beskriver hva helsenæringen er, hva den gjør og hvordan den skaper verdier for samfunnet.

2. **Beskrivelse av verdikjeden**, samt beregning av sysselsetting og verdiskaping på hvert av leddene i verdikjeden
3. **Nøkkeltallanalyse av helsenæringen** (det vil si produsentleddet) som helhet, samt splittet opp i hoved- og undergrupper (legemidler, medisinske produkter osv). Vi beskriver og illustrerer utviklingen fra 2004 til 2014 (samt eventuelt estimerer for 2015) i følgende nøkkeltall:
 - a. Omsetning
 - b. Verdiskaping (lønnskostnader + EBITDA)
 - c. Sysselsetting
 - d. Produktivitet (verdiskaping per ansatt, samt evt. Totalfaktorproduktivitet)
 - e. Lønnsomhet (hovedvekt på driftsmarginer)
4. **Prognoser og fremtidsutsikter**. Ved hjelp av data fra regionsykehusene og andre kilder, kan vi lage prognoser for veksten i ulike markedssegmenter i Norge for årene fremover. Dette kan kombineres med bedriftenes egne vurderinger av vekstpotensial i Norge, Norden og internasjonalt. I tillegg kan markedsprisen på selskaper gi indikasjoner på vekstpotensialet innenfor ulike deler av næringen. Analyse av «pipeline» for norsk biotek/farma med inndeling i preklinisk, fase 1, fase 2 og fase 3 kan også inkluderes her.

Etter nøkkeltallanalysen foreslår vi fire tematiske kapitler:

5. **FUI – forskning, utvikling og innovasjon**. Formålet med kapittelet er dels å synliggjøre den omfattende FUI-aktiviteten i næringen og dermed det store verdiskapingspotensialet, men også å dokumentere behovet for kapitalvirkemidler for at potensialet skal bli realisert. Kapittelet vil inneholde statistikk over utviklingen i
 - a. FoU-investeringer
 - b. Patenter i Norge, USA og resten av verden
 - c. Innovasjonsindikatorer (basert på nasjonalt system for måling av forsknings- og innovasjonsresultater i helseforetakene)
 - d. Antall J-kurvebedrifter
6. **Internasjonalisering**. På den ene side er store deler av helsenæringen avhengig av det norske markedet, men samtidig er det utenfor Norge det store vekstpotensialet ligger. Det er derfor naturlig at vi setter søkelys på internasjonale markeder ved å dokumentere bedriftenes
 - a. Eksportandeler (skille mellom hoved- og undergrupper)
 - b. Flaskehalser mot internasjonalisering (markedstilgang, distribusjonskanaler, offentlig godkjenning osv)
7. **Norges vertskapsattraktivitet** for utenlandske konsern og investorer. Attraktivitet for internasjonale etableringer og investeringer er viktig,
 - a. både for at norske oppstartsbedrifter skal få tilgang til globale selskapers kompetanse, nettverk og distribusjonskanaler
 - b. og for at vi skal lykkes med å bygge komplette, internasjonalt konkurransedyktige klynger
 Attraktiviteten kan måles gjennom antall og størrelse på «greenfield-investeringer», oppkjøp og ventureinvesteringer.
8. **Samfunnsøkonomiske gevinster** knyttet til nye/forbedrede produkter og tjenester levert av helsenæringen. Vi inkluderer ikke beregninger av samfunnsøkonomiske effekter i budsjettet til dette prosjekter, men det er naturlig at vi skriver litt om temaet og anskueliggjør effektene med utgangspunkt i internasjonale studier.

Som vedlegg til rapporten foreslår vi å ha en ren faktadel, med tabeller på fylkes- og eventuelt regionnivå.

Det er også mulig å lage egne nøkkeltallanalyser for medlemmene i de enkelte klynge- og bransjeorganisasjonene.

Vi foreslår å lage et stort ppt-slidesett som oppdragsgiverne kan plukke fra til egne presentasjoner.

DATAKILDER

I tillegg til Menons egne regnskaps- og bedriftsdata, foreslår vi å gjennomføre en spørreundersøkelse i næringen (bl.a. for å måle eksportandeler, fremtidsforventninger, flaskehalser og patenter). Vi vil også benytte et bredt spekter av datakilder og rapporter, blant annet fra

- SSB
- Helsedirektoratet
- NIFU
- LMI
- Biotekforum
- Forskningsrådet

FREMDRIFT, GJENNOMFØRING OG BUDSJETT

Partner i Menon, Erik W. Jakobsen, vil lede prosjektet. Partner Erland Skogli vil være kvalitetssikrer og i tillegg ha ansvaret for kapittel 5 og 8. I tillegg vil seniorøkonom Ida Amble Ruge og analytiker Øystein Sørvig være medarbeidere i prosjektet.

Prosjektet kan starte umiddelbart og avsluttes innen 1. mai.

Budsjettet nedenfor er basert på samme kapittel-struktur som ovenfor (ekskl mva). Tidsbruken vil trolig kunne reduseres ved senere utgaver av rapporten, slik at totalsummen vil bli lavere.

Aktivitet	Antall timer	Timekostnad	Kostnad
Innledningskapittel	25	2000	50000
Verdiskapingsbeskrivelse, med data på sysselsetting og verdiskaping	50	1200	60000
Nøkkeltallanalyse	60	1500	90000
Prognoser og fremtidsutsikter	50	1800	90000
FUI	50	1500	75000
Internasjonalisering	35	1500	52500
Norges vertskapsattraktivitet	45	1500	67500
Samfunnsøkonomiske gevinster	35	1800	63000
Vedlegg: Fakta-tabeller	20	1200	24000
Utarbeide ppt-sett	25	1200	30000
Møter og prosjektledelse	30	2000	60000
Sum rapport	425	1558	662000
Design/layout av rapport (settes ut til ekstern aktør). Prisanslag:			100000

Erik W. Jakobsen og Erland Skogli
Menon Business Economics