

Til HO21-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
Dekan Fanny Duckert, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, UiO
Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
Leder for Allmenntilleggsforskning Guri Rørtveit, Uni Research Helse
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
Styreleder Knut Magne Ellingsen, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Førsteamanuensis og senterleder Maren Sogstad, Høgskolen i Gjøvik
Prodekan forskning Monica Wammen Nordtvedt, Høgskolen i Bergen
Kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen Kommune
Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS
Avdelingsdirektør for Helse og velferd Tone Marie Nybø Solheim, KS
Viseadministrerende direktør Toril Bariusdotter Ressem, Innovasjon Norge

Vår saksbehandler/tlf.	Vår ref.	Oslo
Hilde D G Nielsen, +4740922260	15/11465	19. november 2015
	Deres ref.	

Innkalling til HelseOmsorg21-rådsmøte 06/15

Dag: Tirsdag 1. desember 2015

Tid: kl 11-16

Sted: Ingeniørenes Hus Møtesenter, Kronprinsens gate 17, Oslo

Vedlagt følger forslag til saksliste og saksdokumenter.

Vel møtt!

Med vennlig hilsen

Norges forskningsråd

Hilde Grindvik Nielsen

Sekretariatsleder HO21

Divisjon for Samfunn og helse



Møte i HelseOmsorg21-rådet (06/15)

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

Sted: *Ingeniørenes Hus Møtesenter*, Kronprinsens gate 17, Oslo

Saksliste

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



Sak 18/15 Godkjenning av referatet

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

Vedlegg til saken: Vedlegg 1: Referat fra HO21-rådsmøte 19.10.2015 (05/2015)
Vedlegg 2: Rådets arbeidsform, oppdatert 27.10.2015

Hovedpunkter

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

Vedtak: *Referatet ble godkjent av Rådets leder 9.11.2015 (ref. Rådets arbeidsform).*



Sak 19/15 Spørsmål om habilitet

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

Hovedpunkter

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

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



Sak 20/15 Presentasjon av Regjeringens plan for oppfølging av HelseOmsorg21- strategien

Type sak:

Til: HO21-rådet

Fra: Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg til saken: Regjeringens plan for oppfølging av HO21-strategien vil bli sendt HO21-rådet etter at handlingsplanen er offentliggjort av Helse- og omsorgsdepartementet (handlingsplanen offentliggjøres i slutten av november).

Bakgrunn

Handlingsplanen for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien vil bli lansert i slutten av november. Handlingsplanen har som mål å vise hvordan regjeringen skal følge opp de 10 prioriterte satsingsområdene i HelseOmsorg21-strategien på kort og lang sikt.

Mange av tiltakene i strategien følges i dag opp av Helse- og omsorgsdepartementet og andre departementer. Hensikten med handlingsplanen er at den skal gi en grundigere og systematisk oversikt over oppfølgingsarbeidet innenfor de ti satsingsområdene i strategien.

Oppfølgingen av HelseOmsorg21 skjer også i tilknytning til oppfølgingen av langtidsplanen for forskning og høyere utdanning.

Innledning

Presentasjon av Regjeringens plan for oppfølging av HO21-strategien v/avdelingsdirektør Maiken Engelstad, HOD.



Sak 21/15 Gjennomgang av tiltakene i HO21-strategien

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

Vedlegg til saken: Vedlegg 1: Oversikt over tiltakene i HO21-strategien (excel-fil)
Vedlegg 2: Oversikt – saker som har vært diskutert i HO21-rådet i 2015

Bakgrunn

Sekretariatet ble på oktoberrådsmøte bedt om å lage en oversikt over alle tiltakene i HO21-strategien. I vedlagte regneark finner dere en oversikt over strategiens 10 satsingsområder med tilhørende tiltak.

Hovedpunkt

Rådsmedlemmene bes om til møte å innhente informasjon om status for arbeidet med de tiltakene rådsmedlemmene arbeider med.

For de som av dere som har tid og anledning så vil vi sette stor pris på om dere kan fylle inn i vedlagte regneark i forkant av møte og sende regnearket til sekretariatet **innen utgangen av torsdag 26. november** (stikkordsform i kolonnen "Status").

Vi vil på møte i desember gå gjennom satsingsområde for satsingsområde og tiltak for tiltak.

Oppsummering:



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

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

Vedlegg til saken:

Bakgrunn

Kunnskaps- og kompetansesentrene har som hensikt å være viktige aktører for utvikling av helse-, omsorgs- og velferdstjenester nasjonalt, regionalt og lokalt. Sentrenes samfunnsoppdrag og primære oppgave skal være å støtte kvalitetsutvikling av tjenesteapparatet gjennom praksisutvikling, kompetansebygging, samordning og nettverksbygging. Sentrene er opprettet med den hensikt å styrke kunnskapssvake og prioriterte områder, bl.a. innen allmennmedisin, omsorgstjenester, barnevern, psykisk helse og rusfeltet. De retter seg både mot kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Sentrene skal bygge bro mellom forskning og praksis, og skal bidra til at kunnskapsbaserte beslutninger tas i tjenestene og i forvaltningen. Kunnskaps- og kompetansesentrene skal gjøre kunnskap tilgjengelig ved å være pådrivere for at kunnskap oppsummeres og spres, implementeres og evalueres, at resultater følges opp og blir en del av kvalitetsutviklingsprosessen.

Innledning

Rådsmedlem Svein Lie, Helsedirektoratet, vil i møte orientere om de ulike typene kunnskaps- og kompetansesentre, bl.a. hvordan de er organisert, hvordan de styres og hvordan de finansieres.

Oppsummering:



Sak 23/15 Orienteringssaker

Type sak: Orientering

Til: HO21-rådet

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

Forhåndsinnmeldte orienteringssaker

23.1 Satsingsområdet Møte de globale helseutfordringene (Sak 3/15) - oppfølging

Konklusjon fra møte 31.8.2015:

"Rådet ønsker at Forskningsrådet sammen med Innovasjon Norge innkaller UoH sektor, helseforetakene, Abelia, Oslo Medtech, instituttsektoren og Norsk forum for global helseforskning til et møte for å diskutere aktuelle virkemidler/finansieringsordninger for innovasjon og næringsutvikling relatert til global helse".

Kort orientering om status for arbeidet v/rådsmedlem Jesper Werdelin Simonsen, Forskningsrådet.

23.2 Utvikling av en verdikjede for presisjonsmedisin

Norge skal bygge opp og forvalte verdensledende helseinformasjonsdatabank

Innspill til Regjeringens plan for HelseOmsorg21

Vedlegg: Prosjektbeskrivelse sendt Statsråd Bent Høie og Statssekretær Anne Grethe Erlandsen, Helse- og Omsorgsdepartementet, 18.11.2015.

Prosjektet er et konkret forslag til hvordan det gjennom en større satsing kan bidra til å løse store helseutfordringer i Norge og globalt, samtidig som ved å bygge på norske fortrinn og potensial, bidrar til en bedre og mer effektiv helsetjeneste og pasientbehandling, utvikling av et bærekraftig helsevesen, og samtidig utvikler et Norsk næringsliv innenfor helse.

Prosjektet er utformet og støttes av følgende representanter i rådet for HelseOmsorg21: Mona Skaret/Toril Bariusdotter Ressem fra Innovasjon Norge, Anne Lise Ryel fra Kreftforeningen, Karita Bekkemellem fra Legemiddelindustrien (LMI), Håkon Haugli fra Abelia, Kathrine Myhre fra Oslo Medtech og Eirik Næss-Ulseth. Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) støtter initiativet, som også er drøftet med Forskningsrådet.

Kort orientering fra rådsmedlem Kathrine Myhre, Oslo Medtech og rådsmedlem Eirik Næss-Ulseth.

VEDLEGG

Sak 18/15



Referat fra møte i HO21-rådet

Dato:	Mandag 19. oktober 2015, kl 11.00 – 17.00
Sted:	Forskningsrådet, Drammensveien 288, 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
 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
 Dekan Fanny Duckert, Det samfunnsvitenskapelig fakultet, UiO
 Leder for Allmennmedisinsk forskningsenhet Guri Rørtveit, UniHelse
 Forskningsjef 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
 Førsteamanuensis og senterleder Maren Sogstad, Høgskolen i Gjøvik
 Prodekan forskning Monica Wammen Nordtvedt, Høgskolen i Bergen
 Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
 Direktør Tom Pike, Vaccibody AS

Forfall:

Direktør Bernadette Kumar, Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)
 Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet
 Landsleder Dagfinn Bjørgen, Mental Helse
 Forskningsjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF
 Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
 Styreleder Knut Magne Ellingsen, FFO sentralt
 Avdelingsdirektør for Helse og velferd Tone Marie Nybø Solheim, KS
 Visadministrerende direktør Toril Bariusdotter Ressem, Innovasjon Norge

Innledere:

Leder av HO21-arbeidsgruppe, spesialrådgiver Stig Slipersæter, Forskningsrådet (sak 11/15)
 Leder av Teknologirådet Tore Tennøe, Teknologirådet (sak 12/15)
 Fagleder FoU Jon Anders Drøpping, KS (sak 13/15)

Fra Teknologirådet:

Prosjektleder Hilde Lovett, Teknologirådet (sak 12/15)

Fra Helse- og omsorgsdepartementet:

Fagdirektør Hjørdis Møller-Sandborg

Fra Helsedirektoratet:

Seniorrådgiver/Forskningskoordinator Nils Olav Refsdal

Fra Forskningsrådet, HO21-sekretariatet:

Konsulent Erlend Sand Bruer

Spesialrådgiver Hilde Grindvik Nielsen (*referent*)

Saksliste

Sak 07/15	Godkjenning av sakslisten
Sak 08/15	Godkjenning av referat
Sak 09/15	Spørsmål om habilitet
Sak 10/15	Rådets arbeidsform
Sak 11/15	HO21-monitor
Sak 12/15	Scenarier for helse og omsorg
Sak 13/15	Kanalisering av forskningsressurser innrettet mot kommunehelsetjenesten og Nasjonal pådriver for forskning - forskning i kommunesektoren
Sak 14/15	Om arbeidet med tjenesteinnovasjon
Sak 15/15	Orienteringssaker
Sak 16/15	Eventuelt

Sak 07/15 Godkjenning av sakslisten

Vedtak: Sakslisten godkjennes.

Sak 08/15 Godkjenning av referat

Saksdokument: Utkast til referat fra møte 31.8.2015 (04/2015)

Utkast til referat ble sendt HO21-rådet 4.9.2015. Det kom ingen merknader til referatet innen fristen 11.9.2015.

Vedtak: Referatet godkjennes.

Sak 09/15 Spørsmål om habilitet

Habilitet ble vurdert i forbindelse med de oppførte sakene.

Vedtak: Ingen av medlemmene er inhabile.

Sak 10/15 Rådets arbeidsform

Saksdokument: Rådets arbeidsform

Momenter fra diskusjonen:

- Rådet ønsker å være et råd.
- Diskusjon rundt hvem og hva Rådet er? Hvilken rolle skal sekretariatet ha? Vanskelig å se hvem som har ansvar for hva.
- Utfordringer mtp oppnevningen – rådsmedlemmene er personlig oppnevnt. Men dersom endret arbeidssituasjon gjør fortsatt medlemskap lite relevant eller vanskelig, bør dette tas opp av den enkelte og behandles sak for sak. Det er ikke ønskelig med vararepresentanter for rådsmedlemmene (dette mtp kontinuitet i Rådet).
- Rådet bør ha en plan for hvordan Rådet skal følge opp HO21-strategien.
- Det er et ønske om langsiktig planlegging av rådets oppgaver fremover.

Rådets hovedoppgaver:

- å bidra til en koordinert og helhetlig oppfølging av HO21-strategien
- å følge opp Regjeringens handlingsplan for HO21-strategien

Rådets virkemidler:

- å gi råd
- møteplassfunksjon
- diskusjonsfora

Rådet ønsker en oversikt over hva som har vært diskutert på rådsmøtene i 2015.

Vedtak:

Rådet vedtar forslag til arbeidsform for Rådet med de endringene som ble gitt i møtet. Ved behov kan Rådets arbeidsform bli tatt opp til diskusjon på senere rådsmøter.

Sak 11/15 HO21-monitor

Saksdokument: HelseOmsorg21-monitor – status og noen problemstillinger

Det ble våren 2015 etablert en arbeidsgruppe for å utrede og implementere HO21-monitor.

Følgende punkter ble diskutert med Rådet:

- avgrensning av innholdet i monitoren
- identifisering av aktuelle datakilder for bruk i monitoren
- drøfting av hvordan ulike datakilder kan sees i sammenheng
- drøfting av hvordan Health Research Classification System (HRCS) kan tas i bruk i monitoren

Innledning ved leder av arbeidsgruppen for HO21-monitor Stig Slipersæter, Forskningsrådet.

Momenter fra diskusjonen:

- Rådet er opptatt av output (publikasjoner) og fremgang med arbeidet med monitoren
- Det ble påpekt at oppdateringen ikke tok for seg måling av parametere for innovasjon og næringsutvikling, noe som er ment å være en viktig del av HO21-Monitor.
- Det er viktig å ha en plan for hvordan registrere fagområdene som umiddelbart ikke passer inn i f.eks. HRCS. Man bør unngå store "samlebokser" – det vil føre til lav nytteverdi. HRCS er ikke egnet for alle deler av helse- og omsorgssektoren.
- Det er viktig å tenke på ressursinnsats ift registrering – dette i kombinasjon med hva som gir best kvalitet. Spørsmål om profesjonell registrering – hvor mye betyr det hvem som registrerer. Opplæring av forskere er svært ressurskrevende. Det ble foreslått at registrering bør skje via Cristin.
- Det ble påpekt at primærhelsetjenesten (PHT) er dårlig representert i arbeidsgruppen for HO21-monitor. Det er viktig å få definert hva som er rettet mot PHT (forskning for og forskning i PHT).
- Resultater fra næringslivet må registreres på et vis – både omsetting og verdiskaping. Dette må ses i sammenheng med Innovasjon Norge.
- Oslo Medtech informerte: Oslo Medtech har sammen med MENON Business Economics gjennomført en verdiskapings- og nøkkeltallanalyse for Oslo Medtechs medlemmer og for medical products-næringen i Norge for de siste fire årene. Analysen er

strukturert slik at denne gjennomgangen av næringen kan gjentas som en årlig oppfølgingsanalyse, slik at næringsutviklingen innen medical products blir dokumentert med en årlig statistikkoppfølging.

- Det ble referert til seminaret arbeidsgruppen for HO21-monitor arrangerte onsdag 14. oktober. Til seminaret var Dr. Jim Carter fra Medical Research Council (MRC) invitert. Det ble på seminaret påpekt viktighetene med standardisering av både faglig innhold og opplæring av de som skal merke. Det er også viktig å ikke gjøre for mange særskilte norske vrier, dette mtp at Norge må kunne sammenligne seg med andre land. Forskningsrådet har ingen konkret oversikt over hvor mange ressurser Forskningsrådet bruker på dette.
- Registrering av brukermedvirkning bør standardiseres på et vis. Det er utfordrende og svært ressurskrevende.
- Det jobbes med en innovasjonsindikator for sykehusene på oppdrag fra HOD.
- Det bør ses på hvordan man kan ivareta elementer som er helt spesielle for Norge.

Oppsummering:

- PHT bør være representert i arbeidsgruppen. Stig Slipersæter ser på dette sammen med Guri Rørtveit og Maren Sogstad.
- Monitoren bør ivareta impact mål, dvs. lisenser, patenter, selskaper.
- HRCS bør tilpasses norske forhold, samtidig som vi ikke må miste grunnlaget for å kunne sammenligne oss med andre land.
- Arbeidsgruppen for HO21-monitor bør spesielt se på følgende:
 - Hvordan sikre at omsorgsperspektivet blir ivaretatt
 - Hvordan sikre at ikke-kliniske diagnoser blir ivaretatt
 - Det bør være mulig å hente ut data fra både PHT og spesialisthelsetjenesten
 - Det bør være mulig å fange opp humsam-relevante helseprosjekter
 - Viktig å tenke bred tilnærming slik at f.eks. social care, som andre land har med i sitt helsebegrep, kan ivaretas.

Sak 12/15 Scenarier for helse- og omsorg

Saksdokument: Prosjektskisse – scenarier for helse- og omsorg

I et møte mellom Teknologirådet og HO21-rådet 28. september 2015 ble mulighetene for en scenarieprosess om helse- og omsorgssektoren i Norge diskutert. Teknologirådet har utarbeidet et prosjektforslag til hvordan dette kan gjennomføres.

Innledning ved leder av Teknologirådet Tore Tennøe.

Momenter fra diskusjonen:

- spørsmål rundt hvordan håndtere stordata. Hvordan ta ut Norges fortrinn med stordata?
- bør det tenkes videre enn bare forskning

- bruker og teknologiaspektet må ses i sammenheng. Hva er mulige konsekvenser med tilgang til så store mengder data?
 - o Likhetsprinsippet – rett til samme behandling uavhengig inntekt
 - o Kompetanse – hva slag type kompetanse vil det være behov for
 - o Hvordan håndtere konsekvensene av scenariene som kommer fremover
- Viktig å tenke hva scenariene skal bygge på:
 - o befolkningssammensetning
 - o teknologi og samhandling
- fornuftig å gjennomføre scenarieøvelse – system i eksisterende systemer
- spørsmål hvordan scenarieprosessen vil virke inn på FoU i sektoren
- foresight = metodikk
- persontilpasset medisin og teknologi
- Hva skal være scenariene?
 - o stiliserte fremtidsbilder? Hvilke drivere?
 - mobil/teknologi
 - persontilpasset medisin
 - demografi
 - at helsesystemene bryter sammen pga endringer i finansiering
 - individuell teknologiutvikling
 - hva er felleskapets ansvar vs individets?
 - hvilke spørsmål skal stilles?
 - Hva er det i FoU-systemet som gjør at vi ikke kan håndtere fremtiden?

Vedtak:

Rådet ønsker å gjennomføre en scenarieprosess for helse- og omsorgssektoren i samarbeid med Teknologirådet. Teknologirådet er ansvarlig for prosessen, gjerne i samarbeid med Innovasjon Norge og/eller andre interesserte. Rådet ønsker at aktivitet 3. *Avslutningsverkstedet* (se prosjektskissen) bør være et felles møte sammen med Teknologirådet

Sak 13/15 Kanalisering av forskningsressurser innrettet mot kommunehelsetjenesten og Nasjonal pådriver for forskning - forskning i kommunesektoren

Saksdokument:

Kanalisering av forskningsressurser innrettet mot kommunehelsetjenesten
Nasjonal pådriver for forskning - forskning i kommunesektoren

Satsing på forskning rette mot primærhelsetjenesten
Innledning ved rådsmedlem Guri Rørtveit, UniHelse

Infrastruktur for forskning og innovasjon med, i og for kommunene
Innledning ved fagleder FoU Jon Anders Drøpping, KS.

Momenter fra diskusjonen:

- kommunehelsetjenesten = primærhelsetjenesten (PHT) = førstelinjetjenesten
- Hva er forskning i PHT? Hva er forskning *mot* PHT? (metodologisk og juridisk)
- Mangler en oversikt over output ift PHT
- Hvordan sikre nasjonale mål?
 - finansieringssystemer/basisfinansiering
 - infrastruktur
 - Utdanning/praksisplasser
 - samspill med næringslivet (FogI-strukturer + næringslivet)
 - kultur- og holdningsendring
 - behov for koordinasjon av kommunene
 - behov for bestillerkompetanse
 - behov for kompetente forskere i kommunesektoren
 - Det er ønskelig med en organisatorisk og styringsmessig helhetstenkning.

Rådet ønsker en orientering om status for kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Vedtak:

Det opprettes en arbeidsgruppe bestående av Tone Marie Nybø Solheim, KS, Arnfinn Sundsfjord, UiT, Guri Rørtveit, UniHelse, Hilde Lurås, AHUS HF og Maren Sogstad, HiG. KS v/Jon Anders Drøpping deltar som sekretariat for gruppen. Gruppen skal til rådsmøtet 25. januar 2016 utarbeidet et notat om hvordan kommunesektoren kan og bør innrettes mot forskning. Notatet sendes HO21-sekretariatet innen fredag 8. januar 2016.

Sak 14/15 Om arbeidet med tjenesteinnovasjon

Saksdokument: Om arbeidet med tjenesteinnovasjon

Helsedirektoratet fikk i 2015 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede et nasjonalt system som kan tilrettelegge for tjenesteinnovasjon regionalt og lokalt i samarbeid med tjenesten og andre relevante aktører.

Innledning ved rådsmedlem Svein Lie, Helsedirektorat

Momenter fra diskusjonen:

- tjenesteinnovasjon i spesialisthelsetjenesten er avhengig av ildsjeler
- det finnes mange gode ideer, men det skorter på ressurser
- Hvordan rigge sektoren til tjenesteinnovasjon?
- behov for ny forskning vs. læring av andre sektorer som har gjennomført store tjenesteinnovasjonsprosjekter (overføringsverdi)
- mangler midler til implementering.
- behov for ny kunnskap og kompetanse på anvendelse

- lite tjenesteinnovasjon i primærhelsemeldingen
- viktig å holde på begrepsbruken – bør unngå å vanne ut begrepet
- Kunnskapstriangelet – behov for fogUogI
- i dag: stort etterslep i kommunene – ressursene går til å "rydde i skapet".
- Behov for tilskuddsmidler.
- Tjenesteinnovasjon strander på implementering
- Behov for en samleparaply for tilskuddsmidler
 - det er rom for eksperimentering, men ikke rom for drift
- Bør alt forskes på? Det kan bli lenge å vente på at alle ideer er utforsket.
- Tjenesteinnovasjon må inn i utdanningene. Kommunalsektor må rustes
- God ledelse er viktig.
- Gjennom dagens finansieringsmodell så er det ikke tilrettelagt for å kunne utvikle de gode tjenestene.

Oppsummering:

- Det er behov for tilrettelegging av tjenesteinnovasjon lokalt og nasjonalt.
- Det er et stort behov for en verktøykasse på feltet.
- Det bør ses på hva Rådet kan bidra med på feltet.

Sak 15/15 Orienteringssaker

15.1 Symposium om global helse tirsdag 23. februar 2016

HO21-rådet inviteres til å delta på symposium om global helse 23.02.2016.

Dato: tirsdag 23.2.2016

Arrangør: HOD og UiO

Sted: UiOs lokaler i sentrum (Gamle festsal og Professorboligen)

Målgruppe: HO21-rådet, RHF-ene, de store universitetene og relevante etater i helseforvaltningen, samt UD og Norad.

Mer informasjon kommer.

15.2 Økt kunnskap om brukermedvirkning i utdanning, forskning og innovasjon, brev sendt Universitet- og høgskolerådet 14.9.2015

Brevet fra Rådet vil bli behandlet i Nasjonal fagstrategisk enhet for helse- og sosialfagutdanning 23. november 2015. Det vil deretter legges opp til en prosess for hvordan dette skal presenteres for de aktuelle fag- og profesjonsrådene.

Sak 16/15 Eventuelt

Ingen saker.

Neste møte: tirsdag 1. desember, Ingeniørenes Hus Møtesenter (Kronprinsens gate 17 (rett ved Nationaltheatret)), kl 11- 16.

Rådets arbeidsform

1. Rådsmøter og andre drøftingsformer

Rådet møtes 4-6 ganger per år, etter behov. Møtedatoene for rådsmøtene fastsettes for et halv år om gangen, på siste møte før nyttår, og på siste møte før sommeren.

Det er ønskelig at det opprettes mindre arbeidsgrupper bestående av 3-6 rådsmedlemmer ved forberedelse av enkeltsaker.

2. Innmelding av saker

Sekretariatet skal bringe inn saker på dagsordenen, i tillegg til at rådsmedlemmene/departementene/direktoratene også kan melde inn saker til Rådet.

3. Utsendelse av sakspapirer og referat fra rådsmøtene

Innkalling og saksdokumenter vil bli sendt fra sekretariatet *senest 10 dager* før rådsmøtet. Utkast til referat fra rådsmøtet sendes Rådet *senest en uke* etter rådsmøte. Referatene godkjennes av rådets leder etter at endringsforslag er ivaretatt.

4. Publisering av agenda og referat fra rådsmøtene på nettsiden til HO21

En nettbasert utgave av agendaen for rådsmøtene skal publiseres på nettsidene til HO21 *etter* at sakslisten er sendt rådsmedlemmene. Et kort referat med vedtak for de enkelte sakene publiseres etter at referatet er godkjent. Rådet kan velge å gå ut med konklusjoner fra enkeltsaker direkte etter møtet om det er hensiktsmessig.

5. Melding om fravær

Fravær ved rådsmøtene meldes sekretariatet så fort som mulig. Rådsmedlemmene er personlig oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet og skal ikke representeres ved stedfortreder eller annen form for vararepresentant på rådsmøtene. Melding om lengre fravær sendes departementet og sekretariatet.

6. Habilitet

HelseOmsorg21-rådet er underlagt bestemmelsene jf. forvaltningsloven § 10. Rådets medlemmer skal i aktuelle saker si fra i god tid om forhold som gjør - eller kan gjøre – rådets medlem inhabil.

- Håndtering av inhabilitet
Rådsmedlemmer skal, dersom de vurderes som inhabile, ikke delta i diskusjonen eller utforming av vedtak, men kan være observatører under behandling av den aktuelle saken.

7. Rådet vil behandle følgende type saker:

- **Ordinære saker - vedtakssaker**

Mål: Rådet fatter et vedtak på saken i møtet. Vedtaket vil i hovedsak være råd/anbefalinger som rettes mot relevante aktører og/eller departementer.

- **Diskusjonssaker**

Mål: Hensikten med diskusjonssakene er å få belyst enkeltsaker slik at rådsmedlemmene kan ta med seg momenter fra diskusjonen til f.eks. beslutningstakere i egen organisasjon og/eller andre relevante fora. Det vil ikke bli fattet vedtak i saken i møtet.

- **Orienteringssaker**

Orienteringssaker skal meldes rådsleder og sekretariatet i forkant av eller senest ved starten av rådsmøtet.

Ved innmelding av saker, bes det om at rådsmedlemmene oppgi hvordan de ønsker saken skal behandles.

8. Kommunikasjon

- Rådsleder uttaler seg på vegne av rådet, og sekretariatet bistår rådsleder i informasjonsarbeidet, ved behov.
- Det oppfordres til at rådsmedlemmene er aktive i formidling i og av rådets arbeid i de fora hvor det er relevant.
- Rådets medlemmer kan i enkelte tilfeller bes om å delta på seminarer/konferanser på vegne av Rådet (presentasjon/innlegg). Alle konferanse/seminar-forespørsler skal meldes sekretariatet. Konferanse/seminar-forespørsler som mottas via nettsiden til HO21 vil i samråd med rådsleder videreformidles til det/de aktuelle rådsmedlemmet/ene.
- Rådet skal bistå i formidlingsarbeid via nettside og andre relevante kanaler.

VEDLEGG

Sak 21/15

Saker som har vært diskutert i Rådet per 27.10.2015

	Februar	Mars	Mai	August	Oktober
Info om regjeringens handlingsplan	x		x		
Rådets mandat og arbeidsform	x				x
HO21-monitor Status: arbeidet pågår i arbeidsgruppen for HO21-monitor		x			x
Satsingsområdet Bedre klinisk behandling Diskusjonssak		x			
Satsingsområdet Helsedata som nasjonalt fortrinn Diskusjonssak		x			
Satsingsområdet Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde Diskusjonssak		x			
Satsingsområdet Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering Diskusjonssak			x		
Satsingsområdet Kunnskapsløft for kommunene Diskusjonssak			x		
Satsingsområdet Utvikling av de menneskelige ressursene Diskusjonssak			x		
Satsingsområdet Effektive og lærende tjenester Diskusjonssak			x		
Kunnskapsløft for kommunene Status: sak på januarmøtet			x		
Satsingsområdet Økt brukermedvirkning <i>Konklusjon:</i> Rådet sender et brev til UHR med en anbefaling om at UoH sektoren bør vurdere å gjennomføre en tilsvarende prosess som den nasjonale arbeidsgruppen til RHFene og vurdere hvordan brukermedvirkning bør inngå i forsknings- og innovasjonsprosjekter i sektoren. <i>Status:</i> brev sendt Universitet- og høgskolerådet 14.9.2015				x	
Satsingsområdet Møte de globale helseutfordringene <i>Konklusjon:</i> Rådet ønsker at Forskningsrådet sammen med Innovasjon Norge innkaller UoH sektor, helseforetakene, Abelia, Oslo Medtech, instituttsektoren og Norsk forum for global helseforskning til et møte for å				x	

diskutere aktuelle virkemidler/finansieringsordninger for innovasjon og næringsutvikling relatert til global helse. Status:					
Ønske om å etablere en dialogarena for oppfølging av de næringsrettede tiltakene i HO21-strategien Ses i sammenheng med saken Fremtidsscenarier for helse og omsorg Konklusjon: Samarbeid med Teknologirådet om scenarieprosesser for helse og omsorg Status: Teknologirådet leder arbeidet				x	
Forslag om å opprette en nasjonal møteplass kommune-Norge Ses i sammenheng med saken Forskning i, med og på kommunehelsetjenesten Konklusjon: Det nedsettes en intern arbeidsgruppe i Rådet med deltakere fra KS. Status: diskuteres videre på januarmøtet				x	
Innovasjon og IKT - hvordan tilrettelegge for dette innen helse og omsorg Status: diskuteres videre på senere rådsmøter				x	
Om Helsedirektoratets arbeid med tjenesteinnovasjon Orienteringssak					x
Fremtidsscenarier for helse- og omsorg Ses i sammenheng med saken Ønske om å etablere en dialogarena for oppfølging av de næringsrettede tiltakene i HO21-strategien Konklusjon: Samarbeid med Teknologirådet om scenarieprosesser for helse og omsorg Status: Teknologirådet leder arbeidet					x
Forskning i, med og på kommunehelsetjenesten Konklusjon: Det nedsettes en intern arbeidsgruppe i Rådet med deltakere fra KS. Status: diskuteres videre på januarmøtet					x

Sjette og siste møte i 2015 er tirsdag 1. desember.

VEDLEGG

Sak 23/15

Utvikling av en verdikjede for presisjonsmedisin

Norge skal bygge opp og forvalte verdensledende helseinformasjonsdatabank

Innspill til Regjeringens plan for HelseOmsorg21

Innspillet er utformet og støttet av følgende representanter i rådet for HelseOmsorg21: Mona Skaret/Toril Bariusdotter Ressem fra Innovasjon Norge, Anne Lise Ryel fra Kreftforeningen, Karita Bekkemellem fra Legemiddelindustrien (LMI), Håkon Haugli fra Abelia, Kathrine Myhre fra Oslo Medtech og Eirik Næss-Ulseth. Næringslivets hovedorganisasjon (NHO) støtter initiativet, som også er drøftet med Forskningsrådet.

Store utfordringer

Helse- og omsorgssektoren står foran fundamentale utfordringer de neste årene. Norge bruker allerede flest offentlige kroner per innbygger på helse i hele verden. Fremover blir det færre yrkesaktive som skal finansiere velferdsstaten, samtidig som det blir langt flere eldre. Medisinsk utvikling og teknologiske muligheter gjør at vi alle kommer til å stille større krav til helse- og omsorgstjenester.

Næringslivet er en del av løsningen

Den nasjonale strategien HelseOmsorg21 slår fast at næringslivet må være en del av løsningen på mange av utfordringene i helse- og omsorgssektoren. Vi har gode forutsetninger for å lykkes: Et godt helsevesen, fremragende forskningsmiljøer og unike data fra helseregistre, biobanker og store helseundersøkelser. Dette er fortrinn som gir grunnlag for å levere både effektive løsninger til helsesektoren og et konkurransedyktig innovativt næringsliv med globalt nedslagsfelt.

Tid for handling

Et Norge i omstilling trenger nye arbeidsplasser og flere bein å stå på. Da må vi knekke koden for innovasjon mellom offentlig og privat sektor. Vi trenger handling raskt. La oss ta tak i konkrete utfordringer og mobilisere eksisterende næringsliv for å designe nye løsninger i samarbeid med offentlige aktører.

Basert på unike norske fortrinn kan vi lage en verdikjede og analysetjenester for presisjonsmedisin med tilbud til pasienter og deres leger over hele verden. Med verdikjede menes en kjede av aktører, i hovedsak bedrifter, som skal kunne utføre de tjenestene som er nødvendige fra sekvensering til analyse av genetisk informasjon i kombinasjon med annen medisinsk informasjon om pasienten. Utviklingen av slike tjenester vil gi leger og pasienter raske svar på hvilken behandling som passer best – basert på genetikken til hver enkelt pasient. Slike svar kan omfatte både etablerte behandlinger og klinisk utprøving. Dette er et svært ambisiøst mål å sette, men som er nødvendig om vi skal bygge en næring av en viss størrelse.

Gevinster for pasienten og samfunnet

Verdikjeden med analysetjenester vil bidra til at pasienter får den beste behandlingen, og helsetjenesten sparer penger ved å unngå dyr overbehandling uten effekt. Samfunnet får en

gevinst ved at det skapes verdifulle arbeidsplasser og at flere pasienter blir friske og kommer ut i arbeid. Den raskt økende mengde av forespørsler fra enkeltpasienter om spesifikke behandlinger må baseres på medisinsk analyse knyttet til den enkelte pasient, og ikke basert på generell informasjon om mulige behandlinger.

Globalt marked og unike forskningsmuligheter

Tjenestene skal kunne tilbys pasienter over hele verden, og garantere sikker lagring av biologisk materiale og resultater fra analysene. Satsningen skal bl.a. omfatte sentrale kreftsykdommer og kroniske sykdommer, og vil bygge opp en omfattende global biobank der data kan anonymiseres og kobles med eksisterende norske biobanker. Dermed vil satsingen også understøtte forskning og gi verdifull kunnskap som bidrar til bedre diagnostikk og nye behandlingsmetoder. Norge kan utnytte sin posisjon som et stabilt og regulert samfunn til å bygge opp og forvalte verdens ledende databank for helseinformasjon.

Budsjett og forankring

Utvikling og drift av en verdikjede for presisjonsmedisin vil kreve et samarbeid mellom norsk næringsliv, offentlige aktører og internasjonale selskaper. Et slikt samarbeid vil i seg selv bidra til økte muligheter for fremtidig næringsutvikling. Satsingen vil også kreve en betydelig kunnskapsoppbygging som vil inkludere de akademiske miljøene innen området livsvitenskap og IKT/Big data.

Det bør umiddelbart etableres en arbeidsgruppe som får ti måneder til å utarbeide og legge frem et forslag til detaljert beskrivelse av satsningen og hvordan den kan realiseres og driftes med partnere, herunder utviklingskostnader, finansiering, og driftsinntekter og -kostnader. Satsingen bør ha ambisiøse mål om å løse de adresserte utfordringene og bidra til utvikling av en ledende helsenæring. Arbeidsgruppen bør ledes av et miljø med erfaring fra å bringe sammen de riktige aktørene fra etablert næringsliv, IT- og oppstartbedrifter, helsesektoren, pasienter, brukere, investorer og forskningsmiljøer. I første fase vil satsingen trenge et budsjett i størrelsesorden sju millioner kroner.

Nr	Økt brukermedvirkning -TILTAK	Tiltakene iverksettes ved:	Status	Tidsplan
1	For å øke brukermedvirkningen i offentlige finansierte kliniske studier, innføres krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planleggingen av studien.	→ Ved utlysning av forskningsmidler vil søknader med aktiv involvering av brukere, bli positivt vurdert. Ansvar: Forskningsfinansiører	▪ Forskningsrådet: Brukermedvirkning - et eget krav og vurderingskriterie i utlysningene ▪ RHF-ene: Brukermedvirkning - et eget krav og vurderingskriterie i utlysningene ▪ Nytt virkemiddel - Behovsidentifisert forskning: en modell utviklet i Forskningsrådet ▪ Annet:	
2	Etablere samarbeid mellom industrien, det offentlige og brukerorganisasjonene for å øke brukermedvirkningen i industrifinansierte studier.	→ Regelverk og utlysninger for klinisk forskning tar inn bestemmelser om brukermedvirkning. Ansvar: HOD og forskningsfinansiører	▪ Forskningsrådet: samarbeid/møter med brukerorganisasjonene ▪ HOD: ▪ Andre kommentarer:	
3	Forskningsinstitusjonene må utarbeide retningslinjer og iverksette tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskningens ulike faser, herunder økt brukermedvirkning i utforming (design) av forskningsprosjekter.	→ Utarbeidelse av institusjonelle retningslinjer for brukermedvirkning i forsknings- og innovasjonsprosesser. Ansvar: Forskningsinstitusjonene	▪ Forskningsinstitusjonene: ▪ Andre kommentarer:	
4	Systematisk dialog og samarbeid om brukermedvirkning mellom forskningsinstitusjonene og pasient- og brukerorganisasjonene.			
5	Minoritetsperspektivet må inkluderes i brukermedvirkning, spesielt i studier som angår tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester.			
6	Etablering av ordninger for å la brukerne bygge kompetanse i rollen som brukerrepresentant.	→ Etablering av kurs og andre kompetansefremmende tiltak for brukere. Ansvar: Brukerorganisasjonene	▪ Brukerorganisasjonene: ▪ Andre kommentarer:	
7	Helse- og omsorgsektoren må innføre prosesser for innovative anskaffelser og benytte dialogkonferanser med brukere og relevant næringsliv/leverandører.	→ Helse- og omsorgsektoren utnytter brukernes og leverandørenes kompetanse ved innovative anskaffelser. Ansvar: Kommuner og HFene	▪ Kommuner: ▪ HF-ene: ▪ Andre kommentarer:	

Rådet har:

sendt brev til UHR med en anbefaling om at UoH sektoren bør vurdere å gjennomføre en tilsvarende prosess som den nasjonale arbeidsgruppen til RHFene og vurdere hvordan brukermedvirkning bør inngå i forsknings- og innovasjonsprosjekter i sektoren (september 2015).

Nr	Næringspolitisk satsingsområde - TILTAK	Tiltakene iverksettes ved	Status	Tidsplan
8	Styrke norsk næringsutvikling gjennom økt samspill med akademia, helseforetak og kommuner. Samspillet mellom Helsedirektoratet, helseforetak, akademia, kommuner, brukere og næringslivet, må forbedres betydelig. Det må være insentiver for og en naturlig oppgave for helseforetak, universiteter, høyskoler og kommuner å medvirke til næringsutvikling gjennom samarbeid med næringslivet. Det må også være tilbud om kunnskap, forskningsresultater, kompetanse og infrastruktur til næringslivet. I den forbindelse må det etableres bedre insentiver innenfor helsetjenestene og akademia med belønning av patenteringer, innovasjoner, lisensiering og selskapsdannelser. For å bygge kompetanse og kultur fra grunnen, må det innføres stimulerende obligatorisk innovasjons- og entreprenørskapsopplæring i de relevante natur- og samfunnsvitenskapelige og helse- og omsorgsrettede utdanningene. En ny ordning med innovasjonstraineer må være del av opplæringen.	→ Økt samspill mellom næringslivet og det offentlige, samt oppbygging og drift av infrastruktur for utprøving og testing. Ansvar: Næringslivet og forskningsinstitusjonene	- Næringslivet: - Forskningsinstitusjonene:	
9	Nytt strategisk virkemiddel for innovasjonsprosjekter i næringslivet for utvikling, verifisering, demonstrering og pilotering av helse- og omsorgsinnovasjoner for tjenestene og for et raskt voksende privatmarked. Støtteandelen må være på samme nivå som støtteandelen for bedrifter i Horisont 2020. Resultater fra innovasjonsprosjektene må bringes inn i innovative anskaffelser slik at FoU-resultater kommer til anvendelse mye raskere enn i dag.	→ A t støtteandel for næringslivet i FoU-prosjekter blir på linje med Horisont 2020. Ansvar: NFD	NFD:	
10	Økt kapitaltilgang for norske helse- og omsorgsbedrifter. Mangel på offentlig så vel som privat kapital i fasene fra verifisering og frem til og med venturekapital, er et stort hinder for etablering, overlevelse og vekst i helse- og omsorgsbedrifter. Vi anbefaler derfor: → Innføre skatteinsentiver for investorer i innovasjonstunge tidligfase bedrifter. → Etablere to såkornfond med asynkron løpetid målrettet innenfor helse og omsorg, slik at det sikrer konkurranse og kontinuitet → Endre mandat og instruksjon til Argentum og Investinor for investeringer i helse- og omsorgsbedrifter, eller inkludere denne type fond som en del av nytt strategisk virkemiddel foreslått ovenfor. → Innføre et eget tiltak innenfor Skattefunn der forskningsbaserte tidligfase-bedrifter tilbys en refusjonsramme (skattefradrag) på 35 %. Den generelle timesatsen for SkatteFU NN økes til normal timeprissats for brukerstyrt forskning. → I nnføre en «Helse- og omsorgsmyggordning» etter modell fra «Oljemyggordningen» i olje- og gassindustrien.	→ Et nytt strategisk virkemiddel for innovasjonsprosjekter i næringslivet knyttet til innovative anskaffelser, forvaltet av Forskningsrådet. Ansvar: NFD og Forskningsrådet	- NFD: 2016 - st.prp. 1S - to nye såkorn + pre såkornsfond - Skattefunn: Etablerertilskuddsordningen	

11	Innovative anskaffelser – markedsadgang og innovasjonssystem. Innovative anskaffelser i det offentlige med fokus på oppnåelse av «beste og neste praksis», bør benyttes aktivt som næringsfremmende tiltak. Innovative anskaffelser bør være den foretrukne anskaffelsesmetode. Det må stimuleres til anskaffelser der det stilles krav til kvalitet, funksjonalitet og interoperabilitet, og ikke forhåndspesifisert teknologivalg. Offentlige aktører må utnytte handlingsrommet som ligger i reglene for offentlige anskaffelser, i tråd med nasjonal strategi for økt innovasjonseffekt av offentlige anskaffelser.	→ 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	▪ NFD: ▪ HF-ene: ▪ Kommunene:	
12	IKT -arkitektur/funksjonelle grensesnitt må etableres, som muliggjør at næringslivet på en effektiv måte kan gjøre sine løsninger interoperable med andre løsninger i helse- og omsorgssektoren («en gang for alle løsninger»). IKT -arkitekturen/grensesnitt må benyttes i tiltaket «Teknisk infrastruktur for utprøving og testing» for blant annet demonstrasjon og benchmarking av løsninger.	→ Etablering av IKT -arkitektur med funksjonelle grensesnitt for effektivt å gjøre nye IKT -løsninger interoperable med andre løsninger. Ansvar: HOD, Helsedirektoratet og næringslivet	▪ HOD: ▪ Helsedirektoratet: ▪ Næringslivet:	
13	Infrastruktur for utprøving og testing (utprøvingssentre/testbeds) må bygges opp og driftes, med deltakelse fra næringslivet, for utprøving og testing av både ny diagnostikk, legemidler, medisinsk utstyr, informasjonsløsninger og velferdsteknologi. Infrastrukturen må bygges med et internasjonalt perspektiv der samarbeid etableres med internasjonale aktører for å oppnå best mulige tjenester og datatilfang. Næringslivet må gis tilgang til kompetanse og fasiliteter i form av laboratorier, helseregistre, biobanker, testfasiliteter, utstyr og teknisk ekspertise hos akademika, helseforetak, kommuner og industriinkubatorer. Det må etableres en støtteordning for storskalate testing av løsninger med spesielt stort helse- og omsorgspotensial.	→ Tilrettelegging for næringsutvikling fra helse og omsorgsforvaltning. Ansvar: HOD, Legemiddelverket og NFD	▪ HOD: ▪ Legemiddelverket: ▪ Næringslivet: ▪ Andre kommentarer:	
14	Innovasjon og næringsutvikling må innlemmes i norsk helse- og omsorgsforvaltning. Forsknings- og innovasjonsprosjekter skal ha tilgang til regulatorisk rådgivning og kompetanse. Et eksempel er at Statens legemiddelverk får mandat og ressurser til å etablere et nasjonalt innovasjons- og veiledningskontor for å støtte norsk legemiddelforskning og norske SMEer.	→ Rask utredning av provenyeffekt, forventet virkning og nødvendig organisering av tiltakene under kapitalbehov. Ansvar: NFD og FIN	▪ NFD: ▪ FIN: ▪ Andre kommentarer:	
	Rådet har vedtatt:			
	å samarbeide med Teknologirådet om prosjektet scenarieprosesser for helse og omsorg			

Nr	Kunnskapsløft for kommunene - TILTAK	Tiltakene iverksettes ved:	Status	Tidsplan
15	Kommunenes medvirkningsansvar for forskning forsterkes og tydeliggjøres ved å omfatte deltakelse i samarbeid om og finansiering av forskning på regionalt nivå og deltakelse i utviklingen av en instituttsektor for kommunesektoren. Dette må ledsages av en nasjonal konkurransearena for forskning for, i, med og på kommunene. På sikt, når finansieringen er på plass, må det vurderes å gi kommunene et fullt sørge-for-ansvar som sidestiller kommunesektoren samlet med spesialisthelsetjenesten, uten et krav om at forskningen skal gjennomføres av den enkelte kommune. Forskning bør ikke være en lovpålagt oppgave for enkeltkommuner. Det må sikres en opptrapping av en total finansiering til en slik satsing med 200 mill. kroner i første år og med lik fordeling regionalt og nasjonalt, økende til 1 mrd. kroner per år etter fem år. Dette tilsvarer ca 1 % av kommunenes investeringer i helse- og omsorgstjenester.	→ Et ansvar for forskning for en samlet kommunal sektor realiseres gjennom regionale samarbeidsløsninger, en statlig basisfinansiert instituttsektor kombinert med midler til en nasjonal konkurransearena for forskning for, i, med og på kommunene. En opptrapping av grunnfinansieringen til en slik satsing må sikres i første omgang til 0,2 %, og på sikt til 1 % av kostnadene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Deler av dette må finansieres gjennom kommuneøkonomien. Ansvar: Kommunene (KS), KMD og HOD	▪ KS: ▪ KMD: ▪ HOD: ▪ Andre kommentarer:	
16	Det må utvikles et innovasjonssystem for hele bredden av kommunenes virksomhet som sikrer incentiver, risikoavlastning, mobilisering, gjennomføring og samarbeid med forskningsinstitusjoner, helse- og omsorgstjenester og næringsliv. Dette må være en naturlig del av det brede nasjonale og de regionale innovasjonssystemene. Et godt innovasjonssystem for kommunene vil være en god investering som bidrar til at kommunene kan løse sine oppgaver med mindre ressursinnsats. Regjeringen må gjennom en opptrappingsplan på 10 år sikre finansiering som tilsvarer 10 % av realveksten i kommunenes inntekter.	→ Etablere og finansiere en bred innovasjonsarena for kommunesektoren. Ansvar: KMD i samarbeid med NFD og kommunene	▪ KMD i samarbeid med NFD og kommunene: ▪ Andre kommentarer:	

17	Det må utvikles nye regionale samarbeidsorganer for forskning mellom kommunene og forsknings- og utdanningsinstitusjonene. Disse må ha tett dialog med eksisterende regionale samarbeidsorgan mellom helseforetakene og universitetene. Det må utvikles en helhetlig instituttsektor for kommunene gjennom en videreutvikling av dagens kompetanse-, kunnskaps-, utviklings- og forskningssentre som er innrettet mot kommunenes behov (se Noen utvalgte områder). Det må forutsettes at disse tydelig knyttes opp til forsknings- og utdanningsmiljøer (UoH-sektor) og til kommunesektoren, og får en målrettet kvalitetsforbedring gjennom nasjonale tiltak. De regionale forskningsmidlene rettet mot kommunenes behov bør forvaltes av denne instituttstrukturen på tilsvarende måte som RHFene forvalter spesialisthelsetjenestens midler. Det må utvikles en helhetlig instituttsektor for kommunene gjennom en videreutvikling av dagens kompetanse-, kunnskaps-, utviklings- og forskningssentre som er innrettet mot kommunenes behov (se Noen utvalgte områder). Det må forutsettes at disse tydelig knyttes opp til forsknings- og utdanningsmiljøer (UoH-sektor) og til kommunesektoren, og får en målrettet kvalitetsforbedring gjennom nasjonale tiltak. De regionale forskningsmidlene rettet mot kommunenes behov bør forvaltes av denne instituttstrukturen på tilsvarende måte som RHFene forvalter spesialisthelsetjenestens midler.	→ Etablere en instituttstruktur/-sektor for kommunene. Ansvar: HOD og KMD	▪ KMD:	
18	Midlene til forskning og innovasjon for, i, med og på kommunene må omfatte (1) langsiktig basisfinansiering til ovennevnte instituttsektor, (2) medfinansiering av virkemidler, for eksempel Offentlig sektor-ph.d og partnerskapsprosjekter etter modell fra Nederland og England, (3) fordeling på regionale konkurransearenaer og 4) fordeling på en nasjonal konkurransearena. Utlysninger gjennom Forskningsrådets programmer og satsing på foregangskommuner er viktig for å sikre kvalitet og samspill med det bredere forsknings- og innovasjonssystemet. Dette er særlig avgjørende i en oppbyggingsfase. De regionale fordelingsarenaene er viktige for å sikre eierskap og bred implementering. Det må utvikles fleksible løsninger som gjør at kommuner enkeltvis, eller fortrinnsvisi samarbeid, kan bli aktive partnere i forskning og innovasjon.	→ Etablere nye regionale samarbeidsorganer for kommunene. Ansvar: Kommunene, UoH-sektor, KD , KMD og HOD	▪ KOMmunene: ▪ UoH-sektor: ▪ KMD: ▪ HOD: ▪ KD	
19	Det må utvikles god infrastruktur for forskning på kommunenes helseutfordringer med et nasjonalt register for kommunale helse- og omsorgstjenester, og forskningsnettverk for allmennleger, tannleger og andre helsepersonellgrupper, også gjerne tverrprofesjonelt.	→ F orskningsrådet forventes og gis mulighet til å bidra til finansiering av forskning for, i og med og på kommunene på deres ansvarsområder for å sikre kvalitet i det nye forskningssystemet for kommunene. Dette er kritisk viktig i en oppbyggingsfase. Ansvar: HOD, KD , KMD , og Forskningsrådet	▪ HOD: ▪ KD: ▪ KMD: ▪ Forskningsrådet	

20	Kommunene må få en lovpålagt plikt til å bidra med praksisplasser for studenter i medisin, helse- og sosialfag på linje med plikten innenfor opplæringsloven for praksisplasser for lærer- og førskolelærerstudenter. Det må følge øremerket finansiering med studentene fra UoH-sektor.	→ Utvikle et system for og finansiering av praksisplasser for studenter innenfor relevante profesjonsutdanninger i kommunene. Ansvar: KD , kommunene, UoH-sektor	▪ KD: ▪ kommunene: ▪ UoH-sektor:	
----	--	--	--	--

Rådet har vedtatt - Forslag om å opprette en nasjonal møteplass kommune-Norge:
å nedsette en intern arbeidsgruppe i Rådet med deltakere fra KS. Saken skal diskuteres på januarmøtet.

--	--	--	--

Nr		Helsedata som nasjonalt fortrinn - TILTAK	Tiltakene iverksettes ved:	Status	Tidsplan
20	Enklere og bedre regelverk og forvaltning	Igangsette en samlet gjennomgang av lovverket for å forenkle det, og gjøre tilgang til data enklere og sikrere.	→ Igangsette en større lov- og forskriftsgjennomgang på området. Ansvar: HOD og forskningsinstitusjonene	▪ HOD: ▪ Forskningsinstitusjonene: ▪ Andre kommentarer:	
21		Utrede hvor reservasjonsrett er egnet som alternativ til samtykke.	→ Benytte e-helsesatsingene, Nasjonalt helseregisterprosjekt og Biobank Norge der det er hensiktsmessig for å iverksette tiltakene. Ansvar: HOD, KD , Helsedirektoratet og Forskningsrådet	▪ HOD: ▪ KD: ▪ Hdir: ▪ Forskningsrådet: ▪ Andre kommentarer:	
22		Utrede forskrift for og/eller rammegodkjenning av aktører som skal bruke data fra helseregistre og/eller gjenbruke helsedata til analyse, forskning og innovasjon, fremfor forhåndsgodkjenning av enkeltprosjekter i REK og andre instanser. Dette bør kombineres med å styrke tilsynet av denne typen virksomhet.	→ Gjennomgå organiseringen av helseregistrene og dataforvaltningen, og vurdere ett nasjonalt data-/registerforvaltningsorgan som kan gi tilgang til data og utføre forskertjenester. Dette kan for eksempel være i form av én nasjonal søknadsinstans. Det bør vurderes om dette kan knyttes til infrastrukturprosjektene som Norges forskningsråd finansierer, det vil si «Helseregistre for forskning» og «RAI RD» (Remote Access Infrastructure for Register Data). Ansvar: HOD og Forskningsrådet	▪ HOD: ▪ Forskningsrådet: ▪ Andre kommentarer:	
23		Muliggjøre innføring av tidsfrister for utlevering/tilgang til data fra flest mulig av datakildene, gjennom en tilrettelagt infrastruktur tilsvarende det som gjelder for sentrale helseregistre i dag.	→ 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 (STA RS) i Danmark. Ansvar: HOD	▪ HOD: ▪ Andre kommentarer:	
24		Sikre at oppfølgingen av «én innbygger – én journal» og andre e-helsesatsinger ivaretar sekundære formål som analyse, forskning og innovasjon, og sørge for at helsedata kan gjenbrukes til slike sekundære formål.	→ Etablere en nasjonal satsing på minst 100 mill. kroner årlig for registerbaserte studier og bidrag til etablering av nasjonale sykdomsbaserte forskningsbiobanker med finansering fra relevante departementer og regionale helseforetak. Ansvar: KD , HOD, ASD , KMD og RHFene	▪ Helsedirektoratet - rapport høsten 2015 (oppdrag fra HOD) ▪ KD: ▪ ASD: ▪ HOD: ▪ Forskningsinstitusjonene: ▪ Andre kommentarer:	
25		Forenkle kobling av data, inkludert kobling til sosioøkonomiske data og andre data fra andre sektorer.			
26		Innføre deling av data som hovedprinsipp. Det vil si at registerdata og kliniske data blir tilgjengelige også til bruk på tvers av og utenfor foretak/kliniske enheter. Utarbeide felles nasjonal prispolitikk for tilgang til registerdata og biologisk materiale fra helsetjenestene.			
27	Modernisere teknologiske løsninger og forvaltning av helsedata	Videreutvikle innebygget personvern i all forvaltning av helsedata gjennom å utvikle spesifikke prinsipper og krav for innebygget personvern basert på Datatilsynets retningslinjer.			

28		Strukturere data i helse- og omsorgstjenestene i større grad, og sikre at disse kan høstes automatisk til gjenbruk i helseregistre.			
29		Legge til rette i helseforetakene og kommunene for gjenbruk av helseregisterdata til kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon			
30		Gi innbyggerne tilgang til egne registerdata og tilgjengelig informasjon om hva data brukes til.			
31		Bruke nye teknologiske løsninger som utvikles for de primære formålene, ikke spesifikke registreringer til enkeltformål og/eller enkeltregistre.			
32		Etablere felles nasjonale systemer for tilgang til data, saksbehandling og koblinger til bruk i analyse, forskning og innovasjon – én portal for søknader og tilgang.			
33		Vurdere endringer i de organisatoriske løsningene for sekundær bruk av helsedata, inkludert organiseringen og forvaltningen av de nasjonale helseregistrene.			
34	Utvide datagrunnlaget	Etablere Kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR) med data fra helsestasjoner, skolehelsetjenesten, fastleger, sykehjem og andre aktører i primærhelsetjenestene, inkludert private aktører.		Helsedirektoratet - KPR ▪ Andre kommentarer:	
35		G jennomføre regelmessige nasjonale befolkningsbaserte helseundersøkelser blant annet ved å bygge videre på eksisterende helseundersøkelser som Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), Tromsøundersøkelsen og Den norske mor og barnundersøkelsen (MoBa).			Pågående
36		Etablere utvidet nasjonalt legemiddelregister basert på innholdet i Reseptregisteret med data fra sykehus, sykehjem og andre institusjoner, og med nødvendig klinisk informasjon.			
37	Videreutvikle biobanker og biobanktjenester	Styrke satsingen på storskala infrastruktur i Biobank Norge.			

38		Etablere et nasjonalt biobankregister etter dansk modell som gir informasjon om hvor ulike prøver finnes og hvem som forvalter dem.			
39		Etablere nasjonale sykdomsbaserte prospektive forskningsbiobanker og andre forskningsbiobanker basert på rutinemessig innsamlete prøver fra helsetjenesten og fra screeningprogrammer (for eksempel nasjonal kreftbiobank og nyfødtscreeningens biobank).			
40		Gjennomføre storskala analyser av biologisk materiale for å gjenbruke data i stedet for å forbruke biologisk materiale.			

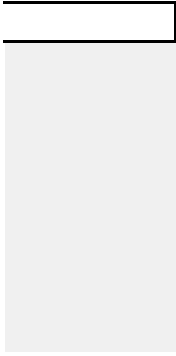
Nr	Bedre klinisk behandling - TILTAK	Tiltakene iverksettes ved:	Staus	Tidsplan
41	Etablere god infrastruktur for kliniske studier av høy kvalitet i henhold til den internasjonale standarden Good Clinical Practice (GCP). Styrke etableringen og videreutviklingen av kliniske utprøvningsenheter ved de norske universitetssykehusene, slik at kravene til ansvarlig studiegjennomfører (sponsor) kan oppfylles. Etablere forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelsetjenesten som kan koordinere kliniske studier.	→ Infrastruktur, utprøvningsenheter og støttefunksjoner for kliniske studier må styrkes ved universitetssykehusene. Ansvar: RHFene	▪ Forskningsnettverk: "Allmenntann" /Allmennmedisinske forskningseneheter ▪ RHF-ene ▪ Andre kommentarer:	
42	Sikre at NorCRIN, vår nasjonale koordineringsenhet og nettverk for kliniske studier, har kunnskap om kapasitet og kompetanse i universitetssykehusene, andre helseforetak og i forskningsnettverk for kommunehelsetjenesten så eksterne oppdragsgivere kan betjenes trygt, raskt og punktlig. Dyktiggjøre NorCRIN-nettverket for gjennomføring av flerregionale og internasjonale multisenterstudier, spesielt sponsoroppgavene i flerregionale akademiske studier.			
43	Motivere universitetssykehusene og samarbeidspartnere til å delta aktivt i nasjonale, nordiske og internasjonale nettverk, som for eksempel Nordic Trial Alliance og European Advanced Translational Research Infrastructure in Medicine (EAT RIS).			
44	Knytte ressurser og infrastruktur for kliniske studier til fremragende kliniske forskningsmiljøer rettet mot spesialist- og kommunehelsetjenesten. Slike kompetente klynger vil styrke attraktiviteten for norsk forskning og innovasjon gjennom bedre synliggjøring av deres eksistens. Dette kan ses i sammenheng med utviklingen av Sentre for klinisk helseforskning (se avsnittet om Høy kvalitet og internasjonalisering).	→ Infrastruktur, utprøvningsenheter og støttefunksjoner for kliniske studier må styrkes ved universitetssykehusene. Ansvar: RHFene	▪ SKH - Forskningsrådet - oppdrag fra HOD ▪ RHF-ene: ▪ Andre kommentarer:	
45	Skape insentiver for deltakelse og inkludering i kliniske studier, slik at avdelinger og klinikker i universitetssykehus i større grad definerer klinisk utprøving som en av sine oppgaver – med nødvendig ressursallokering – for å yte et fullstendig behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det må skapes finansielle insentiver for dette, eksempelvis ved særskilt å finansiere studiesykepleiere og annet støttepersonell, frikjøp av leger og lignende.	→ Skape insentiver for involvering i kliniske studier. Ansvar: RHFene og HFene	▪ RHF-ene: ▪ HF-ene: ▪ Andre kommentarer:	
46	Prøve ut ordninger med særskilte takster i kommunehelsetjenesten og nye mekanismer innen innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten, som insentiv for deltakelse og inkludering i kliniske studier.			
47	Aktiv deltakelse i forskningsarbeid knyttet til kliniske studier bør bli meritterende i legers spesialistutdanning, og få positiv innvirkning på karriere- og lønnsutvikling.	→ Vurdere endringer i finansieringssystemene for å gi insentiver for inkludering i kliniske studier og utprøvende behandling. Ansvar: HOD	▪ HOD: ▪ Andre kommentarer:	

[illegible]

Nr	Effektivt og lærende tjenester - TILTAK	Tiltakene iverksettes ved:	Staus	Tidsplan
50	Styrke fler- og tverrfaglig forskning og utvikling av helsetjenesten for å øke kunnskapen om effekter av dagens og morgendagens organisasjons-, styrings-, samarbeids- og finansieringsmodeller, og om hva som hemmer og fremmer implementering av ny kunnskap og innovasjon i tjenestene.	→ Det etableres en samordnet nasjonal satsing på helse- og omsorgstjenesteforskning på minst 200 mill. kroner årlig for å styrke kunnskapen om organisering, effektivitet og kvalitet i tjenestene, og for å styrke kvaliteten i tjenesteforskningen og innovasjonsevnen i tjenestene. Satsingen inkluderer et nytt Stort program i Forskningsrådet, og samarbeid mellom Forskningsrådet, dagens regionale samarbeidsorgan mellom RHFene og universitetene og de nye regionale samarbeidsorganene for kommunene. Midlene bør kunne søkes av alle miljøer og institusjoner. Ansvar: Forskningsrådet, HOD, ASD , BLD , KD , KMD og RHFene	▪ Forskningsrådet - HELSEVEL - oppstart april 2015 - 10 årig ▪ HOD/ASD/BLD/KD: HELSEVEL ▪ KMD: ▪ RHF-ene: ▪ Andre kommentarer:	
51	Styrke forsknings- og innovasjonssamarbeid mellom helseforetak, academia, kommuner og næringsliv for å skape mer effektive og brukerorienterte tjenester.	→ Helsedirektoratet, InnoMed, DIFI , DogA, Innovasjon Norge og Forskningsrådet bør i samarbeid utarbeide veiledere for tjenesteinnovasjon. Ansvar: HOD, NFD og KMD	▪ Helsedirektoratet - oppdrag fra HOD ▪ NFD: ▪ KMD: ▪ Andre kommentarer:	
52	En koordinert og helhetlig tildeling av midler til utviklingstiltak og forsøksvirksomhet, og krav om robuste evalueringer av utprøvinger og forsøksvirksomhet så kunnskap om gode modeller kan spres.	→ Utredning av organiseringen av et helhetlig nasjonalt system som kan tilrettelegge for tjenesteinnovasjon regionalt og lokalt. Ansvar: HOD, NFD og KMD	▪ Helsedirektoratet - oppdrag fra HOD ▪ NFD: ▪ KMD: ▪ Andre kommentarer:	
53	Tilrettelegge for bedre systematikk i innovasjonsarbeidet i tjenestene. Dette inkluderer metodikk for behovskartlegging, brukermedvirkning og ide, evaluering, implementering og spredning.	→ De nye samarbeidsorganene mellom kommunene og forskningsinstitusjonene får regionalt ansvar for tildeling av deler av tilskuddsmidlene til utprøving og tjenesteinnovasjon i kommunene, midler som i dag tildeles av Helsedirektoratet og Fylkesmannen. Prosjektene bør være av en viss størrelse, og det må være krav til metodikk for systematisk brukermedvirkning, evaluering og spredning av resultatene. Ansvar: HOD og Helsedirektoratet	▪ Helsedirektoratet ▪ HOD: ▪ Andre kommentarer:	
54	Styrke kompetansen på tjenesteinnovasjon gjennom et helhetlig nasjonalt system med regionale sentre, som dekker både kommunene og helseforetakenes behov.			
55	Gjennomføre kontrollerte forskningsunderstøttede forsøk med betalings og finansieringsmodeller i helse- og omsorgstjenestene, som premierer pasientnytte og funksjon for å stimulere til innovasjon.			

Nr	Møte de globale helseutfordringene - TILTAK	Tiltakene iverksettes ved:	Staus	Tidsplan
56	Helsetjenesten og utdanningssektoren får global helse som del av sitt oppdrag for å bygge kapasitet i Norge. Globalt helseperspektiv, med migrasjonshelse/innvandrerhelse inkluderes i alle helsefagutdanningene. Det bør være naturlig for alle vitenskapelige ansatte i helsefag- utdanningene å ivareta det globale helseperspektivet innenfor eget fagområde.	→ Alle institusjonene må ta et ansvar for å bidra til et kunnskapssystem for bedre global folkehelse. Ansvar: UoH-sektor, helseforetakene, instituttsektor og næringslivet	▪ UoH-sektor: ▪ HF-ene: ▪ Instituttsektoren: ▪ Næringslivet: ▪ Andre kommentarer:	
57	Insentiver må etableres for å inkludere flere fremragende forskningsmiljøer i kapasitetsbygging i lav- og mellominntektsland. Alle store forskningsprogram relatert til helse, og hvor dette er naturlig, bør inkludere et element av kapasitetsbygging i disse landene.	→ Sektordepartementene må i større grad samarbeide om sentrale problemområder og kunnskapsbehov innen globale helseutfordringer. Ansvar: HOD, KD , NFD og UD	▪ HOD: ▪ KD: ▪ NFD: ▪ UD: ▪ Andre kommentarer:	
58	Det etableres fire regionale sentre (i et mulig samarbeid mellom UoHog instituttsektor og helseforetak) som sammen utgjør et virtuelt «Norwegian Global Health Institute» (NGHI). Sentrene skal i fellesskap fremme økt kunnskap, kvalitet, internasjonalisering, tverrfaglighet, arbeidsdeling og samhandling relatert til global helse i utdanning, forskning og innovasjon. Sentrene kan også bidra til økt samarbeid mellom sentrale myndigheter, UoH- og instituttsektoren, helsetjenesten og næringslivet for å bygge økt kapasitet i lav- og mellominntektsland, og for å bygge økt institusjonelt samarbeid med disse landene. Det foreslås at en ny nasjonal forskerskole legges til NGHI.	→ Norwegian Global Health Institute (NGHI) etableres som et distribuert senter i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. En nasjonal forskerskole i global helse legges til NGHI. Ansvar: Forskningsmiljøene, KD , HOD og Forskningsrådet	▪ NGHI - utdanningene ▪ HOD: ▪ Forskningsrådet: ▪ KD: ▪ Andre kommentarer:	
59	Etablere et virkemiddel / en finansieringsordning rettet mot potensielt kommersialiserbare forskningsresultater relatert til helse i/for land med lav betalingsevne (utvikling, verifisering og kvalitetssikring).	→ Det etableres en finansieringsordning relatert til helse i/for land med lav betalingsevne, og en satsing på næringsutvikling av helserelaterte teknologier og produkter for lav- og mellominntektsland. Ansvar: NFD og UD	▪ NFD: ▪ UD: ▪ Andre kommentarer:	
60	Styrke utviklingen av helserelaterte teknologier og produkter for lav og mellominntektsland gjennom bruk av offentlige midler til næringsutvikling både i disse landene og i Norge	→ Økt andel av bistandsmidlene kanaliseres til forskning, utdanning og innovasjon. Ansvar: UD	▪ UD ▪ Andre kommentarer:	
61	Økt satsing på tverr- og flerfaglig forskning og utdanning innenfor global helse i et bredt folkehelseperspektiv. Det innebærer økt mobilisering av alle relevante fagmiljøer i medisin, teknologi, naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora.	→ UoH-sektoren legger økt vekt på det globale helseperspektivet i relevante utdanninger, forskning og innovasjon. Ansvar: KD og UoH-sektor	▪ KD: ▪ UoH-sektor ▪ Andre kommentarer:	
62	Økt satsing på tverr- og flerfaglig forskning og utdanning innenfor global helse i et bredt folkehelseperspektiv. Det innebærer økt mobilisering av alle relevante fagmiljøer i medisin, teknologi, naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora.	→ De globale helseutfordringene inkluderes i de regionale helseforetakenes oppdragsdokument. Ansvar: HOD og HFene	▪ HOD: ▪ HF-ene: ▪ Andre kommentarer:	

	Rådet har vedtatt:			
	Rådet ønsker at Forskningsrådet sammen med Innovasjon Norge innkaller UoH sektor, helseforetakene, Abelia, Oslo Medtech, instituttsektoren og Norsk forum for global helseforskning til et møte for å diskutere aktuelle virkemidler/finansieringsordninger for innovasjon og næringsutvikling relatert til global helse.			



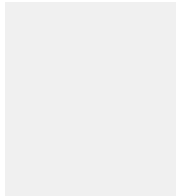
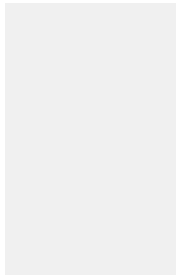
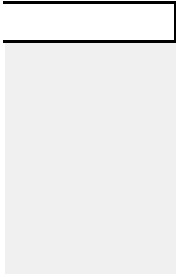
Nr	Kvalitet og internasjonalisering - TILTAK	Tiltakene iverksettes ved:	Staus	Tidsplan
63	Oppnå grensesprengende helseforskning og høy kvalitet ved å stimulere til og belønne multidisiplinær og bred tverrfaglig forskning gjennom økt samarbeid mellom sektorer og institusjoner.	→ Styrke finansieringsordningene for infrastruktur i Forskningsrådet, og stimulere til tverrsektorielt samarbeid som bidrar til at institusjoner og miljøer organiserer seg bedre om bruk og investering i kostbar infrastruktur. Økt samarbeid med næringslivet er vesentlig. Ansvar: KD og Forskningsrådet	▪ Forskningsrådet - Fri prosjektstøtte (KD) ▪ Andre kommentarer:	
64	Etablere en ny ordning gjennom Forskningsrådet, Sentre for klinisk helseforskning (SKH), tilsvarende Forskningssentrene for miljøvennlig energi (FME). Dette skal være langsiktige bevilgninger (5+3 år) til forskning av svært høy kvalitet, som skal løse identifiserte grunnleggende problemer knyttet til klinisk behandling i samarbeid mellom forskningsinstitusjoner, helseforetak og næringsliv, og på tvers av fagområder og disipliner. Internasjonalt samarbeid skal stå sentralt og være en forutsetning.		▪ Forskningsrådet - SKH gjennom tildelingsbrevet for 2015 ▪ Andre kommentarer:	
65	Styrke den grunnleggende biomedisinske forskningen i FRIPRO gjennom å benytte en økt andel av midlene til denne forskningen. Styrke annen grunnleggende anvendt orientert helseforskning ved å avsette en andel av midlene i Forskningsrådets helseprogrammer til frie prosjekter innenfor programmenes formål.			
66	Styrke deltakelsen innenfor helseforskning i Horisont 2020 fra helseforetak, UoH-institusjoner, institutter, næringsliv og enheter i offentlig sektor. Se deltakelsen i Horisont 2020 i sammenheng med EUs øvrige finansieringsmekanismer (inkludert EUs helseprogram, Joint Programme Initiatives (JPI) og European Research Council).	→ Institusjonene må legge bedre til rette for økt antall søknader til EU/ERC, og vurdere interne insentiver. Stimulere til samarbeid mellom universitet/ helseforetak om Forskningsråds- og EU-midler, og styrke tverrsektorielt samarbeid, kapasitet og kompetanse til søknadsskriving og prosjektoppfølgning ved institusjonene. Ansvar: Forskningsinstitusjonene	▪ Forskningsinstitusjonene ▪ Andre kommentarer:	

67	Etablere tiltak for økt internasjonal mobilitet ved å styrke ordningene med søkbare utenlandsstipend nasjonalt og institusjonelt, økt bruk av utvekslingsstipend i Horisont 2020 (Marie Curie Actions), og ved å tilrettelegge for målrettet rekruttering av toppforskere til gode norske forskningsmiljøer.	→ Det bør etableres et insentivprogram for EUfinansiert helseforskning i Forskningsrådet. Det skal gi støtte til prosjektetablering, posisjonering, frikjøpsordninger, etablering av forskergrupper på høyt nivå, «landslagsmodeller» og deltakelse av norske forskere i strategisk arbeid knyttet til Horisont 2020 og ulike ERA-aktiviteter, blant annet de europeiske fellesprogrammene. Ansvar: KD , HOD og Forskningsrådet	▪ KD: ▪ HOD: ▪ Forskningsrådet: ▪ Andre kommentarer:	
		→ Det må skapes bedre insentiver og støttefunksjoner for innhenting av internasjonal finansiering. Ved tildeling av alle forskningsmidler både på nasjonale og regionale konkurransearenaer, må det legges vekt på at forskerne deltar i internasjonalt samarbeid. Inntekter fra EU-forskning må tillegges større vekt ved tildeling av forskningsmidler. Ansvar: Forskningsrådet, RHF, KD og HOD	▪ Forskningsrådet: ▪ RHF-ene ▪ KD: ▪ HOD: ▪ Andre kommentarer:	



Nr	Menneskelig ressurser - TILTAK	Tiltakene iverksettes ved:	Status	Tidsplan
68	Styrke praksisrettet FoU for profesjonsutdanningene og styrke fagutvikling i skjæringsfeltet mellom helse-, omsorgs-, velferds- og teknologifag.	→ UoH-sektor tilføres nødvendige ressurser for å sikre rekruttering til og kvalitet og omfang av praksisarenaen i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette bør inkludere opprettelse av kombinerte stillinger med utdanningsinstitusjoner. Ansvar: KD , UoH-sektor og KMD	▪ KD: ▪ UoH-sektor: ▪ KMD: ▪ Andre kommentarer:	
69	Etablere nasjonale, regionale og lokale samarbeidsarenaer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og utdanningssektoren for å sikre riktig dimensjonering, god kvalitet og relevans i helsefaglige utdanninger.	→ Revurdere strukturen for samarbeidsorgan for helsefaglige utdanningsspørsmål mellom utdannings- og helsesektoren med mål om: Et nasjonalt samarbeidsorgan med sammensetning og mandat basert på endringsbehovene omtalt i stortingsmeldingen Utdanning for velferd. Samlede regionale samarbeidsorgan mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og institusjoner med ansvar for videregående og høyere helsefaglig utdanning. Lokale samarbeidsarenaer mellom individuelle utdanningsinstitusjoner og tjenestene ved at det legges nasjonale føringer for etablering tilpasset lokale forhold. Ansvar: KD , KMD og HOD, HFene og UoH-sektor	▪ Opprettelse av Nasjonalt samarbeidsorgan for helse- og utdanningssektoren ▪ KD: ▪ KMD: ▪ HOD: ▪ HF-ene: ▪ UoH-sektor: ▪ Andre kommentarer:	
70	Etablere klarere krav til og nødvendige lovmessige og finansielle rammebetingelser i primær- og spesialisthelsetjenesten for å ivareta praksisarenaen i grunn- og videreutdanningen av helsearbeidere – og gjennom dette styrke praksisrettet FoU i alle tjenestesektorer.	→ RHFene/helseforetakene må, for å styrke praksis og relevans i utdanningene, sørge for kvalitetssikring av praksisarenaen i spesialisthelsetjenesten blant annet ved å opprette kombinerte stillinger mellom UoH-sektoren og helsesektoren i aktuelle helsefaglige profesjonsutdanninger. Ansvar: UoH-sektor og RHF/HFene	▪ UoH-sektor: ▪ RHF/HF-ene: ▪ Andre kommentarer:	
71	Gjennomføre strukturelle endringer som styrker rekruttering og mobilitet i helseforskning, og som skaper attraktive karriereveier for unge forskere. Rette opp ubalansen i stillingsstruktur i forskningssystemet ved å etablere flere konkurranseutsatte innstegsstillinger som attraktive karriereveier for unge forskere. Gjennomgå stillingsstrukturen i helseforetakene for å skape sammenhengende tid til forskning og karriereveier for klinisk forskning i universitetssykehusene.	→ Etablere flere innstegsstillinger i forskningsinstitusjoner som bidrar til attraktive karriereveier for unge forskere: Ansvar: KD og UoH-sektor	▪ KD: 185 nye innstegsstillinger fra 2015 (300 totalt i en prøveordning) ▪ UoH-sektor: ▪ Andre kommentarer:	
72	Tilrettelegge for at studenter får forskningserfaring i gode forskningsmiljøer ved å videreutvikle forskerlinjen i medisin. Ordningen bør søkes utvidet til andre helsefag. Øremerke forskningsmidler til yngre forskere.	→ Videreutvikle forskerlinjen i medisin og utvide ordningen til andre helsefag. Ansvar: KD	▪ Opprettelse av forskerlinjer i helse- og sosialfag - UHR ▪ KD: ▪ Andre kommentarer:	
73	Etablere stillinger/ordninger som skaper attraktive karriereveier for forskning og utdanning i hele helse- og omsorgssektoren, inkludert med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester.	→ Etablere stillinger eller frikjøpsordninger i spesialist- og primærhelsetjenesten som sikrer sammenhengende tid til klinisk forskning. Ansvar: HFene og kommunene	▪ HF-ene: ▪ kommunene: ▪ Andre kommentarer:	

74	Styrke rammebetingelsene for utvikling av grunnleggende metode og analysekompetanse, inkludert vurdering av forskerskoler spesielt i bioinformatikk, biostatistikk og biomedisinsk grunnforskning. Dette er forutsetninger for helseforskning av høy kvalitet, og for å kunne gjennomføre annen helseanalyse i klinisk virksomhet, ledelse og forvaltning.	→ Målrettede tiltak i relevante utlysninger eller strategiske tildelinger av forskningsmidler som fremmer forskermobilitet, karriereveier for unge forskere og tverrfaglig helseforskning. Ansvar: Forskningsrådet, RHFene og forskningsinstitusjoner	▪ Forskningsrådet - utlysningene ▪ RHF-ene: ▪ Forskningsinstitusjonene: ▪ Andre kommentarer:	
75	Etablere tverrsektorielle strukturer for strategisk lederutvikling innen forskning og innovasjon og forskningsinstitusjonsledelse på helseog omsorgsområdet.	→ Etablere relevante kompetansebyggende tiltak for strategisk ledelse som vektlegger kunnskap, forskning og innovasjon og forskningsinstitusjonsledelse. Ansvar: HOD, NFD , UoH-sektor, HFene	▪ HOD: ▪ NFD: ▪ UoH-sektor: ▪ HF-ene:	
76	Innføre innovasjon og næringsutvikling som egne tema i alle utdanninger som retter seg mot helse- og omsorgssektoren.	→ Innføre relevante læringsmål for innovasjonskompetanse i helsefaglige grunn-, videre- og ph.d.-utdanninger. Ansvar: KD og UoH-sektor	▪ KD: ▪ UoH-sektor: ▪ Andre kommentarer:	



Nr.	Strategisk og kunnsbasert styring - TILTAK	Tiltakene iverksettes ved:	Status	Tidsplan
77	Det etableres en tidsavgrenset (f.eks. 5 år) tverrdepartemental organisatorisk enhet/struktur der det settes av nødvendige ressurser som skal bidra til en omforent praksis og god ressursutnyttelse i oppfølgingen av helseforskningen og innovasjonsarbeidet på tvers av departementene og sektorene og sikre oppfølging av HelseOmsorg21 på departementalt nivå (jf. OSCHR).	→ Det opprettes et mer operativt strategisk organ som er vesentlig mindre enn Topplederforum, men med tilsvarende sammensetning og bredde. Det skal bistå og rådggi departementene i den videre presiseringen og oppfølgingen av strategien. Ansvar: HOD og øvrige departementer	▪ HOD: HO21- rådet ble opprettet januar 2015 ▪ Andre kommentarer:	2015-2018
78	Det etableres nye samarbeidsorganer for forskning mellom kommuner og forsknings- og utdanningsinstitusjoner på regionalt nivå. Disse må utvikle gode modeller for samarbeid regionalt, blant annet om infrastruktur, og bidra til å fordele regionalt konkurranseutsatte midler for kommunenes behov. Videre bør samarbeidsorganene legge til rette for samhandling med helseforetakene, instituttsektoren og næringslivet. For utdanning bør det være ett samlet regionalt samarbeidsorgan som dekker universiteter og høyskoler og både helseforetakene og kommunene. Når det gjelder forskning, bør de regionale samarbeidsorganene for kommunenes helseog omsorgstjenester bør ha felles sekretariat og administrative funksjoner med dagens regionale samarbeidsorganer for spesialisthelsetjenesten.	→ F orskningsinstitusjonene bør utvikle institusjonelle strategier og planer som viser hvordan de vil iverksette tiltak som kan bidra til å nå målene i HelseOmsorg21. Ansvar: UoH-sektor, instituttsektor, HFene og næringslivet	▪ UoH-sektor: ▪ Instituttsektor: ▪ HF-ene: ▪ Næringslivet: ▪ Andre kommentarer:	
79	Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene må presiseres for å sikre at de samlet fremmer internasjonalisering, økt kvalitet og samarbeid med næringslivet. Finansiering via Forskningsrådet skal bidra til internasjonalisering, internasjonalt konkurransedyktig forskning, kvalitet på viktige områder, også på forskningssvake områder, samarbeid med næringslivet og innovasjonsevne i offentlig sektor. Den grunnleggende forskningen må sikres gode rammevilkår gjennom nasjonale og internasjonale finansieringskanaler.			

80	En andel av forskningsmidlene bør kanaliseres gjennom helsesektoren selv, slik det er etablert for regionale helseforetak i dag. Det bør etableres klare innsatsmål om at en prosentandel av helse- og omsorgstjenestens budsjetter benyttes til forskning for henholdsvis universitetssykehusene og øvrige helseforetak, og for kommunale helse- og omsorgstjenester. Universitetssykehusene bør benytte minst 5 % av budsjettene til forskning.			
81	De regionale helseforetakene og UoH-sektoren bør bygge opp felles forskningsadministrasjoner og -infrastruktur, og forskningsgrupper med felles ansatte og felles/nærliggende arealer for best utnyttelse av offentlige bevilgninger. Det må være en klar forventning om at de to sektorene lager kjøreregler for samhandling på regionalt og lokalt nivå. Ett eller flere universitetssykehus og universiteter bør prøve ut modeller for økonomisk og administrativt samarbeid innenfor helseforskning, utdanning og innovasjon i et integrert universitetssykehus.	→ Aktørene som har ansvaret for NSG , bør vurdere å revidere mandatet og sammensetning av gruppen for å tilpasse den de nye strukturene som foreslås i HO21. NSG foreslås reetablert som et mer spisset nasjonalt felles forum for de regionale samarbeidsorganene mellom RHFene og universitetene. Ansvar: NSG	▪ NSG: ▪ Andre kommentarer:	
82	Det etableres et helhetlig monitoreringssystem for forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning for helse- og omsorgstjenestene (HO21 Monitor), som gir styringsinformasjon til departementer, direktorater, Forskningsrådet og nasjonale og regionale samarbeidsorganer. Denne informasjonen bør være grunnlag for regelmessige institusjonsevalueringer som grunnlag for kvalitetsheving og strukturendringer i sektorene. Informasjonen må understøtte gode prioriteringer av ressursinnsatsen i forhold til kunnskapsbehov. Monitoreringen må bygge på eksisterende informasjonskilder så langt det er mulig.	→ HO21 Monitor etableres fra 2015 for å gi et helhetlig bilde av innsatsene og resultatene fra forsknings- og innovasjonssystemet i helse og omsorg. Ansvar: HOD i samarbeid med KD , KMD og NFD	▪ HOD/Forskningsrådet: En arbeidsgruppe er nedsatt. HO21- monitor (pilot) vil bli presentert på Forskningsbarometeret 2016 (2.mai) ▪ KD/KMD/NFD: ▪ Andre kommentarer:	
83	Det bør utvikles et nasjonalt lederutviklingsprogram for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorer og institusjoner og privat/offentlig sektor. Elementer fra dette bør også være en vesentlig del av topplederprogrammet for helseforetakene.		▪ UHR - nasjonalt lederutviklingsprogram oppstart oktober 2015 ▪ Andre kommentarer:	
	Tiltakene iverksettes ved			
	→ Topplederforum er den overordnede arenaen der ulike aktører kan drøfte iverksettelsen av HelseOmsorg21. Ansvar: HOD og øvrige departementer			