

Møte i HelseOmsorg21-rådet

Date: mandag 19. oktober 2015

Sted: Forskningsrådet, Lysaker

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 samfunnsvitenskapelig fakultet, UiO
Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
Leder for Allmennmedisinsk forskningsenhet 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
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

HO21-sekretariatet:

Spesialrådgiver Hilde G Nielsen, Forskningsrådet
Konsulent Erlend Sand Bruer, Forskningsrådet



HelseOmsorg21- sekretariatet

Epost: helseomsorg21@forskningsradet.no

For mer informasjon om HO21: www.helseomsorg21.no



Møte i HO21-rådet 05/15	
Dato:	Mandag 19. oktober 2015, kl 11.00 – 17.00
Sted:	Forskningsrådet, Drammensveien 288, Lysaker, møterom Abel 1 og 2

Saksliste

Sak 07/15	Godkjenning av sakslisten
Sak 08/15	Godkjenning av referat fra møte 04/15
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	Kanaliseringsressurser 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

Saksdokument: Utkast til saksliste, møte 05/15

Forslag til vedtak: Sakslisten godkjennes.

Sak 08/15

Godkjenning av referatet

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

Utkast til referat ble sendt HO21-rådet 4.9.2015.

Forslag til vedtak: Referatet godkjennes.

Sak 09/15

Spørsmål om habilitet

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

Forslag til vedtak:

Sak 10/15

Rådets arbeidsform

Saksdokument: Forslag til arbeidsform for Rådet

Vedlegg: Mandat for HO21-rådet

Det ble på Rådsmøtet 31. august 2015 ytret et ønske om at rådets arbeidsform ble diskutert på det kommende rådsmøtet (19. oktober 2015). Hensikten med å ta opp dette som sak på rådsmøtet er å forsterke engasjementet i og forankringen av rådets arbeid blant rådsmedlemmene og i deres organisasjoner.

Rådet bes om å diskutere forslag til arbeidsform for rådet beskrevet i saksfremlegget.

Forslag til vedtak: Rådet vedtar beskrivelsen av rådets arbeidsform med de endringene som gies i møtet.

Sak 11/15

HO21-monitor

Saksdokument: HelseOmsorg21-monitor – status og noen problemstillinger, Stig Slipersæter, Forskningsrådet

Det ble våren 2015 etablert en arbeidsgruppe for å utrede og implementere HO21-monitor. Arbeidsgruppen har per i dag hatt to møter og har hittil konsentrert seg om å:

- avgrense innholdet i monitoren
- identifisere aktuelle datakilder for bruk i monitoren
- drøfte hvordan ulike datakilder kan sees i sammenheng
- drøfte hvordan Health Research Classification System (HRCS) kan tas i bruk i monitoren

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

Rådet bes om å komme med synspunkter og innspill til arbeidsgruppens forslag til avgrensning av innhold i monitoren, hvilke datakilder som skal brukes i monitoren og om hvordan HRCS bør tas i bruk i monitoren.

Oppsummering:

Sak 12/15

Scenarier for helse- og omsorg

Saksdokument: Scenarier for helse- og omsorg: Skisse til samarbeidsprosjekt, Tore Tennøe/Hilde Lovett, Teknologirådet

Vedlegg:

Presentasjon: Dialogarenaer og felles målbilder

Rapport: 21-prosessenes samfunnsansvar

Teknologirådet har nylig publisert en analyse av de ni 21-prosessene som hittil har vært gjennomført. Prosessene har lyktes godt med å forankre strategiene og skape tillit, men beskriver en ”forlenget nåtid” og er svake når det gjelder å tenke alternative utviklingsløp. Dette gjelder også HelseOmsorg 21.

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.

Rådet bes om å diskutere om det skal gjennomføres en scenarieprosess for helse- og omsorgssektoren. Rådets bes om å diskutere vedlagte projektskisse fra Teknologirådet.

Forslag til vedtak: Rådet vedtar å gjennomføre en scenarieprosess for helse- og omsorgssektoren i samarbeid med Teknologirådet. Vedlagte projektskisse fra Teknologirådet vedtas med de kommentarene som gies i møtet.

Sak 13/15

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

Saksdokument:

- Del 1 - Kanalisering av forskningsressurser innrettet mot kommunehelsetjenesten, Guri Rørtveit, UniHelse
- Del 2 - Nasjonal pådriver for forskning – forskning i kommunesektoren, Tone Marie Nybø Solheim, KS

Vedlegg: Presentasjon: Behov for en nasjonal møteplass knyttet til forskning med, i og for kommunene

Del 1

Satsing på forskning for, i og med kommunehelsetjenesten er ett av ti satsingsområder for HelseOmsorg21. For å komme videre, må alle aktører ha felles forståelse av 1) hvordan forskningsinnsatsen mot kommunehelsetjenesten er innrettet i dag og 2) hvordan økte forskningsressurser bør kanaliseres for å få størst mulig effekt.

Innledning ved rådsmedlem Guri Rørtveit, UniHelse

Del 2

Dagens forsknings- og innovasjonsstruktur bør tilpasses kommunal sektor; en sektor med en annen kompetanse, andre forskningsspørsmål og færre ressurser til forskning enn spesialisthelsetjenesten. God samhandling mellom UH-sektoren og kommunesektoren er et viktig ledd i å bygge slik infrastruktur.

Innledning ved rådsmedlem Tone Marie Nybø Solheim, KS.

Rådet bes om å diskutere vedlagte saksfremlegg. Rådet bes om å diskutere forslag til etablering av Nasjonal samordningsgruppe for forskning i kommunal sektor og om etablering av forskernettverk for sektoren.

Oppsummering:

Sak 14/15

Om arbeidet med tjenesteinnovasjon

Saksdokument: Om arbeidet med tjenesteinnovasjon, Helsedirektoratet

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, Helsedirektoret

Rådet bes om å diskutere vedlagte saksfremlegg.

Oppsummering:

Sak 15/15 Orienteringssaker

Sak 16/15 Eventuelt

VEDLEGG

Sak 08/15



Referat fra møte i HO21-rådet

Dato:	Mandag 31. august 2015, kl 11.00 – 16.00
Sted:	Forskningsrådet, Drammensveien 288, Lysaker, møterom Abel 1 og 2

Tilstede:

Divisjonsdirektør 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
 Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, Oslo universitetssykehus HF
 Forskningssjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF
 Fylkesrådmann Evy-Anni Evensen, Telemark fylkeskommune
 Dekan Fanny Duckert, Det samfunnsvitenskapelig fakultet, UiO
 Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
 Leder for Allmennmedisinsk forskningsenhet Guri Rørtveit, Uni Research Helse
 Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia
 Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet
 Direktør Kathrine Myhre Oslo MedTech
 Førsteamanuensis og senterleder Maren Sogstad, Høgskolen i Gjøvik
 Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
 Direktør Tom Pike, Vaccibody AS
 Avdelingsdirektør for Helse og velferd Tone Marie Nybø Solheim, KS

Forfall:

Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth
 Forskningssjef Hilde Lurås, Akershus universitetssykehus HF
 Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening
 Generalsekretær Liv Arum, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
 Prodekan forskning Monica Wammen Nordtvedt, Høgskolen i Bergen
 Viseadministrerende direktør Toril Bariusdotter Ressem, Innovasjon Norge

Innledere:

Forskningssjef Tove Klæboe Nilsen, Helse Nord RHF (sak 2/15)
 Spesialrådgiver for global helse Tore Godal, UD (sak 3/15)
 Styreleder for Norsk forum for global helseforskning professor Bente E. Moen, UiB (sak 3/15)
 Assisterende helsedirektør Christine Bergland, Helsedirektoratet (sak 4/15)

Fra Helse- og omsorgsdepartementet:

Avdelingsdirektør Maiken Engelstad (sak 1/15 - 3/15)
Seniorrådgiver Marianne van der Wel
Seniorrådgiver Torstein Lindstad

Fra Utenriksdepartementet:

Tom Hundstad (sak 3/15)

Fra Nærings- og handelsdepartementet:

Seniorrådgiver Elin Marlén Hollfjord (sak 4/15 og 5/15)

Fra Forskningsrådet, sekretariatet

Konsulent Erlend Sand Bruer
Spesialrådgiver Hilde Grindvik Nielsen (*referent*)

Saksliste

Sak 1/15	Godkjenning av sakslisten
Sak 2/15	Satsingsområdet Økt brukermedvirkning
Sak 3/15	Satsingsområdet Møte de globale helseutfordringene
Sak 4/15	Innovasjon og IKT - hvordan tilrettelegge for dette innen helse og omsorg?
Sak 5/15	Ønske om å etablere en dialogarena for oppfølging av de næringsrettede tiltakene i HO21-strategien
Sak 6/15	Eventuelt

Sak 1/15 Godkjenning av saklisten

Vedtak: Saklisten godkjennes.

Sak 2/15 Satsingsområdet Økt brukermedvirkning (s. 32 i strategien)

Presentasjoner:

- [Presentasjon HOD v/Marianne van der Wel](#)
- [Presentasjon Tove Klæboe Nilsen, Helse Nord RHF](#)

Innledning ved:

- Kort presentasjon av de foreslåtte tiltakene i HO21-strategien v/generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen
- Kommentar fra HOD v/seniorrådgiver Marianne van der Wel
- Informasjon om European Patients' Academy on Therapeutic Innovation (EUPATI) v/seniorrådgiver Marianne van der Wel, HOD
- [Brukermedvirkning i helseforskning i Norge](#). Retningslinjer og tiltak for helseforetakene v/forskningssjef og leder av den nasjonale arbeidsgruppen for oppdraget Tove Klæboe Nilsen, Helse Nord RHF

Følgende punkter ble spesielt diskutert: 1) kompetanseheving, 2) brukermedvirkning i hele forskning- og innovasjonskjeden, 3) brukermedvirkning i UoH-sektoren og 4) systematiske oversikter.

Konklusjon:

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.

En indikator for brukermedvirkning bør inngå i HO21-monitor.

Sak 3/15 Satsingsområdet Møte de globale helseutfordringene (s. 49 i strategien)

Presentasjoner:

- [Presentasjon Ernst Omenaas, Helse Bergen HF](#)
- [Presentasjon Bente E. Moen, UiB](#)

Innledning ved:

- Kort presentasjon av de foreslåtte tiltakene i HO21-strategien, v/forskningssjef Ernst Omenaas, Helse Bergen HF
- Kommentar fra UD, v/spesialrådgiver for global helse Tore Godal
- Hvordan leses Norsk forum for global helseforskning HO21? v/styreleder for Norsk forum for global helseforskning Bente E. Moen, professor, UiB

Konklusjon:

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.

Sak 4/15 Innovasjon og IKT - hvordan tilrettelegge for dette innen helse og omsorg?

Presentasjoner:

- [Presentasjon Christine Bergland, Helsedirektoratet](#)
- [Presentasjon Fredrik Syversen, IKT Norge](#)
- [Presentasjon Håkon Haugli, Abelia](#)
- [Presentasjon Kathrine Myhre, Oslo Medtech](#)

Innledning ved:

- Ass. helsedirektør Christine Bergland, Helsedirektoratet
- Direktør for næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge
- Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia
- CEO Kathrine Myhre, Oslo Medtech

Oppsummering:

IKT-området er stort og komplekst. Det trengs flere diskusjoner for å avklare hva som skal være Rådets ansvar på området. Rådet ønsker i første omgang å fokusere på hvordan Rådet kan bidra til 1) kompetanseheving på feltet og 2) om det bør utvikles f.eks. nasjonale prinsipper for å samle inn og dele funksjonelle data som innhentes via apper og "wearables".

Temaet vil bli diskutert på kommende rådsmøter.

Sak 5/15 Ønske om å etablere en dialogarena for oppfølging av de næringsrettede tiltakene i HO21-strategien

Presentasjoner:

- [Presentasjon Håkon Haugli, Abelia](#)
- [Presentasjon Tone Marie Nybø Solheim, KS](#)

Innledning ved:

- Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia
- Avdelingsdirektør Helse og velferd Tone Marie Nybø Solheim, KS

Abelia har foreslått for HOD, NFD og KMD at det etableres en dialogarena som en oppfølging de næringsrettede tiltakene i HO21-strategien. Det er et ønske om å etablere en arena hvor nøkkelbedrifter, næringslivsklynger, myndighetene og andre relevante aktører som NITO, Tekna og Innovasjon Norge kan møtes.

KS foreslår at det etableres en nasjonal møteplass hvor representanter fra kommune-Norge kan møtes.

Grunnet tidsnød rakk man bare innledningene.

Konklusjon:

Saken diskuteres videre på neste møte og delt i to separate saker (19. oktober).

Sak 6/15 Eventuelt

Neste møte: Mandag 19. oktober 2015, Forskningsrådet (Lysaker)

VEDLEGG

Sak 10/15

Sak 10/15 Rådets arbeidsform

Til:	HO21-rådet
Fra:	Rådsleder John-Arne Røttingen/HO21- sekretariatet spesialrådgiver Hilde G Nielsen

Bakgrunn

Det ble på rådsmøtet 31. august 2015 ytret et ønske om at rådets arbeidsform settes på agendaen på rådsmøtet 19. oktober 2015. Hensikten med å ta opp rådets arbeidsform som sak er å forsterke engasjementet i og forankringen av rådets arbeid blant rådsmedlemmene og i deres organisasjoner.

Hovedpunkter

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.

I noen tilfeller kan det bli vurdert å ta i bruk andre drøftingsformer enn rådsmøtene under behandling av enkeltsaker (f.eks. mindre arbeidsgrupper, diskusjonsgrupper e.l.) for å forberede sakene før behandling i plenum i rådet. Dette vil bli vurdert for hvert enkelt tilfelle. Aktuelle rådsmedlemmer kan bli forespurt om delta. Hensikten med dette er å få effektivt fram mer spissede problemstillinger til plenumsdrøftingen på rådsmøtene.

2. Innmelding av saker

- **Direkte innmelding**

Det bes om at alle rådsmedlemmene melder inn saker til rådsmøtene. Innmeldte saker må meldes sekretariatet *senest fire uker* før neste rådsmøte sammen med et foreløpig notat.

- **Innmelding av saker via rådsmøtet**

Rådsmedlemmene kan melde inn sak som foreløpig sak *10 dager* før rådsmøtet. Saken vil bli presentert kort i møtet for så å bli tatt opp på påfølgende møte eller når Rådet beslutter.

Sekretariatet lager en oversikt over saker som er vedtatt til behandling, samt en tentativ plan for når de vil bli behandlet. Saker som sekretariatet er forespeilet at vil bli fremmet, tas med på listen.

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 skal ikke representeres ved stedfortreder eller annen form for vararepresentant på rådsmøtene. Ved lenger fravær (mer enn 6 mnd) så skal det vurderes om det er behov for å oppnevne et varamedlem for en avgrenset periode. 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. Behandling av 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.

Forberedelse av ordinære saker:

1. *Saker innmeldt av rådsmedlemmer.* Rådsmedlemmet utarbeider utkast til saksfremlegg. Saksfremlegget sendes sekretariatet *senest 14 dager* før rådsmøtet. Sekretariatet bistår i arbeidet med å utarbeide utkast og ferdigstiller saksfremlegget for rådsmøtet.
2. *Andre saker.* Sekretariatet utarbeider saksfremlegget selv eller i samarbeid med aktuelle rådsmedlemmer evt andre relevante aktører. Saksfremlegget skal inneholde hvem som har bidratt, elementer fra viktige bakgrunnsdokumenter og evt innspill fra ulike aktører. Videre vil sentrale momenter i saken drøftes. Sekretariatet kan etter samråd med rådets leder invitere utvalgte personer til rådsmøtene som er bedt om å presentere utvalgte deler av saken eller belyse

enkeltperspektiver. De muntlige presentasjonene vil være et supplement til den skriftlig fremstillingen.

- **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.

Forberdelse av diskusjonssaker:

1. *Saker innmeldt av rådsmedlemmer.* Rådsmedlemmet utarbeider utkast til saksfremlegg. Saksfremlegget sendes sekretariatet *senest 14 dager* før rådsmøtet. Sekretariatet bistår i arbeidet med å utarbeide utkast og ferdigstiller saksfremlegget for rådsmøtet.
2. *Andre saker.* Sekretariatet utarbeider saksfremlegget selv eller i samarbeid med aktuelle rådsmedlemmer evt andre relevante aktører. Saksfremlegget skal inneholde hvem som har bidratt, elementer fra viktige bakgrunnsdokumenter og evt innspill fra ulike aktører. Videre vil sentrale momenter i saken drøftes. Sekretariatet kan etter samråd med rådets leder invitere utvalgte personer til rådsmøtene som er bedt om å presentere utvalgte deler av saken eller belyse enkeltperspektiver. De muntlige presentasjonene vil være et supplement til den skriftlig fremstillingen.

- **Foreløpige saker**

- Rådsmedlemmer kan melde inn en sak som foreløpig sak *10 dager* før rådsmøtet. Saken vil bli presentert kort i møtet for så å bli tatt opp på påfølgende møte eller når Rådet beslutter.

- **Orienteringssaker**

- Det åpnes opp for orienteringssaker fra rådsmedlemmene/sekretariatet på slutten av hvert rådsmøte. Orienteringssaker meldes rådsleder og sekretariatet i forkant av eller senest ved starten av rådsmøtet.

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.

Det bes om at HO21-rådet diskuterer hovedpunktene 1-8.

Forslag til vedtak:

Rådet vedtar beskrivelsen av rådets arbeidsform med de endringene som gies i møtet.

Mandat for HelseOmsorg21-rådet

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. 2 februar 2015

Formål

HelseOmsorg21-rådet, heretter kalt *Rådet*, skal bidra til en koordinert og helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (HO21). Rådet er sammensatt av representanter fra brukerne, næringslivet, fylkes- og kommunesektoren, helseforetak, universitets- og høyskolesektoren, virkemiddelapparatet og offentlig forvaltning, heretter kalt *aktørene*.

Rådet skal medvirke til samarbeid og dialog mellom aktørene, samt koordinering av tiltak. Videre skal det skal være en felles møtearena for diskusjon og formidling av aktørenes oppfølging av strategien.

Rolle, oppgaver og ansvar

Rådet har en rådgivende funksjon ovenfor de ulike aktørene om problemstillinger og anbefalinger som er presentert i HO21. Rådet skal gi innspill til pågående prosesser, som oppfølging av langtidspan for forskning og høyere utdanning, og gi innspill til utforming og oppfølging av en tverrdepartemental handlingsplan for oppfølging av HO21.

Rådet skal gi innspill til en årlig rapport om status for oppfølgingen av HO21 som grunnlag for årlig rapportering til Stortinget. Videre skal Rådet gi kunnskapsbaserte råd om innretningen av offentlige og ikke-offentlige forsknings- og innovasjonsvirkemidler. Rådet skal innarbeide forslag til implementering av tiltak. sine tilrådninger.

Alle aktørene kan melde inn saker for vurdering i Rådet.

Rådet vil kunne rette henvendelser (innspill, forslag, aktuelle spørsmål) til alle aktørene knyttet til oppfølging av HO21.

Rådet skal også bistå i formidlingsarbeid via nettside og andre, relevante kanaler.

Rådet vil ikke kunne gi pålegg om hvordan den enkelte virksomhet skal følge opp HO21 og rådets tilrådinger. De aktuelle virksomhetene vil ut fra sin ansvarsposisjon på selvstendig grunnlag ta nødvendige initiativ for oppfølging.

Rådet møtes mellom 4-6 ganger per år, etter behov.

Hvert medlem av rådet oppnevnes for en periode på fire år, fra 1.1.2015 til 31.12.2018. Medlemmer av rådet oppnevnes personlig.

VEDLEGG

Sak 11/15

Sak 11/15 HelseOmsorg21-monitor – status og noen problemstillinger

Til:	HO21-rådet
Fra:	Leder av arbeidsgruppen for HO21-monitor Stig Slipersæter, Forskningsrådet

Hensikten med dette notatet er tredelt:

1. Informere Rådet om status for arbeidet så langt og videre planer
2. Innhente synspunkter fra Rådet på avgrensning av formålet med monitoren
3. Innhente synspunkter fra Rådet på innføring av Health Research Classification System

1. Rapport fra arbeidet med HelseOmsorg21-monitor

Det ble våren 2015 etablert en arbeidsgruppe for å utrede og implementere monitoren:

Navn	Organisasjon
Pål Romundstad	Det medisinske fakultet, NTNU
Sverre Johnsen	CRISTin
Reidar Thorstensen	Haukeland universitetssykehus
Fredrik Piro	NIFU
Pål Bakke	Oslo universitetssykehus HF
Tarje Bjørgum	Abelia
Jorun Ramm	Statistisk sentralbyrå
Sigve Berge Hofland	Kunnskapsdepartementet
Steinar Johannessen	Kunnskapsdepartementet
Marianne van der Wel	Helse- og omsorgsdepartementet
Sigrid Askum	KS Kommunesektorens organisasjon
Knut Senneseth	Innovasjon Norge
Mari Nes	Norges forskningsråd
Stig Slipersæter	Norges forskningsråd, leder

Gruppen har i skrivende stund hatt to møter og vil ha sitt neste møte 14. oktober i forbindelse med et seminar i Norges forskningsråd der UK Health Research Analysis presenteres.

Gruppen har hittil konsentrert seg om å

- avgrense innholdet i monitoren (se avsnitt 2 nedenfor)
- identifisere aktuelle datakilder for bruk i monitoren
- drøfte hvordan ulike datakilder kan sees i sammenheng
- drøfte hvordan Health Research Classification System (HRCS) kan tas i bruk i monitoren (se avsnitt 3 nedenfor)

Viktige arbeidsoppgaver framover:

- Beslutte hvilke data som skal inkluderes i første versjon
- Innhente og sammenstille eksisterende data
- Arbeide for at HRCS-koding tas i bruk for flere datakilder (jf nedenfor)
- Identifisere datakilder for forskning og innovasjon i næringslivet
- Identifisere datakilder for forskning og innovasjon i primærhelsetjenesten
- Finne løsninger for data om brukermedvirkning
- Utforme og bygge opp teknisk løsning (integrering av data i en webløsning)
- Ferdigstille første versjon høsten 2017, inkludert lansering

- Utvide datagrunnlaget til neste versjon

Kunnskapsdepartementet utgir hvert år Forskningsbarometeret, en publikasjon med faste indikatorer for utviklingen i det norske forskningssystemet og en tematisk del der innholdet varierer. Det er besluttet at helse vil være tema i Forskningsbarometeret 2016, og en del av den statistikken og indikatorene som skal inngå i monitoren vil bli presentert som en pilot i Forskningsbarometeret. Barometeret lanseres med en større lanseringskonferanse i mai eller juni 2016.

2. Avgrensning av monitorens innhold

Arbeidsgruppen har hatt en overordnet drøfting av avgrensningen av *formål og innhold i monitoren* med tanke på å oppnå en felles forståelse av hva monitoren skal dekke. Nedenfor er et foreløpig forslag som skal behandles på arbeidsgruppens neste møte.

HelseOmsorg21-monitor skal inkludere informasjon om ressursinnsats, resultater og effekter av privat og offentlig forskning og innovasjonsaktivitet rettet mot:

- sykdommer og tilstander innenfor spesialisthelsetjenestens og primærhelsetjenestens arbeidsfelt,
- tilstander som folkehelsearbeidet er innrettet for å bevare/forbedre,
- arbeidets organisering (helsetjenesteforskning),
- forbedring av produkter, prosesser og tjenester innenfor disse områdene

Avgrensningen tar utgangspunkt i monitoren skal inneholde informasjon om ressursinnsats, resultater og effekter av forsknings- og innovasjonsaktiviteter i både privat og offentlig sektor. Gjennom fire underpunkter spesifiseres hvilke områder aktiviteten er rettet inn mot. Første punkt er ment å ivareta all forsknings- og innovasjonsaktivitet rettet inn mot de sykdommer og tilstander som behandles i spesialist- og primærhelsetjenesten. Andre punkt dekker arbeid med formål å bevare og forbedre folkehelse. Tredje punkt dekker forskning og innovasjon knyttet til hvordan helse- og omsorgsarbeidet er organisert. Fjerde kulepunkt spesifiserer tre områder for innovasjon slik disse vanligvis avgrenses innenfor innovasjonsundersøkelser. Innovasjon kan finne sted på alle områdene nevnt over.

Ved å sammenstille denne informasjonen med informasjon om sykdomsbyrde og annen informasjon om helsetilstanden, kan monitoren gi grunnlag for å vurdere forsknings- og innovasjonsinnsatsen opp mot samfunnets behov.

3. Bruk av Health Research Classification System (HRCS)

I HelseOmsorg21-strategien ble det understreket at formålet med monitoren er å gi et løpende kunnskapsgrunnlag for prioritering av og satsing på forskning og innovasjon innen helse og omsorg. Det ble videre sagt at dette kan skje ved at indikatorene for forskning og utvikling knyttes til helseindikatorer. Forutsetningen er at alle typer indikatorer kan inndeles etter helsekategorier (jf. Health Research Classification System (HRCS)).

HRCS benyttes til å klassifisere forskning og utvikling langs to akser:

- a) Forskningsaktivitet (Research Activity), dvs hvilken type forskning som utføres.
- b) Helsekategori (Health Category), dvs forskningens relevans for ulike typer sykdom og helse.

Klassifiseringen vil gi grunnlag for å vurdere ressursinnsatsen både på ulike forskningsaktiviteter og hvilke helsekategorier det forskes innenfor, og gjøre det mulig å se samfunnets sykdomsbyrde, kunnskapsbehov og helseutvikling i sammenheng med satsingen på forskning og innovasjon. For at monitoren skal oppfylle sitt formål bør med andre ord HRCS-klassifisering benyttes på så stor andel som mulig av datagrunnlaget. Viktigst nå er å få klassifisert ressursinnsatsen etter HRCS.

I Norge foretas det foreløpig HRCS-klassifisering kun av prosjekter finansiert av Forskningsrådet, EU-prosjekter med norsk deltakelse, RHF'enes prosjektbevilgninger og Kreftforeningens prosjekter. For å få mer heldekkende HRCS-klassifisering må innsatsen i første rekke rettes mot basisbevilgningene siden disse utgjør den langt største finansieringskilden. Så stor del som mulig, eller i det minste en representativ del, av aktiviteter finansiert over basisbevilgningen bør inkluderes, det vil si selve forskningsinnsats gjort av enkeltforskere (eventuelt på aggregert nivå), utgifter til drift av kjernefasiliteter (infrastruktur) og andre forskningsstøttefunksjoner, samt andre indirekte kostnader.

Arbeidsgruppen vil på sitt neste møte få presentert erfaringene med HRCS-klassifisering i England. Gruppen vil også få forelagt et notat fra gruppens medlem Pål Bakke¹ der ulike tilnærminger til HRCS-klassifisering av forskning finansiert av helseforetakenes basisfinansiering drøftes. De samme tilnærmingene vil være aktuelle for forskning finansiert over UH-sektorens basisfinansiering. Vi gjør her kort rede for alternativene og mulig videre fremgangsmåte for å få gjennomført HRCS-klassifisering og nødvendige tiltak.

1. All basisfinansiert innsats gjøres om til prosjekter og klassifiseres.

Prosjekter er enklest å klassifisere siden det i prosjektbeskrivelsen vanligvis oppgis informasjon om hva slags forskning som skal gjennomføres og hvilken innretning den har. En mulighet er derfor å gjøre om aktivitet finansiert over basisbevilgningen til prosjekter. Det vil bli en relativt stor jobb å definere alle prosjektene, særlig med tanke på avgrensningene mellom disse. Derne st måtte ressursbruken fordeles på prosjektene uten at man i utgangspunktet har et prosjektreknskap. *Pga arbeidsomfanget og tiden dette vil ta er denne metoden sannsynligvis uegnet.*

2. Gjennomføres spørreundersøkelser ved forskningsutførende enheter

Spørreundersøkelser kan gjennomføres rettet mot enkeltforskere eller enheter med spørsmål om å kode egen forskning etter HRCS-kategoriene, eventuelt også inkludert hvordan ressursbruken fordeler seg på de ulike kategoriene. Alternativt kan spørreundersøkelsen gjøres på enhetsnivå, men presisjonen forventes da å bli dårligere. Fordelen med et mer detaljert datagrunnlag må veies opp mot økt rapporteringsbelastning på individnivå, særlig fordi en spørreundersøkelse må gjentas med jevne mellomrom for å fange opp endringer, og at det kan være vanskelig å oppnå konsistens i svarene fordi man kan vurdere samme aktivitet ulikt. *En spørreundersøkelse kan gi grunnlag for en første tilnærming til HRCS-klassifisering, men hyppige undersøkelser vil føre til stor rapporterings-belastning og bør derfor unngås.*

3. Klassifisering inkluderes i helseforetakenes ressurskartlegging.

Ressurskartleggingen i helseforetakene gjennomføres årlig og er i hovedsak basert på rapportering på personnivå (FoU-årsverk) fordi årsverksinnsatsen er det viktigste grunnlaget for beregning av kostnader. FoU-andelen kartlegges som oftest ved å spørre enkeltpersoner og/eller avdelingsledere. Det innebærer at det allerede gjøres et betydelig arbeid for å etablere grunnlaget for ressursrapporteringen, og HRCS-klassifisering kan innføres som et tilleggsspørsmål som må besvares av/for den enkelte eller på enhetsnivå. Fordelen er at HRCS-klassifisering kan gjøres som del av et etablert system og kobles direkte til ressurskartleggingen. Ulempen ved denne metoden er at HRCS-klassifisering vil kreve ytterligere opplæring, veiledning og motivasjon av personalet i tillegg til den som må gis ved ressurskartleggingen. Sammen med økte kompleksitet øker dette risikoen for at hele ressurskartleggingen blir forsinket og/eller feilaktig.

¹ Skrevet på bakgrunn av diskusjoner i Ressursgruppen for ressurskartleggingen i helseforetakene.

4. Andre varianter og supplerende tilnærminger

Ett alternativ til å gjøre klassifiseringen ute i hver enhet kan være at forskningsledere eller forskningsadministrasjon på et overordnet nivå (klinikk, divisjon, helseforetak) gjør HRCS-klassifiseringen og fastsetter den relative fordelingen ut fra sin kjennskap til virksomheten, analyser av publiseringen og/eller annet grunnlagsmateriale. Fordelingen vil for store enheter trolig bli mindre nøyaktig, men også mindre utsatt for utilsiktede endringer som skyldes skifte av ledere for de enkelte enhetene.

Et annet alternativ er å ta utgangspunkt i CRISStin og be forskerpersonale legge inn HRCS-kodene for sin forskningsvirksomhet der. Dette vil så gi grunnlag for rapporter som kan brukes til å kalkulere ressursbruk/kostnad, enten direkte på nasjonalt nivå ut fra gjennomsnittlige FoU-andeler og kostnader pr. årsverk, eller ved at NIFU eller helseforetakene beregner relative andeler for HRCS-kategoriene og setter dette sammen med kostnadene i hvert enkelt foretak. I prinsippet kan grunnlaget brukes på alle nivåer, også på personnivå, og det kan da fungere som en annen måte å innhente opplysningene på, gitt at forskerne er mer motivert for å vedlikeholde opplysningene i CRISStin.

For å sikre konsistens i klassifiseringen er et tredje alternativ å engasjere eller lære opp «profesjonelle» kodere som enten gjør klassifiseringen selv basert på personene/enhetenes publiseringslister og annen informasjon, eller som gir veiledning til de som skal gjøre klassifiseringen. Dette vil kunne redusere faren for feilkoding og inkonsistens. I prinsippet ville disse kunne veiledning på alle nivåer når noen er i tvil om hva som riktig, men i praksis vil nok dette måtte organiseres som en støttefunksjon for de sentralt ansvarlige i helseforetakene og NIFU.

Disse tilnærmingene kan enten være alternative tilnærminger på kort eller lang sikt eller supplere et av hovedalternativene som er skissert ovenfor.

Det er altså flere muligheter for å gjennomføre HRCS-klassifiseringen, men alle alternativer vil kreve ekstra ressurser og tilpasninger av systemer. Hvis man også skal fange opp kostnader til forskningsinfrastruktur og andre indirekte kostnader, jf. nedenfor, må helseforetakene involveres, og det å inkludere HRCS-klassifisering i det allerede etablerte systemet for ressurskartlegging fremstår som det mest realistiske alternativet gitt at det vil inngå i et allerede etablert system for en kontinuerlig rapportering. En pilotundersøkelse kan gjennomføres for ressurskartleggingen for 2015, mens klassifiseringen kan innføres for alle helseforetakene for rapporteringsåret 2016.

Andre problemstillinger knyttet til HRCS

Uansett hvilket alternativ som velges er det flere forhold som må avklares. Vi gjengir her noen problemstillinger for å anskueliggjøre at det er flere metodiske og praktiske utfordringer, f.eks. knyttet til at enheter forsker innenfor flere helsekategorier med ujevn fordeling, hvordan man beregner den eksterne finanseringen etc.

1. Hvordan klassifisere kjernefasiliteter og andre felles forskningsstøttefunksjoner

Infrastruktur og støttefunksjoner vil ofte ha en ujevn fordeling på HRCS-kategoriene som varierer fra sted til sted og over tid. Man må derfor finne tilnærminger til den reelle fordelingen på forsknings- og helsekategorier, for eksempel ved en av disse metodene:

- a) Registrere de fem største brukerkategoriene, og gjerne med den aktuelle innbyrdes fordeling av bruken.

- b) Klassifisering ut fra plassering i organisasjonen, slik at for eksempel kjernefasiliteter ved et institutt for kreftforskning havner under kategorien kreft, mens klassifiseringen for DNA-sekvensering følger forskningsprofilen for den genetiske avdelingen.
- c) Beregne det som en indirekte kostnad pr. årsverk, fortrinnsvis med ulike satser som reflekterer at visse funksjoner benyttes mest av kliniske forskere og visse funksjoner benyttes av laboratorieforskere.

2. Hvordan klassifisere indirekte kostnader

Hvis alle kostnadene skal fordeles på HRCS-kategoriene må alle direkte og indirekte kostnader i prinsippet henføres til en enhet eller person som er HRCS-kategorisert:

- Hvis man baserer seg på at direkte kostnader blir fordelt via klassifisering av enhetenes innsats, er det hensiktsmessig at de indirekte kostnadene fordeles til disse enhetene ut fra vanlige internregnskapsprinsipper (selvkostkalkulering), eventuelt ved hjelp av den samme metodikken som benyttes ved kalkulering av kostnader pr. pasient.
- Hvis det er innsatsen til hver enkelt forsker som kategoriseres kan dette tale for en aktivitetsbasert metode i ressurskartleggingen slik at de indirekte kostnadene inngår i totale kostnader pr. årsverk og fordeles sammen med de direkte kostnadene.

Generelt er det mulig å bruke ulike kombinasjoner, eventuelt at indirekte kostnader håndteres samlet ved bruk av fordelingsnøkler basert på hvordan direkte kostnader fordeles seg på ulike kategorier. Det er helseforetakene som leverer dataene, og de kan også pålegges å sørge for en riktig fordeling. Dette vil ikke kreve noe særlig ekstra av forskerne og linjelederne, men sentralt i helseforetakene må noen gjøre en del ekstra vurderinger og kalkuleringer.

3. Hvor ofte skal klassifisering gjennomføres?

De er et åpent spørsmål om HRCS-kartleggingen bør gjennomføres årlig eller med sjeldnere mellomrom (f.eks hvert andre eller tredje år). Årlig oppdatering vil gi det mest oppdaterte grunnlaget. Samtidig er det ikke sikkert at det er så store endringer fra år til år at det er nødvendig. Behovet for detaljert og årlig oppdatert informasjon må derfor veies opp mot ressursbruken til selve kartleggingen og risikoen for at arbeidet med klassifiseringen er såpass tidkrevende at ressursrapporteringen vil bli forsinket.

For å komme i gang bør man gjøre en pilot for noen sykehus i forbindelse med ressurskartleggingen for 2015. På bakgrunn av erfaringer med piloten kan første fullskala klassifisering gjøres for rapporteringsåret 2016.

4. Hvordan få innført klassifisering i andre sektorer?

I tillegg til helseforetakene bør oppmerksomheten først rettes mot *universitets- og høyskolesektoren*. I tillegg til FoU innenfor medisin og helse, foregår det mye helserelevant forskning innenfor andre fagområder, f.eks innenfor IKT og samfunnsvitenskap. For UH-sektoren er det derfor utfordringer knyttet både til å få god statistikk på helse- og omsorgsrelevant forskning generelt, og å få innført HRCS-klassifisering der det er relevant. Arbeidet med å innføre HRCS-klassifisering i UH-sektoren bør starte så snart som mulig, og de praktiske løsningene må i første omgang drøftes med institusjonene og statistikkprodusentene.

FoU innenfor helse og omsorg ved forskningsinstituttene er av relativt lite omfang, og det kan derfor tenkes at det er relativt enkelt å innføre HRCS-klassifisering for de enhetene det gjelder. Dette må undersøkes nærmere før man tar stilling til når det skal gjennomføres.

HRCS-klassifisering av *næringslivets* FoU er utfordrende fordi det ikke eksisterer noen klar avgrensning av hvilke bedrifter som arbeider med helse og omsorg. Det er påbegynt arbeid i Innovasjon Norge og Forskningsrådet med tanke på å identifisere en bedriftspopulasjon, og man vil arbeide videre med andre kilder. Mulige tilnærminger for klassifisering kan være gjennom innhenting av FoU- og/eller innovasjonsstatistikk eller ved separate spørreundersøkelser mot et utvalg bedrifter.

Oppsummert:

- Å gjennomføre HRCS-klassifisering av FoU finansiert over helseforetakenes basisbevilgning som del av den årlige ressurskartleggingen synes å være det mest realistiske alternativet, men det bør ikke stilles krav om at data skal innhentes eller dokumenteres på personnivå. Hvert enkelt helseforetak bør selv kunne avgjøre hvilket nivå i organisasjonen klassifiseringen gjøres. Det anbefales at så stor andel som mulig av FoU-ressursene inngår i klassifiseringen, dvs midler til FoU til individer/grupper/avdelinger, infrastruktur og andre felles støttefunksjoner, samt indirekte utgifter.
- En heldekkende klassifisering av ressursinnsatsen i helseforetakene forutsetter at midler til FoU til individer/grupper/avdelinger, infrastruktur og andre felles støttefunksjoner, samt indirekte utgifter inngår i klassifiseringen.
- Det bør arbeides for å gjennomføre en pilotundersøkelse ved utvalgte sykehus i forbindelse med ressurskartleggingen for 2015, mens klassifiseringen kan innføres for alle helseforetakene for rapporteringsåret 2016.
- Det bør arbeides for å innføre tilsvarende klassifisering for UH- og instituttsektoren.
- Muligheten for å få HRCS-klassifiserte data for næringslivet må vurderes grundigere før anbefalinger kan gis.

VEDLEGG

Sak 12/15

Sak 12/15 Scenarier for helse- og omsorg

Til: HO21-rådet

Fra: Teknologirådet v/Tore Tennøe og Hilde Lovett

Notat

Til
HO21-rådet

Fra
Teknologirådet ved Tore
Tennøe/Hilde Lovett

Dato
Oslo, 12.10.2015

Scenarier for helse- og omsorg: Skisse til samarbeidsprosjekt

Foranledningen for dette notatet er møtet 28. september mellom HO21-rådet (ved John-Arne Røttingen, Hilde Grindvik Nielsen og Håkon Haugli) og Teknologirådet (ved Tore Tennøe og Hilde Lovett). Her ble muligheten for en scenarie-prosess om helse- og omsorgssektoren i Norge diskutert, etter initiativ fra John-Arne Røttingen. Det ble bestemt at Teknologirådet skulle utarbeide et prosjektforslag.

Om behovet for scenarier for helse- og omsorgssektoren

Teknologirådet har nylig publisert en analyse av de ni 21-prosessene som hittil har vært gjennomført. Prosessene har lyktes godt med å forankre strategiene og skape tillit, men beskriver en "forlenget nåtid" og er svake når det gjelder å tenke alternative utviklingsløp. Dette gjelder også HelseOmsorg 21.

Et slikt alternativt utviklingsforløp er knyttet til mobil og digital helse. Teknologirådet har jobbet intensivt med dette over tid, og vi er overbevist om at vi står foran en grunnleggende endring i hvordan helsetjenester blir levert og av hvem (f.eks. pasienten selv). Tiden kan altså være inne for at også helse- og omsorgssektoren står foran en type digital disrupsjon – innovasjoner som grunnleggende endrer både organisering og markedet for helsetjenester.

Mobil og digital helse er en interessant utfordring for helseforskning av flere grunner: Hastigheten øker når det er eksponensiell vekst og nedenfra-og-opp-dynamikk istedenfor «big pharma»; helsevesenet mister monopolet på diagnoseverktøyene; informasjonsstrømmen snur, det er pasienten som produserer data; store data gir helt andre muligheter for forskning, planlegging og folkehelsearbeid; forskningsprosjekter kan gjennomføres i tilnærmet sann tid med pasienter og kroppsnær teknologi etc.

I en slik situasjon er det fornuftig å lage scenarier i betydningen plausible og kunnskapsbaserte fortellinger om fremtiden, og stille spørsmålet: Er FoU-systemet rigget for å svare på behovene disse scenariene beskriver? Hva er handlingsrommet og hva er de viktigste spørsmålene som må adresseres? Scenariene vil også kunne danne utgangspunkt for dialog, policy-innspill og nye møteplasser.

Teknologirådet har stor kompetanse om denne typen foresight og konsultasjoner, og har gjennomført en rekke scenario-prosesser i Norge og EU.

Prosjektskisse

Aktivitet 1: Utarbeide scenarier

Scenariene vil beskrive kunnskapsbaserte, alternative fortellinger om helse- og omsorgstjenestene i fremtiden og tydeliggjøre hvilke behov og valgmuligheter dette gir for forskning- og innovasjonspolitikken. I lys av den raske teknologiutviklingen foreslår vi en tidshorisont på 2030.

Teknologirådet er ansvarlig for å utvikle scenariene, i samarbeid med en ekspertgruppe (5-8 personer med ulik bakgrunn). Grafikk og video vil være viktig for å styrke kommunikasjonen av scenariene.

Aktivitet 2: Scenarioverksteder

Scenarioverkstedene vil samle 30-40 personer og ha to deler: Først vil deltakerne gi respons og innspill til scenariene. Deretter vil de formulere forslag til hvordan Norge bør møte mulighetene og utfordringene. En avstemming vil rangere forslagene.

Vi foreslår tre verksteder som også fungerer som møtesteder for ulike interessenter:

1. Næringsliv og teknologiutviklere. Relevante medlemmer i HO21 er ansvarlig for å invitere og stå som vertskap, mens Teknologirådet står for fasilitering.
2. Pasient og interesseorganisasjonene i helsetjenesten. Relevante medlemmer i HO21 er ansvarlig for å invitere og stå som vertskap, mens Teknologirådet står for fasilitering.
3. Lekfolk. Teknologirådet er ansvarlig for gjennomføringen. Scenariene og eventuelt forslagene kan publiseres åpent på nett for kommentarer og rangering fra publikum.

Aktivitet 3: Avslutningsverksted med HO21-rådet

På verkstedet vil scenariene presenteres, deretter en sammenstilling av responsen og de høyst rangerte forslagene fra de 3 scenarioverkstedene. Videre i møtet vil HO21-rådet diskutere idékatalogen og vurdere hvilke forslag som skal tas videre.

HO21-rådet og Teknologirådet er ansvarlig for planlegging og gjennomføring.

Tidsplan:

- Q2: 2016: Aktivitet 1: Utarbeide scenarier og opplegg for scenarieverkstedene
- Q3 2016: Aktivitet 3: Utføres 3 scenarioverksteder med heterogene grupper
- Q4 2016: Aktivitet 4: Avslutningsverksted med HO21-rådet

Budsjettoverslag:

- Utvikle scenarier, design av prosess, ekspertgruppe, gjennomføring av verksteder: 0,6 - 1,0 millioner kroner
- Grafikk/video: 0,2 - 0,4 millioner kroner
- Arrangement: 0,1 - 0,2 millioner kroner



Dialogarenaer og felles målbilder

Håkon Haugli, Abelia



HOD om hvor vi må satse for å møte utfordringene innen helse- og omsorg

- Forebygging og folkehelse

"Helse skapes ikke først og fremst i helsesektoren, men gjennom levekår, livsbetingelser og livsstil."

- Organisering av helse- og omsorgstjenester

"... bedre balanse mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten."

"Fremtidens pasienter vil være aktive deltakere i spørsmål som gjelder egen helse og behandling. Nye former for egenomsorg bør utvikles."

- Kvalitet og faglighet

"...må være basert på sikker kunnskap"

"Pasientsikkerhet"

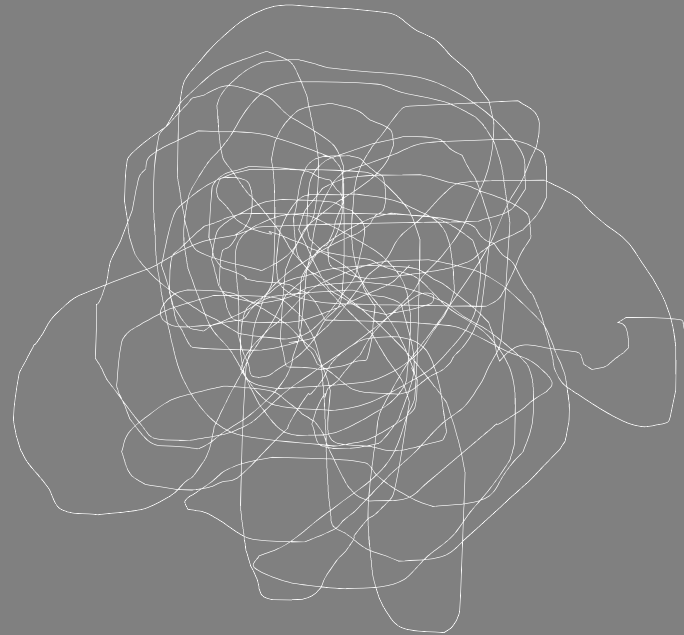
- Ledelse, omstilling og finansiering

"En av de største utfordringene blir å rekruttere, utvikle og beholde tilstrekkelig og kompetent personell."

”Noen problemer er så komplekse at du må
være utrolig smart og velinformert bare for å
være i villrede”

Fritt etter Laurence Peters

Slike problemer ble først beskrevet
av Horst Rittel, og kalles «**wicked
problems**», eller «**floker**» på
norsk



*Vartannat jobb
automatiseras*

inom 20 år

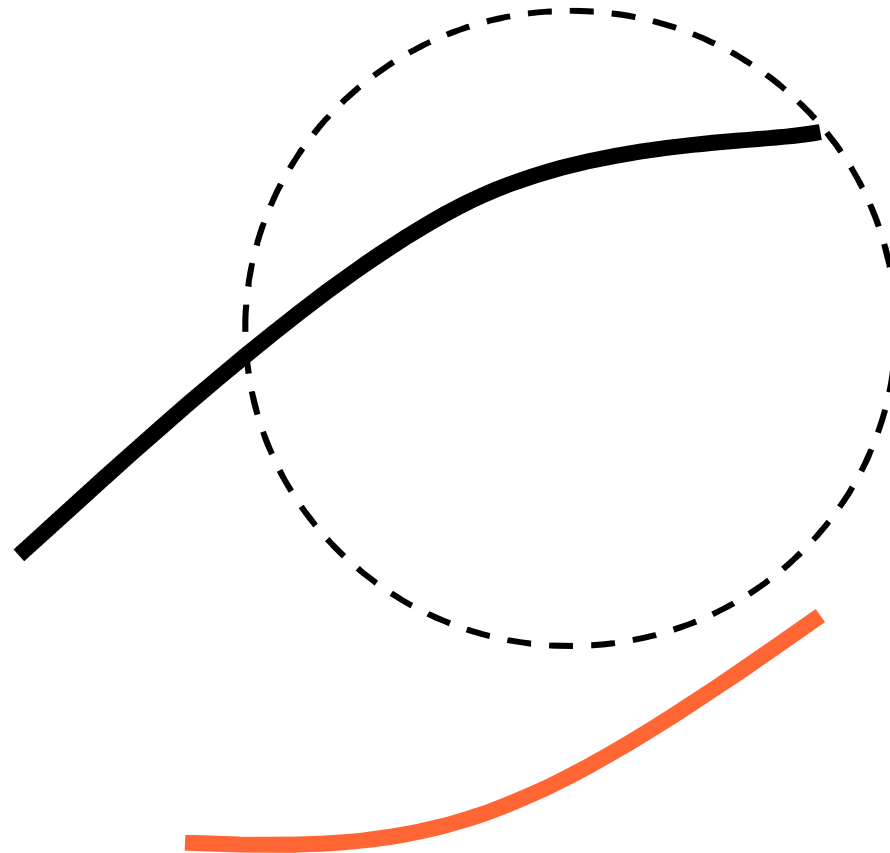
- utmaningar för Sverige



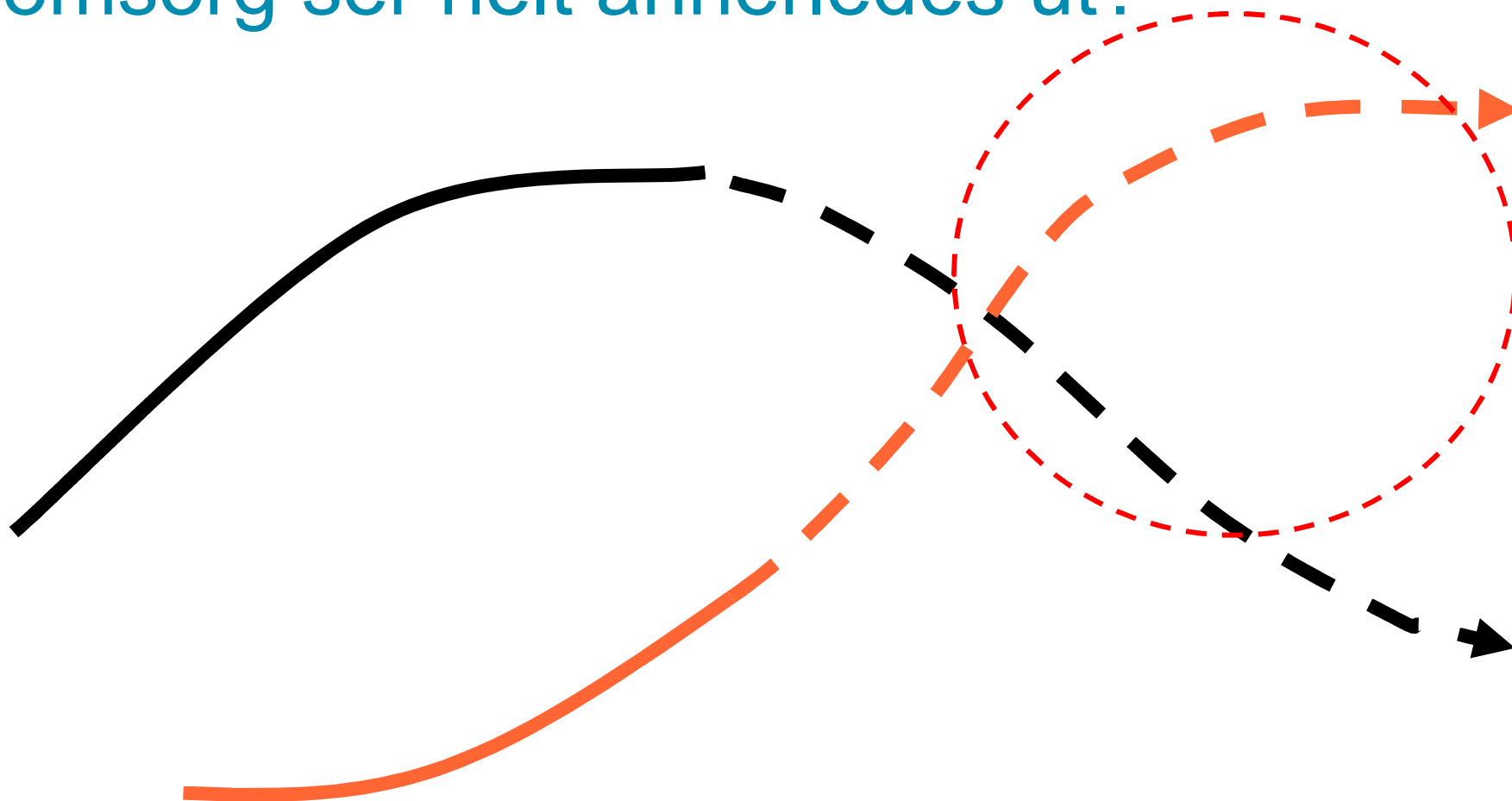
Helse- og omsorgssektoren skal gjennom en serie av rolleinnovasjoner

- Må våge å tenke nytt om roller.
- Eks: Digitalisering av finans, medieindustri mv.
- Individer skal gjøres i stand til å ta bedre vare på egen helse.
- Profesjonsroller skal endres.
- Størst produktivitetsgevinst: 1 kr. i teknologi => 8-9 kr. komplementære investeringer.

Hva ser vi på? Hvor går oppmerksomheten vår?



Tenk om morgendagens helse- og omsorg ser helt annerledes ut?



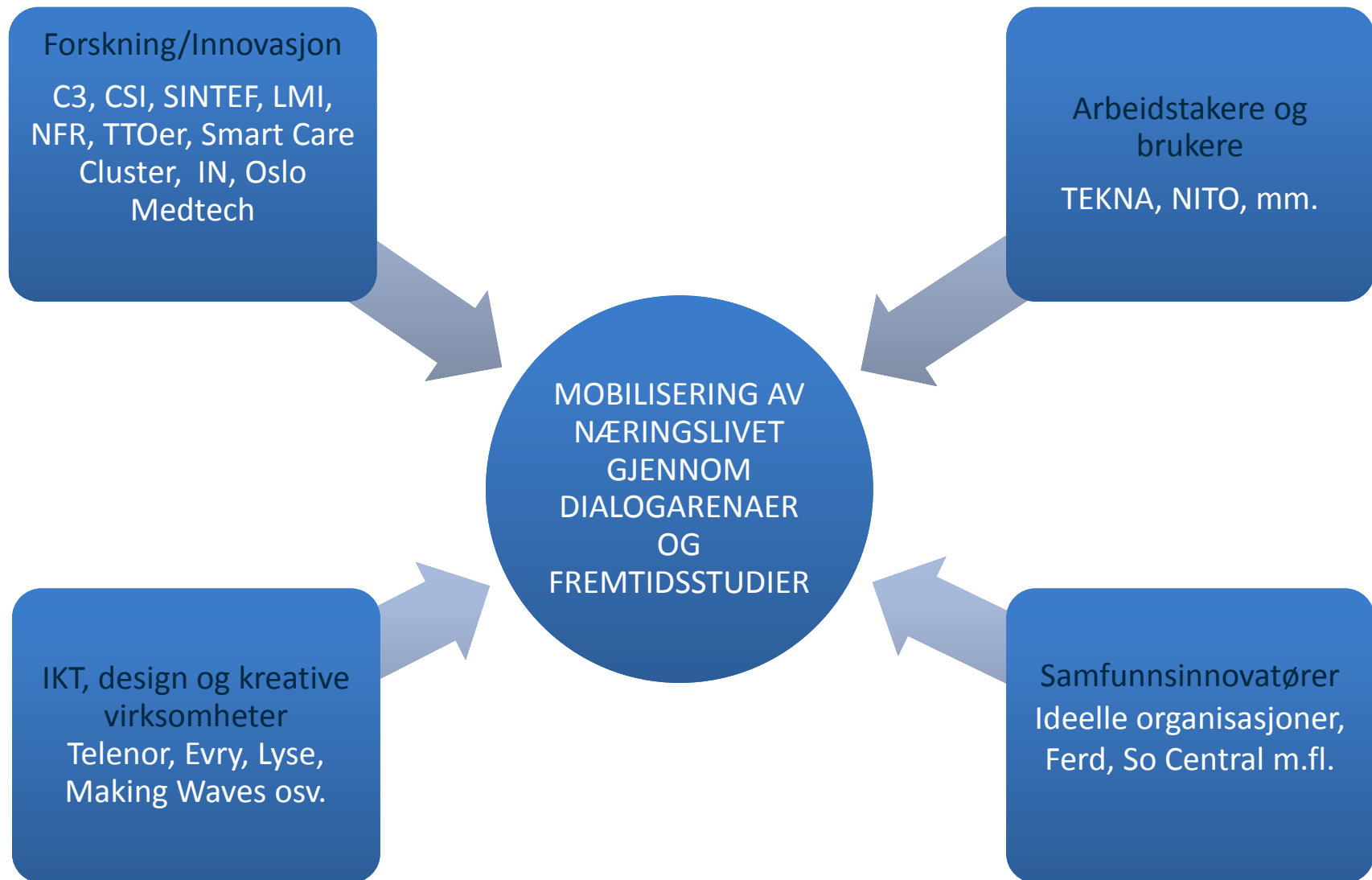
Hvem er Abelias 1700 medlemmer?

- IKT-bedrifter
- Rådgivere og konsulenter
- Innovasjonsselskaper
- Forskningsinstitutter
- Organisasjoner
- Undervisning
- Design og merkevare
- Vitensentre



Hva kan Abelia bidra med?

- Utvikle felles fremtidsbilder.
- Fasilitere dialogarenaer, for å trekke aktørene sammen og bygge felles forståelse.
- Tverrfaglige tilnærminger - forskning, tjenestedesign, teknologi, brukerperspektiv.



VEDLEGG

Sak 13/15

Sak 13/15 Del 1 Kanalisering av forskningsressurser innrettet mot kommunehelsetjenesten

Til:	HO21-rådet
Fra:	Rådsmedlem Guri Rørtvei, UniHelse

Satsing på forskning for, i og med kommunehelsetjenesten er ett av ti satsingsområder for HelseOmsorg21. For å komme videre, må alle aktører ha felles forståelse av 1) hvordan forskningsinnsatsen mot kommunehelsetjenesten er innrettet i dag og 2) hvordan økte forskningsressurser bør kanaliseres for å få størst mulig effekt.

1. Om kommunehelsetjenesten og innretning av forskningsinnsatsen i dag

Kommunehelsetjenesten (primærhelsetjenesten, førstelinjetjenesten) i Norge er organisert av kommunene. Den rommer fastlegetjenesten, legevakt, øyeblikkelig hjelp døgntilbud, sykehjem (legetjenester og pleie), pleie- og omsorgstjenester i hjemmet, fysioterapitjenesten, helsestasjoner, skolehelsetjeneste, fengselshelsetjeneste, deler av barneverntjenesten i tillegg til noen mindre tjenester. Tannhelsetjenesten er en primærhelsetjeneste som er vedtatt skal overføres fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå. Kommunale psykologtjenester vil bli et tilbud ifølge primærhelsetjenestemeldingen.

Kommunene har et bredere samfunnsoppdrag (bl.a. skole, veier, helsetjeneste) enn helseforetakene og de to nivåene kan derfor ikke sammenlignes direkte, verken som helsetjenesteaktører eller som forskningsaktører. Forskning i kommunehelsetjenesten foregår i samarbeid med og under ledelse av forskningsinstitusjoner som er innrettet mot forskning i kommunehelsetjenesten (se nedenfor). Helseforskning er avansert håndverk både metodologisk og juridisk. Behovet for profesjonelle forskningsaktører bør ikke undervurderes, heller ikke i denne delen av helsetjenesten.

Kommunene har ikke egne forskningsinstitusjoner, og noe av utfordringen med å utvikle forskning for, i og med kommunene er å sørge for et godt samspill mellom kommunehelsetjenesten som skal medvirke til og dra nytte av forskning, og forskningsinstitusjonene som kan forskningshåndverket. Det er også behov for å utvikle mye større rom for at kommunehelsetjenesten skal kunne initiere forskningsprosjekter. Medvirkningsbegrepet (jfr Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester) bør få et klarere innhold.

I dag er infrastrukturen for forskning i kommunehelsetjenesten altfor dårlig. Noen kommuner har sentre som har i oppdrag å drive med FoU-virksomhet. Disse driver for det meste med utviklingsarbeid, men er gode ressurser for deltakelse i forskningsprosjekter i kommunene. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester er eksempler på kommunalt drevne institusjoner med FoU-oppdrag. Lege-, tannlege- og fysioterapitjenestene har så godt som ingen infrastruktur for forskning ute i kommunene, og hvert forskningsprosjekt må derfor bygge opp (og ta ned) infrastruktur for hver gang. Dette er uhensiktsmessig bruk av ressurser og skaper terskler for på iverksette praksisnær, klinisk forskning, som er etterlyst i HelseOmsorg21-strategien.

Flere forskningsinstitusjoner har primærhelsetjenesten som sitt primære mål for forskning, mens andre har dette som en del av virksomheten. Eksempler på institusjoner som arbeider med forskning rettet mot primærhelsetjenesten er:

- universitetene (institutter med allmennmedisinsk, samfunnsmedisinsk, sykepleievitenskapelig og fysioterapivitenskapelig kompetanse, samt psykologiske og odontologiske fakultet/institutt)
- en del av høyskolene som tilbyr sykepleie- og/eller fysioterapi-utdanning (herunder omsorgssentrene)
- forskningsinstitutter med medisinsk/helsefaglig forskning innrettet mot primærhelsetjenesten
- en del av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten

I motsetning til situasjonen i spesialisthelsetjenesten, mangler vi i dag måling av ressursbruk til forskning innrettet mot primærhelsetjenesten. Det er ønskelig at NIFU får oppdrag om å måle slik ressursbruk, på lik linje med det arbeidet som NIFU har gjort for å måle tilsvarende ressursbruk rettet mot spesialisthelsetjenesten.

2) Hvordan bør økte ressurser for forskning innrettet mot kommunehelsetjenesten kanaliseres for å få størst mulig effekt?

HelseOmsorg21-strategien fastslår at forskningsmiljøene innrettet mot kommunehelsetjenesten er små og fragmenterte. Det anbefales å styrke eksisterende miljøer for å bygge på dagens kompetanse og opprette kritisk masse. Kommunenes innflytelse på forskningens innretning bør styrkes betydelig. Slik innflytelse vil føre til større definisjonsmakt, eierskap og vilje til å avsette ressurser til forskning og utvikling av tjenestene. Opptrapping av forskning forankret ved universitet/høyskoler/forskningsinstitutter/nasjonale kompetansesentre vil bygge på eksisterende kompetanse samtidig som man kan sikre at kommunehelsetjenestens interesser blir ivaretatt.

De regionale samarbeidsorganene mellom regionale helseforetak, universitet og høyskoler ble opprettet i forbindelse med foretaksreformen og har vist seg å være et effektivt redskap for å utvikle forskning i helseforetakene. Disse samarbeidsorganene mangler kompetanse på både kommunehelsetjenesten og forskning innrettet mot denne delen av helsetjenesten og kan derfor ikke brukes direkte som en kanal for å dette formålet. Imidlertid er det god grunn til å vurdere en utvikling av samarbeidsorganene på regionalt nivå, der man kan tenke seg en speiling av nåværende struktur med en tilsvarende kommunehelsetjeneste-orientert struktur med relevant kompetanse. Jeg viser til forslag fra arbeidsgruppe 3 i utviklingen av HelseOmsorg21-strategien:

Opprettelse av regionale samarbeidsorgan for kommunehelsetjenesten og akademi. For å styrke tjenesterelevant forskning og utdanningstilbud for helse og omsorgstjenestene i kommunal sektor, bør regionale samarbeidsorgan etableres mellom kommunene og utdannings- og forskningsinstitusjonene. Samarbeidsorganene bør gis mandat til å tildele forskningsmidler etter søknad som vurderes etter kvalitet og relevans for tjenesten. Samarbeidsorganene skal legge til rette for å få eksisterende miljøer til å samarbeide. Forskningsmidler bør prinsipalt komme fra den kommunale helsetjenesten på samme måte som spesialisthelsetjenesten bidrar med midler til dagens regionale samarbeidsorgan. Det kan tenkes at rammebevilgninger til kommunehelsetjenesten må økes for å få til dette. Kommunene må være godt representert med kvalifisert personell i samarbeidsorganene. De bør også ha brukerrepresentasjon, og de bør ha kompetanse og mandat til å sikre hensiktsmessig brukermedvirkning i prosjektene som blir finansiert.

En slik struktur bør utredes nærmere.

Sak 13/15 Del 2 Nasjonal pådriver for forskning

Til:	HO21-rådet
Fra:	Kommunesektorens organisasjon (KS)

Fra:	Tone Marie Nybø Solheim	Dato:	12.10.2015
Til:	HelseOmsorg21-rådet	Dokument nr.:	15/00953-13
Kopi til:			

Nasjonal pådriver forskning

Forskning i kommunesektoren – HelseOmsorg21

KS har blitt bedt om å gi innspill til oppfølgingen av tema «behov for nasjonal møteplass knyttet til forskning for kommunene», innledningen fra sist møte i HelseOmsorg21 rådet 31.08.15 ligger ved dette notatet.

Landsstyret har i sin uttalelse om primærhelsetjenestemeldingen sagt følgende;

KS ber Stortinget legge opp til en opptrappingsplan for forskning og kompetanseutvikling i kommunesektoren, med tilføring av midler og oppbygging av bestillerkompetanse etter modell av RHF' ene. Målsettingen må være at kommunesektoren på sikt får et sørge-for-ansvar for forskning, kompetanse og praksis, der kommunesektoren er satt i førersetet for forskning i, med og for sektoren selv.

Hovedstyret fastslår at kommunene bør gis et tilsvarende lovhjemlet sørge-for-ansvar for forskning som spesialisthelsetjenesten, forutsatt at kommunene tilføres nødvendige friske midler og at det etableres en forskningsinfrastruktur som gjør det mulig å følge opp et slikt forsterket lovansvar.

Struktur og samarbeidsmekanismer

Dagens forsknings- og innovasjonsstruktur bør tilpasses kommunal sektor; en sektor med en annen kompetanse, andre forskningsspørsmål og færre ressurser til forskning enn spesialisthelsetjenesten. God samhandling mellom UH-sektoren og kommunesektoren er et viktig ledd i å bygge slik infrastruktur.

Samarbeidet kan utvikles gjennom nettverk, arenaer eller klynger for praksisnær forskning, for derigjennom å lykkes med kunnskapsdeling og videreutvikling av kommunale tjenester.

KS foreslår at det etableres en arbeidsgruppe som ser på modell for et nasjonalt nettverk, i første omgang for helse- og velferdsområdet. Et neste skritt vil da være å invitere aktuelle aktører til diskusjon om en modell tilsvarende spesialisthelsetjenesten NSG (for kommunesektoren helse- og velferdssektoren), sjekke behovet for et slikt samarbeid, sette mål og utforme mandat, teste ut en arbeidsform for så å evaluere om det gir resultater som forventet.

KS har hatt møte med Nina Langeland, dekan UiB, og Guri Rørtvedt, UiB om hvordan vi i fellesskap kan etablere en Nasjonal samordningsgruppe for forskning i kommunal sektor og om etablering av forskernettverk for sektoren.

Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning i spesialisthelsetjenesten(NSG) skal være et strategisk rådgivende organ for de deltagende institusjonene innen helseforskning.

NSG har 12 medlemmer oppnevnt av følgende institusjoner/instanser; RHFene, universitetene, UHR, brukerrepresentanter og med observatører fra HOD, KD og NFR. Deltakelse er på dekan/ fagdirektørnivå.

KS tar gjerne initiativ til en slik arbeidsgruppe som foreslått over, og ber om innspill på deltagere og mål for et slikt samarbeid.



Behov for en nasjonal møteplass knyttet til forskning med, i og for kommunene

Møte i HO21-rådet 31. august 2015

KS' visjon; En selvstendig og nyskapende kommunesektor



Sterkt lokaldemokrati – sterke lokalsamfunn

Bedre tjenester
tilpasset det enkelte
menneske og lokale behov





”Dette er bildet i 2020”

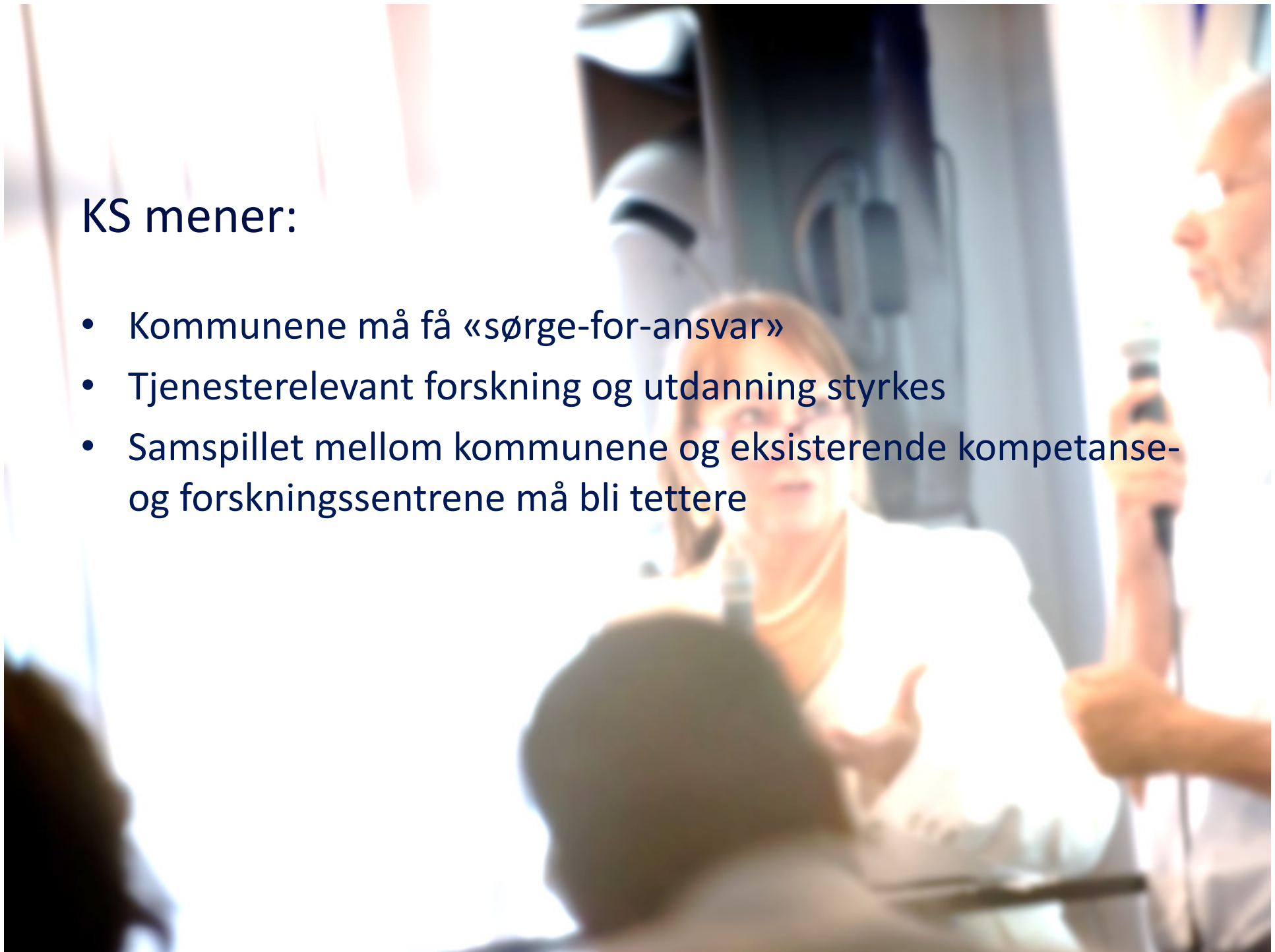
- Kulturskifte og holdningsendring
 - Til forskning i kommunene
 - Til å forske i, med og for kommuner i forskningsmiljøene
 - Til betydningen av kommuneforskning hos de bevilgende myndighetene
- Kommunene er i førersetet:
 - Har bestillerkompetansen: Identifiserer ”wicked problems” og engasjerer forskere til å jobbe med dem i samspill med kommunene.
 - Arbeidsplassen er campus
- Kommunene er attraktive arbeidsgivere
- Kommunene har lovpålagt sørge for ansvar
- Kommunene eier forsknings-/kompetansesentre

Ting må skje på flere nivåer

- Behov defineres **lokalt**. Kommunesektoren må ha «eierskap» til forsknings- og utviklingsmiljøer
- Dialog mellom kommune(r) og forskningsmiljøer etableres **regionalt**. Slik vil felles forskningsprosjekter utvikles.
- Virkemidler etableres **nasjonalt**: finansiering/organisering

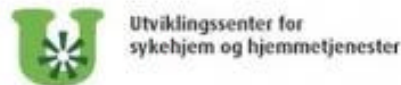
KS mener:

- Kommunene må få «sørge-for-ansvar»
- Tjenesterelevant forskning og utdanning styrkes
- Samspillet mellom kommunene og eksisterende kompetanse- og forskningssentrene må bli tettere



KS vil:

- Regionale sentra for forskning og innovasjon
- Eid av kommunene
- Sentrene for omsorgsforskning og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester inngår – senere bør andre sentra inngå



Hvordan sikre nasjonale mål?

- Etablere en nasjonal møteplass
- En *mulig* modell – organisert som RFF-modellen
- NFR det sentrale sekretariatet og lederne for de regionale sentra møtes jevnlig
- Motsetning mellom å ivareta nasjonale strategier og å ha sterkere kommunalt eierskap?
- Alle «er på» nå?

Hvordan sikre nasjonale mål? (forts.)

Eierskap gir resultater (RHF)

Nasjonale strategier for utvikling kan ivaretas gjennom:

- Definere felles samfunnsoppdrag
- Øremerking av midler til FoU
- Sammensetning av styrene i sentrene





KS FoU – forskning og utvikling for kommunesektoren

«Bestillingen»:

Hva finnes av kunnskap?

Hvordan finne kunnskapen?

Hvordan kan kunnskapen brukes?



VEDLEGG

Sak 14/15

Sak 14/15 Om arbeidet med tjenesteinnovasjon

Til:	HO21-rådet
Fra:	Helsedirektoratet

Notat til møtet i HelseOmsorg21-rådet 19. oktober 2015

Om arbeidet med tjenesteinnovasjon

På anmodning fra Forskningsrådets sekretariat for HelseOmsorg21-rådet informerer Helsedirektoratet om vårt arbeid med tjenesteinnovasjon på helse- og omsorgsområdet.

Helsedirektoratet har som ett av sine langsiktige mål å støtte forskning, innovasjon og implementering av ny kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgssektoren.

Oppdrag om tjenesteinnovasjon

Som en oppfølging av HelseOmsorg21-strategien har Helsedirektoratet i 2015 fått 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. Startes opp nå i høst.

I tillegg har direktoratet i oppdrag å utarbeide en veileder for tjenesteinnovasjon i samarbeid med InnoMed, DIFI, DogA, Innovasjon Norge og Forskningsrådet. Helsedirektoratet har rapportert til HOD at vi vil se tiltakene om utredningen av det nasjonale systemet for tjenesteinnovasjon og utarbeidelse av veileder i sammenheng. Helsedirektoratet vil også vurdere behovet for å utarbeide en veileder for tjenesteinnovasjon i lys av at Helsedirektoratet allerede har investert i utviklingen av Samveis som verktøy for tjenesteinnovasjon.

InnoMed

I tillegg har direktoratet ansvar for InnoMed, som er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Virksomheten er organisert med et nasjonalt sekretariat og innovasjonsrådgivere i alle helseregioner og har tre virksomhetsområder:

1) Forankring og stimulering 2) Innovasjonsprosjekter og 3) Kunnskapsutvikling og -formidling.

Nettverket dekker også de kommunale helse- og omsorgstjenestene og bidrar til innovasjonsarbeid på tvers av tjenestenivåene.

Styringsgruppen for nasjonalt samarbeid om innovasjon og næringsutvikling i helse og omsorgssektoren – InnoMed

Det er etablert en tverrsektoriell styringsgruppe for nasjonalt samarbeid om innovasjon og næringsutvikling som også er styringsgruppe for InnoMed. Mandatet ble signert av alle partene i juni 2015: Helsedirektoratet, de fire regionale helseforetakene, Forskningsrådet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, KS, Innovasjon Norge og Universitets- og høyskolerådet.

Styringsgruppen til InnoMed og Koordineringsutvalget for oppfølging av Nasjonal samarbeidsavtale om innovasjon og næringsutvikling i helse og omsorgssektoren (2013-2017) hadde de samme hovedaktørene og felles formål. Derfor ble de slått sammen til denne nye Styringsgruppen for nasjonalt samarbeid om innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren - InnoMed.

Helsedirektoratet ved divisjonsdirektør Johan Georg Røstad Torgersen leder denne styringsgruppen med deltagelse fra de regionale helseforetakene, KS og kommunene Tromsø, Sola og Oslo, Forskningsrådet, Innovasjon Norge, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Universitets- og høyskolerådet og Helseforetakenes innkjøpsservice (HINAS).

Styringsgruppens formål er å fungere som strategisk bindeledd mellom partene. Partene skal gjennom InnoMed og andre offentlige virkemidler bidra til økt offentlig og privat verdiskaping innenfor strategiske satsingsområder, med fokus på å realisere pasientens helse- og omsorgstjeneste.

Samveis nasjonalt velferdsteknologiprogram

«Samveis nasjonalt velferdsteknologiprogram» er navnet på alle felles aktiviteter Helsedirektoratet og KS har på det velferdsteknologiske området.

«Samveis veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi» er det første samlede elektroniske verktøyet for tjenesteinnovasjon fra idé, gjennom innovasjonsfasen til overgang til drift og realisering av gevinster. Dette veikartet er utviklet innenfor rammen av Samveis nasjonalt velferdsteknologiprogram i samarbeid med KS og kommuner. Andre medvirkende er Sintef, PA Consulting, Making Waves og AHO.

Kjernen i verktøyet er å ta utgangspunkt i både brukerne og kommunenes behov og benytte tjenstedesign for å hjelpe kommunene med å få gode prosesser når de skal utvikle tjenestene sine og høyne kvaliteten. Metodikken er generell og kan brukes i all tjenesteutvikling.

Veikartet ble lansert 10. september 2015 og benyttes nå ut i en rekke av kommunene som deltar i velferdsteknologiprogrammet. Evaluering og videreutvikling pågår ved hjelp av forskning ved AHO og i samarbeid med Bufdir og DOGA angående brukermedvirkningsperspektivet og design for alle.

Til veikartet er det utarbeidet en opplæringspakke, Velferdsteknologiens ABC, som består av fem faser og skal bistå kommunene i å gjennomføre prosessene i veikartet. Denne opplæringspakken som utvikles av KS i samarbeid med Sintef og Høgskolen i Telemark er nå i utprøving i noen utvalgte kommuner og vil bli fritt tilgjengelig når den er ferdigstilt.

Mange kommuner antas å kunne gjennomføre metodikken ved hjelp av egne ressurser og opplæringspakken mens noen vil ha behov for prosessveiledning ved gjennomføring av enkelte av fasene i metodikken.

Veikartet er tilgjengelig her: www.samveis.no og på KS sine nettsider.

Tilskudd til kommuner

Helsedirektoratet tildeler i år 243,2 millioner i tilskuddsmidler til kompetanse og innovasjon i kommunene via fylkesmennene. Det finnes ikke sikre opplysninger om hvor store andel som går til henholdsvis innovasjon, utvikling eller kapasitetsøkning, men mye av dette er nyttiggjøring av nyttig nytt og slik sett tjenesteinnovasjon. Disse tilskuddsmidlene fra fylkesmennene skal sees i sammenheng med innovasjonsandelen av skjønnsmidlene på 125,0 millioner fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet som fylkesmennene fordeler gjennom skjønnsstilskuddsordningen til kommuner med særskilte behov.