

Helsesdatautvalget og Helsesdataprogrammet

Marta Ebbing, HO21-rådet 14. september 2017

Hensikt med innlegget

- Presentere Helsedatautvalgets rapport
- Informere litt om det pågående arbeidet i Helsedataprogrammet i Direktoratet for e-helse



Helsedata for kunnskap

- Helsedata nødvendig for å få kunnskap om hva som fungerer, hva som ikke fungerer og hva som bør endres i hele bredden av folkehelsearbeidet og i helse- og omsorgstjenestene.
- Helsedata er en grunnleggende forutsetning for kunnskapsbasert politikk- og tjenesteutvikling.

PHARMACOGENOMICS

β2-Adrenoreceptor is a regulator of the α-synuclein gene driving risk of Parkinson’s disease

Shuchi Mittal,^{1,2,3} Kjetil Bjørnevik,^{4,5} Doo Soon Im,⁶ Adrian Flierl,⁷ Xianjun Dong,^{1,2,3} Joseph J. Locascio,^{1,8} Kristine M. Abo,¹ Elizabeth Long,¹ Ming Jin,^{2,3} Bing Xu,⁹ Yang K. Xiang,⁹ Jean-Christophe Rochet,¹⁰ Anders Engeland,^{4,11} Patrizia Rizzu,¹² Peter Heutink,¹² Tim Bartels,^{2,3} Dennis J. Selkoe,^{2,3} Barbara J. Caldarone,^{3,13} Marcie A. Glicksman,¹³ Vikram Khurana,^{2,3,14} Birgitt Schüle,⁷ David S. Park,⁶ Trond Riise,^{4,5} Clemens R. Scherzer^{1,2,3*}

Science 357, 891-898 (2017) 1 September

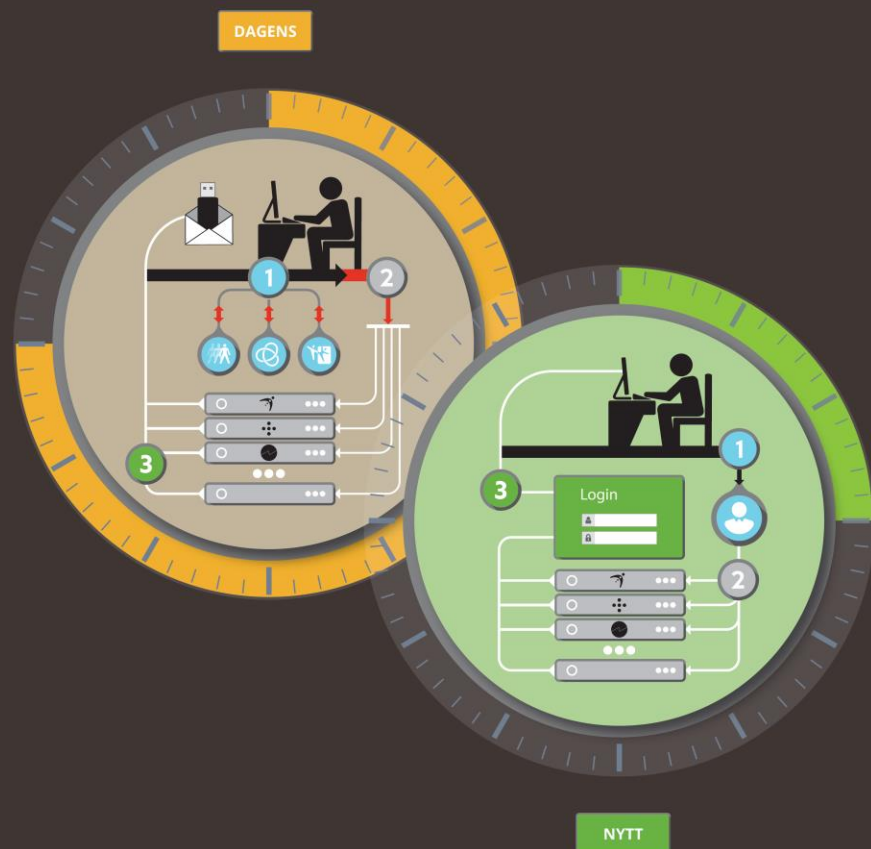
Copy number mutations implicate excess production of α-synuclein as a possibly causative factor in Parkinson’s disease (PD). Using an unbiased screen targeting endogenous gene expression, we discovered that the β2-adrenoreceptor (β2AR) is a regulator of the α-synuclein gene (SNCA). β2AR ligands modulate SNCA transcription through histone 3 lysine 27 acetylation of its promoter and enhancers. Over 11 years of follow-up in 4 million Norwegians, the β2AR agonist salbutamol, a brain-penetrant asthma medication, was associated with reduced risk of developing PD (rate ratio, 0.66; 95% confidence interval, 0.58 to 0.76). Conversely, a β2AR antagonist correlated with increased risk. β2AR activation protected model mice and patient-derived cells. Thus, β2AR is linked to transcription of α-synuclein and risk of PD in a ligand-specific fashion and constitutes a potential target for therapies.

Helsedatautvalget 2016-2017

- Ekspertutvalg nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 10. juni 2016, leverte rapport 30. juni 2017
- Medlemmer:
 - Marta Ebbing (leder), Folkehelseinstituttet
 - Trine Magnus, tidl. direktør for Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
 - Even Gunnarson Anderssen, Helsedirektoratet
 - Bente Kne Haugdahl, Fylkesmannen Nord-Trøndelag
 - Lars Bjarne Kristofersen, Høyskolen i Oslo og Akershus
 - Gunnar Jårvik, Nasjonal IKT Helseforetak
 - Pål Rasmus Njølstad, Helse Bergen HF og Universitetet i Bergen
 - Jacob Hølen, Nasjonal etisk komité for medisinsk forskning
 - Camilla Nervik, Datatilsynet
 - Ketil Widerberg, Oslo Cancer Cluster

Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata

Rapport fra Helsedatautvalget 2016-2017



Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata

Rapport overlevert 30.6.2017, [på høring med frist 1. desember 2017](#)

HELSEDATA

Sentrale helseregistre

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Befolkningsbaserte helseundersøkelser

Forskningsbiobanker

Kjernen i
Helsedata-
utvalgets
arbeid

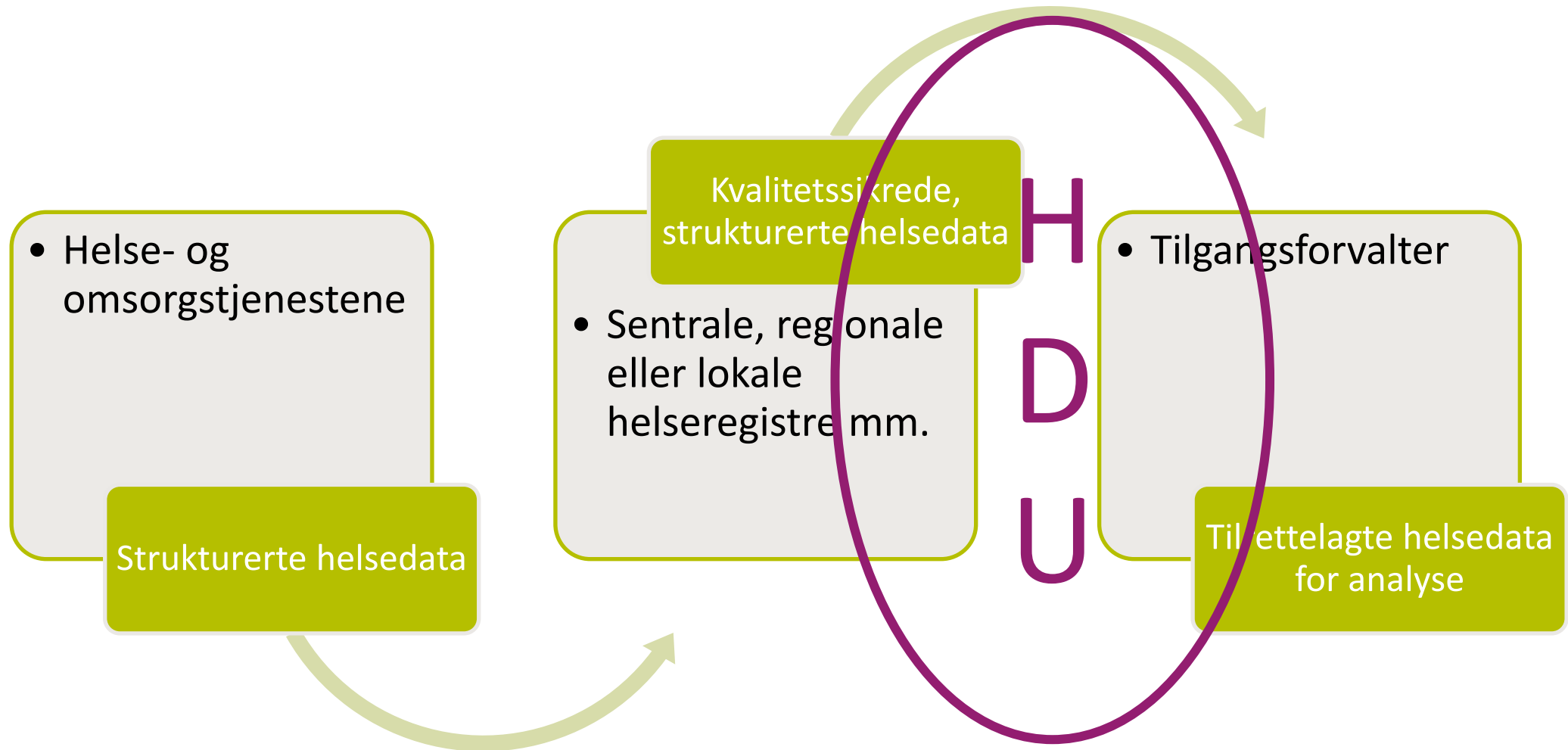
Diagnostiske- og behandlingsbiobanker

Elektroniske pasientjournaler

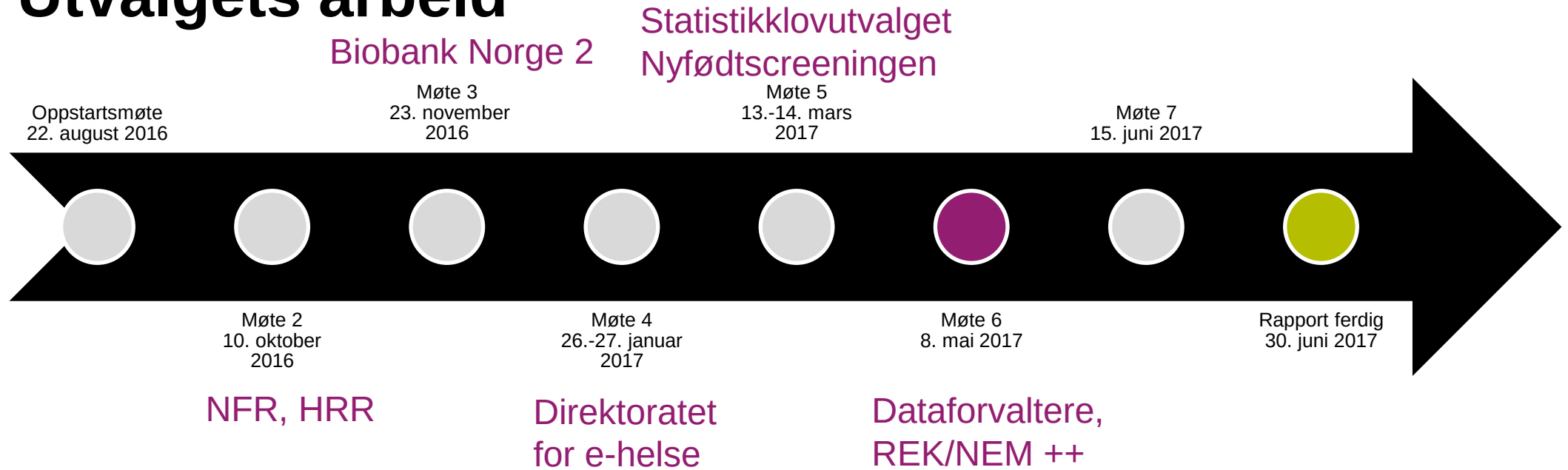
Data fra smarte ting, MTU og velferdsteknologi

Relevant for
Helsedata-
utvalgets
arbeid, men
må utredes
nærmere

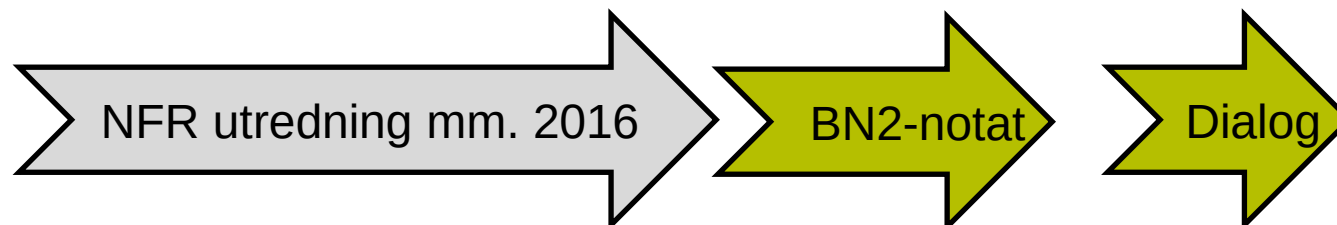
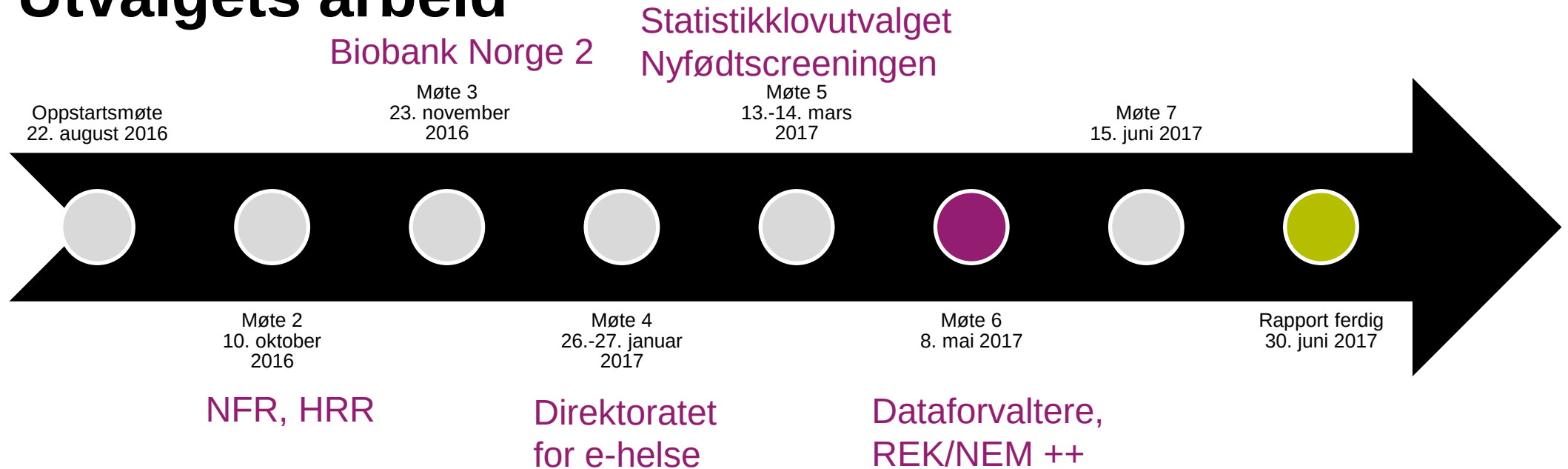
Utvalgets fokus



Utvalgets arbeid

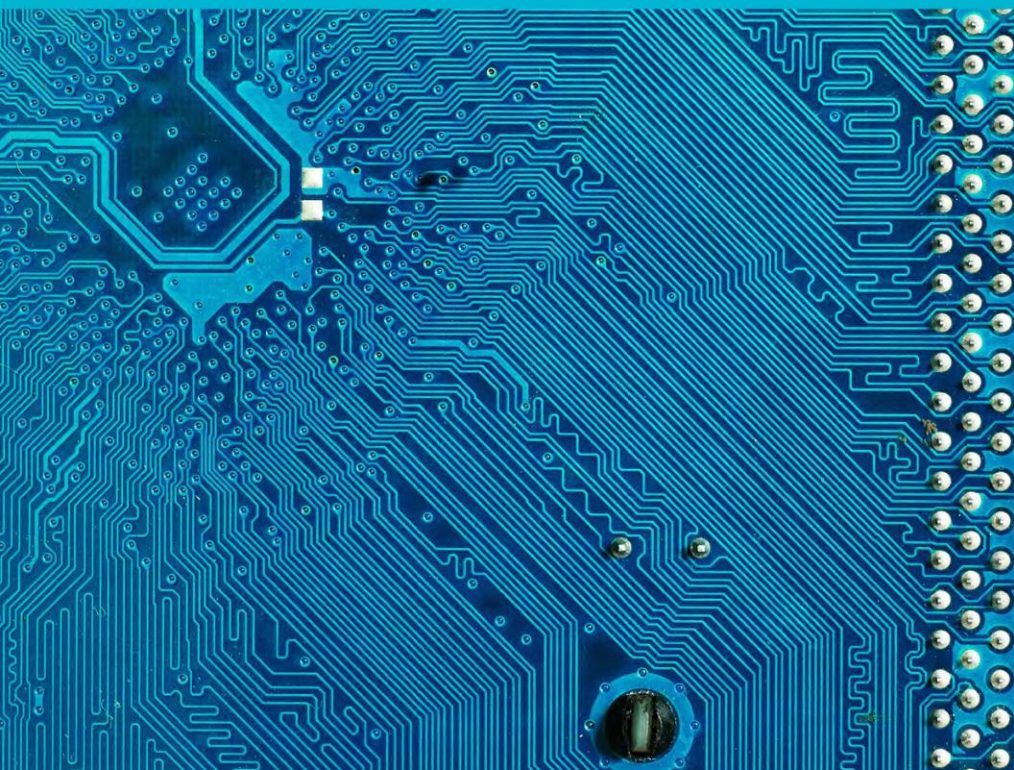


Utvalgets arbeid



Enklere tilgang – mer forskning

Status og forbedringsmuligheter
for norske persondata til helseforskning



Referansearkitektur og fellestjenester for helseregistre

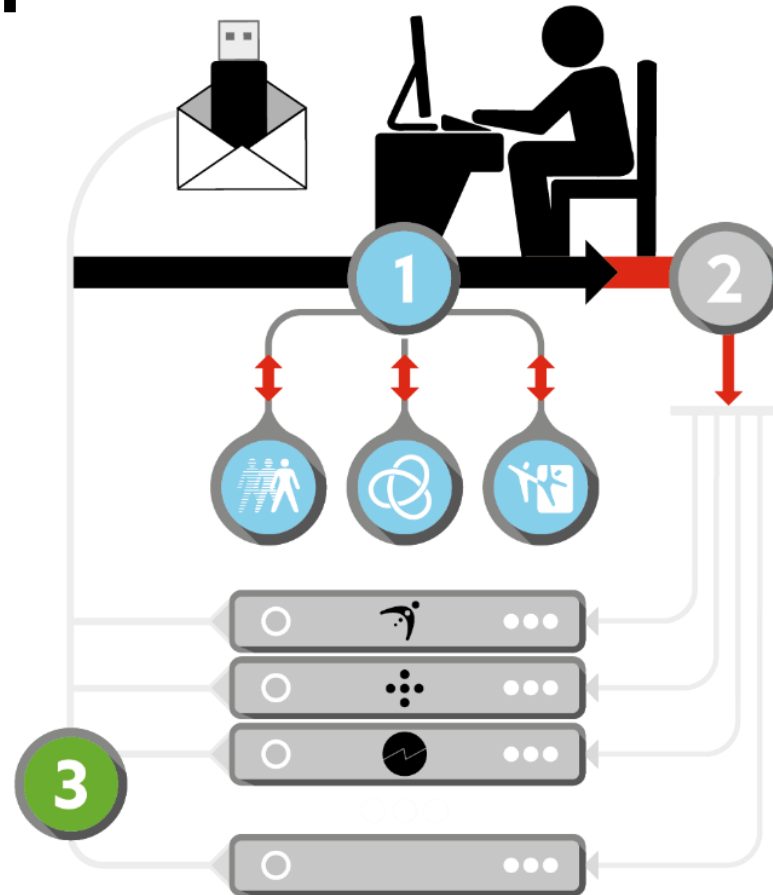
*«Bedre utnyttelse, bedre kvalitet, enklere innrapportering og
sikrere håndtering av helseopplysninger»*

Sluttrapport

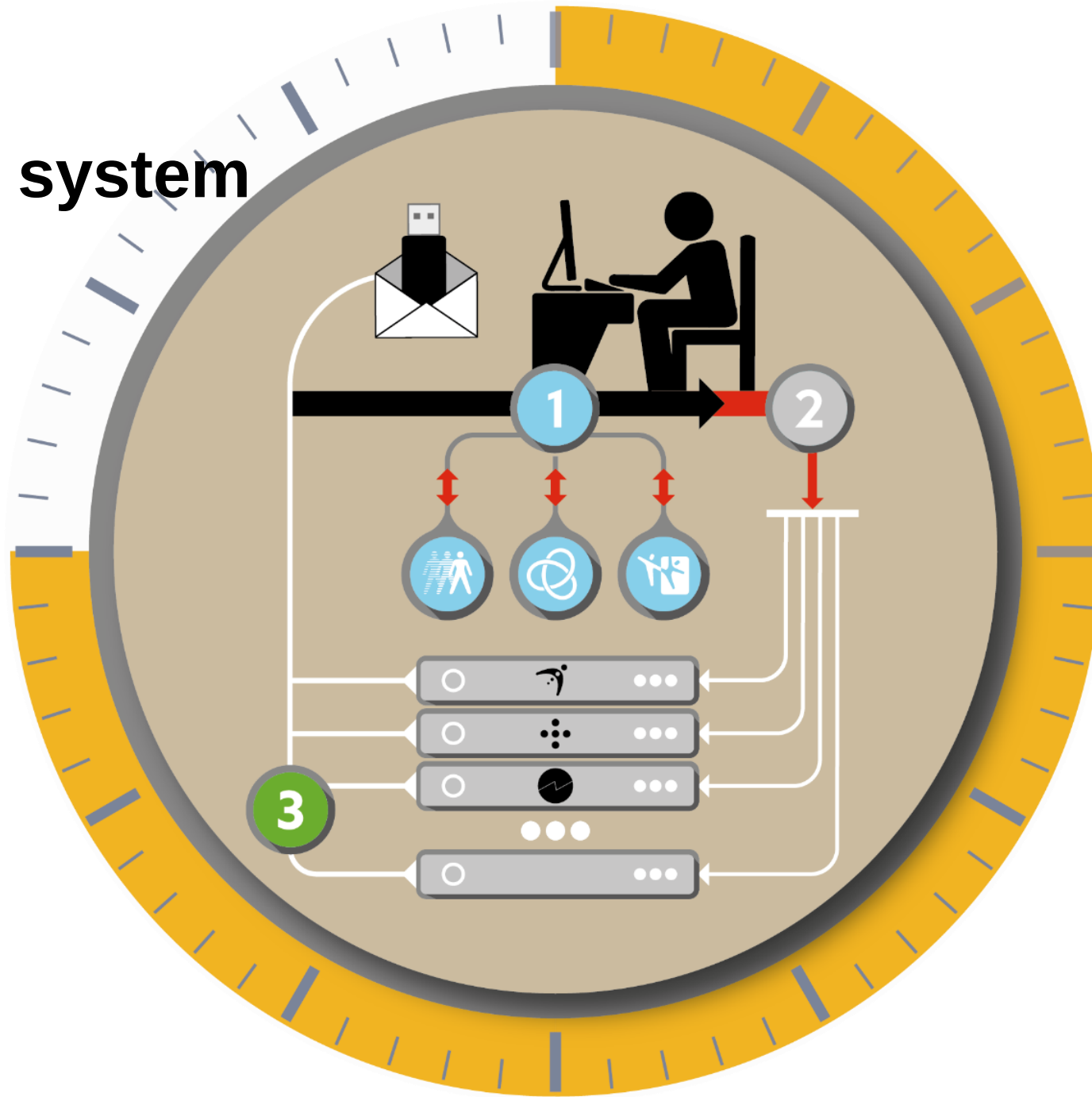
Desember 2016



Dagens system



Dagens system



Tillit



Personvern

Tilgang

Pågående arbeid (1)

- Arbeid med regelverket
 - EUs personvernforordning i norsk rett
 - Nye og reviderte/harmoniserte forskrifter til helseregisterloven
 - NOU om statistikkloven;
 - hva er offisiell statistikk, hvem skal ha ansvar for den, hvem skal kunne produsere den, hvilke rådata skal være tilgjengelig for hvem

Pågående arbeid (2)

- Etablering av nye nasjonale helseregistre
 - Kommunalt pasient- og brukerregister
 - Nasjonale laboratoredata (smittevern → alle formål)
 - Personidentifiserbare legemiddeldata
- Modernisering av eksisterende helseregistre
- Modernisering av Folkeregisteret
- Utvikling av kvalitetsregistrene

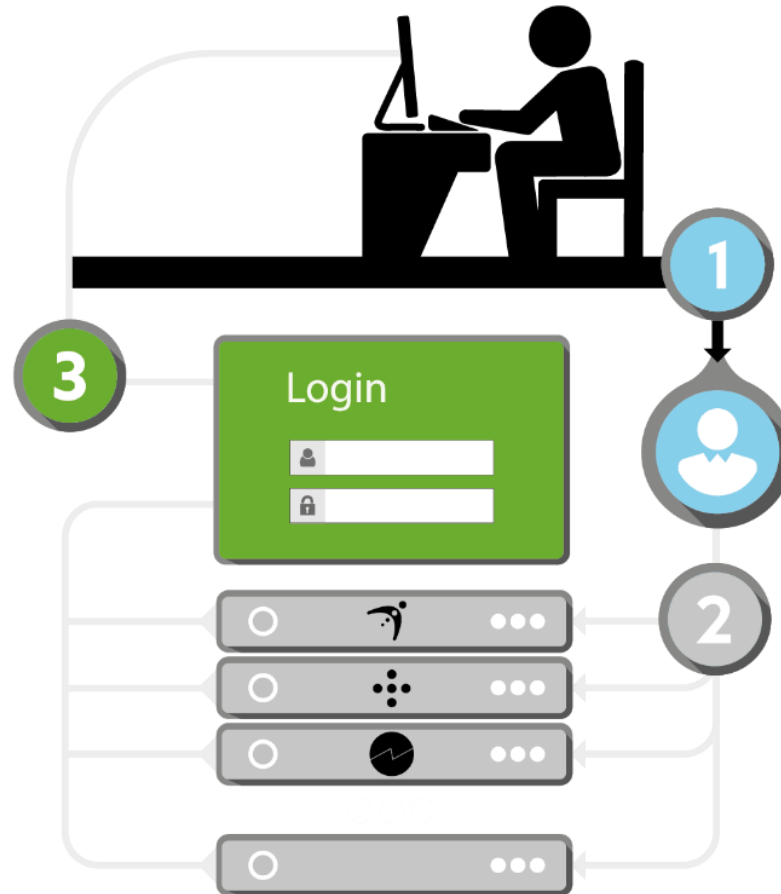
Pågående arbeid (3)

- Nasjonal helseregisterstrategi → Nasjonal e-helsestrategi
- Infrastrukturprosjekter delfinansiert av Norges forskningsråd
- Direktoratet for e-helse:
 - Program for kodeverk og terminologi
 - Helsedataprogrammet
 - Innbygger- og personverntjenester, helsenorge.no

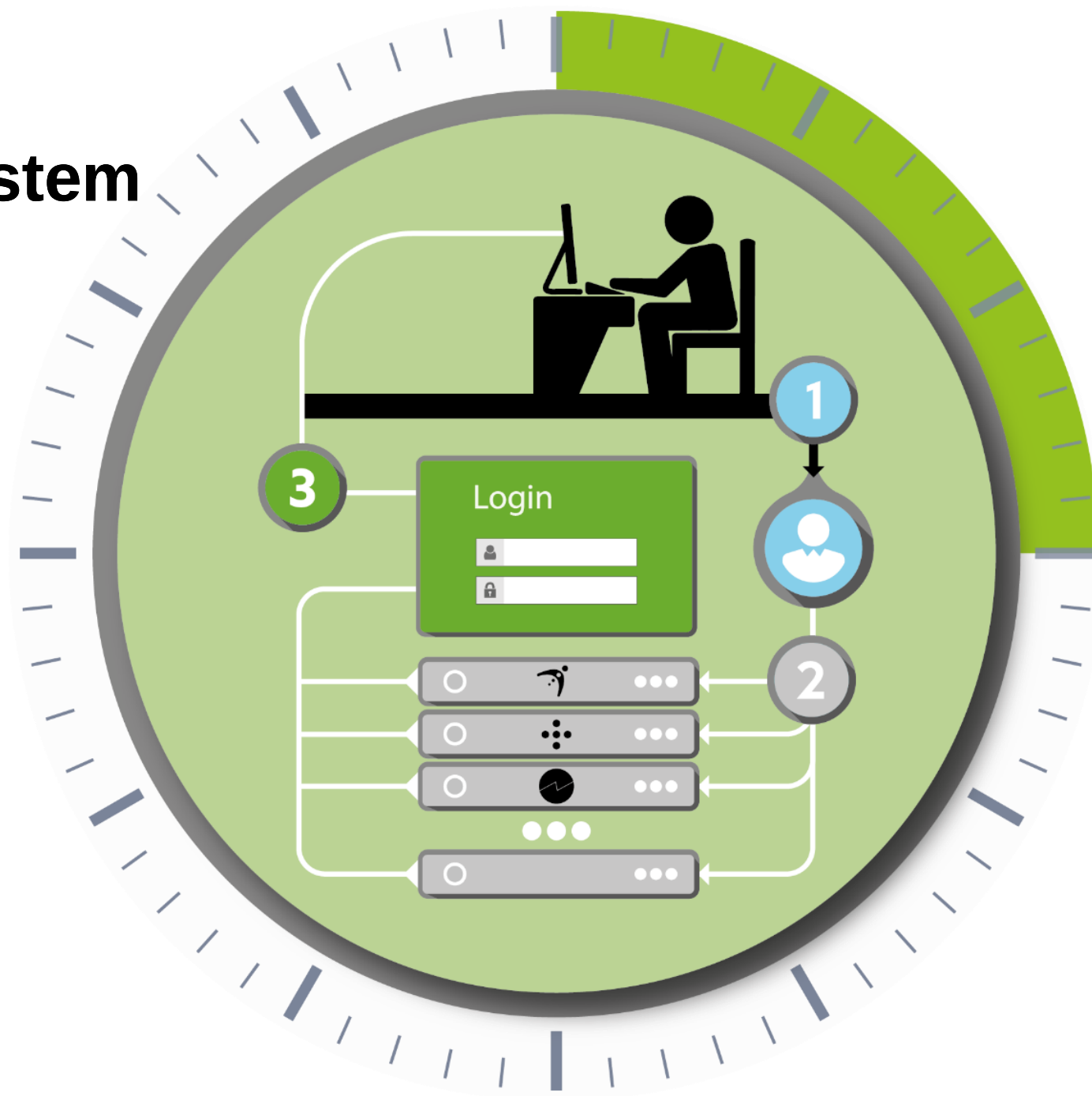
Forutsetninger for mer bruk av helsedata

- Et modernisert, harmonisert og enklere regelverk for helsedata
- Moderne, robuste og sikre tekniske og faglige løsninger for behandling av helsedata og andre relevante datakilder, som bedre enn i dag ivaretar både personvernet og formålet med dataene
- Et sterkt personvern med digitale innbygger- og personverntjenester
- God informasjonssikkerhet med gode systemer for tilgangskontroll, logging og etterfølgende kontroll av bruken

Nytt system



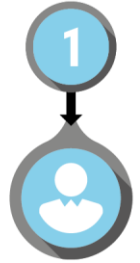
Nytt system



Mål for nytt system

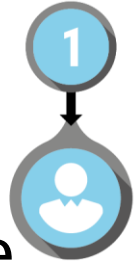
- Mer bruk av helsedata til alle legitime formål
- Sterkere personvern og informasjonssikkerhet
- Enklere og mindre tid- og ressurskrevende å få tilgang til sammenstilte helsedata, inkludert relevante demografiske og sosioøkonomiske data.
- Brukere av helsedata skal kunne forholde seg til én instans
- Helsedata kan brukes som dokumentasjonsgrunnlag for en raskere og bedre godkjennings- og evalueringsprosesser for nye behandlingsformer, legemidler, MTU og velferdsteknologi.

Forenklede regler for behandling av søknader



- Kravet om tillatelse fra Datatilsynet eller REK etter personvernreglene (konsesjon og forhåndsgodkjenning) videreføres ikke for prosjekter som kun innebærer bruk av data fra helseregistre til konkrete formål.
- Det skal ikke lenger være et krav at REK gjør en forskningsetisk vurdering i forkant av forskning på data fra helseregistre.
- Tilgangsforvalteren gis myndighet til å gi dispensasjon fra taushetsplikten for all tilgjengeliggjøring av data fra registrene i det nye systemet.

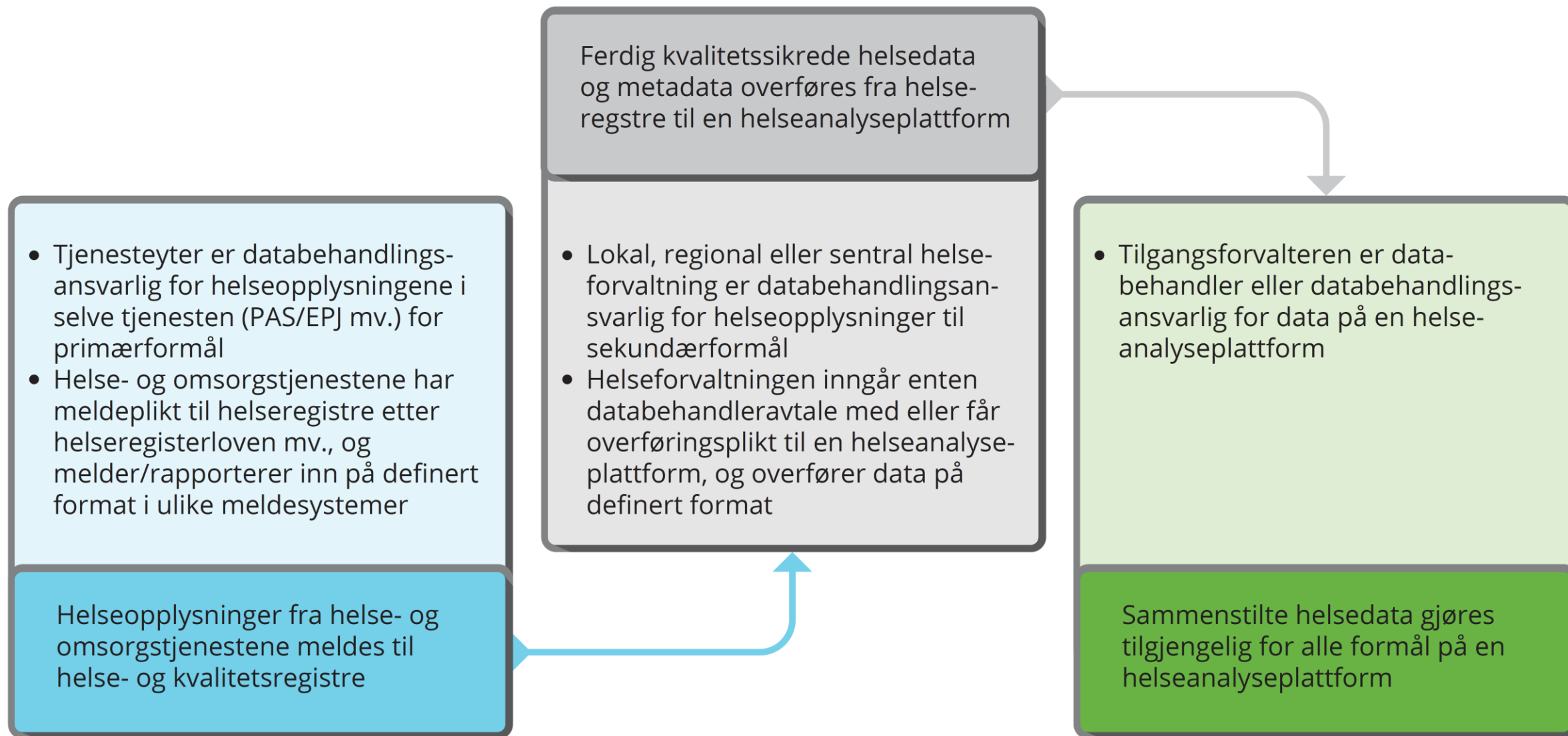
Én tilgangsförvalter



- En nasjonal tjeneste for tilgang til helsedata for alle godkjente formål (sekundærbruk av helseopplysninger)
- Tilgangsförvalteren får i oppdrag å behandle søknader og gi tilgang til data
- Tilgangsförvalteren legges inn under et eksisterende förvaltningsorgan eller statsforetak, eller opprettes som et nytt förvaltningsorgan.

En helseanalyseplattform

- Helseanalyseplattform som felles portal og tilgangstjeneste
- Data tilgjengeliggjøres fremfor kopieres og distribueres
- Nærmere utredning ved Direktoratet for e-helse i Helsedataprogrammet
 - Et begrenset antall datakilder → alle nasjonale helsedatakilder
 - «Ta med egne data»
 - Gode metadata, felles standarder
 - Analyseverktøy
 - Data blir på plattformen, resultatene tas ut

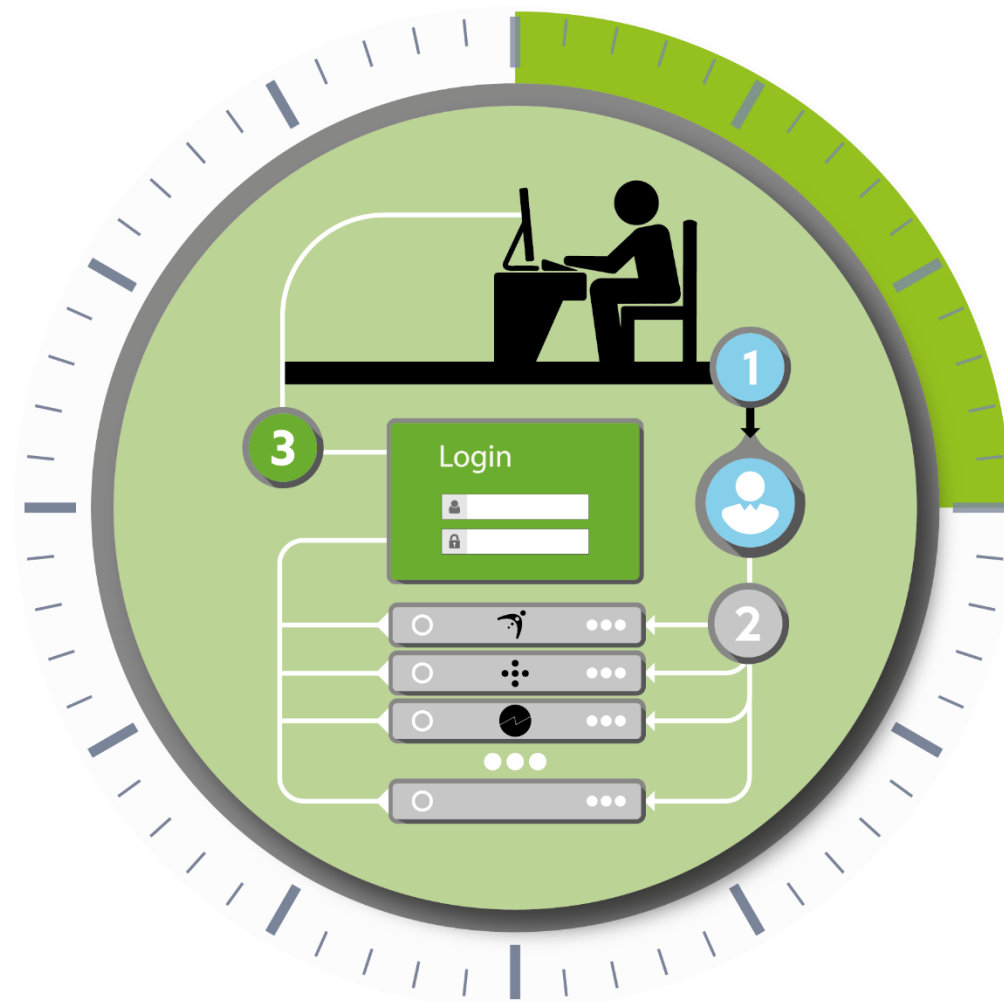
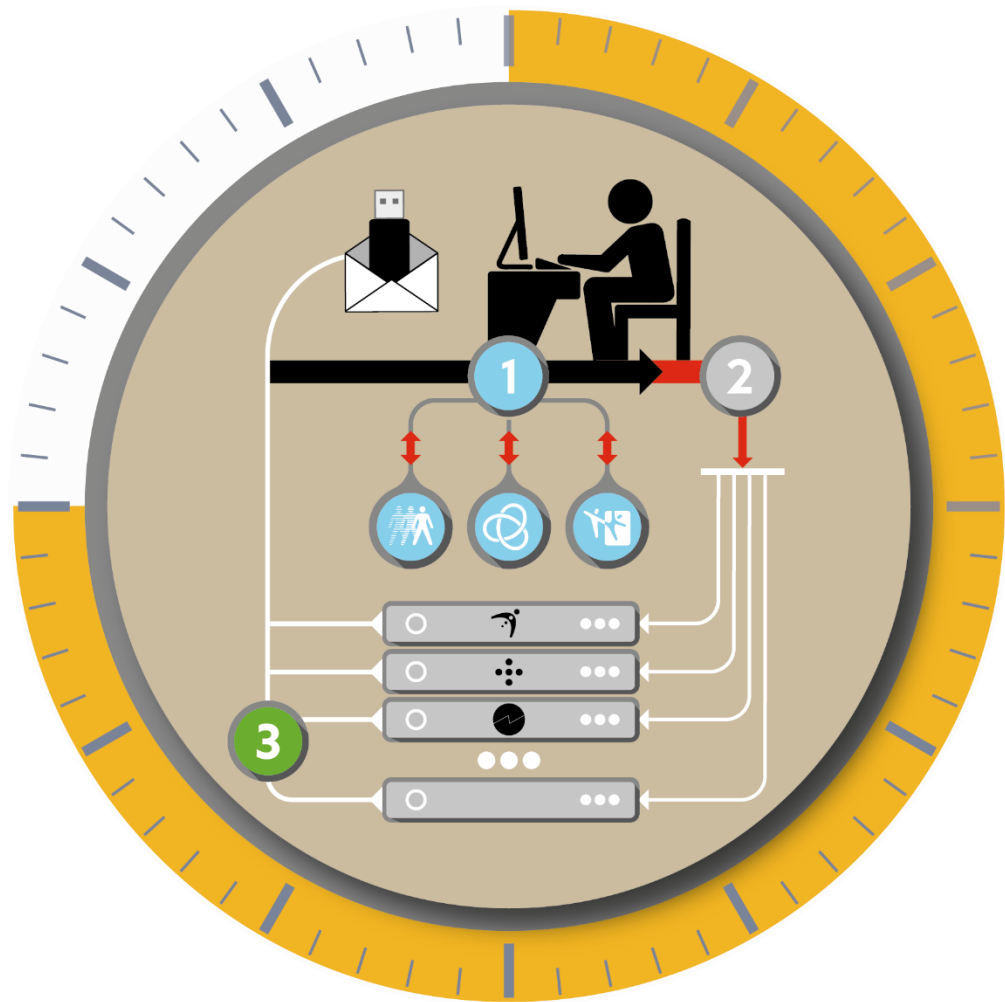


Demografiske og sosioøkonomiske data

- Både databehandlingsansvarlige for helseregistrene, brukerne av en helseanalyseplattform gis tilgang til et definert sett av demografiske og sosioøkonomiske data.
- Tilgangen gis uavhengig av om formålet er statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging eller styring.

Oppsummerte anbefalinger

- Mye bra arbeid på gang – fortsett med det!
- Revidér og forny regelverket
- Etabler én tilgangsförvalter
- Utred videre – personvernkonsekvenser og informasjonssikkerhet
- Sørg for kvalitet i alle ledd for helsedata; innrapportering, kvalitetssikring og klargjøring for analyse
- Få opp en helsanalyseplattform for tilgjengeliggjøring av kvalitetssikrede helsedata + demografiske og sosioøkonomiske data så snart som mulig



Helsedataprogrammet 2017-2020

- Helsedataprogrammet: <https://ehelse.no//helsedataprogrammet>
- Gevinster:
 - Bedre helse til befolkningen
 - Mer effektiv helse- og omsorgstjeneste
 - Næringslivsvekst
- 3 prosjekter:
 - Helseanalyseplattformen
 - Standardisering
 - Fellestjenester

Samfunnsmål

Bedre folkehelse

Kunnskapsbaserte helsetjenester og riktig ressursbruk

Involverte innbyggere og styrket pasientrolle

Mer og bedre helseforskning

Mer effektiv registerforvaltning

Bedre personvern og informasjonssikkerhet

Mer innovasjon og næringsutvikling

Enklere tilgang til helsedata

Bedre datakvalitet

Effektmål

Forvaltningstjenester for helsedata og forskning

Standardiserte helseopplysninger

Resultatmål

Tilpasset regelverk og likere tolkning på tvers

Teknisk interoperabilitet (API)

Nasjonale tekniske fellestjenester og infrastruktur

Helseanalyseplattformen – HAP (1)

Helseanalyseplattformen skal

1. legge til rette for effektive og avanserte helseanalyser på tvers av helseregistre, grunndata, pasientjournaler og andre kilder for helseopplysninger,
2. og på denne måten styrke styring, helseovervåkning, forskning, innovasjon og næringsutvikling.

Helseanalyseplattformen – HAP (2)

- Styringsdokument vedtatt i programstyret 7. september
- Tilsagn om finansiering fra Norges forskningsråd gitt 7. september
- Konseptvalgutredning (KVU) i løpet av høsten 2017
- Avhengig av leveranser fra de to øvrige prosjektene
- Helse- og omsorgsdepartementet tar endelig beslutning om konsept

HAP: Beslutningspunkt og milepæler

ID	Beskrivelse av milepæler og beslutningspunkt	Dato	Status
BP1	Beslutte utredning av idé	17.12.15 (tildelingsbrev 2016)	Godkjent
BP2	Beslutte programplanlegging	02.01.17 (tildelingsbrev 2017)	Godkjent
BP3	Beslutte programgjennomføring	03.05.17	Godkjent
MP1	Plan for etablering av Helseanalyseplattform	01.07.17	Levert
BP5	Godkjenne utredning og anbefaling om finansieringsmodell	September/oktober 2017	
MP4	Finansieringsmodell utredet og anbefalt	Oktober 2017	
BP6	Godkjenne konsept for analyseportal v1.0	Høst 2017	
MP5	Analyseportal v1.0 lansert	Q1 2018	
BP7	Godkjenne utredning og anbefalinger for Helseanalyseplattformen konseptvalg	Januar 2018	
MP7	Konsept for Helseanalyseplattform utredet	Januar 2018	
BP9	Beslutte realisering av Helseanalyseplattformen-konsept, inkludert strategi for anskaffelse	H1 2018	
BPX-N	Flere beslutninger knyttet til realisering og valg videre i programmet legges inn her etter hvert som planene for gjennomføring legges	2018-2019	
BP11	Beslutte oppstart av programmets avslutningsfase	2020	
BP12	Beslutte avslutning av programmet	2020	
BP13	Beslutte videre tiltak for økt gevinstrealisering	2020	

Videre lesning

- Helsedatautvalgets rapport: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/et-nytt-system-for-enklere-og-sikrere-tilgang-til-helsedata/id2563907/>
- Helsedataprogrammet på ehelse.no: <https://ehelse.no/helsedataprogrammet>
- Nasjonale utvalg om e-helse: <https://ehelse.no/nasjonal-portefolje/nasjonale-utvalg>

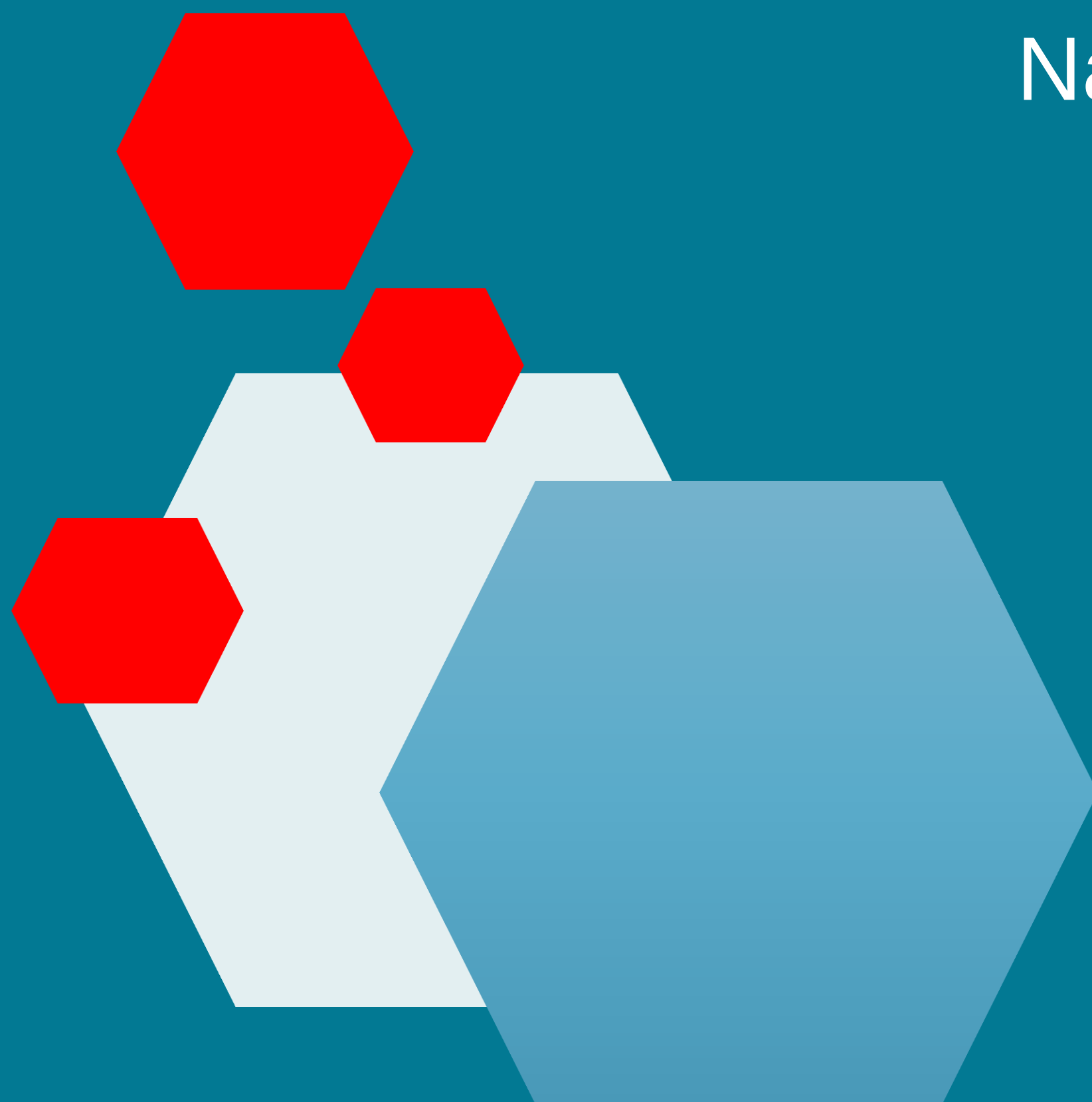


Direktoratet for
e-helse

HelseOmsorg21 Rådet
14.9.2018

Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet

Christine Bergland



Kunnskapsbehovene skal gjenspeile kompleksiteten på e-helseområdet

Illustrasjon

Behov for FoU-prosjekter i mange ulike former, størrelser og varigheter, med leveranser tilpasset ulike faser av strategiarbeidet.

Kunnskaps-oppsummeringer

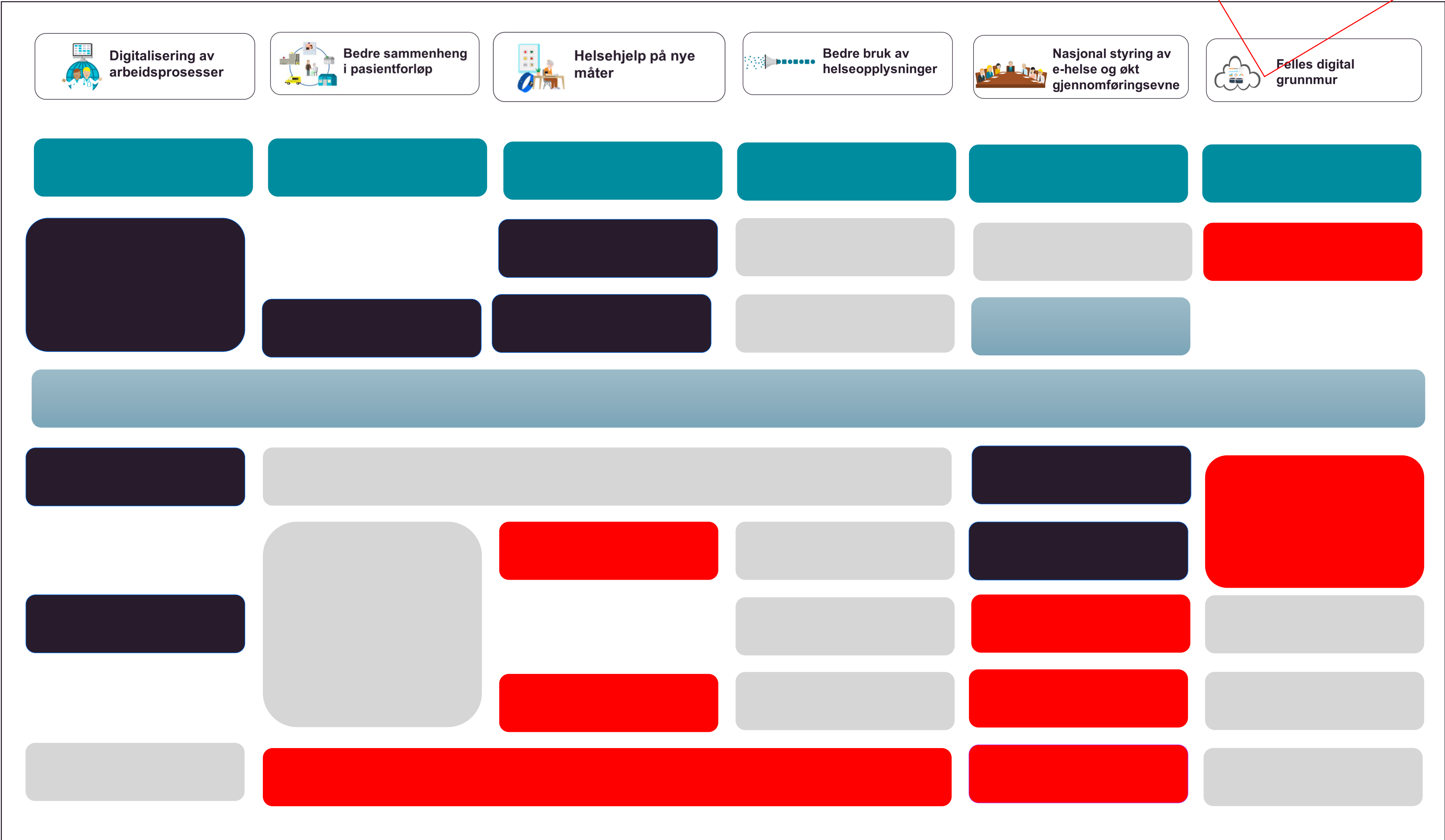
Kartlegginger

Effektstudier

Følgeforskning

Annet

Rapportens innhold skal invitere et bredt sett av kunnskapsmiljøer til å arbeide med e-helse som tematikk. På noen områder vil en vektlegge behovet for faglig og/eller tematisk fordypning.



Aktørene gir tilbakemelding om at dette er krevende, men for viktig til å la være. Vi har fått mange gode innspill til rapporten.

Stort engasjement og høye forventninger knyttet til kunnskap som strategisk virkemiddel på e-helseområdet

Aktør	Fase	Dato	Innspill	Strategisk område/Tema	Kommentar
NUFA	Version 0.7	03.02.2016	Kunnskapsoppsummeringer på satsningsområdene i nasjonal strategi og handlingsplan – utarbeide anbefalinger basert på	Alle	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017
			Ulike forskningstilnærminger til velferdsteknologi, generelt og trygghetsalarm spesielt	Helse på nye måter	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Følgforskning på implementering av nasjonale løsninger med fokus på forskjeller mellom sektorer, nivåer, fag, mm.	Digitalisering av arbeidsprosesser	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Forskning på effekter av selvdagnostisering, herunder effekter av innbyggernes tilgang til mer helsefaglig kunnskap og	Helse på nye måter	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			effekt av mobile applikasjoner på etablerte tjenester	Alle	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Mer forskning på etiske aspekter ved e-helse	Økt styring og gjennomføringskraft	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Betydning av juridiske rammer og beslutninger for hva som kan løses vha e-helse, og med hvilken gjennomføringskraft	Helse på nye måter	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Studier av (negativ) effekt av e-helse på kvaliteten av møtet mellom pasient og helsepersonell	Digitalisering av	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Sammenlignbare effektene i kommuner som har kommet langt med innføring av e-helse og velferdsteknologi og kommuner	arbeidsprosesser	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			som er	Økt styring og gjennomføringskraft	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Etablere nasjonalt nettverk for e-helse forskning	Alle	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Sikre at innbyggere deltar i forskning	Bedre bruk av helsedata	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Kunnskap som kan understøtte arbeidet med å definere referansearkitektur for registerfeltet	Felles digital grunnmur	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
		15.09.2016	Kartlegge erfaringer med terminologi og kodeverk generelt, og SNOMED CT spesielt	Helse på nye måter	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Dokumentere effekter av standardisering for ulike aktører	Helse på nye måter	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Mer forskning på velferdsteknologi, inkludert kostnadsbildet	Helse på nye måter	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Effektstudier av innbyggertjenester	Helse på nye måter	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Følgforskning på innsyn egen journal	Bedre sammenheng i	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Pasienters opplevelse av samhandling i og mellom omsorgsnivå	pasientforløp / Helsehjelp på	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Følge med på erfaringer i Sverige med innføring av strukturert dokumentasjon i omsorgstjenesten	Felles digital grunnmur	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Hvilke informasjonsmodeller fungerer for kommunikasjon på tvers av informasjonsdomer	Felles digital grunnmur	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Prioritere forskningsprosjekter som fokuserer på kommunal sektor. Kartlegge hvilke tiltak pågår og planlegges og	Digitalisering av	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			erfaringer fra disse.	arbeidsprosesser	Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på
			Hvordan opplever innbyggerne i kommunene e-helsetiltak		Definert som oppdrag til NSE 2016 og 2017 på

- Alle aktørene har kommet med forslag til kunnskapsbehov.
- Første innspillsrunde ga over 250 forslag.
- Det er spilt inn på alle de seks strategisks satsningsområdene.
- Overraskende få innspill «utenfor boksen».
- Ikke lyktes med å engasjere nye fagmiljøer, eks. statistikk, helseøkonomi, mediinsk
- RHFene dels passive.

Forskningsinnsatsen står ikke i forhold til sektorens investeringer i IKT-systemer og digitalisering

Flere sentrale dokumenter peker på etterspørselen etter forskning, kunnskap og kompetanse på e-helseområdet

Samtidig finner vi ikke at e-helse forskning står høyt på agendaen til virksomheter og forskningsinstitusjoner. Årsaken er sammensatt...



Mangel på forskningsbasert kunnskap i planleggings- og beslutningsprosesser

- Behov for kunnskap hos ledere om e-helses transformasjonspotensial
- Mangel på oppdaterte sammenstillinger av eksisterende kunnskap og erfaringer

Mangel på kunnskap og forskningsbasert støtte til innføring og bruk av e-helse

- Strategiske utviklingen og betydningen av e-helse har vokst svært raskt, slik at forskningsinnsatsen har blitt hengende etter
- Manglende prioritering i tidskritiske og komplekse prosjekter

Mangel på kunnskap om effektene av e-helse

- Tverrfagligheten gjør e-helse til et utfordrerne forskningsobjekt.
- Behov for metodeutvikling for å fange kompleksitet, endringstakt, kontekstuell dynamikk

Tid for prioritering...

En foreløpig versjon av rapporten fremlegges HO21 Rådet 14.9 for å få anbefalinger til prioritering av kunnskapsbehovene



Illustrasjon © Superpop

Kunnskapen skal være relevant og oppleves som nyttig i ulike faser av det strategiske kretsløpet

Rapporten peker på potensialet for en produktiv – KUNNSKAPSSPIRAL - mellom policyutvikling og kunnskapsproduksjon

Hva med nye tema?
Reaktiv modell?

PLANLEGGE OG
BESLUTTE

Forskningen fremskaffer
kunnskapsgrunnlag

EVALUERING

Forskningen dokumenterer
effektene

INNFØRING OG BRUK
Forskningen understøtter
prosessene

Forslag til prioriteringskriterier

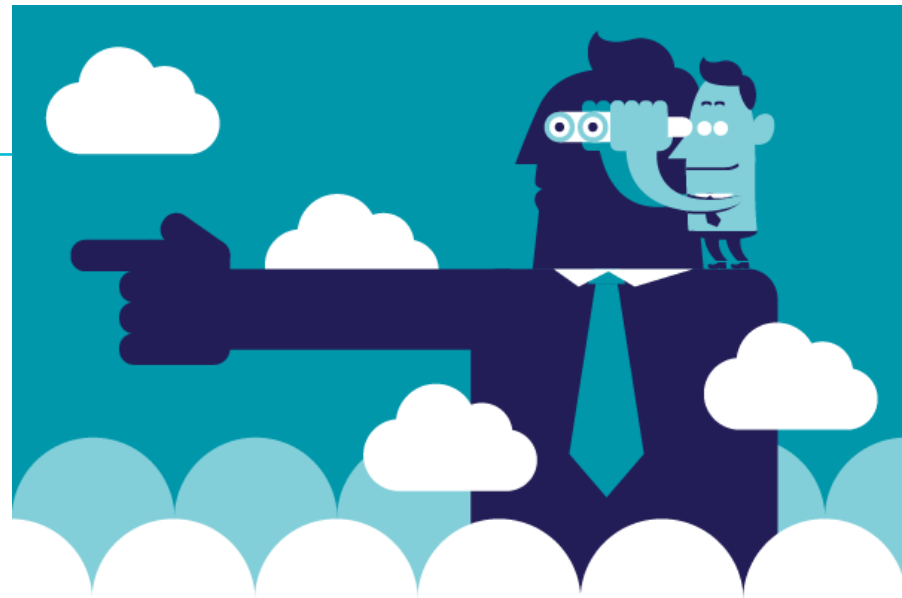
I sitt oppdrag til Direktoratet for e-helse ber Helse- og omsorgsdepartementet om en prioritert anbefaling på kunnskapsbehov.

➤ *Hvilke kriterier bør defineres for prioritering av tiltak innen kunnskapsutviklingen på e-helse i Norge?*

I tråd med oppdragsteksten fra Helse- og omsorgsdepartementet har arbeidet med rapporten tatt sitt utgangspunkt i Nasjonal strategi og handlingsplan for e-helse. Basert på det, foreslås følgende prioriteringer:

	
Kortsiktige kunnskapsbehov innenfor strategiens virketid 2017-2022.	Langsiktige kunnskapsbehov.
Kunnskapsbehov knyttet til konkrete innsatsområder og prioriterte tiltak.	Grensesprengende forskning
Kunnskapsbehov identifisert av aktørene i sektor, gitt deres kjennskap til muligheter og utfordringer for arbeidet med strategien.	Kunnskapsbehov identifisert gjennom innspill fra forskningssystem og leverandørindustri
Fokus på nasjonale prosesser og kunnskapsbehov knyttet til strategien.	Bygge opp forskningskompetanse og kapasitet i tråd med trendene i den internasjonale forskningsfronten.

Forslag til anbefalte kunnskapsbehov



Det eksisterer mye e-helse forskning og erfaringsgrunnlag. Kunnskapen er i liten grad tilgjengelig for policy

Det er behov for å oppsummere kunnskap og kartlegge erfaringer på de seks strategiske satsningsområdene

- Digitalisering av arbeidsprosesser
- Forbedre pasientforløp
- Helsehjelp på nye måter
- Bedre bruk av helsedata
- Digital grunnmur
- Økt styring og gjennomføringsevne

Oppsummeringer har sin begrensninger i at mye e-helse kunnskap er ferskvare med relativ kort holdbarhet.



Nøkkelområder innen strategien preges av stor grad av innovasjon.

Det er behov empirisk, eksplorativ forskning på e-helse visjonens to vinger

«Innbyggeren»

- Fluide innbyggere – helsesystem, konsummarked, samfunnsliv
 - Pasient og pårørende som innovatør
 - Pasient-genererte data

«Journalen» (Les: teknologi/grunnmur)

- Modernisering av EPJ/PAS
 - Felles kommunal EPJ
 - Helseplattformen
 - EPJ/PAS i øvrige RHF
 - Digitalisering av legemiddelområdet



Sammenhengen mellom e-helse tiltak og de politiske målsettingene for helse- og omsorg er ikke godt nok forstått.

Det er behov for effektstudier på de nasjonale e-helsetiltakene.

- Kliniske og helsemessige effekter
- Innbyggeropplevde effekter
- Organisatoriske effekter
- Økonomiske effekter

Missing link – etabler bindeledd mellom policy og forskning!

Hvilke organisatoriske grep kan tas i utlysning av midler, vurdering av søknader og oppfølging av forskningsprosjekter slik at en kan sikre at resultater fra forskning formidles til relevante aktører, og kommer til anvendelse i sektorens strategisk arbeid.



- Behov for store, sammensatte prosjekter og toppanalyser som ser resultater på tvers
- Behov for å skape koplinger mellom prosjekttyper slik at ett og samme område belyses vha ulike tilnærminger
- Behov for å stille krav til prosjekter om forankring i tjenesten
- Behov for å stille krav til piloter og prosjekter om at det skal gjennomføres forskning
- Behov for å skape koplinger mellom kunnskapsprodusenter og beslutningstakere
- Behov for formidlingskanaler
- Behov for kompetanseheving
- Behov for å følge med på kunnskapsutviklingen



Direktoratet for
e-helse

Takk for oppmerksomheten!

Ta gjerne kontakt for spørsmål eller innspill!

irene.olausen@ehelse.no



Notat til diskusjon på rådsmøtet 14. september 2017

Fra:	Anne Kjersti Fahlvik, Forskningsrådet Mona Skaret, Innovasjon Norge
Vedlegg til:	Sak 37/17 Planer for HO21-rådet, del 3

Næringspolitisk satsingsområde - forslag om spisset innsats for helsenæringen

Hovedpunkter

Rådet støttet i møte 03/2017 rådsleders forslag om å fokusere på et færre antall satsingsområder, deriblant "Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde". Rådet erkjente også at de ulike områdene kan trenge tilpassede arbeidsformer. Som en oppfølging av dette foreslås her

- å opprette en ny arbeidsgruppe for helsenæring
- ny profil/sammensetning av utvalget, herunder også eksterne
- økt sekretariatskapasitet til arbeidet
- at utvalget/arbeidsgruppen skal legge frem for Rådet et fåtall konkrete forslag til innsats
- at innsatsområdene skal vedtas av Rådet høsten 2017 og resultater skal kunne oppnås i 2018, direkte eller indirekte ved at systemendringer er iverksatt for resultater på lengre sikt
- at utvalget/arbeidsgruppen også skal utarbeide utkast til Rådets innspill til varslet Stortingsmelding om helsenæringa

Arbeidet i utvalget skal ta utgangspunkt i målene for HO21, dvs strategien og regjeringens handlingsplan, samt sentrale utviklingstrekk og eventuelle nye forutsetninger.

Helsenæringa er sett på som en lovende vekstnæring i diskusjonen om omstilling og diversifisering av norsk næringsliv. Ulike analyser har i 2016-17 vist at helsenæringa har potensial til å bli en lønnsom norsk næring gitt riktige rammebetingelser i hjemmemarkedet og pga store muligheter i internasjonale markeder. Et godt norsk helsevesen, høy FoU-kvalitet og verdensledende miljøer bl.a. innenfor kreft, nevrologi, radiofarmasi, helsetech samt investeringer i infrastruktur og helsedata gir gode forutsetninger. Et lovende bedriftsegment, sterke klynger samt økende interesse fra investorer og industrielle partnere kan gi grunnlag for en næring med høy inntjening og arbeidsplasser i store deler av verdikjeden for diagnostika, legemidler, e-helse, medisinsk teknologi, helsetjenester mm. Deler av næringen har utviklingsløp som er lange, risikofylte og kapitalkrevende. Offentlig innsats må bidra til å fjerne flaskehalser og til å muliggjøre verdiskaping fra produkter og tjenester også underveis i slike løp, for eksempel i form av kliniske studier og pilotering. Offentlig innsats skal innrettes slik at den støtter helseinnovatører gjennom midler og prosesser til forskning, , utstyr, off. anskaffelser, testarenaer, nettverk og risikokapital, samt understøtter samarbeid på tvers av industri- og teknologiområder, med internasjonale aktører, med offentlige sektor og innenfor

virkemiddelapparatet. En kraftfull helsenæring er et mål i seg selv, og også vesentlig for å møte landets helse- og omsorgsutfordringer i årene fremover.

Helsenæringsutvalget/arbeidsgruppa må favne bredden av aktører relevant for utvikling av norsk helsenæring med internasjonalt potensiale. Den foreslås sammensatt av medlemmer fra Rådet i tillegg til personer med god systeminnsikt fra helsenæringa. Følgende profil foreslås:

- En representant for UH, fortrinnsvis rådsmedlem
- En representant for RHFene, fortrinnsvis rådsmedlem
- En representant for kommunesektoren, fortrinnsvis rådsmedlem
- En brukerrepresentant, fortrinnsvis rådsmedlem
- Fem representanter fra næringslivet, både rådsmedlemmer og andre
- To representanter fra virkemiddelapparatet, dvs Innovasjon Norge og Forskningsrådet

HO21-sekretariatet vil støtte arbeidet og styrkes med næringsrelevant kompetanse fra Innovasjon Norge og Forskningsrådet.

Prosess: Utvalget/arbeidsgruppe etableres i høst og møtes minst en gang før rådsmøtet i november.

Oppgaver: Utvalget/arbeidsgruppa skal legge frem for Rådet et fåtall konkrete forslag til innsatsområder og slike skal vedtas av Rådet høsten 2017. Innsatsen skal gi resultater i 2018, direkte eller indirekte ved at systemendringer er iverksatt for resultatoppnåelse på lengre sikt. Utvalget/arbeidsgruppa også skal utarbeide utkast til Rådets innspill til varslet Stortingsmelding om helsenæringa

Oppdragets varighet: Oktober 2017 - desember 2018.

Oppfølging/rapportering: Utvalget/arbeidsgruppa skal rapportere til Rådet. Forskningsrådet og Innovasjon Norge samarbeider om sekretariatrollen og øvrig tilrettelegging.

Arbeidsform: Leder av utvalget/arbeidsgruppa berammer møter i samarbeid med sekretariatet. Det forventes at utvalgets medlemmer kan delta i møter. Utvalget skal kunne bestille analyser og utredninger etter avtale (dvs scope, kostnad, metode) med rådsleder.



Notat til diskusjon på rådsmøtet 14. september 2017

Fra:	Rådsleder direktør Camilla Stoltenberg (FHI)
Vedlegg til:	Sak 37/17 Planer for HO21-rådet, del 3

HelseOmsorg21

Et kunnskapssystem for bedre folkehelse

- Mer, bedre og raskere forskning for helse, næringsutvikling og samfunn

Forslag til plan for utvalgte strategiske satsinger i perioden august 2017 til desember 2018

HO21-rådet har drøftet endringer i tematisk fokus og arbeidsform i flere møter. I dagens møte vil vi fatte vedtak om innretningen på rådets videre arbeid. Enkelte punkter skal avklares i et senere møte.

Forslag til vedtak:

1. Rådet vil fokusere på følgende tematiske satsinger:

- Kunnskapsløft for kommunene (Kunnskapskommuner)
- Helse og omsorg som næringspolitisk satsningsområde (Helsenæring)
- Et kunnskapssystem for folkehelse (HO21-2.0)

Arbeidet med *Kunnskapsløft for kommunene* vil foregå i regi av KSF. KSF skal rapportere til HO21-rådet. Mandat, sammensetning og arbeidsform for KSF er vedtatt.

Forslag til oppfølging satsing *Helse og omsorg som næringspolitisk satsningsområde* er beskrevet i eget notat til Rådsmøtet 14. september 2017. Rådet ble enige om følgende i dette møtet: **(fylles ut i møtet)**

Satsingen *Et kunnskapssystem for folkehelse (HO21-2.0)* skal gi grunnlag for en ny strategi som videreutvikler HO21-strategien fra 2014. I dette arbeidet vil de øvrige satsingene i HO21-strategien integreres der dette er ønskelig.

Rådet vil i et senere møte ta standpunkt til om *økt brukermedvirkning og de globale helseutfordringene* fortsatt skal være egne satsinger.

2. Rådet avvikler følgende arbeidsgrupper:
 - Helsedata som nasjonalt fortrinn

- Strategisk og kunnskapsbasert styring
- Utvikling av de menneskelige ressursene
- Bedre klinisk behandling
- Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering
- Effektive og lærende tjenester
- Møte de globale helseutfordringene
- Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde
- Kunnskapsløft for kommunene
- Økt brukermedvirkning (*ikke avklart*)

3. Forslag til vedtak:

- HO21-rådet etablerer en ressursgruppe som skal gi innspill til formulering av et oppdrag og den påfølgende utredningen av hvordan vi skal utvikle et bedre kunnskapssystem for folkehelse.
- HO21-rådet etablerer en arbeidsgruppe med maks 5 medlemmer og støtte/sekretariat i NFR. Arbeidsgruppen skal med hjelp fra sekretariatet/NFR utarbeide et oppdrag og vurdere om dette skal settes ut på anbud til en ekstern aktør eller om NFR kan påta seg oppgaven for å gjennomføre en utredning med forslag til tiltak. Frist 1. november 2017.
- Hvis arbeidsgruppen kommer frem til at oppdraget skal settes ut vil NFR gjennomføre en anskaffelse for å få utredningshjelp. Tentativ frist 15. desember 2017.

4. (*Evt ytterligere vedtak fylles ut i Rådsmøtet*)

Bakgrunn

HO21-strategien fra 2014 presenterte ti strategiske satsinger og fem hovedprioriteringer. De ti strategiske satsingene har vært grunnlaget for arbeidsgrupper der rådsmedlemmene har fulgt opp forslag til tiltak i strategien og i regjeringens handlingsplan fra 2015.

De ti strategiske satsingene er:

1. Økt brukermedvirkning
2. Helse og omsorg som næringspolitisk satsningsområde
3. Kunnskapsløft for kommunene
4. Helsedata som nasjonalt fortrinn
5. Bedre klinisk behandling
6. Effektive og lærende tjenester
7. Møte de globale helseutfordringene
8. Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering
9. Utvikling av de menneskelige ressursene
10. Strategisk og kunnskapsbasert styring

De fem hovedprioriteringene er:

1. Et kunnskapsløft for kommunene
2. Helse- og omsorg som et næringspolitisk satsingsområde
3. Lettere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata
4. Et kunnskapsbasert helse- og omsorgssystem med brukermedvirkning og å utvikle, utprøve og dokumentere effekter av tiltak
5. Sterkere satsing på internasjonalisering av forskning

Det ble opprettet en arbeidsgruppe for hver av de 10 strategiske satsingene. Rådets medlemmer har deltatt i en eller flere av arbeidsgruppene. Notater og presentasjoner fra gruppene har gitt grunnlag for diskusjoner og vedtak i rådet.

Rådets arbeid med enkelte av satsingene har ført til omfattende prosesser som nå drives videre av andre aktører. Dette gjelder for eksempel satsingen på helsedata. Andre satsinger har over tid blitt del av større prosesser der det siden 2014 er utviklet nye aktiviteter og prosesser. Rådet har i noen tilfeller vært avgjørende (for eksempel arbeidet med å forbedre tilgangen til helsedata og etablere KSF), mens det i andre tilfeller kan ha bidratt til å få prosessene i gang, og til konkrete ideer om hva som bør gjøres.

Arbeidsformen med forholdsvis store arbeidsgrupper har vært viktig og nyttig for at rådets medlemmer skulle lære hverandre å kjenne og arbeide på tvers av de sektorer medlemmene kommer fra, men arbeidsgruppene har hatt vanskelig for å finne tid til møter og sette av ressurser til å følge opp og konkretisere krevende problemstillinger. Det er derfor enighet om at arbeidsgruppene i sin opprinnelige form skal avvikles. Rådet vil i møtet 14. september fatte formelt vedtak om avvikling av arbeidsgruppene, med unntak av arbeidsgruppene for brukermedvirkning og globale helseutfordringer der rådet skal fatte vedtak i et senere møte.

Det var også enighet om å velge noen satsinger som rådet skal konsentrere seg spesielt om i den gjenværende delen av rådets periode.

Forslaget fra rådsleder er at rådet skal konsentrere seg om følgende utvalgte strategiske satsinger:

1. Et kunnskapsløft for kommunene
2. Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde
3. Brukermedvirkning
 - Med forbehold om konklusjon i arbeidsgruppens møte i august 2017
4. Møte de globale helseutfordringene
5. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse
 - Dette er en ny satsing som blant annet vil handle om
 - i. hvordan man kan oppnå fremragende forskning, grensesprengende forskning og et kunnskapsbasert helse- og omsorgssystem som utvikler, prøver ut og dokumenterer effekter av tiltak
 - ii. hvordan HO21-strategien skal videreføres når rådets periode utløper ved utgangen av 2018

Dette notatet beskriver hver av de utvalgte satsingene og en plan for hvordan vi skal arbeide med dem i perioden august 2017 til desember 2018.

1. Et kunnskapsløft for kommunene

Rådet vil gå videre med denne satsingen.

KS har i samarbeid med rådet etablert et nasjonalt strategisk rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene: Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF).

KSF vil følge opp HO21-strategien og handlingsplanen, og skal rapportere til HO21-rådet i 2017 og 2018.

KS, arbeidsgruppen og Rådet har utarbeidet og vedtatt følgende mandat, arbeidsform og sammensetning av KSF:

MANDAT – Nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester – Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

Bakgrunn. Nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester – Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) er opprettet for å følge opp satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene i HelseOmsorg21-strategien.

Kommunehelsetjenesten har særskilte kunnskapsbehov. Kunnskapsbehovene bør identifiseres/defineres av kommunene/kommunehelsetjenesten selv, men også av pasienter/brukere, av myndighetene, av relevante forskningsmiljø og andre interessenter. KSF skal være pådriver og bidra til å videreutvikle og ivareta forskning, innovasjon og utdanning, og motvirke fragmentering og overlapp mellom regioner, og koordinere tiltak for å møte kunnskapsbehovene i, for og med kommunene/kommunehelsetjenesten.

Hovedoppgaver. KSF er et rådgivende organ og har følgende hovedoppgaver:

- Gi råd om en hensiktsmessig organisering (mandat, antall, organisering mv.) av *regionale samarbeidsorganer* for forskning, innovasjon og utdanning, og delta i å etablere disse samarbeidsorganene.
- Ivareta kommunesektorens definerte forsknings-, -innovasjons- og utdanningsbehov, slik disse formuleres av kommunene i de regionale samarbeidsorganene (når disse er etablert) og i andre sammenhenger, for eksempel i HO21-strategien og Regjeringas handlingsplan.
- Særlig vektlegge og søke å dekke kunnskapssvake områder innen kommunenes helse- og omsorgstjenester, herunder helseutdanningenes læringsmål knytta til kommunal sektor.
- Koordinere *de regionale samarbeidsorganene* (når disse er etablert) med sikte på å sikre best mulig samordning av og unngå overlapp (redundans) mellom kommunenes, forsknings- og utdanningsinstitusjonene og myndighetenes forskningsinnsats.
- Stimulere til nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid på områder som har betydning for kommunenes helse- og omsorgstjenester.

I interimperioden skal KSF avklare antall og sammensetning av de regionale samarbeidsorganene. Videre skal KSF i interimperioden drøfte ulike modeller for finansiering av kunnskapsløftet for kommunene, med sikte på å avklare hvordan kunnskapsløftet skal finansieres. Endelig anbefaling besluttet i HO21 rådet.

Virketid. KSF følger perioden for HelseOmsorg21-rådet og opprettes i første omgang som et interimorgan for perioden 01.08.2017 – 31.12.2018. Videre organisering og virketid av KSF fra 1.1.2019 avklares høsten 2018.

Rapportering. KSF rapporterer til HelseOmsorg21-rådet (HO21-rådet) i interimperioden.

Sammensetning. Leder, medlemmer og observatører i KSF oppnevnes av HO21-rådet etter forslag på medlemmer fra hhv. UHR og KS og øvrige deltakende parter.

KSF Ledelse. KS leder, eller utpeker leder av, KSF.

KSF Sekretariat. Sekretariatsfunksjonen for KSF ivaretas av KS.

KSF Arbeidsutvalg (KSF AU). KSF skal ha et arbeidsutvalg (AU) som skal prioritere, forberede og fremme saker for KSF. AU møtes før hvert møte i KSF, for saksforberedelse. AU har inntil fire medlemmer med varamedlemmer. Både kommunesektoren og UH-sektoren skal være representert i AU.

Medlemmer i KSF i interimperioden:

Leder og medlemmer:

- 6 representanter fra kommunesektoren, utpekt av KS.
- 5 representanter oppnevnt av Universitets- og høyskolerådet (UHR)
- 1 brukerrepresentant
- 1 representant fra Folkehelseinstituttet

Til sammen 13 medlemmer inkludert leder.

Observatører: Til sammen maksimalt ti observatører:

- 1 observatør fra næringslivet
- 1 observatør fra Helsedirektoratet
- 1 observatør fra Forskningsrådet
- 1 observatør fra Direktoratet for e-helse
- 1 observatør fra SO-ene/NSG
- 1 observatør fra instituttsektoren
- 1 observatør fra HOD
- 1 observatør fra KD
- 1 observatør fra NFD
- 1 observatør fra KMD

Om observatørrollen:

- Observatørene har møte- og talerett, men ikke stemmerett.
- Observatørene/observatørinstitusjonene kan melde inn saker til KSF Arbeidsutvalg.
- Observatørene/observatørinstitusjonene kan trekkes inn i saksforberedelser ved behov.

Arbeidsform.

Møtehyppighet: KSF møtes inntil fire ganger pr. år. For 2017 er det avtalt to møter, i hhv. september og november.

Innmelding av saker:

- Representerte institusjonene i KSF og HO21-rådet kan melde inn saker til KSF AU.
- KSF AU prioriterer og fremmer sakene for KSF.
- KSF sekretariatet forbereder sakene i samarbeid med AU.

Oppfølging av saker behandlet i KSF:

- KSF er et rådgivende organ. Anbefalinger fra KSF må behandles videre gjennom linjen i de institusjoner eller organer som KSFs medlemmer representerer, og med vekt på den sentrale utøvende funksjonen til de regionale samarbeidsorganene (når disse er etablert).
- I interimperioden rapporterer KSF til HO21 rådet.

- Ved behov for videre utredninger og beslutninger hos de berørte aktørene før endelig anbefaling i KSF, følger KSF sekretariatet opp saksgangen for å sikre beslutningsmulighet.

Honorering. Det utbetales ikke møtehonorar for møter i KSF/KSF AU. KSF dekker reise/diettkostnader ved behov.

Bakgrunnsdokumenter.

- HelseOmsorg21-strategien
- Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien

Aktuelle nettsider.

- HelseOmsorg21- <http://www.forskningsradet.no/prognnett-helseomsorg21/Forside/1253985487298>
- KS - <http://www.ks.no/>

KSF skal rapportere til Rådet i perioden august 2017 til desember 2018.

2. Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

Rådet vil gå videre med denne satsingen. Mange aktører er på aktive i arbeidet for å utvikle helsenæring i Norge og Rådet vil derfor revurdere sin rolle for å bli enige om hvordan Rådet kan bidra best i denne fasen.

Forskningsrådet ved Anne Kjersti Fahlvik vil presentere et forslag til mål og arbeidsplan, og å gjennomføre arbeidet (se eget saksnotat). Rådet vil etablere en arbeidsgruppe/ressursgruppe/utvalg (navn på gruppen skal diskuteres i Rådsmøtet). Innovasjon Norge (ved Mona Skaret) og Forskningsrådet skal samarbeide om å utarbeide planen og stille ressurser til rådighet for å få kapasitet og kompetanse til å følge opp (et sekretariat). Forslaget skal diskuteres i rådsmøtet 14. september. Der er målet å bli enige om mandat, arbeidsform og sammensetning av arbeidsgruppen/utvalget/ressursgruppen.

3. Økt brukermedvirkning

Rådet har ikke tatt endelig standpunkt til om og hvordan denne satsingen skal videreføres. Arbeidsgruppen skal diskutere dette 15. september. Spørsmålet om hvordan Rådet skal følge opp denne satsingen skal diskuteres og vedtas i et senere rådsmøte høsten 2017.

4. Møte de globale helseutfordringene

Den opprinnelige arbeidsgruppen støtter forslaget om å legge ned arbeidsgruppene, men gruppen har ikke kommet med skriftlige innspill til om den mener dette er en tematisk satsing HO21-rådet bør prioritere fremover, og hvilken form en slik videre satsing i så fall bør ha. Rådet vil derfor be gruppen komme med et slikt innspill til neste rådsmøte.

5. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse

Et kunnskapssystem for bedre folkehelse er undertittelen på HO21-strategien. Nå er det foreslått som navn på en ny satsing. Denne satsingen har som mål å gi et grunnlag for til en revidert HO21-strategi. Tanken er å forbedre forskningssystemet for å gjøre det mulig å produsere mer kunnskap raskere, bedre – dvs med høyere kvalitet og mer nytte - og å gjøre dette mer kostnadseffektivt. For å gjøre dette må vi (1) beskrive komponentene i kunnskapssystemet og hvordan de henger sammen for å identifisere barrierer og muligheter for forbedringer, og (2) foreslå tiltak som kan forbedre systemet.

Ideen til satsingen har flere kilder, blant annet artikkelserien «Increasing value, reducing waste» i The Lancet i 2014 (<http://www.thelancet.com/series/research>) som viser at mye av den biomedisinske forskningen er «bortkastet», og foreslår tiltak for å redusere «bortkastet» forskning og øke andelen av forskningen som gir gyldige og nyttige resultater.

En annen kilde til ideen er arbeidet for å forbedre tilgang til helsedata der Rådet har spilt en aktiv rolle. Bedre tilgang til eksisterende data er sentralt for å gi bedre vilkår for forskning og innovasjon, men dette er bare en av en rekke komponenter i et kunnskapssystem der både de ulike leddene og hele kjeden må fungere godt.

Denne satsingen vil gjøre det mulig å integrere opprinnelige satsinger og problemstillinger fra HO21-strategien og arbeidsgruppens forslag.

Dette gjelder både de satsingene som skal følges opp særskilt fremover og de som vi ikke vil følge opp spesifikt, blant annet:

- Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering
- Helsedata som nasjonalt fortrinn
- Utvikle, utprøve og dokumentere effekter av tiltak (hittil innbakt i en av de fem hovedprioriteringene i strategien)
- Bedre klinisk behandling
- Effektive og lærende tjenester
- Utvikling av de menneskelige ressursene
- Strategisk og kunnskapsbasert styring

Denne satsingen (Kunnskapssystemet) gjør det også mulig å ta opp andre utvalgte problemstillinger fra HO21-strategien som ikke har vært utviklet tidligere. Det gjelder for eksempel folkehelseiltak og tiltak mot sosial ulikhet i helse.

Videre vil det være mulig å ta opp nye problemstillinger som har fått økt betydning siden HO21-strategien ble publisert i 2014. Dette gjelder for eksempel oppfølging av de globale bærekraftsmålene (SDG) og behovet for et fungerende kunnskapssystem for forskning og innovasjon som disse utløser.

For å skissere hva som ligger i begrepet komponenter i kunnskapssystemet kan det illustreres med følgende mulige komponenter:

Behovsidentifikasjon

Infrastruktur for forskning

Data

- Kvalitet på data
- Tilgang til data
- Kobling av data

Administrative systemer og etiske godkjenninger

IT

- Lagringsmuligheter
- Sikkerhet og personvern

Analyser

- Kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger
- Forskning

Utprøvinger

- Kliniske utprøvinger i helsetjenestene med pasienter som deltagere
- Utprøvinger i samfunnet: kommunene, fylker, nasjonalt og internasjonalt - med innbyggere som deltagere

Innovasjon og næringsutvikling

Formidling og kommunikasjon

Implementering

Evaluerings

Organisering og aktører

Det stilles stadig tydeligere krav om at forskningsprosjekter skal omfatte mange eller alle disse komponentene. Samtidig er verken systemet eller forskeren organisert for å håndtere så omfattende krav. Satsingen på et bedre kunnskapssystem er ment å bidra til at det skal være mulig, og gi større utbytte av forskningen enn vi har i dag.

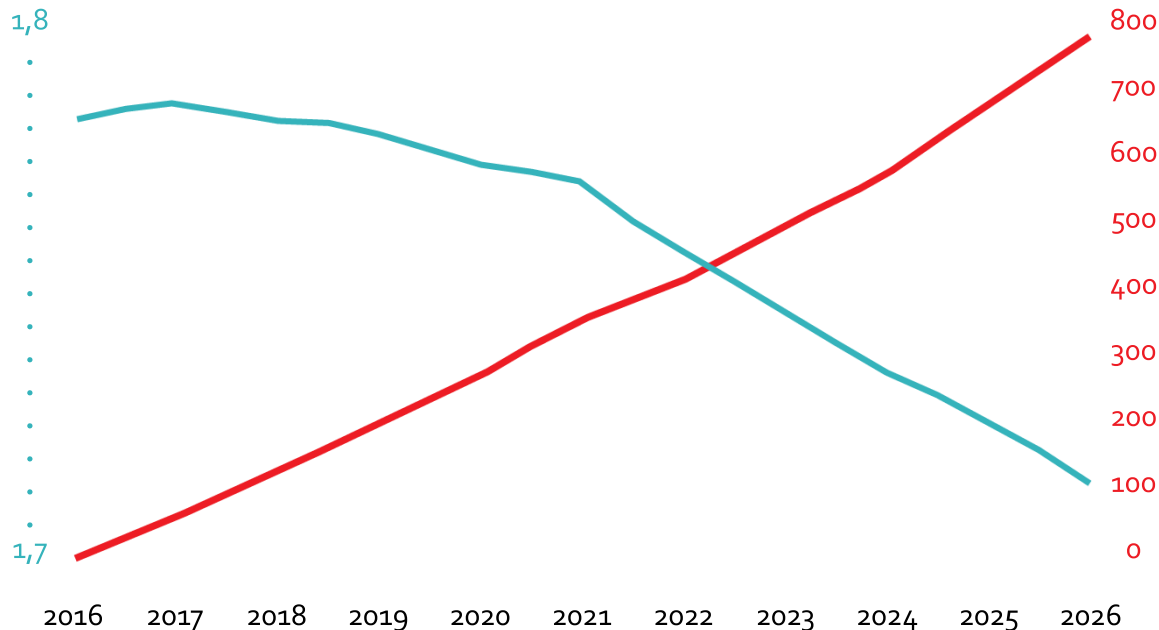
KOMMUNENES STRATEGISKE FORSKNINGSORGAN er i oppstart!

*Status til HO21-rådet 14.09.17
Nina Mevold - leder av KSF*

Hvorfor mer forskning på kommunehelse- og omsorg?

Antall personer i yrkesaktiv alder
(20–66 år) sett i forhold til barn, unge og eldre
(Nasjonal utvikling)

Vekst i utgiftsbehov for pleie og omsorg
i millioner kr
(Bergen kommunes tall)



BERGEN
KOMMUNE

Økende behov for helsetjenester, færre hender og strammere budsjett

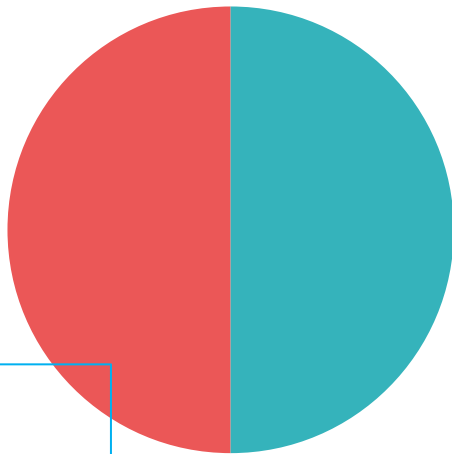
Fordeling av Norges helsekroner*

50%

Primærhelse-
tjenesten
428 kommuner

50%

Spesialisthelsetjenesten



*SSB/NFR

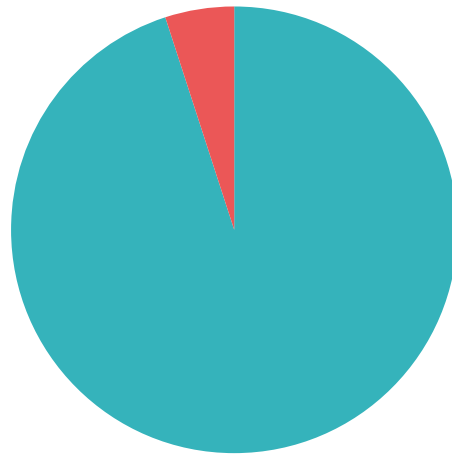
Helseforskning som gjelder kommunale tjenester*

10%

Primærhelse-
tjenesten
428 kommuner

90%

Spesialisthelsetjenesten



*NIFU rapport 2016:32



BERGEN
KOMMUNE

RHFs øremerkede forskningsmidler

- Sekretariatet for tildeling og oppfølging av RHFs øremerkede forskningsmidler, og veiledning i forbindelse med dette.

	2008				2012				2016			
	Totalt	Stats- budsjettet	Egen ramme	Del fra egen ramme	Totalt	Stats- budsjettet	Egen ramme	Del fra egen ramme	Totalt	Stats- budsjettet	Egen ramme	Del fra egen ramme
Helse Nord	70,75	51	19,75	28 %	110,2	64,3	45,9	42 %	147,7	71,9	75,8	51 %
Helse Midt-Norge	100	58,1	41,9	42 %	184,5	70,1	114,4	62 %	243,8	76,8	167	68,5 %
Helse Sør-Øst	329	226,2	103	31 %	477,6	239,2	238,4	50 %	529,1	272,1	257,0	49 %
Helse Vest	111,7	90,9	20,8	19 %	153,5	114,5	39	25 %	183,6	116,7	66,9	36 %

Samarbeidsorganet
Helse Nord

Samarbeidsorganet
Helse Midt Norge

NSG

Samarbeidsorganet
Helse Sør Øst

Samarbeidsorganet
Helse Vest



BERGEN
KOMMUNE

Bergen kommune

Plan for forskning, utdanning, innovasjon 2016

Politisk forankring

0,1% av budsjettet (6 mill)



Forske med ansatte
og brukere – initiere
forskningstema



Ta i bruk helsefaglige
data- bedre
beslutnings-
grunnlag



Bygge
forskningsmiljø
med
samarbeidspartnere



Etablere PhD-
stillinger og akademiske
bistillinger



Relevante
og gode
utdanninger



BERGEN
KOMMUNE

Kunnskapskommunen

Helse Omsorg Vest



Bergen



Voss



Meland



Masfjorden



Os



Austrheim



Askøy



Radøy



Vaksdal



Osterøy



UNIVERSITETET I BERGEN



Høgskulen
på Vestlandet

 **research**



HELSE BERGEN

Haukeland universitetssjukehus

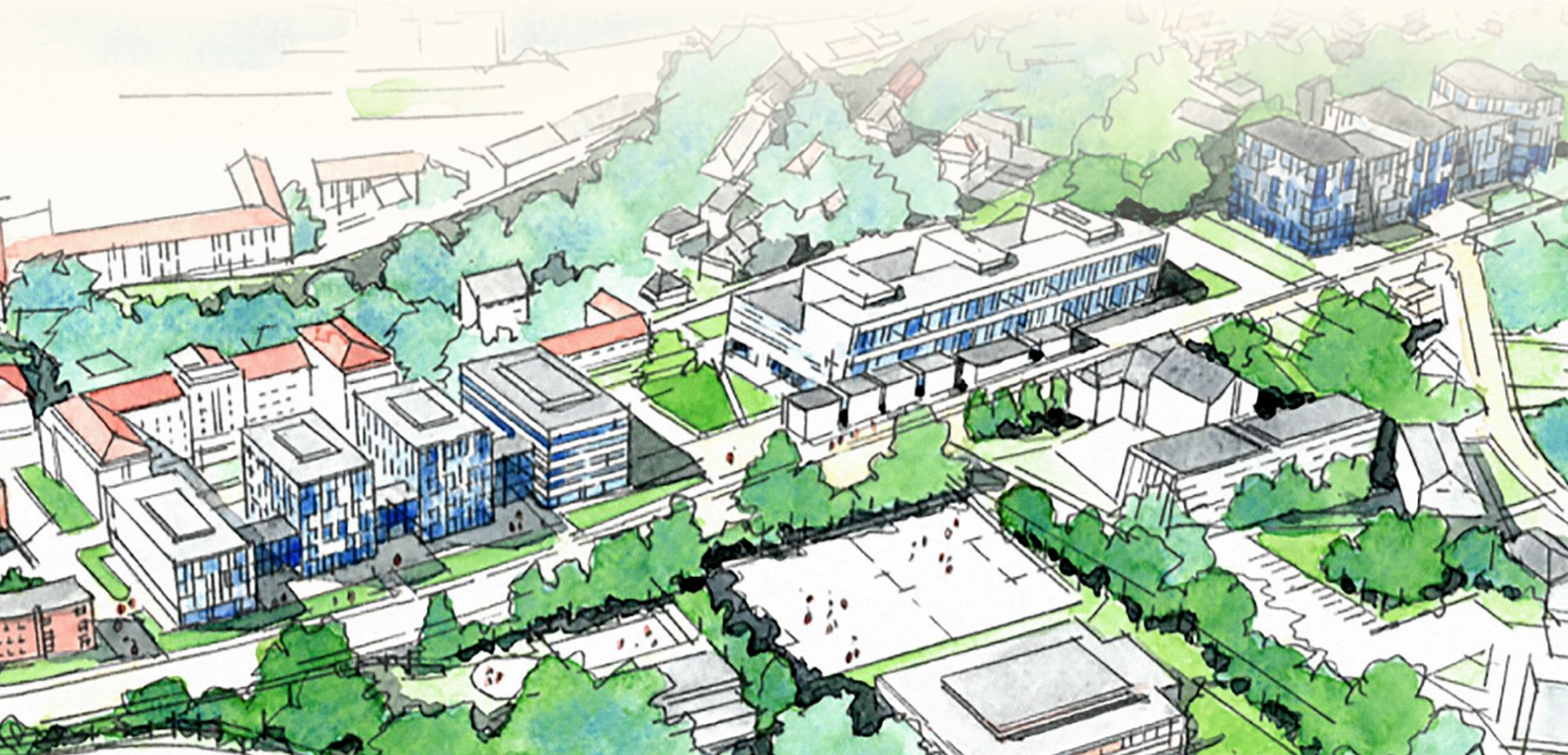


Haraldsplass
Diakonale Sykehus



folkehelseinstituttet

HCA – et felles kraftsentrum for framtiden



Kommunenes Strategiske Forskningsorgan

Første møte 12. september 2017



BERGEN
KOMMUNE

KS-oppnevnt	Nina Mevold (Bergen) Åse Snåre (KS) Erik Kjeldstadli (Bærum) Astrid Eidsvik (Ålesund) Kenneth Johansen (Alta) Hans Petter Torvik (Sandnes)
UHR-oppnevnte	Marit Kirkevold (UiO) Jørund Straand (UiO) Bjørn Gustafsson (NTNU) Nina Emaus (UiT) Tone Alm Andreassen (HiOA)
Andre	Marta Ebbing (FHI) Geir Liavåg Strand (FFO)
Observatører	KMD, HOD, KD, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Sintef, Hospital IT, NFR, RHF, NFD



BERGEN
KOMMUNE



MANDAT KSF

⇐ Identifisere forsknings behov og ivareta disse (særlig fokus på kunnskaps-svake områder)

≈ Opprette struktur for forskning, innovasjon og utdanning
Nasjonalt og regionalt

∞ Foreslå finansierings – modell

↗ Stimulere til nasjonalt og internasjonalt forsknings-samarbeid



MANDAT KSF

Gi råd om en hensiktsmessig organisering (mandat, antall, organisering mv.) av *regionale samarbeidsorganer* for **forskning**, **innovasjon** og **utdanning**, og delta i å etablere disse samarbeidsorganene.

Hva skal de regionale samarbeidsorganene benyttes til? På hvilken måte er samarbeidsorganene i spesialisthelsetjenesten rollemodeller?
Hvilke mål skal kommunale samarbeidsorgan arbeide for?
Hvordan skal disse organiseres, administreres og finansieres?
Skal de legges opp mot de etablerte organene til spesialisthelsetjenestene, til regionale forskningsfond, annen inndeling?
Antall, geografisk plassering

Ivareta kommunesektorens definerte **forsknings**, **-innovasjons-** og **utdanningsbehov**, slik disse formuleres av kommunene i de regionale samarbeidsorganene (når disse er etablert) og i andre sammenhenger, for eksempel i HO21-strategien og Regjeringas **handlingsplan**.

Hva vet vi om kommunesektorens forsknings, - innovasjons- og utdanningsbehov?
Hvordan definere forsknings, - innovasjons- og utdanningsbehov?



MANDAT- KSF

Særlig vektlegge og søke å dekke kunnskapssvake områder innen kommunenes helse- og omsorgstjenester, herunder helseutdanningenes læringsmål knytta til kommunal sektor.	Hvordan definere de særlig kunnskapssvake områder? Hva vet vi fra før? Hvordan styrke helseutdanningenes læringsmål knyttet til kommunal sektor? Hvordan påvirke innholdet i utdanningene?
Koordinere <i>de regionale samarbeidsorganene</i> (når disse er etablert) med sikte på å sikre best mulig samordning av og unngå overlapp (redundans) mellom kommunenes, forsknings- og utdanningsinstitusjonene og myndighetenes forskningsinnsats.	Hvordan kan KSF fungere best mulig koordinerende og -sikre samordning -unngå overlapp
Stimulere til nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid på områder som har betydning for kommunenes helse- og omsorgstjenester.	Hvordan kan KSF og senere samarbeidsorganene stimulere til nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid? Hvordan finansiere dette?



MANDAT - KSF

I interimperioden skal KSF avklare **antall** og **sammensetning** av de regionale samarbeidsorganene. Videre skal KSF i interimperioden drøfte ulike modeller for **finansiering** av kunnskapsløftet for kommunene, med sikte på å avklare hvordan kunnskapsløftet skal finansieres. Endelig anbefaling besluttet i HO21 rådet.



KSF - Faser i arbeidet

- Høsten 2017: To møter - bredde – innhente informasjon, felles refleksjon om målbilde og virkemidler
- Våren 2018: Tre møter – de to siste: smale inn, konkludere på modell(er) og anbefalinger
- Høsten 2018: To møter – forankre og foreslå til HO21-rådet



Informasjonsinnhenting

Høsten 2017 (2 møter)	Våren 2018 (3 møter)	Høsten 2018 (2 møter)
• To regionale samarbeidsorgan i spesialisthelsetjenestene (HV 12. sept) og HMN) • NSG- hvordan jobber det? • HO21-rådsleder Camilla Stoltenberg (9. nov) • Forfatter av NIFU-rapport om forskning i kommunene (9. nov) • Forfatter av FoU-prosjektet (Rambøll) «Utvikling av kommunene som læringsarena» bestilt av KS (9. november)	• To kommuners blikk på KSF og regionale forskningsorganer - ved kommunaldirektører i Kristiansand og Fredrikstad • Allmennmedisinsk forskningsnettverk ved professor Guri Rørtveit (UiB) • Satsingen i Vest • Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest og Helsecampus Årstadvollen • Satsingen i Trondheim • Forskerskoler i primærhelse • NFR/John Arne Røttingen • Kommunalt pasientregister/helsedata • Evt ferdigstilt analyse fra OECD om forholdet mellom norske akademiske institusjoner og praksisfelt.	



Noen momenter fra diskusjonen

- Kommunene eier selv dette behovet – og det er det samme i alle kommuner
- Vi har nå er en unik mulighet til å få til noe viktig – sjansen må nyttes godt. Vi må komme til enighet, det vi kommer fram til må vi tro på
- Vi jobber fram funksjon og prinsipper for struktur først, antall geografisk avgrensede regioner kommer til slutt
- For hver samarbeidsregion – hva trengs av kompetanse og kapasitet?
- Lokalt eierskap kan bygges innen hver region - interkommunale kunnskapsclustre – vi vil ha med i bredden, men noen må være motorer



Noen momenter fra diskusjonen

- Gjenbruk av ressurser – og unngå å bygge parallellestrukturer - hva kan vi legge dette opp mot? Skal forskningsmidlene følge studentene? Pasientene?
- Kommunenes kunnskapsgrunnlag gjelder alle kommuner
- Finansiering blir krevende. Det må øremerkes ressurser – strategiske avsetninger for kommunene – vi konkurrerer ikke like godt som spesialisthelsetjenestene (men noen miljøer konkurrerer svært godt!)
- Vi trenger å bygge gode, konkurransedyktige miljøer i kommunenes tjenester - rekruttering
- Bygge på eksisterende beslutningsgrunnlag/utrede mer?
- Bestilling fra KSF til HO21-rådet: Sammenstilling av datagrunnlag fra HO21-prosessen av relevans for KSF-prosessen





BERGEN
KOMMUNE

Brukermedvirkning i helseforskningen

Divisjonsdirektør Jesper W Simonsen
HO21 - 14. September 2017

Utvikling

- Internasjonale trender om betydningen av brukermedvirkning for å styrke kvalitet i forskning
 - UK, NL, USA
 - Relevans og nytte i helseforskningen
 - Pasienter som brukere
 - Nasjonale møteplasser
- HO21-strategien (2014)
 - Økt brukermedvirkning en av ti strategiske satsinger
- Føringer fra HOD (2015) – helseforskningsprog.
 - Brukermedvirkning – i hele forskningsprosessen
 - Supplere ordinære utlysninger med midler til «Behovsidentifisert forskning»

Forskningsrådet – ulike tilnærminger

- Brukerdefinisjon: befolkning, pasienter, pårørende, tjenestene, tjenesteutøvere, myndighetene
- Programplaner utarbeides sammen med brukere
- Seminar/idedugnader for å finne relevante, forskbare problemstillinger som kan utlyses
- Dialogmøter med flere departementer for å finne viktige tverrsektorielle problemstillinger

Forskningsrådets arbeid med kvalitet og nytte

- Programplaner setter fokus på nytte og behov
- Søknadsvurderingene
 - Krav til **søknadene** – eget skjema som definerer og begrunner nytte og brukermedvirkning
 - Krav til **panelvurderingene** – 1-7 på vitenskapelig kvalitet og A, B eller C på nytteaspekt/brukermedvirkning
 - **Programstyrets vurderinger** – drøfter tildelingene i lys av kvalitet og nytte
 - Erfaringer – sammenfall kvalitet og nytte, også god korrelasjon mellom vit. kvalitet og samlet karakter

Brukermedvirkning i prosjekter

... er et uttrykk for hvor godt brukerperspektivet og brukerinvolvering er ivare tatt i prosjektet, eventuelt hvor godt fravær av brukermedvirkning er begrunnet.

Vurderes på grunnlag av beskrivelse av følgende:

- Relevante brukere for prosjektet
- Brukernes involvering i planlegging av prosjektet
- Brukernes involvering i gjennomføring av prosjektet
- Brukernes involvering i utnyttelse av resultatene fra prosjektet

Søknadsbehandling

- Krav om brukarmedvirkning i prosjektbeskrivelsen fra 2015 – for lite forpliktende
- Krav om **eget obligatorisk vedlegg** som beskriver brukarmedvirkning og nytte fra 2016
- ... og spesifikasjon av kriteriene i søknadsbehandlingen

Vurdering av fageksperter

- A = Meget god
 - Brukerperspektivet og brukerinvolveringen er meget godt ivaretatt i alle faser av prosjektet.
- B = Akseptabel
 - Brukerperspektivet og brukerinvolveringen er tilstrekkelig godt ivaretatt prosjektet.
- C = Svak
 - Brukerperspektivet og brukerinvolveringen er ikke tilstrekkelig godt ivaretatt i prosjektet.

Brukermedvirkning i hele forskningsprosessen

- Planlegging/prioritering
- Gjennomføring
- Formidling
- Krav i utlysningen
- Vurderingskriterier
- Rapportering

Erfaringer fra søknadsbehandlingen

- Det tar tid å innarbeide tenkningen om brukarmedvirkning hos forskerne, og dermed i prosjektene
- Panelrapporter:
 - Rehabiliteringsutlysning (ikke skjema): «lack of involvement of users»; søkerne mangler forståelse – tror det er snakk om å rekruttere pasienter til å delta i prosjektene; trenger veiledning kf UK
 - Psykisk helse/rus/somatisk helse (obligatorisk skjema): «User involvement could be improved»; søkerne fokuserer på formidling av resultater til brukerne
- Rapportering på sikt – analyser av resultater fra prosjektene kan sammenholdes med vurderingene

Årsrapportering 2016 - brukarmedvirkning : (BEDREHELSE, BEHANDLING og HELSEVEL)

Skår/antall	A	B	C
Søknader (346)	121	154	71
Bevilgninger (37)	12	5	2

Behovsidentifisert forskning om CFS/ME (1)

- Ny arbeidsform – supplement til det vi har allerede
- Tematikk på tvers av helseforskningsprogrammene (30 mill. kr)
- Åpen invitasjon på nettet (737 innspill)
- Brukerpanel:
 - 6 pasienter/pårørende
 - 5 behandlere/forskere
 - 1 helsemyndighet
- Vurdering av mottatte innspill/ideer/problemstillinger
- Utlysning utformet sammen med **brukerpanelet**

Behovsidentifisert forskning om CFS/ME (2)

- Forskerne invitert til 2-trinns søknadsprosess:
 - Forenklete søknader (1. trinn)
 - Behandling i **brukerpanel** og **beslutningsutvalg**
- Brukerpanelets vurderingskriterier
 - Relevans for utlysningen
 - Forventet nytteverdi
 - Brukermedvirkning
- Invitasjon til fullstendige prosjektsøknader (2. trinn)
 - Ekspertvurdering i panel
 - Behandling i beslutningsutvalg
- Fire prosjekter tildelt midler

Behovsidentifisert forskning - BIF

- Erfaringer med CFS/ME – fokus på pasienter, pårørende og behandlere
 - Litt spesiell tematikk for BIF – faglig uenighet
 - Spennende prosess
 - Svært ressurskrevende
 - Egenvurdering av modellen som ble brukt (pågår)
- Sammenligning med NIHR/UK
 - Helseprogrammene i Forskningsrådet er behovsidentifisert
 - NIHRs programmer er mer generiske
 - Store forskjeller i samlede ressurser (forskning, penger, personell)