

HelseOmsorg21-rådet

Dato 24. februar 2021, kl. 9.00 – 12.00

Sted Virtuelt, Zoom

- | | |
|--------------|---|
| Sak 10/02/21 | Godkjenning av innkalling og sakliste |
| Sak 11/02/21 | Spørsmål om habilitet |
| Sak 12/02/21 | Godkjenning av referat fra møte 1/2021, 20. januar 2021 |
| Sak 13/02/21 | Orientering og status Handlingsplan for Rådet |
| Sak 14/02/21 | Teknologi og digitalisering |
| Sak 15/02/21 | Bærekraftig helsetjeneste |
| Sak 16/02/21 | Eventuelt |
| Sak 17/02/21 | Evaluering av møtet |



Sak 10/2/2021

Godkjenning av innkalling og saksliste

Type sak	Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Innkalling og saksliste legges frem for godkjenning.

Forslag til vedtak

Innkallingen og sakslisten godkjennes.



Sak 11/2/2021

Spørsmål om habilitet

Type sak	Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Bakgrunn

Habilitetsvurderinger og -avklaringer er et punkt på agendaen i alle rådsmøtene. I hvert enkelt tilfelle/sak skal både de skjønnsmessige og de automatiske habilitetsbestemmelser vurderes. Vurderingene av eventuell inhabilitet blant medlemmene og håndteringen av denne skal protokollføres.

Rådet bes om å vurdere sin habilitet for sakene i dette møtet.

Forslag til vedtak

Det er ikke knyttet inhabilitet til noen av sakene på rådsmøtet.

Sak 12/2/2021**Godkjenning av referat fra møte 1/2021**

Type sak	Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Utkast referat fra møte 1/2021

Bakgrunn

Utkast til referat ble sendt ut til medlemmene 29. januar med merknadsfrist 5. februar.

Referatet er oppdatert med riktige navn og organisasjonstilhørighet.

Rådet bes om å godkjenne referatet.

Forslag til vedtak

Referatet godkjennes.

**HelseOmsorg 21-rådet**

Dato	Onsdag 20. januar 2021, kl. 9:00 – 12.00
Sted	Zoom

Tilstede: Sveinung Hole (leder), Trond Mohn Stiftelsen, Bergen
Baard Christian Schem, Helse Vest, Bergen
Erlend Smeland, Oslo universitets-sykehus, Oslo
Esperanza Diaz, UiB og Folkehelseinstituttet, Bergen
Gro Jamtvedt, OsloMet, Oslo
Ingrid Senstadvold Ross, Kreftforeningen, Oslo
Karita Bekkemellem, Legemiddelindustrien (LMI), Oslo
Kathrine Myhre, Patentstyret, Oslo
Kristin Weidemann Wieland, KS, Oslo
Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Oslo
Marte Kvittum Tangen, leder i Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Tynset
Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helse-forskning, Tromsø
Tarje Bjørgum, NHO, Abelia, Oslo
Wenche Dehli, Kristiansand kommune, Kristiansand

Forfall: Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet, Oslo

Møtende vara: Silje Anine Moss, KS

Observatører: Elin M. Hollfjord, Nærings- og fiskeridepartementet
Gloria Traina, Helse- og omsorgsdepartementet
Helga Andreaa, Kommunal- og moderniseringsdepartementet
Hjørdis Møller Sandborg, Helse- og omsorgsdepartementet
Irene Olausen, Helse- og omsorgsdepartementet
Maiken Engelstad, Helse- og omsorgsdepartementet
Marianne van der Wel, Helse- og omsorgsdepartementet
Mia Andresen, Kunnskapsdepartementet
Monica Skjöld Johansen, Helse- og omsorgsdepartementet

Tilstede fra Forskningsrådet:

Frode Hovland Søreide, rådgiver
Hege Strand Mikkelsen
Henrietta Blankson, spesialrådgiver
Ina Dahlsveen, seniorrådgiver
Ole Johan Borge, avdelingsdirektør
Vivill Vinsrygg, kommunikasjonsrådgiver (på enkeltsaker)

Tilstede fra Innovasjon Norge:

Catherine Capdeville, finansieringsrådgiver

Sak HO21-rådet 1/1/21	Godkjenning av innkalling og sakliste <i>Innkallingen og sakslisten godkjennes.</i>
Sak HO21-rådet 2/1/21	Spørsmål om habilitet Inhabilitet ble vurdert for sakene på dagens møte. Vedtak: <i>Det er ikke knyttet inhabilitet til noen av sakene på rådsmøtet.</i>
Sak HO21-rådet 3/1/21	Godkjenning av referat fra møte 5/2020, 12. november 2020 Oppdatert referat etter merknadsfristen ble lagt frem for godkjenning. Vedtak: <i>Referatet godkjennes.</i>
Sak HO21-rådet 4/1/21	Orientering og status Handlingsplan for Rådet Rådsleder og sekretariatet orienterte om status for tiltak og prosess for videre utvikling av handlingsplanen for Rådet. Det er nå planlagt og/eller igangsatt aktiviteter innenfor de fem hovedområdene som det på møtet 3/2020 ble vedtatt at Rådet skulle arbeide med i første omgang. Områdene er: • Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative offentlige anskaffelser. • En bærekraftig helsetjeneste • Teknologi og digitalisering • Kunnskapsløft for kommunene • Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten I tillegg er det igangsatt et prosjekt under HelseOmsorg21-monitoren om kartlegging av brukermedvirkning. Vedtak: <i>Tas til orientering.</i>
Sak HO21-rådet 5/1/21	Helsedata - tillit, regulering og forvaltning Håvard Kolle Riis og Pernille Parmer fra Direktoratet for e-helse innledet om Helsedataprogrammet og presenterte modellen som Direktoratet har utarbeidet for finansiering av drift, forvaltning og videreutvikling av Helsedataservice og Helseanalyseplattformen. Presentasjonen til Direktoratet er vedlagt referatet. Finansieringsmodellen som ble fremlagt består av en sentralfinansiering (basisfinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet) og en tredelt brukerbetaling (stykkpris, abonnementer og partnerskapsavtaler). Rådet ble invitert til å diskutere modellen. I diskusjonen kom det blant annet frem synspunkter knyttet til prising (kostnader), datakilder og omfang. Det ble også stilt spørsmål ved skillet mellom

kvalitetsutvikling og forskning (sekundærbruk) som finansieringsmodellen legger opp til.

Rådets synspunkter vil bli samlet og det vil bli gitt en skriftlig tilbakemelding til Direktoratet med innspill til innretningen av modellen.

Rådet diskuterte også tiltak knyttet til forskriften om *en nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata* som planlegges å komme på høring i mars og behovet for god historiefortelling for å opprettholde befolkningens tillit til bruk av helsedata. Brev vil sendes Helse- og omsorgsdepartementet om betydningen av at trykket holdes oppe i forskriftsarbeidet og at målbildet om en helhetlig infrastruktur for helsedata til sekundærbruk kommuniseres tydelig. Rådet vil også arbeide med kommunikasjonstiltak rettet mot befolkningen for å fremme bruk av helsedata som avgjørende ressurs for bedre folkehelse, behandlingstilbud og en bedre og mer effektiv helsetjeneste.

For å få en bedre oversikt over lov- og forskriftsreguleringer på området, ønsker Rådet et internseminar om temaet.

Vedtak: *Rådet slutter seg til den foreslåtte planen for aktiviteter med de endringer som kom frem i møtet.*

Sak HO21-rådet 6/1/21

Restkapasitet i laboratorier og infrastruktur med relevans for helsenæringen

Inger Gaarder Harsheim og Erik Magnus Sæther fra Oslo Economics presenterte rapporten. Presentasjonen er vedlagt. Anne Grethe Erlandsen takket for rapporten og et godt gjennomført oppdrag på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Det er fint å få bekreftet at det er ledig kapasitet og at de private aktørene som regel får tilgang når de har behov, selv om det fremdeles pekes på en del barrierer spesielt mht. pilotering. Grepene som foreslås er veldig konkrete og greie å ta med seg videre.

Ernst Pedersen fra Universitet i Bergen presenterte fra prosjektet anskaffelse av administrasjonssystem for leiesteder som gjennomføres i samarbeid med NTNU og Universitetet i Oslo. Presentasjonen er vedlagt.

Rådet kommenterte på rapporten ved å sette fokus på klyngenes viktige rolle i samspillet mellom offentlige aktører og næringslivet og at disse burde engasjeres i å formidle resultatene fra rapporten til aktørene. Det ble påpekt at næringslivet trenger tilgang til infrastruktur og fasiliteter i hele verdikjeden inkludert pilotering og produksjon, noe som ikke er like godt dekket i rapporten. I tillegg kommer infrastruktur og fasiliteter som er relevant for primærhelsetjenestene, som for eksempel finnes ved høyskoler og universitet som utdanner annet helsepersonell. Nødvendigheten av tilgang til finansielle virkemidler ble også påpekt. Utfordringene handler overordnet sett om hvordan offentlige organisasjoner samhandler med næringslivet. Rådet foreslår et bredere perspektiv i den videre håndtering av tema.

Vedtak: *Rådet tar rapporten fra Oslo Economics til etterretning med de kommentarer som kom fram i møtet.*

Rådet ber sekretariatet foreslå oppfølgende aktiviteter i et bredere perspektiv under hovedområde "Hjemmemarked, næringsutvikling og IOA".

Sak HO21-rådet 7/1/21

Nasjonal handlingsplan for kliniske studier

Statssekretær Anne-Grethe Erlandsen innledet og presenterte hovedtrekkene i handlingsplanen. Hun understreket også forventningen til at HO21-rådet skal bidra i å spre innholdet og sette trykk på gjennomføring av planen. Presentasjonen til Erlandsen er vedlagt referatet.

Rådet understreket at det var mye gledelig i planen, men påpekte også noen svakheter, blant annet at ivaretagelse av primærhelsetjenesten bør bedres. Rådets synspunkter vil formidles helse- og omsorgsdepartementet gjennom et brev.

Rådet vil følge opp handlingsplanen i to faser 1) kommunikasjonstiltak direkte i tilknytning til lanseringen og 2) en mer langsiktig oppfølging av tiltak der Rådet kan ha en merverdi.

Vedtak: *Det settes ned en referansegruppe for området Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten med følgende medlemmer: Erlend Smeland, Gro Jamtvedt, Wenche Dehli, Baard-Christian Scheem, Kristin Weidemann Wieland, Marte Kvittum Tangen og Lilly Ann Elvestad.*

Utkast brev til Helse- og omsorgsdepartementet vedtas med de endringene som kom frem på møtet

Rådet ber sekretariatet følge opp det videre arbeidet innenfor området med de kommentarene som kom frem på møtet.

Sak HO21-rådet 8/1/21

Eventuelt

Ingen saker meldt inn.

Vedtak: *Intet.*

Sak HO21-rådet 9/1/21

Evaluerings av møtet

Vedtak: *Intet.*

Sak 13/2/2021**Orienteringer og status Handlingsplan for Rådet**

Type sak	Orienteringssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Ina Dahlsveen, Henrietta Blankson
Vedlegg	1. <i>Oversikt gjennomførte aktiviteter</i> 2. <i>Nasjonal handlingsplan for kliniske studier_ kommentar fra Rådet og svar fra Helse- og omsorgsdepartementet</i> 3. <i>Kronikk Dagens Medisin</i>

Bakgrunn

Rådet har diskutert handlingsplan for 2020 – 2021 på de foregående møtene. Rådet har uttalt at handlingsplanen skal være et levende dokument i tråd med rådets mandat om å bidra til realisering av de overordnede målsetningene. Rådet skal bidra til en koordinert og helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21-strategien og skal gjennom å legge til rette for samarbeid om helse- og omsorgsforskning, innovasjon og næringsutvikling, bidra til god folkehelse, effektive helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet og verdiskaping.

På møte 3/2020 ble handlingsplanen versjon juni-2020 vedtatt å fokusere på følgende områder: Kunnskapsløft for kommunene, Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten, Bærekraft i helsetjenesten, Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative anskaffelser, og Teknologi og digitalisering.

I tråd med mandatet vil Rådet også følge opp og bidra til videreutviklingen av HelseOmsorg21-monitoren.

Hvorfor saken fremmes

Saken legges fram til orientering om status for handlingsplanen og vedtatte tiltak for Rådet.

Hovedpunkter

Under gis informasjon om status for pågående tiltak. Vedlegg 1 viser en oversikt over gjennomførte aktiviteter. Rådet har i tillegg flere ideer til tema som på et senere tidspunkt kan inkluderes i handlingsplanen. Det minnes om at medlemmer kan melde inn nye tema. Det vises også til temabeskrivelser i Sak 28/20 (møte 3/2020).

Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative anskaffelser

Sekretariatet følger opp forslagene til aktiviteter og planlegger å gjennomføre dialogmøter/seminarer som retter seg mot kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Trolig blir det digitale seminarer som går i dybden på noen få utvalgte temaer, inkludert debatt/samtale, workshop eller rundeborddiskusjon. Sekretariatet vil ta kontakt med klyngene med spørsmål om praktisk hjelp til gjennomføring. Tidspunkt for seminarene er foreslått til siste halvdel av april (kan bli noe senere). Sekretariatet har så langt gjennomført møter med en rekke interessenter hvor det er hentet inn innspill til temaer som kan være viktige å belyse og forslag til eksempler som illustrerer hva som skal til (dvs. suksesshistorier) og hva som er barrierer (dvs. hvorfor lykkes man ikke) til et profesjonalisert og bærekraftig hjemmemarked. Det har vært avholdt møter med følgende interessenter så langt:

- Klynger (fellesmøte): Norwegian Smartcare Cluster, Norway Health Tech, Oslo Cancer Cluster, Life Science Cluster
- Bransjeforeninger/interesseorg. (fellesmøte): LMI, NHO Handel og Service, IKT-Norge, Melanor
- Kommunesektorens organisasjon (KS)
- Direktorat: E-helsedirektoratet, Helsedirektoratet
- Innkjøpsorganisasjoner: Sykehusinnkjøp, KS Innkjøpsforum (KSI)
- Prosjekter og bedrifter: Innovasjonspartnerskap ved Sykehuset Østfold, Lindesnes kommune (Agderprosjektet) og Friskus (Bergen)
- Andre: Leverandørutviklingsprogrammet, Handelshøyskolen BI / Centre for Connected Care – C3, Selskapet for industrivekst (SIVA)

Bærekraft i helsetjenesten/Bærekraftig helsetjeneste

Det er i etterkant av workshopen som ble avholdt på møte 5/2020, gjennomført to møter med fasilitator av workshopen, Halogen. I det første møtet var bordvertene til stede og hjalp til med å systematisere og tolke innspillene (lappene på miroboardet). Det siste møte var et oppsummerende møte mellom Halogen, HO21-sekretariatet og rådsleder. Det er også blitt avholdt et møte med referansegruppen som forberedelse til saken på dagens møte.

Teknologi og digitalisering

En rekke aktiviteter ble vedtatt i på møte 1/2021 (Sak 5-1-2021) særlig knyttet til delområdet *Helsedata*. Det vises til presentasjon på dagens møte for status.

Sekretariatet har etter nyttår avholdt et møte med referansegruppen for teknologi og digitalisering for å konkretisere andre aktiviteter innenfor området. Diskusjon var i hovedsak rettet mot delområdene *Forutsetninger for digitaliserte helse- og omsorgstjenester* og *Effekter av teknologi og digitalisering* og forslag til aktiviteter blir fremlagt på dagens møte.

Som informert om tidligere, har Direktoratet for e-helse tatt kontakt med HO21-sekretariatet med ønske om dialog om oppdrag fra HOD (tildelingsbrev 2021) om *anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet*. Direktoratet deltar på dagens møte.

Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

Kronikken *Forskning i kommunene gir bedre helse og velferd* er publisert i Dagens medisin utgitt 11. februar. Eventuelle kommentarer som i kommer i kommentarfeltet til kronikken vil bli fulgt opp av rådsleder og sekretariatet.

Det vil arbeides videre med området på senere rådsmøter. Området er også inkludert inn i bærekraftsarbeidet.

Kliniske studier som en integrert del i tjenesten

Tiltak er satt i gang i henhold til vedtak i Sak 7/1/2021. Det gjelder i første omgang kommentarer til Nasjonal handlingsplan for kliniske studier, brev sendt Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) 8.2.21, og planlagt kronikk om hvorfor kliniske studier er viktig for befolkningen og mulighetsrommet handlingsplanen gir. Rådet har mottatt tilbakemelding fra HOD på Rådets kommentar til Nasjonal handlingsplan for kliniske studier. HOD vil ta med seg Rådets kommentarer i den videre oppfølgingen av planen og vil gjerne komme til et rådsmøte senere i år for videre diskusjon. Rådets kommentar og svaret fra HOD er vedlagt saken.

Det er nedsatt en referansegruppe for videre arbeid med området.

HelseOmsorg21-monitor

Kartlegging av brukermedvirkning. Ann-Mari Lofthus er nå ansatt i stillingen som prosjektleder for Kartleggingen. Arbeidet med å etablere en referansegruppe, samt søk i relevant litteratur er i gang.

Nye kilder i HO21-monitor. Statistikken fra NIFU/Agenda Kaupang rapporten *Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester* er nær publisering i HelseOmsorg21-monitor. Monitoren har også mottatt statistikk fra målingene av forskning i helseforetakene, inkludert statistikk om kliniske behandlingsstudier. Disse vil bli publisert så snart som mulig.

Orienteringer

Nye meldinger og rapporter med relevans for områdene i handlingsplanen:

- [Perspektivmeldingen 2021](#), Meld. St. 14 (2020 – 2021)
- Befolkningens helsekompetanse, del 1. [Rapporten](#) er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med OsloMet og Høgskolen i Innlandet og er et første skritt i oppfølgingen av regjeringens [Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen](#) (2019–2023).
- [Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester](#). NIFU rapport 2020:28

Forslag til vedtak

Tas til orientering.

Område/tema	Gjennomførte aktiviteter
Kunnskapsløft for kommunene	- Departemental forankring av KSF rapport – brev sendt HOD, KMD, KD juni 2020. - Kronikk i Dagens medisin 11.2.2021
Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten	- Innspill innsendt til høring om Handlingsplanen for kliniske studier. - Kommentarer til Handlingsplan for kliniske studier, brev til HOD 8.2.2021
Bærekraftig helsetjeneste	- Intern Workshop gjennomført november 2020.
Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative offentlige anskaffelser	- Innspill til komitebehandling av Meld.St.30 (2019-2020) En innovativ offentlig sektor. Skriftlig innspill og deltagelse i komitebehandling.
Teknologi og digitalisering	
HO21-monitor	- Workshop med brukere av monitoren gjennomført august 2020 - Oppdatering og videreutvikling i henhold til plan fremlagt i sak 17-20 (møte 2/2020).

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår ref.

21/941

Deres ref.

Oslo,

08.02.2021

Kommentarer til Nasjonal handlingsplan for kliniske studier

HelseOmsorg21-rådet vil med dette kommentere Nasjonal handlingsplan for kliniske studier som ble lansert 11.01.2021.

Rådet er godt fornøyd med at handlingsplanen har ivarettatt mange av de elementene Rådet tidligere har spilt inn til arbeidet med handlingsplanen. Rådet støtter i store linjer ambisjonene og retningen som skisseres, inkludert Regjeringens visjon at klinisk forskning skal være en integrert del av all klinisk praksis og pasientbehandling.

Rådet er tvilende til om tiltakene som er skissert er offensive nok for å oppnå handlingsplanens visjon. Det er også svært ulikt ambisjonsnivå for de ni ulike innsatsområdene og enkelte er svak formulert.

Handlingsplanen beskriver godt hvorfor kliniske studier er viktig. Planen sier videre at helse- og omsorgstjenestens behov for kunnskap må være styrende for hvilke kliniske studier som prioriteres og gjennomføres. Rådet mener planen ikke følger opp dette ved at den i all hovedsak omhandler tradisjonell behandlingsorientert medisin. Tiltak knyttet til forebyggende, helsefremmende eller habiliterende kliniske studier er i mindre grad inkludert. Pasienters egen helsekompetanse er indirekte berørt i planen, men Rådet savner en mer eksplisitt omtale.

Under gis det noen kommentarer til utvalgte områder i handlingsplanen.

Regjeringens mål for handlingsplanen

Andelen pasienter i spesialisthelsetjenesten som deltar i kliniske studier er 5 prosent i 2025.

Vi er usikre på hvordan dette kan måles. Vi kjenner ikke dagens andel og vet ikke hva som er nevneren og hvordan den skal måles. Det at vi ikke vet dagens status gjør også at det er vanskelig å vurdere om målet, slik det er utformet, er ambisiøst eller ikke. Det bør vurderes å differensiere bildet og ambisjonsnivået basert på medisinsk område/pasientgruppe slik at en for eksempel setter et høyere mål for de områdene som pekes ut til NorTrials sentre – altså spesielle satsingsområder. Det kan uansett være hensiktsmessig å justere ambisjonsnivået etter hva som avdekkes i nullpunktsmålingen som skal gjøres ila. 2021.

Antall kliniske studier er doblet i perioden 2021-2025.

"Handlingsplanens andre målsetting er at antallet kliniske studier som rekrutterer pasienter i spesialisthelsetjenesten dobles i løpet av planperioden. Dette forutsetter en årlig vekst i antall studier på om lag 15 prosent."

Når man ser på den historiske utviklingen, vil en dobling ta oss omtrentlig tilbake til nivået i år 2000 når det gjelder kommersielle studier. Ambisjonen er absolutt ønskelig og kunne også tenkes høyere, men en

må være realistisk om hva som er mulig. Ved OUS, som har flest studier, har de greid å stoppe en negativ utvikling og ser en liten økning innenfor noen områder, etter å ha satt inn flere, målrettede tiltak de siste årene. Men derfra til dobling er en svært lang vei å gå.

Det trekkes frem i planen at det bør sikres en god balanse mellom studier initiert av forskeren selv og av næringslivet. Her savner vi en tydeligere beskrivelse av hvordan dette skal ivaretas. Planen sier at økningen i antall studier skal hentes ut både ved en økning i offentlige og i industristudier. Planen er imidlertid ikke tydelig på forutsetningene for å få det til; behov for økt finansiering av forskerinitierte studier, tilgang til infrastruktur som radiologi og laboratorietjenester og behovet for at industrien får innpass innenfor alle terapiområder for å nevne noen. Tilgang til laboratoriefagkapasitet, spesielt radiologi og patologi, er eksempelvis nevnt under utfordringsbildet. Dette innebærer både en prioriteringsdiskusjon, og utfordrer også totalkapasitet både mtp. personell og utstyr (CT/MR) i laboratoriefagene.

Det bør vurderes om Norge i tillegg til de to hovedmålsettingene som ligger i planen også bør ha en målsetting om Norges posisjon og attraktivitet for å tiltrekke seg kliniske studier fra utlandet.

Oppfølging av målsettingene

Det er viktig at verktøyene for å følge med på og synliggjøre utviklingen oppleves riktig og viktig – både av tjenestene og av næringslivet. Underrekruttering av pasienter i studier er en utfordring og det å få en oversikt over størrelsen på problemet innenfor typer studier og terapiområder er ønskelig for å kunne sette inn målrettede tiltak. Det er mange årsaker til at det tar tid å rekruttere pasienter i enkelte studier og det er derfor viktig at eventuelle måleverktøy ikke brukes for å "henge ut" fagmiljøer som har utfordringer med pasientrekruttering.

Innsatsområde 1: Økte muligheter for pasienter til å delta i kliniske studier

Desentraliserte studier er viktig for å gi pasienter tilgang til studier der de er. Rådet savner imidlertid noe mer om tilrettelegging for desentraliserte, virtuelle studier og at alle parter (SLV, helseforetak og industri) blir oppfordret til å utrede handlingsrom og eventuelle barrierer til å gjennomføre dette i Norge. Området har økt fokus internasjonalt som har blitt forsterket av den pågående pandemien. Med økt bruk av digitale verktøy (som del av monitorering, innsamling av pasientrapporterte utfallsmål (PROMS), matchmaking mellom studie og pasient etc.) vil studiene kunne gjennomføres raskere og pasienter vil i større grad være i stand til å delta «hjemmefra» – i tråd med visjonen i den nye nasjonale sykehusplanen. Det bør vurderes om Norge, som del av satsingen på nordisk samarbeid, kan koble seg på tilsvarende arbeid og utredninger i andre nordiske land.

Innsatsområde 2: Kliniske studier er en del av pasientbehandlingen

Dette er ett av de viktigste innsatsområdene for å oppfylle visjonen om at klinisk forskning skal være en integrert del av all klinisk praksis og pasientbehandling. Rådet støtter ambisjonen, men dessverre er innsatsområdet svakt på tiltaksfronten. Planen beskriver at det er altfor få insentiver til å drive forskning på sykehusene i dag, men legger ikke frem nye insentiver. Det er positivt at det innføres et nytt tellesystem (indikator) for kliniske studier, men Rådet tviler på at dette er tilstrekkelig for å få til den betydelige kulturendringen som trengs på sykehusene. Planen sier at departementet på sikt vil evaluere utformingen av indikatoren for å motvirke utilsiktede effekter. Rådet mener effektene av indikatoren bør følges tett. Handlingsplanen gir ingen direkte stimuli for de kliniske utprøvmiljøene i helseforetakene.

Antagelig ligger den største finansieringsutfordringen i klinikkene i sykehusene og det vil kreve betydelige økte ressurser for å øke antallet studier, inkludert tid for klinisk personell som ikke er budsjettett i dag. I tillegg vil dette medføre tap av ISF/DRG-inntekter i de samme klinikkene pga. redusert aktivitet. Pasienter som får utprøvende behandling må inngå i ISF-finansieringen, slik at ikke klinikkene direkte taper inntekter ved å ta pasienter inn i studier. ISF-finansiering er omtalt i planen, men det er viktig at dette følges opp. Dette er spesielt viktig for utprøverinitierte kliniske studier.

Tid er som nevnt over en viktig forutsetning for økt studieaktivitet på sykehusene. Helt sentralt er at medarbeidere i direkte møte med pasienter kan gjøre all datainnsamling og dokumentasjon for klinisk oppfølging, innrapportering til kliniske studier og innrapportering til kvalitetsregistre i samme system. Separate systemer øker tidsbruken, og reduserer motivasjon for å inkludere pasienter i kliniske studier. Planen kunne med fordel tatt dette opp spesifikt.

Kliniske studier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er kun kort nevnt under dette innsatsområdet. Det bør legges vekt på kliniske studier for å møte de utfordringene folk i kommunene har. Kliniske studier i kommunene må bidra til evidensbasert forebygging, behandling og rehabilitering for eksempel innenfor muskel/skjelett lidelser, multisyke og andre områder med stor sykdomsbyrde. Ikke-medikamentell behandling bør fremmes. Her er det viktig at det settes i gang konkrete tiltak og området gis en større tyngde i tråd med statssekretærens kommentar om at det er viktig at en tar høyde for planens skjevside mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten med seg videre.

Det kan vurderes om det bør utvikles et system for nye metoder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette bør ses på i sammenheng med evalueringen av Nye metoder. Det kan også vurderes å bygge opp et nytt helseatlas som viser praksis i landet.

Rådet savner også en referanse til utvikling av pakkeforløpene og behandlingsretninger under dette innsatsområdet.

Skal kliniske studier bli en del av pasientbehandlingen, bør kunnskap om kliniske studier inkluderes i læringsutbyttene i alle helseutdanningene, ikke bare de som nå er nevnt at er under utvikling i nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS).

Under finansiering av studier nevnes eBudsjett – et nytt budsjettverktøy som er utviklet ved Helse Bergen. Formålet oppgis å sikre kostnadsdekning, redusere tidsbruken og gi forutsigbarhet. I utrulling av eBudsjett, bør det oppfordres til dialog med industrien for å monitorere hvordan verktøyet innvirker på sponors kostnader, kontraktprosessen, tidsforløp osv. En evaluering etter f.eks. seks måneder bør vurderes for å avdekke eventuelle negative effekter på vertskapsattraktiviteten for sykehusene som innfører verktøyet.

Innsatsområde 3: Norsk helsetjeneste og næringsliv i partnerskap

Rådet støtter etableringen av NorTrials og det er svært positivt at Regjeringen har satt av friske midler til dette viktige tiltaket. Samtidig må arbeidet til NorTrials følges tett for å sikre at det virkelig evner å lette arbeidet med kliniske studier og effektivisere prosessen, og ikke bli enda et administrativt lag alle må forholde seg til. Det kan være nyttig at det i utformingen av NorTrials og NorTrials tjenester sees til plattformer og løsninger fra helseindustrien.

Det sies i planen at markedsføring av Norge som utprøverland bør skje i samarbeid mellom NorTrials, Innovasjon Norge, TTO-ene og næringslivet. Også klyngene bør ha en rolle i en slik markedsføring.

Samarbeidet mellom norsk helsetjeneste og næringsliv er ønsket og viktig. Det er allikevel behov for å peke på og avklare de habilitetsutfordringene som oppstår når gjerne et lite antall klinikere har flere roller relatert til tjenesten, studiene og implementeringen av nye metoder. I dette løpet kan de skifte mellom å være 1) klinikere i møte med pasienter, 2) forskere med ansettelse ved universitet, høyskole og HF som har relasjon til private aktører i forbindelse med klinisk forskning, 3) oppdragstakere som utfører andre honorerte oppdrag for private aktører, 4) fagekspert ved metodevurdering gjort for offentlig helsetjeneste, både innenfor og utenfor Nye Metoder og 5) fagekspert ved anskaffelser i regi av Sykehusinnkjøp eller eget HF/RHF.

Innsatsområde 4: Bedre rådgivning og raskere godkjenning av kliniske studier

Innsatsområdet anerkjenner at det er utfordringer knyttet til både kompetanse om regelverk blant de som skal drive med forskning og suboptimal forvaltningspraksis i det offentlige. Hvordan utfordringene skal møtes er imidlertid uklart og mulig for lite ambisiøst. Planen burde vært tydeligere på dette området. Rådet foreslår at det vurderes om en bør ha en helhetlig gjennomgang av alt regelverk og

prosessene som gjelder for kliniske studier. Tiltakene for å effektivisere og strømlinjeforme forvaltningspraksis for godkjenning av kliniske studier bør konkretiseres, for eksempel ved tydelige, internasjonalt, konkurransedyktige tidsfrister for de ulike etatene/instansene som er involvert. Det kan vurderes om aktører med kontrollfunksjoner (REK, SLV etc) bør måles på hvordan de bidrar til flere kliniske studier. Planen sier at det skal legges til rette for rådgivning om kliniske studier, men hvordan det skal legges til rette for, er uklart. SLV har en viktig rolle, men vi må sikre at rådgivningstjenestene når ut til brukerne som trenger det. Flere bør arbeide med å bedre regulatorisk kompetanse i fagmiljøene. For eksempel har Norway Health Tech har bygget opp et Academy program for å spre kunnskap til næringslivet om regulatorisk kompetanse. Det er også behov for kompetanseøkning om nye typer studiedesign og protokollutforming.

Det er positivt at regjeringen vil forenkle prosessen for godkjenning av kliniske studier av GMO-legemidler. Rådet viser også her til den pågående evalueringen av genteknologiloven og rådet støtter arbeidet med en forenkling på dette området. Det er uheldig at forenklingen går sent da det per nå er et stort antall nye avanserte gen-/vev-/celleterapi behandlinger under utvikling som dette har relevans for. I 2019 ble det estimert 1000 pågående kliniske studier globalt innenfor dette området og Norge bør ha som ambisjon om å være et attraktivt land å legge studier på disse svært innovative, banebrytende behandlingene hvor vi som land har svært gode fagmiljøer. Det bør vurderes at det allerede nå gjøres tiltak ved lovendringen og at man ikke venter på en bred utvalgsgjennomgang.

Innsatsområde 5: Flere kliniske studier i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

I innledningen i planen står følgende *"Det er behov for et større mangfold av kliniske studier, for ulike pasientgrupper og fagområder. Det er særskilt behov for flere kliniske studier i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten. Det etterlyses også bedre tilrettelegging og kultur for samarbeid regionalt, nasjonalt og nordisk, så vel som på tvers av sektorene og tjenestenivåene."*

Planen har ambisjoner, men er dessverre lite konkret og bør videreutvikles på dette området. Planen er blant annet uten økonomiske incentiver og det er mangelfull omtale og satsing på kliniske studier i kommunehelsetjenesten generelt. Spesifikt savnes det omtale av studier med basis i velferds-/helseteknologi som øker selvstendighet, egen helsekompetanse og likeverdig tilgang på helsetjenester. Handlingsplanen gir ikke inntrykk av å prioritere satsning på forskning med utgangspunkt i kunnskapsbehov som kommunene har og behov for forskning om forebygging. Planen kunne med fordel vært tydelig på det betydelige potensialet som flere kliniske studier i primærhelsetjenesten har for å øke kunnskapsgrunnlaget for bærekraft og sosial likhet i helse.

Omtalen av NorTrials er i planen først og fremst knyttet til kliniske studier i spesialisthelsetjenesten. Det kan vurderes om og på hvilken måte studier i primærhelsetjenesten kan inkluderes i utviklingen av NorTrials-sentre.

Det vises ellers til kommentarer under innsatsområde 2 om behov for kliniske studier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Innsatsområde 7: Ruste Norge for fremtidens kliniske studier og persontilpasset medisin

Satsingen på diagnostikk og genomikk med etablering av nasjonalt genomsenter er svært viktig og rådet støtter dette arbeidet. Genomundersøkelser blir stadig mer sentralt innenfor flere terapeutiske områder og et slik nasjonalt senter bør derfor bygges opp diagnoseuavhengig. Koplingen mellom register, genomdata og biobanker ved rekruttering til studier som beskrives er fremtidsrettet og ambisiøs, og en slik løsning vil ha stor verdi.

Innsatsen kunne imidlertid med fordel også styrket annen type infrastruktur, for eksempel for avanserte behandlingsformer som genterapi og celleterapi.

Innsatsområde 8: Bedre bruk av helsedata i kliniske studier

Dette er et meget viktig innsatsområde som vil styrke Norge som et særlig attraktivt studieland. Tiltakene, mulighetene og lovendringen som beskrives er av stor viktighet for effektive kliniske studier av høy kvalitet. For å utnytte potensiale for samarbeid med forskere utenfor EU/GDPR-området, må det settes inn innsats for å redusere utfordringene knyttet til regelverket. Regelverk, inkludert datahåndtering, bør prioriteres og ha en sentral rolle under dette innsatsområdet.

Bruk av kunstig intelligens er løftet i handlingsplanen. Rådet vil understreke at det er viktig at dette også løftes mot andre kilder enn registre, f.eks. mot journalen som datakilde, noe som også muliggjøres gjennom nettopp kunstig intelligens og naturlig språk-prosessering.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Noen av tiltakene som foreslås følges av friske midler – det er bra. De fleste tiltakene forutsettes imidlertid finansiert innenfor gjeldende rammer, det kan bli krevende.

Planen tar i liten grad inn over seg at kvalitetshevende tiltak ofte vil bety økte kostnader, f.eks. for å sikre generaliserbarhet i studiene eller mulighet for å gjøre kjønnsespesifikke analyser, genanalyser osv. Det er viktig at det finnes tilstrekkelig økonomiske ressurser slik at en ikke renonserer på kvaliteten, nytten og generaliserbarheten i studiene.

Til slutt ønsker Rådet å presisere at det er viktig at handlingsplanen raskt settes ut i live. I dette arbeidet ønsker Rådet både å være en sparringspartner og en bidragsyter.

Med vennlig hilsen

Sveinung Hole

Leder HelseOmsorg21-rådet

HelseOmsorg21
v/ Henrietta Blankson

Deres ref

Vår ref
19/2897-92

Dato
11. februar 2021

Kommentarer til Nasjonal handlingsplan for kliniske studier fra HO21-rådet

Helse- og omsorgsdepartementet takker for HelseOmsorg21-rådets kommentarer til Nasjonal handlingsplan for kliniske studier, som vi vil ta med oss i departementets oppfølging av planen.

Rådets tilbakemeldinger er viktige av flere grunner. Rådets sammensetning gjør at dere ivaretar et videre perspektiv, og at deres kommentarer derfor representerer flere stemmer. Dette gjør også rådet til et sentralt forum for diskusjon av planen og oppfølgingen av den. En intern gruppe i departementet vil koordinere og følge med på implementeringen av planen og vi vil gjerne komme til et rådsmøtet senere i år for videre diskusjon.

Med hilsen

Maiken Engelstad
avdelingsdirektør
(e.f.)

Marianne van der Wel
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Forskning i kommunene gir bedre helse og velferd

Uten mer helseforskning i kommunene får vi både dårlige og dyrere helsetjenester. Med gode strukturer for forsknings- og innovasjonsarbeid kan kommunene bidra mer til bærekraften i den samlede helsetjenesten.

Sveinung Hole

Publisert: 2021-02-13 — 15.04

*Kronikk: **Sveinung Hole**, leder i HelseOmsorg21-rådet*

KOMMUNENE ER sentrale i folkehelsearbeidet. Forskning i, med og for kommunene, må til for å få helse- og velferdstjenester som virker og som befolkningen trenger. Fortsatt er det for stor variasjon og viktige mangler.

Kommunene skal legge til rette for god helse i befolkningen. Det skal skje gjennom tiltak i for eksempel barnehage, skole, sykehjem og omsorgsinstitusjoner, og gjennom kultur, friluftsliv, idrett og miljø.

Kommunene skal også stille diagnose, behandle og følge opp syke og skadde i primærhelsetjenesten. Dette inkluderer medisinsk behandling og legevakt hele døgnet for å sørge for øyeblikkelig hjelp.

KUNNSKAPSBEHOV. Covid-19-pandemien har med all tydelighet vist at vi trenger kunnskap om både nasjonale og lokale forhold for å håndtere pandemien. Selv om behovet for oppdatert kunnskap i den kommunale helsetjenesten ikke var like synlig før pandemien, var den ikke mindre viktig. Uten forskningsbasert kunnskap kan vi ikke yte den beste helsehjelpen eller vite hvilke tiltak som vil gi best bruk av ressursene.

Kommunene trenger løpende ny kunnskap for å møte økte behov i helse- og velferdstjenestene. Den demografiske utviklingen gir færre arbeidsaktive per

innbygger med behov for tilrettelegging og helsehjelp. Dette er utfordringer som kommunene i dag rett og slett ikke kan bære uten at vi jobber på andre måter.

Vi trenger forskning og innovasjon som setter kommunene i stand til å oppdage og utnytte nye muligheter, og kontinuerlig utvikle og ta i bruk mer bærekraftige helse- og velferdstjenester. Behovet for endring er åpenbart og prekært. Hvorfor gjøres det da så lite?

Behovet for endring er åpenbart og prekært. Hvorfor gjøres det da så lite?

KOORDINERINGSBEHOV. Spesialisthelsetjenesten har veletablerte strukturer for forskning og en lovpålagt oppgave om å forske. Noe tilsvarende finnes dessverre ikke for forskning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det uavhengige, regjeringsoppnevnte [HelseOmsorg21-rådet](#) foreslo i 2019 en struktur på organisering av forskning i kommunesektoren som speiler spesialisthelsetjenestens organisering – men med utgangspunkt i kommunale forutsetninger.

Konkret foreslo vi fire regionale samarbeidsorganer som koordinerer kommuneklynger i tett og forpliktende samarbeid med universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren, og et nasjonalt organ – Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF).

KSF-forslaget har fått bred politisk støtte. Helseminister Bent Høie svarte nylig HelseOmsorg21-rådet at den foreslåtte strukturen er god og bør etableres, og ønsker at kommunene selv skal ta eierskap og ansvar for etablering og finansiering. Tilsvarende svar fikk Rådet av Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

KREATIVITET. Kommunenes strategiske forskningsorgan skal hjelpe kommunene til innsats som styrker kunnskapsgrunnlaget for det brede helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet, som tidlige tiltak for å ivareta barn og unges psykiske helse og livskvalitet, og tiltak for å minske stor ulikhet i helse. Det er behov for mer kunnskap om hva som er god behandling, pleie og omsorg for innbyggere med sammensatte og kroniske sykdommer, særlig demenssykdommer.

Det krever topp kompetanse og kreativ nytenking for å omsette særskilte behov i kommunene til befolkningsvennlige og effektive tjenester på en kunnskapsbasert måte. Vi trenger forskning av høy kvalitet for å vite hva som virker. Solide forskningsbaserte erfaringer i én kommune må spres til de andre. Alle kommuner i landet bør prioritere helseforskning og ha dedikerte personer.

NØDVENDIG UTVIKLING. Det gjøres mye bra i en lang rekke kommuner, men vi ønsker at enda flere kommuner blir flinkere til å identifisere kunnskapshull, etterspørre forskning og aktivt bidrar i utviklingen av mer kunnskap. Minst like viktig er det at kommuner samarbeider for å hindre fragmentering av innsatsen.

85 kommuner på Vestlandet samarbeider nå med Folkehelseinstituttet (FHI) om kunnskapsoppsummeringer som vil gi et kunnskapsløft og styrke bestillerkompetansen i så vel store som små kommuner. Disse kommunene utgjør den første av fire, regionale samarbeidsorganer. Det haster med å få på plass de tre andre. KS er en pådriver og støtter både det regionale arbeidet og bidrar til nasjonal samordning.

Utviklingen vi nå ser, er positiv, men også helt nødvendig. Uten mer helseforskning i kommunene får vi både dårlige og dyrere helsetjenester. Med gode strukturer som bidrar til forsknings- og innovasjonsarbeid, kan kommunene i større grad enn i dag bidra til bærekraften i den samlede helsetjenesten. Det er et gode for deg og meg.

Tilleggsinformasjon: Artikkelforfatteren oppgir ingen interessekonflikter. Han representerer [HelseOmsorg21-rådet](#) og leder arbeidet med den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien, HelseOmsorg21.

Dagens Medisin, fra Kronikk og debattseksjonen i 03-utgaven

Sak 14/2/2021**Teknologi og digitalisering**

Type sak	Diskusjonssak/Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Ina Dahlsveen, Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Notat fra Direktoratet for e- 2. Presentasjon fra Helsedirektoratet – Trygge helseapper
Tidligere behandlet	Sak 43/2020 (møte 4/2020)

Bakgrunn

Hovedområdet *Teknologi og digitalisering* er inkludert i Rådets handlingsplan 2020 – 2021. På bakgrunn av møter med referansegruppen legges det her frem forslag til aktiviteter for å følge opp området.

I tillegg har Rådet mottatt en henvendelse fra Direktoratet for e-helse om samarbeid om et oppdrag innenfor e-helsefeltet som Direktoratet har fått fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er gjennomført to møter mellom HO21-sekretariatet og Direktoratet om oppdraget, det siste med rådsleder.

Saken retter seg mot følgende delmål i handlingsplanen for Rådet:

- Økt kunnskap og bevisstgjøring rundt forutsetninger for digitalisering og innføring av ny teknologi i helse- og omsorgstjenestene
- Bidra til økt bevisstgjøring og mer kunnskap om effekter av teknologi og digitalisering på innbyggere/brukere av tjenestene
- Fremme prinsippene om ansvarlig forskning og innovasjon (RRI) inkludert god og riktig brukerinvolvering ved utvikling og innføring av ny teknolog og digitalisering i tjenestene
- Være støttespiller for de mange andre som holder i dette temaet

Hvorfor saken fremmes

Saken fremmes for å konkretisere HO21-rådets arbeid innenfor områdene *Forutsetninger for digitaliserte helse- og omsorgstjenester* og *Effekter av teknologi og digitalisering* i tillegg til å diskutere samarbeidsflater med Direktoratet for e-helse og andre relevante aktører.

Hovedpunkter

Direktoratet for e-helse har i 2021 fått i oppdrag å utrede bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet. Oppdraget er i stor grad sammenfallende med prioriterte satsningsområder for HO21-rådet. Rådet har blant annet vært opptatt av utfordringer knyttet til "pilotsyke", fragmentert innsats og tunge implementeringsløp for e-helseløsninger. Selv om oppdraget her trekkes inn under området *Teknologi og digitalisering*, er det også særlig relevant for Rådets pågående arbeid med

videreutvikling av et profesjonalisert og bærekraftig hjemmemarked for norsk helsenæring under hovedområdet *Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative offentlige anskaffelser*. Her har sekretariatet hatt innledende dialogsamtaler med en rekke aktører (se også Sak 13/2/2021). Mange av eksemplene som aktørene har trukket frem omhandler ulike e-helseløsninger (for eksempel digital avstandsoppfølging, apputvikling, varslingsteknologi).

Direktoratet vil delta under saken og presentere oppdraget og ønsket samarbeid med HO21-rådet.

Det er mange initiativ innenfor e-helsefeltet og både Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet har store e-helseporteføljer. I mandatet til HO21-rådet blir sikring av gode grenseoppgaver og samarbeidsmodeller med blant annet Nasjonalt e-helsestyre nevnt spesifikt. Det foreslås å invitere også andre relevante aktører enn Direktoratet for e-helse til senere rådsmøter for dialog.

I tillegg foreslås det å knytte aktiviteter til behov om kunnskap om effekter av innføring av ny teknologi og digitalisering av helse- og omsorgstjenestene:

Videokonsultasjoner.

Teknologien for videokonsultasjoner har vært der lenge, men har i liten grad blitt tatt i bruk før Korona-pandemien. Vi har imidlertid for lite kunnskap om omfanget av bruken, samt positive og eventuelle negative effekter. Det foreslås å innhente kunnskap om bruk, herunder hvordan bruken fordeler seg i helsetjenesten, hva som er flaskehalsene for bruk og mulige utilsiktede (positive og negative) effekter for pasienter og helsearbeidere. Det er gode grunner til at digitale dialogløsninger skal være en del av den nye normalen og trolig være den foretrukne kommunikasjonsformen i flere tilfeller. Men, det er viktig at vi nå bygger kunnskap om effektene og til hvilket bruk videokonsultasjoner er nyttige. Rådet kan her ta en rolle i å bidra til en kunnskapsbasert og betydelig bruk av videokonsultasjoner i helsetjenesten.

Det foreslås følgende aktiviteter:

- Innhente data som viser hvor og hvor mye videokonsultasjon er tatt i bruk i ulike deler i helsetjenesten og effekten av bruken
- Identifisere flaskehalser for god bruk av videokonsultasjon
- Bidra til økt, god bruk av videokonsultasjon
- [andre forslag fra Rådet]

Pasienten hjemme

Enkle og sikre digitale tjenester kan bedre kontakten med helse- og omsorgstjenesten og bidra til enhetlige og bærekraftige tjenester. Det vokser frem digitale førstelinjer hvor innbyggerne selv frembringer data, eksempelvis gjennom apper på mobilen/nettbrett som kan gi råd om oppfølging og tilbakemelding om f.eks. selvhjelp, digital eller fysisk kontakt med legen. Utvikling av teknologi muliggjør også stadig større bruk av kontinuerlig overvåkning av pasienters/brukeres helsetilstand. Behandlingen vil i fremtiden i større grad foregå der pasientene er. Hjemmesykehus, avstandsoppfølging og nettbasert behandling vil øke. Dette krever ny infrastruktur for digitalisering av tjenestene og ny kompetanse hos helsepersonell. Nasjonal sykehusplan fremhever teknologi i pasientens helsetjeneste og ønske om å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene. Hvordan innvirker dette på pasientene/brukerne og hvordan kan de i større grad gjøres i stand til å være en ressurs i sitt eget behandlingsforløp?

Følgende foreslås:

- Identifisere tiltak som kan bidra til en best mulig implementering av tjenester knyttet til “pasienten hjemme”
- [andre forslag fra Rådet]

Godkjente apper til bruk i helsetjenesten

Det finnes 100.000-vis av helserelevante apper og flere av disse kan ha stor nytteverdi i den norske helsetjenesten for norske pasienter. Det enorme mangfoldet gjør det imidlertid tilnærmet umulig å få oversikt over hvilke som er gode, kvalitetssikrede apper. Gjennom *Nye metoder* har spesialisthelsetjenesten et system for godkjenning av medikamenter, men det finnes ikke noe tilsvarende for innføring av digitale løsninger som kan hjelpe pasienter og helsearbeidere. For eksempel finnes det flere app'er som kan bidra til gode helsevalg, men det er vanskelig å vite hva som finnes, hvilke som er gode osv. En kan inndelegge appene i følgende kategorier: i) Informasjonsapper; ii) Læringsapper; iii) Veiledningsapper; iv) Kartleggingsapper; v) Behandlingsapper, se vedlegg 2. Apper har potensial til å spille en viktig rolle i fremtidens helsetjeneste og det finnes flere eksempler på at apper kan supplere etablert behandling på en god måte. Særlig er de nyttige der brukeren har behov for tett “nudging” for å endre adferd. Hvordan kan HO21-rådet bidra til at helsemyndighetene tar et ansvar for kvalitetssikring av helseapper og teknologiske løsninger som er velegnet for helsetjenesten.

Det foreslås følgende aktiviteter:

1. Identifisere status på området og avklare hvem som har/bør ha ansvar for å legge til rette for bruk av apper i helsetjenesten.
2. Vurdere behovet for et godkjenningsutvalg for “nye apper”
3. [andre forslag fra Rådet]

Forslag til vedtak

Rådet imøteser videre samarbeid med Direktoratet for e-helse om oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Rådet slutter seg til forslagene til aktiviteter med de endringene som kommer frem på møtet.

Notat fra Direktoratet for e-helse

Oppdraget

Direktoratet for e-helse er gjennom Tildelingsbrev for Direktoratet for e-helse datert desember 2020 gitt følgende oppdrag:

"Innen 1. oktober levere en anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet, herunder forslag til prinsipper for bruk av markedet. Relevante aktører i forskningssystemet, helse- og omsorgstjenesten og privat næringsliv skal involveres i arbeidet. Direktoratet skal rapportere om status innen 1. juni."

Vi har hatt en rekke møter med Helse- og omsorgsdepartementet om tolkning av oppdraget og posisjonering av problemstillinger. Vi har landet på denne oppdragsforståelsen:

«Det er mer friksjon i samarbeidet mellom aktører i sektoren og næringslivet enn ønskelig. Det er behov for å jobbe med prinsipper for forbedret samspill om vi skal øke gjennomføringskraften på e-helseområdet.»

Innenfor de tre områdene skal vi ha et spesielt blikk på:

Næringsutvikling: Samspillet mellom private og offentlige aktører på dette feltet bør forbedres. Det er nødvendig å forstå e-helsemarkedet bedre, og å se på både arbeidsdeling og samarbeidsnormer.

Innovasjon: Det er for få innovasjonsinitiativer på e-helseområdet som kommer forbi pilotfasen. Det er nødvendig å undersøke hvorfor nye løsninger ikke blir tatt i bruk i helsetjenesten.

Forskning: Beslutninger på e-helseområdet er mindre evidensbaserte enn i sektoren for øvrig. Det er nødvendig å undersøke hvordan næringsens FoU-virksomhet kan komme i tettere samspill med helse og omsorgssektoren.

Det vil være rom for å adressere andre problemstillinger underveis i oppdraget.

Planer for oppdraget

Arbeidet planlegges rundt to involveringsrunder. I første runde er det nødvendig å lytte åpent til aktørene i næringslivet, sektoren og forskningssystemet. I andre runde er det nødvendig å be disse aktørene ta stilling til utvalgte problemstillinger knyttet til behovet for økt gjennomføringskraft. Det er derfor behov for å hente inn ny kunnskap som en del av dette arbeidet.

Første involveringsrunde vil skje i februar og mars. Samtidig vil vi gjennomføre en anskaffelse av en markedsundersøkelse med tanke på gjennomføring i april. Resultater fra denne markedsundersøkelsen, samt øvrig arbeid med kunnskapsgrunnlaget legges til grunn for den andre involveringsrunden. Denne gjennomføres i mai og juni. Hovedtrykket på bearbeiding, skriving og forankring starter i juli, og arbeidet skal fullføres innen utgangen av september.

Relevante aktører i forskningssystemet, helse- og omsorgstjenesten og privat næringsliv skal involveres i arbeidet. Blant næringslivsaktørene finner vi enkeltbedrifter og enkeltinvestorer, samt organisasjoner som Abelia, IKT-Norge, Norway Health Tech, Aleap, HelseOmsorg21 mv. I helse- og omsorgssektoren er det nødvendig å involvere Helseforetak og Regionale Helseforetak, profesjonsorganisasjoner, KS, enkeltkommuner mv. I forskningssystemet bør vi involvere aktører som universitetssykehusene, klyngene, FoU-miljøene i helseindustrien og e-helseforskere. I tillegg vil vi involvere virkemiddelapparatet (Forskningsrådet, Innovasjon Norge mv).

Involvering av aktører i arbeidet

Involvering vil skje på ulike måter. I første fase vil aktørene bli invitert til å bidra med innspill gjennom intervjuer og samtaler. Aktører som ønsker å komme med skriftlige innspill vil få anledning til det. Utover i arbeidet vil flere involveringsformer bli vurdert og sjekket ut med interessentene. Involvere kan skje på ulike måter, avhengig av hva de ulike aktørene ser som formålstjenlig. Eksempelvis kan vi legge til rette for fokusgrupper, seminar og rundebordskonferanser, referansegrupper, workshops, ekspertpanel mv.

Aktørene skal involveres i to faser. I første fase er det nødvendig å lytte av aktørenes behov og innspill – hva de ser på som kritisk at adresseres nå, og hva de mener skal til for å komme ett skritt videre i arbeidet med oppfølging av Meld. St. 18 (2018-2019). Første runde involvering handler altså om å forstå og lytte til aktørene, hvilke spørsmål og problemstillinger de er opptatt av og hvilke utfordringer de peker på. Første involveringsrunde skjer i februar og mars.

I løpet av april vil forventer direktoratet å ha mottatt resultatene av en markedsundersøkelse som skal gi et kunnskapsmessig innspill til arbeidet. I andre involveringsrunde vil aktørene i næringslivet, sektoren og forskningssystemet bli bedt om å jobbe med, og kommentere på, markedsundersøkelsen, samt komme med innspill, råd og anbefalinger. Denne runden gjennomføres i mai og juni.

Beskrivelse av markedsundersøkelse

Før andre involveringsfase vil vi derfor sørge for at det er utarbeidet en markedsundersøkelse. Dette gjør vi for å bringe ny kunnskap inn i arbeidet. Formålet med denne markedsundersøkelsen er å kartlegge hva som oppfattes som samspillsutfordringer mellom kunder og leverandører på e-helseområdet. Det er nødvendig å undersøke hvilke leverandører som finnes på feltet og hva de leverer, hva kundene på feltet etterspør, og hvilke kontrakter som løper på feltet. Denne markedsundersøkelsen vil gi en bred oversikt over det norske e-helseområdet, og kan danne grunnlag for fremtidige dybdeundersøkelser på ett eller flere områder. Markedsundersøkelsen vil ha en sterk faglig forankring i transaksjonskostøkonomien, ettersom dette er et godt validert rammeverk for å analysere og forstå friksjon i samhandling mellom økonomiske aktører. Markedsundersøkelsen vil bli gjennomført i april.

Gjennom denne markedsundersøkelsen ønsker direktoratet å få opp et deskriptivt bilde av handelen i det norske e-helsemarkedet. Vi ønsker å få opp et øyeblikksbilde av de kontraktene som eksisterer, med hovedblikk på de kontraktene som er etablert mellom de ulike offentlige innkjøpere i Helse- og omsorgssektoren (helseforetak, kommuner, nasjonale aktører mv.) og leverandørbedrifter. Videre ønsker vi å få en bedre beskrivelse av disse kontraktene, i første runde gjennom en kategorisering av disse kontraktene. Vi vil da kartlegge dem i henhold til de fire generiske kontraktstypene; (i) intern organisering, (ii) langsiktige relasjonskontrakter og strategiske allianser, (iii) prosjekt- og programkontrakter og (iv) kontrakter i åpent marked.

Vi imøteser gjerne en samtale med dere om resultatet av en slik markedsundersøkelse kan legges frem i felleskap, og/eller i samarbeid med bransjeorganisasjoner e.l.

Med vennlig hilsen
Kari Grimholt
Avd. innsikt og innovasjon
Direktoratet for e-helse

Tryggere helseapper

Hvorfor norske helsemyndigheter bør tilrettelegge for kvalitetssikring av helseapper

Kunnskapsgrunnlag (kortversjon)
Sist oppdatert: 12.02.21
Versjon: 1.0



Sammendrag

Norske helsemyndigheter har som mål å bringe helse- og omsorgstjenesten hjem til pasienten ved hjelp av teknologi for å sikre en bærekraftig utvikling. Helsenæringsmeldingen peker på helsenæringen som en del av løsningen for å utvikle pasientens helsetjeneste. Det finnes i dag et bredt tilbud av helseapper og digitale verktøy på markedet som kan understøtte målene.

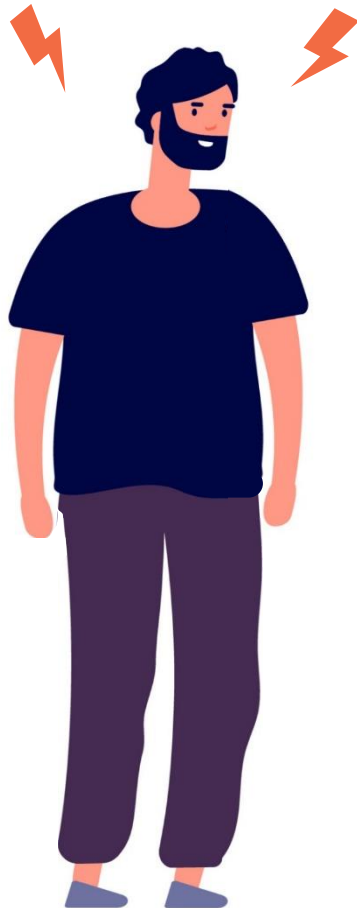
Innbyggere tar dette i økende grad i bruk, men det finnes ingen enkel måte å vite at appene er trygge å bruke. Helsepersonell initierer i økende grad tjenester som velferdsteknologi, men mangler mekanismer for å anbefale og ta i bruk frittstående helseapper til sine pasienter. Leverandører klarer ikke å skalere opp løsningene sine fordi helsetjenesten ikke er modne nok til å ta helseapper i bruk i stor skala.

Det ligger dermed et stort, ubenyttet potensial i bredden av helseapper som finnes på markedet i dag. Bedre tilrettelegging for gevinstrealisering og kvalitetssikring av helseapper kan være utløsende for å utnytte potensialet:

-  Helseapper kan i større grad vise til klinisk verdi og dataene er nyttige for helsepersonell, forskere og utvikling av KI
-  Flere helsemyndigheter i andre land har innført løsninger på området, og det er flere initiativer på gang i Norden
-  Pandemien har understreket behovet for trygge og effektive digitale verktøy for å støtte fjernovervåking av pasienter
-  Det treffer sårbare målgrupper spesielt godt, slik som barn og unge, psykisk syke og kronikere
-  Det finnes allerede kapabiliteter nasjonalt og internasjonalt å bygge videre på, men de er fragmenterte og lite koordinert i dag

En tilrettelegging for tryggere bruk av helseapper kan være en brobygger på eksisterende kapabiliteter som grunnlag for en åpen og rettferdig plattform, der man bringer de riktige interessentene sammen, finner gode løsninger og muliggjør innovasjon. På lengre sikt kan dette muliggjøre å få helseapper på resept, altså at helsepersonell kan foreskrive apper til sine pasienter.

Hvordan er situasjonen i dag?



For innbyggere

- Vidar, 50 år
- Lettere psykisk lidelse
- Etter pandemien har Vidar hatt det litt tøffere enn vanlig
- Han tør ikke si fra til noen om problemene sine
- Han er skeptisk til helsetjenesten og oppsøker sjeldent fastlegen sin
- Vidar ser litt på potensielle apper som kan hjelpe han å strukturere tankene, men finner ingen han stoler på

«Jeg vil ikke snakke om det, jeg vil fikse dette selv – men vet ikke hvordan»

Hvordan er situasjonen i dag?

For helsepersonell

- Georg, 34 år
- Fastlege
- Ser nytten av digitale verktøy som han bruker privat
- Har ikke tid til å gjennomgå alt innhold i nye apper for å anbefale sine pasienter, men føler et ansvar
- Lager enkle, egenutviklede verktøy som ikke egner seg for videre bredding
- Redd for *information overload* – hvilket ansvar har jeg?

«Jeg ser nytten helseapper kan gi til mine pasienter, men jeg har ikke mulighet, myndighet eller kompetanse til å vurdere dem»



Hvordan er situasjonen i dag?



For leverandører

- Emilie, 41 år
- Gründer som utvikler en helseapp for mental helse
- Synes det er vanskelig å få informasjon og har ingen tydelig instans å rette seg mot
- Ønsker å samarbeide med helsemyndigheter for å utvikle et godt produkt som dekker reelle behov, men føler seg ikke verdisett og stolt på
- Emilie opplever at de nesten ikke har noe marked og at det er svært krevende å «peke seg ut» og skalere opp

«Vi har et veldig godt produkt og mange ønsker det, men vi klarer ikke å selge det»

Hvordan er situasjonen i dag?

For helsemyndigheter

- Jenna, 38 år
- Jobber i Helsedirektoratet
- Får mange henvendelser fra leverandører som utvikler helseapper, men sier «nei» til så å si alle
- Det er opp til hver enkelt saksbehandler og hun synes det er en vanskelig gråsone med likebehandling opp mot anskaffelsesregelverket og det kommersielle
- Jenna synes det er leit at helsesektoren går glipp av et stort potensiale til å ta i bruk gode løsninger

«Det er enklere for et direktorat å lage en dårlig app enn å kjøpe en god en»



Det finnes et ubenyttet potensial i bredden av apper og digitale verktøy som kan dekke ulike helsebehov i dag

Dagens situasjon har en del utfordringer...



Innbyggere

Innbyggere har i dag lite å navigere etter om de skal velge en helseapp til sitt spesifikke behov, og det er opp til den enkelte å vurdere hvilke apper som er trygge.



Helsepersonell

Det er vanskelig for helsepersonell å vite hvilke verktøy som er trygge og sikre for sine pasienter, og det er krevende å vurdere enkeltvis.



Leverandører

Helseapp-leverandører har vanskeligheter med å brette ut sine løsninger. De opplever at det er vanskelig å få til samarbeid med helsemyndigheter.



Helsemyndigheter

Det er krevende å ta i mot henvendelser fra leverandørmarkedet om samarbeid, og det er ofte opp til hver enkelt saksbehandler å vurdere – men blir som regel «nei».

...som helsemyndigheter ønsker å løse

Norske myndigheter har flere målbilder, planer og strategier som beskriver hvordan bedre utnyttelse av teknologiske muligheter skal hjelpe Norge til å møte utfordringene i helsetjenesten:

Nasjonal helse- og sykehusplan:

Møte utfordringer i helsetjenesten ved å utnytte teknologimuligheter

Digitaliseringsstrategien «Én digital offentlig sektor»:

Styrket samarbeid med privat sektor

«Helsenæringsmeldingen»:

Sammen om verdiskaping og bedre tjenester

Helsedirektoratets strategi «Digitalt førstevalg»:

Være en pådriver for utvikling av digitale tjenester i helsesektoren

Direktoratet for e-helses «Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022»:

Helsehjelp på nye måter gjennom innovasjon og digitalisering

Norsk Helsenetts «Strategi 2026» om helsenorge.no:

Videreutvikle felles digital plattform som bærebjelke for digitaliseringen

Gitt dagens situasjonsbeskrivelse og norske helsemyndigheters ambisjoner og målbilder, kan det være naturlig at norske helsemyndigheter tar et ansvar inn i tilrettelegging for kvalitetssikring av helseapper

Tall fra helseappmarkedet* understøtter at det finnes et ubenyttet potensial

Få helseapper er i dag trygge nok

I dag overlates brukere til å søke, finne og laste ned helseapper i åpne *stores* som Apples AppStore eller Google Play, med ingenting annet enn «peer-to-peer»-anmeldelser som veiledning. Tall fra ORCHA* viser at bare ca. **15% av alle helseapper** ville oppfylt minimumskravene til sikkerhet, noe som betyr at brukere er utsatt for betydelige risiko for å laste ned ineffektive eller potensielt skadelige apper.

327k

Over 327 000 mHealth apper kan lastes ned i dag på det internasjonale markedet ([ORCHA](#)).

75%

75% av lege- og legevaktbesøk kunne trygt blitt håndtert over video eller over telefonen ([Healthcare Business & Technology](#)).

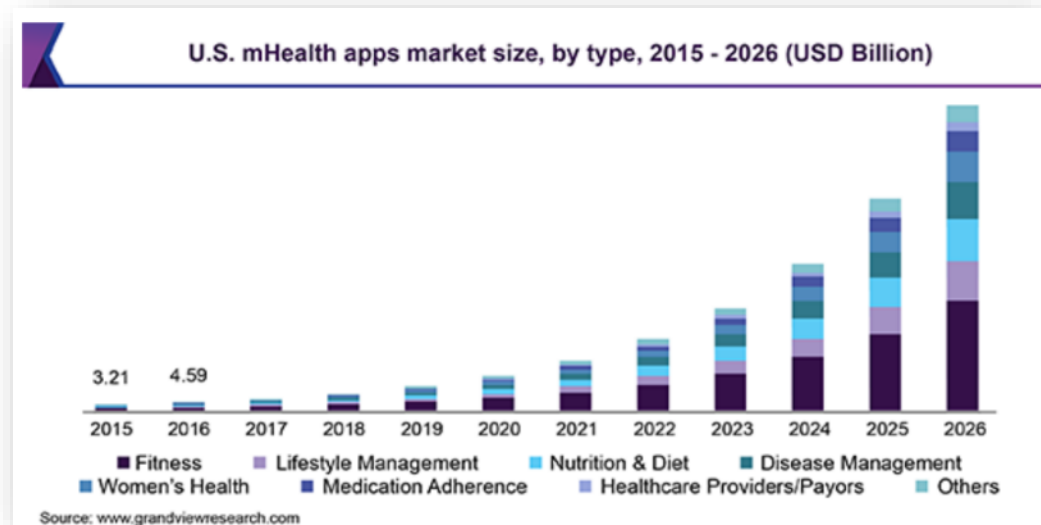
35%

En undersøkelse fra [Accenture](#) i fjor fant at 35% bruker mobiltelefonen eller nettbrettet for å håndtere egen helse (NB – undersøkelsen ble gjort før COVID-19).

Markedet er i sterk vekst

Helseappmarkedet er i sterk vekst. Figuren under viser estimert markedsvekst i USA frem mot 2026. En lignende trend kan forventes globalt.

Dagens utfordringer for innbyggere, helsepersonell, leverandører og helsemyndigheter kan dermed tenkes å eskalere, dersom man fortsetter som i dag.



Det finnes mange norske helseapper og digitale verktøy som har potensial for å breddes ut

Timing for å legge til rette for å skalere opp digitale løsninger i helsesektoren er god. Helsetjenesten bør ta del i innovasjonen som skjer på feltet. Nedenfor er et utvalg eksempler på norske helseapper og digitale verktøy som dekker ulike helsebehov som har potensial for å breddes ut i større grad i helsesektoren:

Om verktøyet

Gevinster

E-mestring

- Veiledet internettbehandling med øvelser og kommunikasjon
- Teamet består av psykologer, psykologstudenter og forskere
- **CO-mestring** for folk som opplever økt stress og uro i forbindelse med pandemien

- ✓ 3X **antall** pasienter
- ✓ Minst **like god** behandling som fysisk
- ✓ Data brukes til forskning for å **bedre forstå** nytten av digitale verktøy



Lifeness

- En skybasert medisinsk plattform som gjør det enklere å gi de med fedme- og livsstilssykdommer tettere oppfølging
- Tilrettelagt for pasient, helsepersonell og klinikk/kommune
- Vant Årets Sosiale Entreprenør 2021

- ✓ 5X **bedre** behandlingsresultat
- ✓ **Vekttap** og **økt livskvalitet** som samfunnseffekt
- ✓ **Tettere** oppfølging



Helseoversikt

- En digital helseplattform som gir innbyggerne økt helseforståelse gjennom nye måter å presentere viktig og riktig informasjon på
- Egen app for gravide og småbarnsforeldre
- Løsningen er i dag gratis for innbyggere og kommuner

- ✓ **Bedre** folkehelse
- ✓ Mer **fornøyde** innbyggere
- ✓ Mer **miljøvennlig**
- ✓ **Reduserte kostnader**, f.eks. mindre papir



Diabetesdagboka

- Et selvhjelpsverktøy for de som har diabetes, utviklet av Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) i Tromsø
- En forskningsapp med funksjoner for medisin, blodsukker, fysisk aktivitet, m.m.

- ✓ **Bedre kontroll** over blodsukkeret
- ✓ Innbyggere får hjelp til å **mestre** sykdommen sin bedre
- ✓ **Bidrar** til forskning



Hva ser vi globalt?

Land	Løsningsbeskrivelse
	Xcertia og Pre-Cert Det mest brukte evalueringsrammeverket for helseapper, Xcertia, kommer fra USA og er et samarbeid mellom HIMSS, AMA, DXC startet i 2016. I tillegg jobber FDA med en pilot for godkjenningsordning av helseapper kalt <i>Digital Health Software Precertification Program</i> .
	NHS Apps Library UK har hatt et evalueringsrammeverk med tilhørende appbibliotek siden 2013, og endret mye underveis. NHSX jobber nå med å pilotere en ny versjon av sitt evalueringsrammeverk (DTAC) som skal lanseres i januar. Samarbeider med ORCHA, en tredjepartsappevalueringssleverandør.
	Health Navigator App Library I New Zealand har helse- og omsorgsdepartementet sammen med interessenter fra helsesektoren utviklet <i>Guidance on Evaluating or Developing a Health App</i> , med et tilhørende appbibliotek som har en uavhengig vurderingsprosess.
	mHealth Hub EU har etablert European mHealth Innovation and Knowledge Hub som var initiert av bl.a. WHO. Formålet er å samle, dele erfaringer og støtte land i implementering av mobil helseteknologi. De har sammenfattet evalueringsrammeverk i 20+ europeiske land.
	Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) I Tyskland har de nylig lansert DiGA som gir leger mulighet til å foreskrive apper på resept. Apper evalueres og legges til i et sentralt register der leger kan gi app på resept og helseforsikringsleverandører kan gjøre tilbakebetalinger. En ny regulering åpner for bruk av sanntidsdata.
	MindApps Danmark har AppChecker for MindApps som veileder brukere, helsepersonell og leverandører i bruk av apper for bedre mental helse. Ansvarlige er Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark.

Oppsummert

Vi ser **økt fokus** på kvalitetssikring av helseapper i flere land, der helsemyndigheter i stor grad har et ansvar i utarbeidelse av løsningene, ofte i samarbeid med næringslivet.

Videre ser vi at:

- Det finnes over **45+ evalueringsrammeverk** for helseapper i dag.
- I **Norden** er det så langt kun Danmark som har en etablert løsning. Det er flere initiativer på gang, blant annet et nordisk initiativ kalt *NIP – Nordic Interoperability Project*, som beskrives nærmere senere i dette dokumentet.
- Harvard Business Review tror **Tysklands tilnærming** er en god modell å følge for andre land som ønsker å drive digital innovasjon i helsesektoren.
- **UKs tilnærming** er godt utprøvd, har kommet lengst og har en helsestruktur som ligner Norges.

Hvordan kan det oppleves i fremtiden?

Fremtidssituasjon: Alle aktørene er trygge på hva som er en god helseapp og ikke. Det er enkelt for innbyggere å benytte helseapper og digitale helseverktøy i oppfølgingen av egen helse:

«Jeg får anbefalt helseapper og digitale verktøy som gjør meg **trygg og motivert** til å bruke verktøyene og enklere for meg å følge opp egen helse»



Innbyggere

«Jeg kan på en enkel og oversiktlig måte finne helseapper og digitale verktøy som **treffer mine pasienters behov**»



Helsepersonell

«Jeg vet hva som skal til for å lage en trygg app og kan dermed lage **bedre løsninger** som treffer behovene til innbyggerne»



Leverandører

«Jeg samarbeider tett med både innbyggere, helsepersonell og leverandører, og **setter rammene** for hva som er en trygg helseapp og ikke»



Helsemyndigheter

Det ligger dermed et stort mulighetsrom for å legge til rette for at flere kan ta i bruk tryggere helseapper

Visjon:



Digitale helseverktøy gjør det lettere for innbyggere å ta vare på sin egen helse, mestre sykdom og samhandle med helsetjenesten. Trygge helseapper er lett tilgjengelig, og en naturlig, integrert del av tilbudet i helsetjenesten.

Mulige effekter:



Bedre helse

- Helsehjelp kan bli mer tilgjengelig og gi lavere terskel for å søke hjelp
- Flere tilgjengelige digitale helseverktøy kan bety bedre forebygging, mestring, oppfølging og behandling



Økt kvalitet

- Skape tillit til at appene oppfyller visse krav, både tekniske (datasikkerhet og personvern) og helsefaglige
- Sikre én standardisert plattform
- Støtte samhandling og egenomsorg



Reduserte kostnader

- Effektivisert bruk av andre helsetjenester (sykehus og kommune)
- Hindre at mange oppsøker helse-tjeneste pga. dårlige råd fra apper
- Helsemyndigheter kan unngå kostbar egenutvikling av apper



Økt innovasjon

- Kan styrke innovasjon
- Kan sikre høyere kvalitet
- Tilrettelegge for skalering og økt innovasjon hos leverandører

Hovedmålgruppen er alle innbyggere, og kan treffe spesielt godt barn og unge, psykisk syke og kronikere.

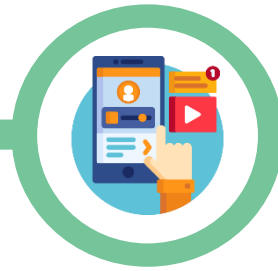
Visjonen kan oppnås trinnvis



00 – Status quo

«Fortsette som i dag»

- 0-alternativet
- Aktørene håndterer dette videre selv, og godkjenner nye verktøy ved behov og ut fra egen kompetanse
- Enkeltinitiativ hos helsemyndighetene kan dekke noen av problemstillingene
- Minimale kostnader for myndighetene, men utnytter ikke potensialet og skalering av digitale helseverktøy kan ta mye lengre tid



01 – Kort sikt

«Appbibliotek»

- Helsemyndigheter fasiliterer og tilrettelegger for en åpen plattform der de riktige interessentene bringes sammen og blir enige om hva som er en trygg helseapp og ikke
- Helseapper valideres etter klare, definerte kriterier mht. f.eks. klinisk verdi, personvern, datasikkerhet, interoperabilitet og bruker-vennlighet
- Fokus på å bygge på eksisterende kapabiliteter og muliggjøre innovasjon



02 – Lang sikt

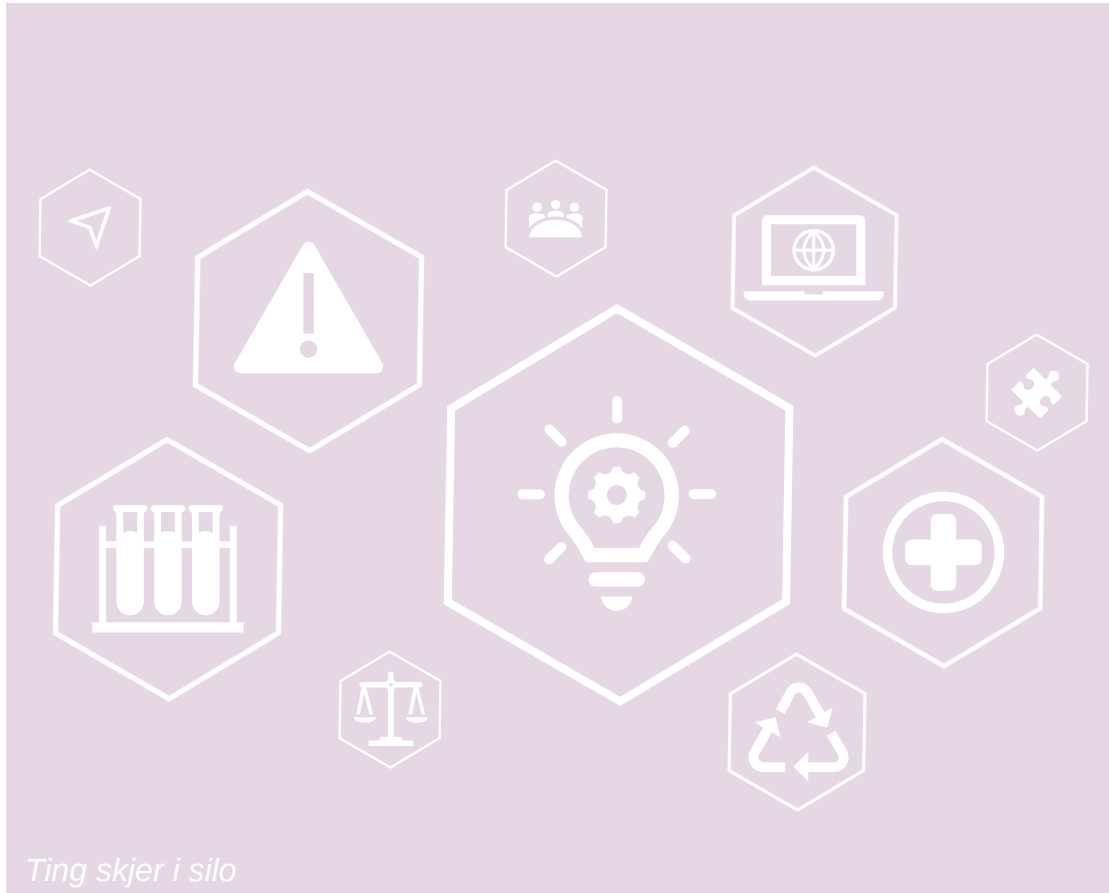
«App på resept»

- Innbyggere får app på resept. Etter en strømlinjeformet gjennomgang av kvalitet og effekter kan en app legges til i et sentralt register på helsenorge.no som viser apper som kan foreskrives av leger
- «Felleskatalog for helseapper» der både virkninger og bivirkninger, som f.eks. uønsket medikalisering, er dokumentert
- Tilgang til dataene på en enhetlig måte som ivaretar personvernet



00
Status quo

00: Status quo - Fortsette som i dag



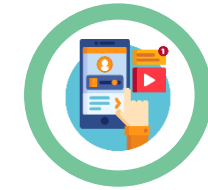
La innbyggere, helsepersonell, leverandører, RHFer og kommuner håndtere og navigere på egen hånd, og finne ut hva som er trygge helseapper ut fra egen kompetanse og kapasitet. La markedet ordne dette selv og eventuelt drive frem godkjenningsordning for helse-applikasjoner i Norge (ref. Gordisk-prosjektet ved NSCC). Det kan også tenkes at enkeltinitiativ hos helsemyndigheter som f.eks. [Samsvarstest](#) og veileder for videokonsultasjon, kan løse deler av problemstillingene.

Mulige fordeler:

- Ingen direkte kostnader for helsemyndigheter

Mulige ulemper:

- Ubenyttet mulighet til å være i førersetet og bryte ned siloer for å akselerere utviklingen og skaleringen av helseapper med kvalitet
- Ubenyttet mulighet til å legge til rette for innovasjon og nye former for samarbeid
- Det kan ta mye lengre tid før helseapper blir en naturlig integrert del i helsetjenesten



01 Kort sikt

01: Kort sikt - Appbibliotek

Helsemyndigheter tilrettelegger for en åpen og rettferdig plattform der man bringer de riktige interessentene sammen, blir enige om kriterier og bidrar til å kvalitetssikre helseapper. Det bør bygges videre på eksisterende kapabiliteter, bl.a. erfaringer fra NHSX og deres nye evalueringsrammeverk, erfaringer fra Smittestopp og deres risikobaserte tilnærming, bygge videre på helsenorge.no og verktøykatalogen, samt bruke eksisterende standarder og ekspertise. Vi har delene, men det må settes sammen.

Mulige fordeler:

- Bryte ned siloene og styrke samarbeid og innovasjon
- Åpen plattform der hele helsesektoren kan dra nytte av et samlet sted for informasjon, vurderinger og kunnskap rundt helseapper
- Relativt små grep som kan gi store effekter – kan løse mye i påvente av de større digitale løftene

Mulige ulemper:

- Nok apper må inn for at det skal bli relevant i markedet
- For å sikre kredibilitet må interessentene prioritere et slikt arbeid



Byggeklusser: NHSX, Smittestopp, helsenorge.no mm.



02 Lang sikt

02: Lang sikt - App på resept



Innbyggere får app på resept. Etter en strømlinjeformet gjennomgang av kvalitet og effekter kan en app legges til i et sentralt register på helsenorge.no som viser apper som kan foreskrives av leger. Dette blir som en «felleskatalog for helseapper» der både virkninger og bivirkninger, som uønsket medikalisering og uønskede fordelingsvirkninger, er dokumentert og skaper tillit for helsepersonell. Tilgang til dataene gjøres på en enhetlig måte og kan deles. På sikt er det også viktig å ha en teknologinøytral finansieringsordning for helsetjenester.

Mulige fordeler:

- Akselerere bruken av digitale helseverktøy
- Store effektivitetsgevinster og muliggjøre større innovasjonstakt
- Gir helsepersonell bedre kontroll og er mer relevant i markedet

Mulige ulemper:

- Større kompleksitet
- Kan kreve en større rigg og er mer kostbar
- Kan kreve lovendringer

Det er spesielt knyttet en del prinsipielle spørsmål til roller og ansvar, samt juridiske og finansielle aspekter

Spørsmål til 0-alternativet:

Klarer helsesektoren å ta i bruk potensiale som ligger i helseapper hvis myndigheten **ikke** tar en aktiv rolle?

Spørsmål til de andre alternativene er delt opp i tre kategorier:



ROLLER OG ANSVAR

- Hvilket **ansvar** påtar de sentrale aktørene seg (helsemyndighet, helsepersonell, leverandører og innbyggere)?
 - Går helsemyndigheter for **langt inn i behandling** ved å ta et ansvar?
- Kan en løsning der helsemyndigheter anbefaler private helseapper gå utover **vår tillit** som uavhengig organ?
- Hvem bør ha **hovedansvaret** og «eie» en eventuell løsning?
- Hvordan balansere krav til kvalitet og **innovasjon**?



JURIDISK

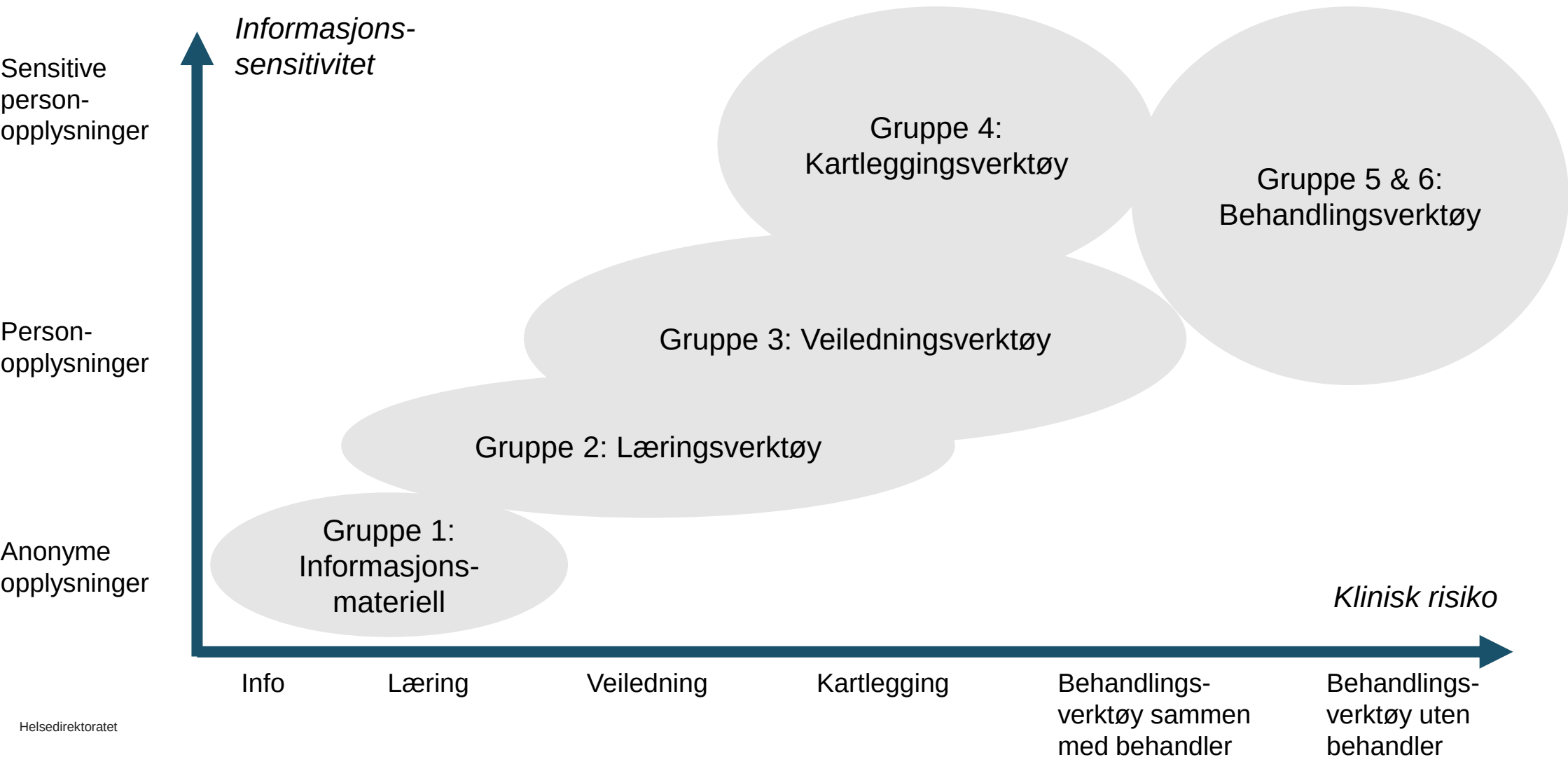
- Hvordan sikre **likebehandling**?
- Hvordan skal vi sikre forsvarlig tilgang til, og deling av **data** fra innbyggerne?
- Vil data fra disse helseappene være **journalpliktig**?
- Kan vi anbefale løsninger som har **reklame** eller **tar betalt** av brukerne?
- Hva hvis appen **får nye eiere og endres** etter at den er lagt ut på helsenor.no?
- Hvordan bør samspillet være med regelverket for **medisinsk utstyr**?



FINANSIELT

- Dersom det blir slik at en lege kan skrive ut en resept på en app til en pasient; skal det da inn i **egenandelen eller som egenbetaling**?
- Kan dette være en **statlig innkjøpsordning** slik som legemidler, eller skal dette være kommunens og sykehusets ansvar?
- Hvem skal ta **investeringskostnadene** for en ordning?

Et annet spørsmål er: Skal man avgrense hvilke helseapper som skal inngå eller ikke?



Kunnskapsgrunnlaget viser et behov for en nasjonal satsning som tilrettelegger for tryggere bruk av helseapper

Arbeidet som er presentert i dette dokumentet peker på at det finnes et behov for å tilrettelegge for kvalitetssikring av helseapper i helsesektoren. Tiden er nå moden for å ta grep for å ta ut potensialet og realisere gevinster. For å komme raskt i gang anbefaler arbeidsgruppen å:

- Utvikle «proof of concept» ved f.eks. å starte med en spesifikk diagnose, som psykisk helse eller diabetes.
 - Samle miljøene rundt den aktuelle diagnosegruppen (pasientorganisasjoner, forskningsinstitusjoner, internasjonale aktører osv.)
 - Gå i dialog med etablerte tiltak, prosesser og prosjekter hos helsemyndighetene (som Verktøykatalogen på Helsenorge.no, utviklingsprosessen til Nye Smittestopp og DigiHjem).
- Basert på funn og læringer fra «proof of concept», komme frem til en nasjonal modell for kvalitetssikring av helseapper, som tilrettelegger for at innbyggerne kan ta aktiv del i egen helse og behandling og at det blir enklere for helsepersonell å tilby apper til sine pasienter.
 - Anbefale hvilke roller og ansvar helsemyndigheter, helsepersonell, innbyggere og leverandører bør ha (styringsmodell).
- Resultatet vil støtte opp under internasjonalt arbeid på forsvarlig forvaltning av helsedata (f.eks. EU-prosjektet «Towards European Health Data Spaces»).



Kunnskapsgrunnlaget har gitt verdifull informasjon og innsikt - vi ønsker å avstemme videre prosess

Sak 15/2/2021**Bærekraftig helsetjeneste**

Type sak	Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Frode Hovland Søreide, Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Utkast brev til Helse- og omsorgsdepartementet 2. Tema for en bærekraftig helsetjeneste
Tidligere behandlet	Sak 28/3/2020, Sak 41/4/2020, Sak 51/5/2021

Bakgrunn

Rådet vedtok i møte 3/2020 å inkludere området *Bærekraftig helsetjeneste* på Rådets handlingsplan for 2020 – 2021.

I forkant av møte 4/2020 var det på bakgrunn med møter med referansegruppen utarbeidet beskrivelse av syv delområder under hovedområdet *bærekraftig helsetjeneste*. Referansegruppen uttalte samtidig at Rådet kunne tjene på å ta et skritt tilbake og arbeide mer med systemforståelse og evnen til å se sammenhenger innenfor området før Rådet gikk i gang med å definere konkrete aktiviteter. Det ble derfor bestemt å arbeide videre med området i en workshop. Workshopen ble gjennomført på møte 5/2020. Resultatene fra workshopen er så bearbeidet gjennom møter med Halogen (fasilitator workshop), "bordvertene" på workshopen og referansegruppen for bærekraft.

Hvorfor saken fremmes

Saken legges frem til diskusjon om områdene som trekkes frem fra workshopen og forslaget til målformuleringer og videre aktiviteter.

Hovedpunkter

En bærekraftig helsetjeneste må bidra til et bærekraftig samfunn i tråd med FNs bærekraftsmål. FNs bærekraftsmål bør slik sett være et bakteppe for alle beslutninger på tvers av tiltak som Rådet arbeider med. Samtidig skal helsetjenesten være bærekraftig i seg selv og utvikles slik at den også i fremtiden gir høy kvalitet i tjenestene gitt de tilgjengelige ressursene. Det er det sistnevnte som beskrives i Rådets handlingsplan, og listen over bærekraftstema tar først og fremst utgangspunkt i behovene til helsetjenestene. Det vil si at bærekraft i for eksempel *helsenæringen* ikke er behandlet i seg selv, men denne ses først og fremst i lys av hvordan den kan støtte opp om bærekraft i tjenestene.

Gjennom workshopen er det utmeislet noen forutsetninger som kan være retningsgivende for Rådets arbeid:

- Summen av Rådets medlemmer må sørge for den systemiske tilnærmingen til feltet slik at Rådet evner å belyse utfordringer fra flere forskjellige ståsteder.
- Rådet må bruke flere stemmer slik at en motvirker egeninteresser og fremmer fellesskapets interesser.
- Rådet bør være agendasettere innenfor utvalgte områder og velge seg ut noen særskilte områder som de tar eierskap til.

- Rådet bør lage noen målbilder av hvordan en bærekraftig helsetjeneste ser ut i fremtiden.

For å illustrere hvordan Rådet kan gripe an arbeidet, er Monopolspill brukt som metafor. "Gatene" i Monopolspillet kan være bilder på tema der Rådet kan ta eierskap. Akkurat som i Monopol er det noen gater - områder - som har en større verdi. HO21-rådet bør identifisere disse områdene for å være klare for å bidra inn i debatten.

På bakgrunn av workshopen og møter med referansegruppen foreslås følgende mål for Rådet innenfor området:

- Bidra til å skape en prosess og sette retning for dialog om en bærekraftig helsetjeneste.
- Øke forståelsen av hva en bærekraftig helsetjeneste er og elementer/"gater" som er viktige for å nå det ønskende fremtidsbildet for den norske helsetjenesten.
- Øke forståelsen av endringsbehovet og stimulere til økt omstillingstempo.

Etter diskusjon om temaene som ble løftet fram i workshopen er det trukket ut et mindre utvalg av tema/"gater" der HelseOmsorg21-rådet kan spille en naturlig rolle, i tråd med de overordnede målene for bærekraftsarbeidet listet over. Det beskrives i vedlegg 2 et sett med mulige konkrete aktiviteter for hvert av temaene. Både tema og aktiviteter er valgt i lys av hvor effektive tiltakene vil være, og hvor effektive Rådet vil være i å fremme dem. Listen av tema retter seg mot ulike samfunnsaktører, grupper, tjenestenivåer og beslutningstakere. Utfordringene er svært ulike i natur og noen en mer omfattende enn andre. Se liste over tema og aktiviteter i vedlegg 1.

Det foreslås videre å markere Rådets inngang til området *bærekraftig helsetjeneste* ved å formulere et brev til Helse- og omsorgsdepartementet der endringsbehovet blir understreket. Utkast til brev er vedlagt (vedlegg 1).

Forslag til vedtak

Rådet slutter seg til forslagene til målformuleringer og aktiviteter med de kommentarer som kommer frem på møtet.

Utkast til brev til Helse- og omsorgsdepartementet vedtas med de endringene som kommer frem på møtet.

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår ref.

Deres ref.

Oslo,

26.02.2021

Bærekraftig helsetjeneste

Helseutgiftene (372 milliarder kr) utgjorde 17,6% av de totale offentlige utgiftene i 2019¹ og har i snitt økt med ca. 1,5 % per år de siste fem årene.² Framskrivninger viser at gapet mellom tilgjengelige ressurser og ressursbehovet i helsetjenesten vil fortsette å øke. Befolkningens helsebehov vil fremover bli større enn det helsetjenesten kan dekke. Endringer i den demografiske utviklingen med større andel eldre og lavere andel yrkesaktive, flere multisyke, mental sykdom, migrasjon, klimaendringer, den teknologiske utviklingen med avanserte, dyre behandlingsformer og økte forventninger til persontilpasset helsehjelp er noen av faktorene som spiller inn.

Beslutninger som treffes i dag, må ivareta fremtidens generasjoner. Vi er helt avhengige av å snu trenden og utvikle en bærekraftig helsetjeneste som også i fremtiden kan gi høy kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. HelseOmsorg21-rådet har satt en *bærekraftig helsetjeneste* på handlingsplanen. Rådet mener at det er helt avgjørende at vi ikke bare har en intellektuell forståelse av utfordringene, men også en dyp erkjennelse av behovet for å omstille og utvikle de offentlige tjenestene og samfunnet i en mer bærekraftig retning.

"Å hindre at mennesker blir syke, er mer bærekraftig enn å la dem bli syke" sa helseminister Bent Høie nylig ifm. vaksinerings mot COVID-19. Det er vi helt enige i, men uttalelsen må gjelde bredere. Pandemien har vist oss hvor omstillingsdyktig samfunnet vårt er, gitt at vi tar innover oss at krisen er reell. Skal vi kunne gjennomføre nødvendige tiltak for å skape et bærekraftig helsevesen må det skapes en langt større erkjennelse av at dette haster.

De viktigste investeringene et samfunn kan gjøre, både ut fra menneskelig hensyn og ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, er å sette inn innsats tidlig. Vi må bruke mer ressurser på forebygging og stimulere til forskning om forebygging slik at vi kan unngå å bruke ressurser på å håndtere utfordringer som kunne vært unngått. Vi trenger en styrket diskusjon om overdiagnostikk, overbehandling og den rådende troen om at vi kan behandle ethvert problem med skalpell eller piller. Det er da et paradoks at styringsverktøyene i helsetjenestene i liten grad er innrettet for å bidra til bærekraft. For eksempel gis det gjennom innsatsstyrt finansiering betaling for de behandlingene som utføres, men det er ingen insentiv for å flytte innsatsen fra behandling til forebygging eller insentiv til ikke å behandle.

¹ Foreløpige tall fra SSB's helseregnskap oppd. 13.mars 20. <https://www.ssb.no/helsesat>

² Basert på helseutgifter i faste 2015 priser, <https://www.ssb.no/helsesat>

Gode pasientforløp er avgjørende for en bærekraftig helsetjeneste. Vi ønsker pasientforløp som er koordinerte og forutsigbare, og som setter pasienten i sentrum. Det er etablert 19 helsefellesskap mellom kommuner og sykehus med formål å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Helsefellesskap og bedre planlegging mellom kommuner og sykehus er viktig, men gir vi symptomlindring der vi kunne ha kureret? Vi må tørre å stille de utfordrende spørsmålene. Et presserende spørsmål er da: Er dagens organisering av helsetjenesten den optimale for å bidra til en bærekraftig helsetjeneste?

Koronapandemien har ført til en raskere digitalisering av helsetjenestene. Hjemmesykehus og avstandsoppfølging er på full fart inn og video- og telefonkonsultasjoner likestilles i større grad med fysiske konsultasjoner. Dette er positivt og bidrar til større effektivitet (tidsmessig) i tjenesten og trekker pasienten/brukeren inn i behandlingen, men vi har ikke nok kunnskap om effektene av digitalisering og innføring av ny teknologi på pasienter og brukere av tjenestene. Vi vet heller ikke nok om endringene skaper uønskede ringvirkninger. En forutsetning for en bærekraftig helsetjeneste er å skape en tjeneste for alle, uansett økonomisk status, geografi, kjønn, etnisitet osv.

Regjeringen har et uttalt mål om å skape pasientens helsetjeneste. I dette ligger det også at vi må utnytte pasientenes egne ressurser og bygge helsekompetanse i befolkningen. Rapporten om helsekompetanse³ som ble lansert i januar trekker blant annet frem sammenhenger mellom opplevd helsekompetanse, helserelatert livskvalitet og helsetjenestekostnader som er av betydning for å nå målet om pasientens helsetjeneste.

Befolkningens helsekompetanse er nært knyttet til hvilken tillit befolkningen har til helsetjenesten, og det er særlig viktig at tjenesten kan vise til kunnskapsbaserte beslutninger i møte med "fake news" og prioriteringer som helsevesenet må ta. For primærhelsetjenestene vet vi f.eks. at forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen er for liten, og tjenestene er dermed ikke godt nok rigget for kunnskapsbaserte beslutninger.

Venteværelset er noe vi forbinder med legekontor og helsetjenesten. Skal vi først tenke helhetlig og bærekraftig bør vi trolig avskaffe venterommene og se på tiden det tar en person å reise tur/retur helsetjenesten fra der vedkommende bor eller jobber. Helsetjenestene bør insentiveres til å bruke minst mulig av personens tid vekk fra familie-, samfunns- og arbeidsliv.

Bærekraft handler videre om å rigge helsesystemet slik at vi kan ta i bruk nyvinninger når de kommer, implementere kunnskapsbasert praksis i primærhelsetjenesten og ny avansert behandling i sykehusene. Vi må også bygge utdanningssystemet slik at det tilbys gode og fleksible utdanningsløp som gjør det mulig å tilpasse seg endringene i samfunnet. Utdanningsinstitusjonene og departementene må utfordres på om folkene som utdannes har den kompetansen vi trenger i fremtiden. Kunnskap er ferskvare og livslang læring blir stadig viktigere i en raskere skiftende verden. Kompetanseheving krever fokusert innsats. Derfor bør en viss andel av helsearbeidernes tid dedikeres til dette.

Koronapandemiens erfaringer må utnyttes både for radikale- og skrittvis endringer. Samfunnets ressurser og innovasjonsevne må mobiliseres også etter den akutte situasjon med koronaepidemien er over.

Vi trenger verdiskaping for å opprettholde helsevesenet og det ligger store potensial i en sterk nasjonal helsenæring som kan bidra til verdiskaping i norsk økonomi, flere lønnsomme arbeidsplasser og en bedre og mer effektiv helse- og omsorgstjeneste.

Offentlige-, ideelle- og næringsaktører må samordnes for at potensialene skal forløses og helsevesenet bli bærekraftig i fremtiden.

Med de rette grep i dag vil vi kunne snu trenden og unngå de negative konsekvensene av den høyst reelle krisen et ikke-bærekraftig helsevesen innebærer.

³ Helsedirektoratet (2021). [Rapport om befolkningens helsekompetanse](#)

Med vennlig hilsen
HelseOmsorg21-rådet

Sveinung Holde
rådsleder
HelseOmsorg21-rådet

Sak 15/2/2021 Vedlegg 2: Tema for en bærekraftig helsetjeneste

1. God helse fremmes først og fremst utenfor helsesystemet og i andre sektorer. Dette fordrer at målet om en bærekraftig helsetjeneste må forankres bredt.

Mange faktorer er med å fremme god helse, som utdanning, trygge skoler, arbeidsplasser og barnehager, gode kulturtilbud, kosthold og fysisk aktivitet. På den andre siden er det store geografiske forskjeller i forventet levealder, og vi vet at lav utdanning og inntekt er negativt assosiert med helseutfall. Skal vi bevege oss bortenfor behandlingsparadigmet må flere aktører aktiviseres i helsefremmende aktiviteter.

- I. HelseOmsorg21-rådet arbeider for en økt forståelse av at forebygging av sykdom og helsefremme er viktige oppgaver for samfunnsaktører utenfor helsesystemet.
- II. HelseOmsorg21-rådet samarbeider med relevante departementer, direktorater og andre beslutningstakere og fremme saker som har betydning for folkehelsen utenfor helsesystemet.

Mulige aktiviteter: dialogmøter (I, II), kronikker (I), brev (I, II).

2. Helsetjenestene organiseres slik at de ivaretar pasientens interesser og fremmer kommunikasjon på tvers av tjenestenivåene og sparer ressurser.

For å skape et helsesystem som både er økonomisk bærekraftig og evner å tilby like gode, eller bedre tjenester enn i dag er det nødvendig å vurdere om tjenestene er organisert på en hensiktsmessig måte. Behandling på "lavest mulig omsorgsnivå" bør utvikles til behandling på "mest bærekraftige omsorgsnivå". Det er usikkert om tiltakene som fremmes for å styrke tjenestene i realiteten er forsøk på å komme rundt en organisering som er fordyrende og som ikke i tilstrekkelig grad møter pasientens behov. Det trengs mer kunnskap om nye innsatsområder, som for eksempel, helsefelleskapene faktisk bidrar til koordinerte, forutsigbare og bærekraftige pasientforløp. Helsetjenestene må også se sin rolle i å bidra til verdiskaping og et samfunn hvor det er godt å leve. Det kan for eksempel innebære at helsetjenesten bør insentiveres for å bidra til at pasienter/brukere minst mulig av sin tid vekk fra familie-, samfunns- og arbeidsliv.

- I. HelseOmsorg21-rådet fremmer debatt om dagens organisering av tjenestene.
- II. HelseOmsorg21-rådet vektlegger behovet for gode digitale verktøy for å bidra til best mulig ressursbruk og riktig prioritering (ref. også området *Teknologi og digitalisering*)
- III. Uavhengig av organisering har HelseOmsorg21-rådet en viktig rolle i å fremme delingskultur både innenfor og mellom tjenestenivåene. Det bør etableres insentivstrukturer for at gode løsninger blir delt, jamfør fagprosedyrer.

Mulige aktiviteter: etterlyse offentlig utredning eller evaluering (I), dialogmøter (I, II, III), brev (I, II, III).

3. Forskning og utdanning som gjør helsetjenestene i stand til å fatte kunnskapsbaserte beslutninger i alle deler av tjenestene.

Helsetjenestene er avhengige av kompetente helsearbeidere med tilgang til forskningsbasert kunnskap for å gjøre tjenestene bedre og mer effektive. Tjenestene er i kontinuerlig endring og vi trenger derfor gode, fleksible utdanningsløp som gjør det enkelt å omskolere seg. Målet om "Livslang læring" omsettes til praksis i helsetjenesten.

- I. HelseOmsorg21-rådet fremmer debatt om dagens utdanninger og profesjoner er tilpasset fremtidens behov.
- II. HelseOmsorg21-rådet jobber for at spesielt forskningsinnsatsen rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester løftes for å styrke kunnskapsgrunnlaget for beslutninger, og samtidig gjør tjenestene til en mer attraktiv arbeidsplass for helsepersonell.

Mulige aktiviteter: dialogmøter (I, II), brev (I, II), monitoring/evaluering (I, II).

4. Oppmerksomhet mot overdiagnostikk, overbehandling og overforbruk vil redusere skader for pasienter og frigjøre ressurser

Insentiver og finansiering av medisinsk og helsefaglig forskning baserer seg på en forventning om at kumulativ økning i kunnskap og tjenesteaktivitet er et ubetinget gode. Imidlertid mangler vi kunnskap om utilsiktede effekter i form av medisinsk overaktivitet. Styringsverktøyenes vektlegging av å unngå unnlattelsesfeil fører til at det begås overdrivelsesfeil som medfører sløsing av ressurser og skade for enkeltpasienter.

- I. HelseOmsorg21-rådet innfører bærekraft og negative konsekvenser av medisinsk overaktivitet som vesentlig hensyn i medisinsk forskning.
- II. HelseOmsorg21-rådet arbeider for økt bevissthet om medisinsk overaktivitet blant interessentene som står ansvarlige for å forvalte styringsverktøyene (inkludert effekter av finansieringsordninger og refusjonsordninger).

Mulige aktiviteter: utredning (I), dialogmøter (I, II), brev (I, II), utarbeide helseatlas over variasjon (II)

5. Helsesystem er avhengig av høy grad av tillit og god helsekompetanse i befolkningen. Vi må derfor vise til kunnskapsbaserte beslutninger, i møte med "fake news" og prioriteringer som tvinger seg på helsevesenet.

Regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste. Det forutsetter at pasienter og brukere har kunnskap og muligheter for å ivareta sin helse på en god måte. Å kunne gjøre gode helsevalg er en forutsetning for god helse hos den enkelte. Helsetjenesten må også i stadig større grad se på den enkelte pasient/bruker som en ressurs som kan bidra til bedret helse.

- I. Helseomsorg21-rådet arbeider målrettet med Kunnskapsdepartementet og universitets- og høyskolesektoren for å løfte helsekompetanse i utdanningene. Målet er at nye kandidater kan formidle og bidra til å bygge slik kompetanse i befolkningen og hos pasienter.
- II. HelseOmsorg21-rådet har en viktig rolle i å formidle kunnskap om helseforskning og -behandling, og løfte opp vanskelige samtaler rundt store skift før de treffer, for eksempel gentesting og presisjonsmedisin.
- III. HelseOmsorg21-rådet jobber for å øke fokus på pasientene/brukernes evne til selv å bidra til å bevare en god helse og til å bli frisk etter sykdom.

Mulige aktiviteter: utredning (I), dialogmøter (I, II), brev (I, II), kronikk (III).

6. Helsetjenestene har et stort behov for forskning og innovasjon

Helsetjenestene, og primærhelsetjenestene især, har et omfattende behov for mer forskning på effekter av ulike intervensjoner og innovasjon. I tillegg til å være et helt grunnleggende premiss for å kunne tilby bedre og mer effektive helsetjenester kan forskning og innovasjon ha positive

ringvirkninger for norsk økonomi og skape flere lønnsomme arbeidsplasser. Samtidig kan det være interessekonflikter både mellom næringsliv og forskningsmiljøer på den ene siden og helsetjenestene på den andre. Skal forsknings- og innovasjonsprosjekter oppleves som nyttige og relevante trengs det derfor flere praksisnære forsknings- og innovasjonsprosjekter og tjenestene må kunne definere sine behov og øke sin bestillerkompetanse.

- I. HelseOmsorg21-rådet fremmer etableringen av kommunenes strategiske forskningsorgan (ref. også området *Kunnskapsløft for kommunene*)
- II. HelseOmsorg21-rådet øker oppmerksomheten om behovet for praksisnær forskning og innovasjon blant forskningsfinansierende og -utøvende aktører.
- III. HelseOmsorg21-rådet støtter opp om arbeid som fremmer innovative anskaffelser som møter tjenestenes behov gjennom sitt arbeid med området *Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative offentlige anskaffelser*.

Mulige aktiviteter: dialogmøter (I, II, III), brev (I, II), webinarer (II, III).

Sak 16/2/2021

Eventuelt

Type sak**Til** HO21-rådet**Fra** Ole Johan Borge

Medlemmene bes melde inn saker til eventuelt ved starten av møtet.

Forslag til vedtak*Intet*



Sak 17/2/2021

Evaluering av møtet

Type sak	Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Det foretas en evaluering av møtet.

Forslag til vedtak

Intet