

HelseOmsorg21-rådet

Dato 28. novemberber 2022, kl. 10.00 – 15.00
Sted Forskningsrådets lokaler, møterom Hassel 2

- | | |
|--------------------|--|
| Sak 47/6/22 | Godkjenning av innkalling og sakliste |
| Sak 48/6/22 | Spørsmål om habilitet |
| Sak 49/6/22 | Godkjenning av referat fra møte 5/2022, 28. september 2022 |
| Sak 50/6/22 | Orienteringer |
| Sak 51/6/22 | Innspill til Nasjonalt eksportråd |
| Sak 52/6/22 | Innspill til forskrift om Nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata |
| Sak 53/6/22 | Evaluerings av HelseOmsorg21-konferansen 2022 |
| Sak 54/6/22 | Kunnskapsstøtte for kommuner |
| Sak 55/6/22 | Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan |
| Sak 56/6/22 | Eventuelt |
| Sak 57/6/22 | Evaluerings av møtet |



Sak 47/6/2022

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 48/6/2022

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 skjønsmessige 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 49/6/2022**Godkjenning av referat fra møte 5/2022**

Type sak	Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Utkast referat fra møte 5/2022

Bakgrunn

Utkast til referat for møte 5/2022 ble sendt ut til medlemmene 3. oktober med merknadsfrist 12. oktober.

Ingen merknader ble meldt inn til merknadsfristen.

Rådet bes om å godkjenne referatene.

Forslag til vedtak

Referatet for møte 5/2022 godkjennes.

**HelseOmsorg 21-rådet**

Dato	Onsdag 28. september 2022, 10.00 – 14.00
Sted	Forskningsrådets lokaler i Drammensveien 288

Til stede: Per Morten Sandset, UiO (leder)
Baard Christian Schem, Helse Vest
Esperanza Diaz, UiB og Folkehelseinstituttet (deltok digitalt)
Gro Jamtvedt, OsloMet (deltok digitalt delvis t.o.m. sak 41/5/22)
Ingrid Stenstadvold Ross, Kreftforeningen
Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Marte Kvittum Tangen, Norsk Forening for Allmenntilmedisin (NFA)
Siri Forsmo, NTNU
Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helseforskning
Tarje Bjørgum, NHO, Abelia
Øivind Enger, Sarsia Seed
Veronika Barrabes, Novartis, (deltok t.o.m. sak 41/5/22)
Wenche Dehli, Trondheim kommune

Forfall: Erlend Smeland, Oslo Universitetssykehus
Knut Inge Klepp, Folkehelseinstituttet
Kristin Weidemann Wieland, KS
Monica Fossnes Petersson, KS (møtende vara)

Observatører: Deltok på hele eller deler av møtet:
Marianne van der Wel, HOD
Elin M. Hollfjord, NFD

Til stede fra Forskningsrådet/HelseOmsorg21-sekretariatet:
Hege Strand Mikkelsen, seniorrådgiver
Henrietta Blankson, spesialrådgiver
Ina Dahlsveen, seniorrådgiver
Katrine Rolid, seniorrådgiver
Ole Johan Borge, avdelingsdirektør

Sak 37/5/22 Godkjenning av innkalling og sakliste

To saker ble meldt inn til eventuelt:

1. Mulig kommentar fra rådet om statsbudsjettet som kommer 6. oktober
2. Invitasjon fra statssekretær Ellen Rønning-Arnesen (HOD) til å gi innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Vedtak: Innkallingen og sakslisten godkjennes med de innmeldte sakene til eventuelt.

Sak 38/5/21 Spørsmål om habilitet

Inhabilitet ble vurdert for sakene på dagens møte.

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

Sak 39/5/22 Godkjenning av referat fra møte 3/2022, 3. juni 2022 og møte 4/2022, 7. september 2022

Ingen merknader var meldt inn til merknadsfristene. Referatene ble lagt frem for godkjenning.

Vedtak: *Referatene godkjennes.*

Sak 40/5/22 Orienteringer

Følgende orienteringer ble gitt:

- [Innspill](#) til helsepersonellkommisjonen er sendt inn til helsepersonellkommisjonen i god tid før [innspillsmøtet](#) kommisjonen skal ha 3. oktober 2022
- Rådets eget arrangement på Arendalsuka [Fra behandling til forebygging – smertefulle prioriteringer og krangel om regningen](#) og deltagelse av rådsleder på [Fra forskning til produksjon – Norge et hjem for helsenæringen](#). Arendalsuka er en god arena å fremme rådets saker på og ved deltagelse kan rådet være med på å sette agenda. Tema for neste år bør diskuteres tidlig.
- Møte med statssekretærer i Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet om et kunnskapsløfte for kommunene (KSF). Per Morten Sandset, Kristin Weidemann Wieland, Lilly-Ann Elvestad og Wenche Dehli deltok i møtet med statssekretærene Ellen Rønning-Arnesen (HOD), Ole Gustav Narud (KDD) og Oddmund Løkensgard Hoel (KD) sammen med representanter fra HO21-sekretariatet og embetsverket i departementene. Ellen Rønning-Arnesen (HOD), ba rådet spesifikt om innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan. Dialogen om KSF vil følges opp i nytt møte på nyåret. Se også sak om møtet på [nettsiden](#) til HO21.
- [HelseOmsorg21-konferansen 2022](#): Fremtidens helsetjeneste. Konferansen er tirsdag 31. oktober. Rådsmedlemmene ble bedt om å bidra til mobilisering av deltagere.
- Konferanse om Fremtidens helsetjeneste i Narvik 26. og 27. september. Stein Olav Skrøvseth deltok for rådet med innlegget *Kan HelseOmsorg21-rådet gjøre en forskjell?*
- HelseOmsorg21-monitor. Aktivitetsnivået i monitoren er nå tilbake i normal drift. Katrine Rolid, ny prosjektleder for monitoren, presenterte seg.
- Åpent møte om Nasjonal strategi for persontilpasset medisin. Helse- og omsorgsdepartementet ønsket å orientere om den foreløpige målstrukturen i strategien.

Sak 41/5/22 Satsing på livsvitenskap – er det behov for en egen strategi?

Thomas Richer og Henriette Benzon Bang, begge Sundhedsministeriet i Danmark, Hanne Mette Dyrbye Kristiansen, Life Science Cluster, og Trygve Brautaset, Digital Liv Norge innledet. Presentasjonen om den danske strategien og fra Digitalt Liv Norge er vedlagt referatet.

I diskusjonen som fulgte innleggene, ble begrepet livsvitenskap problematisert. Rådet var tydelig på at begrepet ikke bør brukes hvis det er *helse* det menes.

En sentral del av diskusjonen fokuserte på hva som er merverdien av å etablere en egen strategi, hvilke utfordringer strategien skal bidra til å løse og hvilken rolle rådet eventuelt bør ta.

I Danmark har strategien samlet aktører fra mange ulike miljøer om en felles dagsorden. Risikoene for å arbeide i parallelle løp er redusert og de har fått en felles plattform som gjør det lettere å finne midler for å følge opp tiltakene som foreslås.

En eventuell norsk strategi bør se til strategiene i Danmark og Sverige. Her ble det knyttet kommentarer til den forskjellige departementale forankringen av strategiene i de forskjellige landene. I Danmark eies livsvitenskapsstrategien av departementene for næring, helse og utenriks og i Sverige av departementene for næring, helse og kunnskap. I Norge er det kun departementene for næring og helse som helsenæringsmeldingen er forankret i.

Rådet mente det kunne være gode grunner for å utarbeide en egen strategi, men var usikker på om timingen er den rette og også på rådets rolle. Det ble videre påpekt at det kan være bakenforliggende strukturer som det vil være mer relevant å arbeide med og som kan bidra til bedre samordning av de strategiene Norge har.

Rådet ønsket å arbeide videre med temaet i en workshop som tar med seg innspillene som kom på møtet.

Vedtak: *Rådet ber sekretariatet følge opp saken i tråd med kommentarene på møtet.*

Sak 42/5/22 Toppledermøte om helsenæring

Rådsleder orienterte fra toppledermøtet som Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Nærings- og fiskeridepartementet (NFD) arrangerte 22. september 2022 om styrking av norsk helsenæring. Hovedfokus på møtet var uforløste momenter i utfordringsbildet som er omtalt i Helsenæringsmeldingens kapittel 4. Rådsleder deltok på møtet som observatør.

Rådet understreket at det er viktig at rådet kobler seg på det nye initiativet som nå er tatt av HOD og NFD for bedre oppfølging av Helsenæringsmeldingen. Rådet påpekte at pådriverrollen til NFD er viktig, men at det er HOD som sitter på virkemidlene.

Rådet har høstet verdifull innsikt gjennom dialogmøtene og ønsker å sende inn et skriftlig innspill som oppfølging av toppledermøtet. Her bør rådet fremme behovet for en handlingsplan for innovative offentlige anskaffelser for helsesektoren. Rådet bør også i innspillet spesielt peke på kommunenes rolle og utfordringer, dette var svakt berørt i Helsenæringsmeldingen.

Det ble videre påpekt at rådet må koble seg på de prosessene som pågår i Nasjonalt eksportråd. Eksportrådet arbeider nå med å prioritere de neste næringene det skal satses på. Helsenæringen bør være en av disse.

Vedtak: *Rådet ber sekretariatet følge opp toppledermøtet i tråd med innspillene på rådsmøtet.*

Sak 43/5/22 Handlingsplan for innovative anskaffelser

Riche Vestby fra Leverandørutviklingsprogrammet (LUP) innledet om innovative anskaffelser som metode og LUP sin rolle og erfaringer med å jobbe med innovative anskaffelser i helsesektoren. Presentasjonen er vedlagt referatet.

Rådet diskuterte behovet for en handlingsplan for innovative anskaffelser (IOA) og omfanget for en slik handlingsplan; generelt innenfor offentlig sektor eller begrenset til helse. Helsesektoren er stor, kompleks og har noen særegne utfordringer, og rådet mente at planen i første omgang bør begrenses til helse. IOA gir viktige muligheter for pasienter og innbyggere og ved en handlingsplan kan vi få en mer målrettet tilnærming til anskaffelser. Vi trenger ledere som vil ta risiko og som ser på IOA som en del av sitt oppdrag.

Rådet har allerede gjennom dialogmøtene om anskaffelser og næringsutvikling innhentet mange innspill som kan forme utgangspunkt for konkrete tiltak og aktiviteter i en handlingsplan for IOA innenfor helsesektoren.

Rådet ønsker at dialogen med relevante aktører for å diskutere rådets mulige pådriverrolle fortsetter. Det må planlegges hvordan utvikling av en Regjeringsforankret handlingsplan kan tas videre. I første omgang vil aktørene inviteres til et felles møte.

Vedtak: *Rådet ber sekretariatet fortsette arbeidet med handlingsplanen i tråd med kommentarene på møtet.*

Sak 44/5/22 Status alternative løsninger Helseanalyseplattformen

Håvard Kolle Riis i direktoratet for e-helse orienterte om status for Helsedataservice (HDS) og alternative løsninger for Helseanalyseplattformen. Presentasjonen er vedlagt referatet.

De nasjonale tjenestene Helsedataservice og helsedata.no er etablert. Det er nå én vei inn for søknader om data fra forskjellige kilder, men søker må fremdeles forholde seg til forskjellige aktører når det gjelder utlevering av data. Rådet påpekte at det bør sees på løsninger også på kort sikt slik at søknad og utlevering av data skjer på samme sted. Målbildet for Helseanalyseplattformene skal fremdeles ligge fast. Hovedsporet direktoratet for e-helse nå følger, er gjenbruk av løsninger som er i drift i universitets- og høyskolesektoren.

Det er en stor utålmodighet i sektoren for å få økosystemet på plass, noe vil de alternative løsningene bidra til, men ikke alt. Det kommer snarlig en forskriftsendring som gjør det mulig at HDS får vedtaksmyndighet til å levere ut data selv om dataene ikke ligger der.

Vedtak: *Tas til orientering.*

Sak 41/5/22 Eventuelt

1. Statsbudsjettet. Rådet mener det er viktig at det kommer noe fra rådet i etterkant av fremleggelsen av statsbudsjettet. Rådet ber sekretariatet gjøre en "mapping" av budsjettet opp mot de tre prioriterte områdene i rådets handlingsplan. Det bør vurderes å melde rådet på budsjettthøringen som skjer 17. og 19. oktober. På et senere tidspunkt bør rådet forberede et medieutspill, for eksempel i form av en kronikk.
2. Innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan. Rådet ble på møtet i HOD (se sak 40/5/22), spesielt invitert til å gi innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan. Departementet satt frist for innspill til 21. oktober. Sekretariatet har pga. den korte fristen bedt departementet om en tilbakemelding på hva departementet særlig ønsker at rådet skal konsentrere innspillet sitt om.

Informasjon fått av departementet etter rådsmøtet: Departementet ber særlig om innspill knyttet til hvordan kommunene i større grad kan ta et eierskap til forskning som er relevant og berører deres sektor. Hvordan utnytte bedre den kunnskapen som allerede er der/hvordan sette i system? Hvordan styrke de initiativene som allerede er der? Hvilken modell ser dere for dere kan være bærekraftig? Det ble nevnt på møtet at alle kommunene må bidra inn økonomisk for å sikre likeverdighet mellom små og store kommuner – hvordan kan en finansieringsmodell se ut?

Departementet tar også gjerne imot innspill på hvordan øke innovasjonstakten i kommunene gjennom økt bruk av innovative anskaffelser og samarbeid med helsenæringen og forskningsinstitusjoner. Samt hvordan bidra til økt spredning og implementering av innovasjoner på tvers av kommunene?

Fristen for innspill er utsatt til 2. desember.

Vedtak: *Rådet ber sekretariatet om å følge opp punktene og ta kontakt med rådet der det er behov.*

Sak 41/5/22 Evaluering av møtet

Vedtak: *Intet.*

Sak 50/6/2022

Orienteringer

Type sak	Orienteringssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	HO21-sekretariatet

Medlemmer i rådet

Erlend Smeland har sagt fra om at han går ut av rådet etter en lang virkeperiode. Han har vært medlem i rådet siden det første rådet ble opprettet i januar 2015. Helse- og omsorgsdepartementet vil oppnevne en erstatter for Smeland i rådet.

Oppfølging av toppledermøtet om helsenæring 22. september

HelseOmsorg21-rådet deltok som observatør på toppledermøtet om helsenæring. I etterkant av møtet har rådet sendt inn et [innspill til Nærings- og fiskeridepartementet](#). I brevet peker rådet på 1) kommunenes rolle som hjemmemarked og deres utfordringer, dette var svakt omtalt i Helsenæringsmeldingen, 2) behovet for en handlingsplan for innovative anskaffelser og 3) ønske om et møte for å nærmere diskutere innspill rådet har fått i forbindelse med dialogmøtene rådet gjennomførte i 2021 og 2022.

Møte med statssekretærer i HOD, KD og KDD om et kunnskapsløfte for kommunene (KSF)

Rådet hadde et møte med politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) og Kunnskapsdepartementet (KD) 27. september om et kunnskapsløfte for kommunene. Det er avtalt et nytt møte i HOD 16. februar for å fortsette dialogen. Rådsleder Per Morten Sandset, Kristin Weidemann Wieland, Lilly-Ann Elvestad, Knut Inge Klepp og Wenche Dehli deltar i møtet sammen med representanter fra HO21-sekretariatet.

Nasjonal satsing på infrastruktur

Forskningsrådet skal lage et nytt veikart for forskningsinfrastruktur. Det er i november arrangert flere workshoper der behov og prioritering av infrastruktur er diskutert. Et eksternt utvalg skal sikre at veikartet har bred nasjonal forankring. Utvalget skal blant annet gi anbefalinger om hvordan en kan få til godt samspill mellom næringsliv, offentlig forvaltning og strategiske satsinger for å fremme innovasjon og regional utvikling. Det endelige veikartet skal vedtas av Forskningsrådets styre sommeren 2023.

Forslag til vedtak

Tas til orientering.

Sak 51/6/2022**Innspill til Nasjonalt eksportråd om helsenæring som eksportnæring**

Type sak	Orienteringssak/ Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Ina K. Dahlsveen, Hege Strand Mikkelsen
Vedlegg	1. Invitasjonsbrev fra Nasjonalt Eksportråd 2. Innspill til Nasjonalt Eksportråd
Tidligere behandlet	Sak 42/5/22

Bakgrunn

Under behandlingen av sak 42/5/22 - Toppledermøte om helsenæring, ble det påpekt at rådet må koble seg på de prosessene som pågår i Nasjonalt eksportråd. Eksportrådet arbeider nå med å prioritere de neste næringene det skal satses på. Helsenæringen bør være en av disse.

Nasjonalt eksportråd gir råd og innspill til næringsministeren/Næringsdepartementet og utformer forslag til større strategiske eksportsatsninger. Eksportrådet sendte 3. oktober en generell invitasjon til å gi innspill til hva som skal være Norges neste eksportsatsing (se vedlegg 1). Fristen for dette er 1. desember. Innspillene vil inngå i grunnlaget for å identifisere et utvalg av mulige satsingsområder. Mer og grønnere maritim eksport og havvind er allerede vedtatt.

Sekretariatet for HelseOmsorg21-rådet inviterte aktører i økosystemet rundt norsk helse- og lifescience-næring til et møte om et felles innspill til Nasjonalt eksportråd 27. oktober 2022. Møtet hadde som formål å mobilisere bredt til en felles innsats og skape engasjement hos aktører som kan bidra inn i arbeidet eller fungere som støttespillere til et felles innspill om helse- og lifescience-næring som eksportsatsing.

Som oppfølging av innspillsmøtet, ble det etablert en skrivegruppe som har vært koordinert av sekretariatet for HelseOmsorg21-rådet. Skrivegruppen består av representanter fra LMI, Norway Health Tech, The Life Science Cluster, Kreftforeningen, SINTEF i tillegg til rådsmedlem Tarje Bjørgum.

Skrivegruppen har kommet frem til et innspill (vedlegg 2) som man inviterer helsenæringsbedrifter og andre aktører i økosystemet til å stille seg bak.

Hvorfor saken fremmes

Det er ønskelig at HelseOmsorg21-rådet stiller seg bak innspillet og skriver under sammen med bedrifter og andre aktører i økosystemet rundt helsenæringen.

Hovedpunkter

På innspillsmøtet den 27. oktober ble det påpekt at det viktigste med arbeidet mot Nasjonalt eksportråd er at så mange som mulig stiller seg bak et felles innspill. Det er viktig å vise at det er nok potensial, kapasitet og gjennomføringskraft til en egen satsing. HelseOmsorg21-rådet har en rolle i å samle aktører på tvers av sektorer og bransjer til felles innsats. Gjennom arbeidet med dette innspillet ser det ut til at man lykkes med å samle aktører fra næringsliv og offentlig sektor om et felles innspill for å øke eksporten fra helsenæringen.

Hovedpunktene i Innspillet:

- *Det globale markedet for helseteknologi er enormt, og kjennetegnes av å være en motkonjunkturnæring som vokser på tross av børsmuro, krig og konflikt. Det er ventet at den høye veksten man har sett i helsenæringen de siste tiårene, skal fortsette også frem til 2030 – som følge av en generell aldring av befolkning i store og viktige markeder, samt et økende omfang av livsstils- og kroniske sykdommer.*
- *Den norske helsenæringen eksporterte for om lag 27,2 mrd. kroner i 2021. Med en nasjonal satsing vil eksporten kunne øke med over 50 prosent innen 2030. I tillegg vil en slik satsing legge grunnlaget for en bærekraftig næring som vil sikre eksportinntekter for neste generasjoner.*
- *Utviklingen av helseindustrien er et viktig svar på helse- og omsorgsutfordringene Norge står overfor, og vil bidra til at norsk helsevesen får rask tilgang på nye produkter, behandlingsmetoder og digitale verktøy, og vil trolig øke helsevesenets evne til å ta disse i bruk til pasientens beste. En stor og konkurransedyktig helseindustri vil dessuten styrke Norges produksjonsberedskap i nye epidemier og andre kriser.*
- *Helseindustrien er en grønn, innovativ næring med lave utslipp. Et eksempel er digitale helsetjenester, som gir skalerbarhet med minimale utslippsøkninger og avstandsbehandling av pasienter som minker behov for transport.*
- *Helsenæringen skaper produkter med høy lønnsomhet, og den er derfor en viktig næring for å nå regjeringens eksportmål og samfunnets behov for å utvikle nye bærekraftige eksportnæringer. Den norske helseindustrien utgjør godt under én prosent av det globale helseindustrimarkedet. Målt i omsetning, illustrerer dette at det er utenfor Norge det virkelige store vekstpotensialet for helse-næringen ligger. Norge kan ta en større andel av det globale markedet, og Made in Norway bli et kvalitetsmerke for helsetjenester i hele verden.*

Videre prosess:

Det er ikke anledning til å gjøre endringer i innholdet. Innspillet bygger på eksisterende rapporter og er allerede bredt forankret hos aktører i næringslivet og økosystemet rundt. I tillegg til hovedinnspillet, blir det utarbeidet et vedlegg med forskjellige case som eksemplifiserer potensialet til ulike bedrifter.

Aktører som ønsker å støtte innspillet blir invitert til å gjøre dette ved å fylle ut et skjema med relevant informasjon. En liste med alle som stiller seg bak, blir en del av innspillet til Nasjonalt eksportråd.

Organisasjonene som er representert i skrivegruppen sender ut invitasjoner til sine medlemmer i klynger og bransjeforeninger innenfor helsenæringen.

HO21-sekretariatet bistår med å sende ut invitasjoner som støtter innspillet til relevante aktører i offentlig sektor.

Forslag til vedtak

Rådet stiller seg bak innspillet til Nasjonal Eksportråd om helsenæring som eksportnæring.



03.oktober 2022

Vil du være med og påvirke Norges neste eksportsatsing?

For å skape verdier og lønnsomme jobber i hele landet har regjeringen lansert eksportreformen Hele Norge eksporterer - <https://helenorgeeksporterer.no>. Myndighetene, næringslivet og virkemiddelapparatet skal forene krefter for å gjøre offensive fremstøt i utlandet. Målet er å øke eksporten utenom olje og gass med 50% innen 2030.

Nasjonalt eksportråd gir råd og innspill til næringsministeren og utformer forslag til større strategiske eksportsatsinger. Mer og grønnere maritim eksport og havvind er allerede vedtatt. Næringslivet inviteres nå til å komme med innspill til de neste satsingene.

Dette er en åpen innspillsrunde, ikke en søknadsprosess, hvor bedrifter, konsortier, organisasjoner og miljø tilknyttet næringslivet kan spille inn forslag til satsinger fra næringskjede-/næringsnivå opp til store internasjonale prosjekter.

Innspillene vil inngå i grunnlaget for å identifisere et utvalg mulige satsingsområder, og Nasjonalt Eksportråd vil gi sin anbefaling til næringsministeren for endelig beslutning.

Vi ber derfor om korte konkrete innspill, i standard fil format,
sendt til eksport-sekretariatet@nho.no (med bindestrek)
Oppgi også en kontaktperson.

Fristen for innspill er satt til 01.desember 2022

I tillegg til det overordnede 'business case', bør innspillene beskrive det berørte øko-systemet, næringskjeder, samspill, nasjonale fortrinn, og effekten på norsk verdiskapning. Vurderingen av innspillene vil være knyttet til

- Markedsmuligheter, vekst- og eksportpotensial
- Bedriftenes bidragsevne, engasjement og gjennomføringskraft
- Konkrete og realistiske samarbeidstiltak som kan styrke resultatene

Det vil være behov for satsinger både i kort (2-4 år) og lengre (inntil 10 år) perspektiv. Når nye satsinger er vedtatt, vil konkrete samarbeidstiltak forankres i dialog med berørte bedrifter og organisasjoner.

Spørsmål kan rettes til: rune.sundland@nho.no

Med vennlig hilsen
Sekretariatet for Nasjonalt eksportråd

Innspill Nasjonalt eksportråd om Helsenæring som eksportnæring

EN LIVSVIKTIG SATSING

Innhold

INNLEDNING	1
HELSETEKNOLOGI OG LIVSVITENSKAP SOM NÆRING	2
HELSEINDUSTRI ER EKSPORTINDUSTRI	4
VEKSTPOTENSIALET FOR NORSK HELSEINDUSTRI.....	7
TILTAK FOR Å ØKE NORSK HELSEINDUSTRIEKSPORT	9

INNLEDNING

Prosess og deltakelse

En samlet helsenæring står bak dette innspillet til Nasjonalt eksportråd om helseteknologi og livsvitenskap. Sekretariatet for HelseOmsorg21-rådet har koordinert arbeidet, som er bredt forankret i næringen og et utvidet økosystem.

Dette dokumentet er et kunnskapsgrunnlag til Nasjonalt eksportråd til å anbefale helseteknologi og livsvitenskap som et nasjonalt satsingsområde.

Helsenæringen har over tid samarbeidet, blant annet om utviklingen av Menon-rapportene «STRATEGIER FOR ØKT PRODUKSJON OG EKSPORT AV NORSK HELSEINDUSTRI» (Menon 2021) og Helsenæringens verdi 2016 - 2022, som er utgjør en del av kunnskapsgrunnlag for dette innspillet.

Hovedbudskap

Regjeringen har som mål å doble eksporten fra fastlandsnæringene innen 2030. Helsenæringen kan bli en sentral bidragsyter til at dette målet nås.

Det globale markedet for helseteknologi er enormt, og kjennetegnes av å være en motkonjunkturnæring som vokser på tross av børsuro, krig og konflikt. Det er ventet at den høye veksten man har sett i helsenæringen de siste tiårene, skal fortsette også frem til 2030 – som følge av en generell aldring av befolkning i store og viktige markeder, samt et økende omfang av livsstils- og kroniske sykdommer.

Den norske helsenæringen eksporterte for om lag 27,2 mrd. kroner i 2021. Med en nasjonal satsing vil eksporten kunne øke med over 50 prosent innen 2030. I tillegg vil en slik satsing legge grunnlaget for en bærekraftig næring som vil sikre eksportinntekter for neste generasjoner.

Utviklingen av helseindustrien er et viktig svar på helse- og omsorgsutfordringene Norge står overfor, og vil bidra til at norsk helsevesen får rask tilgang på nye produkter, behandlingsmetoder og digitale verktøy, og vil trolig øke helsevesenets evne til å ta disse i bruk til pasientens beste. En stor og konkurransedyktig helseindustri vil dessuten styrke Norges produksjonsberedskap i nye epidemier og andre kriser.

Helseindustrien er en grønn, innovativ næring med lave utslipp. Et eksempel er digitale helsetjenester, som gir skalerbarhet med minimale utslippsoøkninger og avstandsbehandling av pasienter som minker behov for transport.

Helsenæringen skaper produkter med høy lønnsomhet, og den er derfor en viktig næring for å nå regjeringens eksportmål og samfunnets behov for å utvikle nye bærekraftige eksportnæringer. Den norske helseindustrien utgjør godt under én prosent av det globale helseindustrimarkedet. Målt i omsetning, illustrerer dette at det er *utenfor* Norge det virkelig store vekstpotensialet for helsenæringen ligger. Norge kan ta en større andel av det globale markedet, og *Made in Norway* bli et kvalitetsmerke for helsetjenester i hele verden.

HELSETEKNOLOGI OG LIVSVITENSKAP SOM NÆRING

Helseindustrien utvikler og produserer produkter og løsninger til bruk i behandlingen av pasienter og omsorgstrengende. Helseindustrien skaper verdier langs tre akser:

- Som **næring** gjennom lønnsomme arbeidsplasser og eksportinntekter
- For **pasienter og innbyggere** gjennom god helse, lange liv og høy yrkesdeltakelse
- For **helsevesenet** gjennom kvalitet og effektivitet

Norsk helseindustri i tall

Helseindustrien består av flere bransjer: legemidler (inkl. vaksiner og invitro-diagnostikk), medisinsk utstyr, digital helse og distribusjon.

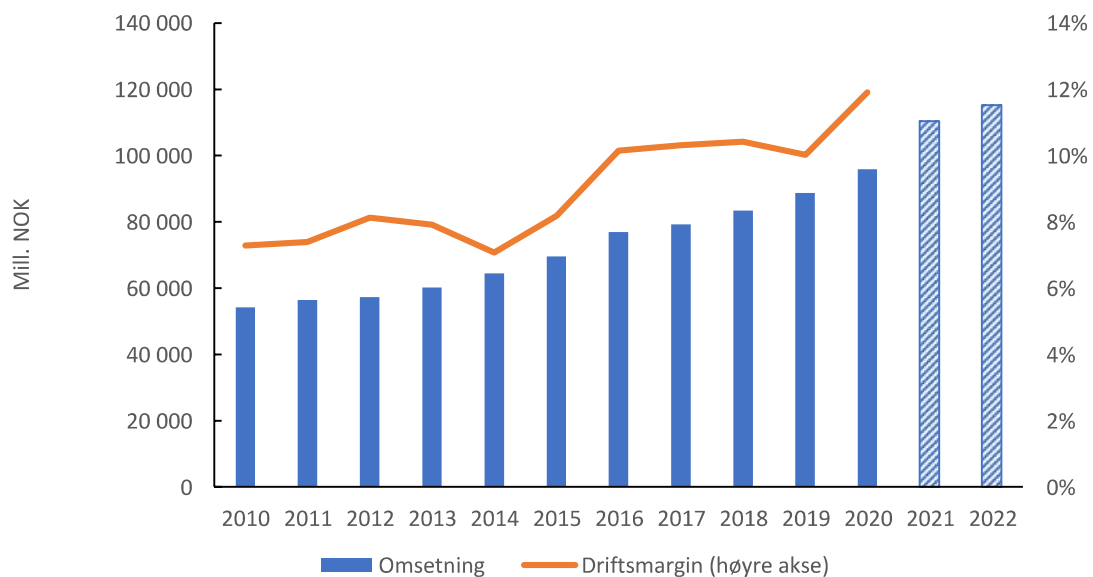
Vi vil i dette innspillet skille mellom Helseindustrien og Helsenæringen på følgende måte:



Omsetning

Samlet omsetning for helseindustrien i 2020 var på rundt 96 milliarder kroner. Dette er en økning på nærmere syv milliarder kroner fra 2019, og tilsier en omsetningsvekst på åtte prosent.

Helseindustriens omsetning har vokst med over 90 prosent de siste ti årene.



Helseindustriens samlede driftsmargin har de siste fire årene ligget på rundt 11 prosent. Til sammenligning var driftsmarginen for helseindustrien omtrent åtte prosent i årene 2010 til 2015. Dette peker på en stadig mer lønnsom helseindustri, hvor bedriftene får mer igjen for hver omsatt krone i dag sammenlignet med tidligere.

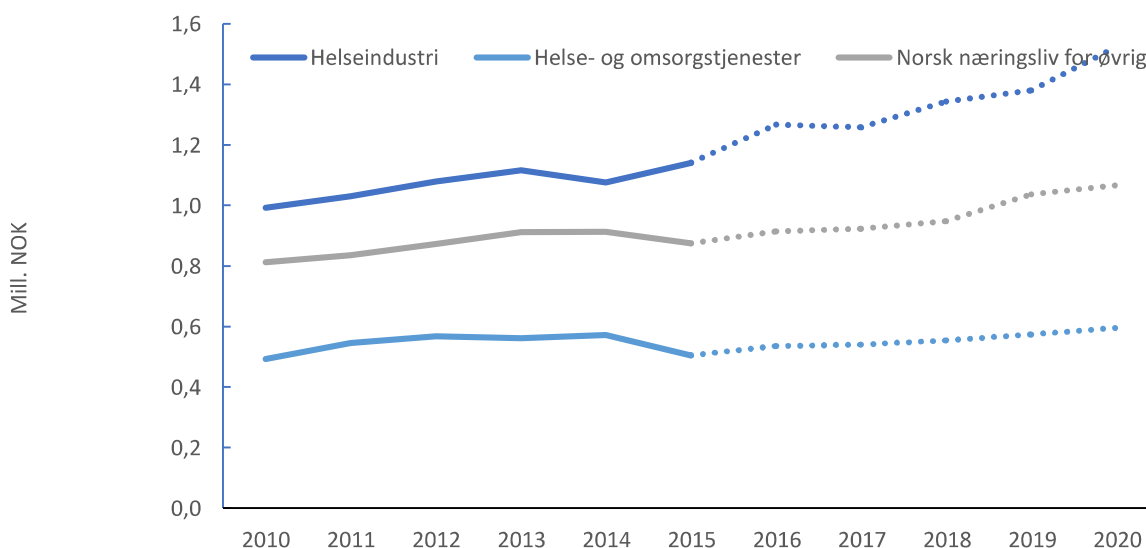
Verdiskaping

I perioden fra 2010 til 2020 har verdiskapingen i helseindustrien steget fra 14,8 til 27,7 milliarder kroner. Dette tilsvarer en vekst på 87 prosent og en gjennomsnittlig årlig vekstrate på 6,5 prosent.

	2010	2020	Endring	Endring %
Digital helse	0,8	1,7	0,9	113 %
Legemidler	7,0	14,8	7,8	111 %
Medisinsk utstyr	3,4	4,6	1,2	36 %
Distribusjon	3,6	6,6	3,0	83 %
Totalt	14,8	27,7	12,9	87 %

Produktivitet i helseindustrien

Produktiviteten i helseindustrien ligger betydelig høyere enn i virksomhetene i helse- og omsorgstjenestene så vel som for det øvrige næringslivet i Norge.



HELSEINDUSTRI ER EKSPORTINDUSTRI

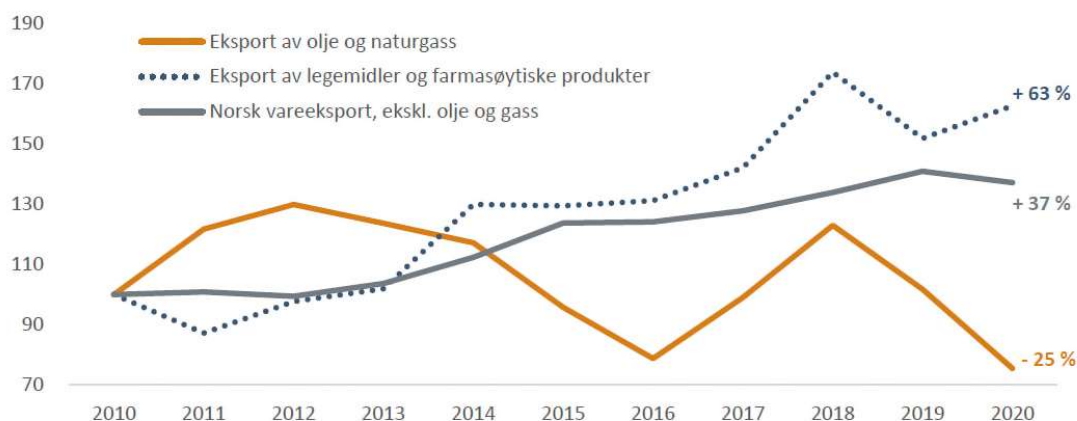
Helseindustriens samlede eksportinntekter i 2021 er anslått til 27,2 mrd. kroner. Dette er til sammenligning nesten 60 prosent høyere enn verdien av Norges krafteksport samme år. Norske helseindustribedrifter med produksjon i Norge har høyere omsetningsvekst enn bedriftene som ikke har produksjon i Norge.

Utviklingen av norsk helseindustrieksport

Av SSBs handelsstatistikk har Menon hentet ut den historiske utviklingen i eksporten av ulike varetyper. Det lar seg imidlertid ikke gjøre å isolere den fulle bredden av varetyper som produseres av helseindustrien og dermed tallfeste eksporten basert på denne statistikken. Varetypen som best

dekker helseindustrien i SSBs statistikk, er eksporten av legemidler og farmasøytiske produkter. Forskjellen mellom SSBs og Menons anslag for eksportutviklingen i 2020 skyldes at datagrunnlaget som er anvendt i Menons rapport¹ favner langt bredere enn tallgrunnlaget som inngår i SSB-dataene. I 2020 beløp eksporten av denne typen produkter seg til i underkant av 7,3 mrd. kroner. Dette tilsvarer i overkant av 40 prosent av vårt anslag for eksporten fra norske legemiddelbedrifter i 2020. Selv om dataserien fra SSB kun representerer en andel av den samlede eksporten fra helseindustrien, er denne tidsserien trolig en god indikator for hvordan eksporten fra norske legemiddelprodusenter har utviklet seg de siste årene. Denne utviklingen er illustrert nedenfor.

Figur 4-3: Utvikling i norsk vareeksport. Indeksert utvikling i eksportverdi. 2010=100. Kilde: SSB

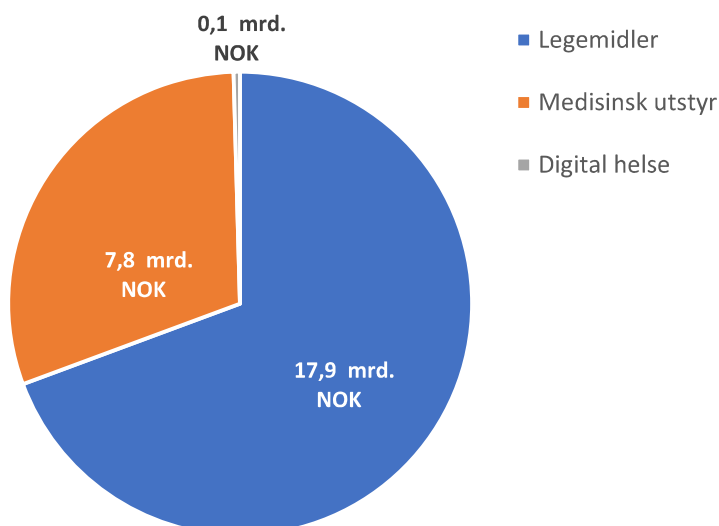


Av Figur 4-3 ser vi at verdien av norsk eksport av legemidler og farmasøytiske produkter har steget med over 60 prosent den siste tiårsperioden. Til sammenligning har verdien av olje- og gasseksporten variert betydelig. Dette må sees i sammenheng med fluktuasjoner i både olje- og gasspriser og valutakurssvingninger. Det er særlig interessant å observere at verdien av legemiddeleksporten *økte* i 2020.

Legemiddelbedriftene dominerer blant eksportører i helsenæringen

Helseindustriens eksportinntekter fordeler seg skjevt mellom de ulike bransjene. Bedrifter i legemiddelbransjen står for over 70 prosent av helseindustriens samlede eksport og fire av fem av de største eksportbedriftene i helseindustrien er legemiddelselskaper. Produsenter av medisinsk utstyr sto i 2021 for 28 prosent av helseindustriens eksport, mens aktører innen digital helse dekker den resterende andelen (under én prosent).

¹ MENON-PUBLIKASJON NR. 45/2021



Kilde: Menon

Det er innenfor kreftområdet vi finner den høyeste eksporten

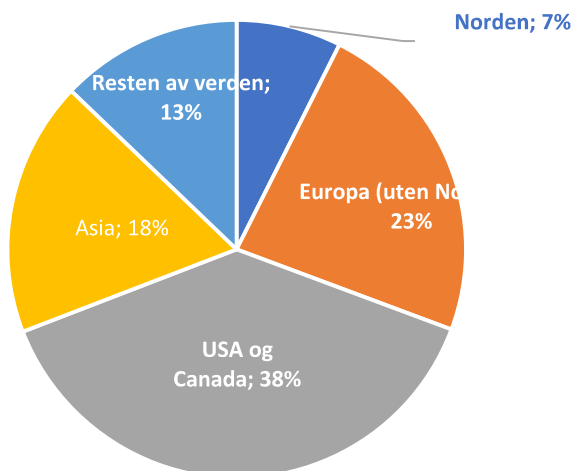
Menon har i spørreundersøkelser for helseindustrien undersøkt hvilke sykdomsområder bedriftene eksporterer helseteknologi til. Det er tre områder som skiller seg ut: kreft, hjerte- og karsykdommer samt hjerne og nervesystem.

Det er innenfor kreftområdet vi finner den høyeste *eksportandelen* med 34 prosent. Dette betyr at én tredel av de samlede inntektene til bedriftene som oppgir at de utvikler og produserer teknologi rettet mot kreftsykdommer kommer fra eksportmarkeder.

Hvilke regioner eksporteres det til

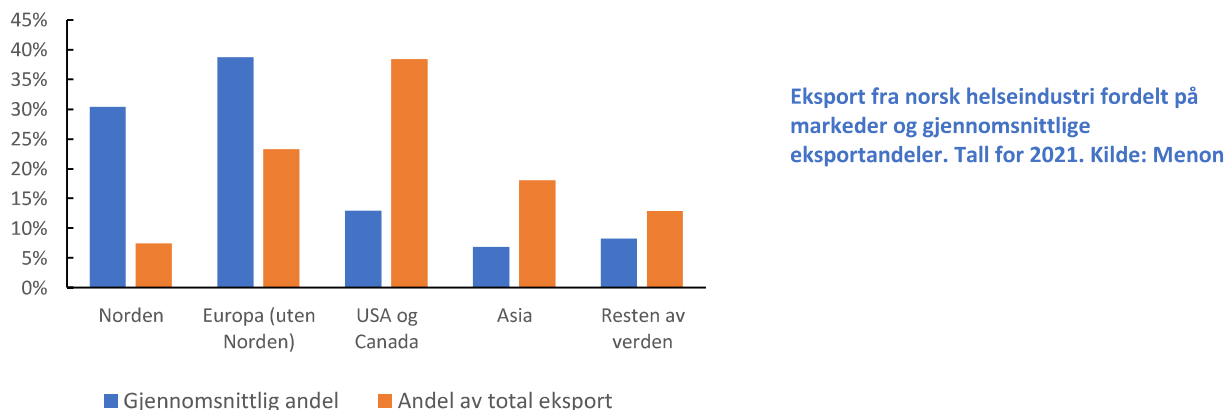
Den norske helseindustriens eksportmarkeder er spredt over hele verden. Nesten 70 prosent av helseindustriens eksport i 2021 gikk til markeder utenfor Europa.

Eksport fra norsk helseindustri i 2021, fordelt på destinasjonsmarkeder. Kilde: Menon



Målt i samlet eksport er det USA og Canada som er det største eksportmarkedet for norsk helseindustri. Som det fremkommer av figuren over, var USA og Canada destinasjon for 38 prosent av eksporten fra den norske helseindustrien i 2021.

Der Norden er et viktigere marked for de små eksportbedriftene, er særlig USA og Canada og Asia regioner som skiller seg ut ved å være vesentlig viktigere for de store eksportbedriftene. Figuren nedenfor viser både den *gjennomsnittlige eksportandelen* og *andelen av total eksport* til ulike regionale markeder.



VEKSTPOTENSIALET FOR NORSK HELSEINDUSTRI

Enorme vekstmuligheter i det globale markedet for helse- og bioteknologi

Et grovt anslag, basert på en rekke ulike rapporter og kilder, anslår omsetningen i det globale helsemarkedet i 2020 til i underkant av 2 000 mrd. dollar – dvs. på i underkant av 20 000 mrd. norske kroner.² Med en samlet omsetning i den *norske* helseindustrien i 2020 på i underkant av 100 mrd. kroner representerer den norske helseindustrien kun mellom 0,4 og 0,6 prosent av det globale markedet.

At den norske helseindustrien utgjør godt under én prosent av det globale helseindustrimarkedet, målt i omsetning, illustrerer at det er *utenfor* Norge det virkelige store vekstpotensialet for helsenæringen ligger.

Det er i hovedsak tre årsaker til at helseindustrien er en interessant næring å satse på for Norge: Den første årsaken er den **høye vekstraten i næringen**. For det andre er helseindustrien **svært produktiv**. Dette er delvis forklart av at industrien er kapitaltung og produserer bearbeidede varer man ikke er avhengig av naturgitte fortrinn, men vitenskapelig kompetanse for å lykkes. Ingen andre fastlandsnæringer er like dominerende blant de mest produktive industribedriftene som bedrifter innen helsenæringen.³ Den siste grunnen er at helseindustrien er en **etablert og solid næring**, som med riktig satsing, kan bli en betydelig bidragsyter for å doble eksporten fra fastlandsnæringene innen 2030.

Norge kan ta en større del av det globale markedet

For at den norske helseindustrien skal øke sin markedsandel i det globale helsemarkedet de neste årene, må veksttakten i den norske helseindustrien økes. Det må bygges opp under de delene av

² Bl.a. McKinsey (2020), statista.com og Global Pharmaceuticals Industry Report 2021.

³ MENON-PUBLIKASJON NR. 125/2022

helseindustrien der vi allerede er gode, og videreutvikle områder der vi har fortrinn til å ta en ledende posisjon.

Det å øke eksporten fra norsk helseindustri, og ta markedsandeler i det globale helseindustri-markedet, kan imidlertid ikke sees isolert fra hjemmemarkedet.

Eksempler der Norge allerede har en god posisjon internasjonalt er radiofarmasi, onkologi og ultralyd diagnostikk.

Se vedlegg for norske eksportbedrifter som lykkes med eksport.

Framtidsscenarier for eksport basert på Menons analyser

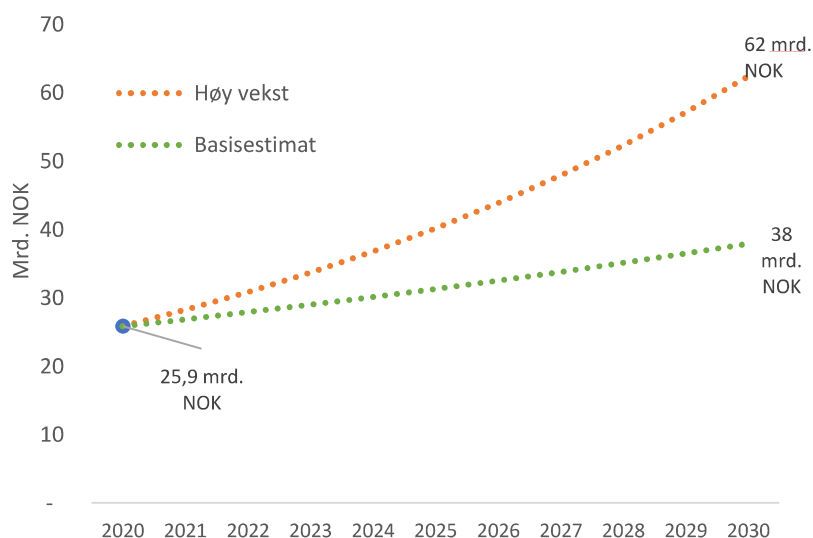
Driverne:

- Det er ventet at den høye veksten man har sett i det globale helsemarkedet oppgjennom de siste tiårene skal fortsette også frem til 2030. Dette som følge av befolknings- og velstandsvekst, en generell aldring av befolkning i store og viktige markeder samt et økende omfang av livsstils- og kroniske sykdommer i Vesten.
- Et økende fokus på bærekraftig produksjon og et ønske om å redusere produksjonen av kritiske virkestoff og legemidler i India og Kina, legger til rette for en sterk vekst i norsk helseindustrieksport det neste tiåret.

Det er imidlertid ikke gitt at norsk helseindustrieksport skal beholde eller øke sin markedsandel. Dersom EU tar grep for å styrke sin beredskaps- og selvforsyning, kan flere store norske bedrifter komme under press. Store deler av eksporten fra den norske helseindustrien er i dag konsentrert til et lite antall bedrifter. Om kun noen få av de største eksportbedriftene flytter hele eller deler av sin produksjon til utlandet, vil dette ha en betydelig effekt på de aggregerte eksporttallene til næringen.

Menon har derfor laget to vekstbaner for utviklingen i norsk helseindustrieksport de neste ti årene. Basisestimatet illustrerer et konservativt anslag. Prognosen legger til grunn en lavere vekst i eksport sammenlignet med basisestimatet for omsetningsvekst de neste ti årene, noe som innebærer at den norske helseindustriens eksportandel vil reduseres frem mot 2030. Dette er ment å synliggjøre risikoen for at den norske helseindustrien møter på vanskeligere markedsvilkår de neste ti årene, i et globalt marked som like fullt vil vokse betydelig.

Scenarioer for eksportutvikling i norsk helseindustri (utvikling i eksportvolum). Tall i mrd. NOK. Kilder: Damvad Analytics og Menon



Høyvekstscenariot synliggjør eksportpotensialet i helseindustrien, forutsatt at det legges til rette for økt produksjon i Norge.

Vekstbanen, som er ekvivalent med en gjennomsnittlig årlig eksportvekst på 9,2 prosent, har en høyere vekst enn vekstanslaget for det globale helseindustrimarkedet. Høyvekst innebærer derfor at den norske helseindustrien de neste ti årene vil øke sin andel av det samlede helseindustrimarkedet. Dette anslaget bygger i stor grad på en vekstprognose produsert av Damvad Analytics for den danske helseindustrieksporten. Det sentrale premisset for høyvekstscenariot er at rammevilkårene for helseindustrien styrkes.

Den norske helseindustrien er lite utviklet målt opp mot industrien i andre sammenliknbare land i Europa. Dersom Norge evner å utvikle industrien videre mener vi at det er et stort potensial for høyvekstscenariot nås.

TILTAK FOR Å ØKE NORSK HELSEINDUSTRIEKSPORT

Økt produksjon i Norge av bio- og helseteknologiske produkter vil bidra til økt eksport, siden disse produktene har globale markeder. Denne årsakssammenhengen går imidlertid begge veier. Styrkes rammevilkårene for norsk eksport øker også produksjonen i Norge.

Helseindustrien karakteriseres av lange utviklingsprosesser, strenge og omfattende godkjenningsprosedyrer og ofte sterk kjøpermakt. Dette gjør at bedrifter i helseindustrien står overfor særegne utfordringer. Bedriftene trenger derfor tilpassede virkemidler slik at de styrker helseindustriens konkurransekraft.

Ulike eksportbarrierer for de ulike bransjene

De største barrierene for eksport er:

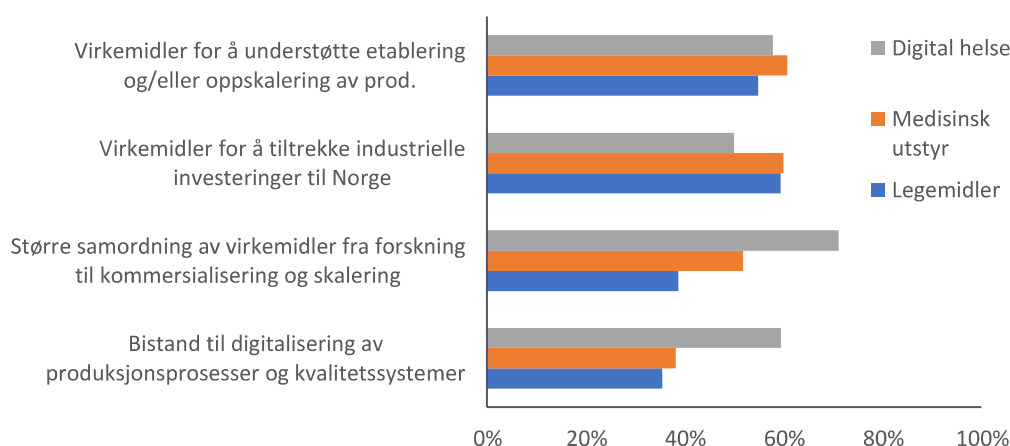
- mangel på offentlig finansierte risikoavlastningsordninger ved utvikling og bygging av test- og produksjonsanlegg
- manglende produksjonsfasiliteter i test- og skaleringsfasen (kommersialisering) for legemiddelprodusentene (biotek)
- manglende og svake referanser i hjemmemarkedet for e-helse og helseteknologi

Indirekte eksporttiltak

Det er fem nøkkeltiltak som norske myndigheter og helseindustrien sammen må sette i verk for at flere selskaper skal kunne produsere i Norge og dermed øke eksporten.

- Øke vertskapsattraktivitet og rammevilkår som gjør at internasjonal industri vil legge ny produksjon til Norge. For eksempel kan Invest in Norway med fordel benyttes for å tiltrekke industrielle investeringer til Norge.
- Infrastruktur for forskning, utvikling, pilotering og testing for å utvikle kompetanse og fremme ny bedriftsdannelse og eksport.
- Styrke hjemmemarkedet og bedre tilgangen til helsedata.
- Sikre tilgang på spesialisert arbeidskraft, herunder industriell farmasøytisk kompetanse.
- Vri fokuset i eksisterende virkemidler fra tidlig innovasjon til å i større grad støtte bedriftene i senere utviklingsfaser og i kommersialiseringsfasen.

Det er bred enighet om behovet for **produksjonsrettede** virkemidler for å tiltrekke industrielle investeringer til Norge



Andel av bedriftene som svarte «stor effekt» eller «svært stor effekt» på bedrifters beslutning om å produsere i Norge de neste 5 årene, fordelt på bransje. Kilde: Menon Economics

Direkte eksportfremmende tiltak

Bedriftenes eksport kan også stimuleres **direkte**, for eksempel gjennom rådgivning, ute-apparatets «døråpner-funksjon», fasilitering av delegasjoner og messedeltakelse, profilering av norske produkter/tjenester, formidling av markedsinformasjon, samt eksportfinansiering i form av kreditt og garantier.

En betydelig andel av eksportbedriftene i helseindustrien har i Menonrapporter trukket frem kostnadene ved nødvendig representasjon i eksportmarkedene samt manglende bistand fra virkemiddelapparat og ambassader som sentrale barrierer i eksportmarkedene. Dette er et uttrykk for at eksportbedriftene har erfart at lokal markedskunnskap og relasjoner til kunder og andre beslutningstakere er helt sentralt for å lykkes i utenlandsmarkedene, men at tilgangen på den rette kompetansen mangler og at kostnadene til denne kompetansen er høye. Bedriftene etterspør her mer og bedre bistand til å få tilgang til relevante nettverksarenaer for å møte kunder. Dette innebærer en høyere prioritering av helsefeltet i det relevante utegående virkemiddelapparatet og i ambassadene.

Helt konkret etterspørres en høyere prioritering av norske myndigheter av å fremforhandle handelsavtaler med store og viktige markeder. Norge er ikke automatisk en del av avtalene som EU fremforhandler med tredjeland, selv om Norge har en handelsavtale med EU direkte. Resultatet av at Norge ikke har fremforhandlet slike avtaler er at norske bedrifter har dårligere markedsadgang og høyere kostnader i store og viktige utenlandsmarkeder enn konkurrenter med produksjon i EU-land. En fremforhandling av handels-avtaler med alle landene som EU i dag har slike avtaler med vil øke konkurransekraften til norske eksportører og dermed legge til rette både økt produksjon i Norge så vel som økt eksport.

Avhengigheter for å utvikle en konkurransedyktig helseindustri

Forskningsmiljøer og instituttkompetanse

Tre av fire av bedriftene i den norske helse-industrien at de opplever at «forskningsmiljøene i Norge holder et høyt internasjonalt faglig nivå, og at det er lett å etablere samarbeid om forskning og innovasjon med disse miljøene».

Norske forskningsinstitutter har lang erfaring og har spilt viktige roller i utvikling og industrialisering av norsk helseindustri. Mange av de viktige fremskrittene i nyere tid skjer når ulike fag og teknologier utnyttes effektivt sammen, slik som mikro- og nanoteknologier, bioteknologi, basale medisin- og digitalteknologier som kunstig intelligens. Forskningsmiljøene, og særlig instituttsektoren, er satt opp for å kunne gi tilgang på muliggjørende kompetanse for industriutvikling i både oppstarts- og etablerte bedrifter. Forskningsinstituttene hjelper industrien med tilgang på bredde- og flerfaglig ekspertise, og driver kontinuerlig oppbygging av ny teknologi, infrastruktur og kompetanse tilpasset kommende industribehov. Forskningsinstituttene har utviklet og forvalter avansert infrastruktur for forskning og utvikling, blant annet avanserte bioteknologi- og mikrofabrikasjonslaboratorier, radiofarmasi, og analysetjenester. En industri-rettet styrking av fasiliteter for testing og pilotering for helseindustri bør bygge på eksisterende sterke kompetansemiljøer innen relevante teknologier.

Å sikre at det faglige nivået innen områdene som norske medisinske forskningsmiljøer allerede har en internasjonal posisjon innenfor, samt tilrettelegge for samarbeid mellom disse fagmiljøene og industriaktører, vil bidra til utviklingen av nye innovasjoner og dermed også berede grunnen for et økt omfang av kommersialisering og internasjonal ekspansjon.

Økosystemet

Den gode kvaliteten og samarbeid med forskningsinstitusjonene er et viktig fortrinn ved å legge industriell produksjon i Norge. Norske bedrifter trekker også fram klyngene som et viktig positivt fortrinn ved produksjon i Norge. En betydelig del av helsenæringen stammer fra, og har tett kontakt med forskningsmiljøene i og rundt de store universitets-/universitetssykehusbyene. Disse områdene er viktige innovasjonstynghedfelt med kapitaltilgang, gründerkultur, inkubatortjenester, regulatorisk kunnskap, studenter, forskningsmiljøer og tilgang på relevante kliniske miljøer for utvikling og utprøving. Dette er også med på å skape vertskapsattraktivitet for internasjonale bedrifter som vurderer å etablere seg i Norge.

Hjemmemarkedet

Store deler av helseindustrien er i dag avhengig av hjemmemarkedet, herunder tjenesteleverandører i helsesektoren. Det er en gjensidig avhengighet mellom helseindustriaktører og tjenesteleverandørene i helsesektoren. Jo bedre norske bedrifter lykkes i å utvikle og selge produkter i internasjonale markeder, desto bedre vil industrien være i stand til å betjene sykehus og andre behandlingsaktører i Norge. Og jo mer de store tjenesteleverandørene i helsesektoren i Norge – både private og offentlige – kan bidra til innovasjon og produktivitet i den norske helseindustrien, desto bedre grunnlag får industrien for å lykkes internasjonalt.

Sak 52/6/2022**Forskrift om nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata**

Type sak	Diskusjonssak/Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Katrine Rolid
Vedlegg	1. Utkast til innspill til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata 2. Høring: Forslag til forskrift om nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata

Tidligere behandlet**Bakgrunn**

Helsedata som nasjonalt fortrinn er én av ti satsingsområder og lettere tilgang til, og økt utnyttelse av helsedata én av hovedprioriteringene i HelseOmsorg21-strategien fra 2014.

I rådets handlingsplan for 2022 og 2023 er følgende hovedmål og delmål formulert:

Hovedmål/ønsket fremtidsbilde:	Delmål:
Offentlige og private aktører utnytter helsedata til forskning og innovasjon	- Bidra til realiseringen av Helsedataservice og Helseanalyseplattformen - Bidra til økt kunnskap om og bedre samordning av de ulike lover og regulering for eierskap, forvaltning og bruk av helsedata

Rådet ga [innspill til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata \(Helseanalyseplattformen og Helsedataservice\) i 2021](#). Helse- og omsorgsdepartementet har nå sendt på høring et forslag til forskrift om nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata, se vedlegg 2. Forskriften er viktig med hensyn til oppnåelse av målbildet i handlingsplanen til rådet som er nevnt over. Forskriften skal overføre vedtaksmyndighet ved tilgjengeliggjøring av helsedata i helseregistre, til Direktoratet for e-helse ved Helsedataservice.

Hvorfor saken fremmes

Saken fremmes for å følge opp rådets forrige innspill om tilgjengeliggjøring av helsedata og slik at innspillet kan sendes inn innen fristen 2. desember.

Hovedpunkter

Overføring av vedtaksmyndighet ved tilgjengeliggjøring av helsedata i helseregistre til Direktoratet for e-helse ved Helsedataservice, vil gjøre saksbehandlingen raskere og enklere for forskere og andre som søker om tilgang til helsedata. Økt sekundærbruk av helsedata kan bety svært mye for pasienter og befolkningen for øvrig. Mulige gevinster er bedre behandlinger, bedre helse- og omsorgstjenester og muligheter til å forebygge sykdom i en større grad enn i dag.

Innspillet til denne høringen har tatt utgangspunkt i de bestemmelsene som departementet særlig ber om en vurdering av:

§ 3 første ledd bokstav n) om inkludering av beredskapsregistre (høringsnotatet punkt 5.4.2)

§ 6 om sammenstillinger (høringsnotatet punkt 5.5.3)

§ 7 om overføring av myndighet til å gi dispensasjon fra taushetsplikten (høringsnotatet punkt 5.6)

§ 10 tredje ledd bokstav b om registerforvalternes forskning på data i eget register (høringsnotatet punkt 5.11.4)

Utkastet er basert på innspillet rådet sendte inn til høringen i 2021.

Rådet bes om å diskutere det fremlagte utkastet, se vedlegg 1.

Forslag til vedtak

Rådet slutter seg til innspillet med de kommentarer som kommer frem på møtet.

Vår saksbehandler/ Katrine Rolid

Vår ref.

Oslo,
28.11.2022

Deres ref.

Høringssvar fra HelseOmsorg21-rådet til forslag til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata

HelseOmsorg21-rådet (rådet) er en nasjonal dialogarena mellom den offentlige sentrale helseforvaltningen, offentlige helse- og omsorgstjenester, universitets- og høyskolesektoren, kommunal sektor, instituttsektor, privat sektor og brukerorganisasjoner.

Rådet har tidligere sendt inn høringssvar til denne forskriften og svarer med dette ut departementets ønsker om en særskilt vurdering av:

§ 3 første ledd bokstav n) om inkludering av beredskapsregistre (høringsnotatet punkt 5.4.2)

Rådet støtter at beredskapsregisteret skal inkluderes i løsningen i Direktoratet for e-helse. C19 er et register som kan ha stor betydning for flere, viktig at dette registeret er tilgjengelig på lik linje som andre registre.

Rådet stiller spørsmålsteget ved om hvorfor kun befolkningsundersøkelser fra FHI skal inkluderes. I Norge har vi flere befolkningsundersøkelser som Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) og Tromsø-undersøkelsen, som er svært viktige helsedata for befolkningen.

Som i forrige høringsrunde mener rådet det er viktig at også andre helsedata enn kun registerdata gjøres tilgjengelig. Dette vil gjelde pasientgenererte data i form av sensordata, PROM/PREM, genetiske data, ustrukturert journalinformasjon i form av bilder og tekst eller andre typer data.

§ 6 om sammenstillinger (høringsnotatet punkt 5.5.3)

Rådet støtter at Direktoratet for e-helse får vedtaksmyndighet for tilgjengeliggjøring på samme vilkår som de respektive registerforvalterne har i dag samt at Direktoratet for e-helse kan beslutte hvordan de ulike opplysningene i registrene skal tilgjengeliggjøres. Dette vil spare tid og ressurser for registerforvalternes andre oppgaver og det er sannsynlig at dette også vil være gunstig for den som har søkt om data. Rådet stiller seg positiv til lukkede analyserom for sikring av personvern. I tillegg støttes forslaget om Direktoratet for e-helse som en sentral nøkkelforvalter.

Ad punkt 5.5.5 rådføring med registerforvalterne. Et godt samarbeid mellom de respektive registerforvalterne og Direktoratet for e-helse er helt nødvendig. Det er registerforvalterne som nå sitter med den tyngste kompetansen om de ulike registrene samt metoder for å sammenstille dataene. Målet er å bygge opp solid kompetanse i Helsedataservice slik at Direktoratet for e-helse på sikt skal bli mer selvstendig og være en nasjonal kompetanseenhet med dedikert fagkompetanse. Det vil likevel være

nødvendig med samarbeid mellom de ulike instansene, da registerforvalterne vil være de som til enhver tid har best faglig oversikt og dybdekunnskap om de ulike registrene.

§ 7 om overføring av myndighet til å gi dispensasjon fra taushetsplikten (høringsnotatet punkt 5.6)

Rådet støtter at Direktoratet for e-helse skal kunne gi dispensasjon fra taushetsplikten. Dette støttet rådet også i forrige høringsrunde.

§ 10 tredje ledd bokstav b om registerforvalternes forskning på data i eget register (høringsnotatet punkt 5.11.4)

Rådet var i forrige runde skeptiske til å gjøre unntak fra Direktoratets vedtaksmyndighet for offentlige virksomheter for bruk av data til oppgaver utenfor forskning, da dette ikke synes å være i tråd med målet om en felles plattform med tilgang til data. Videre er det som tidligere nevnt viktig at en ikke sedimenterer et kunstig skille mellom forskning som en nødvendig del av utvikling av kvalitet og ordinær bruk av data i kvalitetssikring. Rådet forstår at registerforvalterne har behov for enkel tilgang til egne data og støtter forslaget når dette gjelder data som ikke skal sammenstilles med data fra andre registre.

Med vennlig hilsen

HelseOmsorg21-rådet

Sak 53/6/2022

Evaluering av HO21-konferansen 2022

Type sak	Diskusjonssak/Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Hege Strand Mikkelsen og Henrietta Blankson
Vedlegg	1. <i>Innspill til temaer rådet kan ta tak i</i> 2. <i>Kommentar, politisk redaktør i Kommunal rapport</i>
Tidligere behandlet	

Bakgrunn

En av HelseOmsorg21-rådets viktige oppgaver er å bringe ulike aktører sammen, etablere møteplasser og skape dialog. Rådet har det siste året synliggjort sitt arbeid med å sette dagsorden, arrangere møteplasser og bli en ettertraktet stemme i samfunnsdebatten på relevante områder. Med det som bakteppe ble HelseOmsorg21-konferansen gjennomført 31. oktober 2022. Konferansens mål var blant annet 1) å bidra til å skape en prosess og sette retning for dialog om en bærekraftig helsetjeneste, 2) øke forståelsen av hva en bærekraftig helsetjeneste er og elementer som er viktige for å nå det ønskende fremtidsbildet for den norske helsetjenesten og 3) øke forståelsen av endringsbehovet og stimulere til økt omstillingstempo.

Ca. 340 var påmeldt konferansen, hvorav i overkant av 60 % hadde meldt fysisk deltagelse.

Hvorfor saken fremmes

Saken fremmes for å diskutere hva rådet kan lære av konferansen, både med hensyn til faglige innspill, innretning og gjennomføring. Saken vil danne grunnlag for kommende arrangementer og kommunikasjons tiltak i tillegg til å bli trukket inn i rådets videre arbeid.

Hovedpunkter

Evaluering av konferansen. I etterkant av konferansen ble det sendt ut en spørreundersøkelse til påmeldte deltagere. Det ble purret én gang. 119 svarte på undersøkelsen (per 17.11.2022).

Deltagerne var i hovedsak veldig fornøyd med konferansen. På en skala fra 1 til 5 der 5 var best, fikk arrangementet totalt sett en score på 4,3. Involvering av deltagerne var det deltagerne var minst fornøyde med (score 3,2).

Resultatene fra undersøkelsen blir presentert på møtet.

Forslag til temaer HO21-rådet bør ta opp på senere konferanser. I undersøkelsen ble det spurt om forslag til temaer som rådet bør ta tak i. Sekretariatet har sortert innspillene i noen hovedkategorier, se vedlegg 1.

Rådet bes diskutere om det er noen av innspillene rådet særskilt bør ta tak i og arbeide med, enten i kommende diskusjonssaker og/eller som arrangementer.

Når det gjelder kommende arrangementer foreslås det at sekretariatet, basert på diskusjonen og med bakgrunn i rådets handlingsplan, forbereder en sak om formidlings- og dialogaktiviteter i 2023 til neste rådsmøte.

Medieoppslag og formidling. Kommunal Rapport, Dagens Medisin og HealthTalk var invitert til konferansen. Politisk redaktør i Kommunal Rapport deltok hele dagen og har i etterkant publisert en sak om konferansen, se vedlegg 2. I tillegg deltok journalister fra Fagbladet. Konferansen har vært omtalt i sosiale medier av flere aktører.

Sekretariatet arbeider nå med en kronikk med utgangspunkt i sesjonen om Ulikhet i helse, helsekompetanse og inkludering.

Rådet bes diskutere andre mulige kommunikasjonsiltak.

Annet. I forbindelse med konferansen ble det utviklet en ny profil og nye grafiske elementer for HelseOmsorg21-rådet. Dette er utviklet med tanke på gjenbruk ved senere anledninger.

Forslag til vedtak

Rådet ber sekretariatet følge opp konferansen og innspillene hentet inn ved spørreundersøkelsen i tråd med diskusjonen.

Innspill fra konferansedeltagere om tema rådet bør ta tak i

Bærekraft

- Hva betyr det egentlig at helse- og omsorgstjenesten skal jobbe bærekraftig
- Kompetanseløftet 2025
- Klimakrisen – hvordan påvirker det sektoren
- Overbehandling

Prioriteringer

- Hva skal vi gjøre mer / hva skal vi gjøre mindre av i framtiden
- Hva er kvalitet i helse- og omsorgstjenesten
- Kostnadseffektivitet og påvirkning på kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.
- Hvem bør sette retning og eie prosessene som sikrer løsninger på felles utfordringer
- Prioriteringer i praksis
- Hvordan får vi til utvikling i fellesskap
- Innbyggernes forventninger – hva har en rett på av hjelp og hvor god kvalitet

Sosial ulikhet i helse

- Tverrfaglig perspektiv – hva betyr det for helsetjenestene i praksis (planlegging, innovasjon, forskning)
- Hvordan utjevne sosiale helseforskjeller – hva virker

Helsekompetanse

- Helsekompetanse og samvalg/pasientmedvirkning
- Hvordan sikre god informasjon for pasient, bruker og helsepersonell gjennom hele forløpet

Brukermedvirkning

- Perspektiv fra pasientorganisasjoner, bruker- og pårørendemedvirkning som tema
- Hvordan bruke familien, pårørende familien på en mer effektiv måte
- Hvordan få til gode brukere og pårørendeundersøkelser
- Bruk av design og tjenstedesign i møte med helse- og omsorgstjenestens utfordringer

Forebygging

- Samfunnspolitikk og helsepolitikk
- Erfaringsdeling mellom kommuner om arbeid med fysisk og psykisk helse
- Hvordan faktisk vri tjenestene fra behandling til forebygging

Kroniske lidelser og sammensatte behov

- Hvordan skal vi jobbe med rehabilitering og kronikere – se på nye løsninger
- Funksjonsnivå for kronikere
- Hvordan få oversikt over effekter av tjenestene som blir gitt til kronikere
- Hvordan vil fremtidens utfordringer påvirke tjenester til personer med utviklingshemming, de sykeste og mest skrøpelige, de med kompliserte og sjeldne diagnoser, sammensatte behov.
- Alternativ smertebehandling – ikke bærekraftig bruk av opiater, referanse til høye selvmordstall
- Spesielle utfordringer knyttet til sjeldne og kompliserte diagnoser med sammensatte behov

Utdanning og profesjoner

- Samarbeid på tvers av utdanninger og institusjoner om for eksempel bærekraft, kunnskapstranslasjon og tverrfaglighet
- Hvordan i praksis bryte ned murer/siloer mellom profesjoner – utnytte knappe ressurser
- Hvordan spre nyutdannedes nye kompetanse i organisasjonene
- Er oppgaveglidning ressursbesparende og kvalitetsforbedrende? Konkrete eksempler.
- Hvordan utnytte flere profesjoners kompetanse: for eksempel fysioterapeuter kan overta fastlegenes oppgaver med muskel- og skjeletthelse.
- Hvilket ansvar har helsetjenesten for profesjonsutdanningene i akademia og masteroppbygging
- Læringsutbytter, RETHOS
- Fastlegerollen i endring. Utvikling i Norge i et europeisk perspektiv

Kunnskap

- Hvordan sørge for livslang læring i helse- og omsorgstjenestene
- Løfte fram kunnskap/forskning/kunnskapsoppsummeringer fra kommunal sektor
- Forskningsgrunnlag – hva vet vi nå og hvordan skal vi komme oss videre
- Kunnskapsbehov fremover
- Hvordan løfte kunnskap fra nye forskningsresultater inn i helsetjenesten

Teknologi og digitalisering

- Hvordan kan digitalisering/teknologi anvendes i hverdagen
- AI – praktiske eksempler
- AI – implikasjoner for framtiden, utfordringer og muligheter
- Leverandører og anskaffelsesprosesser
- Helseanalyse
- Datatilgang
- Strukturerte journalløsninger

Samhandling

- Samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste – hva er "god nok" behandling
- Samhandling mellom sykehus
- Samhandling mellom tjenester i kommunesektoren
- Samhandling og "kobling" mellom somatisk og psykisk helse
- Hvilken rolle kan helsenæringen ha ifm. samhandling

Privat-offentlig samarbeid

- Hvordan kan private (og små) bedrifter samarbeide med offentlig sektor
- Resultater fra gode samarbeidsprosjekt – eksemplifisere
- Privat-offentlig forskning

Skalering, implementering, insentiver, finansiering

- Hvordan praktisk implementere løsninger i helse- og omsorgstjenestene
- Hvordan implementere kunnskapsbaserte behandlinger og intervensjoner som er effektive
- Juridiske aspekter ved implementering av nye løsninger
- Organisatoriske og teknologiske barrierer for skalering
- Incentiver og finansiering av innovasjon
- Produksjon i Norge
- Implementeringsforskning og praksis

KOMMENTAR



Prioriteringsdebattene kommer bare til å bli viktigere. Både nasjonale og lokale politikere må ruste seg for tøffere tak her. Kan vi virkelig gjøre mer for mindre?

Helse og omsorg: Ra

Teknologi, større krav til enkeltmennesket og mer samarbeid. Det er stikkord for framtidens helse og omsorg. Men **IKKE GLEM** ledelse og prioritering.



Agnar
Kaarbø

Politisk redaktør i Kommunal Rapport
agnar@kommunal-rapport.no

Dette er en rapport fra framtiden. Mer presist fra et seminar om hva som kan vente oss der. Temaet var formulert som et spørsmål: Hvordan kan vi skape et samfunn som fremmer helse, økt livskvalitet for den enkelte og bærekraft i helsetjenesten?

Sa jeg spørsmål? Det er et kinderegg av en ambisjon. Samfunn, enkeltmenneske og system skal gå opp i en høyere enhet av tilfredshet. Er det mulig, undres jeg på vei inn i Forskningsrådets lokaler på Lysaker utenfor Oslo en dag i oktober.

Det hjelper ikke at tåke er erstattet av sol. Vi har tross alt bak oss uker med diskusjoner om strammere statsfinanser og enda strammere kommunebudsjetter. I tillegg til urolig økonomi er det krig og flyktningstrøm.

Orker vi da å bekymre oss for framtiden?

Slik tenker ikke arrangøren, Helse-Omsorg21-rådet. Rådet skryter av å være dialogarena for alle med en aksje i pleie- og omsorgsfeltet. Altså den sentrale helseforvaltningen, kommunale helse- og omsorgstjenester, universitets- og høyskolesektoren, instituttsektoren, privat sektor og brukerorganisasjonene.

Det er bra at disse snakker sammen. Men hva sitter man igjen med etter en dag med samtale? Her er min oppsummering. Forhåpentlig til nytte for dem som skal utforme og fatte beslutninger på feltet.

For beslutninger fatter vi uan-



Mye går bra, men vi har mye å gå på.

sett. Som den danske innlederen Lars Münter, en aktiv ambassadør for egenomsorg gjennom prosjektet Nordic Health 2030, sa:

– Å ikke gjøre valg er også et valg.

Prioritering. Alt handler ikke om penger.

– **Vi må** få mer ut av mindre, sa helse- og omsorgsminister Ingvald Kjerkol.

Bakteppet er blant annet demografiskvisen som venter.

Sant nok, men Fredrik Gulowen, gründer og sosial entreprenør, fra selskapet Nyby nyanserte dette: – Vi må få til mer med de ressursene vi allerede har.

Nettopp. Vi bruker ufattelig mye penger på pleie og omsorg.

Gunnar Bowim, som blant annet leder helsepersonellkommissjonen, nærmet seg en etterlengtet spissformulering da han sa at «vi som arbeider i helsevesenet må gå i oss

selv.» Bowim mener det betyr å spørre hvor det gis for mye behandling, gjennomføres unødvendige operasjoner eller deles ut medikamenter som ikke trengs.

Han vil at helsepersonell må utdannes til å forstå at det også er en faglig utfordring å forvalte tilgjengelige ressurser på en god måte i et mangfoldig land.

Prioriteringsdebattene kommer bare til å bli viktigere. Både nasjonale og lokale politikere må ruste seg for tøffere tak her. Kan vi virkelig gjøre mer for mindre? Noe må vi vel gjøre mindre av? Her kunne seminaret gått hardere til verks.

Mer ansvar for egen helse. Det er en av konsekvensene av en tøffere prioritering. Spennende, men også kontroversielt. Borgere, brukere, pasienter må gjøre mer og ta større ansvar. Teknologien hjelper oss et stykke på vei. Men bare et stykke. Det fagfolkene kaller helsekompetanse er skjevt fordelt. Blir bedre



FOTO: COLOURBOX.COM

ppport fra framtiden

egenomsorg bare noe for de ressurssterke?

Det er sosiale forskjeller i helse-tilstanden. Deler av innvandrerbefolkningen har et annet utgangspunkt og forutsetninger enn deler av majoritetsbefolkningen. Pandemien minnet oss om dette. Kan vi både ha universelle ordninger og samtidig målrette dem bedre? Utfordringen blir å bygge kvalitet for de mange, ikke for de få.

Dessuten oppleves helsevesenet komplisert. Her er det mange som må skjerpe seg. Men ikke brukerne og pasientene.

Teknologi og digitalisering skal være til hjelp og støtte. Det skal ikke styre. Derfor kreves det kunnskap og kompetanse på mange nivåer for å bestille, utvikle og ta i bruk gode løsninger.

Hva kreves for å få det til? Får de ulike helse- og omsorgsprofesjonene god nok utdanning og etterutdanning til å bli kompetente brukere og utviklere? Kommer teknologien pasienten til gode? Implementering er nøkkelordet. Deretter skal effekten måles. Går det i hop med den bebudede tillitsreformen? Helseetjenestene må også bli flin-

kere til å samle og bruke data for å ta bedre og raskere beslutninger. Det kan lette arbeidshverdagen til mange helsearbeidere. Hvem tør utfordre personvernregler og profesjoner som ikke liker nye arbeidsmåter?

Vi må innovere. Gjerne radikalt. Det slår meg nok en gang at dette er flytende begreper. Men jeg likte at det ble sagt at vi må se innovasjon som prosess. Mange vil legge til rette for møteplasser for å diskutere hvilke problemer som skal løses, ikke hvilke verktøy vi har tilgjengelig. Lær av helt andre bransjer. For eksempel Formel 1, sa tidligere kommuneoverlege Ida Susanna Fattah, nå gründer i Medlytic.

Hvem lager møteplassene? Kommunen, staten, næringslivet? Anskaffelsesprosessene kan brukes. De stimulerer til nytenking også med dagens regelverk. Hvor er eksemplene?

Kommunesektoren er viktig. Vi vet det, men det er fint at det blir sagt og kanskje også erkjent. Her var konferansen god fordi det var ordførere og kommunale ledere fra



Orker vi å bekymre oss for framtiden?

Asker, Tokke, Salangen, Lørenskog og Porsgrunn med i samtalen. Da blir diskusjonene mer konkrete.

Men blir det for konkret, kan system- og organisasjonsperspektivet forsvinne. Hvilke organisatoriske grep må gjøres? Jeg savnet en bolk om ledelse og styring i en sektor preget av fag, profesjon, prestisje og stor variasjon i oppgaver.

Mer til forebygging, mindre til behandling. Kommunen er tett på innbyggerne. Folkehelse er et ansvar for hele samfunnet. Forebygging skjer andre steder enn i helsevesenet. Men hvordan skal vi vri innsatsen over til forebygging? Bowims spørsmål berørte dette. Her ligger det spenninger og konflikter.

Kommunene svar er at de for eksempel vet hvor viktig det er å få barn og unge gjennom skole og gi dem som trenger det, riktig hjelp til riktig tid. Eller sørge for gratis strøsand, eller mobilisere frivilligheten til å forebygge ensomhet og sosialt utenforskap.

Samarbeid på tvers. En gjenganger dette også. Vi har tross alt allerede iverksatt en samhandlingsre-

form. Både sykehusdirektør Nina Mevold ved Sørlandet sykehus, med erfaring fra kommunal sektor, og Arnfinn Gisleberg, virksomhetsleder for sykehjemmene i Lørenskog, sa at mye fungerte. De la vekt på dialog og arenaer for å snakke sammen.

Men Mevold minnet om at vi mangler kunnskap om samspillet kommune og sykehus. Det gir grobunn for myter. Hvor må kommunene skjerpe seg og slutte å skyldes på spesialisthelsetjenesten? Og vice versa. Hvilke regler står i veien for mer sømløs samhandling? Har lokalpolitikkerne tatt innover seg hvor mye avansert medisin som kommunene har fått ansvar for?

Framtiden byr på utfordringer og problemer, men mange seminarister minnet om at mye fungerer godt innen i pleie- og omsorgssektoren. Norge skærer høyt på ulike rangeringer. Likevel har vi mye å gå på. Framtiden starter nå.

Sak 54/6/2022

Et kunnskapsløft for kommunene

Type sak	Orienteringssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Henrietta Blankson, Ina K. Dahlsveen
Vedlegg	1. Notat fra KS
Tidligere behandlet	31/2/2020, 53/5/2020, 22/3/2021, 43/5/2021

Bakgrunn

Et Kunnskapsløft for kommunene er ett av ti brede satsingsområder og ett av fem hovedprioriteringer i HelseOmsorg21-strategien fra 2014. Dialog med/om Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), en struktur som er sentral for å lykkes med kunnskapsløftet, er spesifikt nevnt i rådets mandat.

I rådets handlingsplan for 2022 og 2023 er følgende hovedmål og delmål formulert:

Hovedmål/ønsket fremtidsbilde:	Delmål:
Kommunens strategiske forskningsorgan KSF er etablert med langsiktig finansiering	- Støtte opp om videreutviklingen av KSF - Fremme KSF's betydning for et kunnskapsløft for kommunene - Bidra med økt forståelse av rollen og oppgavene til KSF - Samarbeide med HOD og andre relevante aktører (f.eks. KS, Forskningsrådet, KD, KDD) om kunnskap om barrierer for måloppnåelsen av KSF

Rådet har diskutert området *Et kunnskapsløft for kommunene* på flere tidligere møter. Rådet har også fremmet behovet for kunnskapsløftet og etablering av en bærekraftig struktur i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet og i en rekke av rådets innspill til høringer, deriblant innspill til helsepersonellkommisjonen, innspill til ny folkehelsemelding og innspill til revidert langtidsplan for forskning og høyere utdanning.

KSF er ikke etablert som en permanent struktur, men KS har tatt på seg en pådriverrolle for pilotering av KSF strukturen, se vedlegg 1. Strukturen skal bygges opp av ett nasjonalt og fire til fem regionale samarbeidsorganer som tilpasses lokale og regionale forhold. Bergen kommune og Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest har fått status som motorkommune i piloten for regionalt samarbeidsorgan vest.

Hvorfor saken fremmes

Saken fremmes for at rådet kan få en status på KSF og hvordan det arbeides med operasjonalisering av strukturen. Saken gir videre verdifull bakgrunn til Sak 55/6/2022 om innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Hovedpunkter

KS vil gi en gjennomgang av strukturen og KSF-piloten, samt planer for det videre arbeidet fremover.

Lars Bergersen, Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest, prosjektleder utvikling av KSF Vest vil snakke om hvordan de arbeider konkret med implementering av strukturen i vest og hvilke læringspunkter og resultater de har sett så langt.

Kåre Birger Hagen, fagdirektør, FHI vil snakke om oppdraget Folkehelseinstituttet fikk i tildelingsbrevet fra HOD i 2021 om å vurdere hvordan et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester kan utvikles, og formidle noen læringspunkter og erfaringer fra utviklingsprosjektet med Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest

Forslag til vedtak

Rådet tar informasjonen med seg i det videre arbeidet med området.

HO21-rådets møte 28.11.22 – Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

Bakgrunn

Et kunnskapsløft for kommunene var en av ti strategiske satsinger i den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21 (HO21) i 2014. HO21-rådet tilrådte i brev datert 18.5.2016 at det skulle opprettes et nasjonalt strategisk rådgivende organ for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, og anbefalte KS å starte opp arbeidet. KSF ble midlertidig opprettet for en interimperiode fra 1. juli 2017 til 31. desember 2018, og bestod av medlemmer fra kommunesektoren, universitets- og høyskolesektoren og brukersiden, i tillegg til en rekke observatører fra bl.a. Forskningsrådet, instituttsektoren, ulike departementer og direktorater. KS hadde nestleder og sekretariatsfunksjon, og Nina Mevold (tidligere kommunaldirektør for helse og omsorg i Bergen kommune) ledet arbeidet. I interimperioden skulle KSF blant annet foreslå en struktur for organisering av regionale samarbeidsorganer for forskning, innovasjon og utdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og drøfte ulike modeller for finansiering av kunnskapsløftet for kommunene. KSF leverte sin rapport til HO21-rådet i februar 2019.

KS' pådriverarbeid for etablering av KSF fra 2019 og fram til idag

Hovedstyret i KS vedtok i 2019 at KS skulle ta rollen som pådriver for permanent etablering av KSF, og gav Bergen kommune med tilknyttede kommuner og kunnskapsinstitusjoner status som pilot i en toårig prøveperiode fra 2020 og fram til utgangen av 2021. Piloten ble finansiert av KS gjennom strategiske FoU-midler, og finansieringen ble videreført i både 2021 og 2022. KS finansierer KSF i tråd med anbefalingene fra KSF Rapporten fra 2019, men mener KSF må utvikles til en mer tverrsektoriell struktur der helsesatsingen inngår som del av en generisk modell. KSF har som formål å møte kommunesektorens behov for helhetlig, tverrsektoriell og praksisnær kunnskaps- utvikling gjennom et forsknings- og kunnskapsløft i, for og med kommunene. Dette vil øke kommunenes bestillerkompetanse på forskning og innovasjon, bidra til kunnskapsspredning og samlet best mulig bruk av ressursene – og bidra til å gi UH- og instituttsektoren økt innsikt i og kunnskap om kommunesektorens kunnskapsbehov.

I 2022 ble det endringer i den nasjonale prosjektledelsen av KSF, og det har vært behov for å konsolidere arbeidet både hos KS og samarbeidsaktørene. Pilotprosjektet har i 2022 hatt fokus på å videreføre arbeidet i KSF Vest, og starte opp arbeid med KSF Midt. KSF Midt, med Trondheim kommune som motorkommune, har startet opp arbeid med en mer generisk modell som inkluderer helse- og omsorgstjenestene. Begrunnelsen for å utvide arbeidet med KSF Midt er Trondheim kommunes mangeårige erfaring med tverrfaglig samarbeid som universitetskommune. Trondheim skal legge kommuneklyngeprinsippet til grunn og har en tverrfaglig innretning med sosial bærekraft som overbygning.

I 2023 skal det gjennomføres en ekstern evaluering av KSF-piloten. Evalueringen skal blant annet gi svar på erfaringer med KSF-strukturen så langt, og gi anbefalinger til videre arbeid.

Sak 55/6/2022**Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan**

Type sak	Diskusjonssak/Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Henrietta Blankson, Hege Strand Mikkelsen, Ina Dahlsveen
Vedlegg	1. Utkast til innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan
Tidligere behandlet	

Bakgrunn

Regjeringen skal utarbeide en Nasjonal helse- og samhandlingsplan som skal erstatte nåværende Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)).

Planen skal dekke den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samhandling, gode pasientforløp og likeverdige helsetjenester i hele landet vil være sentralt.

En rekke aktører var invitert til å gi innspill til arbeidet med planen innen 15. september.

HelseOmsorg21-rådet ble i møte med statssekretær Ellen Rønning-Arnesen (Helse- og omsorgsdepartementet) 27. september i år, invitert til å gi et særskilt innspill til planen om forhold knyttet til forskning og innovasjon i kommunal sektor. HOD har særlig bedt om innspill knyttet til hvordan kommunene i større grad kan ta et eierskap til forskning som er relevant og berører deres sektor. Hvordan bedre utnytte kunnskapen og initiativene som allerede er der/hvordan sette i system? Hvilken modell kan være bærekraftig? Hvordan kan en finansieringsmodell se ut? HOD ønsket videre innspill på hvordan innovasjonstakten i kommunene kan økes gjennom mer bruk av innovative anskaffelser og samarbeid med helsenæringen og forskningsinstitusjoner. Departementet ønsket også innspill til tiltak som kan bidra til økt spredning og implementering av innovasjoner på tvers av kommunene.

Departementet ber om at innspillet sendes innen 2. desember.

En arbeidsgruppe bestående Lilly Ann Elvestad, Knut Inge Klepp, Kristin Weidemann Wieland og Wenche Dehli har hatt ett møte om innspillet. Gruppen ønsket at rådet i tillegg til å svare på de spesifikke spørsmålene fra HOD, også leverer innspill knyttet til *Forskning og innovasjon, Samhandling og felles prioriteringer og Teknologi og digitalisering*.

Hvorfor saken fremmes

Saken fremmes for at rådet kan diskutere det fremlagte innspillet slik at det kan ferdigstilles og sendes Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) innen fristen.

Hovedpunkter

Utkast til innspill baserer seg på diskusjoner i arbeidsgruppen, tekstforslag fra arbeidsgruppemedlemmer og tidligere høringsinnspill rådet har utarbeidet, deriblant innspill til helsepersonellkommisjonen, strategi for persontilpasset medisin, ny folkehelsemelding, handlingsplan for kliniske studier og revidert langtidsplan for forskning og høyere utdanning.

Rådet bes om å diskutere det vedlagte utkastet.

- Er det tema som mangler eller som bør kuttes?
- Er det deler og/eller tiltak som bør konkretiseres og utdypes?

Videre prosess. Sekretariatet oppdaterer innspillet etter diskusjonen på møtet, eventuelt med bistand fra referansegruppen eller andre rådsmedlemmer. Endelig innspill godkjennes av rådsleder.

Forslag til vedtak

Rådet slutter seg til innspillet med de kommentarer som kommer på møtet.

HelseOmsorg21-rådets innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

HelseOmsorg21-rådet (rådet) takker for muligheten til å komme med innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Rådet mener grepet regjeringen nå tar ved å lage en helse- og samhandlingsplan er viktig. Det er helt nødvendig å se helhetlig på den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten for å legge til rette for virksom og sikker helsehjelp som møter befolkningens og fremtidens behov.

HelseOmsorg21 skal skape en målrettet og helhetlig nasjonal innsats for forskning og innovasjon innenfor helse og omsorg. Innsatsen er rettet mot hele verdikjeden fra forskning til innovasjon og kommersialisering. Rådet har en viktig rolle som arena for dialog og møteplass på tvers av offentlig, privat og frivillig sektor. Rådet skal bidra til god folkehelse, effektive helse- og omsorgstjenester og næringsutvikling.

Innledning

Rådet viser til møte med statssekretær Ellen Rønning-Arnesen 27. september i år og invitasjon til å komme med et særskilt innspill til arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan knyttet til forskning og innovasjon i kommunene.

Rådet ønsker i tillegg å benytte anledningen til å gi innspill knyttet til følgende områder:

- Forskning og innovasjon mer generelt
- Samhandling og felles prioriteringer
- Teknologi og digitalisering

Mange av momentene som er fremlagt i dette dokumentet er utdypet i HelseOmsorg21-rådets innspill til Helsepersonellkommisjonen og i rådets innspill til tidligere strategier og høringer, deriblant strategi for persontilpasset medisin, ny folkehelsemelding, handlingsplan for kliniske studier og revidert langtidsplan for forskning og høyere utdanning.

Innspill til HOD's spesifikke spørsmål

Det er stor grunn til å være bekymret for hvordan dagens og fremtidens borgere skal få ivaretatt sine helse- og velferdsrettigheter i årene som kommer. De største utfordringene er ventet å komme i kommunehelsetjenesten. Dette blant annet grunnet i den demografiske utviklingen med en økende aldrende befolkning og at kommunene har fått flere oppgaver og ansvar for å yte tjenester til innbyggere med mer komplekse og sammensatte utfordringer enn tidligere.

Vi er avhengige av kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester. Det er helt avgjørende for en fremtidig bærekraftig helsetjeneste at den bygger på oppdatert og oppsummert kunnskap som er begrunnet i kommunenes og befolkningens behov. Kommunene må jobbe systematisk med kunnskapsutviklingen for å vite hva som virker, hvor det virker og for hvem det virker. Kommunene må også ha kompetanse og ressurser til å ta denne kunnskapen i bruk og arenaer for å dele læring og erfaringer med implementering. Imidlertid er satsingen på forskning og kunnskapsutvikling i, for og med kommunal

sektor svært lav sett i forhold til sektorens størrelse og samfunnsmessige betydning. Det finnes heller ikke noe etablert kunnskapssystem som gir kommunale tjenester forskningsbasert beslutningsstøtte.

Det er positivt at forskningsmidler den seneste tiden har blitt mer målrettet mot kommunene, men det er behov for et apparat som sikrer at kommunene klarer å ta rollen som forskningspartner og at det forskes på det som er relevant for kommunesektoren. Dette er nødvendig for å sikre at forskningsmidlene gir de ønskede effektene. Det er også viktig å sikre at kommunene ikke blir utsatt for unødvendig slitasje som virker destruktivt for vilje og evne til å delta i forskningsaktiviteter.

Hvordan kan kommunene i større grad ta et eierskap til forskning som er relevant og berører deres sektor?

HelseOmsorg21-rådet har over flere år vært pådriver for etablering av KSF helse, en nettverksarena og samarbeidsstruktur mellom kommuner og universitets- og høyskolesektor. KSF-rapporten som kom i 2019 beskriver behov for en fast arena mellom forskningsmiljøer og kommuner for å:

- løfte og prioritere kunnskapsbehov i tjenestene og for kommunenes samfunnsoppdrag
- prioritere deltakelse i, og initiering av, forskningsaktiviteter
- tilrettelegge for formidling og bruk av forskningsresultater til beslutninger og utforming av tjenester
- gi rom til å bruke fagkompetanse og erfaringsbasert kunnskap inn i forskningsprosjekter og utformingen av disse
- løfte kunnskap og erfaringer fra brukere av kommunenes tjenester
- løfte modeller for bedre bruk av kommunenes innbyggerdata i forskning og styring
- styrke forskningsadministrativ kompetanse knyttet til søknader, personvern i forskning, forståelse av rollen som forskningspartner og prosjekteier
- formidle oppsummert kunnskap og nye forskningsresultater tilbake til kommunene

Kommunene må være hovedmotoren i kunnskapsløftet. Det er kommunene som best kjenner sine samfunnsoppdrag og hvilke utfordringer de opplever. Modellen som ble foreslått i KSF-rapporten har tre nivåer med gjennomgående representasjon:

- klynger av kommuner som ledes av en motorkommune som har kapasitet og ønske om å drifte klyngen
- et regionalt nivå med representasjon fra klyngene
- et nasjonalt KSF med regional representasjon fra alle KSF-regionene

KSF helse blir nå pilotert.

I Vest prøves det ut en regional pilot med Bergen som vertskapskommune/motorkommune der bottom-up prosesser ivaretar behov ute i hver enkelt kommune, og top-down prosesser sikrer informasjon ut til kommunene om viktige FoU-saker som angår hele sektoren. Strukturen bidrar til at kommunene øker sin bestillerkompetanse og på den måten tar større grad ta eierskap til relevant forskning.

I Midt skal det prøves ut en mer generisk og tverrsektoriell modell sett i sammenheng med arbeidet med Trondheim Universitetskommune 3.0. Trondheim er vertskapskommune.

Hvordan utnytte bedre den kunnskapen som allerede er der og sette den i system? Og hvordan styrke de initiativene som allerede er der?

Kommunene må selv identifisere egne kunnskapsbehov. Gjennom kommuneklyngene samles kunnskapsbehov inn, og i de regionale samarbeidsorganene samarbeides det med forskningsmiljøer

hvor kunnskapsbehov gjennomgås og allerede eksisterende kunnskap meldes tilbake. Dersom det er behov for ny kunnskap utformes det forslag til nye forskningsprosjekter for å svare ut disse.

Kunnskapsbehov i en kommune kan være aktuell for andre kommuner, og ny og eksisterende kunnskap kan formidles alle deltakende kommuner.

I piloten i Vest er et av grepene blant annet bruk av kunnskapsoppsummeringer, og spredning av dette til kommunene basert på faktisk etterspurte kunnskapsbehov. Det jobbes spesielt med to konkrete prosjekter for å teste ut kunnskapsstøtte-modeller for kommunene. Det ene er knyttet til klyngesamarbeidet kunnskapskommunen Bergen (finansiert av Forskningsrådet) og det andre til Stavanger (finansiert av Statsforvalter i Rogaland). Målet for disse prosjektene er at kommunene skal kunne løfte egne prioriterte kunnskapsbehov, f.eks. om aktuelle tiltak, og få kunnskapsstøtte fra forskningsmiljøer (FHI og regionale aktører) til å finne oppsummert forskningsbasert kunnskap. Videre utforskes det beslutningsstøtteverktøy som tar utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap. Verktøyet skal tilpasses kommunesektoren slik at kunnskap kan bli omgjort til beslutninger og evt. implementering av nye tiltak/endringer i tjenestetilbud. Dette er et eksempel på hvordan KSF og et apparat for kunnskapsstøtte sammen kan bidra til at *kunnskapsløftet for kommunene* blir realisert. Det er ikke nok at kunnskap frembringes, kommunene må også være i stand til å ta imot kunnskapen og nyttiggjøre seg den. Det er imidlertid viktig å fremheve at det ikke alltid finnes eksisterende forskning på flere av de områdene kommunene etterspør kunnskap om.

Kunnskapssystemet er fortsatt i utvikling og utprøving regionalt, med midlertidig finansiering. Det ses til systemet *Nye metoder* fra spesialisthelsetjenesten og hvordan metodevurderinger er organisert og tatt i bruk. Kommunene har ofte mer komplekse kunnskapsbehov og forskningsspørsmål, men Helseomsorg21-rådet mener det er mulig å lage et system som ser til strukturene i spesialisthelsetjenesten, og som likevel er tilpasset kommunesektoren. Kommunene må få samme kunnskapsgrunnlag, slik at de basert på dette kan vurdere tiltak ut fra egne (politiske) ønsker og forutsetninger – sett opp mot prioriteringskriteriene for helse- og omsorgstjenestene.

I tillegg til piloten på KSF helse er Unikom-nettverket et etablert nasjonalt nettverk for kunnskapsdeling mellom forskningsaktive kommuner med strukturert samarbeid mellom kommuner og universitet/høgskoler.

Erfaringene fra KSF-piloten med kommuneklynger som subregional struktur, er at den bringer sammen både små og store kommuner, og bygger på eksisterende lokale/regionale strukturer. Kommuneklyngene er svært viktige. En klynge av kommuner gir mer kraft, utjevner noe av forskjellene mellom store og små kommuner, og skaper et felles strategisk verktøy for kunnskapsarbeidet i hver region. Samarbeidet klyngene åpner opp for samler ressurser slik at det er mulig å jobbe mer systematisk med FoU i kommunene. Dette bidrar igjen til mer effektiv bruk av forskningsmidler, et vesentlig kompetanseløft og økt verdiskapning i felles aktiviteter.

Hva kan være en bærekraftig modell og hvordan kan den finansieres?

Kommunene har ikke forskning som kjerneoppgave som i spesialisthelsetjenesten, og mangelen på et tydelig lovkrav i kommunene gjør at andre oppgaver prioriteres over forskningsaktiviteter. Egne forskningsmidler på kommunebudsjettene er sjeldent, og involvering i forskningsprosjekter betyr som oftest medvirkning, i ulik grad. Slik medvirkning er i for stor grad tilfeldig og knyttet til enkeltpersoners engasjement og interesser. Det bør sees på om dagens lovkrav til kommunene om å medvirke til og

legge til rette for forskning bør vurderes på nytt. Skjønnsutøvelse og kapasitet i hver enkelt kommune vil avgjøre omfanget av medvirkning. Utfordringen med å prioritere deltagelse i forskning forsterkes av at det mangler mekanismer for at kommunene kan nyttiggjøre seg resultatene. Det er derfor behov for gode strukturer og insentiver for å tilrettelegge for forskning.

KSF-modellen innebærer dedikerte FoU-ressurser i kommunene som vil kunne mobilisere til prioriterte forskningsområder, og fungere som "oversetter" mellom kommunene og forskerne.

Erfaringene fra KSF-piloten i Vest viser at en slik struktur bidrar til å utløse eksisterende forskningsmidler, og at kommunene selv bidrar med egeninnsats til de prosjektene som blir utløst. Mye ligger dermed til rette for å forsterke arbeidet framover. Det er viktig å høste videre kunnskap fram mot etablering, men dette forutsetter forutsigbar finansiering, og en opptrappingsplan fra pilot til etablering.

KSF-rapporten legger opp til at det bør opprettes regionale KSF-er i helseregionene med et lite sekretariat (f.eks. to årsverk i hver region) og noen driftsmidler (nettsider, seminar-/arrangementsvirksomhet, utvikle verktøy/virkemidler o.l.). Rapporten skisserer en kostnad på 12,5 mill. årlig for å drifte regional og nasjonal struktur. Deltakelse i kommuneklynger og egen aktivitet må kommunene dekke selv. En viss form for egenfinansiering vil også forplikte kommunene i større grad og sørge for at de henter ut gevinster fra kunnskapssystemet.

En minimumsløsning for etablering kan være å få på plass én nasjonal KSF-koordinator og 4-5 regionale koordinatorene, avhengig av om strukturen bygges opp av fire eller fem noder/regionale samarbeidsorgan. Koordinatorene bør ansettes i en av motorkommunene i hver av regionene, men jobbe på vegne av hele den aktuelle regionen. Det er viktig at koordinatorene jobber tett med eksisterende struktur som finnes både nasjonalt og regionalt, for eksempel KS sine møteplasser, helsefellesskapene, USHT (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester) og andre miljøer som jobber med forskning og innovasjon opp mot kommunene. KSF skal ikke være en parallell struktur, men et organ som fyller en etterspurt rolle som koordinerende og rådgivende for kommunenes FoU-arbeid.

KS som i dag finansierer piloten, skal i 2023 gjennomføre en evaluering for å se på videreutvikling av strukturen og en bærekraftig finansiering.

Hvordan kan innovasjonstakten i kommunene økes gjennom økt bruk av innovative anskaffelser og samarbeid med helsenæringen og forskningsinstitusjoner?

Det er viktig å bygge opp under de strukturer og samarbeidsarenaer for innovative anskaffelser som eksisterer i dag, fremfor å etablere nye. Leverandørutviklingsprogrammet (LUP) er en sentral aktør som mobiliserer, koordinerer og kopler aktører sammen i innovasjonsvennlige anskaffelser og i anskaffelser av innovasjon. Det har blitt etablert fruktbare samarbeid mellom LUP og klynger, helseaktører på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, leverandører og brukerorganisasjoner. Innovasjonsklyngene på helseområdet og LUP spiller en viktig rolle i utviklingen av den norske helsenæringen. Klyngenes og LUPs bidrag til å skape partnerskap mellom offentlige og private er viktig.

Helsesektoren er i likhet med store deler av offentlig sektor sterkt regulert. Dette legger klare rammer for hvordan tjenester kan utøves. Når det er knapphet på ressurser, er det utfordrende å finne tid til å utvikle nye arbeidsprosesser, teste ut nye måter å organisere seg på, teste og innføre ny teknologi osv. Det er et stort behov for å skape mer handlingsrom for å drive med forskning og innovasjon, spesielt i kommunene.

Rådet har tidligere kommet med en rekke anbefalinger og forslag til tiltak (HelseOmsorg21 – delrapport om næringsutvikling). Overordnet går disse ut på å skape kultur for innovasjon, styrke kompetanse samt tilgang til og utveksling av kompetanse og etablere gode strukturer for innovative anskaffelser.

Kommunene mangler ofte kompetanse om IKT-utvikling, risiko, kommersielt tankesett og mulighetene i anskaffelsesregelverket. Det er antagelig ikke nødvendig med nytt regelverk for innovative anskaffelser, men offentlige innkjøpere må ha bedre kompetanse i å bruke regelverket. Risiko må tas på høyt nivå og det må etableres kommersielle rammer rundt anskaffelser av nye innovative løsninger og teknologi.

Det er behov for insentiver som gjør det lettere for kommuner å ta risiko. Særlig er det behov for risikoavlastning i senere faser enn det virkemiddelapparatet i dag tilbyr. Det er behov for finansielle (risikoavlastende) virkemidler for kommuner som tar lederrollen i prosesser som omfatter flere kommuner. Videre trengs det risikoavlastning der investeringer og gevinster går på tvers av forvaltningsnivå. Når sykehus og kommuner går sammen om anskaffelser må kontrakter og forretningsmodeller tilrettelegges og spesialdesignes for dette formålet. Det er nødvendig å se muligheten for å ta i bruk andre typer kontrakter i samarbeidet mellom det offentlige og private for å øke innovasjonstakten. For eksempel kan mer bruk av tillitsbaserte relasjonskontrakter (hybridkontrakter) bidra til å redusere friksjonen mellom det offentlige og private.

Det kan være en utfordring for kommunene å forholde seg til mange leverandører, på samme måte som at det er en utfordring for små bedrifter å forholde seg til mange forskjellige kommuner. Det er behov for nye arenaer for samhandling. Kommunene bør samle sine behov, delta aktivt i dialogen i anskaffelsesprosesser og oppfordre leverandørene til å samarbeide med hverandre om større rammeavtaler. For å unngå "pilotsyken", bør helsenæringen oppfordres til å etablere konsortier som legger til rette for at små og store aktører, etablerte og nystartede kan delta i prosjektene/anskaffelsene. Kommunene bør se på mulighetene for å samarbeide mer om anskaffelser og dele erfaringer med anskaffelse og innføring av teknologi. KSF kan bidra til å mobilisere og veilede kommuner og fylkeskommuner, FoU-miljøer og privat næringsliv til å søke virkemiddelapparatet for å finansiere utviklingen av innovative løsninger, eksempelvis gjennom ordninger som Pilot Helse. Se mer om KSF rolle i skalering i kapittelet under.

HelseOmsorg21-rådet har i brev til Nærings- og fiskeridepartementet (NFD Saksnr. 22/6258) anbefalt at myndighetene utvikler en handlingsplan for innovative offentlige anskaffelser i helsesektoren. Involvering i prosessen er helt avgjørende. De som skal bruke handlingsplanen må kunne påvirke hva som står i den, slik at tiltakene faktisk kan iverksettes. Planen må inneholde praktiske og konkrete aktiviteter med målbare effekter, definerte ansvarlige aktører og en plan for oppfølging.

Hvordan bidra til økt spredning og implementering av innovasjoner på tvers av kommunene?

Det er viktig med god koordinering mellom kommuner slik at ny teknologi slipper å gå gjennom samme test- og utprøvningsfase i hver kommune den nye løsningen skal innføres. Innenfor teknologistøttet innovasjon er det, gjennom de senere årene, etablert strukturer i alle fylker og regioner. Det vises her til regionale digitaliseringsnettverk, velferdsteknologinettverk og nettverk for spredning av nasjonale e-helseløsninger. Nettverkene bidrar til å styrke den samlede kompetansen, dele på nøkkelkompetanse, øke gjennomføringskraften og bidra til gevinstrealisering av de nye løsningene og prosjektene. Det er også etablert en felles modell for å se de ulike nettverkene i sammenheng og få best mulig synergi ut av ressursene. Eksisterende helseledernetttverk brukes også aktivt i arbeid med spredning og deling. I tillegg til disse etablerte nettverkene bør myndighetene se på rollen til fylkeskommunene og deres samarbeid med kommunene om koordinering av innovasjon og næringssamarbeid.

Kommuneklyngene i KSF-modellen står sentralt for spredning og implementering av ny kunnskap og innovasjoner. Klyngene åpner for samarbeid, effektiv bruk av forskningsmidler og økt verdiskapning i felles aktiviteter. Når kommunene selv setter agenda for forskningen knyttes forskningsresultater og helsetjenester tettere sammen, til beste for innbyggerne. Det er imidlertid opp til hver klynge hvordan den organiseres, og hva kommunene vil bruke klyngen til. KSF Vest har for eksempel blant annet nedfelt følgende i sitt mandat: ha oversikt over hvilke FoU-aktiviteter som skjer i kommunene, jobbe strategisk med å iverksette ny forskning, jobbe strategisk for bedre tilgang på forskningsbasert kunnskapsgrunnlag, finne ut hvilke kunnskapsbehov kommunene i klyngen har, delta i og søke på nye forskningsprosjekt, prioritere behov for kunnskapsoppsummeringer og delta og arrangere for eksempel seminarer, konferanse, møter, prosjektverksteder, etc.

Gjennom KSF-regionene samles og spres oppdatert kunnskap til alle deltagende kommuner. I tillegg formidles innovasjoner og oppdatert kunnskap mellom KSF-regionene slik at alle landets kommuner får tilgang til samme informasjon.

Det blir viktig å sikre at arbeid i de forskjellige regionale og nasjonale nettverk skjer i samspill og er koordinert slik at vi får mest mulig ut av tilgjengelige ressursene for å bidra til målet om at innbyggerne får gode, helhetlige, brukerrettede tjenester.

Forskning og innovasjon

Viktige utfordringer

Omkring halvparten av de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenestene forvaltes av kommunene, og 9 av 10 pasienter får sin behandling og oppfølging i primærhelsetjenesten. Siden samhandlingsreformen er det overført en rekke oppgaver fra spesialist- til primærhelsetjenesten. Det stiller kommunesektoren overfor betydelige utfordringer og krever godt samspill mellom spesialist og primærhelsetjenesten i oppfølging av pasientene. Kommunene har blant annet fått ansvaret for flere tyngre brukere med kompliserte og sammensatte helseutfordringer. Den demografiske utviklingen setter dette ytterligere under press. Imidlertid står ikke forskningsinnsatsen i, for og med kommunal sektor i forhold til sektorens størrelse og samfunnsmessige betydning.

Begrenset forskningsinnsats bidrar til at flere av de tiltak og piloter som gjennomføres i kommunene ikke er gjenstand for systematisk og samordnet følgeforskning. Dermed utvikles ikke tilstrekkelig kunnskap om effekter, hva som virker og hvorfor. Stadig mer komplekse og sammensatte oppgaver for kommunene legger press på ressurser og krever eksperimentering, nytenkning og innovasjon. Når tjenestene er under press, er det vanskelig å finne handlingsrom og økonomi til å drive utviklingsarbeid.

Utviklingen krever bedre ressursutnyttelse, høyere effektivitet, samt nye og bedre tjenester. Per i dag har Norge en mangelfull systematikk i innovasjonsarbeidet og næringsutviklingen i helsesektoren. Dette gjelder både offentlige og private aktører og samspillet dem imellom.

Forskning er en integrert del av helseforetakenes virksomhet. Helseforetakene har ikke tilsvarende fokus på innovasjon som de har på forskning. Innovasjon må imidlertid bli like viktig som forskning når det gjelder å utvikle morgendagens helsetjenester.

Regjeringen har gjennom Handlingsplanen for kliniske studier satt som et mål at kliniske studier skal være en integrert del av pasientbehandlingen. Her er det fremdeles en vei å gå med hensyn til rammebetingelser, kulturendring og samarbeid. Innføring av persontilpasset medisin er for eksempel avhengig av bærekraftige og innovative samarbeidsformer i og utenfor helsetjenesten. Dagens organisering og infrastruktur støtter ikke slike arbeidsprosesser, noe som igjen blir en tydelig barriere for

å kunne implementere persontilpasset medisin i praksis. Utvikling og innføring av persontilpasset medisin vil også bety endringer i hvordan vi leverer og finansierer helsetjenester, hvordan vi involverer pasienter og pårørende og hvordan vi som samfunn prioriterer ressursene.

Tiltak

Beslutningene som tas i helsesektoren må være kunnskapsbaserte slik at de riktige tiltakene og initiativene iverksettes. Forskning, utdanning og innovasjon er derfor helt nødvendig for å utvikle tjenestene på helse- og velferdsområdet.

Det er særlig et sterkt behov i kommunal sektor for et kunnskaps- og forskningsløft som kan bidra til rett prioritering, mer målrettet bruk av ressurser og bedre kvalitet i tjenestene. En forskningsinfrastruktur for kommunene som kan understøtte kunnskapsutviklingen og føre til mer effektiv kunnskapsspredning har lenge vært etterlyst. Kommunenes Strategiske Forskningsorgan helse (KSF helse) er ett forslag til hvordan et slikt kunnskapssystem kan se ut. Det vises til omtale av strukturen og behovene i kapittelet *Svar på HODs spesifikke spørsmål*.

Antallet innovasjonsprosjekter med vekt på effektivisering både i primær- og spesialisthelsetjenestene og i folkehelsearbeidet bør økes. Raskere utskrivelse fra sykehusene fører til at en større andel av helse- og omsorgstjeneste faller på helse- og omsorgstjenestene i kommunene. En økt satsing på innovasjonsprosjekter som effektiviserer denne delen av helsesektoren, er derfor essensiell. Her vil vi igjen trekke frem etableringen av Kommunenes strategiske forskningsorgan som et viktig grep for stimulering til systematisk innovasjon.

Det finnes flere eksempler på gode innovasjonsprosjekter som vi kan lære av når det gjelder effektivisering og god ressursutnyttelse og som trekker inn kompetanse fra andre sektorene for å finne de gode løsningene. Av eksempler kan nevnes Kontrolltårnprosjektet ved OUS og et innovasjonsprosjekt på Haukeland som skal spore og finne igjen operasjonsmateriell.

Når gevinstene av innovasjon kommer ett sted og kostnadene et annet, kan det forhindre at løsningene tas i bruk. Slik det er i dag går innovasjonsmidler i hovedsak til helseforetak eller (i mindre grad) til kommuner. Når pasientene har ett sammenhengende pasientforløp, bidrar denne organiseringen til en uhensiktsmessig fragmentering. Det er derfor viktig at de politiske signalene for å drive innovasjonsprosjekter er tydelige og at de følges opp med incentiver og finansieringsordninger som bidrar til innovasjon og samhandling mellom for eksempel kommuner og helseforetak. Tilsvarende bør det være incentiver til at offentlige helseaktører øker samarbeidet med næringslivet, spesielt med hensyn til utprøving, innføring, spredning av vellykkede løsninger til andre sektorer/nivåer og senere internasjonal skalering. Her trenger vi mer kunnskap. Vi har ikke godt nok kunnskapsgrunnlag om hvordan finansieringsmodellene i helsetjenestene påvirker mulighetene for innovasjon, næringslivssamarbeid og utvikling.

Det er et stort behov for å skape mer handlingsrom for å drive med innovasjon, spesielt i kommunene. Stortingets anmodningsvedtak om å legge frem forslag til en nasjonal ordning for forsøk og eksperimentering inspirert av de danske frikommuneforsøkene, må følges opp med ressurser og innrettes slik at den gir rom for forsøk på tvers av forvaltningsnivå. Forsøkene innenfor tematiske rammer må følges av forskning slik at utvikling av ny beste praksis blir kunnskapsbasert. Det bør parallelt med oppstart av forsøksordningen også vurderes om dagens forsøkslov, som er utviklet i en annen tid, har juridiske begrensninger som gjør at det er behov for regelverksutvikling for å tilrettelegge for utprøving av reell ny praksis innenfor et utvidet handlingsrom.

Satsingen på helsedata må fortsatt ha høy prioritet. Helsedata er en essensiell ressurs for fremtidens helsetjenester og for verdiskaping gjennom økt næringsutvikling. Vi må bygge en lærende helsetjeneste som utnytter helsedata på en god måte; raskt, forsvarlig, effektivt og med gode kilder. Det er derfor viktig at det arbeides målrettet med etablering av Helseanalyseplattformen og alternative løsninger. Som tidligere påpekt av HelseOmsorg21-rådet er det uheldig at automatisert tilgang til strukturerte data fra pasientjournaler ikke er en del av Helseanalyseplattformen i dag. Dette medfører blant annet tids- og ressurskrevende manuelle prosesser for helsepersonell eksempelvis ved innføring av helsedata eller overføring av registre som ligger utenfor helseanalyseplattformen.

Skal Regjeringens visjon om at kliniske studier skal bli en integrert del av pasientbehandlingen, må det legges til rette for nødvendig infrastruktur, tilstrekkelig kapasitet og hjemmel i lover og regler for sikker lagring, deling og bruk av helsedata. Dette er spesielt viktig for implementering av persontilpasset medisin i helsetjenesten. Det må utvikles beslutningsstøttesystemer som hjelper helsepersonell å ta korrekte kliniske beslutninger basert på stadig flere og mer kompliserte kliniske og diagnostiske opplysninger, innhentet på ulike tidspunkter og fra ulike kilder.

Samhandling og felles prioriteringer

Viktige utfordringer

Det er viktig at pasientforløp er koordinerte og forutsigbare, setter pasienten i sentrum og anerkjenner og tilrettelegger for mangfold blant pasientene. Når stadig flere pasientgrupper trenger tjenester fra flere omsorgsnivåer, er det en utfordring at vi i dagens organisering av helsetjenester har strengt definerte omsorgsnivåer og ulike insentiv/finansieringsmekanismer fra ulike departementer.

For å bidra til effektiv, sikker og likeverdig helsehjelp er det viktig at oppgavefordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er hensiktsmessig. En riktig oppgavefordeling er kjennetegnet av at tjenestene leveres der kostnaden er lavest, og med tilstrekkelig kvalitet og god nok tilgjengelighet for pasientene.

Effekter av oppgaveoverføring og oppgavefordeling er imidlertid metodisk vanskelig å vurdere. Nasjonal helse- og samhandlingsplan bør belyse behov for mer kunnskap om hvordan samhandlingen kan legge til rette for bedre helse og mestring, flere gode leveår innenfor en bærekraftig økonomi og personellinnsats. For eksempel har vi ikke nok kunnskap om kost-nytte effekter av teamorganisering av arbeidet rundt personer med kronisk sammensatt sykdom, særlig ved samtidig funksjonssvikt.

Tiltak

For å oppnå gode og sammenhengende pasientforløp må samhandling mellom sektorer og nivåer forbedres. For å "bygge om" til framtidens helsevesen bør sykehus og kommuner utarbeide felles nasjonale og regionale scenarier/bilder på optimal tjenesteprofil og nivå på tjenestene, beskrive ansvar for tjenestene, hvordan tjenester/tjenestekområder kan dimensjoneres ut ifra målgrupper og tjenestenivå. Dette vil gjøre det lettere for politisk og administrativ ledelse å få en strategi å styre mot. Det vil også klargjøre behovet for ytterligere kunnskap, og behovet for kompetanse og kapasitet hos personellgrupper.

Drivere som kan bidra til god eller mindre god oppgavefordeling bør belyses. Eksempler er ulike finansieringsmodeller og ulike tjenestenivå med separate budsjett, ulike prioriteringer, ulik kapasitet, ulike maktforhold og ulike profesjonsagendaer.

Det bør utvikles et felles system for konkrete prioriteringer på nasjonalt nivå. Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten må ha felles system for prioriteringer på overordnet nivå. Systemet må fremme omstillingen/dreiningen fra "reparasjon" til forebygging og helsekompetanse i befolkningen. Et eksempel er fedmeproblematikken hvor hvert enkeltforløp kan koster flere hundre tusen, og tilbys etter at en person har utviklet sykkelig overvekt over flere (10-) år. Her ville de samme ressursene kunne nå flere innbyggere med kunnskap om ulike helsefremmede og forebyggende metoder. Skalert opp i alle kommuner vil det bygge helsekompetanse i befolkningen, gi sunnere livsstil og føre til mindre uhelse på grunn av fedme. Dette vil gjelde flere av livsstilssykdommene. Med utgangspunkt i at helsetjenesten er under stadig større press, er det helt nødvendig å ha et større forebyggende og systemrettet fokus. Det er til det beste for enkeltindividene og for helsetjenesten og samfunnet som helhet.

Ledernetverk. Nasjonale og regionale helseledernetverk bør bli et viktig verktøy i å samarbeide om kunnskapsgrunnlag, statistikk/framskrivninger, strategier, felles tilbud til definerte pasientgrupper felles anskaffelser (særlig av digitale/teknologiske) løsninger både i kommuner (inkludert fastleger) og sykehus. Skalering av anerkjente tjenester og teknologi kan løses ved forpliktende og systematisk samarbeid i regionale ledernetverk. Det vil særlig gjøre kommunene bedre i stand til å løse sine oppgaver. Regionaliseringen av sykehusene ga sykehusene et gigantisk løft i å innføre felles faglige tilbud og standarder, digitale systemer og effektivisere anskaffelser. Nettverkene kan prioritere å samarbeide på tvers av kommuner og sykehus på de områdene det er hensiktsmessig, da i regi av Helsefellesskap. Helsefellesskap må videreutvikles og legge til rette for bedre samhandling og skape partnerskap på tvers av nivåene. Prinsippet om at fastleger skal være representert på alle nivå bør videreføres for å bidra til gode pasientforløp og en helhetlig strategisk tenkning. Det er viktig at Helsefellesskapene realiserer den strategiske dimensjonen, og ikke bare har fokus på operative pasientforløp ut ifra dagens oppgavefordeling og praksis. Hovedprinsippet er at lederne stiller seg i front for utvikling, og etablerer mandat og prosesser med de ressursene de har til rådighet – sammen.

Bedre kultur for samhandling. Samhandling må få økt fokus i utdanningene og det bør generelt arbeides mer med kulturendring i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Praksiskonsulentordningen (PKO), et nettverk av allmennpraktiserende leger som skal sikre og styrke samhandlingen mellom sykehusenes avdelinger og primærhelsetjenesten, kan ha en viktig rolle her. Evalueringen (januar 2022) av ordningen bør følges opp.

Teknologi og digitalisering

Viktige utfordringer

De teknologiske og digitale mulighetene i helsetjenesten utnyttes ikke godt nok. Selv om det investeres i teknologi, går det langsomt og det brukes færre ressurser sammenlignet med bransjer som har kommet lengst i utnyttelse av teknologi i tjenesteutøvelsen. Det er for eksempel 10 år siden lanseringen av visjonen om "Én innbygger- én journal" om en sammenhengende helsetjeneste der helsepersonell med tjenstlig behov har tilgang på den informasjonen de trenger, når de trenger den. Målet var gode arbeidsverktøy for helsearbeidere, fremme gode og sikre helsetjenester, god tilgang på informasjon om egen helse for innbyggerne selv, og god tilgang på helsedata for virksomhetsstyring, innovasjon og forskning. Det gjenstår fremdeles svært mye før visjonen er realisert. Det er behov for å sette teknologi- og digitaliseringsutviklingen enda mer på dagsorden.

Selv om det ligger store kunnskaps- og innsiktsreserver i rådata og journalsystemer som produseres i helsesektoren, er mye utilgjengelig for å trekke ut innsikter, både for forskere, næringsliv og helsetjenesten selv. IKT-verktøyene er lite brukervennlige og støtter ikke helsearbeiderne i hverdagen på en god måte. I dag må nødvendig innhenting av informasjon ofte skje analogt og med betydelig

ressursinnsats, med tilhørende risiko for feil og mangler. Innad i den enkelte kommune kan det være flere journalverktøy som ikke er integrert.

Det tas lite høyde for at innføring av teknologi og digitalisering krever parallell tjenesteinnovasjon med behov for nye arbeidsmetoder og ny organisering. En tilleggsutfordring er at både sykehus og kommuner ofte opplever at tilstrekkelig medvirkning og forankring hos de som skal bruke løsningene er krevende når ressursene er knappe.

Befolkningen har ulike digitale ferdigheter. Alle innbyggere har heller ikke likeverdig tilgang til digitale tjenester. Det er ulikheter, spesielt mellom by og land, når det gjelder tilgang til tilstrekkelig høyhastighets internett der folk bor. Dette er særlig utfordrende med tanke på innføring av digitale hjemmetjenester. Nasjonal helse- og samhandlingsplan bør derfor også spesielt adressere ulikhet i helse, deriblant helsekompetanse og digital kompetanse.

Tiltak

Infrastruktur for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og andre helseaktører må videreutvikles. Videreutviklingen må være kunnskapsbasert, målrettet og styrt og skje i tett samarbeid med helsepersonell og sluttbrukere. Bare på den måten sikres det at løsningene møter innbyggernes og tjenestens behov.

Når det gjelder selve utviklingen av teknologien, må den baseres på partnerskap mellom næringsliv og helsetjenesten, og partnerskap mellom helsearbeidere og teknologer. I en fragmentert verden med tung teknologisk gjeld er det avgjørende at infrastruktur og løsninger for bedre samhandling tar utgangspunkt i åpne plattformer som stimulerer til gjenbruk og innovasjon, og stegvis og inkrementell utvikling.

Det er avgjørende at utviklingen av løsninger for samhandling ikke stanser når behovene i behandlingsskjeden mellom primær og spesialisthelsetjeneste er ivaretatt, men at løsningene også videreutvikles for å ivareta bredden i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For kommunenes del er det veldokumentert og uomtvistet at det er behov for et journalløft. Disse aspektene må prioriteres høyt i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, både utfra ressursbruk og pasientsikkerhetsperspektivet.

Pasientens legemiddelliste (PLL) må gis høyere prioritet slik at den kan breddes ut nasjonalt. PLL vil sikre kvalitet, pasientsikkerhet og etter hvert bli ressursbesparende. Rådet mener det er bekymringsfullt at PLL stadig utsettes.

Det må tilrettelegges for informasjonsdeling mellom og innen helsevirksomheter på en helt annen måte i dag. Særlig er det viktig å utvikle enkle og intuitive løsninger for å gi de ulike gruppene helsearbeidere tilgang til den informasjonen de har tjenstlig behov for tilgang til og på en slik måte at et ikke gir merbelastninger for pasient eller helsetjenesten. Informasjon må derfor gjøres tilgjengelig i de digitale arbeidsflatene helsearbeiderne bruker i sin daglige praksis, og understøttes av systemer som snakker sammen og gjenbruker data.

For fastleger er det for eksempel lenge foreslått at epikriser og andre prøvesvar kan forenkles ved hjelp av nye digitale løsninger. Svar som sendes til fastlegen kan kategoriseres og merkes i to ulike typer: 1) de som må håndteres og leses og 2) de som kun er til informasjon ved behov og som kan legges seg automatisk inn i elektronisk pasient journal (EPJ).

Løsningene som utvikles må ivareta alle dimensjonene i personvernet (konfidensialitet, tilgjengelighet og integritet). Juridiske hindringer som gjør at informasjonen ikke når de det skal og juridiske barrierer for etablering av effektive digitale løsninger for å ivareta effektiv informasjonsdeling i sanntid må løses opp i. Samtidsdata kan gi mye mer målrettet styring av ressursene. Med dette kan vi for eksempel se

hvor en influensaepidemi oppstår, som igjen kan gjøre helsevesenet i stand til å styre ressursene dit behovet er størst. Det samme gjelder hjemmeoppfølging der data og monitorering kan styre helsevesenet mot dem som trenger det mest.

Det må satses mer på velferdsteknologi og e-helse som digitale hjemmetjenester. Innbyggerne kan - og må - i større grad få hjelp til å ta ansvar for egen helse. Det er helt essensielt at løsningene er brukervennlige og faktisk gir ønskende effektivitets- og kvalitetsforbedringer (bedre helsetjenester og ikke merbelastninger for pasient og helsepersonell). FHI publiserte nylig en kunnskapsoppsummering om digital hjemmeoppfølging med følgende konklusjon: *Digital hjemmeoppfølging påvirker i liten grad sykehusinnleggelser, liggedøgn på sykehus eller besøk på poliklinikk og akuttmottak.* Dette trenger vi mer kunnskap om. Vi trenger også mer kunnskap om riktig bruk av digitale tjenester og hvordan vi tar i bruk teknologi som tar hensyn til befolkningens behov og ikke forsterker eller skaper ulikhet. Vi må forstå hvordan vi kan bidra til å senke terskelen for bruk av digitale tjenester for alle.

Når det gjelder kostnader, viser en kunnskapsoppsummering innen e-helseområdet i kommunesektoren en betydelig økning i kostnader til digitalisering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og forventet videre vekst. Kommunenes betaling for statens nasjonale e-helseløsninger utgjør en vesentlig andel. Det er avgjørende å etablere et godt samarbeid mellom kommunal sektor, nasjonale myndigheter og næringslivet for å sikre uttak av reelle gevinster som kommer innbygger og helsepersonell til gode.

Det pågår også effektstudier i kommunal sektor der det skal avdekkes barrierer og tiltak for å hente ut reelle gevinster av velferdsteknologi. Dette er et første steg i å prioritere innsats og ikke minst gi et godt beslutningsgrunnlag for målrettet innsats til beste for innbygger og helsepersonell.

For å redusere barrierer for bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging inkludert kvalitetssikrede helseapper, blant annet innenfor teknologi, kultur og kompetanse, er det viktig å jobbe systematisk i fellesskap. Samtidig må det legges vekt på å etablere bærekraftige finansieringsmodeller som støtter opp under satsningene, spesielt med tanke på samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Regjeringen må fortsatt ha fokus på å sikre at hele befolkningen har tilgang til høyhastighets internett og følge opp Stortingets anmodningsvedtak i tilknytning til fremleggelse av statsbudsjettet 2023 om å komme med en plan for arbeidet for å sikre alle tilgang innen 2025. Dette er avgjørende for et likeverdig tjenestetilbud og bruk av velferdsteknologi og avstandsoppfølging i hele landet.

Sak 56/6/2022

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 57/6/2022

Evaluering av møtet

Type sak	Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Det foretas en evaluering av møtet.

Forslag til vedtak

Intet