

Felles styringsstruktur for infrastrukturer for personsensitive data ved NTNU, UiO og UiB



 **NORTRE**



Agenda

- Bakgrunn for oppdraget fra KD
- Prosess fram mot svar 17. mars
- Status
- Dialog og innspill





Gjenbrukssporet =

Arbeidet med å realisere målbildet* for Helseanalyseplattformen ved bruk av eksisterende analysetjenester i UH-sektoren:



*Helsesdata tilgjengeliggjort direkte inn til riktig sted i et lukket og sikkert analyserom

NORTRE – Norwegian Trusted Research Environments



- Utviklet og levert sikre analyserom i mer enn 10 år
- Understøtter store deler av norsk forskning på helsedata
 - SFF, forskningsinfrastruktur, kjernefasiliteter
- Brukere over hele landet, UH, helse, institutt, privat
- Vert for flere registre, samlinger og arkiv
- Integrasjoner med helsesektoren (TSD)
- Digital vert for flere klinikker (SAFE og TSD)
- HUNT Cloud ISO27001-sertifisert, SAFE og TSD snart i mål
- Tre distribuerte infrastrukturer  nærhet til miljøene, tilgang til nye verktøy og teknologier, fleksibilitet, kontinuerlig utvikling.
- Attraktiv samarbeidspartner for norske og europeiske aktører
 - Bygger europeisk nettverk av TREer i EOSC-ENTRUST
 - Hjelper Hdir med å møte EHDS i SPUHiN





Gjenbrukssporet forts. 1

Rapport desember 2022:

«det anbefales at Helsedatservice og registerforvalterne går videre med planene om å ta i bruk de etablerte analyseinfrastrukturene TSD ved Universitetet i Oslo, SAFE ved UiB og HUNT Cloud ved NTNU»





Gjenbrukssporet forts. 2

EHDS-forberedelser - SPUHiN*

- Sikker datatransport
- Arkitektur
- Krav til sikre analyserom

*FAIR Secure Procurement and Use of Health data in Norway



Finansiering?

Satsningsforslag til HOD des 2023

- Heve sikkerhetsnivå og dokumentasjon i samsvar med nye krav fra forordningen om det europeiske helsedataområdet (EHDS)
- Styrke interoperabiliteten mellom Helsedataservice og infrastrukturene ved universitetene (TSD v/UiO, Hunt-Cloud v/NTNU og SAFE v/UiB)
- Økt brukervennlighet og kontinuerlig oppdaterte analyserom

Forventede virkninger:

- Styrket tillit til datadrevet helseforskning
- Økt bruk av helsedata bidrar til bedre helse og helsetjenester.
- Enklere å etterleve krav fra GDPR og EHDS
- Redusert usikkerhet og tidsbruk.
- Raskere og mer koordinert utvikling
- Bedre tilpasning til Helsedataservice
- Raskere tilpasning til kravene fra EHDS.
- Sikre analyserom under norsk kontroll positivt ut fra et suverenitetsperspektiv og styrke tilliten til deling av data.
- Styrket norsk forskning og næringsutvikling.

Finansiering!

- Statsbudsjettet 2025
- 5+5 MNOK fra HOD og KD til hhvis FHI og NORTRE-partnerne
- Men: hvordan sende oppdrag fra HOD/FHI til universitetene?

Statsbudsjettet 2025

Meir helsedata til forskning, innovasjon og næringsutvikling

Nyheit | Dato: 07.10.2024

Regjeringa følger opp vegkart for helsenæringa og foreslår ti millionar kroner for å styrke samarbeidet mellom Folkehelseinstituttet og universiteta om å utvikle meir effektive løysingar for overføring av helsedata til analyseinfrastrukturane ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen og NTNU.

– Noreg har helsedata i verdsklasse, men vi har ikkje vore gode nok til å gjere dei tilgjengelege for forskning. Regjeringa vil at helsedata skal bli enklare tilgjengeleg for forskning, innovasjon og næringsutvikling. Det var bakgrunnen for å samle registra i Folkehelseinstituttet og gi raskare tilgang til helsedata, seier helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre.

– Regjeringa er opptatt av at kunnskap må kome raskare i bruk. Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen og NTNU har spesialisert og sikker infrastruktur for å behandle helsedata. No gir vi støtte til å utvikle infrastrukturen vidare. Dette tar oss eit skritt vidare i å utnytte det enorme potensialet norske helsedata har for forskning og utvikling, seier forskings- og høgare utdanningsminister Oddmund Hoel.



Samtidig, i UH-sektoren:



Investering i infrastrukturer for FAIR forskningsdata og særlig relevante forvaltningsdata for forskning

Organisering og finansiering av datainfrastruktur for best mulig utnyttelse

Anbefalinger fra datainfrastrukturutvalget mai 2022

- «Datainfrastrukturer for aktiv bruk, deling og gjenbruk av forskningsdata anbefales finansiert i en kombinasjon av langsiktig finansiering, konkurranse- og brukerbetaling»

- «Dersom infrastrukturen dekker et nasjonalt behov, kan det vurderes om deler av driften skal dekkes gjennom en langsiktig finansiering»



Meld. St. 5

(2022–2023)

Melding til Stortinget

Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032

Invitasjon fra KD

Hvordan kan de tre infrastrukturene rammes inn med en styringsstruktur som er bedre egnet til å ivareta brukerbehovene på tvers av sektorer og behovet for sentral styring?



Ifølge liste

Deres ref

Vår ref

Dato

24/7719-

06. januar 2025

Forespørsel om forslag til ny styringsstruktur for infrastrukturløsningene for personsensitive data slik at de kan danne en nasjonal infrastruktur

Kunnskapsdepartementet viser til møte 10. desember 2024 med Universitetet i Oslo, Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet og Universitetet i Bergen om utvikling av en nasjonal infrastruktur for sensitive data med utgangspunkt i de eksisterende løsningene ved universitetene.

Premisser

Infrastrukturen skal





Premisser

Infrastrukturen skal

- Kunne motta oppdragsbrev med statlig finansiering fra både KD og HOD (og ev. andre departementer)
- Ivareta muligheten for styring fra relevante myndigheter
- Være egnet til å sikre reell innflytelse fra berørte aktører og interessenter gjennom representasjon i et styre eller en styringsgruppe
- Gi muligheter for offentlig-privat samarbeid
- Gjøre det mulig å beholde nødvendig kompetanse for utvikling og drift av tjenestene
- Gi fortsatt mulighet for delfinansiering av driften gjennom brukerbetaling

→ Gå i dialog med relevante aktører for innspill

17. mars



Prosess mot forslag til styringsstruktur

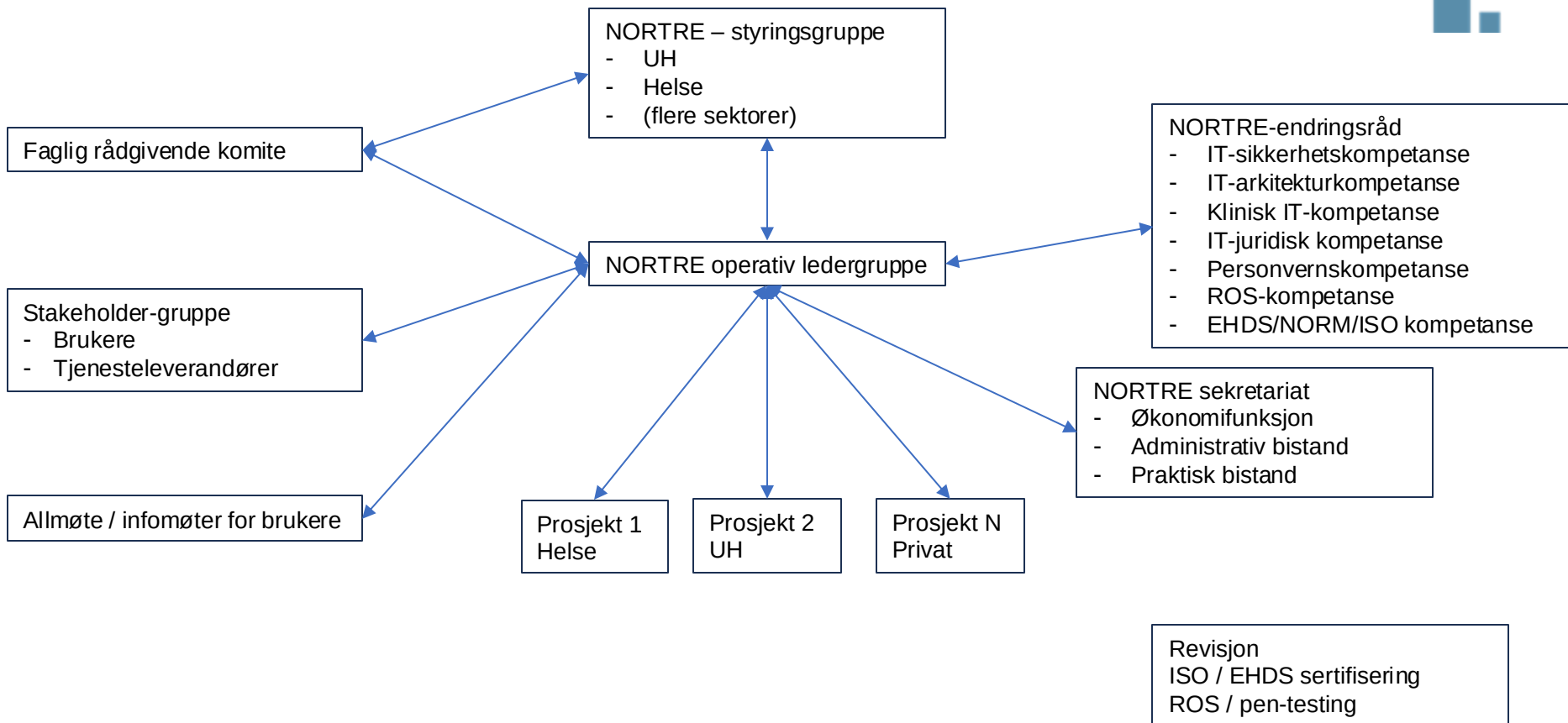
Innhenting av informasjon

- Sammenligne med relevante eksisterende strukturer
- Dialog med berørte aktører

Utredning mulige modeller

- Juridisk rammeverk
- Konsortium? Juridisk enhet?
- Muligheter og begrensninger

Eksempelskisse





Spørsmål?

Kommentarer?

Innspill?

Takk!



 **NORTRE**

Helseomsorg21 - rådet

Status Helseeksportsatsingen, 24.2.2025

Tone Varslot Stave
Head of health export, Innovasjon Norge





Overordnet målsetting

Doble eksportinntekter innen 2030

Eksportsatsingens bidrag

Felles eksportfremstøt til viktige markeder

Mobilisere Team Norway

Bunting av digitale produkter

Egen markedsføringsstrategi

Felles profilering og merkevarebygging

Styrking av Invest in Norway for å få flere
helseinvesteringer til Norge

Evaluering

- IN oppdragsbrev 20 MNOK

Regjeringens eksportsatsing på helse

- 15 tiltak for økt helseeksport
- IN oppdragsbrev 20 MNOK

1.Felles eksportfremstøt til viktige markeder i Europa, Nord-Amerika og Asia

2.Mobilisere Team Norway for å bidra til økt helseeksport

3.Bunting av digitale produkter

4.Egen markedsføringsstrategi for helsenæringen

5.Felles profilering og merkevarebygging for helsenæringen

6.Styrking av Invest in Norway for å få flere helseinvesteringer til Norge

7.Ta initiativ til å få helsenæringen inn i det nordiske industripartnerskapet

8.Videreutvikle helseteknologiordningen for å akselerere innføringen av nye løsninger

9.Videreutvikle NorTrials – et partnerskap mellom helseforetakene og næringslivet

10.Etablere veiledningstjeneste for kommuner og leverandører

11.Tydelige føringer om samarbeid mellom helseforetak og næringsliv

12.Harmonisering av standarder, blant annet med EU

13.Følge opp Veikart for helsenæringen og ha nær interaksjon med næringen

14.Satsingen ledes av et prosjektstyre bestående av representanter for helsenæringen

15.Måling av helsenæringens eksportutvikling og effekt av satsingen

” Vi har både gode enkeltspillere og konkurransefortrinn, men for å hevde oss i verdenstoppen må alle spille på lag. Det er det vår nasjonale eksportsatsning handler om”

Jan Christian Vestre



InvestIN

Areas of Strength

Radiopharmaceuticals

Therapeutic (antibodies / drug delivery), radiation & imaging

Immunotherapy

Cell and Gene (ATMP) / Vaccines & Antibodies

Medical Technology

Ultrasound, Medical Imaging & Sensors technologies

Digital healthcare

Remote Care, Health data & AI personalized treatment

Reference:

[Rapport om norsk legemiddelproduksjon og helsekatapult \(2024\)](#)

[Building Norway's life science industry \(2023\)](#)



Investment attractiveness factors

1. Export &
Value
Creation
potential

2. International
Demand

3. Academic
Excellence

4. Commercial
knowledge

5. Commercial
Success

6. Value
Chain
Maturity

7. International
Competition



Breaking news! Norway and Germany sign bilateral agreement on cooperation on digital innovation in healthcare

Strengthening ties with Germany on digitalisation, AI and health preparedness will create new opportunities for Norwegian companies to expand internationally.

[Read the news item](#)

June 23rd – 27th,
2025
Tokyo - Osaka

Join Team Norway to Osaka EXPO 2025 Health Trade Mission Japan Radiopharma and Precision Oncology

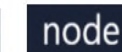
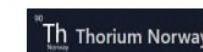
This is a unique opportunity to leverage a joint Nordic effort during Osaka EXPO Health Week to open doors, attract attention, meet with partners, customers and investors, promote your assets and expertise and benefit from a strong Nordic positioning in Japan.

Join us for the one-week program with leading Nordic companies and start-ups to showcasing the strenghts and partnering options we have in radiopharmaceuticals and precision oncology:

- **Meet with Big Pharma and Investors** at the 4th Nordic Health Summit Japan
- **Engage in a roundtable with potential partners, customers and key stakeholders** titled "**Norway Japan cooperation in radiopharmaceuticals and precision oncology**"
- **Meet key opinion leaders** at Nordic Health EXPO, Nordic pavilion at the Osaka EXPO
- **Benefit from a tailored program including B2B meetings, meetings with health authorities and visits to key players in the Japanese biopharma industry**

The Trade Mission is offered by Innovation Norway in cooperation with LMI and Oslo Cancer Cluster. The Nordic program is a joint effort with all countries and their Embassies in Japan.

Selected target companies



Business Norway

Team Norway's the official platform for showcasing Norwegian industries and investment potential.

.

Business  Norway

Key industries ▾ Invest in Events Solutions For Norwegian businesses 🔍

Business Norway

Explore green and sustainable solutions and investment opportunities in Norway



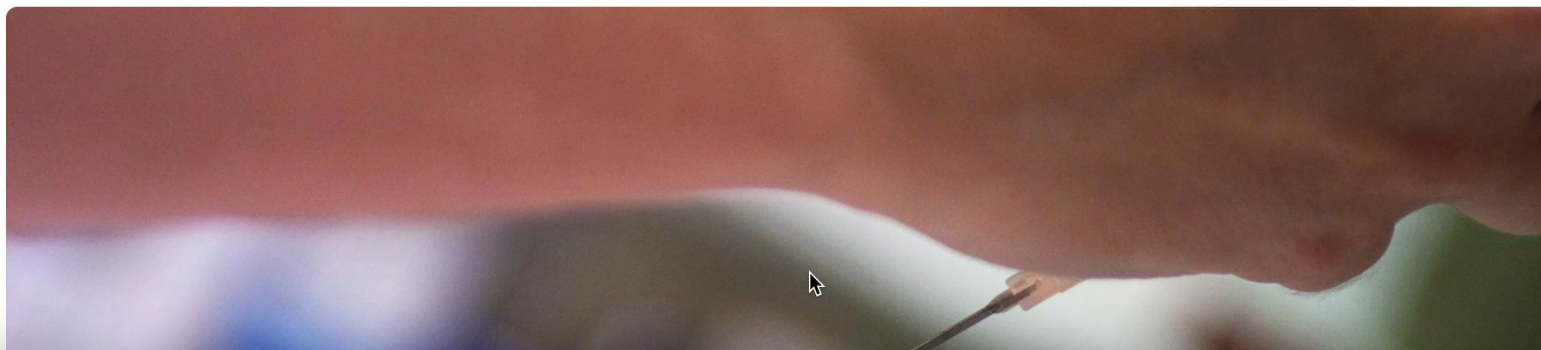








Health and life science toolkit





IN PARTNERSHIP WITH:



Research Council of Norway

The Research Council is a Norwegian government agency that funds research and innovation projects. The Research Council is responsible for promoting basic and applied research and innovation.



Export Finance Norway (Eksfin)

Eksfin is the official Norwegian export credit agency. It offers government loans and guarantees in close cooperation with commercial banks.



Siva

Siva is a governmental enterprise facilitating a national infrastructure for innovation consisting of incubators, business gardens, catapult centres, innovation enterprises, innovation centres and industrial real estate.

Supporting industrial clusters



Norway Health Tech



Norwegian Smart Care Cluster



Oslo Cancer Cluster



The Life Science Cluster

Bærekraft på legekontoret



Møte med HO21-rådet 24. februar 2025

Stefán Hjörleifsson, Linn O. Getz og Marte Kvittum Tangen

Vår felles, solidariske helsetjeneste er truet

Nyheter for deg som jobber i helsesektoren. Annonser er kun beregnet for helsepersonell.

Medisin DAGENS

DM Debatt DM Arena Stilling ledig DM +

Min side



MINDRE: Etter iherdig jobbing gjennom mange år, har man lyktes med å snu folks syn på antibiotikabruk. – Vi prøver å formidle budskapet om at mindre kan være bedre, bare på et annet område enn antibiotikabruk, sier Stefán Hjörleifsson som er spesialist i allmennmedisin, fastlege og forsker ved UiB. Foto: Colourbox

– Den mest dyrebare institusjonen vi har bygget opp står på spill

Man må få bukt med unødvendig utredning og behandling – og det må skje fort – hvis man skal klare å bevare en sterk, offentlig helsetjeneste i Norge, mener initiativtakerne bak prosjektet Bærekraft på legekontoret.

Leni Aurora Brækhus
JOURNALIST

PUBLISERT Tirsdag 06. februar 2024 - 13:39 SIST OPPDATERT Tirsdag 06. februar 2024 - 13:44



Norsk forening for allmennmedisin

iden

Kurs/utdanning

Forskning/kvalitet

Fag/politikk

Utvalg/faggrupper

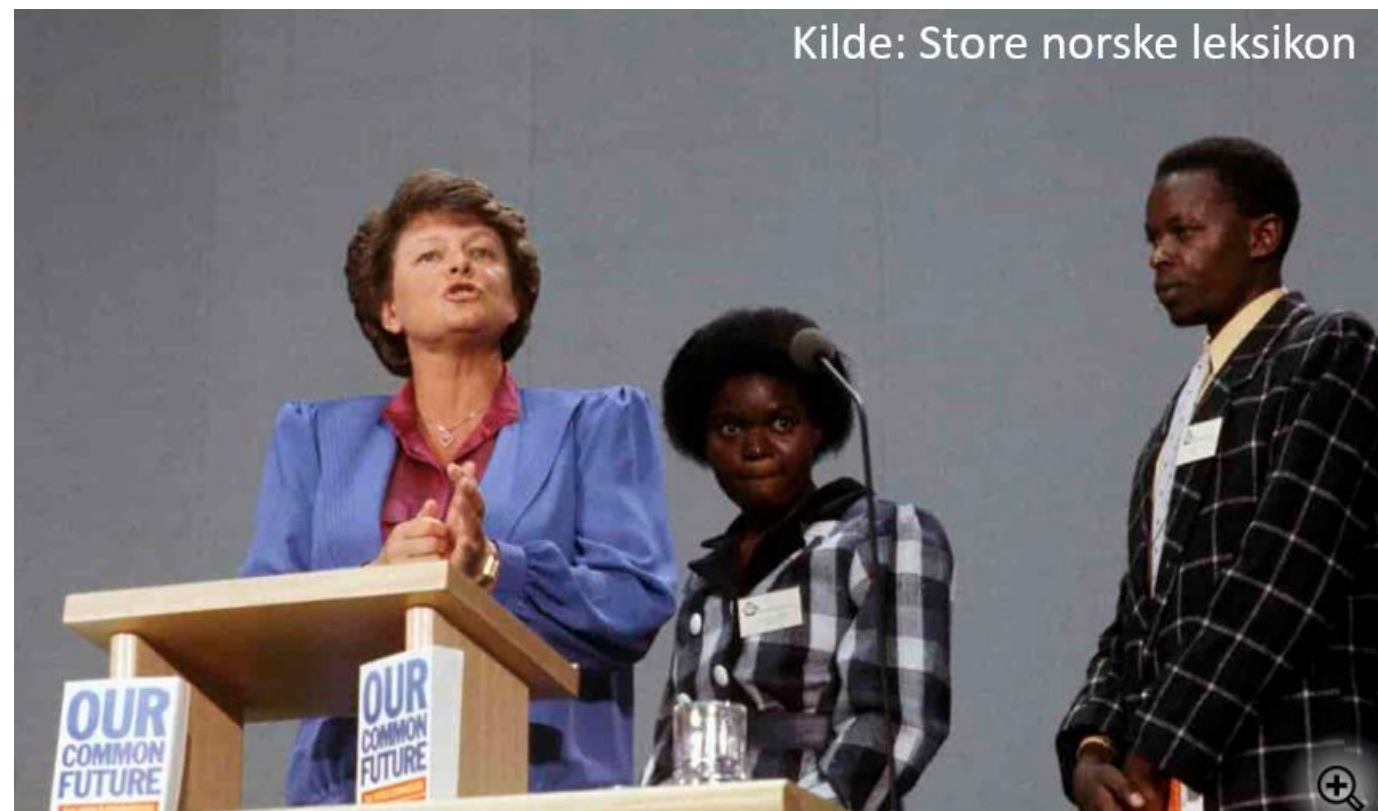
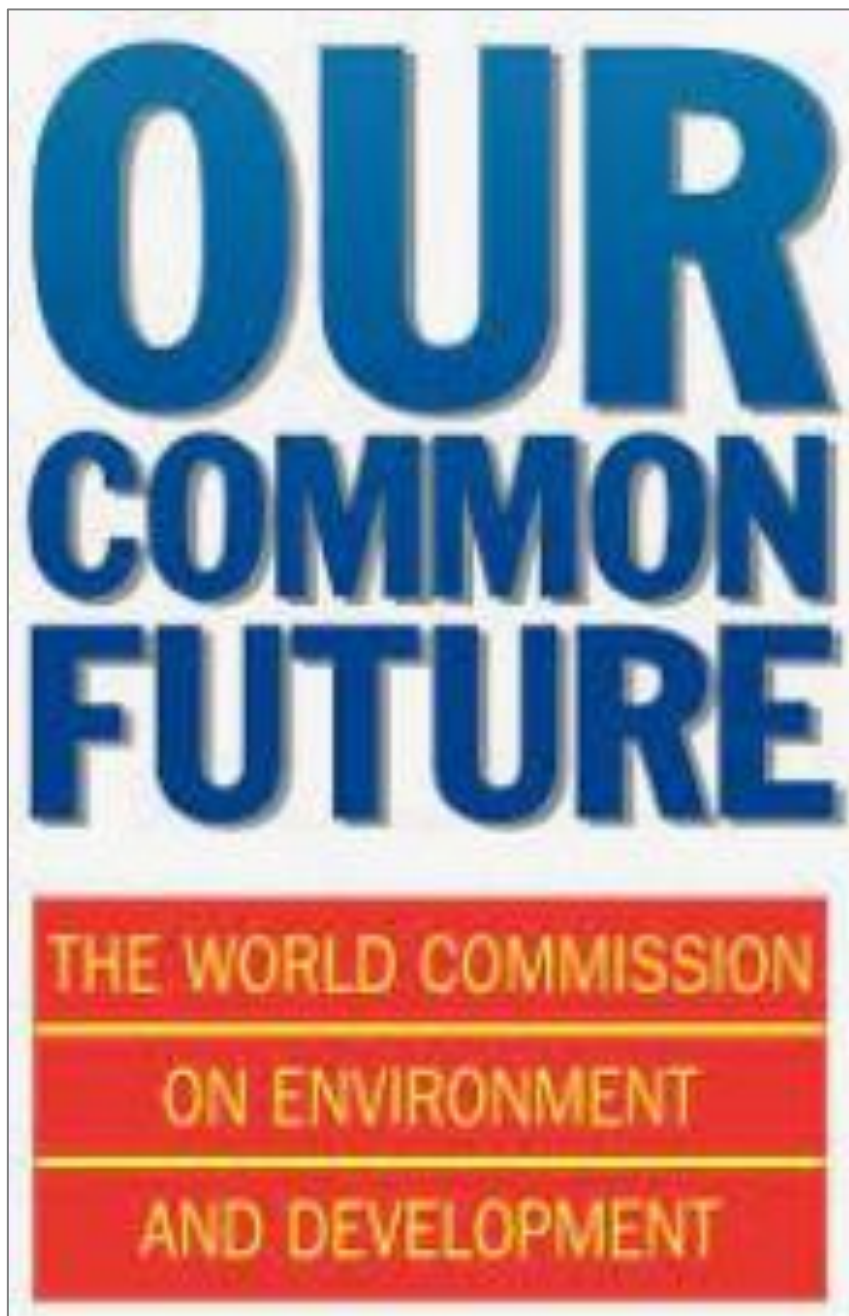
Om

Bærekraft på legekontoret

I samarbeid med allmennmedisinske forskere i Bergen og Trondheim har NFA startet prosjektet Bærekraft på legekontoret. Målet er å motvirke medisinsk overaktivitet og ikke-bærekraftig bruk av den felles, offentlige helsetjenesten i Norge.

30. mars 2023





Kilde: Store norske leksikon

Gro Harlem Brundtland presenterer Brundtland-kommisjonens rapport, London 27. april 1987

«utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov»

Regjeringen.no Søk

Tema ▼ Dokument ▼ Aktuelt ▼ Departement ▼

Du er her: [Forsiden](#) • [Tema](#) ▼ • [Utenrikssaker](#) ▼ • [Utviklingssamarbeid](#) •

2030-agendaen med bærekraftsmålene

2030-agendaen med bærekraftsmålene

Artikkel | Sist oppdatert: 03.03.2022

2030-agendaen med bærekraftsmålene utgjør den politiske overbygningen for regjeringens arbeid nasjonalt og internasjonalt.



Regjeringen.no Søk

Tema ▼ Dokument ▼ Aktuelt ▼ Departement ▼ [Re](#)

[Forsiden](#) • [Dokument](#) ▼ • [Proposisjoner til Stortinget](#)

Prop. 57 L (2023–2024)

Endringer i regnskapsloven mv. (bærekraftsrapportering)

Det nye EU-direktivet om bærekraftsrapportering, Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD)

Gjelder de ideelle helseaktørene fra 2024. Fra 2025 gjeldende også for store statsforetak?



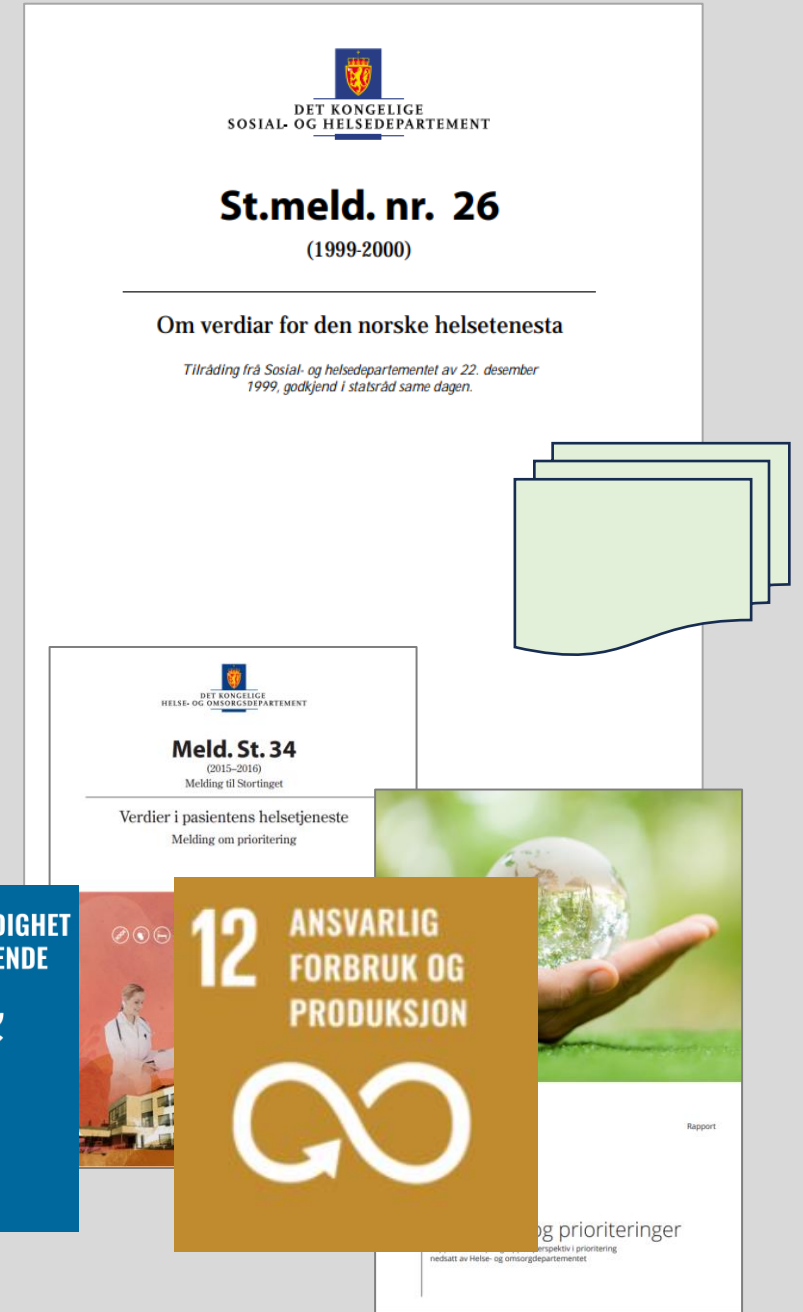
FNs BÆREKRAFTSMÅL



VERDIGRUNNLAGET FOR HELSETJENESTEN I NORGE

I St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*

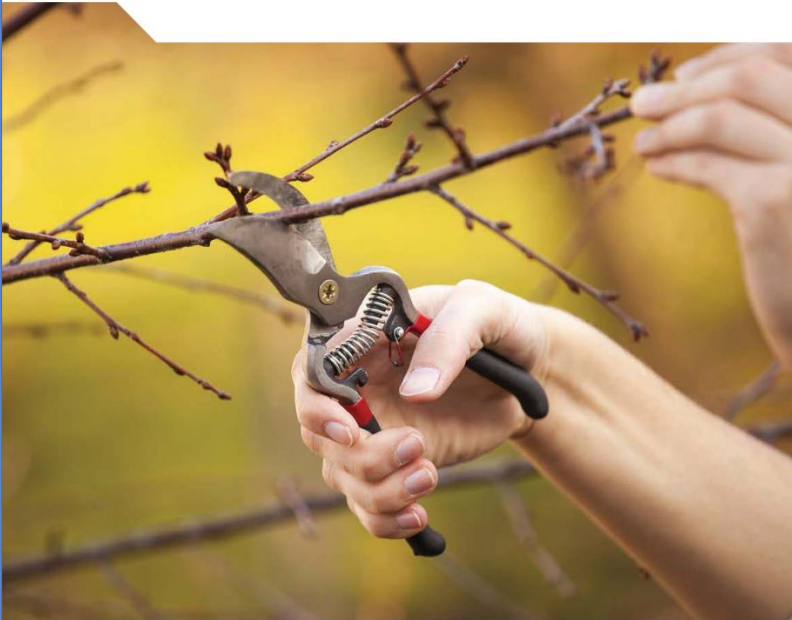
likhet, rettferdighet, likeverdig tilgang til
tjenester av god kvalitet, faglig forsvarlighet,
menneskeverd og solidaritet med de svakest
stilte



Lav-verdi helsetjenester

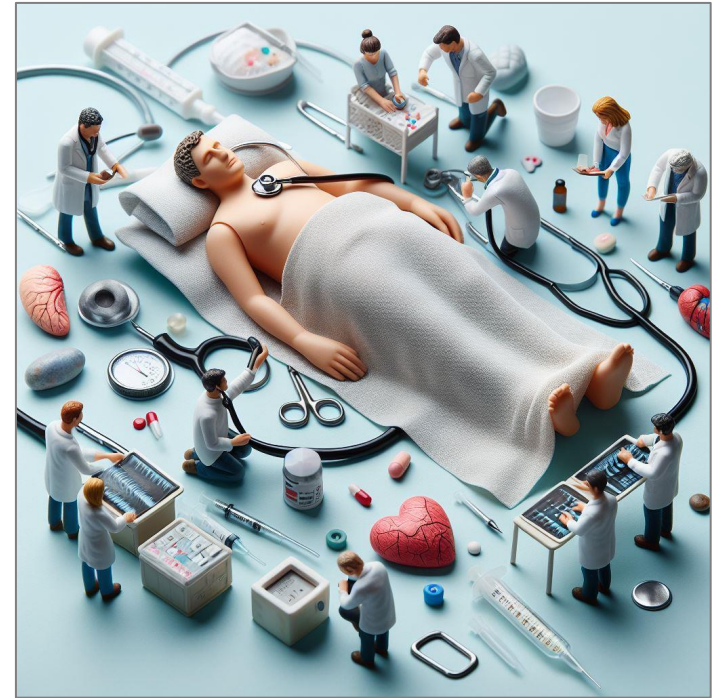


Tackling Wasteful Spending
on Health



**One fifth of health
expenditure
makes no or
minimal
contribution to
good health
outcomes**

20%





Hver 5. innleggelse i Akuttmottaket kan knyttes til legemiddelbruk

Lisbeth Damlien Nymoen, klinisk farmasøyt og ph.d.-student har i sine studier funnet at bivirkninger og feil bruk av legemidler er bakgrunn for 19.7% av alle innleggelser til Akuttmottaket ved Diakonhjemmet sykehus.

Nasjonale helseatlas viser betydelig uforklart geografisk variasjon i forbruk av helsetejenster

Innleggelser av barn i spesialisthelsetjenesten

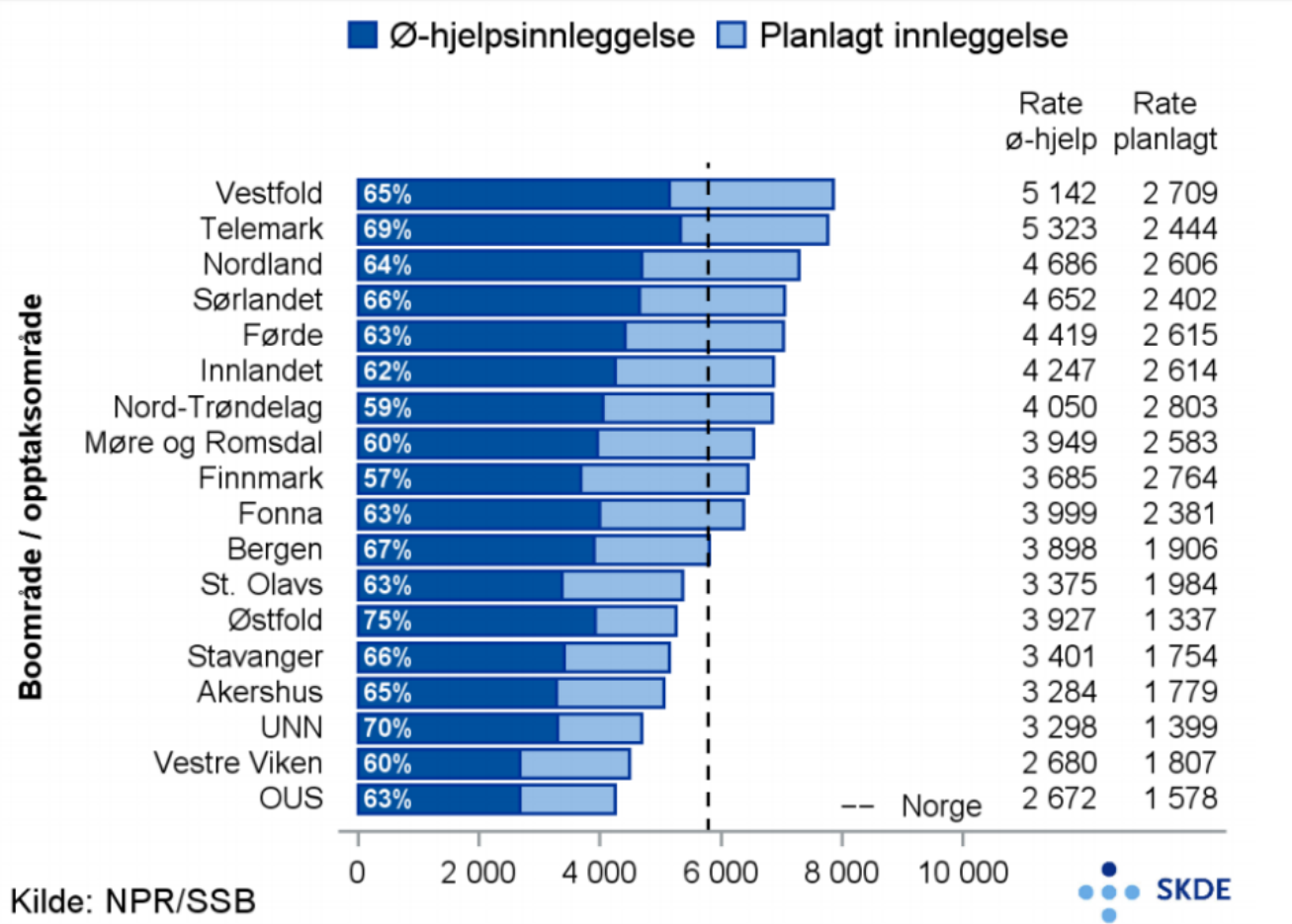
Artroskopi
skulder

Artroskopi
kne

Innleggelser
for hjerne-
rystelse

MR korsrygg

Operasjon av
mandler



Tyroidea-
prøver

Vitamin D

Biopsi av
livmorhalsen

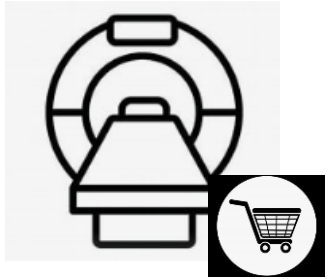
ADHD

MR halsrygg

Kirurgi etter
spontanabort

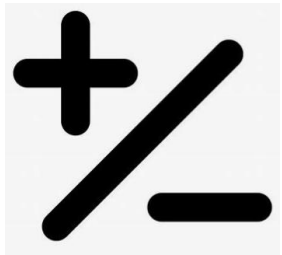
Figur: Alle innleggelser, hastegrad, aldersjusterte forbruksrater pr. 100 000 barn 0-16 år, pr. boområde, gj.snitt 2011-2014.

Kategorier av helsetjenester



Tilbudsdrevne

Mange bildeundersøkelser, behandling av muskel- og skjelettplager, og akuttinnleggelser av barn for mange tilstander.



Preferanse-
sensitive

Screening, behandling av mild hypertensjon, kikkehulls-operasjoner av kne og skulder.



Effektive

Barnevaksinasjonsprogrammet, akuttbehandling av traumer, antibiotika ved alvorlige infeksjoner.

OPINION

Open Access

The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge



Jeffrey Braithwaite^{1*} , Paul Glasziou² and Johanna Westbrook³

Abstract

Background: Healthcare represents a paradox. While change is everywhere, performance has flatlined: 60% of care on average is in line with evidence- or consensus-based guidelines, 30% is some form of waste or of low value, and 10% is harm. The 60-30-10 Challenge has persisted for three decades.

Bjørn Atle Bjørnbeth ved OUS anslår at 10 prosent av sykehusenes aktiviteter er uten verdi, mens 30 prosent har usikker effekt. Bare 60 prosent av tjenestene som tilbys har solid evidensgrunnlag.

Camilla Øvrebo Ondrckova
JOURNALIST

Vanskelige prioriteringer og kloke valg

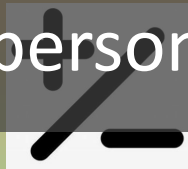


Gjør kloke valg

Prioriteringer basert på nytte, alvorlighet og ressursbruk, inkludert helsepersonell (Time Needed to Treat).

30%

Det kommer
an på



60%

Pålitelig
evidens

1999

Avoiding the Unintended Consequences of Growth in Medical Care

How Might More Be Worse?

Elliott S. Fisher, MD, MPH

H. Gilbert Welch, MD, MPH

GROWTH IS A MAJOR FEATURE OF American medicine. Over the course of this century, the proportion of the economy devoted to medical care has more than quadrupled. **TABLE 1** details this growth over the past 2 decades.¹ Price-adjusted spending on hospital and physician services has doubled, while spending on home health care has increased more than 10-fold. The number of physicians per capita has increased by 50%, while the number of cardiologists has doubled and the number of radiologists has increased 5-fold. Differences of a similar magnitude are found across US communities.²

Although medical care has obvious benefits, many assume that more medical care must lead to improved health and well-being. There are theoretical reasons, however, to believe that additional growth will be associated with pro-

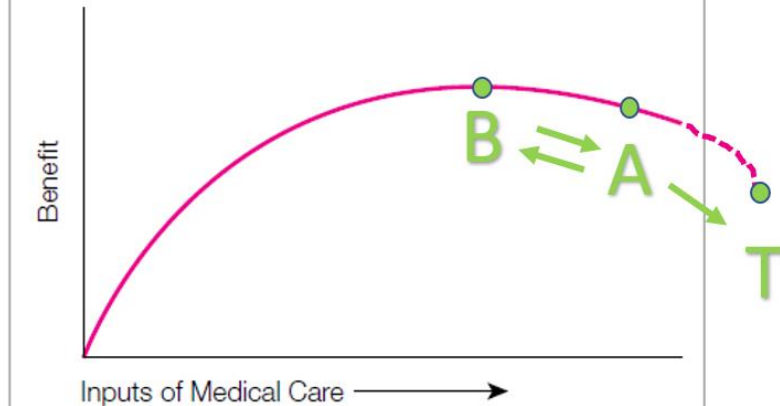
The United States has experienced dramatic growth in both the technical capabilities and share of resources devoted to medical care. While the benefits of more medical care are widely recognized, the possibility that harm may result from growth has received little attention. Because harm from more medical care is unexpected, findings of harm are discounted or ignored. We suggest that such findings may indicate a more general problem and deserve serious consideration. First, we delineate 2 levels of decision making where more medical care may be introduced: (1) decisions about whether or not to use a discrete diagnostic or therapeutic intervention and (2) decisions about whether to add system capacity, eg, the decision to purchase another scanner or employ another physician. Second, we explore how more medical care at either level may lead to harm. More diagnosis creates the potential for labeling and detection of pseudodisease—disease that would never become apparent to patients during their lifetime without testing. More treatment may lead to tampering, interventions to correct random rather than systematic variation, and lower treatment thresholds, where the risks outweigh the potential benefits. Because there are more diagnoses to treat and more treatments to provide, physicians may be more likely to make mistakes and to be distracted from the issues of greatest concern to their patients. Finally, we turn to the fundamental challenge—reducing the risk of harm from more medical care. We identify 4 ways in which inadequate information and improper reasoning may allow harmful practices to be adopted—a constrained model of disease, excessive extrapolation, a missing level of analysis, and the assumption that more is better.

JAMA. 1999;281:446-453

www.jama.com

Revidert 2022 SHj & LG

Figure The Law of Diminishing Returns



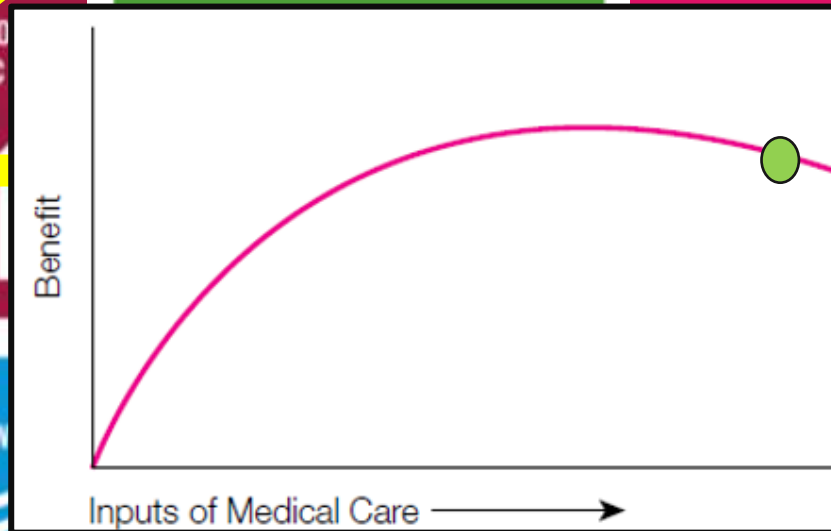
The first unit of input provides substantial benefits (imagine the first physician in a community), while additional units provide declining additional benefit (imagine the thousandth physician). Eventually, increasing inputs lead to no additional benefit (the “flat of the curve”). At some point, in theory, additional inputs lead to harm.

JAMA, February 3, 1999—Vol 281, No. 5 **447**

A resourceful, sustainable healthcare system should function at top benefit level (B) without overuse (A). Ultimately, overuse can lead to irreversible breakdown of healthcare services if allowed to increase beyond a hypothetical tipping-point (T). Green elements added to original figure by Getz & Hjörleifsson.



SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



Summen av mange små avgjørelser akkumuleres på systemnivå

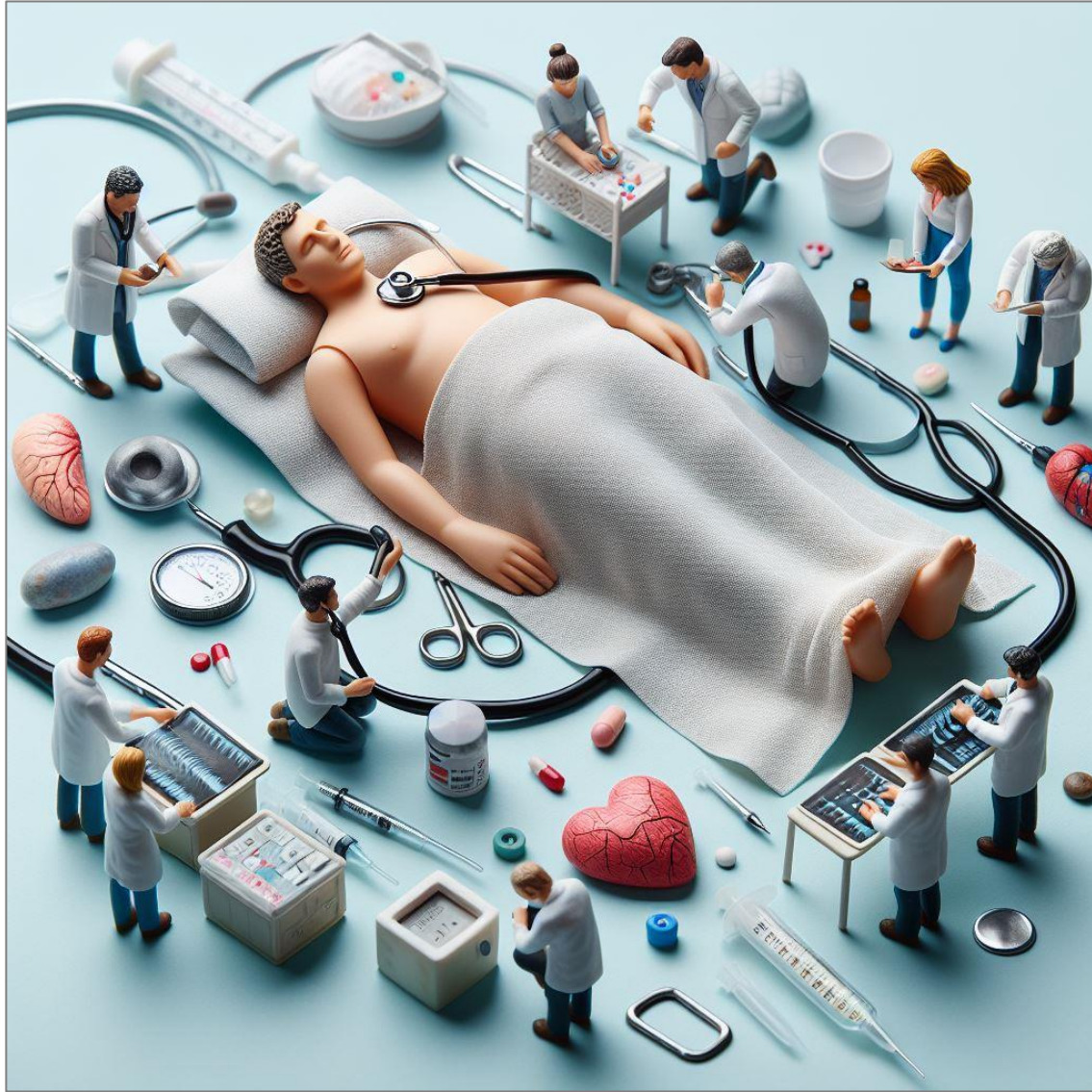
	GP experience	< 5 years	> 5 years
Acute admissions to hospitals		0.6 (0.5–0.7)	0.5 (0.5–0.6)
Referrals to specialist health services		3.4 (3.1–3.7)	3.1 (3.0–3.3)
Requisitions for diagnostic imaging		2.4 (2.2–2.6)	2.2 (2.1–2.3)

Hvis f.eks. antall daglige henvisninger fra hver enkelt fastlege øker fra 3,0 til 4,0 oppstår det behov for **33% mer kapasitet i spesialisthelsetjenesten** på nasjonalt nivå

Data fra

Johnsen et al. *BMC Primary Care* (2022) 23:216
<https://doi.org/10.1186/s12875-022-01810-y>

Går epoken for måtehold **mot slutten?**



Samfunnet har adoptert biomedisinens narrativ.

*Jo før og jo mer vi tester, desto bedre.
Alle plager må utredes og behandles.
Aldring skal bekjempes teknologisk.
Superspesialisert kompetanse er best.*

Helsetjenester er varer.

*Etterspørsel og tilbud forsterker
hverandre.*

*Den som har kjøpekraft skal få sine
ønsker oppfylt.*

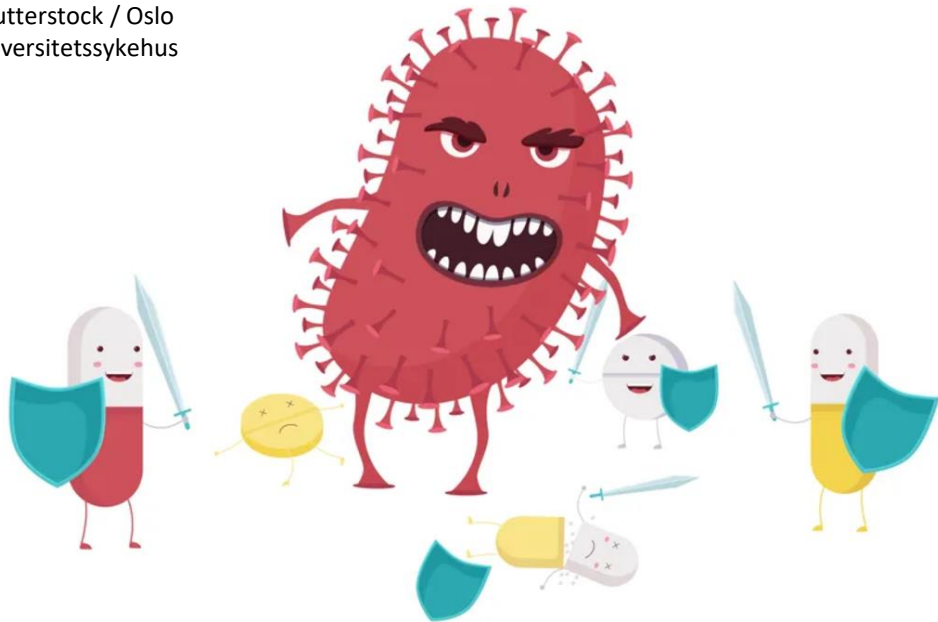
Resultat:

Etterspørselskrise

Antibiotikaresistens – den langsomme pandemien

Antibiotikaresistens skyldes overforbruk og feilbruk av antibiotika. Hvis økningen fortsetter vil flere mennesker dø av antibiotikaresistens enn av kreft i 2050.

Shutterstock / Oslo
universitetssykehus



**Kulturendring er mulig:
Forbruket av antibiotika
ble redusert med 30% fra
2012 til 2020.**



Helse- og omsorgsdepartementet



Strategi

Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen

2019–2023

Oppsummert er helsekompetanse viktig fordi:

- Høy grad av helsekompetanse gir folk forutsetninger til å treffe sunne livsstilsvalg.
- Helsekompetanse skaper forutsetninger for egenmestring og egenbehandling, både av forbigående ufarlige sykdommer og kroniske sykdommer.
- Helsekompetanse setter folk i stand til å navigere i og bruke helse- og omsorgstjenestene på en hensiktsmessig måte.
- Helsekompetanse kan bidra til mindre feilbruk av medikamenter, overdiagnostikk og overbehandling, og derigjennom også økt bærekraft.
- Helsekompetanse er viktig for folks evne til å finne og kritisk vurdere helseinformasjon fra ulike kilder, f.eks. internett eller sosiale medier.
- Helsekompetanse kan også bidra til å redusere sosial ulikhet i helse.



Gjør kloke valg

En nasjonal stemme mot medisinsk overaktivitet

FIRE SPØRSMÅL VI GJERNE SVARER PÅ

- Hvorfor trenger jeg denne testen/behandlingen?
- Hva er risiko og bivirkninger?
- Hva skjer om jeg ikke gjør noe?
- Finnes det alternativ?



#mererikkealltidbedre

www.klokevalg.org

 Gjør kloke valg



MER ER IKKE ALLTID BEDRE

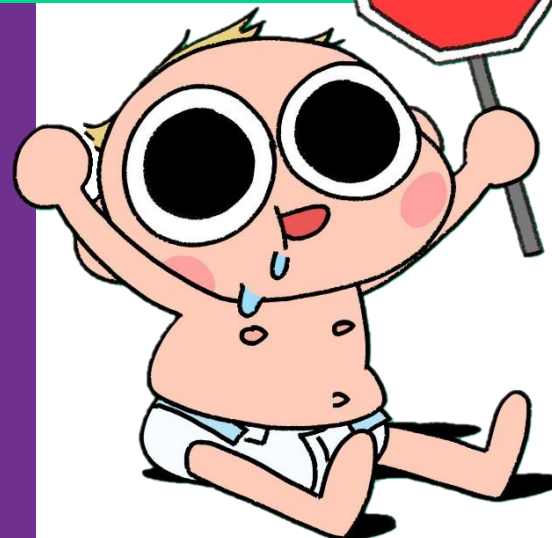
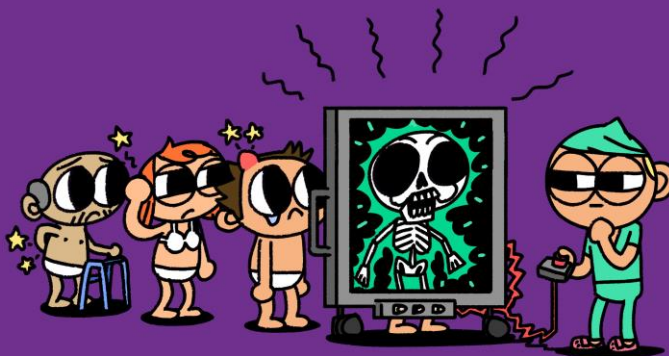
En nasjonal kampanje mot
overdiagnostikk og overbehandling



#mererikkealltidbedre

www.klokevalg.org

 Gjør kloke valg





Norsk forening for allmennmedisin

[Forsiden](#)

[Kurs/utdanning](#)

[Forskning/kvalitet](#)

[Fag/politikk](#)

[Utvalg/faggrupper](#)

[Om NFA](#)

 **NTNU**
Kunnskap for en bedre verden



UiB

Bærekraft på legekontoet

I samarbeid med allmennmedisinske forskere i Bergen og Trondheim har NFA startet prosjektet Bærekraft på legekontoet. Målet er å motvirke medisinsk overaktivitet og ikke-bærekraftig bruk av den felles, offentlige helsetjenesten i Norge.

30. mars 2023



3 GOD HELSE OG LIVSKVALITET



10 MINDRE ULIKHET

12 ANSVARLIG FORBRUK OG PRODUKSJON

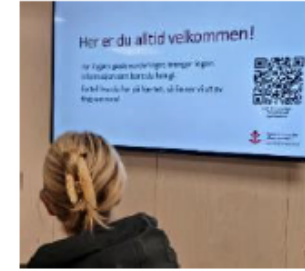


Gjør kloke valg

Bærekraft-podcast. Gjennom tolv podcast-episoder tar lytterne del i folkelige problemstillinger og gjenkjennlige dilemmaer i forholdet mellom fastleger og pasienter. Podcastene er publisert både på Spotify og YouTube.



Venteromsskjermer på legekantoret. Mens pasientene venter på å slippe inn hos fastlegen, får de med seg viktige budskap og kloke oppfordringer om bruk av vår felles helsetjeneste.



Klimatiltak for allmennleger. I samarbeid med Legenes klimaaksjon er det laget en plakat som forklarer hvordan enkle grep på allmennlegekantoret kan spare miljøet for klimagasser, som for eksempel ved å unngå unødvendig medisinbruk.



Nettkurs for fastleger og medarbeidere. Deltakerne får opplæring i overdiagnostikk og overbehandling, og vi stimulerer til diskusjon om hvordan legekantoret kan bidra til en mer bærekraftig helsetjeneste. Kurset er utviklet i samarbeid med Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus) og Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL).



«Prøv deg som fastlege». Under Forskningsdagene i Bergen i september 2024 prøvde vi for første gang ut interaktive kasuistikker der folk flest fikk ta stilling til de samme dilemmaene som fastleger står overfor daglig.



Redaksjonelle kanaler og leserinnlegg. For å nå ut med viktige budskap til brede målgrupper uttaler vi oss i redaksjonelle kanaler når viktige temaer står på dagsorden. I tillegg skriver vi leserinnlegg i for eksempel Dagens Medisin.

"Hvem skal bemanne helsetjeneste-leddet i vår felles beredskap?"

Sosiale medier. Facebook og Instagram er viktige kanaler for å nå ut til befolkningen og helsearbeiderne. Vi legger ut oppdateringer hver uke, både om aktiviteter i prosjektet og refleksjoner knyttet til aktuelle nyheter og samfunnsdebatt om helsetjenesten. Følg oss!



Foredrag. NTNU-kveld, DKNVS, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Midt/Vest, Arendalsuka, Statens helsetilsyn, Bergen seniorråd, St Olav fredagsforelesning, Nordic congress of general practice.



Nyhetsbrev. I nyhetsbrevet som Norsk forening for allmennmedisin sender til sine 9.000 medlemmer hver måned presenteres både informasjon om aktiviteter og produkter fra Bærekraft på legekontoet og nye anbefalinger fra Gjør kloke valg som er relevante for allmennmedisin.



Kopper, brosjyrer, plakater. Vi utvikler stadig nye produkter for å minne leger og medarbeidere på bærekraftperspektivet. Når vi henvender oss mot pasientene og befolkningen, utformes budskapet med stor forsiktighet for å sikre at ingen skal føle seg avvist på fastlegekontoet.

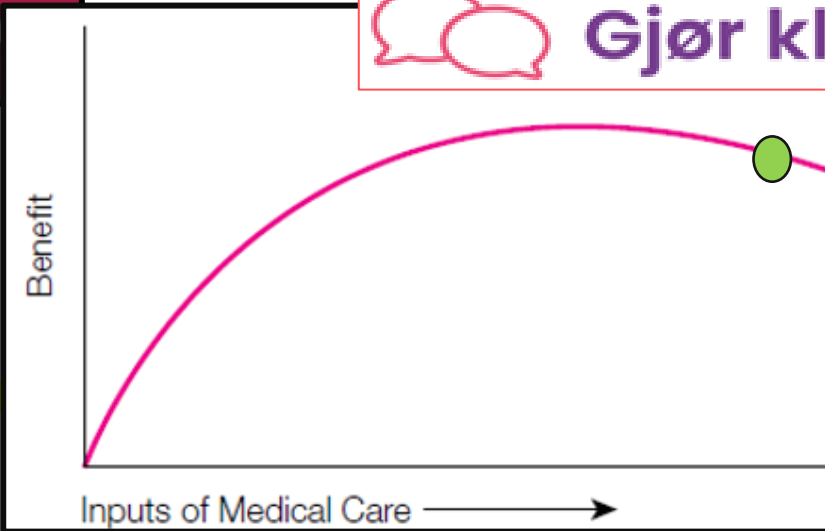




SUSTAINABLE GOALS

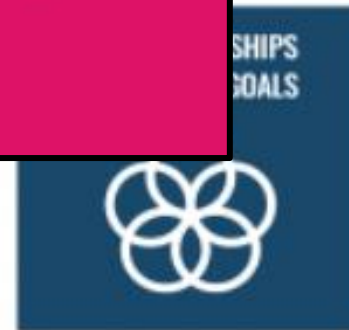
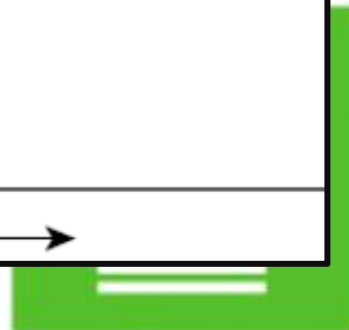
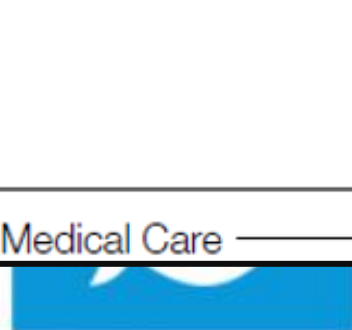
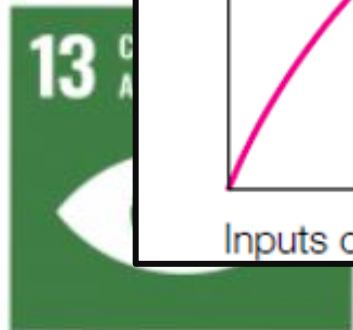
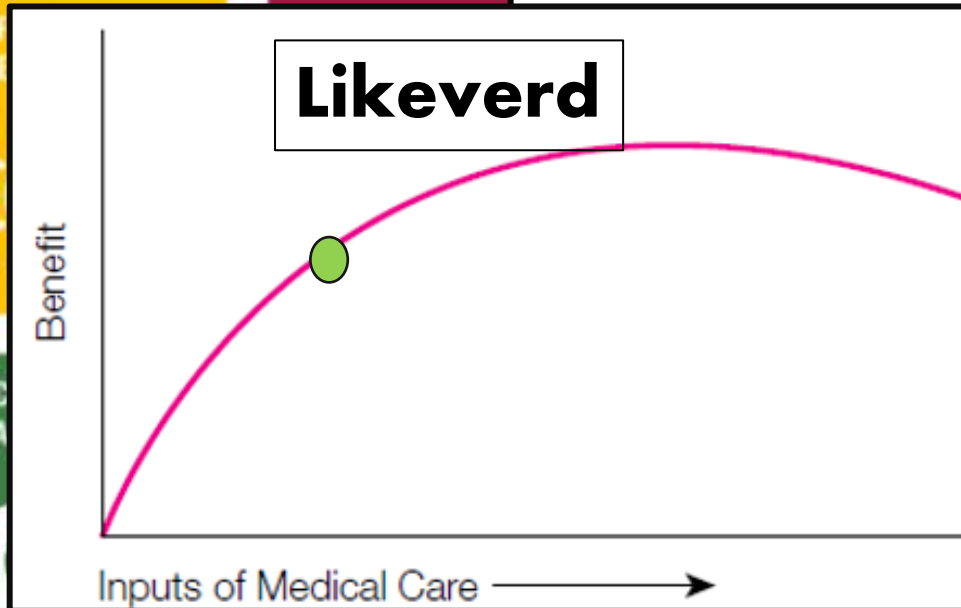
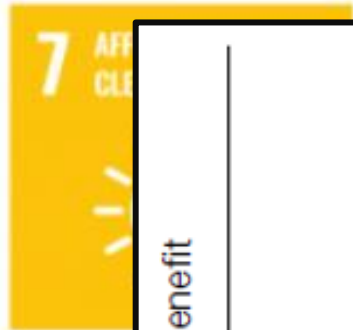


 **Gjør kloke valg**



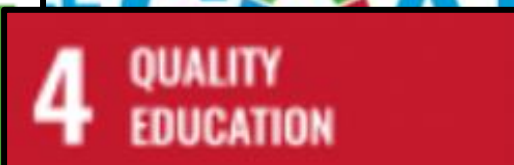


SUSTAINABLE GOALS

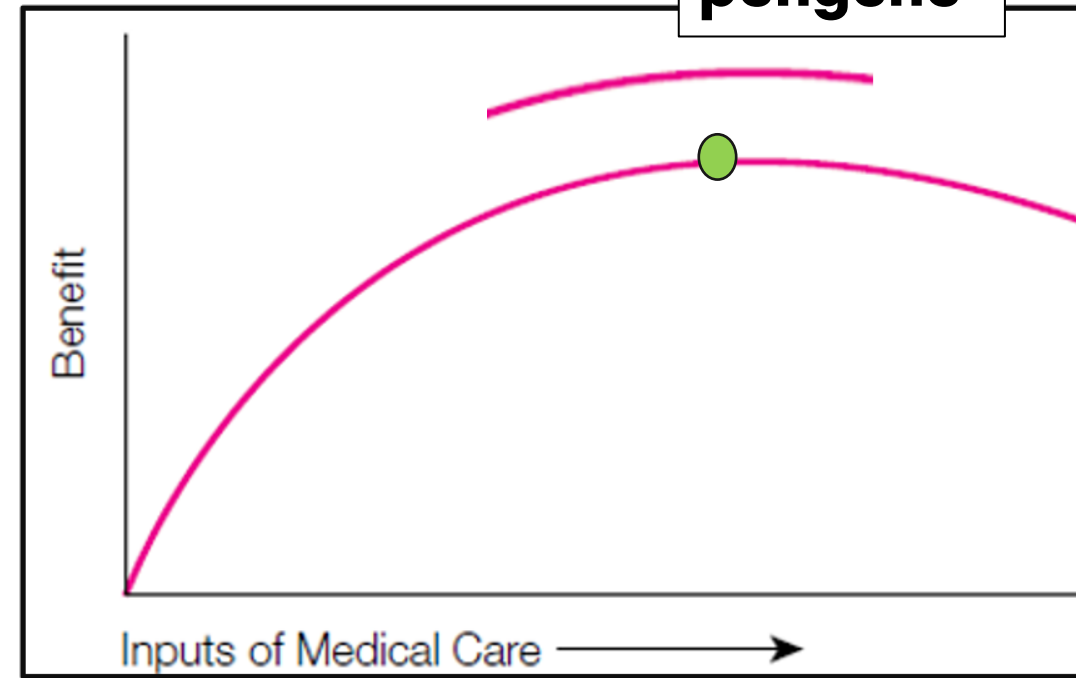




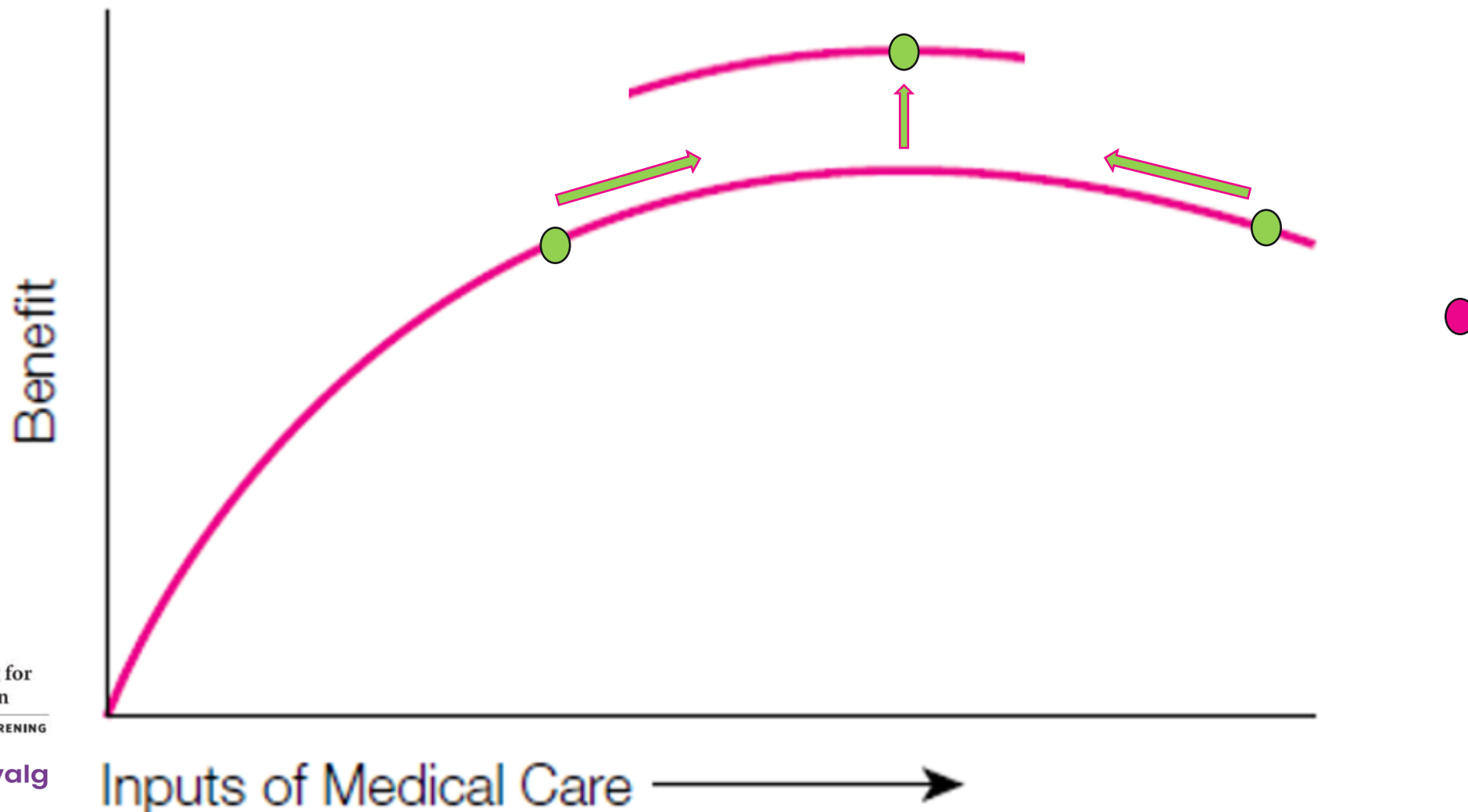
SUSTAINABLE GOALS



Mer for pengene



TAKK FOR OSS





Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF)

– Kort status HO21-rådet

Monica Fossnes Petersson, avdelingsdirektør Innsikt og innovasjon, KS

Hva er KS til for?

En selvstendig og nyskapende kommunesektor

- KS arbeider for at alle norske kommuner og regioner skal ha sterke nok muskler til å utvikle gode lokalsamfunn som dekker innbyggernes behov.



Utviklingspartner



Arbeidsgiverorganisasjon



Interessepolitisk aktør





Hvorfor trenger vi KSF?

«I årene som kommer står kommunesektoren foran store utfordringer innenfor flere områder som for eksempel helse, oppvekst og klima.

Det er det ikke ventet at **inntektene til kommunen** vil øke i takt med utfordringene. Samtidig endres **befolkningssammensetningen** med flere eldre, færre nyfødte, færre yrkesaktive og økt utenforskap blant barn og unge. Disse faktorene **utfordrer dagens velferdsmodell**.

Derfor må vi utvikle ny kunnskap og ny kompetanse, slik at vi finner smartere løsninger og bedre måter å jobbe på»

70 millioner på forskning i kommunen

Det er satt av betydelige midler til forskning i kommunen de neste årene. Frem mot 2025 skal det forskes for hele 70 millioner kroner.

I årene som kommer står kommunesektoren foran store utfordringer innenfor flere områder som for eksempel helse, oppvekst og klima. Samtidig er det ikke ventet at inntektene til kommunen vil øke i takt med utfordringene. Derfor må vi utvikle ny kunnskap og ny kompetanse, slik at vi finner smartere løsninger og bedre måter å jobbe på.

- Vi må være villige til avsette egne midler til å bygge egen forskningskompetanse. På sikt kan en mulig ambisjon være at 0,5 til 1

Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) - et historisk tilbakeblikk

- KSF startet som en utredning fra et utvalg nedsatt av HelseOmsorg21-rådet (KSF rapporten, 2019).
- KS har siden 2019 ledet arbeidet med å utvikle Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF).
- Pilotering er avsluttet - fra 2024 er vi over i en ny fase med etablering av KSF som en fast, landsdekkende, struktur over en periode på 5 år.
- KSF har endret navn fra Kommunenes strategiske forskningsorgan, til Kommunenes samarbeidsarena for forskning

Kommunenes samarbeidsarena for forskning

Kommunenes samarbeidsarena for forskning, KSF, bygger samarbeid mellom små og store kommuner, forskningsmiljøer og andre aktører som understøtter kunnskapsutvikling i kommunene.

Dette er Kommunenes samarbeidsarena for forskning

Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) er en samarbeidsstruktur som skal styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte beslutninger og tjenesteutvikling i kommunal sektor.

KSF – ingen andre kan fylle oppgaven

Ingen andre aktører kan drive liknende landsdekkende mobiliseringsarbeid, heter det i den eksterne evalueringen av KSF.

Se opptak: Info og kick-off for Kommunenes strategiske forskningsorgan, KSF

Her kan du se opptaket av kick-off og infowebinalet om etableringen av Kommunenes strategiske forskningsorgan, KSF.

Målet med KSF er å styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte beslutninger og tjenesteutvikling i kommunene og praksisnære utdanninger

- Bidra til å utjevne forskjellene mellom små og store kommuner
 - Sikre mer likeverdig tilgang til forskning og kunnskapsutvikling.
- Styrke rammebetingelsene for forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling i kommunene
- I etableringsperioden 2024-2028 innrettes arbeidet mot utviklingen av bærekraftige kommunale helse- og omsorgstjenester.
- I tråd med kommunenes samfunnsoppdrag og ansvar for helhetlige tjenester, er KS' ambisjon på lang sikt at KSF skal fungere som en **generisk samarbeidsstruktur** for kunnskapsutvikling og bruk av kunnskap i kommunene.



Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) skal bidra med følgende

- Kommunenes arbeid med å samordne og prioritere egne kunnskapsbehov
- Utvikling av kunnskapsbehov til forskbare problemstillinger.
- Mer kommunerelevant forskning
- Spredning, vurdering og bruk av forsknings- og innovasjonsresultater
- Rammebetingelsene for forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling i kommunal sektor
- Praksisnær utdanning gjennom økt samarbeid mellom kommunene og UH sektoren

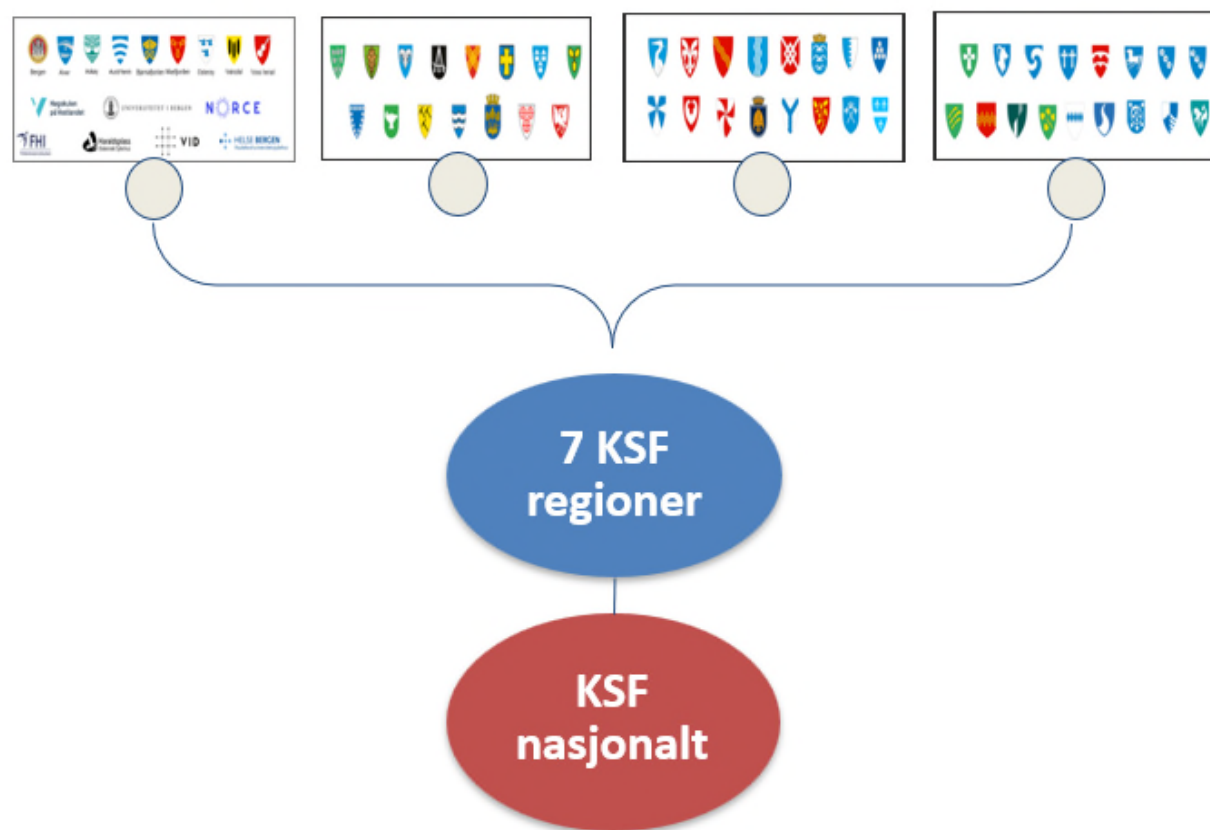


samarbeidstruktur mellom kommuner, UH- og instituttsektoren og andre relevante kompetansemiljøer lokalt, regionalt og nasjonalt.

Lokalt nivå med naturlig samarbeid mellom kommuner med en *Motorkommune* som pådriver. Operativt samarbeid med academia og relevante kunnskapsmiljøer.

Regionalt koordinerende nivå, med *Vertskapskommuner* som jobber strategisk opp mot academia og kunnskapsmiljøer regionalt, samt opp mot KSF nasjonalt.

Nasjonalt nivå i KS leder det nasjonale, strategiske, arbeidet med å etablere og drifte KSF strukturen. KSF nasjonalt samarbeider med myndighetene, UH- og instituttsektoren.



Prinsipper for opptrapping og finansiering av KSF

1. **Parallell oppbygning i hele landet**
2. **Gradvis utvikling i tråd med kommunenes kunnskapsbehov.**
 - I perioden 2024-2028 prioriteres behovet for forskning og kunnskapsutvikling med formål å bidra til bærekraftige kommunale helse- og omsorgstjenester.
3. **Forutsigbar finansiering av de regionale vertskapskommunene**
4. **Felles grunnstruktur for kommuneklynger**
 - avtalefestede samarbeid mellom kommuner
5. **Ivareta lokale forutsetninger**
6. **Rollen som motorkommune og vertskapskommune kan rullere**
7. **Behovsrettet påvirkning og tilpasning av virkemidler**
8. **Evaluerings**



Status i arbeidet

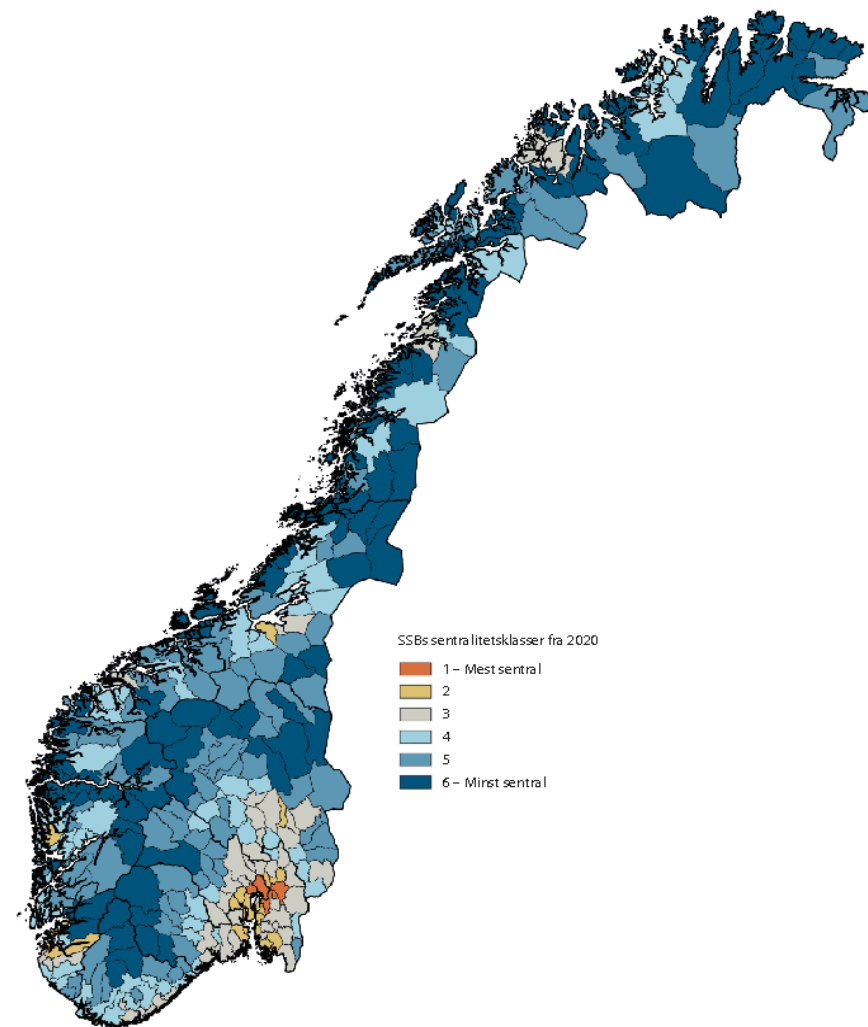
- Stor interesse fra kommunene, akademia og andre kunnskapsaktører.
- Etableringsplan (2024-2028)
 - Godkjent i august 24
- Regioninndeling og vertskapskommuner avklart
- Bevilgning på 10,4 mill. kr over statsbudsjettet i 2025
 - Etableringen baseres på føringer i tildelingsbrev fra HOD og KD.
 - Tildelingsbrev er sendt til alle KSF vertskapskommunene.
 - KSF skal ses i sammenheng med Forskningsrådets forskning- og innovasjonssatsning, Folkehelseinstituttets arbeid for utvikling av kunnskapsstøttesystem, samt gjennomgang av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten (føringer fra HOD og KD).



7 KSF Regioner

- **KSF Vest:** Vestland og Rogaland med **Bergen** som Vertskapskommune
- **KSF Midt:** Trøndelag og Møre og Romsdal med **Trondheim** som Vertskapskommune
- **KSF Nord:** Nordland, Troms og Finnmark med **Bodø** som Vertskapskommune
- **KSF Innlandet:** med **Gjøvik** som Vertskapskommune.
- **KSF Øst:** Akershus og Østfold med **Lillestrøm** som Vertskapskommune.
- **KSF Sør-Øst:** Buskerud, Vestfold og Telemark med **Drammen** som Vertskapskommune.
- **KSF Sør:** Agder med **Kristiansand** som Vertskapskommune.

Det gjøres en nærmere avklaring rundt innlemming av Oslo kommune som del av strukturen.



Finansiering

- Dette er på plass:
 - Tildelingsbrev med finansiering av regional koordinator i de 7 Vertskapskommunene. Forpliktelse ut 2026.
 - Tildelingsbrev til 7 motorkommuner
 - Søkornmidler til støtte for oppbygging og utvikling av kommuneklynger med motorkommuner. Minimum 1 klynge pr region i 2024/2025.
- KS jobber interessepolitisk for langsiktig finansiering:
 - Budsjetthøringer
 - Forskningsrådet
 - Statsforvalter



Muligheter og risiko i etableringen av KSF

- En presset kommuneøkonomi er en stor utfordring
- **Viktig å sikre helhet med øvrig utviklingsarbeid og interessepolitisk arbeid i KS.**
- Fokuset vårt er å komme godt ut fra «hoppkanten»
 - Skape god bro fra pilot til etablert struktur.
 - **Bygge strukturen på etablerte/naturlige samarbeidsstrukturer**
 - **Helhet og sammenheng i hele KSF strukturen. Helhet mellom KSF regionene, KS regionkontorer og KS nasjonalt.**
 - Etablere en hensiktsmessig struktur for samarbeid med UH- og instituttsektoren og andre kunnskapsmiljøer på alle nivåer av KSF strukturen. Aktørene må innpasses naturlig på de tre nivåene: lokalt, regionalt og nasjonalt.
 - KSF nasjonalt: UHR, FFA, FHI, Forskningsrådet, ledernivå innen kompetansesentrene,





Takk for oppmerksomheten!

