

## HelseOmsorg21-rådet

Dato 4. mars, kl. 10.00 – 16.00 (KI seminar fra 10.00 – 12.30)

Sted Forskningsrådets lokaler, møterom Frisch til 12.30, møterom Hassel 2 fra 13.00

---

Sak 13/2/2026 Godkjenning av innkalling og saksliste

---

Sak 14/2/2026 Spørsmål om habilitet

---

Sak 15/2/2026 Godkjenning av referat møte 1/2026, 14. januar 2026

---

Sak 16/2/2026 Oversikt meldinger og strategier

---

Sak 17/2/2026 Innspill til Helsereformutvalget

---

Sak 18/2/2026 Innovasjon i helsetjenesten

---

Sak 19/2/2026 Rapport om tilgang til helsedata

---

Sak 20/2/2026 Arendalsuka 2026

---

Sak 21/2/2026 HO21-rådets årsrapport for 2025

---

Sak 22/2/2026 Orienteringer

---

Sak 23/2/2026 Eventuelt

---

Sak 24/2/2026 Evaluering av møtet

Saksfremlegg

## Sak 13/2/2026

# Godkjenning av innkalling og saksliste

**Til**  
HelseOmsorg21-rådet

**Saksbehandler**  
Henrietta Blankson

**Vedlegg**

**Fra**  
Ole Johan Borge

**Hvorfor saken  
fremmes til dette  
møtet**

Innkalling og saksliste legges frem for godkjenning.

---

**Forslag til vedtak**

*Innkalling og saksliste godkjennes.*

Saksfremlegg

# Sak 14/1/2026

## Spørsmål om habilitet

**Til**  
HelseOmsorg21-rådet

**Saksbehandler**  
Henrietta Blankson

**Vedlegg**

**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.

---

**Hvorfor saken fremmes til dette møtet** Rådet bes om å vurdere sin habilitet for sakene i møtet.

---

**Hovedpunkter** Sak 19/2/2026 om helsedata er nært knyttet opp til roller og ansvar hos Folkehelseinstituttet, der rådsmedlem Guri Rørtveit er administrerende direktør. Saken er en oppfølging av sak 7/1/2026 der Guri Rørtveit ble vurdert til å være habil i forrige møte.

Rådet bes om å diskutere om det er nye momenter i saken som gjør at habilitetsspørsmålet bør tas opp på nytt.

---

**Forslag til vedtak** Utformes på møtet.

Saksfremlegg

# Sak 15/2/2026

## Godkjenning av referat fra møte 1/2026

**Til**  
HelseOmsorg21-rådet

**Saksbehandler**  
Henrietta Blankson

**Vedlegg**  
1. Utkast referat fra møte  
1/2026

**Fra**  
Ole Johan Borge

---

### Bakgrunn

Utkast til referat fra møte 1/2026 ble sendt ut 21. januar med merknadsfrist 28. januar.

Endringsforslag og tillegg ble meldt inn til sak 2/1/2026, 6/1/2026, 7/1/2026, 9/1/2026 og 10/1/2026. Referatet er oppdatert med innspillene.

---

### Hvorfor saken fremmes til dette møtet

Referatet legges frem for godkjenning.

---

### Forslag til vedtak

*Referatet godkjennes.*



# HelseOmsorg21-rådet, referat møte 1/2026

**Dato**

mandag 14. januar 2026  
KL. 10 - 15

**Sted**

Forskningsrådets lokaler  
Drammensveien 288

**Til stede**

Per Morten Sandset, Universitetet i Oslo  
Arild Kristensen, Norway Health Tech  
Esperanza Diaz, Universitetet i Bergen  
Guri Rørtveit, Folkehelseinstituttet  
Ingrid Stenstadvold Ross, Kreftforeningen  
Leif Rune Skymoene, Legemiddelindustriforeningen  
Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (f.o.m. sak 6/1/2026)  
Mari Trommald, Kommunesektorens organisasjon  
Marta Ebbing, Helse Bergen  
Marte Kvittum Tangen, fastlege, Tynset  
Per Olav Østbyhaug, St. Olavs hospital  
Tarje Bjørgum, Abelia (t.o. sak 9/1/2026)  
Toril Hernes, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, digitalt (t.o.m. sak 10/1/2026)  
Øivind Enger, Sarsia

**Observatører**

Hjørdis Møller Sandborg, HOD  
Elin Marlén Hollfjord, NFD  
Marianne van der Wel, HOD, digitalt deler av møtet  
Anne-Stine Bergquist Røberg, digitalt deler av møtet  
Marian Hornnes, Helsedirektoratet, digitalt deler av møtet

---

**Forfall**

Pia Cecilie Bing-Jonsson, Universitetet i Sørøst-Norge

---

**Til stede fra  
Sekretariatet/  
Forskningsrådet**

Henrietta Blankson  
Tine Thorbjørnsen  
Karianne Solaas  
Line Tangerås  
Ole Johan Borge, deler av møtet  
Siv Øverås, sak 9/1/2026

**Sak 1/1/2026****Godkjenning av innkalling og saksliste**

Ingen saker ble meldt inn til eventuelt.

Vedtak

*Innkalling og saksliste godkjennes.*

---

**Sak 2/1/2026****Spørsmål om habilitet**

Inhabilitet ble vurdert for sakene på dagens møte. Guri Rørtveits habilitet for sak 7/1/2026 Tilgang til helsedata ble spesielt diskutert. Rørtveit hadde vurdert sin habilitet grundig og falt ned på at hun ikke var inhabil, og det ble støttet av de andre rådsmedlemmene.

*Det er ikke knyttet inhabilitet til sakene på rådsmøtet.*

Vedtak

---

**Sak 3/1/2026****Godkjenning av referat fra møte 3/2025**

Ingen meldinger var meldt til merknadsfristen. På møtet ble det opplyst om at Marta Ebbing manglet på listen over deltagere på rådsmøtet.

Vedtak

*Referatet oppdateres med Ebbings navn og godkjennes.*

---

**Sak 4/1/2026****Orienteringer**

På grunn av tidsnød ble det kun orientert muntlig om innspill og kronikker fra HelseOmsorg21-rådet siden siste rådsmøte, frokostseminaret om folkehelse som ble avholdt 10. november 2025 og status for seminaret som rådet skal arrangere om kunstig intelligens i helsetjenesten 4. mars. I tillegg ble det opplyst om at dag og lokale er bestemt for rådets Arendalsarrangement (12. august kl. 9-10, Studio Spornes). Tema for Arendalsuka-arrangementet diskuteres på neste rådsmøte.

Rådet bør se på innspill til høringer og strategier som et langsiktig arbeid, det er allikevel viktig å følge med på resultatet av behandlingene i stortingskomiteen og merke seg flertalls- og mindretallskommentarene.

Vedtak

*Tas til orientering.*

---

**Sak 5/1/2026****Oversikt meldinger og strategier**

Saken er fast på alle rådsmøtene og skal bidra til bedre forutsigbarhet og beredskap i forbindelse med rådets behandling av strategier og meldinger.

Sekretariats forslag til oppfølging av de forskjellige meldingene og strategiene ble diskutert.

Rådet ønsker å gi innspill til Innovasjons- og samskappingsutvalget. Det er klare fellesområder mellom utvalgets tema og rådets pågående

---



---

arbeid innen innovasjon i helsetjenesten. Den samme arbeidsgruppen (Tarje Bjørgum, Per Morten Sandset, Mari Trommald og Arild Kristensen) som har ansvar for innovasjon i helsetjenesten vil også utarbeide et første utkast for dette innspillet.

Rådet velger å ikke gi høringssvar til utredningen om alternativkostnaden eller innspill til Pasient- og brukerrettighetslovutvalget. Rådet ønsker imidlertid å bli orientert om arbeidet i Pasient- og brukerrettighetslovutvalget på et senere tidspunkt.

Hjørdis Møller Sandborg, HOD, informerte om pågående og kommende utvalgs-, strategi- og proposisjonsarbeid i departementet:

- Helsepersonellplan 2040. Plan som skal sikre nok helsepersonell. Mulig å gi innspill
- Tannhelse. Forslag om en helhetlig tannhelsereform. Det kommer et høringsnotat etter hvert
- Hjernehelsestrategi. Strategien forventes å legges frem snarlig
- Handlingsplanen for kliniske studier legges frem i løpet av en tre måneders tid.

Vedtak

*Rådet bes sekretariatet om å følge opp saken med innspillene som kom i møtet.*

---

## Sak 6/1/2026

### Helsereformutvalget

Gunnar Bovim, utvalgsleder for Helsereformutvalget, orienterte om utvalgets arbeid og vurderinger til nå. Han understreket at Norge har et godt helsevesen og at det ikke finnes én ideell modell for organisering av helsetjenestene, men målet er at tjenestene skal bli mer integrerte og sammenhengende for pasienter og personell. Enkelte pasientgrupper, særlig de med flere sykdommer, får i dag ikke tilstrekkelig koordinert hjelp og en ny organisering må kunne gi bedre løsninger for dem. Alle modeller har fordeler og ulemper. Utvalget vil primært beskrive disse. Utvalget skal levere sin rapport i november 2026, men de vil publisere ulike modeller som de vil vurdere i begynnelsen av februar.

Flere av rådets medlemmer var opptatt av at utvalget i større grad bør undersøke og ivareta bidraget fra primærhelsetjenesten i form av tjenester, behov og kompetanse. Dette bidraget er både nødvendig i seg selv og komplementært til spesialisthelsetjenestens bidrag.

Rådet understrekte videre at det er viktig at ny teknologi, digitalisering og forestillingsevne om hva som vil bli mulig i nær fremtid og på lengre sikt, blir godt integrert i utvalgets arbeid. Dette inkluderer også helsetjenestenes evne til å ta i bruk ny innovasjon utover det digitale.

Det kan være aktuelt å avstemme rådets innspill knyttet til teknologi med Nasjonalt e-helseråd.



---

I første omgang vil rådet konsentrere innspillet sitt til utvalget om innovasjon, ny teknologi, privat-offentlig samarbeid og hva som er mulig å få til (forestillingsevnen).

På et senere rådsmøte ønsker rådet en sak for å diskutere de ulike modellene og gi innspill på dem. Rådet har allerede fremmet at inklusjon av perspektiv knyttet til klima og CO<sub>2</sub> slipp og konsekvenser for ulikhet i helse bør ivaretas.

Vedtak

*Det settes ned en arbeidsgruppe bestående av Tarje Bjørgum, Toril Hernes, Per Olav Østbyhaug og Leif Rune Skymoen for å utarbeide et første innspill knyttet til digitalisering, teknologi og privat-offentlig samarbeid.*

---

**Sak 7/1/2026****Tilgang til helsedata**

Saken var todelt med behandling av rapport om helsedata og orientering om rundebordsmøtet 15.12.2025.

Guri Rørtveit redegjorde for status sett fra FHIs side. Det er betydelig forbedret saksbehandlingstid til tross for flere og mer komplekse søknader. To hovedutfordringer går igjen; krav til tydelig formål og streng dataminimering. Nye analysemetoder (bl.a. maskinlæring) gjør at man kan besvare nye og viktige forskningsspørsmål, noe som er sterkt ønskelig. Samtidig utfordrer dette personvernet i betydelig grad. FHI opplever at både kravene til personvern og forståelse av regelverket skaper friksjon, og ber om drahjelp fra rådet. Bør man tenke nytt rundt arbeid for å ivareta både forskningsmulighetene som ligger i nye metoder og personvern? Det er behov for innovasjoner knyttet til personvernbevarende teknologier og analysemetoder. Det er samtidig behov for å håndtere flere av flaskehalsene som det blir pekt på i rapporten, og dette arbeider FHI med kontinuerlig.

I diskusjonen pekte flere rådsmedlemmer på behovet for enklere og bedre dialog mellom søkere og tilgangsstyrere, og for å løfte fram problemstillinger som vil komme framover, som bruk av treningsdata til KI, kommersiell bruk av data, sletting kontra gjenbruk av data, og muligheten for regelverksendringer. Det ble også diskutert at rapporten i for liten grad synliggjør behovet for godt personvern, og at forbedringene som faktisk har skjedd kommer for dårlig frem.

Rådet ønsker et forord til rapporten som tydeliggjør konteksten den er skrevet i.

Det var enighet om at rådet bør bidra til videre arbeid med dialog, formidling av rapporten og løfting av særlig personvernemaer og behovet for teknologi/analysemetoder som kan redusere risiko. Rapporten vurderes som et bidrag til å, synliggjøre gjenværende flaskehalsene og forbedringsmuligheter.

Vedtak

*Rådet ber sekretariatet oppdatere utkast til rapport etter innspillene i møtet og følge opp saken, inkludert rundebordsmøtet. Rådsleder og*



---

*Ingrid Stenstadvold Ross bidrar til forordet, og arbeidsgruppen sikrer helheten.*

---

**Sak 8/1/2026****Innovasjon i helsetjenesten**

Saken ble ikke diskutert i møtet grunnet tidspress.

Arbeidsgruppen skal fortsette å jobbe med hva kan være konkrete tiltak som rådet kan anbefale for at helsetjenestene kan bli flinkere til å legge til rette for næringslivssamarbeid og for at helsetjenestene selv skal få mer utbytte av samarbeidet.

Som beskrevet under orienteringer, vil arbeidsgruppen også utarbeide et forslag til innspill til Innovasjons- og samskapingsutvalget.

Vedtak

*Intet*

---

**Sak 9/1/2026****Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF)**

Monica Fossnes Petersson og Hedda Eilertsen Barvik (KS) orienterte om arbeidet med å bygge opp en nasjonal struktur for forskningssamarbeid i kommunesektoren (presentasjonen er vedlagt referatet). Mange kommuner er allerede organisert i klynger og regioner, men det tar tid å bygge en bærekraftig struktur.

I diskusjonen ble det etterlyst tydeligere avklaringer av arbeids- og funksjonsdelingen innenfor og mellom modellens ulike nivåer, og ikke minst at det fremover bør bli et større fokus på innhold og mindre på organisasjonsstruktur. Det ble stilt spørsmål om hvilken forskningskompetanse som trengs i KSF og kommunene og hvordan den best kan brukes. Det ble også etterlyst hvordan samarbeidet med UoH/forskningsinstitusjoner skal foregå og organiseres. Det ble blant annet fremhevet at implementering av forskning forutsetter tilgang til forskningskompetanse, og at KSF må brukes aktivt for å etterspørre, utvikle og dele kunnskap som er relevant for kommunale tjenester, herunder fastlegetjenesten. Rådet uttrykte også bekymring knyttet til uklar rolleforståelse og mandat til henholdsvis KSF og KS, uklarhet rundt innholdet i strukturen, fare for fragmenterte og parallelle forskningsløp og utilstrekkelig involvering av eksisterende forskningsmiljøer og UH/forskningsinstitusjoner. Det ble også pekt på behovet for tydeligere prioriteringer, økt satsing på data- og kunnskapsgrunnlag og en sterkere kobling mot samhandlingsstrukturer som helsefelleskapene og kliniske miljøer.

Vedtak

*Rådet ber KS ta med seg innspillene videre i prosessen.*

---

**Sak 10/1/2026****EUs nye konkurranseevnefond og kommende rammeprogram**

Sofia Anderholm Strand, Forskningsrådet, orienterte. Presentasjonen er vedlagt referatet. EU planlegger et nytt rammeprogram for forskning, utvikling og innovasjon som skal gjelde for perioden 2028-



2034. En vesentlig forandring fra tidligere, er at det foreslås å opprette et konkurranseevnefond (European Competitiveness Fund).

NFD informerte om at det er opprettet en tverrdepartemental gruppe, ledet av UDE, som vurderer Norges deltakelse i neste rammeprogram.

Det ble informert om at returraten fra EU har økt de siste årene. Det er bygget opp mange gode støttefunksjoner ved flere store forskningsorganisasjoner som hjelper både med søknadsskriving og prosjektoppfølgning, det er sannsynligvis bidratt til økt returrate. Det er imidlertid få institusjoner som får det meste av returraten. Norge må rigge seg slik at vi kan innfri EUs kommende krav til høyere medfinansiering fra landene selv. NFD oppfordret rådet til å gi innspill. En søknad om deltakelse fra Norge kan først sendes etter at rammeprogrammet er etablert i 2028.

Vedtak

*Tas til orientering*

---

**Sak 11/1/2026**

**Eventuelt**

Ingen tema ble meldt inn.

Vedtak

*Intet.*

---

**Sak 41/3/25**

**Evaluering av møtet**

Vedtak

*Intet.*

# Sak 16/2/2026

## Oppfølging av meldinger og strategier

<b>Til</b> HelseOmsorg21-rådet	<b>Saksbehandler</b> Henrietta Blankson/HO21- sekretariatet	<b>Vedlegg</b> 1. Oversikt meldinger og strategier
<b>Fra</b> Ole Johan Borge		

**Bakgrunn** Rådet har bedt om at en oversikt over kjente og kommende meldinger, strategier og NOU-er legges frem på hvert møte for å bidra til forutsigbarhet og planlegging av rådets arbeid knyttet til slike, blant annet med tanke på utarbeidelse av høringsinnspill. Oversikten (vedlegg 1) bør sees i sammenheng med rådets handlingsplan.

---

**Hvorfor saken fremmes til dette møtet** Dette er en sak som legges frem på hvert rådsmøte for at rådet skal ta stilling til om rådet skal følge opp spesifikke meldinger, utredninger eller strategier.

---

**Hovedpunkter** Oversikten blir for hver gang oppdatert med de innspillene som kom på forrige møte og eventuelle nye høringer, strategier og utvalgsarbeid. Siden siste rådsmøte er høringer og dokumenter der det ikke er bestemt noen særskilt oppfølging fjernet fra listen.

Rådet bes om å diskutere oppfølging av et nytt utvalgsarbeid som er inkludert på listen. Rådet bes også diskutere om det er andre strategier, meldinger og utvalg som bør inn på listen.

**Ekspertgruppe om doktorgradsutdanningen**

Regjeringen har satt ned en ekspertgruppe som skal se på hvordan fremtidens forskerutdanning skal møte samfunnets behov for forskerkompetanse. Ekspertgruppen skal diskutere og vurdere 1) Rammer for forskerutdanningen, 2) Behov for forskerkompetanse i bredden av arbeidslivet og 3) Nasjonal og internasjonal rekruttering, og foreslå tiltak for hver av fagområdene Helse, Samfunnsfag og humaniora, og Teknologi og naturvitenskap.

Utvalget skal levere rapport til Kunnskapsdepartementet innen 1. mars 2027.

---

**Forslag til vedtak** Rådet ber sekretariatet om å følge opp saken med de innspill som kommer i møtet.

Melding/strategi/NOU	Innspill	Lansering	Høring	Forslag videre oppfølging fra HO21-rådet
<a href="#">Ekspertgruppe skal gjennomgå doktorgradsutdanninga - regjeringen.no</a>		Rapport innen 1. mars 2027		
<a href="#">Oppfølging av Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025</a>	<a href="#">Innspill</a> , 14.10.2024	Lansering tidlig 2026		
<a href="#">Forslag til endringer i helseforskningsloven og tilhørende regelverk</a>			<a href="#">Høringsuttalelse</a> , 6.1.2025	<a href="#">Hørings svar</a> , 6.5.2025  Følges opp i helsedataarbeidet
<a href="#">Forslag til endringer i Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)</a>			<a href="#">Høringsuttalelse</a> , 16.1.2025	
<a href="#">Utredning fra Innovasjon- og samskapingsutvalget</a>	Frist 17.12.25 Rådet har ikke sendt innspill	Rapport senest innen sommeren 2026		Rådet ønsket å gi innspill, men var for sent ute mht utvalgets arbeid.
<a href="#">Demensplan 2030</a>		Legges frem våren 2026		
<a href="#">Helsereformutvalget</a>		NOU skal leveres innen 1 november 2026		Sak på møte 1/2026 og 2/2026
<a href="#">Pasient- og brukerrettighetslovutvalget</a>		NOU skal leveres innen 14. mai 2027		Rådet gir ikke innspill, men ønsker å bli orientert om arbeidet på et senere tidspunkt
Helsepersonellplan 2040				
Tannhelse. Forslag om en helhetlig tannhelsereform				
Hjernehelsestrategi				

# Sak 17/2/2026

## Innspill til Helsereformutvalget

<b>Til</b>	<b>Saksbehandler</b>	<b>Vedlegg</b>
HelseOmsorg21-rådet	Tine Thorbjørnsen og Henrietta Blankson	1. Utkast innspill
<b>Fra</b>		
Ole Johan Borge		

### Bakgrunn

Regjeringen har oppnevnt et helsereformutvalg for å utrede og foreslå modeller som sikrer en helhetlig, sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i Norge.

Utvalgsleder Gunnar Bovim orienterte om utvalgets arbeid på rådsmøte 1/2026. På bakgrunn av den etterfølgende diskusjonen, vedtok rådet å gi innspill til utvalget med særlig vekt på hvilken rolle teknologi, digitalisering og innovasjon kan spille i omstillingen av helse- og omsorgstjenestene.

Det ble satt ned en arbeidsgruppe bestående av Tarje Bjørgum, Toril Hernes, Per Olav Østbyhaug og Leif Rune Skymo. Arbeidsgruppen/deler av arbeidsgruppen har hatt to møter. Tarje Bjørgum har fungert som arbeidsgruppens leder.

---

### Hvorfor saken fremmes til dette møtet

Saken fremmes for at rådet kan diskutere utkast til innspill slik at det kan ferdigstilles og sendes til utvalget rett etter rådsmøtet. Helsereformutvalget har kommet langt i arbeidet og har bedt om at rådets innspill sendes så fort som mulig.

---

### Hovedpunkter

Mange kommentarer og endringsforslag er mottatt fra rådsmedlemmene. Enkelte av innspillene påpekte forhold som burde bli bedre belyst og hvor det ble gitt konkrete tekstinnspill. Disse er i noen grad delt opp og inkludert under relevante kapitler. Det kom også flere innspill av prinsipiell art og innspill som pekte i forskjellige retninger. Dette er forsøkt balansert på best mulig måte.

Det er gitt noen konkrete eksempler på ny teknologi og gode løsninger. Disse er navngitte. Rådet bes om å ta stilling til om konkrete løsninger bør nevnes.

---

### Forberedelse / prosess (kort)

Utkastet til innspill har vært sendt til rådets medlemmer til kommentarer. I utkastet er det også tatt inn momenter som kom fram i et innspillsmøte 25. februar som HelseOmsorg21-rådet i samarbeid med Norway Health Tech, NHO Geneo og Abelia inviterte Helsereformutvalget til. Tarje Bjørgum og Per Morten Sandset deltok fra rådet. Programmet fra innspillsmøtet er vedlagt til orientering (vedlegg 2).

Utkast til innspill er også sendt til Nasjonalt e-helseråd til orientering og eventuelle kommentarer, ref. forslag på siste rådsmøtet.

---

### Forslag til vedtak

Sekretariatet vil i samarbeid med arbeidsgruppens leder oppdatere innspillet i tråd med diskusjonen i møtet. Rådsleder godkjenner det endelige innspillet.



# Innspill til Helsereformutvalget

Å gripe mulighetsrommet – gjennom teknologi og innovasjon

Fra HelseOmsorg21-rådet

## 1. Innledning

Vi viser til møtet i HelseOmsorg21-rådet 14. januar og takker for en konstruktiv dialog med utvalgsleder Gunnar Bovim. Rådet ble utfordret til å gi innspill til hvilken rolle teknologi, digitalisering og innovasjon kan spille for reell omstilling av helse- og omsorgstjenestene.

Norge har en helsetjeneste i verdensklasse. Pasientsikkerheten er høy, og mye fungerer godt. Samtidig står vi overfor endringer: Flere eldre, færre i yrkesaktiv alder og mer komplekse behov øker presset på både personell og offentlige budsjetter.

Uten strukturelle grep vil personellpresset alene undergrave reformens ambisjoner. Personellutfordringen vil særlig slå inn i kommunene og primærhelsetjenesten, der veksten i behov og kompleksitet forventes å bli størst i årene som kommer.

Vi ser også et produktivetsparadoks. Til tross for økte ressurser, flere ansatte og betydelige teknologiske investeringer, opplever tjenesten fortsatt økende kapasitetsutfordringer, selv om det er store variasjoner innad i sektoren. Det tyder på at dagens arbeidsformer ikke omsetter ressursinnsatsen i tilstrekkelig effekt i den skalaen som nå kreves.

Helsetalen 2026 peker ut en tydelig retning. Mer sammenheng, en mer bærekraftig arbeidshverdag og økt bruk av teknologi og forebygging. Reformens kjerneoppgave må derfor være å peke på løsninger for hvordan styring, finansiering og organisering innrettes slik at teknologi og innovasjon faktisk bidrar til å gi befolkningen bedre helse.

Helse- og omsorgstjenestene er ikke én organisasjon, men et sammensatt system av tjenester, forvaltning, næringsliv, sivilt samfunn og ideelle aktører. Omstilling handler derfor like mye om hvordan aktørene samspiller og hvilke insentiver som virker mellom nivåene, som endringer i den enkelte virksomhet.

## 2. Betydningen av forestillingsevne

Fra stetoskop til de første røntgenmaskiner har helseteknologi vært en vesentlig del av helsepersonellens hverdag. Men kraften i den teknologiske utviklingen gjør nå langt større endringer mulig innen kort tid. Derfor blir forestillingsevne avgjørende. Den utvider handlingsrommet før vi låser styring, finansiering og organisering. Digital forestillingsevne handler i denne sammenheng om å ta utgangspunkt i det som er mulig, og la det forme nye måter å organisere, samhandle og levere eller ta i bruk tjenester på.

Fremtidsbildene nedenfor kan leses som ulike perspektiver som peker i samme retning. De peker mot et system som bruker teknologi strategisk, flytter innsatsen tidligere, bedre organiserer tjenester rundt menneskers liv og mobiliserer hele samfunnets ressurser.

## ***Når kapasitet ikke lenger bestemmes av antall hender***

Fremtidens helse- og omsorgstjenester bruker teknologi systematisk for å øke kapasiteten og bidra til bedre helse, i tillegg til å effektivisere enkeltoppgaver. Digitale systemer, avansert analyse og automatiserte prosesser for samhandling understøtter koordinering, prioritering og informasjonsflyt. Helsekompetansen i befolkningen er økt, slik at den enkelte gjør gode vurderinger av hva slags teknologi/hjelpemidler som kan være av nytte ved ulike helseutfordringer. Beslutningsgrunnlaget oppdateres fortløpende, og ressurser styres dit behovene faktisk oppstår. Slik frigjøres tid, og fagfolk kan bruke mer av sin kompetanse på effektive tiltak, vurdering, relasjon og omsorg.

Et konkret eksempel er selskapet DeepInsight, som bruker sykehusdata og KI til langt mer presis operasjonsplanlegging. Ifølge Menon Economics er det nasjonale gevinstpotensialet ved skalering av denne løsningen, som til nå er prøvd ut ved Lovisenberg sykehus AS, alene beregnet til om lag 1,8 milliarder kroner årlig.

Kapasitet handler også om geografi. Dette er særlig avgjørende for kommunale tjenester, der rekruttering, små fagmiljøer og geografiske avstander allerede utfordrer bærekraften. Oppfølging kan skje nært der folk bor når det er faglig forsvarlig, og spesialisert kompetanse kan deles på tvers av sykehus, kommuner og regioner. Slik frikobles kapasitet fra bygg og bosted, og kompetanse blir skalerbar.

**Utfordring til utvalget:** Hvordan kan kapasitet forstås og utvikles slik at teknologi, i tillegg til personell og geografi, blir en integrert del av løsningen?

## ***Å ligge i forkant fremfor i etterkant***

I fremtidens helse- og omsorgstjeneste handler vi før sykdom blir alvorlig. Data fra hverdagsliv, hjemmeoppfølging og tjenestene kobles med analyse og kunstig intelligens, slik at risiko og forverring oppdages tidligere. Tjenesten beveger seg fra å reagere på kriser til å forebygge dem systematisk.

Forebygging bygges inn i styring og finansiering. Resurser dreies fra sen behandling til tidlig innsats, fra innleggelse til oppfølging hjemme og fra standardiserte kontroller til mer egenmestring og behovsstyrt støtte. Kommunene og primærhelsetjenesten styrkes som nav for forebygging, tidlig innsats og koordinering, med tydelig ansvar og tilstrekkelig verktøy til å håndtere økende kompleksitet.

En tydelig ambisjon flere sykehus nå arbeider etter, er prinsippet “hjemme når jeg kan – på sykehuset når jeg må”, der teknologi og samhandling med kommunen gjør mer avansert behandling mulig utenfor sykehusets vegger.

Samtidig får innbyggerne bedre verktøy til selv å ta ansvar. Digitale veiledere og KI kan støtte livsstilsendringer, behandling og oppfølging.

**Utfordring til utvalget:** Hvordan kan styring og finansiering justeres slik at innsats som reduserer fremtidig behandlingsbehov, får tydeligere effekt i systemet?

## ***Fra sektorlogikk til livslogikk***

Fremtidens helse- og omsorgstjenester starter forløpet i menneskers faktiske liv, fremfor i organisasjonskartet. Muliggjort av teknologi formes helse- og omsorgstjenester rundt funksjon, livssituasjon og behov, fremfor etter sektor, nivåinndeling og administrative grenser. Informasjon følger personen, ansvar er tydelig plassert, og hjelpen oppleves som én sammenhengende tjeneste selv om mange aktører bidrar.

Pasient og pårørende slipper å være budbringere mellom aktører. Plan, oversikt og beslutningsgrunnlag deles, og brukerne er aktive deltakere. Tjenestene er først og fremst del av et koordinert nettverk, der diagnostikk, behandling og oppfølging kan skje hjemme, digitalt eller fysisk, der det er mest hensiktsmessig.

Resten av samfunnet beveger seg raskt mot mer sømløse og brukersentrerte tjenester. Om ikke helse- og omsorgstjenesten følger med risikerer vi økende avstand mellom forventninger og tilbud, og at vår helse- og velferdsmodell gradvis svekkes i møte med alternative digitale helsemodeller.

**Utfordring til utvalget:** Hvordan kan organisering og finansiering utvikles slik at pasientforløp faktisk henger sammen rundt menneskers liv, også på tvers av sektorer?

## ***Når helse blir et felles samfunnsansvar***

Når behovene øker og ressursene er presset, kan ikke helse- og omsorgstjenesten løse oppgavene alene. Dette krever at flere samfunnsaktører tar medansvar. Pasienter/brukere, arbeidsgivere, utdanningsinstitusjoner, frivillige organisasjoner, teknologimiljøer, næringsliv og private aktører kan alle fylle roller.

Helse- og omsorgstjenesten må inngå i et mer forpliktende samspill med andre sektorer, der roller er tydelige og innsatsen koordineres. Digitale plattformer og trygg deling av relevante data gjør det mulig å koble behov, kompetanse og ressurser på tvers, i praksis, ikke bare som prinsipp.

Slike tanker er tatt inn i utviklingsprosjekter allerede. I Lillestrøm og Nordre Follo prøves modeller ut med teknologiselskapet Nyby, der personer som står utenfor arbeid kobles på oppgaver i omsorgstjenesten, med støtte fra frivillige organisasjoner og andre samfunnssektorer. Mer oppgavedeling i arbeidsmarked vil gi mestring, inkludering og samtidig avlaste helsetjenesten.

Poenget er å utvide hvem som bidrar til løsning, uten at det medisinske ansvaret svekkes.

**Utfordring til utvalget:** Hvordan kan reformen bidra til at helse- og omsorgstjenesten inngår i et forpliktende samfunnssamarbeid, der ansvar og roller er tydelig definert?

## ***Boks: Muliggjørende teknologier for omstilling av helse- og omsorgssektoren***

**Kunstig intelligens og digitalisering** kan bl.a. støtte diagnostikk, planlegging og dokumentasjon, og frigjøre tid til ekte pasientkontakt. KI kan strukturere journaler, gi beslutningsstøtte og bidra til mer likebehandling ved å redusere uønsket variasjon i vurderinger. KI-løsninger inngår i økende grad integrert i øvrige teknologiske løsninger. Tilgjengeliggjøring av tjenester som innbyggerne selv kan ta i bruk i kombinasjon med produkter som selges fra apotek eller andre private tilbydere, kan avlaste helse- og omsorgstjenesten.

**Sensorer og fjernmonitorering** gir tidligere varsler og mer presis oppfølging av personer hjemme. Kontinuerlige målinger gjør det mulig å forebygge og gripe inn før forverring blir akutt, og tilpasse mer presis oppfølging etter faktisk behov fremfor faste kontroller.

**Roboter og automatisering** kan avlaste logistikk, laboratorier og rutineoppgaver. Når støttefunksjoner flyter bedre, frigjøres tid i tjenestene og risiko for feil reduseres, både i sykehus, i kommunale tjenester og i hjemmet.

**Digitale tvillinger** kan brukes til kirurgisk planlegging, pasientovervåking og bedre drift av sykehus. De gjør det mulig å simulere pasientflyt, bemanning og ressursbruk før endringer settes i verk.

### 3. Derfor stopper omstilling

Det foregår mye omstilling i kommuner og sykehus i dag. Samtidig er avstanden mellom teknologiske muligheter og faktisk praksis stor. Utfordringen er ikke mangel på løsninger, men strukturen rundt dem. Dagens styring, finansiering og organisering gjør omstilling krevende selv der løsningene finnes. Samtidig forventes endring gjennomført innenfor en presset drift, uten tilstrekkelig kapasitet til å jobbe systematisk med ledelse og gevinstrealisering.

#### ***Vi betaler for aktivitet, ikke for effekt***

Dagens finansieringsmodeller er utviklet for etablerte tjenester og arbeidsformer. De belønner først og fremst aktivitet innenfor eksisterende strukturer, i mindre grad omdreining til forebygging, egenmestring- og hjemmeoppfølging, oppgavedeling og -gliding og digital samhandling.

I dag taper ofte sykehus økonomisk på å følge opp pasienter hjemme, selv når det er faglig riktig. Kodeverk og finansieringssystemer reflekterer i liten grad arbeidsmengden i digitale og hjemmebaserte forløp.

Selv når ny teknologi, herunder nye legemidler eller medisinsk utstyr, gir dokumentert bedre kvalitet og lavere samlet ressursbruk, er det krevende å prioritere på kort sikt. Dette skaper tilbakeholdenhet, særlig der risikoen oppleves høy.

Samtidig må vi sikre at helsetjenesten har ressurser og kapasitet til å håndtere sykdom og skader som uansett alltid vil oppstå.

#### ***Den som investerer, får ikke gevinsten***

Gevinster ved innføring av ny teknologi eller nye arbeidsformer oppstår ofte et annet sted enn der investeringen tas. Kommuner og helseforetak som bærer risikoen, eller enkeltavdelinger innad i organisasjonene, får ikke nødvendigvis beholde gevinsten. Resultatet er lavere investeringsvilje og svakere prioritering av tiltak med tverrsektorielle gevinster, også der samfunnsøkonomisk gevinst er dokumentert.

Tiltak som reduserer belastningen i kommunene kan for eksempel innebære økte kostnader i spesialisthelsetjenesten på kort sikt, og omvendt. Uten justerte insentiver vil slike helhetlige løsninger lett nedprioriteres.

### ***Gode piloter dør i overgangen til drift***

Helse- og omsorgstjenesten er god på utprøving, men svakere på implementering og skalering. Når prosjekter avsluttes, mangler det ofte tydelig ansvar, beslutningsmyndighet og finansiering for videre innføring.

Dessuten starter mye innovasjon med ildsjeler, der aktiviteten i mindre grad integreres i linje, budsjett og styring. Det mangler forutsigbare innfasingsløp fra prosjekt til drift.

### ***Et svakt hjemmemarked for helseinnovasjon***

Offentlig sektor er helsenæringens viktigste kunde. Men anskaffelser innrettes ofte mer for å redusere risiko og sikre budsjettkontroll, enn å realisere strategiske behov og ny kapasitet.

Samtidig fremstår Norge som et lite og krevende marked for internasjonale leverandører av medisinsk teknologi, preget av høy risiko, begrenset investeringsvilje og fragmentert innføring. Dette svekker tilgangen på de beste løsningene.

For norske helsegründere er utfordringen enda tydeligere. Mange utvikler løsninger med offentlig støtte, men får likevel ikke sin første reelle kunde i vår felles helsetjeneste. Uklare grenser for offentlig egenutvikling, partnerskap og markedsdialog forsterker forsiktigheten.

Offentlig sektor bør i større grad opptre som strategisk utviklingspartner, ikke bare innkjøper, der behov defineres tydelig og risiko og gevinst deles mer balansert.

### ***Data finnes – men retningen er uklar***

Helsedata blir en stadig viktigere innsatsfaktor i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Samtidig brukes begrepet om ulike typer data og formål, noe som gjør feltet sammensatt og krevende å navigere i.

For noen betyr helsedata først og fremst pasientdata og helseregistre brukt i forskning. For andre handler det om styringsdata for ledelse, forbedring og prioritering. Begge deler er viktige både for primærbruk i pasientbehandling og for sekundærbruk til analyse og utvikling.

Samtidig oppleves regelverket for deling og bruk av helsedata som komplekst. Usikkerhet om ansvar, tilgang og tolkning skaper tilbakeholdenhet, også der lovverket faktisk åpner for bruk. Resultatet er at data som kunne styrket kvalitet, produktivitet og innovasjon, forblir lite utnyttet.

Parallelt vokser en tredje datakilde raskt frem som handler om innbyggergenererte helsedata fra wearables, apper, sensorer og digitale terapier. Denne utviklingen drives av teknologisk innovasjon og kunstig intelligens, og vil i økende grad påvirke hvordan helse forstås, måles og følges opp. Likevel er slike data i dag i liten grad koblet til den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Dette innebærer ikke at tjenesten ukritisk skal håndtere alle typer egenmålinger eller kommersielle løsninger. Tvert imot forutsetter utviklingen tydelige kriterier for kvalitet, dokumentasjon og godkjenning. Spørsmålet er derfor ikke om utviklingen vil påvirke helsetjenesten, men hvordan den bør håndteres på en trygg, strukturert og kunnskapsbasert måte.

## ***Forskning, næringsliv og tjeneste går hver for seg***

Norge har sterke forskningsmiljøer og høy teknologikompetanse. Likevel er koblingen mellom forskning, teknologiutvikling og klinisk praksis for svak. Det mangler strukturer som systematisk leder nye løsninger raskt inn i ordinær drift.

Resultatet er en fragmentert innovasjonsskjede der betydelig utviklingskraft skapes i randsonen, men får for lite gjennomslag i selve tjenesten, og for svake muligheter til kommersiell skalering.

## **4. Hva reformen faktisk må gjøre**

Omstilling gjennom teknologi og nye finansieringsmodeller innebærer risiko, blant annet knyttet til ulikhet og feil insentiver. Reformen må derfor balansere effektivitet, kvalitet og rettferdighet.

Skal omstillingen bli reell, foreslås fem at fem overordnede grep gjennomføres samlet og konsekvent.

### ***Gjør effekt til styrende mål fremfor aktivitet***

I dag måles helse- og omsorgstjenesten i stor grad på aktivitet, budsjettbalanse og produksjon. Det gir stabil drift, men svake insentiver for forebygging, oppgavedeling og teknologisk omdreining. Reformen må derfor flytte oppmerksomheten fra volum til effekt.

Det innebærer

- tydelige, nasjonale mål for kvalitet, produktivitet og forebygging
- at virksomhetene måles på dokumentert forbedring og gevinstrealisering
- at innovasjon og implementering integreres i styringsdialoger og lederavtaler og i partssamarbeidet i helse- og omsorgstjenestene

### ***La pengene følge det som virker***

Finansieringssystemet er helse- og omsorgstjenestens kraftigste styringsverktøy. Det avgjør hva som lønner seg, og hva som forblir ambisjon. Så lenge systemet primært belønner aktivitet når sykdom og funksjonssvikt allerede har oppstått, vil forebygging og teknologisk kapasitetstøtte tape mot volum.

Reformen må derfor

- utvikle finansieringsmodellene slik at de både understøtter nødvendig aktivitet og belønner kvalitet, effekt og forebygging
- gi økonomiske insentiver for dokumentert reduksjon i tjenestebehov og unngåtte innleggelses der det er naturlig og faglig forsvarlig
- redusere risiko ved første innføring av dokumentert teknologi, særlig i kommunal helse- og omsorgstjeneste der behovet for personellavlastning og nye arbeidsformer er størst
- bruke anskaffelser strategisk for å bygge ny kapasitet og bedre arbeidsflyt
- bidra til å utvikle et mer attraktivt og forutsigbart hjemmemarked for helseteknologi, slik at næringslivet i større grad investerer i forskning, utvikling og tilstedeværelse i Norge
- motvirke at tiltak som gir gevinst på ett nivå, men kostnad på et annet, systematisk nedprioriteres, ved å styrke finansiering av helhetlige pasientforløp

- tydeliggjøre prioriteringskriterier slik at lavverdiaktivitet i mindre grad fortrenger tiltak med dokumentert effekt og høy alvorlighetsgrad

### ***Gjør skalering til hovedregel – ikke pilot***

Helsetjenesten er god på å teste nye løsninger. Den er svakere på å gjøre dem til normal praksis. For mange vellykkede prosjekter stopper i overgangen til drift, fordi ansvar, finansiering og beslutningskraft ikke er tydelig plassert.

Reformen må derfor

- stille krav om overgang til drift og skalering ved dokumentert effekt
- etablere klare beslutningspunkter og tidsløp for implementering
- gjøre gjenbruk av løsninger som virker ett sted til hovedregel flere steder
- sikre midler til integrasjon, opplæring og endringsledelse
- utvikle tydelige opptaksmekanismer og strategiske partnerskap med leverandører for raskere og mer koordinert innføring
- støtte stegvis tjenesteutvikling fra pilot til fullskala drift, med tydelig ansvar for implementering mellom sykehus og kommune

Det som virker, må bli standard.

### ***Gjør data og digitale tjenester til en integrert del av styringen***

Potensialet i helsedata er stort, men i dag utnyttes bare en brøkdel. Anslag tyder på at under én prosent brukes systematisk til styring og forbedring. Uten tilgjengelige data vil også ambisjonene om økt bruk av kunstig intelligens, forbli nettopp ambisjoner.

Helse- og omsorgstjenesten bør i denne sammenheng aktivt lære av sektorer som har kommet lenger i digitalisering og datadrevet styring, som skatteetaten, finansnæringen og deler av næringslivet, både når det gjelder brukerorientering, sikkerhet og effektiv samhandling. Den må også se til andre land som har kommet lenger enn Norge når det gjelder datatilgang og digitalisering.

Reformen må

- sikre enklere og mer forutsigbar tilgang til helsedata
- koble styringsdata direkte til effektmåling og gevinstrealisering
- inkludere innbyggernes egne helsedata som strategisk ressurs
- etablere tydelige krav til kvalitet, ansvar, datadeling og interoperabilitet for digitale helsetjenester, inkludert løsninger utviklet av internasjonale plattformer, slik at de kan reguleres og, der det er hensiktsmessig, samvirke med den offentlige helse- og omsorgstjenesten

Digital infrastruktur må samtidig vurderes i et beredskaps- og sikkerhetsperspektiv. Samarbeid med markedet er også her avgjørende, men må skje med tydelige krav til robusthet, sikkerhet og strategisk kontroll over innbyggernes helsedata og samfunnskritiske funksjoner.

## **Bygg varig gjennomføringskapasitet**

Omstilling skjer ikke gjennom vedtak alene. Den krever kapasitet til å teste, lære, eksperimentere og implementere i reell drift. Innovasjon må flyttes fra randsonen til kjernen av tjenesten.

Reformen må derfor

- etablere forpliktende test- og læringsarenaer i ordinær drift
- styrke koblingen mellom forskning, næringsliv og tjeneste
- tydeliggjøre rollefordeling mellom offentlig sektor og marked
- legge til rette for langsiktige partnerskap og sertifiseringsordninger som muliggjør raskere innføring av helseteknologi
- integrere teknologi- og innovasjonsforståelse i helseutdanninger og lederutvikling, slik at nye arbeidsformer forankres i kompetanse, ikke bare i prosjekter

Omstilling kan ikke være et tillegg til kjerneoppgavene i helse- og omsorgstjenesten. Innovasjon og implementering må inngå som en tydelig del av tjenestens samfunnsoppdrag. Flere land, blant annet Danmark, har løftet innovasjon inn som et eksplisitt ansvar i helsetjenestens styring.

## **5. Reformen avgjøres i gjennomføringen**

Dette innspillet handler i bunn og grunn om én ting: Gjennomføringskraft. Vi mangler ikke kunnskap. Vi mangler ikke teknologi. Vi mangler ikke engasjement i helse- og omsorgstjenesten.

Uten nye styringsmål vil finansieringen trekke mot volum. Uten riktige insentiver vil forebygging tape mot behandling. Uten krav til drift og skalering forblir innovasjon i pilotfasen. Uten tilgang til helsedata svekkes ledelse, forbedring og prioritering. Uten varig gjennomføringskapasitet stopper omstillingen i gode intensjoner.

Reformen avgjøres derfor ikke av ambisjonsnivået i målene, men av om styring, finansiering og organisering faktisk justeres samlet og konsekvent.

HelseOmsorg21-rådet stiller seg til disposisjon for videre dialog og konkretisering av forslagene.

## **Referanser**

[Fit for the future – 10 Year Health Plan for England, UK Government](#)

[Gevinstanalyse av helseteknologi – En kartlegging av utvalgte helseteknologier utviklet gjennom innovasjonspartnerskap eller innovasjonskontrakt. Menon Economics \(2025\)](#)

[Helsedirektoratet: Trender og utviklingstrekk for helse- og omsorgssektoren og muligheter innen digitalisering \(2025\)](#)

[Helsetalen 2026](#)

[Nasjonal e-helsestrategi \(oppdatert 2025\)](#)

[Nasjonal digitaliseringsstrategi 2024–2030: Fremtidens digitale Norge](#)

[Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027](#)

Nordic Health 2030 - Pioneering Tomorrow's Health: Preventive, Personalised, Participatory, Copenhagen Institute of Future Studies (2020)

NOU 2023:4 Tid for handling

Veikart mot en bærekraftig, lavutslipps og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste (2025)

## Sak 18/2/2026

# Innovasjon i helsetjenestene og utvikling av helsenæring

<b>Til</b> HelseOmsorg21-rådet	<b>Saksbehandler</b> Tine Thorbjørnsen og Henrietta Blankson	<b>Vedlegg</b> 1. Notat til strategisk dialogarena for veikart for Helsenæring
<b>Fra</b> Ole Johan Borge		

### Bakgrunn

Saken er en oppfølging av sak 37/3/2025 (Innovasjon i anskaffelsesprosesser) der det var en gjennomgang av rådets tidligere arbeid for å fremme mer innovasjon i helsetjenestene og skape et hjemmemarked for norsk helsenæring, og sak 8/1/2026 (Innovasjonsløype i helsetjenesten og utvikling av helsenæring), som pga. tidsnød ikke ble behandlet på siste rådsmøte.

En arbeidsgruppe ble nedsatt i oktober 2025 for å foreslå konkrete tiltak der rådet kan gjøre en forskjell for å øke innovasjon i helsetjenestene. Arbeidsgruppen består av Per Morten Sandset, Per Olav Østbyhaug, Mari Trommald, Tarje Bjørgum, Arild Kristensen og Øivind Enger. Arbeidsgruppen har hatt ett møte siden forrige rådsmøte og diskutert konkrete aktiviteter som rådet kan sette i gang.

---

### Hvorfor saken fremmes til dette møtet

Saken fremmes for å diskutere arbeidsgruppens forslag til videre aktiviteter. Basert på innspillene i møtet bes rådet å vedta igangsetting av aktivitetene.

---

### Hovedpunkter

Arbeidsgruppens forslag bygger på innspillet som Per Olav Østbyhaug presenterte på dialogarenaen for oppfølging av veikart for helsenæringen i desember 2025 (vedlegg 1). I innspillet skisserte arbeidsgruppen mulige tiltak for å kunne ta ut gevinster og ta i bruk ny teknologi:

Investering må koples til gevinst:

- Krav om gevinstrealiseringsplan
- Samfinansiering der gevinster skal deles
- Takstendringer for å belønne investeringer
- Kartlegging av flaskehalser

Piloter må implementeres

- Alle piloter må ha en anskaffelse- og skaleringsplan
- Støtteordninger må dekke første innkjøp
- Etablering av standarder for helsedata og digitale løsninger
- Lag nasjonale og regionale rammeavtaler for løsninger med dokumentert effekt

- Nasjonal liste med «klar-til-skalering»-løsninger med effekttall, referanser og kontraktsmaler.

Punktene over har flere grenseflater til rådets innspill til Helsereformutvalget. Arbeidsgruppen foreslår derfor at videre oppfølging sees i sammenheng med helsereformarbeidet. De foreslår videre at rådet tar rollen som koblingsaktør mellom aktører som har «eierinteresser» knyttet til de forskjellige utfordringene som er identifisert. Dette kan gjøres gjennom en eller flere dialogmøter/minikonferanser/rundebordsmøter. Det bør også sees til Danmark og Sverige og hvordan økosystemdialogen og strategiene er innrettet der.

Møtene bør følges opp av kommunikasjonsaktiviteter, eksempelvis kronikk til egnet media. Det bør også vurderes kommunikasjonsaktiviteter i forkant av møtene for å sette agendaen.

Rådet bes om å diskutere forslaget om dialogmøter/mini-konferanse/rundebordsmøter og gi innspill til:

- Tid og sted for møtet (ene)
- Aktører som er essensielle for å få til endring (ref. punktene over)
- Type kommunikasjonsaktiviteter

Arbeidsgruppen knyttet til helsereformarbeidet (Tarje Bjørgum, Toril Hernes, Per Olav Østbyhaug og Leif Rune Skymoen) er delvis overlappende med arbeidsgruppen for denne saken (Per Morten Sandset, Per Olav Østbyhaug, Mari Trommald, Tarje Bjørgum, Arild Kristensen og Øivind Enger). Det er ikke hensiktsmessig at det fremover er to arbeidsgrupper, så sekretariatet foreslår at det fra de to arbeidsgruppene dannes en ny arbeidsgruppe med tre til fire medlemmer som kan bistå sekretariatet med videre planlegging av dialogmøtet(ene).

---

### **Forslag til vedtak**

Rådet ber arbeidsgruppen og sekretariatet om å følge opp de konkrete tiltakspunktene i tråd med diskusjonene på møtet. Ny arbeidsgruppe vil bestå av NN, NN, NN.

# Innovasjonsløype i helsetjenestene og utvikling av helsenæring

## Kort om bakgrunn:

Det er et uttrykt politisk ønske om få til mer offentlig-privat samarbeid og skape et hjemmemarked for norsk helsenæring for å påskynde nødvendig omstilling i helsetjenestene for å møte de demografiske, økonomiske og geopolitiske utfordringene Norge står overfor.

Mye av løsningen kan ligge i ny organisering, bedre samhandling, målrettet innovasjon og riktig bruk av teknologi – i tett partnerskap med næringsliv, ideell og frivillig sektor. For å få til dette må det skapes en langt bedre innovasjonsløype i helsetjenesten. Noe av dette adresseres gjennom Innovasjon- og samskapingsutvalget som allerede har definert fire sentrale problemstillinger for mer innovasjon i helse og velferd.

I dette dokumentet vil vi fokusere på utfordringene sett fra helsetjenestenes perspektiv.

## Rådets mandat og kort historikk om tidligere arbeid om temaet:

HelseOmsorg21-rådet skal skape en målrettet og helhetlig innsats for forskning, innovasjon og kommersialisering innenfor helse og omsorg og er opptatt av helse- og omsorgssektorens samspill med helsenæringen.

Rådet gjennomførte flere dialogmøter i 2021-2022 for å kartlegge flaskehalser i innovasjon i helsetjenestene og for skape et hjemmemarked for norsk helsenæring. Siden den gang har regjeringen lagt fram veikart for helsenæring og eksportpostsatsing, og helseteknologiordning for implementering av ny teknologi.

Men innovasjon utover piloter mangler fortsatt og skalering skjer som regel ikke.

**Samarbeid om innovasjon:** Helsetjenesten får ikke til samarbeid med næringslivet i den grad vi ønsker pga. begrensede økonomiske ressurser, kapasiteten til helsepersonell og kompetanse. Selv om innovasjon er ønsket og nødvendig, har sykehusene begrensede frie midler og liten tid til å delta aktivt i utvikling av nye produkter. De ansatte er bundet til klinisk arbeid og har sjelden mulighet til å fristilles fra sine primæroppgaver for å bidra i innovasjonsprosjekter. Samtidig må sykehusenes medisinsk-tekniske avdelinger og IKT-infrastruktur håndtere nye løsninger og kople dem til eksisterende infrastruktur, noe som ofte krever investeringer og personalressurser til tilpasninger.

Som følge av dette er det ofte vanskelig å frigjøre ressurser til å sette sammen tverrfaglige team som kan dekke næringslivets behov for klinisk og regulatorisk kompetanse. Mange ganger er det nødvendig med ekstern offentlig finansiering for å

avlaste sykehusene økonomisk. Uten dette blir det krevende å prioritere deltakelse i slikt samarbeid. I tillegg er det usikkerhet blant ansatte knyttet til denne type samarbeid pga frykt for å havne i en gråsoner når det gjelder regler for offentlig støtte, og fordi det kan trekke tid og fokus bort fra pasientbehandling.

Sykehusene opplever dermed at kravene til bidrag i innovasjonsprosjekter ofte kommer i konflikt med daglige driftsbehov og eksisterende rammer for ressursbruk, og vegrer seg derfor for denne type samarbeid – selv om gevinstene på sikt kan være betydelige for både pasienter og ansatte.

**Innkjøp og gevinstrealisering:** Helsetjenesten opplever det som krevende å ta i bruk nye produkter fra næringslivet, til tross for potensiale for kvalitetsforbedring, gevinstrealisering og personellbesparelser i behandlingen. Sykehus og klinikker har begrenset mulighet til å fornye medisinsk utstyr, særlig når gevinstene i form av driftsbesparelser ikke er tydelige plassert i riktig enhet til å forsvare investeringene.

Når det finnes dokumentert nytte av et produkt og man ønsker å gå til innkjøp, må anskaffelsen gjennom en offentlig anbudsprosess. Her opplever sykehusene at mindre norske bedrifter ofte ikke kan konkurrere mot store, internasjonale leverandører, selv om disse tilbyr lignende løsninger. Dette skaper utfordringer, da investeringer og ressurser brukt på utprøving av utstyr fra norske aktører ikke gir uttelling hvis en annen leverandør til slutt vinner anbudet.

I tillegg opplever helsetjenesten at norske teknologiselskaper uttrykker at det er større mulighet for salg i utlandet dersom de gjennomfører utprøvningsstudier der. Uten salg på hjemmemarkedet ender ofte norsk teknologi hos nye internasjonale eiere.

Hva kan gjøres for at helsetjenestene kan bli med i utviklingen og å ta innovasjoner i bruk:

## **1. Investering må koples til gevinst – hvis ikke, ingen endring**

### De viktigste grepene:

- Krav om gevinstplan ved større anskaffelse, standardkrav om hvordan kostnader og gevinster fordeles på tvers av aktører.
- Innfør samfinansiering mellom kommuner og sykehus der gevinster deles.
- Endre takster og refusjoner slik at forebygging, hjemmeoppfølging og digital behandling lønner seg der det investeres.

- Kartlegging av flaskehalser – systematisk gjennomgang av hvor gode løsninger stopper i systemet. Offentlige helseaktører må settes i stand til å yte den hjelpen som helsenæringen trenger.

Effekt: Raskere investering i løsninger som reduserer behovet for personell og institusjonsplasser.

## **2. Piloter må implementeres i full drift? – slutt på «pilotsyken»**

Norge tester mye, men skalerer for lite.

### De viktigste grepene:

- Alle piloter må ha plan for anskaffelse og skalering før oppstart.
- Støtteordninger må dekke første innkjøp – ikke bare utvikling, men også innføring.
- Etabler nasjonale standarder for helsedata og digitale løsninger.
- Lag nasjonale og regionale rammeavtaler for løsninger med dokumentert effekt.
- Nasjonal liste over “klar-til-skalering”-løsninger med effekttall, referanser og kontraktsmaler.

Konklusjon: Innovasjon uten skalering er ikke innovasjon – det er aktivitet.

# Sak 19/2/2026

## Rapport om tilgang til helsedata

**Til**  
HelseOmsorg21-rådet

**Saksbehandler**  
Henrietta Blankson og Karianne  
Solaas

**Vedlegg**  
1. Oppdatert utkast til rapport om flaskehals for tilgang til norske helseregisterdata

**Fra**  
Ole Johan Borge

### Bakgrunn

Rådet ble i sak 7/1/2026 i forrige møte framlagt utkast til rapport om flaskehals for tilgang til norske helseregisterdata. Det ble da bestemt at det i rapporten skulle inkluderes et forord som tydeliggjør hvilken kontekst den er skrevet i. I tillegg ble sekretariatet bedt om å oppdatere andre deler av rapporten i tråd med diskusjonen i møtet. Dette rapportutkastet har nå vært på en kommentarrunde hos rådsmedlemmene. Utkastet har samtidig blitt sendt til intervjuobjektene med spørsmål om de kjenner seg igjen i rapporten. Utkastet som nå er til behandling er oppdatert basert på tilbakemeldingene.

---

### Hvorfor saken fremmes til dette møtet

Saken fremmes for at rådet kan ferdigstille rapporten og diskutere videre prosess for offentliggjøring.

---

### Hovedpunkter

#### Rapportens kontekst

Arbeidsgruppen som ble nedsatt av rådet har i tråd med mandatet vurdert behov for et kunnskapsgrunnlag om flaskehals for tilgang til helsedata. Kunnskapsgrunnlaget følger også opp behov fra politisk ledelse i Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet om å forstå hva flaskehalsene består av. Kunnskapsgrunnlaget som er utarbeidet er en spørreundersøkelse basert på samtaler med 16 informanter. I rapporten er informantenes erfaringer og anbefalinger beskrevet.

Det er viktig at rapporten diskuteres ut fra den konteksten den er skrevet i. Intensjonen har vært å få frem flaskehalsene for tilgang til helsedata, ikke diskutere helsedatautfordringene i hele sin «bredde».

Basert på innspill fra rådsmedlemmene om at det må komme tydelig fram i rapporten at innholdet står for informantenes meninger og erfaringer, er dette nå presisert i rapportens forord.

Det har kommet motforestillinger fra Guri Rørtveit om at informantene, og dermed rapporten, ikke diskuterer et grunnpremiss for mange av flaskehalsene, som er ivaretagelse av personvernet. Dette var imidlertid ikke premisset for spørreundersøkelsen, men kan være en naturlig oppfølging av rapporten hvis rådet mener det er hensiktsmessig.

## Tilbakemelding fra informantene

Syv informanter responderte på utsendt rapportutkast.

Fem mente rapporten belyser problemstillingene og får frem de ulike perspektivene på en god måte. Tre av disse kom likevel med innspill til utdypninger og forbedringer for å få fram deres innspill bedre, blant annet at deres kritiske kommentarer om prosessene ikke var ivaretatt godt nok.

Én av informantene som har gode erfaringer med å søke Helsedataservice fant ikke godt nok igjen sine gode erfaringer og oppfordret oss til å vurdere å få frem at erfarne søkere opplever prosessen som langt bedre.

Én informant mente rapporten skulle vært tydeligere på flere negative aspekter ved søknads- og behandlingsprosessen.

Vi mottok flere detaljerte innspill til endringer som gjenspeiler deres informasjon i og i forlengelsen av intervjuene.

I den grad tilbakemeldingene er presiseringer/kommentarer til samtalene de hadde med sekretariatet, er kommentarene ivaretatt i det oppdaterte utkastet.

Av innspillene til rapporten framkom det også at vedlegg 1 om intervjuene som ble gjennomført med forskere fra akademia og næringslivet i 2024 ikke er fullstendig anonymisert. Sekretariatet foreslår at vedlegg 1 ikke inkluderes i rapporten da det i liten grad gir noen merverdi.

## Oppfølging av rapporten

I tråd med arbeidsgruppens mandat, har arbeidsgruppen foreslått mulige måter for rådet å gå videre med resultatene i rapporten (Sak 7/1/2026): Dette inkluderte:

- Invitere FHI til et møte for å diskutere resultatene i rapporten og forslag til tiltak der rådet kan bidra konstruktivt.
- Invitere Helsedirektoratet til møte for å diskutere lovtekst og tolkning av lovtekst for å bidra til mer enhetlig tolkning av regelverket.
- Invitere NORTRE til møte om hva som skal til for at arbeidet med integrering opp mot HDS og utvikling av en tjeneste- og betalingsmodell for bruk av sikre analyserom kan gå raskere fremover.
- Invitere de store forskningsinstitusjonene i UoH- og instituttsektoren til møte og dialog om å møte/workshop for forskningsstøtteenhetene i tillegg til muligheter for å etablere et system med sertifiserte superbrukere hos institusjonene. FHI bør også inviteres til denne dialogen.

I lys av de siste innspillene, både fra informanter og rådsmedlemmer, sees behov for en utvidet diskusjon om praktisering og tolkning av lovverket. Dette var utenfor målsetningen med rapporten. Imidlertid kan det se ut som om mange av problemene i saksbehandlingen er knyttet til dataminimering og tolkning av lovverket. Her står ofte HDS og søkere steilt mot hverandre. Spesielt én av informantene har i tilbakemeldingen til rapporten skrevet utførlig om lovtolkning og praktisering.

Rådet inviteres til å diskutere hvilke aktiviteter de skal sette i gang og hvem som eventuelt rådet bør samarbeide med i oppfølgingen. Det vises også til prosessen etter rundebordsmøtet om helsedata 15. desember 2026, der rådet sammen med FHI fikk ansvar for å følge opp rådets rapport sammen med FHI.

Rapporten med resultatene av spørreundersøkelsen kan være viktig kunnskap for flere aktører. Det foreslås at endelig rapport både publiseres åpent og sirkuleres til relevante aktører. Rådet inviteres til å foreslå hvilke aktører som skal få tilsendt rapporten.

Det foreslås at arbeidsgruppen fortsetter å bistå sekretariatet i det videre arbeidet med helsedata.

---

**Forslag til vedtak**

*Rådet ber sekretariatet følge opp arbeidet med helsedata i tråd med diskusjonen på møtet.*



HelseOmsorg21

Flaskehalsar for tilgang til norske helseregisterdata

UTKAST

## Forord

Kjære leser!

Raskere og tryggere tilgang til helsedata er avgjørende for forskning, innovasjon og utvikling av bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Samtidig er helsedata blant våre mest sensitive ressurser, og forvaltningen av dem forutsetter høy tillit, tydelige rammer og et godt samspill mellom de som søker data og de som har ansvar for å tilgjengeliggjøre dem.

HelseOmsorg21-rådet (rådet) har over tid hatt raskere tilgang til og økt bruk av helsedata høyt på agendaen. Rådets involvering har særlig vært knyttet til å løse flaskehals i tilgang og bruk, og til hvordan eksisterende analyserom og infrastrukturer kan videreutvikles for å gi sikker og effektiv databruk. I denne sammenhengen har rådet lagt vekt på dialog mellom aktører, felles forståelse av utfordringsbildet og samarbeid om løsninger.

Møter med statssekretærer i Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet har særlig aktualisert behovet om mer kunnskap om flaskehals.

For å se mer i detalj på utfordringsbildet og identifisere flaskehals innenfor søknadsbehandling og utlevering av helseregisterdata, har rådet gjennomført en spørreundersøkelse med intervjuer av et utvalg søkere av helseregisterdata, saksbehandlere i Helsedataservice (HDS) og registerforvaltere for spesielt å avdekke flaskehals ved dagens praksis. Undersøkelsen beskriver intervjuobjektens synspunkter på utfordringer knyttet til søknadsprosess, kompetanseforventninger, samhandling og tolkning av regelverk, og hvordan disse utfordringene samlet kan føre til forsinkelser, økt ressursbruk og redusert forutsigbarhet for databrukerne.

Undersøkelsen har et begrenset antall intervjuobjekter, og gir ikke et fullstendig bilde av brukermassen av HDS. Videre har fokus vært å identifisere flaskehals i søknadsprosessen, mer enn å avdekke både positive og negative opplevelser og systemstrukturer. Funnene speiler informantenes erfaringer og oppfatninger når det gjelder tilgang til helseregisterdata, og går ikke inn på hvordan regelverket bør tolkes eller om/hvordan det bør endres. Dette er bevisste avgrensninger.

Undersøkelsens inneholder informantenes konkrete anbefalinger til forbedringer. Anbefalingene spenner fra styrking av kompetanse og bedre opplæring av søkere, via forenkling og harmonisering av prosesser, til behov for tydeligere veiledning og bedre dialog mellom søkere, HDS og registerforvaltere. Flere av tiltakene er relativt små og kan gi effekt raskt, mens andre forutsetter mer langsiktig oppfølging og involvering av flere aktører.

Rådet er kjent med og anerkjenner at det har skjedd betydelige forbedringer på helseregisterdataområdet de senere årene, blant annet gjennom etableringen og videreutviklingen av HDS, samling av HDS og lovbestemte nasjonale helseregistre i Folkehelseinstituttet og modernisering av regelverket. Folkehelseinstituttet (FHI) jobber kontinuerlig med å utvikle og forbedre tjenesten og saksbehandlingstiden for tilgang til helseregisterdata er redusert til tross for flere og mer komplekse søknader. Forbedringsarbeidet pågår fortsatt, og funn i spørreundersøkelsen inkludert anbefalingene, må leses som et supplement til, ikke en erstatning for, pågående forbedringsprosesser.

HelseOmsorg21-rådet har store ambisjoner for helsedatafeltet. Spørsmål knyttet til bruk av nye datakilder, kunstig intelligens, kommersiell bruk av helsedata, gjenbruk av data og videre utvikling av regelverk og tekniske løsninger, alt i lys av viktigheten av å sikre informasjonssikkerhet og personvern, krever bredere analyser og fortsatt dialog. Undersøkelsens funn og anbefalinger gir viktig innsikt og vi håper rapporten vil bidra i det langsiktige arbeidet med å legge til rette for at norske helsedata i enda større grad kan brukes til beste for pasienter, helsetjenesten, forskning, næringsliv og samfunn.

Per Morten Sandset

Rådsleder HO21-rådet

## Bakgrunn

HelseOmsorg21-rådet (rådet) er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som en nasjonal arena for dialog og en møteplass om forskning, innovasjon og verdiskaping på tvers av offentlig, privat og frivillig sektor. Rådet skal bidra til en koordinert og helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21-strategien fra 2014. En av HelseOmsorg21-strategiens hovedprioriteringer er *Lettere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata*.

Norge og Norden har svært gode helsedata samlet inn gjennom generasjoner. Helsedata er en essensiell ressurs for fremtidens helsetjenester, ny kunnskap og verdiskaping gjennom økt næringsutvikling. Verdien av gode helsedata er avhengig av god forvaltning og tillit hos aktørene og befolkningen. Gevinster av å bruke helsedata til forskning er blant annet bedre behandlinger, bedre helse- og omsorgstjenester og muligheter til å forebygge sykdom i større grad enn i dag. Gjennom gode helsedata kan vi forsterke en lærende helsetjeneste og evaluere tiltak som blir satt i gang. Strukturerte helsedata er samlet inn og bearbeidet i lokale, regionale og nasjonale helseregistre gjennom mange år. Vi har noen av verdens beste helseregistre, som er regulert gjennom et moderne lovverk.

Søkere har likevel i lang tid uttrykt bekymring for at tilgjengeliggjøring av helseregisterdata til forskning og utvikling tar for lang tid. Folkehelseinstituttet jobber systematisk for å få ned tiden for tilgang til helseregisterdata. De rapporterer at tilgjengeliggjøring av helseregisterdata går raskere nå. Søkere opplever imidlertid fremdeles at dette går sakte og forsinker dem kritisk i arbeidet.

Mer detaljert og helhetlig kunnskap om hvorfor tilgjengeliggjøring av helseregisterdata tar så lang tid og om alle enkeltfaktorene som spiller inn, er etterspurt av flere, blant annet i rapporten *Establishing Norway as a Health data Leader*<sup>1</sup>. Rapporten baserer seg på intervjuer med en rekke helseledere fra ulike sektorer. Også politisk ledelse i Kunnskapsdepartementet har etterspurt konkret informasjon om flaskehalsene og har bedt rådet komme tilbake til departementet om dette.

En god del har skjedd på helsedataområdet etter at HO21-strategien ble lansert. Noe av det viktigste er:

- I 2021 ble Helsedataservice (HDS) etablert som en førstelinjetjeneste som gir “én vei inn” for tilgang til data fra en rekke helseregistre med ett felles søknadsskjema. Søknadsskjemaet dekker i dag data fra ca. femti ulike registre og helseundersøkelser. Informasjon om ca. hundre datakilder og veiledningstekster er publisert på [helsedata.no](https://helsedata.no).
- I 2023 fikk HDS vedtaksmyndighet for tilgjengeliggjøring av data i helseregistre gjennom *Forskrift om nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata* ([Forskrift om nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata - Lovdata](#)) hjemlet i helsepersonelloven, helseregisterloven og helseregisterloven.

---

<sup>1</sup> [norway-health-data-leader-digital.pdf](#), Boston Consulting Group, 2024

- HDS ble en del av Folkehelseinstituttet (FHI) 1.1.2024.
- Flere helseregistre ble samlet i FHI 1.1.2024, herunder Kreftregisteret og helseregistre som tidligere ble forvaltet av Helsedirektoratet.

## **Bakgrunn for arbeidet**

Tilbake i 2024 innhentet HO21-rådet informasjon fra forskere i akademia og næringsliv om hva de opplevde som flaskehals for tilgang til helseregisterdata. Det ble identifisert utfordringer i de fleste deler av prosessen med å få tilgang til og bruke helseregisterdata, både i det lovmessige, infrastrukturelle og systemiske.

Funnene fra 2024 ble i 2025 fulgt opp gjennom en arbeidsgruppe for å se mer i detalj på utfordringsbildet og identifisering av flaskehals innenfor søknadsbehandling og utlevering av helseregisterdata. Medlemmer av arbeidsgruppen var Ina Dahlsveen (Legemiddelindustrien) og rådsmedlemmene Esperanza Diaz, Mari Trommald og Marta Ebbing (avløste Bjørn Egil Vikse i september 2025).

## **Oppsummering av de viktigste funnene i spørreundersøkelsen**

**Utfordrende søknadsprosess.** De fleste av søkerne denne rapporten er basert på, møter vesentlige utfordringer med å søke HDS. Søknadsskjemaene oppleves som omfattende og saksbehandlingen tar lang tid og er lite forutsigbar, så kostnader kan bli uforutsigbare og høye. Det oppleves nokså likt mellom søkere i akademia og næringslivet og utenfor og innenfor FHI. Imidlertid opplever noen informanter ingen vesentlige utfordringer med å søke HDS og kommunikasjonen med HDS som god.

**Samarbeidsutfordringer.** Kommunikasjon mellom søkere og HDS kan være utfordrende. Det forsinkes og svekker tilliten mellom partene. Kommunikasjonen mellom søker og HDS skjer via helsedata.no, som kan oppleves tungvint og lite oversiktlig, noe som kan være medvirkende årsak til sene svar under dialog. Det er uoverensstemmelse mellom søkere og HDS om det er mulig å få møter mellom søker og HDS.

**Kompetansegap.** Søkere og HDS forventer kompetanse hos hverandre som ikke innfris. Dette fører til misforståelser, sen saksbehandling, gnisninger og redusert tillit mellom partene.

**Flaskehals.** Dataminimering og formålsbegrensning er grunnleggende personvernprinsipper, men ulik forståelse av regelverket skaper frustrasjon og vesentlige forsinkelser. Det er ofte uenighet mellom søker, HDS og registerforvaltere om hvor mye og hvilke data som er

nødvendig for prosjektet. Noen søkere opplever at design og utvalg endres på en måte som gjør at prosjektet ikke kan gjennomføres på en meningsfull måte.

**Norske helseregisterdata taper terreng.** Forskere opplever at Norge taper konkurransekraft fordi helsedata fra andre land blir foretrukket og at de taper muligheter til internasjonalt samarbeid og til å bidra i forskningsfronten.

**Forslag til små og større tiltak.** Gjennom en helhetlig tilnærming der kompetanse, prosesser, regelverk, samarbeid og dialog styrkes internt i FHI og med søkere, og hvor både små og større tiltak iverksettes, kan tilgang til helseregisterdata bli mer effektiv, forutsigbar og tilpasset behovene. Dette vil bidra til at norske helseregisterdata får bedre kår i forskning og innovasjon og at Norge beholder og styrker sin konkurransekraft på området.

### **Metodikk og intervjuobjekter**

Arbeidsgruppen hadde innledningsvis møte med FHI for å få kjennskap til status og planer framover for HDS. Planene for å videreutvikle HDS og helseregistrene i FHI er nedfelt i FHIs Helsedatastrategi 2025-2027. FHI/HDS opplyste om at det kommer inn mange flere søknader enn før og flere søknader med stor juridisk kompleksitet. FHI har utarbeidet en liste på rundt 30 tiltak for å redusere tiden det tar å få tilgang til helseregisterdata. Det gjøres et grundig arbeid som gir effekt. Arbeidsgruppen så imidlertid behov for å innhente synspunkter fra brukere.

For å få mer informasjon om hvordan partene opplevde søknadsprosessen for tilgang til helseregisterdata, ble søkere og saksbehandlere i HDS og i utvalgte helseregistre intervjuet. Intervjuene var semistrukturerte og ble gjennomført på Teams. Spørsmålene som lå til grunn for intervjuene finnes i vedlegg.

HO21-sekretariatet gjennomførte 14 intervjuer med til sammen 16 informanter:

- ti som hadde søkt om helseregisterdata gjennom HDS. Disse søkerne jobbet i UH-sektoren, helsesektoren, instituttsektoren, næringslivet og i konsulentbransjen. Noen hadde dobbeltstillinger eller var utleid på tvers av sektorer. Én av intervjuobjektene jobbet i FHI og én hadde jobbet i FHI. Personene ble valgt etter forslag fra arbeidsgruppen og ved tips under intervjuene, og to personer ble valgt ut fra tips fra HDS om at de hadde spesielt høy søkerkompetanse. Noen av søkerne var erfarne med å søke helseregisterdata mens andre hadde kortere erfaring. Flere hadde erfaring både før og etter at HDS ble opprettet. Søkerne som ble intervjuet brukte hovedsakelig helsedata til forskning.
- to saksbehandlere i HDS og tre saksbehandlere og en leder i tre ulike helseregistre, to innenfor og ett utenfor FHI. En av disse brukte selv helseregisterdata i egen forskning i tillegg til å være saksbehandler.

Alle som ble invitert til intervju takket ja til invitasjonen, men én person med juridisk spisskompetanse hadde ikke tid til intervju.

## Hovedpunkter fra intervjuene

### *Søknadsprosess*

Flere søkere opplever søknadsskjemaet hos HDS som omfattende og vanskelig å fylle ut korrekt. Mange synes det er uklart hva som skal fylles inn og hvilke vedlegg som kreves. Det gir usikkerhet i søknadsprosessen. Flere forskere, også erfarne forskere som har søkt om helseregisterdata i mange år, opplever at det har blitt mer krevende å søke gjennom HDS sammenlignet med tidligere, men noen synes også at det har blitt bedre, spesielt med å få én vei inn.

Mye lik informasjon skal legges inn i søknadsskjemaene til REK og HDS, men når de bruker ulike formater blir det ingen synergier for søkere. REK-søknader skal også legges ved i søknadene til HDS, men flere nevner at det kan være vanskelig å vite hvilke REK-søknader som er nødvendige å sende inn.

Søkere opplever videre at helsedata.no er lite brukervennlig. Kostnaden for tilgang til helseregisterdata er eksemplifisert på FHIs nettsider. Kostnaden er avhengig av kompleksiteten på søknadene og av datakategori (forskningsfiler eller statistikk). I tillegg kommer kostnader for saksbehandlingstid hos HDS. Flere søkere tok i intervjuene opp at tidslinjen for saksbehandling oppleves som uforutsigbar, noe som gjør det vanskelig å planlegge forskningsprosjekter. Og fordi tidslinjen er uforutsigbar, blir også kostnadene uforutsigbare. Dette gjelder spesielt for koblinger til SSB-data der kostnadene kan bli særlig høye.

Søkere synes at det er urimelig at endringssøknader kan være like omfattende som en ny søknad dersom første søknad er behandlet før HDS ble opprettet. Siden prosessen med tilleggssøknader er så tidkrevende, velger enkelte søkere å søke om litt mer data i første runde. Dette fører imidlertid til ytterligere forsinkelser på grunn av avgrensning av datatilgangen i henhold til lovverket.

HDS på sin side understreker at de har behov for all etterspurt informasjon for å kunne behandle søknadene på korrekt og forsvarlig vis. De opplever ofte at søknadene er skrevet på en måte som er vanskelig å forstå for saksbehandlerne og at søkere er uklare på hva endringene gjelder når det søkes om å endre i eksisterende prosjekter. Saksbehandlerne forteller at mange ekstra REK-søknader sendes inn uten at det er nødvendig

Søknadene er mer mangelfulle nå enn da registrene var førstelinje

Saksbehandler i register

og at søkere ofte legger ved protokoll og personvernkonsekvensvurdering (DPIA) selv når det ikke lenger er et krav, noe som gir ekstraarbeid for HDS.

HDS jobber med å forenkle søknadsskjemaet, spesielt for endringsøknader, men tekniske begrensninger gjør at slike endringer tar tid å implementere. For noen endringer er skjemaet fortsatt relativt omfattende.

Søknadene ligger mer enn strengt tatt nødvendig både hos søker, hos HDS og hos registerforvalterne. Det kan skyldes alt fra tekniske løsninger til travelhet og permisjoner. De lovmessige 30 og 60 dagene for tilgang til helseregisterdata er ikke tilpasset så komplekse saker som det er nå. Registerforvalterne opplever at ventetiden fra søknad sendes til HDS til behandlingen i HDS starter er lang (måneder). Registerforvalterne ser at fordi HDS ikke har innsikt i dataene i registrene så kan de fatte vedtak som ikke lar seg gjennomføre i praksis. Det blir mye dialog mellom saksbehandlerne i HDS og registerforvalterne og med søker før saken løses, ev. med et endringsvedtak. Ofte søkes utvalgsregisteret<sup>2</sup> sent, slik at det blir forsinkelse fordi helseregistrene venter på utvalg/nøkkel fra prosjektet eller utvalgsregisteret, som ofte er SSB i slike tilfeller. Saksbehandlingen stopper da opp.

HDS opplever at de må vente lenge på svar fra søkere, og søkere opplever at de må vente lenge på svar fra HDS. Ifølge søkere så stiller HDS mange detaljspørsmål og krever detaljerte forklaringer. Registersiden nevner microdata.no 3.0 som et prosjekt som kan få stor betydning for bedre søknadsprosess. Microdata.no<sup>3</sup> er et analyseverktøy som gir tilgang til store mengder detaljerte og koblingsbare mikrodata uten søknad. Å utvikle en funksjonalitet som gjør at søkerresultatene i verktøyet direkte kan overføres inn i søknad til HDS kan ha stor effekt.

### ***Kompetanseforventninger***

I tillegg til at kommunikasjonen mellom søker, HDS og registerforvalterne går langsomt av ulike årsaker, så opplever partene også at deres forventninger til kompetanse hos de andre ikke innfris.

Flere søkere mener at HDS mangler helsefaglig, forskningsfaglig/-metodisk og dataanalytisk kompetanse, og at dette fører til misforståelser og ineffektiv saksbehandling. Forskerne er faglig kompetente og synes de ofte må forklare grunnleggende konsepter med forskning, inkludert

HDS trenger  
forskningskompetanse

Søker

Saksbehandlerne  
i registrene  
forstår forskning

Søker

---

<sup>2</sup> Utvalgsregister: Registeret som produserer nøkkelen med løpenummer ut fra personnummer for alle registrene som skal tilgjengeliggjøre data til den aktuelle søknaden

<sup>3</sup> [www.microdata.no](http://www.microdata.no)

metode, til saksbehandlerne i HDS. De må også informere detaljert om prosjektene for å bli forstått. De opplever mye diskusjon om databehov og avgrensning av formålet det søkes data til. Noen av søkerne opplever også selv at de har mangelfull juridisk kompetanse til å søke.

Flere søkere trekker fram kompetansen hos registerforvalterne som svært viktig for kvaliteten på datautlevering og veiledning til søkere om dataminimering. Mange peker også på at registerforvalterne har viktig kompetanse som bør brukes mer aktivt i vurderingene av det faglige og dataminimering. Imidlertid mener også noen av forskerne at registerforvalterne overprøver de forskningsfaglige vurderingene og metodikken i søknadene, samtidig som prosessen ikke legger opp til direkte dialog mellom søker og registerforvalterne. Forskriftens løsning der HDS innhenter råd fra registerforvalter om omsøkt data, som legges til grunn for HDS vurdering og eventuelle kommunikasjon med søker, kan oppleves som lite smidig. Søkere foreslår å flytte den detaljerte dataminimering tilbake til direkte dialog mellom søker og registerforvalter etter at vedtak er truffet, for at søker kan bidra med opplysninger og korrigere eventuelle feil.

Både saksbehandlere i HDS og registerforvaltere mener at det er stor variasjon i søkerkompetanse, men at den generelt sett er altfor lav, spesielt mht. det juridiske, dataminimering og dataflyt, men også på utfylling av søknadsskjemaet på en enkel og forståelig måte slik at saksbehandler kan forstå og deretter vurdere databehovet opp mot formålet. HDS opplever at det går bedre når søkerne får hjelp av forskningsstøttepersonell.

Registerforvalterne ser at HDS har juridisk kompetanse, mens noen søkere opplever at det ikke er tilstrekkelig juridisk kompetanse i FHI/HDS, samtidig som de mener at det utvikles en praksis basert på feil tolkning av regelverket.

Registerforvalterne uttrykker bekymring for at HDS ikke har nok kompetanse på og ikke tilgang til eller nok innsikt i registerdataene. Registerforvaltere mener også at HDS, og i varierende grad de selv (registerforvalterne), har for få ressurser til å håndtere søknadene raskt nok. Kapasitetsutfordringer kan bidra til å forsterke inntrykket av kompetansemangel og redusert tillit mellom partene. I tillegg til at det er tidkrevende så gir også manuelle prosesser risiko for feil.

### ***Formålsbegrensning og dataminimering***

Blant søkere ble det uttalt at det ligger et føre-var-prinsipp i FHIs Helsedatastrategi som ikke ligger i lovverket. Forskerne mener at HDS legger for stor vekt på formålsbegrensning og dataminimering, noe som ofte begrenser forskningsprosjektene betydelig. De opplever at HDS tolker lovverket snevrere enn tidligere vedtaksmyndigheter og mener at HDS i mange tilfeller overprøver de regionale etiske komitéene (REK). Enkelte mener at det ikke kun er en streng praksis, men også feil juridisk, at praksis er i strid med lovverket. Forskere opplever at forskningsprosjekter begrenses mot lovens intensjoner. Det skal ifølge søkere ikke være noen grunn til å tolke «uttrykkelig angitt formål» ulikt mellom helseregisterloven og helseforskningsloven, slik de opplever i dag.

Det er søkere som trekker fram at nytteaspektet veier for svakt opp mot risikovurderingene HDS gjør, og at forskningskvaliteten lider når de ikke får tilgang til data for så brede formål som de har fått konkurranseutsatte forskningsmidler til. Her mener flere av søkerne at HDS mangler tilstrekkelig forskningsforståelse. Det nevnes blant annet at HDS sin praksis av formålsbegrensning i ytterste konsekvens medfører at HDS endrer forskningsspørsmålene i søknadene for at de skal levere ut data til prosjektene.

Det går vanligvis raskt og greit å få data til enkle studier, men større og mer komplekse prosjekter kan være tid- og ressurskrevende. Flere søkere sier at HDS gir uttrykk for at de ønsker enklere søknader enn det vitenskapelig frontforskning og verdiskapende forskning krever, og noen har opplevd at HDS komme med forslag om å dele et forskningsprosjekt inn i en rekke små prosjekter, med separate datasett, for å gjennomføre de enkelte analysene. Næringslivet sier de opplever frykt for misbruk til markedsføring av legemidler, selv om det eksisterer eget regelverk for dette. Mange søkere stiller dessuten spørsmål ved hvorvidt lovgiver faktisk har ment at praksisen skal være så restriktiv som den er i dag.

Mange søkere har ikke magemål

Saksbehandler i register

HDS understreker at de må forholde seg til lovverket når de behandler søknader og at det ikke alltid er like lett å få søkere til å forstå eller akseptere dette uten omfattende diskusjoner. HDS opplever at mange søkere overvurderer hva REK har godkjent og at de misforstår at REK kun vurderer de etiske aspektene ved prosjektet og ikke nødvendigvis all databruk. HDS opplever at søkere ofte ber om mer data enn de trenger til ett prosjekt, enten fordi de er usikre på hva de trenger eller fordi de ønsker fleksibilitet. HDS ønsker mer edruelighet i formålet i søknadene, noe de mener vil spare tid.

Fra registerforvalters ståsted pekes det på at praksisen kunne vært endret slik at registerforvalterne, som har innsikt i variablene i registeret, gjennomfører dataminimeringen. De peker på at HDS primært har juridisk kompetanse og at HDS ikke kjenner dataene i registrene godt nok til å gjennomføre effektiv og god dataminimering. Dette kan ofte føre til feil i vedtakene ved at de er for detaljerte på variabelnivå.

### ***Kommunikasjon og samarbeid***

Kommunikasjon og samarbeid rundt tilgang til helseregisterdata preges av ulike utfordringer og behov avhengig av om man ser det fra HDS, søkeres eller registerforvalternes ståsted. Alle parter ønsker en mer effektiv, forståelig og smidig prosess, men de erfarer at dagens løsninger ofte skaper forsinkelser og frustrasjon.

Det går bort mye ventetid i kommunikasjonen mellom søker, HDS og registerforvalterne. Søkere rapporterer om behov for raskere og bedre kommunikasjon og samarbeid med HDS. Samtidig sier de også at det varierer fra sak til sak og at det kan ha blitt noe bedre i det siste. Allikevel

mener flere søkere at de ikke blir hørt og forstått og at HDS er lite løsningsorientert og ikke konsekvente i vedtakene. Imidlertid er det også søkere som har god dialog med HDS. Dette er erfarne søkere som har sendt mange søknader til HDS.

Kommunikasjonen mellom søkere og HDS skjer ved innlogging med BankID. Dette vanskeliggjør kommunikasjonen og gjør det mer krevende for søker å få hjelp av støttepersonell. I tillegg er det tilfeldig om forskerne har tilgang til forskningsstøtte eller ikke eller vet om mulighetene som finnes for hjelp i prosessen. Flere nevnte imidlertid at de også lærer av kollegaer hvordan de skal søke om helseregisterdata.

Saksbehandlerne i HDS og hos registerforvalterne opplever også utfordringer i kommunikasjonen, at de ikke blir forstått av søkere og at det ofte tar lang tid å få svar fra søkere. Saksbehandlerne i HDS ønsker at søkerne tar kontakt før de sender søknad, slik at søknaden kan bli bedre fra første innsendelse. Likevel rapporterer mange søkere at de har bedt om møte med HDS uten å få det, mot forvaltningslovens praksis.

Det er generelt sett større tilfredshet i kommunikasjonen mellom søker og saksbehandler hos registerforvalterne enn med HDS. Både søkere og saksbehandlere hos registerforvalterne mente at dette kunne skyldes at disse saksbehandlerne sitter tettere både på datasettet og faget.

Etter innføringen av HDS har saksbehandlerne hos registerforvalterne kommet lenger fra søkerne. Rådføringsmøter mellom HDS og registerforvalterne skjer ofte sent i prosessen, og det er sjelden trekantmøter hvor også søker er med. Dette gjør at viktige avklaringer kan ta unødvendig lang tid. Saksbehandlere hos registerforvalterne ser behov for bedre kommunikasjon og samarbeid mellom HDS og registerforvalterne, og de mener dette kan løses med bedre tekniske løsninger og mer strukturert samarbeid på tvers innad i FHI. Selv om mange helseregistre forvaltes av FHI, er de ikke harmonisert, noe som skaper ytterligere utfordringer.

### **Konsekvenser for forskningen og databrukerne av dagens system**

Forskere mener dagens system for tilgang til helseregisterdata gjør det vanskelig å planlegge og gjennomføre forskningsprosjekter innenfor tidsrammene. Dette fører til at noen forskere ikke søker om norske helseregisterdata eller gir opp i søknadsprosessen og at forskningsprosjekter utsettes i påvente av data. Det gjelder oftere med mer komplekse datasett enn med enkle datasett. Søkere mener at forskningen i forskningsfronten med nye metoder, kunstig intelligens mv. som har fått forskningsmidler fra EU og Forskningsrådet, lider spesielt og at dette er alarmerende siden det er her den store verdiskapingen ligger. Søkere er også redd for at flere forskere vil velge å dreie problemstillingen til å kunne besvares med enklere datasett når det er så krevende å søke om komplekse datasett. Dette mener de igjen vil føre til at

Konkurransen  
vi har med  
andre land må  
anerkjennes

Søker

forskning gjennomføres med mindre ambisiøse mål enn planlagt fordi prosessen med tilgang til data er for tid-, kostnads- og ressurskrevende og fordi dataminimeringen og formålsbegrensningen reduserer ambisjonen og oppleves streng.

Informantene mener at norske helseregisterdata ikke blir brukt til sitt fulle potensial. Samme type studier blir gjort med data fra andre land, spesielt fra Danmark og Sverige, hvor tilgangen er enklere og raskere, ifølge næringsaktører. I tillegg tok flere søkere opp at det er utfordrende å gjenbruke datasett til nye formål, og spesielt å dele data med samarbeidspartnere nasjonalt og internasjonalt, grunnet strengt lovverk og manglende tekniske løsninger for sikker datadeling. Informantene er tydelige på at disse forholdene fører til at Norge både taper konkurransekraft og muligheter til å samarbeide med de aller beste internasjonalt og dermed også muligheter til å bidra i forskningsfronten.

Søknader til HDS  
krever mye erfaring

Søker

### **Veien videre gjennom store og små tiltak**

Gjennom intervjuene framkom mange forslag til forbedringer for å sikre at norske helseregisterdata blir brukt til sitt fulle potensial og at Norge beholder sin konkurransekraft. Forslagene ble direkte foreslått eller indirekte foreslått gjennom å påpeke hva som i dag ikke fungerer. Det gjelder både «lavhengende frukter» og mer omfattende endringer.

Følgende hovedområder ble trukket frem av informantene:

#### **1. Styrke kompetanse og ressurser i HDS og hos registerforvalterne**

Det er behov for å øke bemanningen og kompetansen i HDS, særlig med forskningsfaglig bakgrunn. Dette vil bidra til mer effektiv saksbehandling og styrke dialogen med både forskere og registerforvaltere. Ressurser er også tidvis en utfordring hos registerforvalterne.

#### **2. Opplæring av søkere**

Bedre opplæring og veiledning av søkere, og også tydeligere rolle for støttepersonell og superbrukere, vil gjøre søknadsprosessen enklere og mer forutsigbar. Det må informeres om hva søkere gjør som ikke har utfordringer med søknadsprosessen. Forskerne kan trenge mer støtte og hjelp fra personer som forstår deres behov og som samtidig forstår regelverket og byråkratiet. Det kan være nyttig med forskningsstøtte som består av superbrukere på å søke helseregisterdata i forskningsmiljøene. Uansett løsning så må søkerne investere nok tid på søknaden.

### 3. Forenkle og harmonisere prosesser

Søknadsskjemaene bør forenkles og harmoniseres, spesielt for endringssøknader. Det er også behov for bedre tekniske løsninger for beslutningsstøtte, kommunikasjon, sikker filoverføring og nøkkelhåndtering mellom søker, HDS og registerforvaltere. Innføring av svarfrister i dialogen mellom HDS, registerforvalterne og søker og å gi tydelig informasjon om prosess og tidsplan kan gi rask effekt på tilfredshet og tidsbruk. Å videreutvikle microdata.no med helsedata og å kunne overføre informasjon til søknadsskjemaet i HDS kan være et viktig grep, men det faktum at næringslivet p.t. ikke har tilgang til microdata.no må da løses.

### 4. Tydeliggjøre og modernisere regelverk

For å sikre riktig tolkning av regelverket, bør det tas initiativ til en overordnet juridisk utredning av de rettslige rammene for tilgang til helsedata generelt og til forskning spesielt. Det bør utarbeides en ny veileder eller rundskriv til lovverket, tilpasset dagens forskningsbehov, for å forenkle saksbehandlingen og sikre lik praksis. Helsedata- og statistikklovgivningen bør harmoniseres.

### 5. Øke bruken av skreddersydd statistikk der det er hensiktsmessig

Registerforvalterne ønsker seg søknader med problemstilling som skal besvares uten at søker ber om individdata. Da blir det mindre behov for å dele individdata og dermed mindre behov for omfattende dataminimering i enklere søknader. Prosessen kan bli enklere og spare tid for søker, litt tid i FHI og totalt sett gå betydelig raskere.

### 6. Styrke samarbeid og kommunikasjon

Bedre og mer strukturert dialog mellom søkere, HDS og registerforvaltere er nødvendig. Dette inkluderer mulighet for fysiske og digitale møter og for aktiv involvering av brukere i utviklingen av HDS og søknadsprosessen. Spesifikt må søkerne og HDS tilpasse språket til hverandre, både i søknadsskjemaet og i kommunikasjonen ellers. Bruker-/fokusgrupper bør benyttes for å sikre at løsninger er tilpasset brukernes behov.

### 7. Fremme bruk og synlighet av norske helseregisterdata

Det er viktig å synliggjøre gevinster og muligheter ved bruk av norske helseregisterdata i forskning og innovasjon på en realistisk måte. Mer midler til forskning med helseregisterdata kan bidra til å synliggjøre hvor viktige slike data er i forskning. Prosesser og avtaleverk for deling av data, særlig på tvers av landegrensler i Norden, bør forenkles for å gjøre norske data mer attraktive og tilgjengelige.

Brukerrådet  
må bli brukt

Søker

Data må bli  
brukt!

Søker

## 8. Tiltak for rask effekt

Små og enkle grep, som innføring av svarfrister, veiledning til variablene og bedre informasjon om prosess og tidsplan, kan gi rask effekt på tilfredshet og tidsbruk. Identifisering og implementering av slike «lavhengende frukter» bør prioriteres.

Vedlegg

## **Spørsmålsliste brukt til de typer søkere og saksbehandlere det var relevant for under samtale om flaskehals for tilgang til helseregisterdata**

- Har du/dere hatt utfordringer med å søke data fra HDS eller synes dere det går greit?
- Hvis ja på spørsmålet, hva var utfordringen(e)? Kan du beskrive type utfordringene? Hvordan har du/dere taklet disse utfordringene (på faggruppe/seksjonsnivå og eventuelt høyere opp i institusjonen)? Hvis ikke taklet, er det noe eller noen hos deres egne organisasjon som kunne ha hjulpet? Hvordan skjer opplæringen på deres institusjon? Finnes det støttefunksjoner? Er veiledningen fra HDS god nok? Tenker dere at noe av utfordringsbildet kan løses med nytt lovverk, i så fall hva?
- Har dere hatt utfordringer med at HDS har redusert formålet dere kan undersøke?
- Hvis ja, hva har begrunnelsen vært? Hva mener dere er årsaken? Har dere hatt utfordringer med dataminimering? Hva har begrunnelsen vært? Hva mener dere er årsaken?
- Hvis nei, hvilken type data søkte dere om og hvor raskt fikk dere dataene? Hvordan har dere skaffet kompetansen dere trenger for at det skal gå så greit? Kunne noe vært enklere selv om dere ikke hadde utfordringer?
- Hva tenker du er det viktigste som kan gjøres for at det skal gå raskere og enklere å bruke helsedata i forskning, analyse og andre typer prosjekter? Tenk gjerne helt bredt (alle aktører, lovverk, teknologi, alle typer helsedata)
- Hva tenker du at dere kan gjøre og hva bør andre aktører gjøre for å bedre situasjonen? Hva kan dere som forskere gjøre, hva kan institusjonen (UiB, i dette tilfellet) gjøre? Hva kan HDS/FHI gjøre?
- Er det forhold utenfor HDS og utenfor selve søknadsprosessen som er spesielt utfordrende mht. tilgang til og analyse av helsedata, ev. hva?
- Hva opplever du at søkerne er gode på og mindre gode til?
- Skiller dette seg med typen søkere (erfarne-uerfarne, type institusjon, type prosjekt etc) eller hvilke data/hvor komplekse datasett de søker om?
- Hvordan opplever du at søkerne har lest veiledninger og gått på kurs?
- Opplever du at søkerne lærer av hverandre (innad eller utenfor egen institusjon)?
- Hva kjennetegner de søkerne/prosjektene det er enkelt å saksbehandle og vanskelig å saksbehandle/samarbeide med?
- Hva opplever du at er de største utfordringene for søkerne?
- Opplever du at søkerne forstår lovverket mtp. dataminimering og formålsbegrensning?
- Tenker du at noen av utfordringene kan løses med nytt lovverk?
- Er det andre ting enn nytt lovverk som bør på plass for å løse utfordringene?
- Hva tenker du er det viktigste som kan gjøres for at din hverdag som saksbehandler i møte med søkerne skal bli enklere (tenk gjerne bredt i alt fra lovendring, infrastruktur, ressurser, opplæring mm)?
- HO21-rådet er interessert i å bidra til å løse utfordringer for tilgang til helsedata gjennom HDS og andre. Hva tenker du er det viktigste de bør fokusere på framover?

# Sak 20/2/2026

## Arendalsuka 2026

**Til**  
HelseOmsorg21-rådet

**Saksbehandler**  
Henrietta Blankson/HO21  
sekretariatet

**Vedlegg**  
1.

**Fra**  
Ole Johan Borge

### Bakgrunn

HelseOmsorg21-rådets skal delta i samfunnsdebatten og bidra i formidlingsarbeid gjennom relevante kanaler. Som et ledd i dette har rådet deltatt på Arendalsuka de siste årene, både med egne arrangementer og som medarrangør.

Arrangementene rådet har stått for selv har hatt bærekraft i helsetjenestene som bærende tema:

- 2022: Fra behandling til forebygging – smertefulle prioriteringer og krangel om regningen.
- 2023: Raskt nok: utvikling av helsetjenesten i møte med eskalerende behov – kommende kollaps eller suksess.
- 2024: Balansekunst – en helsetjeneste mellom bakker og berg.
- 2025: Når alt er viktig, hva er viktigst? Forskning på prioriteringer i helsetjenesten.

Arrangementene rådet har vært medarrangør for, har vært mer vinklet mot helsenæringen:

- 2023: Veikart og verdikjeder viktige verktøy for å realisere potensialet i ny norsk helsenæring, arrangert av Veksthuset for verdiskaping, Universitetet i Oslo, Aleap, The Life Science Cluster, LMI, HelseOmsorg21-rådet
- 2023: Livsviktig eksportsatsing - en lansering av partnerskap for helseteknologi og livsvitenskap, arrangert av LMI, NHO, LO, Abelia, HO21-rådet, 21 av LMIs medlemsselskaper,
- 2024: Helsenæringen fra A til Å – slik lykkes vi med å realisere veikartet. Samarbeid mellom Veksthuset for verdiskaping, Universitetet i Oslo, Aleap, Health2B, Melanor, Norway Health Tech, Forskningsparken i Oslo, Oslo Science City, Oslo Cancer Cluster, The Life Science Cluster, Inven2.
- 2025: Helsenæring: Hvordan ta sats med fart og kraft. Samarbeid mellom Veksthuset for verdiskaping, Aleap, Health2B, Melanor, HelseOmsorg21-rådet, Norway Health Tech, Forskningsparken i Oslo, Oslo Science City, Oslo Cancer Cluster, The Life Science Cluster, Inven2, LMI

Rådet har også vært medarrangør for et arrangement om verdien av helsedata:

- 2024: Dine og mine helsedata er nøkkelen til en bedre fremtid, hvorfor satser vi ikke mer på å bruke dem? Samarbeid med LMI og Kreftforeningen.

Alle arrangementene har vært meget vellykkede og rådet har ønsket at de fortsatt skal være til stede på Arendalsuka.

Møtelokale for 2026 er bestilt; Studio Spornes, Teaterplassen 3, onsdag 12. august kl. 9.00 – 10.00.

---

**Hvorfor saken fremmes til dette møtet**

Saken fremmes for at rådet kan diskutere og bestemme tema for rådets arrangement på Arendalsuka 2026. Dette er nødvendig for at sekretariatet og en arbeidsgruppe kan starte planleggingen.

---

**Hovedpunkter**

Det er mange arrangementer på Arendalsuka og rådets arrangement bør rettes mot områder der rådets involvering kan gjøre en forskjell. Samtidig bør arrangementet være knyttet til rådets handlingsplan og til tidsaktuell prosess/aktivitet.

Rådet er i dialog med Veksthuset ved UiO til å være medarrangør på et arrangement om helsenæring. Lokale er booket for onsdag 12. august, men team er ennå ikke bestemt. Sekretariatet foreslår derfor at rådets eget arrangement retter seg mot ett eller flere av de tre andre hovedområdene i handlingsplanen.

Sekretariatet har mottatt et forslag fra Guri Rørtveit om å ha et arrangement rundt tillit til kunnskap i en tid med ukontrollert KI og desinformasjon i hele Europa. Temaet vil også kunne være en oppfølging av rådets seminar 4 mars *Fra forskning til praksis: kunstig intelligens i helsetjenesten*.

Under gis eksempler på andre mulige temaer.

Helsedata. Her kan rådet for eksempel se om de kan samarbeid med andre. Det er mange som arbeider med aktiviteter knyttet til lettere tilgang til og mer bruk av helsedata. Et samarbeid kan bidra til bredden i problemstillingene og rådet kan bidra med kunnskapen det har fra rapporten om helsedata og/eller annet arbeid i rådets regi.

Den kommende helsereformen. Utvalgets mandat er bredt, og rådet har vedtatt at de skal levere et innspill hovedsakelig knyttet teknologi, digitalisering og forestillingsevne i første omgang. Her kan det både være aktuelt å følge opp innspillet og forsterke viktige diskusjonspunkter der eller ta opp områder som er viktige for rådet som ikke er dekket av innspillet.

Handlingsplan for kliniske studier. Rådet har levert innspill til den kommende handlingsplanen for kliniske studier og det er ventet at planen lanseres nå i vår. Avhengig av planens innretning, kan arrangementet knyttes til forskjellige punkter i rådets egen handlingsplan. Det kan også være relevant å knytte arrangementet til offentlig-privat samarbeid, herunder det strategiske partnerskapet mellom OUS, UiO, Oslo Science City, AstraZeneca og SINTEF.

Rådet bes om å diskutere overordnet temainngang for rådets arrangement.

Sekretariatet foreslår at det settes ned en arbeidsgruppe som kan konkretisere innholdet i arrangementet.

**Forslag til vedtak**

*Rådet ber sekretariatet følge opp saken i tråd med diskusjonene på møtet.  
NN, NN, NN deltar i arbeidsgruppen(e) for planlegging av arrangementet.*

Saksfremlegg

# Sak 21/2/2025

## HO21-rådets årsrapport for 2025

**Til**  
HelseOmsorg21-rådet

**Saksbehandler**  
HO21-sekretariatet

**Vedlegg**  
1. Årsrapport 2025

**Fra**  
Ole Johan Borge

**Bakgrunn** Rådet skal ifølge mandatet kommunisere arbeidet sitt. Årsrapportering er en del av dette.

---

**Hvorfor saken fremmes til dette møtet** Årsrapporten legges frem for godkjenning slik at den kan legges ut på nettsiden til HO21.

---

**Hovedpunkter** Rådsrapporten tar utgangspunkt i rådets gjeldende handlingsplan og beskriver aktiviteter knyttet til handlingsplanens hovedområder.  
Rådet bes diskutere om årsrapporten har en hensiktsmessig form og om den er dekkende for rådets arbeid.

---

**Forslag til vedtak** *Rådet slutter seg til årsrapporten med de kommentarene som kommer frem i møtet.*

# Årsrapport 2025



# Innhold

<b>HelseOmsorg21-rådet</b>	<b>3</b>
<b>Rådsmøter i 2025</b>	<b>3</b>
<b>Aktiviteter i 2025</b>	<b>4</b>
Helsedata for ny kunnskap og kontinuerlig læring	4
En konkurransedyktig helsenæring	5
En bærekraft og inkluderende helsetjeneste	5
Grensesprengende forskning og kunnskap som tas i bruk	6
LinkedIn	7
<b>HelseOmsorg21-monitor</b>	<b>7</b>
<b>Vedlegg</b>	<b>8</b>
Vedlegg 1. Oversikt over HelseOmsorg21-rådets aktiviteter 2025	9
Vedlegg 2. Medlemmer av HelseOmsorg21-rådet 2025	12
Vedlegg 3. HelseOmsorg21-rådets sekretariat 2025	13

# HelseOmsorg21-rådet

HelseOmsorg21-rådet (rådet) 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 skal bidra til å sikre dialog og møteplasser mellom den offentlige sentrale helseforvaltningen, offentlige helse- og omsorgstjenester, universitets- og høyskolesektoren, instituttsektoren, privat sektor og brukerorganisasjonene.

Gjennom å legge til rette for samarbeid om helse- og omsorgsforskning, innovasjon og næringsutvikling, skal rådet bidra til god folkehelse, effektive helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet og verdiskaping. Rådet skal videre delta i samfunnsdebatten og bidra i formidlingsarbeid.

Rådet skal bestå av 16 medlemmer med representanter fra universitets- og høyskolesektoren, spesialisthelsetjenesten, kommunesektoren og fastlegene, instituttsektor, næringslivet og frivillig sektor/brukerorganisasjoner. Det siste halve året har rådet bestått av 15 personer i påvente av nytt medlem fra kommunesektoren. Rådets medlemmer er listet i vedlegg 2.

Mandatet beskriver følgende oppgaver for rådet:

- Rådet skal bidra til en koordinert og helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21-strategien
- Rådet skal gjennom sine medlemmer være en koblingsaktør som skal bidra til god folkehelse, effektive og bærekraftige helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet og næringsutvikling.
- Rådet skal kommunisere sitt arbeid og gi råd til de sektorene medlemmene selv representerer.
- Rådet skal se hen til mål og tiltak i forsknings-, innovasjons-, og helse- og næringspolitiske dokumenter og FNs helserelaterte bærekraftsmål.
- Rådet skal gi råd om videreutvikling av HelseOmsorg21-monitor
- For øvrig definerer rådet hvilke oppgaver som er hensiktsmessige for å bidra til måloppnåelse

Ansvar for HelseOmsorg21-rådets sekretariat er lagt til Norges forskningsråd, se vedlegg 3.

## Rådsmøter i 2025

Rådet har avholdt tre møter i 2025. Sakspapirer, presentasjoner og referater er tilgjengelige på [HO21s nettside](#).

# Aktiviteter i 2025

Rådet utarbeider handlingsplaner som er styrende for rådets prioriteringer. Gjeldende handlingsplan har fire hovedområder:

- En bærekraftig og inkluderende helsetjeneste
- En konkurranse dyktig helseindustri
- Grensesprengende forskning og kunnskap som tas i bruk
- Helsedata for ny kunnskap og kontinuerlig læring

Handlingsplanen konkretiseres videre i aktiviteter som i stor grad går inn i én av følgende kategorier:

- Høringsinnspill, brev og uttalelser
- Dialog med eksterne aktører
- Seminarer og arrangementer
- Kronikker og medieoppslag

En oversikt over rådets aktiviteter er gitt i vedlegg 1. Fordelingen mellom type aktiviteter ligger i 2025 på samme nivå som i 2024.

	Høringsinnspill, brev og uttalelser	Dialog med eksterne aktører inkludert innlegg rådsmøter	Seminarer og arrangementer	Kronikker og Medieoppslag
2025	12	11	4	2
2024	12	9	4	2

I tillegg til dialogaktivitetene som er talt over, har rådet gjennom sekretariatet gjennomført en rekke samtaler med søkere av helsedata. Disse samtalen er omtalt under.

## Helsedata for ny kunnskap og kontinuerlig læring

Rådets sammensetning gjør det godt egnet til å fremme arbeidet for bedre tilgang til og økt gjenbruk av helsedata. Også i 2025 var dette en av rådets hovedsaker.

På anmodning fra Kunnskapsdepartement om å skaffe mer innsikt i hva flaskehalsene for tilgang til helsedata består i, gikk rådet i dybden på å identifisere flaskehalsene i søknadsprosessen. Arbeidet i 2025 startet med et innledende møte med FHI for å få innsikt i deres planer med å videreutvikle Helsedataservice og registrene som forvaltes av dem. Deretter utarbeidet rådet en rapport basert på samtaler og intervjuer med søkere, saksbehandlere i Helsedataservice og registerforvaltere i og utenfor FHI. Rapporten gir et erfaringsbasert bilde av hvor informantene mener at det oppstår flaskehals i søknads- og utleveringsprosessen og gir forslag fra informantene til å løse flaskehalsene.

Rådet arrangerte, sammen med Oslo Science City, et rundebordsmøte for toppledere om gjenbruk av helsedata til primære og sekundære formål. Møtet i 2025 var oppfølging av et tilsvarende møte i 2024. Møtet i 2025 resulterte i ti konkrete oppfølgingspunkter. Oppfølgingen dekker hele bredden i alt fra å engasjere relevante aktører som kan gjøre noe for bedre bruk av helsedata og å se på hva ny teknologi kan løse, via å teste og identifisere dagens utfordringer, til konkret å løse identifiserte flaskehals i søknadsprosessen og lage veileder til lovverket. Deltakerne i møtet fikk ansvar for å gjennomføre oppfølgingspunktene. Rådets arbeid i oppfølgingen er knyttet til å følge opp rådets rapport sammen med FHI. Det gjelder blant annet å forbedre veiledningen til søkere, søknadsskjemaet og forventningsavklaring mellom søkere og HDS, og å framsnakke bruk av helsedata der det er relevant.

Analyseinfrastrukturene TSD, SAFE og HUNT Cloud har gått sammen om å etablere en nasjonal infrastruktur for personsensitive data under navnet NORTRE. Rådet har vært en pådriver for dette arbeidet. Rådet spilte en viktig rolle til at 10 mill. kroner ble gitt til NORTRE over Statsbudsjettet i 2025, og det ble videreført i 2026-budsjettet. I 2025 ga rådet innspill til styringsstruktur og finansiering av infrastrukturløsningene for personsensitive data, slik at de kan danne en mer helhetlig nasjonal infrastruktur.

Det er viktig for rådet å fremme økt bruk av helsedata ved å delta i dialog med departementer og aktører, i høringer, på arrangementer, i media og på andre relevante arenaer.

## En konkurransedyktig helsenæring

I tråd med rådets handlingsplan har rådet fortsatt å jobbe for gode rammebetingelser for norsk helsenæring. Rådet har gjennom 2025 gitt innspill og svart på flere høringer knyttet til dette. Rådet har blant annet trukket fram behovet for en helsekatapultordning, tilgang til risikovillig kapital, velfungerende klynger og bedre tilgang til kompetent arbeidskraft.

Rådet har i arbeidet pekt på at helsenæringen har blitt en stor næring i Norge basert på god forskning og dyktige fagfolk. Næringen har gode forutsetninger for å fortsette å vokse, men det krever investeringer, insentiver og politisk vilje for å få det til.



Mari Trommald, Vegard Grøslie Wennesland, Ellen Rønning-Arnesen, Tarje Bjørgum, Per Olav Østbyhaug

Det er videre viktig med mer offentlig privat samarbeid for å videreutvikle helsetjenestene og fremme norsk helsenæring. I forbindelse med lanseringen av Veikart helsenæring, opprettet NFD en arena, der også HOD møter, for strategisk dialog mellom myndigheter og helsenæringen. På dialogarenaens møte i desember fremmet rådet en sak om hva rådet mener mangler for å kunne legge få til

flere innovasjoner. Rådet ser at helsetjenestene sliter med å velge de riktige samarbeidsprosjektene med næringslivet, og at det reduserer motivasjonen for samarbeid. Rådet mener at prosjekter må vise at investeringer fra helsetjenesten koples til gevinst, og når gevinsten tilfaller andre deler av helsetjenesten må det være insentiver for at prosjektene blir gjennomført. Rådet har også understreket viktigheten av at piloter implementeres i full drift og at en har en nasjonal oversikt over klar-til-skaleringsløsninger.

Rådsleder Per Morten Sandset er medlem i topplederforum i eksportfremmesatsingen for helsenæring. Topplederforumet gir anbefalinger om helsenæringens spesielle vilkår i Norge. Nasjonalt eksportråd har utgitt en [sluttrapport](#). Sluttrapporten beskriver erfaringene man har høstet gjennom snart tre år og gir sine anbefalinger for videre arbeid. Nasjonalt eksportråd anbefaler en videreføring gjennom Eksportreform 2.0. Leder av eksportrådet fremhever at eksport bidrar ikke bare til å finansiere nødvendig import og det norske velferdssystemet, det er også en sentral drivkraft for produktivitetsvekst og omstillingsevne i norsk økonomi. I en urolig verden er det viktigere enn noensinne at Norge jobber sammen som et landslag for å sikre markedsadgang og fremme norske eksportinteresser.

## En bærekraftig og inkluderende helsetjeneste

I 2025 har rådet fortsatt å jobbe for et kunnskapsbasert og helhetlig folkehelsearbeid, og for en bærekraftig helsetjeneste. Rådet har levert flere høringsinnspill hvor behovet for forbedret datagrunnlag, økt forskningsaktivitet og systematisk evaluering av blant annet folkehelseiltak er understreket.

De har tydelig påpekt viktigheten av klare prioriteringskriterier og styrket sektorovergrepene samarbeid. Forebygging, sosial utjevning og støtte til kommunenes aktiviteter gjennom forskning, helsedata og kunnskapsinfrastruktur har vært fremhevet.

Rådet har også etterlyst en tydeligere satsing på verktøy for gode beslutninger i primærhelsetjenesten. Forventningsgapet mellom det innbyggere forventer at helsetjenesten kan tilby og det helsetjenesten faktisk kan bidra med, er diskutert. Dette ble særlig tatt opp i samtalen om prosjektet «Bærekraft på legekantoret», et prosjekt hvor målet er å motvirke medisinsk overaktivitet og ikke-bærekraftig bruk av den offentlige helsetjenesten i Norge.

Videre har rådet fremhevet betydningen av sterkere kunnskaps- og datainfrastruktur, herunder helsedata, forskningsstrukturer og samarbeidsarenaer som gjør kommunene bedre rustet til å bestille forskning og ta forskningsresultater i bruk. En viktig oppgave for rådet er å bidra til videreutvikling av Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) og rådet har fortsatt dialogen med KS om KSF. Rådet har særlig lagt vekt på behovet for tett samarbeid mellom KSF og UoH-sektoren og allerede eksisterende forskningsmiljøer.

Initiativ til debatt om prioriteringsmekanismer for fremtidens bærekraftige helse- og omsorgstjeneste, og insentiver for å flytte innsatsen fra behandling til forebygging og redusere helsemessige ulikheter, er igangsatt gjennom to arrangementer.

Under Arendalsuka 2025 arrangerte rådet møtet «Når alt er viktig, hva er viktigst? Forskning på prioriteringer i helsetjenesten», hvor det blant annet ble drøftet hvordan forskningen innenfor prioritering, implementering og konsekvensanalyse av nye metoder og tiltak kan styrkes, og hvordan forskningsinnsatsen kan rettes mot de mest sentrale utfordringene for å bidra til bærekraftige løsninger.



Lilly Ann Elvestad, Berit Bringedal, Ole Tjomsland, Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, Bhanuja Rasiah, Magne Wang Bjørnelv

Det andre arrangementet var et frokostseminar høsten 2025, i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen. Seminaret satte søkelys på forebygging og folkehelsearbeid i kommunene, og hvordan det kan legges til rette for forskning som kan bidra til konkret handling.

Rådets handlingsplan og NOU 2025: 8 Folkehelse – verdier, kunnskap og prioriteringer dannet grunnlaget for innretningen på frokostmøtet.

## Grensesprengende forskning og kunnskap som tas i bruk

Rådet har i perioden arbeidet målrettet for å styrke forutsetningene for forskning av høy kvalitet og for å sikre at ny kunnskap tas i bruk i folkehelsearbeidet, helsetjenestene og helsenæringen. I tråd med handlingsplanen har rådet løftet fram betydningen av grensesprengende forskning som drivkraft for innovasjon, omstilling og verdiskaping. Dette har for eksempel kommet tydelig frem i rådets kronikk «Fra forskningsfront til verdiskaping: Hvor blir det av broen?». Her understreker rådet at kunnskap som ikke tas i bruk er en tapt mulighet og løfter frem tre hovedutfordringer: 1) fragmenterte strukturer mellom akademia, helsesektor og næringsliv, 2) mangel på insentiver, investeringer og politisk vilje og 3) hele verdikjeden må styrkes.

Også gjennom flere høringsinnspill har rådet talt for et forskningssystem som styrker sammenhengen mellom grunnforskning, innovasjon og implementering, blant annet i arbeidet med stortingsmeldinger om kunnskapssystemet og prioritering i helsetjenesten. Rådet har også fremhevet behovet for bedre tilgang til helsedata, trygg integrering av kunstig intelligens og utvikling av nasjonale analyseinfrastrukturer i tråd med European Health Data Space.

## LinkedIn

Rådet skal bidra i samfunnsdebatten og det ble i 2025 bestemt at rådet skulle ha en egen LinkedIn-profil. Antall følgere har økt jevnt fra opprettelsen av profilen i februar 2025 og det er i dag rett i underkant av 600 som følger rådet. En oversikt over innleggene er gitt i vedlegg 1.

## HelseOmsorg21-monitor

Forskningsrådet i samarbeid med HelseOmsorg21-rådet har fortsatt å drifte og videreutvikle monitoren i tråd med formålet.

Monitoren har blitt oppdatert i henhold til eksisterende datagrunnlag. Datagrunnlaget har også blitt utvidet med publisering av HRCS-data fra Nasjonalforeningen for folkehelsen, som finansierer forskning på hjerte- og karsykdommer og demens.

I 2025 publiserte vi også nye data om brukermedvirkning i forskningsprosjekter støttet av Kreftforeningen og Stiftelsen Dam. Statistikken viser fordelingen av forskningsmidler på prosjekter med og uten brukermedvirkning. Blant prosjekter hvor brukermedvirkning inngikk, gir monitoren blant annet innsikt i hvordan brukerrepresentantene var rekruttert og deres erfaringsbakgrunn, brukerrepresentantens rolle og medvirkning i ulike prosjektfaser, og HRCS-klassifisering av prosjektene.

Monitoren er også oppdatert med nye tall fra Menon Economics om norsk helseindustri. I monitoren presenterer vi utviklingen i omsetning, driftsmargin, produktivitet og verdiskaping over det siste tiåret, fordelt på tre kategorier av bedrifter innenfor helseindustrien; legemidler, medisinsk utstyr og digital helse. I tillegg vises eksportinntekter i helseindustrien totalt.

Vi har kommet langt med å svare ut oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om å undersøke hvordan kjønnsvariabler i helseforskning kan inkluderes i monitoren. I 2025 kartla vi at Forskningsrådet, de regionale helseforetakene, Kreftforeningen og Stiftelsen Dam ønsker og har mulighet til å samle inn data om kjønns spesifikk forskning i prosjektene de finansierer. Det er også enighet om en felles rapporteringsinstruks, basert på eksisterende praksis i de regionale helseforetakene som allerede rapporterer på kjønnsvariabler i forskning. Data fra de regionale helseforetakene ble publisert i monitoren i januar 2026. Statistikken vil bli gradvis utvidet etter hvert som flere finansieringskilder kommer i gang med rapportering. Monitoren inneholder allerede data på kjønnsvariabler innen sykdomsbyrde, og disse vil i 2026 bli oppdatert med nye tall fra Global Burden of Disease.

Oppdraget fra HOD med å synliggjøre tilgjengelige data om forskningsaktivitet fra nasjonale kompetansetjenester og -sentre utenfor spesialisthelsetjenesten er også langt på vei fullført. Den aktuelle statistikken er under produksjon og vil bli publisert i mars 2026.

For å øke synligheten av monitoren ble det i starten av 2025 opprettet en LinkedIn-profil. Formålet er å fremme monitoren som en kilde til informasjon for ulike målgrupper ved å publisere figurer fra monitoren til dagsaktuelle saker. Profilen hadde ved utgangen av året rundt 90 følgere, og det ble publisert 13 innlegg i løpet av 2025. I 2025 har innsatsen vært konsentrert om LinkedIn, og nyhetsbrevet har ikke blitt prioritert.

Høsten 2025 stod monitoren uten monitoransvarlig. Dette medførte noe lavere aktivitet for monitoren i siste halvdel av året.

# Vedlegg

- Vedlegg 1. Oversikt over HelseOmsorg21-rådets aktiviteter 2025
- Vedlegg 2. Medlemmer av HelseOmsorg21-rådet 2025
- Vedlegg 3. HelseOmsorg21-rådets sekretariat 2025

# Vedlegg 1. Oversikt over HelseOmsorg21-rådets aktiviteter 2025

## *Høringsinnspill og uttalelser*

- [Høringssvar til NOU 2025: 8 Folkehelse - verdier, kunnskap og prioritering](#), 18.12.2025
- [Notat til Strategisk dialogarena for veikart helsenæringen](#), 18.12.2025
- [Høringsinnspill til utdannings- og forskningskomiteen \(Statsbudsjettet 2026\)](#), 17.11.2025
- [Høringsinnspill til næringskomiteen \(Statsbudsjettet 2026\)](#), 28.10.2025
- [Høringsinnspill til helse- og omsorgskomiteen \(Statsbudsjettet 2026\)](#), 19.10.2025
- [Høringssvar til Endringer i helseforskningsloven mv. \(vilkår for medisinsk og helsefaglig forskning og for bruk av helseopplysninger i forskning\)](#), 6.5.2025
- [Høringssvar til Meld. St. 21 \(2024-2025\). Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste](#), 2.5.2025
- [Høringssvar til Meld. St. 14 \(2024-2025\). Sikker kunnskap i en usikker verden](#), 28.4.2025
- [Høringssvar til Meld. St. 16 \(2024-2025\). Industrien - konkurransekraft for en ny tid](#), 25.4.2025
- [Innspill til representantforslag om strategi for livsvitenskapnæringen i Norge](#), 25.4.2025
- [Høringsuttalelse til forslag om endringer i Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\)](#), 16.1.2025
- [Høringsuttalelse til forslag til endringer i helseforskningsloven og tilhørende regelverk](#), 6.1.2025

## *Dialog med eksterne aktører (Henrietta)*

- Dialog med Oslo Science City om helsedata, rådsleder og sekretariat, vår og høst 2025
- Innspillsmøte i HOD om handlingsplan for kliniske studier om internasjonalt samarbeid og beredskap. Rådsleder 10.10.2025
- Møte i Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning i spesialisthelsetjenesten, 13.6.2025: orientering om HelseOmsorg21-rådet ved rådsleder Per Morten Sandset

## *Deltagelse av HelseOmsorg21 i eksterne utvalg (Henrietta)*

- Dialogarena for veikart for helsenæringen, rådsleder Per Morten Sandset møter.
- Topplederforum for eksportsatsingen, rådsleder Per Morten Sandset er medlem.
- Prosjektstyret for eksportsatsingen på helseindustri, sekretariatet ved Tine Thorbjørnsen er observatør.

## *Innlegg fra eksterne på rådsmøter*

- Gard Thomassen, UiO: Felles styringsstruktur for infrastrukturer for personsensitive data ved NTNU, UiO og UiB, 24.2.2025 (møte 1/2025)
- Tone Varslot Stave og Hilde Færevik, Innovasjon Norge: Status helseeksportsatsingen, 24.2.2025 (møte 1/2025)
- Stefan Hjörleifsson, UiB og Linn Getz, NTNU: Bærekraft på legekantoret, 24.2.2025 (møte 1/2025)
- Monica Fosnes Peterson, KS: Status for Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF), 24.2.2025 (møte 1/2025)
- Martin Ingvar, Karolinska Institutet: Evaluation of Medicine and Health Research in Norway (2012-2022), 21.5.2025 (møte 2/2025)
- Marianne van de Wel, HOD: Videreutvikling av Nasjonal handlingsplan for kliniske studier, 21.5.2025 (møte 2/2025)
- Oddvar Skisland, utvalgsleder: Utvalg om prioritering av folkehelseiltak, 21.5.2025 (møte 2/2025)

- Tone Varslot Stave, IN: Menons rapport om gevinstanalyse, fremmere og hemmere for skalering fra pilot og Kari Rolfsjord, Menon Economics: Presentasjon av rapporten Gevinstanalyse av helseteknologi, 8.10.2025 (møte 3/2025)

#### *Seminarer og arrangementer med HO21-rådet som arrangør/medarrangør*

- Rundebordsmøte om helsedata, HelseOmsorg21-rådet i samarbeid med Oslo Science City, 15.12.2025.
- Frokostmøte «Forebygging og folkehelsearbeid i kommunene: Hvordan legge til rette for forskning som fører til handling?» Samarbeid med nasjonalforeningen for folkehelsen, 10.11.2025
- Arendalsuka: Når alt er viktig, hva er viktigst? Forskning på prioriteringer i helsetjenesten. 12.08.2025..
- Arendalsuka: Helsenæring: Hvordan ta sats med fart og kraft? 13.08.2025.

#### *Kronikker og medieoppslag*

- Kunnskapsberedskap må være en del av totalberedskapen. Kronikk i Medwatch fra HelseOmsorg21-rådet, 21.10.2025.
- Fra forskningsfront til verdiskaping: Hvor ble det av broen? Innlegg i Khrono fra HelseOmsorg21-rådet, 31.07.2025.

#### *LinkedIn*

Innlegget på HelseOmsorg21-rådets profil:

- I går møttes regjeringens strategiske dialogarena for utvikling av helsenæringen.
- Gledelig nyhet i vedtatt statsbudsjett for 2026 - helseteknologiordningen styrkes med 60 millioner med målrettet satsning på personellbesparende teknologier.
- Helsedata er en av HelseOmsorg21-rådets hovedprioriteringer.
- Mye interessant å høre om på årets EHIN-konferanse.
- Stort engasjement på frokostmøtet som rådet arrangerte sammen med Nasjonalforeningen for folkehelsen om forebygging og folkehelsearbeid i kommunene, alt stødig ledet av Per Morten Sandset og Tone Poulsson Torgersen.
- Flotte eksempler på LUPs jubileumskonferanse om hvordan offentlige anskaffelser kan bidra til innovasjon og verdiskaping.
- Rådet skriver i MedWatch om #kunnskapsberedskap.
- Har du sett denne? Viktig frokostmøte om forebygging og folkehelse.
- Helseteknologi – fra pilot til gevinst for hele helsetjenesten
- Forebygging handler ikke bare om å avlaste helsetjenesten, men om å fremme helse, redusere ulikhet og legge til rette for gode liv i hele befolkningen.
- Intervju med Øivind Enger
- Kunnskap som ikke tas i bruk er en tapt mulighet.
- Norge har sterke forskningsmiljøer innen medisin og helse, men vi klarer ikke å ta ordentlig sats for å få fart på innovasjonen og verdiskapingen.
- Når alt er viktig, hva er viktigst? Møt oss på Arendalsuka i dette frokostarrangementet om prioritering.
- Prøv HelseOmsorg21-monitor som er utviklet av HelseOmsorg21-rådet og Norges forskningsråd:
- HelseOmsorg21monitor Ingen andre steder finner du en oversikt over hvordan helseforskning i Norge finansieres.
- Vi må begynne å se på folkehelsearbeid som investeringer, ikke kostnader.
- Intervju med Arild Kristensen.
- Dagens møte i HelseOmsorg21-rådet:
- Intervju Guri Rortveit,

- Intervju Leif Rune Skymoen
- Rådsleder Per Morten Sandset var i Stortinget i dag på helse- og omsorgskomiteens komitéhøring om Meld. St. 21 (2024-2025) Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste.
- Det er mye positivt som legges fram i Industrimeldingen, men vi skulle gjerne sett at den var mer konkret på områder som er viktige for helsenæringen som kompetanse og kapital, og klyngenes langsiktige finansiering.
- Intervju med Marte Kvittum Tangen
- Intervju med Lilly Ann Elvestad
- Brukermedvirkning er ett av ti satsingsområder i HelseOmsorg21-strategien.
- Intervju med Pia Cecilie Bing-Jonsson
- De sikre dataanalyserommene HUNT Cloud (ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)), SAFE (ved Universitetet i Bergen (UiB) i Bergen) og TSD (ved Universitetet i Oslo (UiO) i Oslo) har gått sammen om å etablere NORTRE.
- Intervju med Esperanza Díaz Pérez
- Intervju med Toril Nagelhus Hernes
- HelseOmsorg21-rådet er svært positive til signalene i Stortingsmeldingen om forskningssystemet (#systemmeldingen) som ble fremlagt i dag.
- Vi har verdens beste offentlige data, blant annet på helse. Vi skal sørge for at vi tar vare på og bruker disse på en fornuftig måte.
- Norge trenger forsterket satsing på folkehelse. Helse- og omsorgstjenestene står foran store utfordringer.
- Hva gjorde HelseOmsorg21-rådet i 2024?
- HelseOmsorg21-rådet er endelig på LinkedIn.
- Vi er glade for å lansere vår nye LinkedIn-profil, hvor vi vil dele innsikt, nyheter og oppdateringer om arbeidet vårt.

Innlegget på HelseOmsorg21-monitor sin profil:

- Helsenæringen vokser – vi oppdaterer tallene!
- Har du støttet kreftsjaken under Kreftforeningens innsamlingsaksjon i dag?
- Helseforetakene over hele landet utfører kliniske behandlingsstudier, og denne forskningen er selvsagt helt avhengig av pasienters deltakelse.
- Norsk helsenæring søker ikke bare norske, men også europeiske patenter.
- Samtlige av helseregionene bruker mer enn 1% av driftskostnadene på forskning på tvers av helseforetak, private og ideelle sykehus.
- I dag markerer EU Europadagen
- Kliniske studier er avgjørende for medisinsk innovasjon og for å sikre tilgang på nye behandlinger for pasienter
- Ved norske læresteder avlegger flere kvinner enn menn doktorgrad innen medisin og helsefag
- Andelen doktorgradsstipendiater med utenlandsk statsborgerskap innen medisin og helsefag har holdt seg stabilt gjennom den målte perioden, og i 2023 lå andelen på 26%.
- Monitoren oppdateres med tall om #brukermedvirkning i forskningsprosjekter støttet av Kreftforeningen og Stiftelsen Dam.
- HRCS er et klassifiseringsverktøy for helseforskning utviklet i England. Systemet er et sentralt analyseverktøy for HelseOmsorg21-monitoren, og gir innblikk i både helsekategorier (se figur) og forskningsaktivitet.
- Monitoren er oppdatert med HRCS-merkede data fra Nasjonalforeningen for folkehelsen, som finansierer forskning på hjerte- og karsykdommer og demens
- EU har lansert sitt forslag til nytt rammeprogram for forskning og innovasjon for 2028–2034.

## Vedlegg 2. Medlemmer av HelseOmsorg21-rådet 2025

- Per Morten Sandset (leder), Universitetet i Oslo, Oslo
- Arild Kristensen, Norwegian Smart Care Cluster
- Bjørn Egil Vikse, Helse Vest (til 9.9.2025)
- Esperanza Diaz, UiB, Bergen
- Guri Rørtveit, Folkehelseinstituttet, Oslo
- Ingrid Stenstadvold Ross, Kreftforeningen, Oslo
- Leif Rune Skymoene, Legemiddelindustriforeningen/LMI
- Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Oslo
- Magne Nicolaisen, Tromsø kommune (til 6.5.2025)
- Marta Ebbing, Helse Bergen (fra 10.9.2025)
- Mari Trommald, Kommunesektorens organisasjon/KS
- Marte Kvittum Tangen, fastlege Tynset
- Pia Cecilie Bing-Jonsson, Universitetet i Sørøst-Norge
- Per Olav Østbyhaug, St. Olavs hospital
- Tarje Bjørgum, NHO, Abelia, Oslo
- Toril Hernes, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
- Øivind Enger, Sarsia, Bergen

### Observatører

- Hjørdis Møller Sandborg, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)
- Andre representanter fra HOD, Kunnskapsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet på *ad hoc*-basis

## Vedlegg 3. HelseOmsorg21-rådets sekretariat 2025

Ansvar for HelseOmsorg21-rådets sekretariat er lagt til Norges forskningsråd og avdeling for Helse og offentlig sektor, ledet av avdelingsdirektør Ole Johan Borge.

Sekretariatet har i 2025 bestått av følgende medlemmer.

- Henrietta Blankson
- Tine Thorbjørnsen
- Karianne Solaas
- Didrik Villard, HelseOmsorg21-monitor (frem til september 2025)
- Line Tangerås, HelseOmsorg21-monitor (i permisjon frem til november 2025)

Det har i tillegg blitt hentet inn ytterligere ressurser ved behov.

# Sak 22/2/2026

## Orienteringer

**Til**  
HelseOmsorg21-rådet

**Saksbehandler**  
HO21-sekretariatet

**Vedlegg**

**Fra**  
Ole Johan Borge

### Orienteringer

#### Innspill og kronikker fra HelseOmsorg21-rådet siden siste rådsmøte

- Ingen

#### Møter og arrangementer

- Rådsleder Per Morten Sandset deltok i debatt på Inovacares interessentmøte 5. februar 2026. Temaet for møtet var implementering og skalering av helseteknologi og hvordan flere digitale løsninger kan gå fra pilot til praksis.
- Rådets seminar om kunstig intelligens i norsk helsetjeneste, 4. mars 2026. 90 personer er påmeldt digitalt pr. 18.2.2026.

#### Nytt folkehelsepolitisk råd

Regjeringen har satt ned et [nytt Folkehelsepolitisk råd](#). Det vil være aktuelt at helseOmsorg21-rådet på et senere møtet diskutere mandatet til det nye rådet og diskuterer hvordan grenseoppgangen mellom HelseOmsorg21-rådet og det nye rådet skal fungere på folkehelseområdet.

#### Rapporter fra NIFU om doktorgradsutdanning i Norge

NIFU har på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet utarbeidet to rapporter om doktorgradsutdanningen i Norge. Den ene omhandler finansiering av doktorgradsutdanningen og den andre ser på hvor de doktorgradsutdannede arbeider etter endt grad.

[Doktorgradsutdanning: kjerneoppgave eller salderingspost? - regjeringen.no](#)

[Doktorgradskompetanse utenfor akademisk arbeidsmarked - regjeringen.no](#)

#### Nytt fra HelseOmsorg21-monitor

Monitoren ble i februar 2026 oppdatert med statistikk som viser hvordan [kjønnsperspektivet ivaretas i helseforskning finansiert av de regionale helseforetakene](#). Vi jobber med å utvide statistikken med tilsvarende prosjektrapportering og data fra Forskningsrådet, Kreftforeningen og Stiftelsen Dam.

Monitoren vil bidra med finansiering av 2026-utgaven av Menons rapport om helseindustrien. Statistikk fra [nullpunktsanalysen av eksportrelaterte resultat- og innsatsindikatorer \(2024\)](#), samt [oppdaterte eksporttall \(2025\)](#), er [publisert i monitoren](#). Årets rapport vil tilsvare den omfattende analysen fra 2024, og vil bli sammenstilt og publisert ila. 2026, også i monitoren.

### **Eksportsatsingen og veikart for helsenæring**

- Eksportsatsingen mot slutten av sin virkeperiode og Nasjonalt eksportråd har utgitt en [sluttrapport](#). Sluttrapporten beskriver erfaringene man har høstet gjennom snart tre år og gir sine anbefalinger for videre arbeid. Rådet anbefaler en Eksportreform 2.0. Leder av eksportrådet fremhever at eksport bidrar ikke bare til å finansiere nødvendig import og det norske velferdssystemet, det er også en sentral drivkraft for produktivitetsvekst og omstillingsevne i norsk økonomi. I en urolig verden er det viktigere enn noensinne at Norge jobber sammen som et landslag for å sikre markedsadgang og fremme norske eksportinteresser.
- Eksportstyret hadde møte 24. februar etterfulgt av en landslagssamling med temaet: «EU som døråpner til kontrakter, partnere og økt eksport». Den maritime klyngen, Elkem og Epiguard delte sine suksesshistorier.

### **Informasjon fra relevante departementer**

Hvis aktuelt.

---

**Forslag til vedtak**

Tas til orientering

Saksfremlegg

# Sak 23/2/2026

## Eventuelt

**Til**  
HelseOmsorg21-rådet

**Saksbehandler**  
Henrietta Blankson

**Vedlegg**

**Fra**  
Ole Johan Borge

### **Bakgrunn**

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

---

### **Forslag til vedtak**

*Intet*

Saksfremlegg

# Sak 24/2/2026

## Evaluering av møtet

**Til**  
HelseOmsorg21-rådet

**Saksbehandler**  
Henrietta Blankson

**Vedlegg**

**Fra**  
Ole Johan Borge

**Bakgrunn** Det foretas en evaluering av møtet.

---

**Forslag til vedtak** *Intet*