

HelseOmsorg21-rådet

Dato 3. juni 2020, kl. 09.00 – 14.00

Sted Forskningsrådet, virtuelt møte

Sak 24/20	Godkjenning av innkalling og sakliste
Sak 25/20	Spørsmål om habilitet
Sak 26/20	Godkjenning av referat fra møte 2/2020, 3. april 2020
Sak 27/20	Utestående fra forrige referat
Sak 28/20	Handlingsplan for rådet for perioden 2020 – 2021
Sak 29/20	Et kunnskapsløft for kommunene
Sak 30/20	Workshop HelseOmsorg21-monitor
Sak 31/20	Handlingsplan for kliniske studier
Sak 32/20	Informasjon
Sak 33/20	Eventuelt
Sak 34/20	Evalueringsplan av møtet



Sak 24/2020

Godkjenning av innkalling og saksliste

Type sak	Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Innkalling og saksliste legges frem for godkjenning.

Forslag til vedtak

Innkallingen og sakslisten godkjennes.



Sak 25/2020

Spørsmål om habilitet

Type sak	Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Bakgrunn

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

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

Forslag til vedtak

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

Sak 26/2020**Godkjenning av referat fra møte 2/2020**

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

Bakgrunn

Utkast til referat ble sendt ut til medlemmene 24. april med merknadsfrist 30. april. Referatet er oppdatert med korrekte møtedatoer til og med våren 2021.

Rådet bes om å godkjenne referatet.

Forslag til vedtak

Referatet godkjennes.

**HelseOmsorg 21-rådet**

Dato	Mandag 3. april 2020, kl. 09:00 – 12:00
Sted	Skype

Tilstede: Sveinung Hole (leder), Trond Mohn Stiftelsen, Bergen
Anne Lise Ryel, Kreftforeningen, Oslo
Baard Christian Schem, Helse Vest, Vest
Erlend Smeland, Oslo universitets-sykehus, Oslo
Esperanza Diaz, Folkehelseinstituttet og UiB, Bergen
Gro Jamtvedt, OsloMet, Oslo
Karita Bekkemellem, Legemiddelindustrien (LMI), Oslo
Kathrine Myhre, Norway HealthTech, Oslo
Kristin Weidemann Wieland, KS, Oslo (fraværende 11.00 – 11.30)
Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Oslo
Marte Kvittum Tangen, leder i Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Tynset
Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helse-forskning, Tromsø
Tarje Bjørgum, NHO, Abelia, Oslo
Wenche Dehli, Kristiansand kommune, Kristiansand

Forfall: Bjørn Gustafsson, NTNU, Trondheim
Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet, Oslo

Observatører: Silje Anine Moss, KS (vara fra 11.00 – 11.30)
Elin Marlén Hollfjord, Nærings- og fiskeridepartementet
Hjørdis Møller Sandborg, Helse- og omsorgsdepartementet
Irene Olaussen, Helse- og omsorgsdepartementet [deltok hun?]
Finn-Hugo Markussen, Kunnskapsdepartementet
Maiken Engelstad, Helse- og omsorgsdepartementet
Marianne van der Wel, Helse- og omsorgsdepartementet
Nils Olav Refsdal, Helse- og omsorgsdepartementet

Tilstede fra Forskningsrådet:

Ole Johan Borge, avdelingsdirektør
Ina Kathrine Dahlsveen, seniorrådgiver
Eirin Hovdenak, seniorkonsulent
Helen Engelstad Kvalem, seniorrådgiver
Henrietta Blankson, spesialrådgiver
Berit Nygaard, spesialrådgiver, Sak 18/20

Sakene ble behandlet i rekkefølgen under.

Sak HO21-rådet 13/20

Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak: *Innkallingen og sakslisten godkjennes.*

Sak HO21-rådet 14/19

Spørsmål om habilitet

Inhabilitet ble vurdert for sakene på dagens møte.

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

Sak HO21-rådet 15/19

Godkjenning av referat fra møte 1/2020, 3. februar 2020

Revidert referat etter merknadsfristen ble lagt frem for godkjenning.

Vedtak: *Referatet godkjennes.*

Sak HO21-rådet 16/20

Handlingsplan for kliniske studier

Utkast til innspill til handlingsplan for kliniske studier ble fremlagt til diskusjon i rådet. Det ble presisert at innspillet fra rådet ikke skal fremme særinteresser, men prioritere tiltak som rådet som helhet kan stå for og som de mener er de viktigste.

Rådet var i all hovedsak fornøyd med utkastet slik det fremsto og syntes det var et godt dokument, men hadde også forslag til momenter som burde løftes tydeligere i innspillet.

Det ble blant annet trukket frem momenter knyttet til strukturering og integrering av journalsystem, kostnadsføring av behandlingskostnader og behov for et mangfold av kliniske studier. Det ble påpekt at det er et behov for studier på underforskede grupper, f.eks. på barn, for studier på etablert behandling og studier som sammenligner f.eks. kirurgi med annen behandling. Det er også behov for studier som industrien ikke prioriterer. Innspillet bør videre tydeligere vektlegge de særskilte utfordringene i primærhelsetjenesten har for å gjennomføre kliniske studier og hvordan en skal klare å få frem kunnskapsbehovene. Mulighetene som ligger i kommunenes strategiske forskningsorgan bør fremmes og forebyggingsaspektet bør inkluderes i større grad. Digitale plattformer og digitale løsninger i møte med innbyggerne/pasientene bør få en større plass i innspillet. Videre bør betydning av forskerutdanning og kvalitet i kliniske studier betones sterkere.

Rådet kom også med forslag til presiseringer og begrepsbruk som sekretariatet vil innarbeide i innspillet.

Vedtak: *Innspillet til handlingsplan revideres i tråd med kommentarene på møtet og legges frem for godkjenning på neste møte (3/2020).*

Referansegruppen trekkes inn i revideringsarbeidet.

Sak HO21-rådet 17/20

HelseOmsorg21-monitor

Plan for utvikling av HO21-monitor ble fremlagt til diskusjon i rådet; hva som er oppdatert, utviklingsplaner og teknisk og estetisk oppgradering. Rådet var overrasket over hvor få som bruker monitoren og ønsker en workshop for å definere brukerne, finne veier for å nå brukerne. Videre kom rådet med innspill om nye datakilder.

Oppsummert gikk innspillene på en bekymring rundt lite trafikk på monitoren og Rådet diskuterte hva dette kan skyldes. Rådet påpekte at monitoren er et viktig verktøy og at det er ønskelig at flere finansierer bidrar med data, at klinisk forskning synliggjøres, at klinisk forskning inneholder mer enn legemiddelforskning og at mer demografi inngår i dataene. KI kan effektivisere for eksempel HRCS-koding og være et verdifullt hjelpemiddel. Rådet diskuterte fallgruver som feilkoding og utfordringer ved kodesystem, betydningen av kontekst og representativitet, betydningen av forskning/nytte og at bibliometri gir et mangelfullt bilde. Monitoren bør inkludere og gå opp grensegang med andre plattformer som Helseanalyseplattformen og Nasjonal e-helsemonitor.

Vedtak:

Rådet slutter seg til den foreslåtte utviklingen for HO21-monitoren med de kommentarer og innspill som fremkom på møtet.

Rådet ber sekretariatet presentere opplegg for en workshop med fokus på profilering, nye datakilder og brukergrupper på neste rådsmøte.

Sak HO21-rådet 18/20

Horisont Europa

NCP (Nasjonal kontaktperson for EU-Helse) Berit Nygaard ga en orientering om arbeidet med utforming av Horisont Europa (2021 – 2027).

For å understøtte arbeidet med utforming av strategiplanen for rammeprogrammet er det opprettet en skyggeprogramkomite for helsedelen hvor Forskningsrådet og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) deltar. Innovasjon Norge deltar som vara.

Slik det var i Horisont 2020, skal det også i Horisont Europa opprettes partnerskap, men færre og større enn i Horisont 2020. Åtte partnerskap er planlagt innenfor helse, hvorav fire skal starte i første arbeidsprogram for 2021/2022 (EU-Africa Global Health Partnership, Innovative Health Initiative, European partnership for chemicals risk assessment, Personalised Medicine).

Missons er et nytt virkemiddel i rammeprogrammet. Det er besluttet at det skal være et misson innenfor kreft. Rådsmedlem Anne Lise Ryel sitter i Misson Board for Cancer og ga en orientering om status for det pågående arbeidet.

I tillegg til partnerskap og missons vil det være utlysninger i rammeprogrammet som skal bidra til at målene i den strategiske planen nås.

Rådsmedlemmene diskuterte på hvilken måte rådet kan være med å påvirke Horisont Europa.

Medlemmene var enige i at rådet, som en nasjonal arena hvor alle sektorer som jobber med helse og omsorg deltar, bør ha en rolle i påvirkningsarbeidet mot Horisont Europa. Rådet bør være med å utfordre og bidra med innspill til helse- og samfunnsutfordringene. Det var enighet om at det er hensiktsmessig å nedsette en referansegruppe som kan gi raske innspill til rammeprogrammet når Kommisjonen/skyggekomiteen for Helse etterspør det. Rådet bør også ta en aktiv rolle underveis i rammeprogrammet og bidra til mobilisering og tiltak som kan føre til at de virkelig gode konsortiene deltar i det internasjonale forskningssamarbeidet. Rådet ønsket en bredere diskusjon om Horisont Europa tidlig høst 2020.

Vedtak: *HO21 rådet nedsetter en egen referansegruppe som kan gi raske innspill til skyggekomiteen for Helse i tilknytning til missions, partnerskap og arbeidsprogrammet for øvrig. Rådet ber sekretariatet foreslå medlemmer.*

Sak HO21-rådet 19/20

Handlingsplan for rådet for perioden 2020 – 2021

Basert på innspillene fra workshopen på møte 1/2020 er det laget en uprioritert liste over aktuelle temaer og problemstillinger som kan være relevant for rådets arbeid i den første 2-årsperioden. Listen var utgangspunkt for rådets diskusjon om rådets videre arbeid med handlingsplanen for 2020 og 2021.

På grunn av at rådsmøtet var forkortet, på skype og at rådet er nytt, ble det ikke lagt opp til en diskusjon om prioriteringer, men en mer overordnet diskusjon om temaene på listen, om det var noe som manglet og om på hva slags/hvilke typer områder/saker rådet kan gjøre en forskjell.

Rådsmedlemmene kommenterte listen og trakk frem tema/problemområder de mente var særskilt viktige. Rådet fremhevet at det bør være en viss bredde i de tiltakene/temaene de går videre med og at rådet bør se på hvilke andre aktører som er på ballen allerede. Det må bli tydelig hva som er formålet med rådets arbeid og hvem rådet ønsker å nå. Rådsleder understreket at rådet i løpet av de neste møtene bør formulere en ambisjon for arbeidet.

Temalisten, som den ble fremlagt på møtet er ikke uttømmende, f.eks. ble det påpekt av enkelte at den var fragmentert og ikke var dekkende for helse som en del av økosystemet (samspillet mellom tjenesteområder var for lite synlig). Det kom forslag om å inkludere åpen forskning, åpne data og åpne plattformer for kunnskapsproduksjon som tema. Sekretariatet vil ta med innspillet om å strukturere tema og innsats mer helhetlig. I tillegg ble det foreslått at medlemmene kan sende inn tema og nye vinklinger i etterkant av møtet som sekretariatet kan innarbeide i listen.

Vedtak: *Listen av tema videreutvikles i tråd med diskusjonen på møtet. Rådsmedlemmene bes sende inn ytterligere innspill innen en gitt frist. Rådet ber sekretariatet utforme en spørreundersøkelse/kahoot hvor medlemmene markerer de tema de mener det er viktigst å gå videre med i første omgang.*

Sak HO21-rådet 20/20**Møteplan for høst 2020 og vår 2021**

Møteplanen ble fremlagt på møtet. Innkallinger blir sendt ut via Outlook.

Vedtak:

Møte 3/2020: onsdag 3. juni 2020

Møte 4/2020: mandag 14. september 2020

Møte 5/2020: torsdag 12. november 2020

Møte 1/2021: onsdag 20. januar 2021

Møte 2/2021: torsdag 25. mars 2021

Møte 3/2021: torsdag 3. juni 2021

Sak HO21-rådet 21/20**Informasjon**

Ifølge mandatet skal rådet involvere aktuelle interessegrupper og sentrale aktører i rådsarbeidet når det er hensiktsmessig. Rådsleder kommer tilbake til dette til høsten.

Vedtak:

Informasjonen tas til etterretning.

Sak HO21-rådet 22/20**Eventuelt**

Det ble tatt opp om HO21 rådet bør agere spesielt i en situasjon som korona situasjonen. Det var enighet blant rådsmedlemmene at rådet ikke bør det, men arbeide med de saker som rådet ville gjort i en normalsituasjon.

Vedtak:

Intet.

Sak HO21-rådet 23/20**Evaluerings av møtet****Vedtak:**

Intet.

Sak 27/2020**Utestående fra forrige referat**

Type sak	Orienteringssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Sak 18-20 om Horisont Europa var til behandling i rådsmøtet 2/2020 (3. april). Det ble vedtatt at HO21 rådet skulle nedsette en egen referansegruppe som kan gi raske innspill til skyggekomiteen for Helse i tilknytning til missions, partnerskap og arbeidsprogrammet for øvrig. Rådet ba sekretariatet foreslå medlemmer.

Følgende medlemmene er forespurt og har sagt seg villig å delta i rådets referansegruppe:

- Bjørn Gustafsson, NTNU, Trondheim
- Anne Lise Ryel, Kreftforeningen, Oslo
- Erlend Smeland, Oslo universitets-sykehus, Oslo
- Kathrine Myhre, Norway HealthTech, Oslo
- Wenche Dehli, Kristiansand kommune, Kristiansand

Forslag til vedtak

Tas til orientering.

Sak 28/2020

Handlingsplan for rådet

Type sak	Diskusjonssak/Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Resultat spørreundersøkelse 2. Handlingsplan for rådet - tema 3. Ideer handlingsplan
Tidligere behandlet	Sak 9/20 (møte 1/2020), Sak 19/20 (møte 2/2020)

Bakgrunn

Rådet skal lage en handlingsplan for 2020 og 2021. For å få frem et grunnlag for prioritering av områder som rådet skal arbeide med har dere svart på en spørreundersøkelse der alle ble bedt om å markere de fem temaene det er viktigst å prioritere i første omgang. Temaene er basert på innspillene fra workshopen i møte 1/2020 og diskusjonen i møte 2/2020.

Tretten av seksten medlemmer svarte på undersøkelsen.

Hvorfor saken fremmes

Saken legges fram til diskusjon om hvilke temaer som skal prioriteres i handlingsplanen i første omgang, endelig beskrivelse av tema (avgrensing og behov for utfylling), samt til en første diskusjon om mulige tiltak innenfor de valgte temaene. Videre bearbeiding av tema som ikke prioriteres i første runde vil fortsette og ny prioritering vil ligge til grunn for videre tema som tas videre i neste runde.

Hovedpunkter

Videre arbeid med handlingsplanen

De temaene som rådet velger må bearbeides videre. Det innebærer å utarbeide arbeidspakker med konkrete tiltak og mål.

I denne prosessen må hva som kjennetegner et "godt tema" ligge til grunn for hva rådet velger å arbeide med. Det er flere fellesnevnerer for tema/prosjekter som er «gode». Noen av disse er:

- Tema klart innenfor rådets mandat
- Tema med stor viktighet for god folkehelse, effektive helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet og verdiskaping
- Tema er avhengig av en bred tilnærming og det er få andre aktører med sterkt eierskap
- Tidlig ute og mulighet for å bidra
- Mulig å få konkrete resultater som kan måles

Hva rådet gjør, og hvordan rådet vil jobbe med et bestemt tema avhenger av flere forhold. Noen eksempler på arbeidsmåter er:

- Kronikker og andre former for mediaoppmerksomhet
- Brev, uttalelser og presentasjoner
- Bestilling av kunnskapsgrunnlag

- Seminarer og dialogmøter

Det vil også være naturlig å samarbeide med andre aktører som er engasjert i samme tema.

Valg av arbeidsform for rådet blir styrt av temaene som blir valgt, og det vil være hensiktsmessig at rådet tenker på arbeidsform når en diskuterer de konkrete temaene.

Prioriterte områder

Problemområdene som fikk flest stemmer i spørreundersøkelsen var *Teknologi og digitalisering* (9), *Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten* (7), *Bærekraft i helsetjenesten* (6), *Hjemmemarkedet og Innovative anskaffelser* (5) og *Helsedata* (5). Se vedlegg 1 for fullstendig oversikt. Der fremkommer også innspill som kom inn i fritekstfeltene.

Det er en del overlappende tematikk og utfordringer på tvers av temaene som har fått flest stemmer. Sekretariatet har startet arbeidet med å se på dette og har oppdatert beskrivelsene av områdene med flest stemmer deretter, se vedlegg 2:

- Bærekraft i helsetjenesten
- Hjemmemarkedet og innovative anskaffelser
- Teknologi og digitalisering

Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten er ikke tatt med i listen over. Dette fordi sekretariatet foreslår at dette temaet tas opp når Regjeringens Handlingsplanen for kliniske studier er ferdig.

Kunnskapsløft for kommunene som allerede er på vei inn i implementeringsfasen og overlevert rådet fra HOD/forrige råd blir tatt som egen sak, se Sak 31/20.

Noen aktuelle diskusjonspunkter for rådet i arbeidet med å bearbeide og identifisere mulige tiltak innenfor temaene de ønsker å prioritere:

- Hvilke undertema skal inkluderes?
- Hvilke av disse undertemaene er "gode" prosjekter for rådet å arbeide med?
- Hvor kan rådet gi en merverdi?
- Hvem er målgruppene for rådets arbeid i den konkrete saken?
- Hva er egnet kommunikasjonsform for rådet for å nå den (de) aktuelle målgruppen (ene)?

I spørreundersøkelsen ble rådsmedlemmene også bedt om å spille inn hva som i Norge kan egne seg for en mission-tilnærming. Missions skal være ambisiøse forsknings- og innovasjonsoppdrag for å møte utfordringer for innbyggerne og samfunnet. Mission-tilnærmingen betinger at det mobiliseres bredt på tvers av fag og sektorer og i hele utviklingskjeden, fra utdanning, forskning, utvikling, praksis, innovasjon. Et mangfold av aktører må med for å løse utfordringen. Innspillene fremgår av vedlegg 1.

- Ønsker rådet å gå videre med noen av forslagene som en mission-tilnærming?

Forslag til vedtak

Handlingsplan (versjon juni 2020) vedtas med de kommentarene som kommer i rådsmøtet. Handlingsplanen skal være et levende dokument i tråd med rådets mandat om å bidra til realisering av de overordnede målsetningene fortløpende i en verden som endrer seg.

Resultat spørreundersøkelse

Hvert medlem ble bedt om å stemme på 5 temaer som de ønsket å prioritere i første omgang. Resultatet vises under. I tillegg er det inkludert en kolonne som indikerer relevans av andre tema for de temaene som foreslås prioritert i første omgang.

Temanr.	Tema	Antall stemmer	Andre tema som er relevant for det aktuelle temaområdet, referanse til temanummer
1	Teknologi og digitalisering	9	3, 6, 13, 21
2	Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten	7	1, 3, 6, 8, 13, 16
3	Bærekraft i helsetjenestene	6	1, 2, 7, 9, 10, 13, 15, 21
4	Hjemmemarkedet og innovative anskaffelser	5	7, 8, 11, 12
5	Kunnskapsløft for kommunene	3	1, 2, 3, 4
6	Helsedata	5	
7	Beredskap og helsetrusler	4	
8	Innovasjon og kommersialisering fra helsetjenesten	4	
9	Helsekompetanse og borgernes ansvar for egen helse	3	
10	Koordinerte tjenester og pasientforløp	3	
11	Økosystem for helsenæringen og kultur for samarbeid	3	
12	Økt industrialiseringen av norsk helsenæring	3	
13	Kunstig intelligens i helsetjenesten	3	
14	Kunnskaps- og beslutningsgrunnlag	3	
15	Fremtidens omsorgstjenester	2	
16	Internasjonal attraktivitet	2	
17	Korona - utnytte pandemiens handlingsrom	2	
18	Åpen forskning	1	
19	Digital ambassadører	0	
20	Standardisering	0	
21	Persontilpasset medisin (ny)		

Forslag missons

Hva kan egne seg for en mission-tilnærming?

Missions skal være ambisiøse forsknings- og innovasjonsoppdrag for å møte utfordringer for innbyggerne og samfunnet. Mission-tilnærmingen betinger at det mobiliseres bredt på tvers av fag og sektorer og i hele utviklingskjeden, fra utdanning, forskning, utvikling, praksis, innovasjon. Et mangfold av aktører må med for å løse utfordringen.

- Demens og psykiatriske lidelser
- Skeptisk til missions
- Økosystem for helsenæringen og kultur for samarbeid og Økt industrialisering av norsk helsenæring
- Jeg tror at det store spørsmålet om hva som skal til for å utvikle en bærekraftig helsetjeneste er et slikt spørsmål. Det omfavner alle andre punkter ovenfor (i spørreundersøkelsen).

- "- Bærekraftige helse- og omsorgstjenester, - Etter pandemien - Hvordan leve med pandemien? Konsekvenser, muligheter og behov for endring"
- "Nei, ikke p.t. Refleksjon: Jeg sitter i Mission Board for kreft. Vi sliter enormt med å finne frem til Missions. Forslagene er mange, men de blir : veldig mye mer av det samme som vi allerede gjør på tradisjonell måte. Likevel har jeg troen på Missions. Og tror vi kan klare å få det til her i Norge. "
- Bærekraft i helsetjenesten. Dette går på alt fra prioritering, aksept for prioritering, forebygging, organisering av helsetjenesten, utdanning av helsepersonell (inkludert forståelse for egen rolle i et komplisert system), teknologi for kvalitet/effektivitet og ymse teknologiske løsninger for å kunne følge en befolkning med mange med store behov.
- "Ville ha samlet disse i en mission: Hjemmemarkedet og Innovative anskaffelser, Innovasjon og kommersialisering fra helsetjenesten, Økosystem for helsenæringen og kultur for samarbeid, Økt industrialiseringen av norsk helsenæring"

Handlingsplan for rådet - tema

For de prioriterte temaene gis det først en beskrivelse av tema med forslag til sentrale spørsmål / eksempler, og deretter mulige tiltak/prosjekter for rådet å vurdere.

Diskusjonspunkter for rådet i arbeidet med å bearbeide og identifisere mulige tiltak innenfor temaene som prioriteres:

- Hvilke undertema skal inkluderes?
- Hvilke av disse undertemaene er "gode" prosjekter for rådet å arbeide med?
- Hvor kan rådet gi en merverdi?
- Hvem er målgruppene for rådets arbeid i den konkrete saken?
- Hva er egnet kommunikasjonsform for rådet for å nå den (de) aktuelle målgruppen (ene)?

1. Kunnskapsløft for kommunene (prioritert – overlevert fra tidligere HO21 råd)

Det vises til Sak 29-20.

2. Bærekraft i helsetjenestene (prioritert)

Med de demografiske endringene, økt forekomst av kroniske lidelser og multisykdom, økt andel eldre og økte forventninger til nye behandlingsmetoder står helsetjenesten ovenfor betydelige utfordringer og et stort endringsbehov. Har vi som samfunn generelt og helsetjenesten spesielt en god nok forståelse for de utfordringene vi står ovenfor? Hvordan kan vi identifisere og kommunisere utfordringene og endringsbehovene slik at de blir håndterbare?

Bærekraftbegrepet er vidt og vil således være relevant for flere av temaene i langlisten, deriblant beredskap og helsetrusler, fremtidens omsorgstjenester, teknologi og digitalisering, helsekompetanse og borgernes ansvar for egen helse og koordinerte tjenester og pasientforløp.

Forebygging er en av de viktigste investeringene et samfunn kan gjøre – først og fremst ut fra menneskelige hensyn, men også ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Vi må bruke mer ressurser på forebygging som virker og tidlig intervensjon slik at vi unngår å måtte bruke enda mer ressurser på å håndtere utfordringer som kunne vært unngått.

Hva kjennetegner erfaringsmessig utfordringer der forebygging har vist seg å være effektivt? Hvordan skal forebygging finansieres (hvem oppnår gevinsten)? Hvordan kan tidlig forebygging sees i et livsløpsperspektiv? Hvordan treffer vi de som trenger det mest? Hvordan kan vi redusere overdiagnostikk og sykkelighet? Hvordan skal vi redusere behandlingsbyrden? Hvordan kan vi forbygge utenforskap og sosial ulikhet i helse? Hvordan kan vi fremme god mental helse? Hvordan kan vi for eksempel balansere mellom forebygging og behandling av de som alt er rusavhengige? Hvordan kan vi forebygge overvekt og fedme?

Frisklivssentraler skal fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom. Hvordan vet vi om de "virker"? Vet vi om de bidrar til helhetlig, koordinerte helsetjenester?

En bærekraftig helsetjeneste skal også være **pasientens helsetjeneste**. Pasienter og brukere må gis kunnskap og muligheter for å ivareta sin helse på en god måte. Å kunne gjøre gode helsevalg er en forutsetning for god helse hos den enkelte. I fremtiden må hver og en av oss ta mer ansvar for egen

helse. Hvordan kan vår individuelle kompetanse om egen helse styrkes og utnyttes? Finnes det kronikergrupper som kan hjelpes til høyere grad av mestring ved bedre oppfølging og tilrettelegging?

Helsekompetanse defineres i *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019 – 2023* slik: helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten."

Tilgang på informasjon om helse er stort, fra mange kilder og gjennom mange kanaler. Hvordan forstår, vurderer og bruker vi helseinformasjon? Hvordan sikrer vi at vi ikke belaster helsetjenesten unødvendig (overdiagnostikk/-behandling)? Hva skal til for at vi tar helsevennlige valg på egne vegne? Hvordan kan vi hjelpe hverandre? Hvordan involvere f.eks. barnehager, skoler, frivilligheten osv.?

Koordinerte tjenester og pasientforløp må ligge til grunn for en bærekraftig helsetjeneste. Tjenestene må være koordinerte og forutsigbare for pasienter, pårørende og tjenesteutøvere. Hvordan skal vi få det til? Hvordan få kunnskap om koordinerte pasientforløp og helhetlig tjenestetilbud? Hvordan få kunnskap om pasienter med sammensatte behov frem til de som trenger det for å koordinere tjenestene? Hvordan styrke brukernes rolle i pasientforløp?

Hva er konsekvensene av de sektorinndelingene (primær- og sekundærhelsetjeneste) vi har i dag? Har befolkningen god nok systemforståelse til å få godt utbytte? Er det for eksempel mulig å tenke seg å gå fra funksjonsorganisering til prosessorganisering med pasienten i fokus, støttet av en dedikert pasientansvarlig helseperson («pasient-los» som kompensasjonsmekanisme)?

Helsefellesskapene skal få sykehusene og kommunene til å samarbeide bedre om pasientene. De skal bidra til å hindre at pasienter havner mellom to stoler og skal prioritere tjenester til de pasientene som trenger det mest. Hvordan kan vi sikre at helsefellesskapene faktisk bidrar til bedre pasientforløp? Hvordan kan vi vite om helsefellesskapene fungerer etter hensikten? Bør vi evaluere mer for å lære underveis?

Presset på helsetjenestene gir behov for å utvikle nye måter å levere tjenester på. Her har **teknologi og digitalisering** en sentral rolle, se eget tema; Teknologi og digitalisering under.

I fremtidens helsetjeneste er det forventninger om at behandlingen i enda større grad enn nå skal tilpasses det enkelte individ. **Persontilpasset medisin** drives av teknologisk utvikling og vil gi bedre kvalitet for den enkelte og effekt gjennom skreddersydd diagnostikk og pasientbehandling. Hva er konsekvensene av innføringen av persontilpasset medisin for en bærekraftig helsetjeneste der klinikk og forskning i større grad vil integreres?

Beredskap er en viktig del av en bærekraftig helsetjeneste. Vi må ha beredskap til å forebygge uønskede hendelser, håndtere kriser og redusere de negative helseeffektene disse kan ha. Koronasituasjonen har aktualisert spørsmålet om hvordan vi sikrer oss i konkrete situasjoner mht. utstyr, legemiddelforsyning og produksjon? Kan vi etablere egne selskap som produserer det vi mangler (for eksempel for forbruksmateriell og legemidler der patenttiden er utløpt)? Hvordan kan vi utnytte offentlig – privat samarbeid i beredskapsarbeidet (utstyr, mobildata m.m.)?

Aktuelle meldinger, strategier og rapporter:

- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 Meld. St. 7 (2019-2020)
- Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022
- Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023
- Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester Meld. St. 18 (2018–2019)
- Folkehelsemeldingen - Gode liv i eit trygt samfunn, Meld. St.19 (2018 – 2019)
- Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre Meld. St. 15 (2017–2018)
- Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)
- Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten 2017-2021
- [Nasjonal legemiddelberedskap](#), Helsedirektoratet, juni 2019

Mulige tiltak/prosjekter for rådet (ikke uttømmende)

1. Kommunikasjon og bevisstgjøring

Hvordan kan vi definere og kommunisere bærekraft i helsetjenestene slik at vi får en felles forståelse og nødvendig endringsvillighet? Hvordan kan rådet bidra til å sette de grunnleggende utfordringene på dagsorden? Kan rådet ta noen rolle i å bidra til økt helsekompetanse hos den enkelte?

2. Samhandling, samarbeid og koordinering

Hvordan kan rådet bidra til bedre samhandling mellom offentlige, private, og ideelle aktører for å bidra til innovasjon, kvalitet, mangfold og valgfrihet i tjenestetilbudet? Hvordan kan rådet bidra til økt rolleforståelse og kultur for samarbeid? Er det områder der rådet kan bidra til å sette fokus på samordnede tiltak mellom aktørene? Innen hvilke områder ligger det store potensialer i å videreutvikle samarbeid med næringslivet om folkehelsearbeid. Hvordan kan rådet bidra?

3. Utdanning, forskning og innovasjon

Se på tiltak i Folkehelsemeldingen, Helsenæringsmeldingen og Nasjonal helse- og sykehusplan. Treffer meldingene og planene behovene godt nok? Er det tiltak i meldingene som HO21-rådet kunne følge opp spesielt?

4. Kunnskapsgrunnlaget

Vi vet blant annet for lite om (ikke uttømmende):

- Hvilke folkehelseiltak som er gode
- Ressurser som brukes i folkehelsearbeidet og til forebyggende arbeid
- Befolkningens fremtidige behov for psykiske helsetjenester
- Effektiv og god forebygging, behandling og omsorg
- Konsekvenser av innføring av ny teknologi og økt digitalisering i tjenestene (se tema Teknologi og digitalisering)

Hva trenger vi mer kunnskap om? Hva er det behov for å evaluere?

3. Hjemmemarkedet og Innovative anskaffelser (IOA) (prioritert)

Den offentlige helsetjenesten utgjør et viktig marked for norsk helsenæring. For å utvikle gode løsninger som kan og vil tas i bruk er det viktig at helsenæringen forstår dette markedet. Samtidig må markedet være åpent, koordinert og forutsigbart. Det oppleves ikke slik i dag. Hvordan kan vi stimulere offentlige innkjøpere til å utnytte det eksisterende mulighetsrommet i eksisterende innkjøpsreguleringer? Hvordan kan vi dyktiggjøre offentlig sektor til å erkjenne sin rolle i norsk

verdiskaping og bli gode bestillere – uten at det går på bekostning av integritet og faglighet? Hvordan kan vi ufarliggjøre næringslivets motivasjon til å tjene penger på helse? Vil tydeliggjøring av de enkelte aktørenes roller og insentiver være til hjelp (hva de «er, skal og ikke skal»)?

Hvilken rolle spiller ideell sektor og hvordan kan vi få nærings, offentlig og ideell sektors behov og ressurser til å dra sammen for å stimulere til næringsutvikling for helse- og omsorgssektoren? Hvordan kan vi bruke den offentlige kjøpekraften for å stimulere næringslivet til å ta risiko? Hvordan kan vi stimulere industriaktører i andre sektorer med relevant kompetanse og fremtidig behov for diversifisering til aktivt å oppsøke mulighetene for å etablere helseindustri(produksjon) i Norge? Hva er virkemiddelapparatets rolle? Hvordan kan vi bli bedre til å skalere bedrifter først med base i hjemmemarkedet og deretter med produksjon i Norge og salg/leveranser internasjonalt?

Regjeringen vil at offentlige anskaffelser skal være en drivkraft for innovasjon og omstilling i norsk økonomi. Hva skal til for at det blir stuert for norske helseaktører (sykehus, spesialistgrupper, leger mm) å stille opp for ny norsk helsenæring i industribygging og kommersialisering? Hvordan kan vi øke bruken av IOA i helsetjenesten? Hva hindrer bruken av IOA i helsetjenesten? Hvordan sikrer man stort nok volum for anskaffelsene (infrastruktur for skalering, standardisering)? Hva skal til for at norske helsebedrifter deltar i IOA i andre EU-land?

Temaene beredskap, innovasjon og kommersialisering fra helsetjenesten, økosystem for helsenæringen og kultur for samarbeid og økt industrialiseringen av norsk helsenæring er særlig relevant for dette området.

Aktuelle meldinger og strategier:

- Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester Meld. St. 18 (2018–2019)
- Smartere innkjøp – effektive og profesjonelle offentlige anskaffelser Meld. St. 22 (2018–2019)

Mulige tiltak/prosjekter for rådet (ikke uttømmende)

1. Kunnskapsgrunnlag: Innovative offentlige anskaffelser i helse- og omsorgssektoren.

I Meld. St. 18, Helsenæringen er et av tiltakene "legge til rette for økt bruk av innovative offentlige anskaffelser i helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen". Hva vet vi om hva som skal til for å følge opp dette tiltaket. Vi har behov for mer kunnskap om IOA i helse- og omsorgssektoren.

Vi vet for lite om:

- Hvor stor andel av anskaffelser er IOA i dag? (data ikke tilgjengelig?)
- Til hvilken type anskaffelser brukes IOA?
- Hvilke aktører bruker IOA?
- Hva hindrer eventuelt bruken av IOA? (kartlegging?)
- Hva er potensialet for økt bruk av IOA?
- Hva skal til for å øke bruken av IOA?
- IOA i EU og hvordan norske aktører deltar der.

2. Meld. St. 22 Smartere innkjøp – effektive og profesjonelle offentlige anskaffelser

- Treffer meldingen og tiltakene helse- og omsorgssektoren godt nok?
- Er det tiltak i meldingen som HO21 rådet kunne følge opp spesielt?

3. Hvorfor fungerer ikke det norske hjemmemarkedet for helsenæringen? Kan rådet bidra til å gjøre noe med disse utfordringene?
- Mangel på tillit og forståelse mellom aktørene
 - Mangel på kompetanse og kapasitet hos innkjøpere
 - Mangel på kunnskap om behov hos næringslivet
 - Størrelse (mangel på muligheter for skalering/spredning)
4. Er virkemiddelapparatet for innovative anskaffelser godt tilpasset helse- og omsorgssektoren? Fungerer det? Hva kan eventuelt forbedres og hvilken rolle kan rådet ha?
- InnoMed
 - Nasjonalt velferdsteknologiprogram
 - Leverandørutviklingsprogrammet
 - Innovasjon Norge
 - Forskningsrådet
 - DOGA

4. Teknologi og digitalisering (prioritert)

Det er et mål at hver enkelt pasient skal ha mulighet for å involveres i prosessen og beslutninger om egen helse. Enkle og sikre digitale tjenester kan bedre kontakten med helse- og omsorgstjenesten og bidra til enhetlige og bærekraftige tjenester. Det vokser frem **digitale førstelinjer** hvor innbyggerne selv frembringer data, eksempelvis gjennom apper på mobilen som kan gi råd om oppfølging og tilbakemelding om f.eks. selvhjelp, elektronisk eller fysisk kontakt med legen. Utvikling av teknologi muliggjør også (kontinuerlig) en form for overvåkning av befolkningens helsetilstand.

Behandlingen vil i fremtiden i større grad foregå der pasientene er. **Hjemme-sykehus, hjemme-oppfølgning og nettbasert behandling** vil øke. Dette krever ny infrastruktur for digitalisering av tjenestene og ny kompetanse hos helsepersonell. Hvordan kan vi utnytte digitale innbyggertjenester til pasientens og samfunnets beste? Hvordan kan virkelighetsdata (fra wearables med mer) brukes i helsetjenesten, data lagres og være nyttig for individet? Hvordan kan finansieringssystemet tilordnes digitale tjenester?

For at **ny teknologi og nye metoder** skal implementeres i helsetjenesten er det behov for kunnskap om effekten av implementering og de økonomiske konsekvensene. Hvordan sikrer vi at følgeforskning og helseøkonomi blir en del av prosessen rundt utvikling og innføring av ny teknologi og metoder? Vi må bli bedre på å finne ut hva som har effekt og hva som er verdt å gå videre med.

Økt digitalisering gir mulighet for bedre bruk og deling av **helsesdata**. **Kunstig intelligens** gjør det mulig å utnytte våre felles helsedata til å tilby raskere og mer presis diagnostisering, bedre behandling og mer effektiv ressursbruk. Mulighetene innenfor **persontilpasset medisin** og bruk i beslutningsstøtte er store. Hvordan kan vi tilrettelegge for et helhetlig økosystem av norske helsedata? Hvilke roller bør Helseanalyseplattformen og annen infrastruktur for helsedata spille i dette? Hvilke krav bør stilles til offentlige og private, nasjonale og internasjonale aktører som bruker norske offentlige helsedata? Hvilke rettigheter og plikter bør kommersielle nasjonale og globale aktører ha ved bruk av norske helsedata?

Aktuelle meldinger og strategier:

- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 Meld. St. 7 (2019-2020)
- Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022
- Digitalisering for offentlig sektor 2019 – 2025
- Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten 2017-2021
- Nasjonal strategi for kunstig intelligens, januar 2020

Mulige tiltak/prosjekter for rådet (ikke uttømmende)

1. Se på tiltak fra Nasjonal helse- og sykehusplan. Ser HO21-rådet noen spesielle utfordringer med noen av disse tiltakene som de kan bidra til å løse? Går tiltakene langt nok til å kunne skape de endringene som skal til for å gjøre helsetjenesten mer bærekraftig? Har rådet forslag til forbedringer eller andre viktige tiltak?
2. Digital førstelinje. Kan og bør data fra befolkningens egne enheter og helseapper tilgjengeliggjøres og brukes av helsetjenesten? Kan og bør innbyggere kunne hente ut egne data fra helsetjenesten og bruke dem til å monitorere og forbedre egen helse? Hvilke utfordringer kan dette skape mht. ulikhet, lik tilgang til helsetjenester osv.?
3. Hjemme-sykehus, hjemme-behandling og hjemme-oppfølgning
Utfordringer og tiltak for å innføre nye arbeidsformer og metoder, f.eks. knyttet til finansieringsordninger, regelverk, digital infrastruktur. Hvordan kan rådet bidra?
4. Hvordan skal vi finne ut hvilke nye teknologiske løsninger og digitaliseringstiltak som gir effekt og gevinst for helsetjenestene?

5. Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten

Det er viktig at forskning og klinisk virksomhet i helse- og omsorgstjenesten er integrert. Hva hindrer, og hva fremmer forståelsen av at dette er viktig og hva hindrer og hva fremmer integreringen?

Det er et mål for Regjeringen å øke antall kliniske studier i Norge, og øke antall pasienter som gjennom kliniske studier blir tilbudt ny og utprøvende behandling. Har vi god nok kultur for kliniske studier i Norge? Hva skal til for å øke antall kliniske studier og hva slags studier snakker vi om? Hva mener vi med utprøvende behandling? Hva slags studier bør prioriteres? På hvilken måte skal diagnostikk, behandling, sekundærforebygging, rehabilitering, kvalitative, medikamentelle og ikke-medikamentelle studier osv. ivaretas?

Hvordan kan DRG sats-systemet brukes til å stimulere flere kliniske studier? Er studiene vi gjennomfører gode nok? Vet vi f.eks. nok om uønskede effekter av legemidler/hvor mange som dør av legemidler. Hva vet vi om overforbruk og om samtidig bruk? Vet vi nok om multimorbiditet?

Persontilpasset behandling er en ny tilnærming til klassifisering, forståelse, behandling og forebygging av sykdom basert på data og informasjon om individuelle biologiske og miljømessige forskjeller. Persontilpasset behandling kan representere et paradigmeskifte i utvikling og levering av helsetjenester, men utfordrer forskning, industri og klinisk praksis. Hvordan kan forskning og innovasjon på dette området ha en bred faglig og metodemessig tilnærming? Hvordan skal vi tenke nytt og hva skal til for å få aktører til å samhandle for å bidra til en positiv utvikling – både på den nasjonale og på den internasjonale arena? Hvordan kan vi utnytte våre komparative nasjonale fortrinn (innenfor helsedata og digitalisering) slik at forskningsmiljøer og næringsliv kan yte

vesentlige bidrag i denne utviklingen? Hvordan kan vi utnytte den teknologiske utviklingen innenfor kunstig intelligens, stordata, sensorikk med mer? Og hvordan kan vi implementere persontilpasset behandling i tjenesten?

Aktuelle meldinger og strategier:

- Handlingsplan for kliniske studier, kommer
- Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten 2017 – 2022

Mulige tiltak/prosjekter for rådet

- Avventer handlingsplan for kliniske studier

Ideer Handlingsplan

Beredskap og helsetrusler

For å sikre god folkehelse må vi ha beredskap til å forebygge uønskede hendelser, håndtere kriser og redusere de negative helseeffektene disse kan ha. Beredskapsarbeidet bygger på det daglige folkehelsearbeidet og kan knyttes til fire hovedområder; beredskap mot smittsomme sykdommer og farlige stoff, samfunnstrygghet og beredskap på drikkevannsområdet, mattrygghet og legemiddelberedskap. Hvordan sikrer vi konkrete situasjoner mht. utstyr, legemiddelforsyning og produksjon? Kan vi etablere egne selskap som produserer det vi mangler (for eksempel for forbruksmateriell og legemidler der patenttiden er utløpt)? Hvordan kan vi utnytte offentlig – privat samarbeid i beredskapsarbeidet (utstyr, mobildata m.m.)?

Økende antibiotikaresistens er en global helseutfordring. Antibiotikaresistens går på tvers av landegrenser og artsgrenser og spres gjennom handel, mat, mennesker, dyr og miljø. Hvordan kan vi få mer kunnskap om hva som hindrer og hva som fremmer resistensutvikling i et én helseperspektiv? Hvordan kan vi få en mer helhetlig forståelse av resistensproblematikken?

(Folkehelsemeldingen - Gode liv i eit trygt samfunn, Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015-2020)

Fremtidens omsorgstjenester

Eldregenerasjonen fortjener en verdig omsorg enten det er i sitt eget hjem eller på sykehjem. Vi går imidlertid mot en eldrebølge og ressursene strekker ikke til. Omsorg er et område som hviler tungt på frivillige aktører. Hvordan kan aktører arbeide sammen for å finne frem til mer bærekraftig omsorg? Hvordan kan vi investere i og bruke velferdsteknologi til å løse noen av oppgavene? Hvordan kan vi sikre valgfrihet og individuell tilpassing? Hvordan kan vi holde befolkningen på lavest mulige omsorgsnivå? Kan vi lære noe av måten vi aktiviserer og organiserer barna våre? Hvordan definerer vi omsorg og hvordan vet vi at omsorgen er kunnskapsbasert?

Det bør satses på boløsninger der friske eldre kan ha gode liv i fellesskap og der fellesskapet kan være til hjelp hvis funksjonsnedsettelse oppstår, der noen mister sin partner. I slike fellesskap vil beboerne kunne hjelpe og stimulere hverandre. Det bør finnes mulighet for smarte digitale løsninger slik at funksjonsnedsettelse ikke fører at beboere nødvendigvis må flyttes til høyere omsorgsnivå.

(Leve hele live – En kvalitetsreform for eldre)

Digitale ambassadører

[Forslag, omskrevet:] Mange av oss besøker daglig en rekke digitale plattformer som Apple, Samsung, Fitbit, Garmin, Google, Instagram, Facebook m.fl. Om vi i stedet ser på disse nettstedene som "land" vi besøker, ser vi nytten av å ha et ledd som ivaretar interessene våre. Disse "landene" påvirker både nasjoner og enkeltborgere vel så mye som fysiske land man har ambassadører utstasjonert i. Danmark har som første land oppnevnt en "tek-ambassadør". Flere av de digitale "landene" samler inn store mengder helsedata som er relevante for den enkelte, men som også kan gi interessante

data både for forskere og helsetjenesten. Norge har ambassader i over 80 land i verden. Skal Norge følge etter Danmark og opprette en egen ambassadør for Facebook?

Helsekompetanse og borgernes ansvar for egen helse

Regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste. Det forutsetter at pasienter og brukere har kunnskap og muligheter for å ivareta sin helse på en god måte. Å kunne gjøre gode helsevalg er en forutsetning for god helse hos den enkelte. I fremtiden må hver og en av oss ta mer ansvar for egen helse. Hvordan kan vår individuelle kompetanse om egen helse styrkes og utnyttes?

Tilgang på informasjon om helse er stort. Hvordan forstår, vurderer og bruker vi helseinformasjon? Hvordan sikrer vi at vi ikke belaster helsetjenesten unødvendig (overdiagnostikk/-behandling)? Hva skal til for at vi tar helsevennlige valg på egne vegne? Hvordan kan vi hjelpe hverandre? Hvordan involvere barnehager, skoler, frivilligheten osv.?

(Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019 – 2022)

Koordinerte tjenester og pasientforløp

Det er viktig at vi har pasientforløp som er koordinerte og forutsigbare for pasienter, pårørende og tjenesteutøvere. Hvordan skal vi få det til? Hvordan få kunnskap om koordinerte pasientforløp og helhetlig tjenestetilbud? Hvordan få kunnskap om pasienter med sammensatte behov? Hvordan styrke brukernes rolle i pasientforløp? Hva er konsekvensene av de sektorinndelingene (primær- og sekundærhelsetjeneste) vi har i dag? Har vi god nok systemforståelse? Er det for eksempel mulig å tenke seg å gå fra funksjonsorganisering til prosessorganisering med pasienten i fokus, støttet av en dedikert pasientansvarlig helseperson (pasient-los som kompensasjonsmekanisme)?

Helsefellesskapene skal få sykehusene og kommunene til å samarbeide bedre om pasientene. De skal bidra til å hindre at pasienter ikke havner mellom to stoler og skal prioritere tjenester til de pasientene som trenger det mest. Hvordan kan vi sikre at helsefellesskapene bidrar til bedre pasientforløp? Hvordan kan vi vite at helsefellesskapene fungerer? Bør vi evaluere mer?

Innovasjon og kommersialisering fra helsetjenesten

Ideer og oppfinnelser sprunget ut fra forskning og praksis, kan komme pasienter og samfunnet til gode i form av nye varer og tjenester og bedre arbeidsprosesser. Innovasjoner kan utvikles og implementeres direkte i tjenestene, eller de kan også kommersialiseres og komme ut på et marked. OECD viser at sammenlignet med andre nordiske land får Norge mindre verdiskaping ut av de store offentlige midlene til helseforskning og -innovasjon. Regjeringen mener at det er potensial for økt kommersialisering av medisinsk og helsefaglig forskning og ideer fra helse- og omsorgssektoren. Hva skal til for å øke omfanget av kommersialisering fra offentlig finansiert helseforskning?

(Meld. St. 18, Helsenæringen)

Økosystem for helsenæringen og kultur for samarbeid

Innovasjon innenfor helse og omsorg krever samarbeid på tvers av sektorer, fagområder og teknologi. I Norge har vi et voksende, men umodent økosystem, og det er stadig behov for å styrke økosystemet ved å legge til rette for bedre samspill mellom aktørene og sikre både offentlige og

private innsatsfaktorer. Hvordan bygger vi et større og bedre system rundt utviklingsprosessen (verdiskaping)? Hvordan involvere flere aktører (investorer, virkemiddelapparatet, instituttsektor, design m.fl.)? Hvordan få til bedre bruk av ressurser f.eks. infrastruktur i UoH og på institutter? Er det behov for spesielle virkemidler for å styrke økosystemet utover det som finnes i dag?

Det er fremdeles mange som mener at det ikke er riktig at noen skal "tjene på helse (eller uhelse)" - helsetjenesten skal ta vare på pasienter og kan da ikke være kommersiell. Det blir brukt en del belastende ord og uttrykk i debatten om helsenæring – eksempelvis ordet "velferdsprofitører". Kommersiell aktør beskyldes for å kun ta hensyn til profitt, mens mange i næringen motiveres mest av å hjelpe pasienter til et bedre liv. Manglende kunnskap og lite interaksjon fører til manglende forståelse og tillit mellom aktørene. Hvordan bygger vi en bedre kultur for samarbeid, innovasjon og kommersialisering? Hvordan får vi en bedre rolleforståelse i privat-offentlig samarbeid?

(Meld. St. 18, Helsenæringen)

Økt industrialiseringen av norsk helsenæring

For at helsenæringen skal skape verdier av betydning for norsk økonomi, må det skapes arbeidsplasser, økt verdiskaping og eksportinntekter. Den siste Menon-rapporten om Helsenæringens verdi viser at om lag en tredjedel av de bedriftene som svarte på undersøkelsen i 2018 har industriell produksjon i Norge, mens to tredjedeler har utvikling og prototypeproduksjon i Norge. Det viser at det finnes et stort potensial for økt innenlands industrialisering. Muligheten for å etablere egen produksjon av helseprodukter i Norge krever tilgang på kompetanse, infrastruktur, kapital, forskning og teknologiutvikling på høyt nivå på lik linje med prosessindustri eller vareproduksjon. Hvordan kan vi legge til rette for at flere norske helseinnovasjoner kan produseres i Norge? Hvordan bygge opp og bevare kompetanse innenfor innovasjon, næringsutvikling, industrialisering osv. i Norge? Dette er avgjørende for å levere verdiskaping på sikt. Hvordan kan vi stimulere industriaktører i andre sektorer med relevant kompetanse og fremtidig behov for diversifisering til aktivt å oppsøke mulighetene for å etablere helseindustri(produksjon) i Norge?

(Meld. St. 18, Helsenæringen)

Internasjonal attraktivitet

Det er mye forsknings- og innovasjonsmidler tilgjengelig i EU og resten av verden – både i form av offentlig støtte og investorkapital. Norge bør ha som mål å tiltrekke seg internasjonale FoU-investeringer innenfor helse. Samtidig er helseforskning og -innovasjon et av de mest globale FoU-områdene og markedene. Det er derfor viktig å fortsette å satse på og støtte fremdragende forskningsmiljøer nasjonalt. Hvordan skal vi gjøre norske helseforskningsmiljøer mer attraktive for internasjonalt samarbeid? Hvordan promotere norske forskningsmiljø, norsk helsetjeneste og norsk helsenæring internasjonalt? Hvordan kan vi tiltrekke kapital og forskningsmiljøer fra store selskap til Norge?

Kunstig intelligens (KI) i helsetjenesten

Kunstig intelligens er i rivende utviklingen og mulige bruksområder er mange. Kunstig intelligens kan eksempelvis benyttes i persontilpasning av forebygging og behandling, i bildetolkning og diagnosehjelp, i identifisering av akutte hendelser, varsling av uheldig utvikling i helsetilstand, i

etterlevelse av medisiner og i optimalisering av ressursbruk. Hvilke anvendelser av KI kan gjøre en særlig forskjell? På hvilke områder har Norge spesielle utfordringer eller forutsetninger? Hva skal til for å bygge opp dette segmentet i Norge?

(Nasjonal strategi for kunstig intelligens)

Kunnskaps- og beslutningsgrunnlag

Det er viktig at tjenesten og folkehelsearbeidet bygger på et solid kunnskapsgrunnlag. Har vi et godt nok kunnskapsgrunnlag (for folkehelse og helsetjenester)? Hvordan kan vi sikre at kunnskapsoppsummeringer utarbeides og tas i bruk? Hva skal vi gjøre for å hindre at folkehelse tiltak settes i gang før vi har kunnskapen som bør ligge til grunn? Hvordan vet vi at anbefalinger og tiltak bygger på oppdatert kunnskap? Vet vi nok om hva som virker? Har vi i tilstrekkelig grad trukket inn brukerne? Hvordan måler vi det som er effektivt, både for individet og for samfunnet? Hva med samfunnsøkonomiske analyser?

Vi genererer mye kunnskap gjennom forskning, praksis og brukerinvolvering. Men hvordan kan vi sikre at vi tar kunnskap i bruk? Hva er viktig med hensyn til implementering av kunnskap i tjenesten og i folkehelsearbeidet? Hva fremmer og hva hindrer å ta kunnskap i bruk? Hva er effektive metoder for å spre kunnskap? Apper som MAGICapp? Hva kan vi lære av de som får det til? Hvordan kan vi dokumentere tiltak som er implementert og virker i en kommune? Hvordan kan kunnskap overføres fra foregangskommuner?

Vi står overfor en utvikling som går i høyt tempo. Det er viktig at vi har et system slik at vi kan ta de gode og riktige valgene og slik at pasientene står i sentrum. Hvilket system skal vi ha for å si at noe skal prioriteres og noe ikke skal prioriteres i helsetjenesten? Hva teller når noe skal prioriteres? Skal det være viktig for de få eller viktig for de mange? Er Nye metoder og beslutningsforum det riktige systemet? Hvordan kan en inkludere kunnskapsoppsummeringer i Nye metoder? Hva er viktig å legge vekt på i den kommende evalueringen av Nye metoder? (frist for å komme med innspill til hva som bør tas opp i evalueringen var 15. mars 2020)

Helsedata

Helsedata utgjør en potensiell betydelig verdi for Norge dersom vi tilrettelegger lovmessig, teknisk og organisatorisk for bruk og verdiøkning på en helhetlig måte. En ansvarlig og langsiktig forvaltning av norske helsedata må sikres. Dette bør styres gjennom et rammeverk som sikrer at datakildene øker og at verdiskapingen kommer det norske samfunnet og befolkningen til gode, både på kort sikt og for framtidige generasjoner, samtidig som det skapes bærekraftige verdier i verdensperspektiv.

Konsesjonsutlysningen for oljeutvinning i 1965 og etablering av dagens oljefond er parallelltenkningen. Med de rette grepene i et langtidsperspektiv vil investeringene som gjøres nå være marginale. Gjennom tillitsfull bruk og deling av data med krav om tilgjengelighet, transparens, tilbakeføring, personvern og sikkerhet i dag, sikres også framtidig nødvendig tillit i befolkningen. Hvordan kan vi tilrettelegge for at verdiene i tilstrekkelig grad kommer tilbake der dataene skapes? Hvilke roller bør Helseanalyseplattformen, Helseplattformen og annen infrastruktur for helsedata spille i dette? Hvilke krav bør stilles til offentlige og private, nasjonale og internasjonale aktører som bruker norske offentlige helsedata? Hvilke rettigheter og plikter bør kommersielle nasjonale og globale aktører ha ved bruk av norske helsedata? Hvordan kan vi tilrettelegge for et helhetlig økosystem av norske helsedata?

Norge har gode befolkningsundersøkelser der det er samlet inn data gjennom spørreskjemaer, kliniske målinger, blodprøver med mer fra et betydelig antall individer gjentatte ganger. Like målinger, analyser og spørsmål til personer og familier i flere generasjoner har ført til at dataene er unike i verdenssammenheng. De siste årene er det i tillegg generert store datasett fra blodprøvene gjennom blant annet prosjektet "Better health by harvesting biobanks". Data på tvers av befolkningsundersøkelser er delvis harmonisert og tilrettelagt for sekundærbruk gjennom ulike samarbeid; CONOR, Biobank Norge, Helseregistre for forskning, BBMRI-ERIC m.fl. Hvordan kan data fra befolkningsundersøkelsene i enda større grad tilrettelegges for sekundærbruk? Hvordan kan vi videreutvikle befolkningsundersøkelsene strategisk? Hva mangler vi data om? Hva trenger vi data om? Hvordan kan disse dataene brukes sammen med data fra registre, sykehusbiobanker og andre kilder? Hvordan kan undersøkelsene utnyttes innenfor presisjonsmedisin? Hvordan kan de bidra til nyttig og verdensledende forskning? Hvordan befolkningsundersøkelsene utnyttes bedre for innovasjon og næringsutvikling? Hva er potensialet og mulighetene?

(Folkehelsemeldingen - Gode liv i eit trygt samfunn)

Åpen forskning

Åpen forskning handler om åpenhet og kunnskapsdeling i forskningsprosesser slik at kunnskap gjøres tilgjengelig på tvers av fagmiljøer, sektorer og landegrenser. Begrepet åpen forskning omfatter hele forskningsprosessen, fra initiering via finansiering og gjennomføring av forskningen til dataforvaltning, analyse, vitenskapelig publisering, vitenskapelig syntese og kommunikasjon. Hvordan kan vi stimulere til åpne plattformer for data og en mer effektiv kunnskapsproduksjon med færre dupliseringer og unødvendig dobbeltarbeid? Hvordan kan vi sikre gode prosesser slik at data blir tilgjengelige, gjenfinnbare og gjenbrukbare og finnes i systemer som snakker med hverandre i et konsistent språk.

Korona – utnytte pandemiens handlingsrom

COVID-19 har endret helsetjenesten på en rekke nivåer. Pandemien har gitt et endringsrom i helsetjenesten, som er uten sidestykke i moderne tid. Hvordan kan HO21-rådet bidra til at vi tar med oss det beste av endringene inn i ordinær drift?

Standardisering

Det er et stort behov for å avtale standarder innen helse- og sosialsektoren. Vi benytter allerede mange innen medisinsk-teknikk, laboratorier, ambulansebiler etc., men når det gjelder standard for informasjon så mangler mye. Hvorfor kan man ikke utveksle informasjon mellom de ulike pasientadm. systemer som benyttes? Det vil flomme over av ulike datakilder når «personalized medicine» og «avstandsoppfølging» virkelig tar av. Skal vi få til den innovasjon som vi ønsker inne denne delen av samfunnet vil standarder være helt avgjørende for å lykkes, og for at norske bedrifter skal kunne levere det vi trenger (og kan bruke). Europaller og fiskekasser i plast er ikke tilfeldig utformet. Norge har allerede verdensledende løsninger innen bank & finans (nettbanktjenester & Vipps) og Q-free. E-resept kunne bli det neste sammen med andre løsninger for å utveksle info mellom 1. og 2. linje. Norsk offshorenæring er f.eks. helt avhengige av NorSok-standard. Det er behov for noe lignende innen helse.

Sak 29/2020**Et kunnskapsløft for kommunene**

Type sak	Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Anbefalinger fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

Tidligere behandlet**Bakgrunn**

Et *Kunnskapsløft for kommunene* er ett av ti brede satsingsområder og ett av fem hovedprioriteringer i HelseOmsorg21-strategien fra 2014. Prioriteringen er begrunnet i omfanget av og den sentrale rollen kommunesektoren har i folkehelsearbeidet.

"God helse sikres best ved at folkehelseperspektivet inngår i utviklingen av hele samfunnet, i helsefremmende og forebyggende tiltak, i tidlig diagnose og behandling på rett nivå. Det er avgjørende at vi har effektive og behovstilpassede tjenester for at flest mulig er friske lengst mulig, og for at tjenestene skal være økonomisk bærekraftige over tid. Dette krever økt satsing på forskning, innovasjon og utdanning i kommunesektoren."

For å følge opp satsingen, ble Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) oppnevnt, i første omgang for interimperioden 1.8.2017-31.12.2018. [Sluttrapporten fra KSF](#) ble lansert februar 2019 og gir anbefalinger knyttet til forskning, innovasjon og utdanning og anbefaling til en fremtidig struktur og mulig finansieringsmodell for forskning i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det forrige HelseOmsorg21-rådet stilte seg bak anbefalingene i rapporten.

HO21 rådet inviteres til å diskutere hvordan de kan bidra til kunnskapsløftet for kommunene.

Hvorfor saken fremmes

Saken fremmes for at det nye rådet skal bidra til å sette anbefalingene fra KSF på dagsorden. Målet er at etter dette møtet skal tiltak fra rådet settes ut i livet.

Hovedpunkter

KSF-rapporten gir en beskrivelse av kunnskapsstatus, forskningsbehov og kunnskapssystem for helse- og omsorgsfeltet i Norge. Anbefalingene i KSF-rapporten er listet i vedlegg 1. Særlig sentralt er forslaget til en modell for et kunnskapsløft i kommunene.

Det blir foreslått en struktur med ett nasjonalt og fire regionale samarbeidsorganer for å realisere kunnskapsløftet. Modellen speiler den modellen som spesialisthelsetjenesten har. På nasjonalt nivå anbefales det at KSF etableres som en fast ordning.

KSF er pr dags dato ikke etablert som et eget organ. KS har antydnet et (udekket) finansieringsbehov i størrelsesorden 12-15 millioner kroner for å opprette og drifte et sentralt sekretariat og de fire regionale samarbeidsorganene som er anbefalt i KSF rapporten.

I tiden etter lansering av rapporten har det kommet flere gode initiativene nedenfra-og-opp. Kommunesektorens organisasjon (KS) har sammen med enkeltkommuner vært pådrivere for at

kunnskapsløftet kommer i gang. Blant annet har Bergen kommune påtatt seg rollen som vertskap for Regionalt samarbeidsorgan Vest og leder arbeidet med «Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest». Her samarbeider 11 kommuner og syv forskningsinstitusjoner om å styrke forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling i tjenestene og er en 2-årig pilot for å prøve ut en mulig modell for regionalt samarbeidsorgan for forskning i kommunene. Viktig er også etableringen av Alrek helseklynge i Bergen som samler helsefaglige miljøer for forskning, utdanning, innovasjon og formidling i Bergen og på Vestlandet og som vurderes som en sentral del av et fremtidig samarbeidsorgan Vest.

Kunnskapskommunen har, i samarbeid med bl.a. FHI, Høgskolen på Vestlandet og KS, fått midler fra Forskningsrådet til en utvidelse av sitt pilotprosjekt («pilot 2.0») om kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Hovedstyret i KS har vedtatt at KS skal ha en pådriverrolle i det videre arbeidet mot etablering av KSF, og har bevilget midler til en midlertidig prosjektstilling i Bergen kommune/Kunnskapskommunen og er i ferd med å rekruttere en spesialrådgiver i engasjement til å jobbe videre med etablering av KSF, og KS sin pådriverrolle.

Det arbeides videre med etablering av piloter i de andre helseregionene. Kommunedirektørutvalgene i hhv. Agder og i Trøndelag har vedtatt at deres regioner vil jobbe for etablering av regionale samarbeidsorganer hos seg.

Forskningsrådet har igangsatt en oppdatering av kartleggingen fra 2016¹ om ressursinnsats og resultater i forskning og innovasjon rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Her er det nedsatt en referansegruppe som utelukkende består av tidligere medlemmer i KSF arbeidsgruppe. Det skal rapporteres fra prosjektet innen utgangen av 2020.

Når det gjelder midler til konkrete prosjekter, har Forskningsrådet flere ordninger som finansierer forskning i kommunal sektor, deriblant FORKOMMUNE som finansierer forskning som skal utløse innovasjon i kommuner og fylkeskommuner og øke samarbeidet mellom forskningsmiljøer og kommunesektoren og helseforskningsprogrammene som spenner fra forskning om forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering til helsetjenesteforskning. Helseprogrammene lyser eksempelvis ut i år 170 mill. til kompetanse- og samarbeidsprosjekter for et kunnskapsløft for kommunene og 70 mill. til innovasjonsprosjekter i helse- og omsorgstjenestene der offentlig sektor kan søke om midler i samarbeid med FoU-miljøer. Her ligger det et stort potensial, [KS-Innovasjonsbarometer 2020](#) viser f.eks. at bare 13 % av kommunene samarbeidet med en FoU-institusjon om sin siste innovasjon.

Noen aktuelle diskusjonspunkter for rådet kan være:

- Ser rådet noen barrierer for måloppnåelse i KSF-rapporten og på hvilken måte kan rådet eventuelt påvirke disse?
- Hvordan kan rådet støtte opp om KS sin pådriverrolle, f.eks. knyttet til etablering av piloter for en fremtidig struktur eller gjennom interessepolitisk arbeid med å få midler til satsningen/etablere det ønskede spleiselaget?
- Gitt at midlene som brukes til forskning for og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten er begrenset – har rådet innspill til hvordan man kan stimulere til at det kommer mest mulig kunnskap ut av midlene?
- Hvem er målgruppene for rådets arbeid og hvilke virkemidler skal rådet bruke for å sette anbefalingene på dagsorden?

¹ Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av ressursinnsats og resultater, [NIFU-rapport 2016:32](#)

Forslag til vedtak

Det jobbes videre med [tiltak etter diskusjon i rådet, f.eks, uttalelse, kronikk, etc] fra rådet knyttet til Kommunenes strategiske forskningsorgan hvor det fokuseres på konkrete tiltak og aktører for å nå anbefalingene i KSF-rapporten fra 2019.

Anbefalinger fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

Sluttrapport fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

ANBEFALINGER KNYTTET TIL UTVIKLING AV FORSKNING OG UTDANNING I KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Når det gjelder kommunenes nåværende rolle mht. til opplæring, utdanning og forskning, er dette regulert i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 8 (tekstboks):

Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning

§ 8-1. Undervisning og praktisk opplæring

Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.

§ 8-2. Videre- og etterutdanning

Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning.

Kommunen skal medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning.

Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om videre- og etterutdanningen.

§ 8-3. Forskning

Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

For å få til en faglig utvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mer likeverdig den vi har sett i spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig å undersøke og lære av de tiltakene i spesialisthelsetjenesten som har ført til gode resultater der. En slik utvikling av forskning og utdanning i kommunale helse- og omsorgstjenester krever tiltak på mange ulike nivå:

1.Stortinget må ta stilling til om kommunale helse- og omsorgstjenester, tilsvarende som spesialisthelsetjenesten, også skal ha forskning og utdanning som lovfestede oppgaver (les: «sørge for» oppgaver) og beslutte økonomiske rammer som muliggjør dette.¹

2.Staten (HOD, KMD, KD) må følge opp punkt 1 (se over) ved å sikre de økonomiske rammene til å finansiere helse- og omsorgstjenester i kommunene slik at rammen også inkluderer et synliggjort tillegg som skal gå til forskning og utdanning i og for kommunale helse- og omsorgstjenester (herunder tjenester med kommunale driftsavtaler), se også kap. 6.

3.Kommunene må anerkjenne betydningen av, og sørge for, at forskning og utdanning (praksislærer/praksisplasser) kan inngå i arbeidsavtaler for

ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester. Relevant forskning og utdanning må gi uttelling ved tilsetninger og slik virksomhet må kunne bli regnet med i avtalefestet offentlig arbeidsmengde for fastleger med kommunal driftsavtale. Kommunene bør, som spesialisthelsetjenesten, inngå avtaler med UH- og instituttsektoren om delte stillinger mellom kommunale tjenester (herunder ansatte med kommunale driftsavtaler) og UH- og instituttsektoren og der forskning og/eller utdanning skal utgjøre en del også av den kommunale delen. Kommunene må stimuleres til økt bruk av ordningen

¹ I Prop. 1 S (HOD) 2018-2019 heter det (s. 295) at KD fortsatt er i prosess for å "vurdere et mer omfattende, lovpålagt ansvar for kommunene til å ta imot praksisstudenter"

med offentlig sektor ph.d. og denne ordningen må også gjøres tilgjengelig for ansatte med kommunale driftsavtaler.

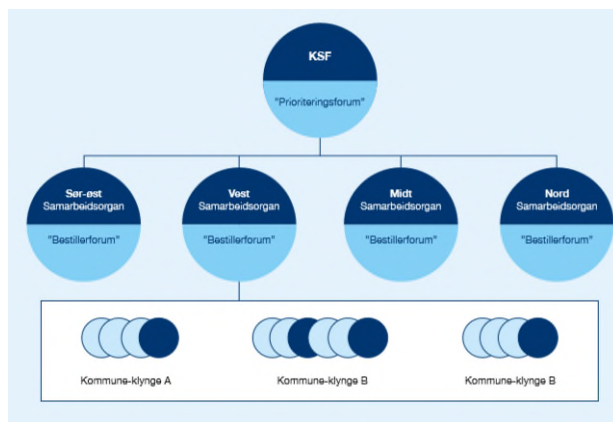
4.Universitet, høyskoler og forskningsinstitutter må prioritere å styrke egne kjernemiljø med forskning rettet primært mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Styrkingen gjelder både kompetanse og kapasitet. Det må legges til rette for og prioritere delte stillinger mellom FOU-institusjonene og kommunale helse- og omsorgstjenester og samarbeide med aktuelle kommuner om dette.

5.UH- og instituttsektoren må samarbeide med kommunal sektor for å øke kommunal relevans i helseprofesjonsutdanningene. Profesjonsutdanningene må legge større vekt på den kommunale situasjonen i undervisningen, og omfanget av praksisundervisning i kommunale tjenester må økes. Det må samarbeides om å etablere en nasjonal og flere regionale samhandlingsflater for å fremme, utvikle og gjennomføre FoU i kommunale helse- og omsorgstjenester.

ANBEFALINGER KNYTTET TIL STRUKTUR FOR ET KUNNSKAPSLØFT

KSF anbefaler en struktur for et kunnskapsløft for kommunene som setter kommunene i forsetet for en kunnskapsbasert utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

Det anbefales en struktur med et nasjonalt organ (KSF) som legges til KS, og bemannes med akademisk kompetanse. KS-forankringen gir formelle rammer i en kompleks helsetjeneste som rommer alle kommuner. KSF koordinerer kunnskapsløftet nasjonalt, og jobber ut mot samarbeidsorganene regionalt. En mulig variant kan være at KSF som organ representeres av medlemmer av regionale strukturer (ledere av de regionale organene), der kommunene har et flertall, men der også forsknings- og utdanningsinstitusjoner og brukerorganisasjoner er representert. Deltakere uten stemmerett kan være observatører fra Forskningsrådet, aktuelle departement og direktorat samt KS.



Det etableres en regional struktur, og KSF anbefaler fire regionale samarbeidsorgan. I samarbeidsorganene sitter kommunerepresentanter fra klyngene. Representanter fra de mest relevante universitetene, høyskolene og instituttene i regionen og brukerorganisasjonene får en representant hver. Kommunesektoren gis et flertall i organene. For at samarbeidsorganet skal ha en tilstrekkelig helse- og omsorgsfaglig forankring må et

tilstrekkelig antall kommunale representanter hentes fra en overordnet helse- og omsorgsfunksjon. Gjerne i kombinasjon med forskningskompetanse. Sekretariatet legges til en kommune som leder en helseklynge, og som er villig til å påta seg et overordnet ansvar for kunnskapsløftet i sin region. Det anbefales at det vurderes at funksjonen «nye metoder» som er innført i spesialisthelsetjenesten, og systemet med bestiller- og prioriteringsforum settes inn i struktur for kunnskapsløftet i kommunene. Det er også viktig at organene arbeider med overordnede utdanningsaker, og

Kunnskapsdepartementets nye system RETHOS bør benytte denne strukturen som sentral samarbeidspartner.

KSF og samarbeidsorganene må også arbeide med utdanning på et overordnet nivå, og det er pekt på RETHOS-strukturen i Kunnskapsdepartementet som et passende nivå for arbeidet i kunnskapsstrukturen for kommunene. Teknologi og tjenesteinnovasjon er også sentrale tema for denne strukturen som må utvikles videre.

KSF har drøftet hvorvidt et kunnskapsløft for kommunene best vil fasiliteres av en lovendring der kommunene bør få et sørge- for ansvar for forskning og utdanning. Det innebærer uansett ikke at kommunene selv i stort omfang skal forske. Mange forskningsprosjekter som gjennomføres i henhold til helseforskningsloven, vil ha relevante enheter innen UH- og instituttsektoren som «forskningsansvarlig institusjon». Som i spesialisthelsetjenestene vil det måtte skille mellom forsknings- og utdanningskommuner (universitetssykehus) og kunnskapskommuner (ikke-universitetssykehus). Motsvarende som at både vanlige sykehus og universitetssykehus i forskningen har tette samarbeidsflater mot landets medisinske fakultet, må kommunene ha motsvarende relasjoner mot relevante forskningsmiljø i UH- og instituttsektoren. Samarbeidsflatene mellom kommunene og UH-sektoren kan styrkes gjennom opprettelse av delte stillinger mellom de to sektorene. Alle kommuner skal på sikt ha målsetning om å sørge for og legge til rette for forskning, men noen kommuner (motorkommuner) gjør dette i større omfang. Alle kommuner må utvikle bedre bestillerkompetanse.

Anbefalt ansvarsfordeling:

HOD: Departementet må bidra til en betydelig økt vektlegging av kunnskapsløftet for kommunale helse- og omsorgstjenester til nivå motsvarende det som gjelder i spesialisthelsetjenesten. Bidra til jevnlig kartlegging av ressursinnsats og resultater for kunnskapsløftet. Fasilitere og følge med på utviklingen. Bidra til å utvikle bestiller- og prioriteringssystemer for helse og omsorg i kommunene gjennom foreslått struktur for kunnskapsløftet. Nedsette, sammen med KD, et utvalg tilsvarende Husebakk-utvalget for å utrede styrket formelt samarbeid mellom kommunesektoren og akademia innen helse og omsorg.

KMD: Samarbeide med HOD, KD og KS om kunnskapsløftet. Legge til rette for driftsinfrastrukturen for kunnskapssystemet i KS. Bidra til systematisk styrking av innovasjonskraft i kommunene gjennom foreslått struktur for kunnskapsløftet.

KD: Bidra til systematisk styrking av samarbeidet om forskning og utdanning med kommunene gjennom foreslått struktur for kunnskapsløftet. Benytte kunnskapsstrukturen for videreutvikling av arbeidet med retningslinjer for helse- og sosialutdanningene (RETHOS). Nedsette, sammen med HOD, et utvalg motsvarende Husebakk-utvalget for å utrede styrket formelt samarbeid mellom kommunesektoren og akademia innen helse og omsorg. Avklare innhold og rammer for praksisundervisning i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kommunene: Identifisere sitt forskningsbehov. Samarbeide med kommuner i regionen, forsknings- og utdanningsinstitusjonene, instituttsektoren og næringsliv om kunnskapsløftet i foreslåtte struktur. Bidra til det nasjonale nivået med representanter og faglige innspill. Bruke kunnskapen som beslutningsgrunnlag for kvalitetsutvikling av sin virksomhet og prioriteringer innen denne. For samhandlingsfeltet, samarbeide med helseforetak i regionen. Kommunene gir oppdrag/ mandat til KS å ha det overordnede koordineringsansvaret for kunnskapsløftet. Kommunene må tilrettelegge

for delte stillinger med UH-sektoren for fagpersoner i egne tjenester og utnytte de muligheter som ligger i offentlig sektor ph.d-ordningen.

KS: Et overordnet koordineringsansvar for kunnskapsløftet i kommunene. Oppnevne og administrere det nasjonale Kommunenes strategiske forskningsorgan. Legge til rette for de regionale samarbeidsorganenes virksomhet lagt til en kommune i hver region.

Forskningsrådet: Bidra med støtte til KSFs sekretariat, for eksempel i forbindelse med opprettelse av fagfellepanel mv. Bidra til å utvikle årlige målinger av ressursbruk til forskning i primærhelsetjenestene. Utvikle system for regelmessige kartlegginger av ressursbruk til og resultater av forskning i primærhelsetjenestene

Forsknings- og utdanningsinstitusjonene: Samarbeide med kommuner og næringsliv i regionen om kunnskapsløftet i foreslåtte struktur. Bruke kunnskapssystemet til å sikre relevans av egen forskning og utdanning mot kommunenes behov. UH- og instituttsektoren må legge til rette for og prioritere delte stillinger mellom akademia og kommunale helse- og omsorgstjenester og samarbeide med aktuelle kommuner om dette. Målrette egne forskningsstrategier mot problemstillinger som er relevante for kommunale helse- og omsorgstjenester. Helseforetakene: Identifisere kunnskapsbehov knyttet til samhandling og overføring/fordeling av oppgaver, samarbeide med kommunene om kunnskapsløftet i foreslått struktur. Bidra med systemkompetanse fra sekretariatet for samarbeidsorgan i spesialisthelsetjenesten.

ANBEFALINGER KNYTTET TIL FINANSIERINGSORDNINGER FOR KUNNSKAPSLØFTET I KOMMUNENE

KSF anbefaler at finansiering av FoU-virksomhet rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene på lang sikt kommer opp på tilsvarende nivå som i spesialisthelsetjenesten (dvs. rundt 3 % i 2018). For de første 10 (evt. 6-8) årene anbefaler KSF at målet må være å komme opp på et nivå motsvarende 1 % (p.t. ca. 1,3 milliarder kroner) av de samlede driftsutgiftene for tjenestene. Dette er betydelige summer, men det skisserte målet på 1 % må likevel anses som et beskjedent mål i lys av de store oppgavene og kravene til nyorientering som tjenestene står overfor. Fordi kunnskapsløftet i kommunene er en ny oppgave for kommunene, må staten bidra inn med friske midler. En forpliktende statlig opptrappingsplan for ressurstildeling vil være spesielt avgjørende de første 6-8 årene. Samtidig mener KSF at kommunene også bør bidra til kunnskapsløftet. KSF har drøftet ulike modeller for finansiering av kunnskapsløftet. Dagens finansiering av FoU-virksomhet må videreføres på samme nivå som nå. Men en bør gjennomføre en kritisk gjennomgang av hvordan midlene brukes og vurdere om virkemidlene er de mest hensiktsmessige eller om midlene kan brukes mer kostnadseffektivt enn nå.

Anbefalinger fordelt på ulike aktører:

Stortinget: Må beslutte eventuelle lovendringer og fastsette økonomiske rammer som muliggjør kunnskapsløftet for kommunesektoren i tråd med KSFs forslag.

HOD: Må finansiere friske midler og gjennomføre en kritisk vurdering av eksisterende finansieringsordninger for forskning på helse- og omsorgstjenestene. Redusere asymmetrien mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenestene mht. forskningsaktivitet- og omfang.

KMD: Må bidra med forskningsmidler til kunnskapsløftet.

KD: Må bidra til tilstrekkelig kapasitet for forskerkvalifisering, inkl. utdanning og veiledning av off. ph.d.-stipendiater knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. UH-sektoren må styrkes for å øke kapasiteten til å følge opp stipendiater og andre i utdanningsløp. Instituttsektoren må styrkes for å øke kapasiteten som innovasjonsaktør i samarbeidet mellom kommuner, industri og forskning.

UH- og instituttsektor: Budsjettere for delte stillinger med kommunal sektor og i større grad innrette forskningen mot primærhelsetjenesten, inkl. øremerke stipendiatstillinger.

KS: Integrere driften av KSF i sin styrings- og ledelsesstruktur i organisasjonen. Kommunene: Må evt. bidra med forskningsmidler og andre ressurser (omdisponering av tid og personellressurser, klargjøre kvalitetssikrede data mv.) til kunnskapsløftet. Utvalgte kommunen må være villig til å påta seg vertskommunefunksjon og/eller inngå i forskningsklynger. Kommunene må tilrettelegge for delte stillinger mellom egne tjenester og UH-sektoren og utnytte mulighetene som ligger i offentlig sektor ph.d ordningen

Forskningsrådet: Må bidra med videreføre og forsterke den strategiske satsingen på forskningsmidlerrettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene, herunder offentlig sektor ph.d-ordningen.

Helsedirektoratet: Må gjennomføre en kritisk vurdering av eksisterende tilskuddsordninger for forskning og tjenesteutvikling innen helse- og omsorgstjenestene.

Fylkesmannen: Må gjennomføre en kritisk vurdering av eksisterende finansieringsordninger for forskning på helse- og omsorgstjenestene.

Sak 30/20

HelseOmsorg21-monitor

Type sak	Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Helen Engelstad Kvaalem
Vedlegg	1. Forundersøkelse - spørsmål 2. Opplegg workshop
Tidligere behandlet	Sak 17/20 (møte 2/20)

Bakgrunn

Status og plan for videreutvikling av HO21-monitor ble fremlagt til diskusjon på rådsmøte 2/20. Rådet var overrasket over hvor få som bruker monitoren og ønsker en workshop for å finne årsaker til den lave bruken. Videre kom rådet med innspill om nye datakilder.

Rådet diskuterte hva den lave bruken kan skyldes. Rådet påpekte at monitoren er et viktig verktøy og at det er ønskelig at flere finansiører bidrar med data, at klinisk forskning synliggjøres, at klinisk forskning inneholder mer enn legemiddelforskning og at mer demografi inngår i dataene. Kunstig intelligens kan effektivisere for eksempel HRCS-koding og være et verdifullt hjelpemiddel. Rådet diskuterte fallgruver som feilkoding og utfordringer ved kodesystem, betydningen av kontekst og representativitet, betydningen av forskning/nytte og at bibliometri gir et mangelfullt bilde. Monitoren bør inkludere og gå opp grensegang med andre plattformer som Helseanalyseplattformen og e-helsemonitor <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsemonitor>.

Siden forrige møte har HO21-monitor blitt presentert via NFRs Twitterkonto, den har blitt presentert på seminar for Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innenfor oral helse og vi har opprettet en Facebookside for monitoren for enklere å kunne spre nyhetssakene.

Hvorfor saken fremmes

Saken fremmes for å få innspill til den foreslåtte workshopen og målgruppene for forundersøkelsen.

Hovedpunkter

Sekretariatet har planlagt en spørreundersøkelse samt en workshop for brukergruppene og rådet. Målet med forundersøkelsen (vedlegg 1) er å nå dagens, og potensielt nye, brukere av monitoren for å få innsikt i hvem som bruker monitoren til hva og hva potensielt nye brukere vil kunne bruke monitoren til. Workshopen vil være casebasert og fokusere på a) ulike brukergrupper sitt behov, b) datakilder – som svarer på strategien, men som ikke er der i dag og c) profilering – gjennom hvilke kanaler og hvor ofte. Vi ønsker rådets innspill på casene og brukergruppene (vedlegg 2).

Forslag til vedtak

Rådet slutter seg til den foreslåtte forundersøkelsen og workshopen for HO21-monitoren med de kommentarer og innspill som fremkom på møtet.

Spørsmål til forundersøkelse HO21-monitor

Dagens situasjon:

Kjenner du monitoren? (ja/nei)

Bruker du monitoren? (aldri/1-2 ganger i året/3-12 ganger i året/13 eller flere ganger i året)

Hvis du bruker monitoren - Hva er det du bruker den til i dag?

- a. Årsrapporter, kunnskapsgrunnlag eller lignende
- b. Å hente bakgrunnsinformasjon til presentasjoner, taler, innlegg, undervisning o.l.?
- c. Nysgjerrig på om det har dukket opp noe nytt og interessant jeg kan ha glede av i jobb eller privat
- d. Føler meg forpliktet til å besøke nettsiden pga. jobb eller verv
- e. Annet (spesifiser)

Hvis du ikke bruker monitoren – hvorfor bruker du den ikke?

- a. Ikke relevante data
- b. Dataene er ikke tilstrekkelig oppdatert
- c. Glemmer at den fins/visste ikke om den
- d. Går heller til originalkildene der dataene kommer fra (NIFU, Forskningsrådet, Kreftforeningen, SSB m.fl.)
- e. Annet (spesifiser)

Hvor jobber du?

- a. Forskersamfunnet (næring og offentlig)
- b. Helse- og omsorgstjenestene
- c. Nærings- og interesseorganisasjoner
- d. Media
- e. Statsforvaltningen (departement, Hdir osv)
- f. Virkemiddelapparatet (Forskerforbundet m.fl)
- g. Annet (spesifiser)

Hvilke av følgende typer data (og analyser) har din organisasjon bruk for: (liste over typen data i monitoren på overordnet nivå)

- a. Finansiering av forskning
- b. Personale
- c. HRCS – Hva forsker vi på
- d. Kliniske studier
- e. Resultater
- f. Næringsutvikling
- g. Innovasjon i offentlig sektor

- h. Brukermedvirkning
- i. Sykdomsbyrde
- j. Annet (spesifiser)

Til hvilke formål bruker din organisasjon denne typen data (som nevnt over)?

- åpent svar

Hvilke kilder til data bruker dere i dag?

- åpent svar

Hvilke data og/eller analyser har dere bruk for som dere ikke har tilgang til (eller ikke vet hvor dere skal finne)?

- åpent svar

Gjennom hvilke kanaler og medier kunne du ønske at innholdet i monitoren når frem til deg?

- a. Ved at jeg oppsøker nettsiden
- b. Nyhetsbrev med linker
- c. Facebook (med linker til monitornyheter)
- d. Twitter (med linker til monitornyheter)
- e. LinkedIn (med linker til monitornyheter)
- f. Annet (spesifiser)

Beskriv ditt arbeidssteds behov for data/statistikk

- åpent svar

Workshop HO21-monitor

Workshopen vil være case-basert. Case a og b tar utgangspunkt i en ideell verden. Case c handler om dagens situasjon. Workshop-gruppene består av representanter fra Rådet og brukergruppene.

Case a - Brukergrupper

Beskriv din bruk av monitoren i dag - hvor hyppig er du der, hva slags data henter du ut og hva er formålet med å hente ut dataene? Har du konkrete forslag til nye brukergrupper?

Case b - Datakilder

Hvilke data som ligger i monitoren er særlig nyttige?

Kan du nevne et eller flere særs nyttige datasett/kilder, som ikke er i monitoren i dag? Data du ville ha brukt om du visste de lå der.

Er det data du savner for å følge måloppnåelse for HO21-strategien?

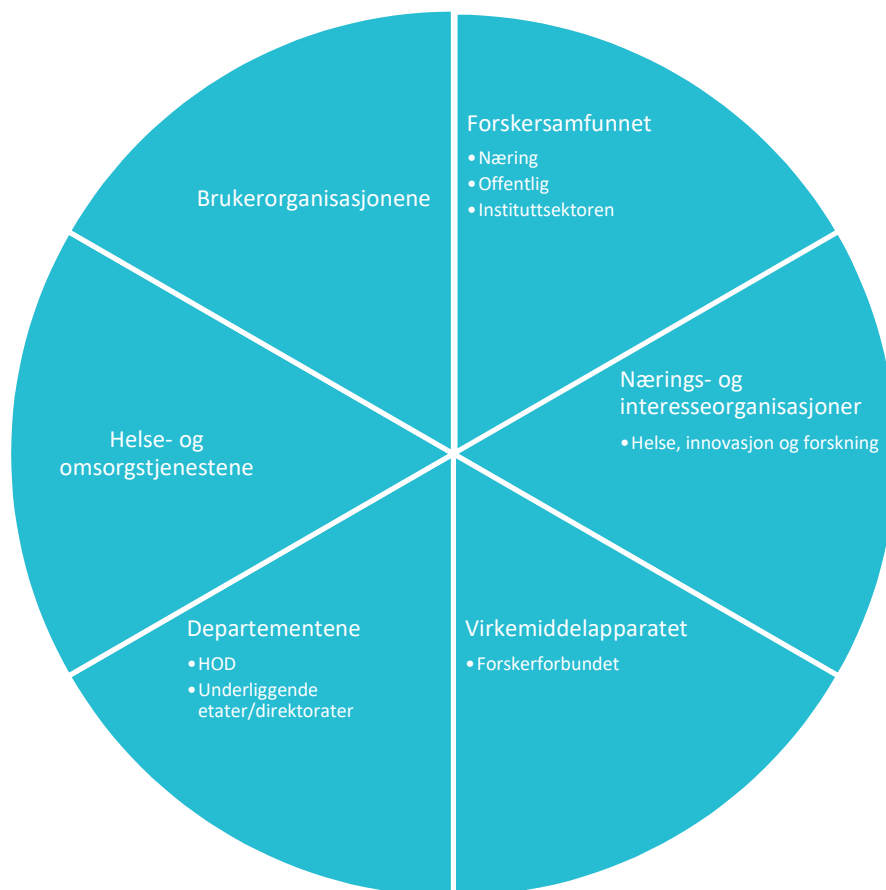
Case c - Profilerings

Gjennom hvilke kanaler og hvor ofte ønsker du å "møte på" monitoren? Hvis gjennom sosiale medier – hvilke og hvor ofte?

Hva kreves av profileringsarbeid for å få ut kjennskap om monitoren til alle relevante målgrupper?

Brukergrupper – innspill til flere?

Det er viktig å nå de relevante brukergruppene til workshopen. Sekretariat ønsker derfor innspill på mulige deltakere (fra de ulike brukergruppene) fra Rådet.



Sak 31/20**Handlingsplan for kliniske studier**

Type sak	Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Henrietta Blankson/Ina Kathrine Dahlsveen
Vedlegg	1. Innspill til handlingsplan for kliniske studier
Tidligere behandlet	Sak 10/20 (1/2020), Sak 16/20 (2/2020)

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utarbeider en handlingsplan for kliniske studier. Handlingsplanen er en oppfølging av Meld St. 18 (2018-2019) – Helsenæringen og Granavoldenplattformen. Arbeidet startet høsten 2019, og planen skal legges fram høsten 2020.

Rådet vedtok på møte 1/2020 å utarbeide et innspill til handlingsplanen og en referansegruppe med åtte medlemmer ble oppnevnt for å bistå HO21-sekretariatet i arbeidet. Et første utkast til innspill ble behandlet på møte 2/2020.

Rådet har frist til primo juni for å levere innspillet til handlingsplanen.

Hvorfor saken fremmes

Saken fremmes for at et samlet rådet kan slutte seg til innspillet til handlingsplan for kliniske studier og innspillet oversendes HOD innen fristen.

Hovedpunkter

Rådet var i all hovedsak fornøyd med utkastet slik det fremstod på møte 2/2020, men hadde noen forslag til momenter som burde løftes ytterligere i innspillet.

Innspillet har siden møte 2/2020 vært sendt til referansegruppen i to omganger; først med innspillene og kommentarene fra møte 2/2020 innarbeidet, deretter for å avklare hvor bred inngang innspillet skulle ha til kliniske studier og for å ivareta en bedre balanse mellom de forskjellige aktørene.

Forslag til vedtak

Rådet slutter seg til innspillet til handlingsplan for kliniske studier med de kommentarene som fremkom på rådsmøtet.



Innspill til handlingsplanen for kliniske studier fra HelseOmsorg21-rådet

HelseOmsorg21-rådet takker for forlenget frist for å komme med innspill til handlingsplanen for kliniske studier.

Innspillet fra rådet er konsentrert om de overordnede områdene som Helse- og omsorgsdepartementet i møte med rådet har fremmet som tre særlige viktige tema:

- Kliniske studier som en integrert del av pasientbehandlingen
- Kompetanse og kapasitet i kliniske studier
- Balanse mellom forskjellige typer kliniske studier

Tiltakene som listes opp i punktlistene er de rådet ønsker å prioritere. Andre og pågående tiltak er beskrevet kort i tekst.

Innledende kommentarer til handlingsplanen

Rådet mener at handlingsplanen bør ha en bred inngang til kliniske studier og at begrepet "kliniske studier" bør omfatte alle studier som utføres på mennesker for å undersøke effekt av diagnostikk, legemidler, kirurgiske inngrep, medisinsk utstyr, atferdsendringer, forebyggingstiltak og rehabiliteringstiltak m.m.

Det bør deretter defineres hva som menes med "utprøvende behandling" og "utprøving av medisinsk utstyr". Kliniske studier er særlig viktig for at pasienter skal få tilgang til utprøvende behandling og et viktig formål med handlingsplanen må være å legge til rette for at antall kliniske studier økes i Norge. Handlingsplanen må være tydelig på hva som skal til for å at dette skal skje. Handlingsplanen må allikevel ikke ensidig fokusere på utprøvende behandling, men også legge vekt på andre typer kliniske studier og sammenlignende effektstudier som vurderer forskjellige behandlingsmodaliteter, slik som f.eks. kirurgi mot annen behandling. Kliniske studier skal møte kunnskapsbehovene vi har og skal også evaluere eksisterende helse- og behandlingstilbud og tiltak som mangler evidens for effekt og sikkerhet. Kliniske studier er videre viktige for å kunne utfase det som ikke har effekt og erstatte dette med mer effektiv og treffsikker diagnostikk, forebygging, behandling og rehabilitering i alle deler av tjenesten.

Handlingsplanen bør legge vekt på hvordan landskapet for kliniske studier forandrer seg og hvordan den teknologiske utviklingen muliggjør nye typer behandlinger og studier. Tradisjonelle randomiserte kliniske studier, som er regnet som gullstandard for studier som skal demonstrere effekt av en intervensjon, er bare én av mange forskjellige design-modaliteter. Persontilpasset behandling kan representere et paradigmeskifte i utvikling og levering av helsetjenester, men utfordrer tradisjonelle prosesser for utprøving og godkjenning av nye produkter og tjenester. I tillegg fører samfunnsutviklingen, med en endret demografi, til andre endringer i hvordan klinisk virksomhet kan utøves. Klinisk utfall må videre dokumenteres i studier der innsatsen er ny teknologi og nye måter å levere tjenester på som for eksempel ved fjernbehandling/nettbasert behandling. Det bør bygges videre

på den økte digitale kompetansen og bruk av digitale plattformer som korona-situasjonen har medført. Kliniske studier blir i større grad utført ved hjelp av digitale plattformer og virtuelle kliniske studier er i fokus når fremtidens studier diskuteres. Norge har en teknologisk sterk befolkning, god utbygget infrastruktur knyttet til digitale løsninger generelt. I den pågående krisen har digitale løsninger blitt tatt i bruk i mye større grad enn tidligere. Forsterkning av dette vil kunne gi Norge økt vertskapsattraktivitet i forhold til kliniske studier, det vil også i større grad muliggjøre at pasienter i hele landet vil kunne delta i kliniske studier. Planen bør også beskrive forutsetninger for og bruk av kunstig intelligens for beslutningsstøtte, registerbaserte randomiserte kliniske studier (R-RCT), real world evidence (RWE), pragmatiske studier, syntetiske kontrollarmer med mer og behov og tiltak knyttet til disse. Alle begreper må defineres.

Kliniske studier som en integrert del av pasientbehandlingen

Kliniske studier bør i større grad være en integrert del av behandlingstilbudet for norske pasienter. For å oppnå dette må det settes inn tiltak på spesifikke områder.

Kulturendring. For at kliniske studier i større grad skal prioriteres i klinisk praksis, må det en kulturendring til der klinikere generelt og ledere spesielt, erkjenner rollen kliniske studier har for høy kvalitet i alle deler av tjenesten. Kliniske studier må sees på som en del av ordinær drift og ikke som forskning som kommer i tillegg til det som helsevesenet skal prioritere. Forskerkultur og forskerkompetanse må stimuleres i helseprofesjonsutdanningene. Den svake kulturen for samarbeid mellom helsetjenesten og industrien som blant annet Helsenæringsmeldingen peker på, må bedres, og gode rammeverk for offentlig-privat samarbeid prioriteres. Det må bygges bedre forståelse og tillit mellom alle aktørene, dette gjelder også internt i tjenesten (mellom sykehus, regioner, aktører i primærhelsetjenesten osv.). En bedre kultur for kliniske studier og for samarbeid gjennom forskjellige faser i verdikjeden fra utprøving av forskjellige typer intervensjoner til implementering, vil bidra til flere kliniske studier og bedre behandling av norske pasienter.

Forslag til tiltak som bør prioriteres i handlingsplanen:

- utvikle arenaer for systematisk dialog mellom helsetjenesten, universitets- og høyskolesektoren, industri og frivillig sektor og brukerorganisasjoner
- inkludere kunnskap om og betydningen av kliniske studier i utdanningsløpet til helsepersonell og andre relevante faggrupper
- sikre at nytt felles topplederprogram (referert til i Helsenæringsmeldingen) tar for seg kliniske studier som integrert del av pasientbehandlingen og næringslivssamarbeid
- deltagelse i kliniske studier bør bli meritterende for karriereløpet for klinisk personale

Pasientens helsetjeneste/transparens/åpenhet. Pasienter bør få tilbud og mulighet til å delta i kliniske studier som en del av pasientbehandlingen der det finnes aktuelle studier. Det må være gode systemer som sikrer at informasjon om aktuelle studier er tilgjengelig og komplett både for helsepersonell/henvisende leger og pasienter/pårørende. Nettsiden helsenorge.no/kliniske-studier må være fullstendig hvis den skal fungere som en nasjonal oversikt. Det bør etterstrebe at innholdet og beskrivelsen av studiene som er åpne i Norge er forståelig også for lekfolk. Pasienter må få økt helsekompetanse, kunnskap om gode helsevalg og få være med å påvirke valg om egen behandling.

Forslag til tiltak som bør prioriteres i handlingsplanen:

- innføre krav til prospektiv registrering og rapportering av kliniske studier

- forbedre informasjon om Ekspertpanelets rolle og om planlagte og rekrutterende kliniske studier og bedre tilgjengeliggjøringen av slik informasjon
- øke kunnskap om og betydningen av kliniske studier hos pasienter og befolkningen for øvrig

Overordnede rammebetingelser. Rammebetingelsene i helseforetakene for forskning og klinisk virksomhet er forskjellige. Finansieringsmekanismer og budsjetter for forskning og klinikk er ulike, og tilgang til personell og infrastruktur følger ulike disposisjoner. Hvis kliniske studier skal være en del av ordinær drift i helseforetakene betinger det at også IKT-løsninger, støttefunksjoner, infrastruktur og nøkkelfunksjoner som patologi, radiologi, prøve-taking og lab-analyser i større grad er bedre integrert og følger felles prosedyrer i henhold til internasjonale standarder. Det er videre viktig at data til studier er en integrert del av det ordinære journalsystemet og at strukturerte uttrekk fra journal er mulig. Journalene bør inneholde informasjon om hvilke studier den aktuelle pasienten deltar i.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har helt andre utfordringer knyttet til overordnede rammebetingelser for kliniske studier. Kommunene er ofte avhengig av at helseforetak/andre forskningsinstitusjoner går i dialog og at kommuneperspektivet "forhandles inn" ved kunnskapsbehov og problemstillinger. Kommunenes rolle som bestillere må forsterkes og samarbeidsarenaer for kommuner, forskningsinstitusjoner, brukere og helseindustri må etableres. Erfaringer fra Kunnskapskommunen (pilot i Bergen basert på anbefalinger fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)) bør sette rammen for videre utvikling.

Forslag til tiltak som bør prioriteres i handlingsplanen:

- kartlegge regelverk og strukturelle forhold (inkludert finansiering, aktivitetsbaserte takster og føring av studierelaterte merkostnader) som i dag hemmer en bedre integrering av forskning og klinisk praksis
- påse at arbeidet med fremtidig strukturering og standardisering/harmonisering av journaler legger til rette for bedre integrering og gjenbruk av informasjon (også mellom primær og sekundærbruk)
- følge opp anbefalingene fra KSF-rapporten som har til formål å styrke samarbeid og sikre ressurser og infrastruktur til forskning i primærhelsetjenesten

Kompetanse og kapasitet i kliniske studier

Kompetanse og kapasitet er fundamentalt for å gjennomføre kliniske studier av høy kvalitet og med stor nytteverdi. En bedre integrering av forskning i klinisk virksomhet vil stille enda større krav til kapasitet og tilgjengelig kompetanse i tiden fremover. Forskerutdanning må vektlegges og forskningsnettverk som tilrettelegger for kompetanseoppbygging og høy kvalitet i klinisk forskning må prioriteres.

Støttefunksjoner og infrastruktur. Mangel på forskningspersonell er en av de største hindringene for gjennomføring av kliniske studier. Det er et stort behov for økte ressurser til forskere, både for helsepersonell og annet relevant personell, spesielt i sykehus uten universitetsfunksjon og i primærhelsetjenesten.

I helseforetakene er nøkkelfunksjoner som radiologi, patologi og laboratoriefunksjoner ofte en begrensende faktor for gjennomføring av kliniske studier. Eksempelvis vil manglende kapasitet på sekvensering og analyse av sekvenseringsdata i kliniske praksis redusere muligheten for at norske pasienter skal være aktuelle for inklusjon i mange internasjonale studier. Mangel på utdannende patologer begrenser tilgangen til patologi og gjør oss mindre attraktive i en internasjonal konkurranse.

Det er bygd opp forskningsstøtteenheter og kliniske forskningsposter i mange helseforetak, og det legges vekt på arbeidsdeling og samarbeid på tvers av helseregionene. Det er viktig med fortsatt satsing og videreutvikling av nasjonal infrastruktur for fasilitering og gjennomføring av kliniske studier. NorCRIN spiller en viktig rolle for helseforetakene og universitetssykehusene spesielt. I primærhelsetjenesten bygges det opp et forskningsnettverk, PraksisNett, som kan fasilitere kliniske studier i deler av primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten har imidlertid ikke strukturer for støtte til tjenester som monitorering, datahåndtering og kontraktinngåelse m.m. slik som spesialisthelsetjenesten har. Dette må det tilrettelegges for.

Forslag til tiltak som bør prioriteres i handlingsplanen:

- prioritere etablering og finansiering av dedikerte støttefunksjoner (personell og utstyr) for kliniske studier i spesialist- og primærhelsetjenesten
- utvikle arenaer for samarbeid mellom universiteter og helsetjenesten om kvalitet og gjennomføring av kliniske studier
- etablere ordninger og privat-offentlig samarbeid som bygger kompetanse og understøtter tilstrekkelig kapasitet for nøkkelfunksjoner som patologi, radiologi, lab-analyser, inkludert sekvenseringsanalyser
- undersøke hvordan allerede eksisterende testfasiliteter kan anvendes og integreres for skalering av klinisk utprøving, inkludert etablering av forretningsmodeller
- utnytte Helsefelleskapene mellom kommuner og helseforetak (som omtales i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023) til samarbeid om kliniske studier

Helsedata. Norge har en lang rekke helseregistre, humane biobanker og andre kilder til helse- og persondata om den norske befolkningen. Den teknologiske utviklingen og økt digitalisering gir nye muligheter for å bruke disse dataene i kliniske studier og innenfor persontilpasset medisin spesielt. Eksempelvis kan virkelighetsdata (RWD – real world data), sanntidsdata, registerbaserte randomiserte kliniske studier (R-RCT-er) og studier med syntetiske kontrollarmer bidra til flere, mer kostnadseffektive og raskere gjennomførte kliniske studier med høy nytte. En forutsetning for at registre skal kunne brukes i f.eks. R-RCT er imidlertid at dekningsgraden og datakvaliteten er høy, at dataene er tilgjengelige og kan hentes ut raskt og sikkert samtidig som personvernet ivaretas. Helseanalyseplattformen vil gi raskere tilgang til og sikker analyse av helsedata. Det er prosjekter i gang for å etablere løsninger for datafangst for medikamentell kreftbehandling. Rask opprettelse av løsninger for informasjon om medikamentell behandling av andre sykdommer må i tillegg sikres. HelseOmsorg21-strategiens satsing på helsedata som nasjonalt fortrinn må fortsatt prioriteres høyt. Vi må fortsatt prioritere, vedlikeholde og ruste opp nasjonal biobankstruktur, inkludert sykdomsbiobanker, og sikre helhetlige infrastrukturer for gjenbruk av helse- og persondata i kliniske studier.

Forslag til tiltak som bør prioriteres i handlingsplanen:

- utvikle løsninger, insitamenter og finansiering slik at kvalitetsregistre og andre helsedatakilder i større grad utnyttes i kliniske studier
- påse at Norge deltar i relevant internasjonalt arbeid, så som innenfor standardisering og sikre skytjenester
- utvikle gode systemer for personvernverdninger i multisenterstudier
- sikre Helsedataprogrammet tilstrekkelig finansiering for full måloppnåelse og utvikle Helseanalyseplattformen til å inkludere lokale helsedata, herunder lokale kvalitetsregisterdata
- sikre utvikling av Helsedataservice

Finansiering og økonomiske insentivordninger. Finansieringsordninger knyttet til kliniske studier må kunne dekke reelle behov for gjennomføring av studier. Offentlig initierte kliniske studier baserer seg i stor grad på ekstern finansiering gjennom konkurranseutsatte midler og det er vanskelig å skaffe samtidig og tilstrekkelig finansiering til studiene, spesielt er dette utfordrende for kliniske studier med lange tidsforløp. Det er også behov for ressurser til forarbeid (protokoll, etablere sentre, REK, SLV etc).

Det er store variasjoner mellom regioner og helseforetak i hvordan økonomien i industrifinansierte studier blir håndtert og hvordan forskerne selv kan benytte et eventuelt overskudd til ny forskningsaktivitet. Dominoeffekter bør vektlegges.

For å tilrettelegge for helseinnovasjon er det likeledes behov for koordinert finansiering gjennom utviklingsløpet. Det allerede oppstartede arbeidet med å utrede hvordan ulike virkemidler i kombinasjon kan bidra til et mer helhetlig løp fram mot implementering av ny teknologi og nye løsninger i helse og omsorgstjenesten bør prioriteres.

Forslag til tiltak som bør prioriteres i handlingsplanen:

- sikre at økonomiske insentivordninger (fortrinnsvis friske midler) for kliniske studier er rettet mot og kommer forskningsgruppen eller relatert klinisk avdeling til gode for å gi en direkte stimulering til økt studieaktivitet
- sikre at inntekter fra oppdragsstudier kommer forskningsgruppen eller relatert klinisk avdeling til gode
- gjennomgå finansieringsordningene for forskerinitierte kliniske studier
- utarbeide nasjonale retningslinjer for hvilke utgifter til kliniske studier som skal finansieres av offentlige midler. Særlig aktuelt er det å se nærmere på om kostnadene som faller på den kliniske studien kan begrenses til merkostnadene helsetjenesten har med at pasienten inngår i en klinisk studie
- utvikle og implementere mer helhetlige og koordinerte finansieringsordninger for helseinnovasjon

Attraktivitet. Det må blir mer attraktivt å kjøre kliniske studier i Norge. Dette gjelder både for industrifinansierte og offentlig finansierte kliniske studier. Gode systemer for "feasibility", raske administrative prosesser, tilgjengelig og riktig infrastruktur og forskningspersonell med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet er noen viktige faktorer for å trekke til seg studier. For eksempel vil det være viktig at fagmyndigheter som Statens legemiddelverk og etiske komiteer rustes til å bli ledende på saksbehandlingstid og rådgivning.

"En-vei-inn" modellen som er innført i Danmark (TrialNation) har vist seg å ha positiv effekt på antall studier i Danmark. Det utredes nå en tilsvarende modell i Norge. Denne bør videreutvikle modellen fra Danmark og utvikle gode systemer for rask og treffsikker identifisering av pasienter til aktuelle studier gjennom automatiserte digitale løsninger. Samtidig bør det etableres nasjonale forskernettverk innenfor områder hvor Norge har særlige forutsetninger.

Utvikling av nye legemidler og nytt utstyr skjer i stadig økende tempo. For at Norge skal være attraktiv, betinger det at vi godkjenner og tar i bruk nye legemidler og behandlinger innenfor samme tidshorisont som landene rundt oss. Det er en utfordring hvis Norge ikke tar i bruk nye godkjente legemidler og medisinsk teknisk utstyr like raskt som andre land i Norden og Europa hvis disse skal brukes som komparator i en internasjonal studie.

Klinisk forskning trenger gode pådrivermiljøer, flaggskip, som stimulerer til utvikling av fremragende klinisk forskning, og som kan være plattformer for samhandling om forskning og innovasjon på tvers av

sektorer og på tvers av landegrenser. Det er også viktig å styrke samarbeidet om translasjonsforskning/biomedisinsk forskning.

Forslag til tiltak som bør prioriteres i handlingsplanen:

- markedsføre Norge som et land som leverer i alle deler fra start til slutt i kliniske studier, fra fase I til IV og spesielt på områder der Norge har særlige fortrinn og/eller fremragende forskningsmiljøer
- gi fremragende forskere og forskningsmiljøer gode rammebetingelser og langsiktighet til å gjennomføre kliniske studier
- sikre at standardbehandling er i tråd med internasjonale behandlingsretningslinjer og bruk innføres i Norge

Balanse mellom forskjellige typer studier

Det må tilrettelegges for bedre samarbeid mellom helseforetak, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, tannhelsetjenesten og helsenæring for å sikre en hensiktsmessig balanse mellom forskjellige type kliniske studier. Det er behov for dialog mellom aktørene, spesielt mellom tjenesten og næringslivet, for å bygge forståelse for hverandres utfordringer og sikre at tilgjengelig kapasitet for kliniske studier benyttes på best mulig måte. Dette fordrer at aktørene er gjensidig informert om planlagte studier og studier i pipeline.

Balansen må også ivareta behov innenfor de forskjellige tjenesteområdene, og sikre at de forskjellige type kliniske studiene utfyller hverandre og ikke konkurrerer med hverandre. For offentlig finansierte kliniske studier må tjenestens behov være førende og bidra til at både pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, tannhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten får forskningsbasert forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Eksempelvis går ca. 70 % av befolkningen til fastlegen hvert år, men under 10 % av alle kliniske studier gjennomføres i primærhelsetjenesten. Det må bygges gode systemer som ivaretar kommunenes kunnskapsbehov.

En diskusjon om hva som skal prioriteres og hva som gir nytte må løftes. Det er viktig å trekke sosial ulikhet i helse og pasientenes perspektiv inn. Identifisering av brukernes behov bør i større grad trekkes inn i forskningen og prioritering av kliniske studier som finansieres av offentlige kilder. Samtidig bør helseøkonomiske og andre samfunnsvitenskapelige perspektiver inkluderes i kliniske studier.

Forslag til tiltak som bør prioriteres i handlingsplanen:

- inkludere flere data om søkte kliniske studier i HelseOmsorg21-monitoren slik at balansen mellom forskjellige typer studier i større grad kan monitoreres
- identifisere kunnskapshull gjennom prinsipper og prosesser for behovsidentifisert forskning, - basert på brukernes behov og eksisterende oppsummert forskning (ref. Priority Setting Partnerships i James Lind Alliance)
- legge føringer for prioriteringer av offentlig finansierte kliniske studier basert på hva helsetjenesten har behov for

Norden som én populasjonsbase. Samarbeid om kliniske studier kan gi stor merverdi ved at Nordens befolkning sees på som en felles populasjonsbase. Eksempelvis vil det for behandling som er målrettet mot spesifikke sykdomsvarianter (persontilpasset medisin) og for sjeldne sykdommer, ofte kreves større pasientpopulasjoner enn det som kan finnes i Norge alene. Videre kan samarbeid om helsedata gi store gevinster.

Forslag til tiltak som bør prioriteres i handlingsplanen:

- samkjøre utviklingsarbeid knyttet til tilgjengeliggjøring av helsedata, tolkning av personvernbestemmelsene og tilhørende lovverk i Norden
- etablere rammeverk for henvisning av pasienter over landegrensar i Norden
- arbeide for at det kan etableres centres of excellence fordelt i de nordiske land basert på kompetanse og ekspertise

Mange av tiltakene som er foreslått har økonomiske konsekvenser. Rådet mener at handlingsplanen må ta stilling til behovene for økt finansiering og at ansvar for oppfølging av tiltak i henhold til en tidsplan plasseres hos konkrete aktører.



Sak 32/2020

Informasjon

Type sak

Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Aktuell informasjon.

Forslag til vedtak

Intet.



Sak 33/2020

Eventuelt

Type sak

Til HO21-rådet

Fra Ole Johan Borge

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

Forslag til vedtak

Intet



Sak 34/2020

Evaluering av møtet

Type sak	Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Det foretas en evaluering av møtet.

Forslag til vedtak

Intet