

HelseOmsorg21-rådet

Dato 1. september 2021, kl. 10.00 – 15.00

Sted Forskningsrådets lokaler??Virtuelt, Zoom

- | | |
|--------------------|--|
| Sak 38/5/21 | Godkjenning av innkalling og sakliste |
| Sak 39/5/21 | Spørsmål om habilitet |
| Sak 40/5/21 | Godkjenning av referat fra møte 4/2021, 3. juni 2021 |
| Sak 41/5/21 | Orientering og status Handlingsplan for Rådet |
| Sak 42/5/21 | Innspill til revidert Langtidsplan for forskning og høyere utdanning |
| Sak 43/5/21 | Kunnskapsløft for kommunene |
| Sak 44/5/21 | Kommunikasjonsplan for HelseOmsorg21-rådet |
| Sak 45/5/21 | Direktoratet for e-helse om økt gjennomføringskraft på e-helseområdet |
| Sak 46/5/21 | Eventuelt |
| Sak 47/5/21 | Evaluering av møtet |

Sak 39/5/2021**Spørsmål om habilitet**

Type sak	Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Bakgrunn

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

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

Forslag til vedtak

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

Sak 40/5/2021**Godkjenning av referat fra møte 4/2021**

Type sak	Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Utkast referat fra møte 3/2021

Bakgrunn

Utkast til referat ble sendt ut til medlemmene 16. juni med merknadsfrist 23. juni.

Ingen merknader ble meldt inn.

Rådet bes om å godkjenne referatet.

Forslag til vedtak

Referatet godkjennes.



HelseOmsorg 21-rådet

Dato Torsdag 3.juni kl. 10.00 – 15.00**Sted** Zoom

Tilstede: Baard Christian Schem, Helse Vest, Bergen
Erlend Smeland, Oslo universitetssykehus, Oslo (t.o.m. Sak 33/4/21)
Esperanza Diaz, UiB og Folkehelseinstituttet, Bergen
Gro Jamtvedt, OsloMet, Oslo
Ingrid Senstadvold Ross, Kreftforeningen, Oslo
Karita Bekkemellem, Legemiddelindustrien (LMI), Oslo (t.o.m. Sak 31/4/21)
Kathrine Myhre, Patentstyret, Oslo
Knut Inge Klepp, Folkehelseinstituttet
Kristin Weidemann Wieland, KS, Oslo
Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Oslo
Siri Forsmo, NTNU
Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helseforskning, Tromsø
Tarje Bjørgum, NHO, Abelia, Oslo
Wenche Dehli, Trondheim kommune, Trondheim (t.o.m. Sak 31/4/21)

Forfall: Sveinung Hole (leder), Trond Mohn Stiftelsen, Bergen
Marte Kvittum Tangen, Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Tynset

Møtende vara: Silje Anine Moss, KS

Observatører: Elin M Hollfjord, Nærings- og fiskeridepartementet
Gloria Traina, Helse- og omsorgsdepartementet
Hjørdis Møller Sandborg, Helse- og omsorgsdepartementet
Maiken Engelstad, Helse- og omsorgsdepartementet
Marianne van der Wel, Helse- og omsorgsdepartementet
Mia Andresen, Kunnskapsdepartementet

Tilstede fra Forskningsrådet:

Frode Hovland Søreide, rådgiver
Hege Strand Mikkelsen, seniorrådgiver
Henrietta Blankson, spesialrådgiver
Ina Dahlsveen, seniorrådgiver
Karianne Solaas, spesialrådgiver (Sak 32/4/21)
Ole Johan Borge, avdelingsdirektør

Tilstede fra Innovasjon Norge:

Catherine Capdeville, finansieringsrådgiver

Lilly Ann Elvestad ledet møtet da rådsleder Sveinung Hole hadde meldt forfall.

Sakene ble diskutert i rekkefølge der ingen ting annet er kommentert.

Sak HO21-rådet 27/4/21

Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak: *Innkallingen og sakslisten godkjennes.*

Sak HO21-rådet 28/4/21

Spørsmål om habilitet

Inhabilitet ble vurdert for sakene på dagens møte.

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

Sak HO21-rådet 29/4/21

Godkjenning av referat fra møte 3/2021, 25. mars 2021

Oppdatert referat etter merknadsfristen ble lagt frem for godkjenning.

Vedtak: *Referatet godkjennes.*

Sak HO21-rådet 30/4/21

Orientering og status Handlingsplan for Rådet

Møteleder og sekretariatet orienterte om status for tiltak innenfor hovedområdene i Rådets handlingsplan; *Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative offentlige anskaffelser, En bærekraftig helsetjeneste, Teknologi og digitalisering, Kunnskapsløft for kommunene og Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten.*

Det ble spesielt orientert om dialogmøtet som arrangeres 14. juni som et ledd i arbeidet under området *Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative offentlige anskaffelser*. Tema for møtet er hvordan innkjøp og anskaffelser kan bidra til mer innovasjon og bærekraft i helsetjenesten, samtidig som det bidrar til verdiskaping, næringsutvikling og arbeidsplasser i Norge. Møtet skal gå inn i utfordringer og muligheter på veien fra behov til innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten, der samarbeid med næringsliv, innkjøp og organisasjonsutvikling står sentralt. Det ble presisert at målet er dialog mellom Rådet og de inviterte aktørene og at det er viktig at Rådet deltar.

Vedtak: *Tas til orientering.*

Sak HO21-rådet 31/4/21

Internseminar: Lovreguleringer på helsedataområdet

Det ble avholdt et internseminar for Rådets medlemmer for å gi innsikt i mulige behov for samordning av lover som har betydning for tilgang og forvaltning av helsedata. Dette har tidligere vært etterspurt av Rådet. Seminaret gikk særlig inn i endringer i Helseregisterloven og *Forslag til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata (Helseanalyseplattformen og Helsedataservice)*. Elisabeth Vigerust, Helse- og omsorgsdepartementet, Mari Garborg Hanto, Legeforeningen og

Stein Olav Skrøvseth (rådsmedlem) bidro med innlegg.
Presentasjonene er vedlagt referatet.

Vedtak: *Intet.*

Sak HO21-rådet 32/4/21

Forslag til forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata

Utkast til høring om *Forskrift om løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata* var fremlagt til diskusjon i rådet. Utkastet var basert på innspill fra referansegruppen for Teknologi og digitalisering samt innspill fra Sak 5/1/21 om Finansieringsmodell for Helsedataservice og helseanalyseplattformen.

Rådet var i all hovedsak fornøyd med utkastet og synes det var et godt notat, men kom også med innspill til endringer, presiseringer og tillegg som vil innarbeides i uttalelsen.

Oppdatert høringsuttalelse vil sendes referansegruppen for Teknologi og digitalisering for gjennomsyn før den endelige uttalelsen godkjennes av rådsleder/evnt. rådsleders stedfortreder.

Vedtak: *Rådet slutter seg til foreslått prosess for ferdigstilling av høringsuttalelsen med de endringer som kommer frem på møtet.*

Sak HO21-rådet 33/4/21

Europeisk samarbeid om helsedata

Irene Olaussen fra Helse- og omsorgsdepartementet innledet om det europeiske arbeidet for å øke internasjonalisering av helsedata. Deltagelse i prosjektet *Towards the European Health Data Space (TEHDaS)* gir Norge mulighet for en tidlig posisjonering.

Rådet mente initiativet som ble presentert er etterlenget og viktig og ønsker å være påkoblet arbeidet fremover. Samarbeid på tvers av landegrenser er særlig viktig for helseforskning og helseovervåking med tanke på den tiden vi lever i nå. Rådet fremhevet betydningen av samarbeidet for kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet. Videre ble harmonisering av normarbeidet knyttet til GDPR, sikker deling av data, inkludert utfordringer med skyløsninger, og interoperabilitet trukket frem som viktige områder for samordning. Det bør åpnes for en diskusjon om hva slags helsedata det er snakk om, det er viktig å tenke større enn i registersammenheng, men tenke bred utnyttelse av helsedata. Rådet mente også at de kunne ha en rolle innenfor området om *Citizen engagement*. Dette kan blant annet kobles til tillit og helsekompetanse i befolkningen.

Det igangsatte nordiske samarbeidet hvor Norge og Finland har tatt ledelse i [Nordic Commons](#) ble godt mottatt.

Presentasjonen til Olaussen er vedlagt referatet.

Vedtak: *Rådet ønsker å bli involvert i det videre arbeidet og ber HOD ta med seg innspillene som kom frem på møtet.*

Sekretariatet presenterte resultatene fra innledende undersøkelser og dialogmøter om tema videokonsultasjon og digital hjemmeoppfølging (se vedlegg i saken). Det har kommet frem flere mulige problemområder som Rådet diskuterte.

Rådet var opptatt av at videokonsultasjon og digital hjemmeoppfølging er etterspurt av mottakerne av helsetjenester og deres pårørende fordi det sparer tid, penger og gir økte muligheter for kontakt med helsetjenesten. Det finnes mye dokumentasjon på at videokonsultasjon og digital hjemmeoppfølging gir god effekt og oppleves som nyttig fra et pasientperspektiv. Dog er det viktig å huske sårbare grupper og ulikhet mht. både digital kompetanse og ferdigheter, språk og helsekompetanse. Disse perspektivene må tas med der det er mulig.

Rådet fremhevet at det er behov for mer kunnskap om kvalitet, pasientsikkerhet og utilsiktede effekter. Spesielt i primærhelsetjenesten er det behov for en mer kontrollert utprøving, mer systematisk metodevurdering, evaluering og oppfølging slik at innføring og bruk av ny teknologi kan bli mer kunnskapsbasert.

Rådet pekte også på at det er mange utfordringer for implementering og skalering av videokonsultasjon og digital hjemmeoppfølging, men at rådets arbeid bør fokusere på hvordan man kan håndtere slike utfordringer og legge til rette for at tjenesten kan ta i bruk løsninger. Det er behov for mer kunnskap om hva som skal til av endringer før implementering og hvilken effekt innføring av videokonsultasjon og digital hjemmeoppfølging har i tjenesten. Dokumentasjon av gevinster er krevende og må få større fokus. Finansieringssystemene insentiverer ikke innføring av ny teknologi.

Til slutt fremhevet Rådet at innføring av videokonsultasjon og digital hjemmeoppfølging er et område der spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten møtes og dette skaper et stort mulighetsrom for bedre samhandling samtidig som det også betyr at samarbeid om anskaffelser, drifts- og forretningsmodeller må gjøres på en helt ny måte.

Det ble ikke konkludert på hvilken tematikk innenfor området som Rådet ønsker å prioritere i det videre arbeidet.

Vedtak:

Rådet er enige om at dette er et viktig tema som de vil arbeide videre med. Rådet ber sekretariatet ta med seg innspillene fra møtet i det videre arbeidet med å lage forslag til aktiviteter og tiltak.

Sak HO21-rådet 33/4/21**Kommunikasjonsaktiviteter**

Rådet ble presentert en mal for utarbeidelse av kronikker og andre kommunikasjonsaktiviteter. Vedlagt var også fire utkast til kronikker som er oppfølging av tidligere vedtak i Rådet.

Rådet oppfattet malen som nyttig til formålet, men ønsket samtidig en bredere strategi for kommunikasjonsaktiviteter, som også omfatter andre type media. Rådet etterlyser tydeligere standpunkt i de forskjellige kronikkene, og mener at det er mulig å spisse formuleringene for å skape debatt. Det ble gitt innspill til alle fire kronikkene.

Vedtak: *Arbeidsformen vedtas med de innspillene som kom frem på møtet. Rådet ber sekretariatet ta med innspillene som kom frem på møtet i det videre arbeidet med kronikkene.*

Sak HO21-rådet 34/4/21**Eventuelt**

Det ble meldt inn en sak til eventuelt. Saken ble diskutert under saken om status handlingsplanen for Rådet. Det ble stilt spørsmål om Rådet bør uttale seg om langtidsplanen for forskning og høyere utdanning og argumentere for at helse bør inn som en av pilarene. Dette ønsker Rådet og det ble bestemt at Langtidsplanen settes opp på septembermøtet.

Vedtak: *Intet.*

Sak HO21-rådet 35/4/21**Evaluerings av møtet**

Vedtak: *Intet.*

Sak 41/5/2021 Orienteringer og status Handlingsplan for Rådet

Type sak	Orienteringssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	HO21-sekretariatet
Vedlegg	1. <i>Oversikt status aktiviteter</i> 2. <i>Brukermedvirkning – definisjon og dimensjoner</i>

Bakgrunn

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

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

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

Hvorfor saken fremmes

Saken legges fram til orientering om status for Rådets handlingsplan.

Hovedpunkter

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

Det er opprettet referansegrupper for hvert av områdene på handlingsplanen. Det kan i fremtiden bli aktuelt å utnytte referansegruppene/- personene mer fleksibelt og komplette gruppene med ytterligere medlemmer i gjennomføringen av konkrete aktiviteter.

Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative anskaffelser

Sekretariatet følger opp arbeidet med prosjektplanen for “videreutvikling av et profesjonalisert og bærekraftig hjemmemarked for norsk helsenæring”. Rådet har gjennomført det første dialogmøtet mellom Rådets medlemmer og noen utvalgte og inviterte aktører. Om lag 40 personer deltok med innlegg i den faglige diskusjonen, i tillegg til Rådets medlemmer og sekretariatet. HO21-rådets Ingrid Stenstadvold Ross og Dagfinn Hallseth fra NEO Consulting (innleid) ledet møtet og diskusjonen. Temaet for dialogmøtet var hvordan innkjøp og anskaffelser kan bidra til mer innovasjon og bærekraft i helsetjenesten, samtidig som det bidrar til verdiskaping, næringsutvikling og arbeidsplasser i Norge. Konkret tok vi for oss utfordringer og muligheter på veien fra behov til

innovative løsninger i *spesialisthelsetjenesten*, der samarbeid med næringsliv, innkjøp og organisasjonsutvikling var sentralt. [Mer informasjon om innledere og temaer her.](#)

Dialogdelen var viet innspill og dialog mellom HelseOmsorg21-rådet, innledere og deltagere. Målet var at deltagerne og Rådet skulle få økt forståelse for mulighetsrommet og de ulike utfordringene slik at vi kan diskutere hva som skal til for å få en enklere vei frem til anskaffelse, implementering og bruk av løsninger. Det kom mange gode innspill, både i diskusjonsdelen med innlederne og i dialogdelen med deltagerne. Rådsmedlemmene har fått tilsendt opptak av arrangementet.

Referansegruppen jobber med innspillene og forslagene som kom i møtet og vurderer hvordan disse kan bringes videre til relevante premissgivere, beslutningstagere og offentligheten. Noen kommunikasjonsoppgaver er definert og jobbes videre med.

Det neste dialogmøte er under planlegging og tenkes gjennomført 14 oktober. Temaet for dette møtet vil ta for seg utfordringer og muligheter på veien fra behov til innovative løsninger i *primærhelsetjenesten*. Det jobbes med program og invitasjoner. Referansegruppen er involvert, men det er ønskelig at flere i Rådet med interesse og kompetanse for næringsliv og kommunehelsetjeneste bidrar i planleggingen av dette arrangementet.

Bærekraft i helsetjenesten/Bærekraftig helsetjeneste

Det vises til tidligere aktiviteter listet i vedlegg 1. Sekretariatet følger opp vedtatt kommunikasjonsaktivitet (en kronikk om overdiagnostikk/overbehandling). Bærekraft blir i stor grad fulgt opp gjennom øvrige områder på handlingsplanen. Det er foreløpig ikke planlagt en egen sak.

Teknologi og digitalisering

Det vises til tidligere aktiviteter listet i vedlegg 1. [Innspill til høring](#) om forslag til forskrift om tilgjengeliggjøring av helsedata er sendt inn. Sekretariatet følger ellers opp vedtatt kommunikasjonsaktivitet (en kronikk om verdien av og tilliten til helsedata).

Sekretariatet har fortsatt dialogen med Direktoratet for e-helse om oppdraget de har fått fra HOD; om å levere en anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet, herunder forslag til prinsipper for bruk av markedet.

Det vises til egen sak på dagens møte for en orientering om dette arbeidet (Sak 45/5/2021).

Arbeidet med dialogmøtene under "Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative anskaffelser" har stor relevans for dette.

Et kunnskapsløft for kommunene

Det vises til tidligere aktiviteter listet i vedlegg 1. Det settes også opp egen sak på dagens møte (Sak 43/5/2021).

Kliniske studier som en integrert del i tjenesten

Det vises til tidligere aktiviteter listet i vedlegg 1. Sekretariatet følger opp de vedtatte kommunikasjonsaktivitetene (to kronikker om kliniske studier).

HelseOmsorg21-monitor

Kartlegging av brukermedvirkning.

Fase 1 av prosjektet er nå ferdigstilt. Målet med denne fasen var å finne frem til en definisjon av brukermedvirkning som kunne legge grunnlaget for kartleggingen, samt å definere hvilke kategorier som skulle tas i bruk for å måle ulike former for brukermedvirkning, ulike typer medvirkere, med mer. Se vedlegg 2 med definisjon og spørreskjema.

I referansegruppen deltok representanter fra Forskningsrådet, helseforetakene, UH-sektor og brukerorganisasjonene. Gruppen inkluderte i tillegg en person som selv hadde erfaring som brukermedvirker i forskningsprosjekter.

Kreftforeningen har tatt med seg resultatet og er allerede i ferd med å ta dette i bruk i sine sluttrapporteringsskjema. Vi arbeider videre med løsninger for å ta i bruk system hos de andre finansiørene.

Forslag til vedtak

Tas til orientering.

Oversikt gjennomførte og pågående aktiviteter

Område/tema	Aktiviteter	Kommentarer status	Oppfølging/Resultater
Kunnskapsløft for kommunene	Brev: Departemental forankring av KSF rapport	Brev sendt HOD, KMD og KD 30.6.2020	Tilbakemelding fra HOD , KMD , KD september 2020: støtter strukturen, kommunene må selv ta ansvar for etablering og finansiering
	Kronikk: Forskning i kommunene gir bedre helse og velferd.	Publisert i Dagens medisin 11.2.2021	Kommentar fra leser og svar fra Rådsleder
Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten	Innspill innsendt til Handlingsplanen for kliniske studier.	Innspill lagt inn på Handlingsplanens nettside 4.6.2020	Flere innspill ivaretatt i planen, men ofte på et litt overordnet nivå
	Brev: Kommentarer til foreløpig utgave av Nasjonal handlingsplan for kliniske studier	Brev sendt HOD 4.1.2021	Flere forslag til presiseringer til tekst er ivaretatt
	Brev: Kommentarer til publisert Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.	Brev sendt HOD 8.2.2021	Svar fra HOD februar 2021: En intern gruppe i departementet vil koordinere og følge med på implementeringen av planen og vi vil gjerne komme til et rådsmøte senere i år for videre diskusjon.
	Kronikk: Du gjør helsetjenesten bedre. Samsignering med Forskningsrådet.	Publisert i Bergens Tidende 11.5.2021. Målgruppe befolkningen	
Bærekraftig helsetjeneste	Workshop: intern, videreutvikling av området Bærekraft	Gjennomført 12.11.2020	Resultatet fra workshopen danner grunnlag for Rådets videre arbeid innenfor området
	Notat: Bærekraftig helsetjeneste	Notat sendt HOD 8.4.2021	

Sak 41/5/2021 Vedlegg 1

Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative offentlige anskaffelser	Innspill til komitebehandling av Meld.St.30 (2019-2020) En innovativ offentlig sektor.	Skriftlig innspill sendt 2.11.2020 Deltagelse (rådsleder) i komitebehandling 5.11.2020	Rådets innspill er kommentert i stortingskomiteens behandling: 3. Komiteens merknader - stortinget.no og i: Stortinget: Større handlingsrom i anskaffelsesregelverket enn mange bruker – Anbud365
	Dialogmøter: Videreutvikling av et profesjonalisert og bærekraftig hjemmemarked for norsk helsenæring – seminarer/dialogmøter	Det første dialogmøtet gjennomført 14.6.2021. Tema: utfordringer og muligheter på veien fra behov til innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten. Det andre dialogmøte er under planlegging.	
Teknologi og digitalisering	Innspill : Forslag til forskrift for tilgjengeliggjøring av helsedata (Helseanalyseplattformen og Helsedataservice)	Skriftlig innspill sendt 19.8.2021	
HO21-monitor	Workshop med brukere av monitoren	Gjennomført august 2020	
	Oppdatering og videreutvikling i henhold til plan fremlagt i sak 17-20 (møte 2/2020). Kartlegging av brukermedvirkning	Kontinuerlig Fase 1 er gjennomført (definere brukermedvirkning og inndelinger av forskjellige former for brukermedvirkning).	

Definisjon og dimensjoner som HelseOmsorg21-monitoren ønsker å kartlegge.

A) Definisjon på brukervedvirkning i helseforskning

Brukermedvirkningens formål er en demokratisering av helseforskningen, og at brukernes perspektiv, behov og erfaringer blir reflektert i forskningen. Brukermedvirkning har som målsetning å bedre forskningens kvalitet og relevans.

Brukere er primært pasienter, tjenestemottakere og pårørende. I visse tilfeller kan også helse- og omsorgspersonell, beslutningstakere, samt befolkningen generelt anses som brukere i forskningssammenheng.

Brukermedvirkning er at brukernes erfaringer, perspektiv og behov bidrar til å påvirke, utvikle og endre helseforskningen. Brukere kan delta i ulike faser av forskningsprosjektet og/eller på et mer overordnet strategisk nivå. Brukermedvirkning må ikke forveksles med innhenting av data fra pasienter, tjenestemottaker og pårørende som har rollen som studieobjekt/respondent.

B) Spørsmål knyttet til registreringen av dimensjoner

1. Prosjektnummer

2. Har prosjektet brukervedvirkning?

Nei (registreringen avsluttes)

Ja

Hvis ja, ber vi deg svare på spørsmålene under.

3. Rekruttering

I denne delen ønsker vi å vite hvordan brukervedvirkerne i prosjektet er rekruttert.

Her kan du velge flere alternativer

Åpne invitasjoner i aviser, sosiale medier eller lignende

Brukerorganisasjoner

Brukerutvalg

Direkte av forsker

Direkte fra behandlingssted

Annet

4. Mangfold

For å vite hvordan mangfoldet er representert blant brukervedvirkerne ber vi dere fylle ut kjønn, aldersgrupper og etnisitet

a) Kjønn

Mann
Kvinne
Andre uttrykk

b) Aldergrupper representert

0-15 år
16-18 år
19-34 år
35-66 år
67-74 år
75 år og eldre

c) Innvandrere

Kryss av det som er aktuelt i ditt prosjekt

Personer som er født i Norge av to utenlandske foreldre

Personer som selv har innvandret til Norge, og som er født av utenlandske foreldre

Det ble brukt tolk

5. Opplæring/innføring av brukermedvirkere relatert til prosjektet

a) Brukerne har fått innføring i prosjektets formål og metoder

Ja
Nei
Vet ikke

b) Opplæring av brukermedvirkere i sin rolle

Vi ønsker å kartlegge brukermedvirkernes kompetanse. Har brukermedvirkerne med seg kunnskap om brukermedvirkning i forskning?

Skriftlig informasjon
Nettkurs eller webinar
Kurs, seminarer eller workshop
Annet
Vet ikke

c) Opplæring av forskere

Har prosjektleder og/eller 1-2 forskere fått opplæring i brukermedvirkning i forskning?

Ja
Nei
Vet ikke

6. Hvem er brukermedvirker/ne i prosjektet?

Her ønsker vi å få rede på hvem brukermedvirkerne er, og hva slags erfaringsgrunnlag de har

Bruker/pasient
Pårørende
Helse- og omsorgspersonell
Beslutningstakere
Befolkningen
Andre

7. Brukermedvirkning i prosjektets faser

I hvilke faser har det vært brukermedvirkning i prosjektet?

Brukermedvirkere har initiert prosjektet
Brukermedvirkere har vært med å utvikle prosjektideen
Brukermedvirkere har vært involvert i å prioritere konkrete forskningstema i prosjektet
Brukermedvirkere har deltatt i planlegging av prosjektet
Brukermedvirkere har deltatt i gjennomføring av prosjektet
Brukermedvirkere har deltatt i formidling av forskningsresultatene

8. Hva er brukermedvirkernes rolle(r)?

Hvilken funksjon(er) brukermedvirkere har hatt i prosjektet

Initiativtaker
Brukermedvirkere har hatt en rolle i identifisering av behov
Brukermedvirkere har hatt en rolle i prosjektets styring
Brukermedvirkere har hatt en rådgivende funksjon (brukermedvirkerne har mulighet for å uttale seg, men har liten innflytelse på valg som gjøres i prosjektet)
Brukermedvirkere har hatt samarbeidsfunksjon (brukermedvirkerne er i noen grad involvert i prosjektets gjennomføring)
Medforsker (brukermedvirkere har hatt en aktiv rolle i forskningsprosessene og blir kreditert prosjektet)

Linkadressen til nettskjema: <https://nettskjema.no/a/208283>

Sak 42/5/2021**HelseOmsorg21-rådets innspill til revidert Langtidsplan for forskning og høyere utdanning**

Type sak	Diskusjonssak/Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Ina Dahlsveen, Henrietta Blankson, Ole Johan Borge
Vedlegg	1. Utkast til HO21-rådets innspill til revidert langtidsplan
Tidligere behandlet	

Bakgrunn

Regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning er et av de viktigste strategiske virkemidlene i kunnskapspolitikken. Planen har et tiårs perspektiv og revideres hvert fjerde år hvor innsatsområder for de neste fire årene blir konkretisert. Neste plan skal legges frem i oktober 2022.

Regjeringen ønsker bred involvering og forankring av den reviderte planen og har foruten å invitere til digitale regionale innspillmøter også invitert til skriftlige innspill. Fristen for skriftlige innspill er 10. september 2021.

Rådet tok opp revisjon av langtidsplanen under eventuelt på møte 4/2021 og det ble besluttet at Rådet skulle levere et innspill til revidert langtidsplan for forskning og høyere utdanning.

Hvorfor saken fremmes

Saken fremmes i dette møtet for at Rådet kan diskutere det fremlagte utkastet til innspill og komme med endringsforslag og kommentarer slik at Rådets innspill til revidert langtidsplan kan ferdigstilles innen fristen 10. september.

Hovedpunkter

Martin Fredheim, Kunnskapsdepartementet, innleder om revisjon av langtidsplanen for forskning og høyere utdanning.

Regjeringen legger opp til at den reviderte langtidsplanen skal være et overordnet plandokument med kortfattede omtaler av klare mål, prioriteringer og budsjettforpliktelser. Regjeringen ønsker at innspillene til planen skal formuleres som svar på følgende spørsmål:

1. Hvilke endringer i samfunnet (eller i bestemte sektorer) gir behov for endringer eller forsterket innsats innenfor forskning og høyere utdanning i årene som kommer?
2. Er det konkrete hindringer i det norske kunnskapssystemet som svekker måloppnåelsen for langtidsplanen, og hva kan i så fall gjøres?
3. Hva bør videreføres og hva bør endres ved målene i gjeldende langtidsplan?
4. Hva bør videreføres og hva bør endres ved prioriteringene i gjeldende langtidsplan?
5. Hva slags opptrappingsplaner bør den nye langtidsplanen ha, og hvordan og på hvilke områder bør de innrettes?
6. Er det områder som kan prioriteres ned eller mulige effektiviseringstiltak som kan iverksettes for å sikre handlingsrom til prioriterte opptrappinger?

7. Hvis det skal utvikles virkemidler for samfunnsoppdrag/"missions" i Norge, hvordan bør de være innrettet, og på hvilke områder er samfunnsoppdrag særlig aktuelt?
8. Hva er det viktigste som kan gjøres for å sikre høy tillit til forskningsbasert kunnskap i befolkningen?

Regjeringen er også åpne for andre innspill.

HO21-sekretariatet har utarbeidet et tidlig utkast som er sendt til Rådet for kommentarer og innspill. Innspillene fra rådsmedlemmene er forsøkt ivaretatt i vedlagte utkast (vedlegg 1) eller under i saksfremlegget.

Viktige spørsmål for Rådets diskusjon:

- Dekker innspillet bredden i Rådets mandat?
- Er det områder under "Endringer og utfordringer innenfor helseområdet" som mangler eller som bør utdypes?
- Ønsker Rådet å svare mer spesifikt på spørsmålet "Er det konkrete hindringer i det norske kunnskapssystemet som svekker måloppnåelsen for langtidsplanen, og hva kan i så fall gjøres?"
Det har blant annet kommet innspill om at det er for lite konkurranseutsatte midler i åpen konkurranse gjennom virkemiddelaktørene for næringsliv, frivilligsektor, offentlig sektor og forskningsmiljøer. De fleste midlene innen helse kanaliseres gjennom helseforetak og Norge går derfor glipp av mange gode initiativ og en styrking av helsefeltet som spesielt treffer primærhelsetjenesten og kommunene.
- Ønsker rådet å foreslå en endring av det tredje hovedmålet til "utvikle fagmiljøer av fremragende kvalitet *innen utdanning og forskning*" for å få mer eksplisitt fokus på utdanning?
- Er anbefalingene under "Mål og prioriteringer" i tråd med Rådets prioriterte områder, endringsbehovene som er diskutert osv? Er det andre anbefalinger som bør fremmes?
- Ønsker Rådet å gi konkrete anbefalinger om "missions"?
- Ønsker rådet å gi spesifikke anbefalinger mht. opptrappingsplaner, for eksempel med henblikk på *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier, nasjonal satsing på persontilpasset medisin, forskningsinfrastruktur, herunder e-infrastruktur eller andre eksisterende satsinger og virkemidler*?
- Hvordan mener Rådet at høy tillit til forskningsbasert kunnskap kan sikres i befolkningen?
- Andre kommentarer?

For å rekke fristen 10. september, kan rådsmedlemmer bes om å levere skriftlig innspill basert på diskusjonen i møtet innen 3. september. Det foreslås også at et mindre utvalg av Rådet bidrar sammen med sekretariatet i ferdigstillingen av innspillet og godkjenner det endelige innspillet på vegne av Rådet.

Forslag til vedtak

*Rådet slutter seg til innspillet med de endringer som kommer frem på møtet.
Et utvalg av Rådet [navn] bidrar i ferdigstillingen av innspillet og fungerer som godkjenningsinstans.*

HelseOmsorg21-rådets innspill til revidert langtidsplan for forskning og høyere utdanning

Innledning

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

Rådet ønsker med dette å komme med innspill av betydning for politikkutviklingen og investeringene innenfor helseområdet.

God folkehelse og effektive helse- og velferdstjenester er fundamentet i et bærekraftig, moderne samfunn. COVID-19-pandemien har med all tydelighet vist hvilken gjennomgripende betydning en smittsom infeksjonssykdom kan ha for enkeltmenneskers helse og livskvalitet, for folkehelsen, helsetjenesten, skole- og utdanning, arbeidslivet og samfunnsøkonomien. Helseforskning var allerede før pandemien det største offentlige forskningsområdet, og denne investeringen har bidratt til at Norge har kommet seg godt gjennom krisen. Helsemyndighetene og helsetjenesten har levert kunnskapsbaserte råd og tjenester fra første dag og helsenæringen har bidratt med produkter og tjenester som har reddet liv og muliggjort effektive helse og omsorgstjenester selv under strenge restriksjoner.

Forskning, utdanning og innovasjon er helt nødvendig for å fortsette å utvikle tjenestene på helse- og velferdsområdet og for å utvikle en sterk konkurransedyktig norsk helsenæring.

Endringer og utfordringer innenfor helseområdet

Dagens helsetjeneste er ikke bærekraftig

Regjeringen la nylig frem Perspektivmeldingen, som viser mange av utfordringene samfunnet står overfor de neste tiårene. Omtrent en av tre må jobbe i helse og omsorg i 2060, og allerede i 2035 trengs 110.00 flere årsverk innenfor denne sektoren. Framskrivninger viser at gapet mellom tilgjengelige ressurser og ressursbehovet i helsetjenesten vil fortsette å øke. Befolkningens helsebehov vil fremover bli større enn det helsetjenesten kan dekke. Samtidig vet vi at god helse fremmes først og fremst utenfor helsesystemet og i andre sektorer. Utdanning, skoler, arbeidsplasser, barnehager, kulturtilbud, kosthold og fysisk aktivitet, levekår og sosiale forhold er alle faktorer som er viktige for folkehelsen og for en bærekraftig helsetjeneste.

For helsetjenesten er endringer i den demografiske utviklingen med større andel eldre, økt migrasjon, flere multisyrke, økning i mental uhelse og mange flere som lever med demens, betydelige kommende samfunnsutfordringer. Eksempelvis er det om 30 år ventet at dobbelt så mange som i dag som lever med demens. Parallelt med utviklingen synker andelen yrkesaktive i befolkningen. Dette er kritisk for helsetjenestens bærekraft og vil kreve betydelige endringer i hvordan helse og velferdstjenester leveres.

Utsettelse av sykdom gjennom effektiv forebygging i alle aldersgrupper, antas å motvirke presset de demografiske endringene har på helsetjenesten, og dermed helsetjenestens bærekraft. De viktigste investeringene et samfunn kan gjøre, både ut fra menneskelig hensyn og ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, er å sette inn innsats tidlig. Vi har et betydelig kunnskapsbehov om forebygging og behandling av sykdom i eldre år, og om kvalitet, organisering, digitalisering i helse- og

omsorgstjenesten. Demografiutviklingen tvinger også forholdet mellom lønnet og ulønnet omsorgsarbeid opp på dagsorden.

Til tross for bred innsats øker de globale helseforskjellene, en utvikling som konsekvensene av klimakrisen med stor sannsynlighet vil forsterke. Ulikhet i helse har mange årsaker, de fleste kan og må det gjøres noe med fordi vedvarende og økende forskjeller i helse truer samfunnets bærekraft. Det er blant annet behov for økt fokus på befolkningens egen evne til selv å bidra til å bevare en god helse. Vi har alt for lite kunnskap om hvilke tiltak som fungerer for å øke helsekompetanse i ulike målgrupper i befolkningen.

Det er store og økende utdanningsbehov innenfor helsesektoren for flere profesjoner som krever oppdatert kvalitet og bedre koordinering mellom UH-sektor og helsesektor. Flere pasienter med sammensatte behov og økt fokus på samhandling mellom tjenestenivå må reflekteres i økt tverrfaglighet i utdanningene. Det er også en utfordring at frafallet i spesielt sykepleieryrket er så stort.

Vi er avhengig av kunnskapsbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester

Omkring halvparten av de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenestene forvaltes av kommunene, og 9 av 10 pasienter får sin behandling i primærhelsetjenesten. Gjennom samhandlingsreformen har kommunene fått flere oppgaver og ansvar for å yte tjenester til innbyggere med mer komplekse og sammensatte utfordringer enn tidligere. Det stiller kommunesektoren overfor betydelige utfordringer og krever et godt samspill mellom spesialist- og primærhelsetjenesten i oppfølging av pasientene. Den demografiske utviklingen setter dette ytterligere under press.

Det er avgjørende for en fremtidig bærekraftig helsetjeneste at bygger ny kunnskap gjennom forskning og innovasjon slik at vi får en mer kunnskapsbasert primærhelsetjeneste. Dette blant annet for å kunne ivareta både hjemmeboende brukere og skrøpelige eldre på best mulig måte. Kommunene er også en sentral arena for å styrke folkehelsen gjennom helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak på tvers av kjønn, alder og etnisitet.

Sykdommer medfører store samfunnsutfordringer

Psykiske- og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkningen. Lidelsene bidrar til betydelig helsetap, sykefravær og uførhet. Om lag en av fire rammes av en angstlidelse i løpet av livet, ca. 15 prosent i løpet av et år. Mer enn en av fire studenter opplever psykiske plager. Utenforskap og atferdsforstyrrelser er et problem blant barn og unge, og vi ser at psykiske plager er økende blant tenåringsjenter. Kunnskapsbehovet om psykisk helse og uhelse er stort, det er fortsatt svært mye vi ikke vet om hvordan psykiske lidelser kan forebygges og behandles.

Andre eksempler på sykdommer som representerer store samfunnsutfordringer er demens, som nevnt over, men også muskel- og skjelettsykdommer og flere andre kan nevnes. Muskel- og skjelettlidelser er en av de største årsakene til sykefravær, men forskningsinnsatsen på området er forholdsvis lav.

Utvikling innenfor livsvitenskap og teknologi gir utfordringer og muligheter i helsetjenestene

Helseforskningen, livsvitenskapen og den kliniske hverdagen er i kontinuerlig endring og helseområdet er ett av de områdene hvor nyvinninger raskest fører til radikale endringer både for enkeltpasienter og på tjenestenivå. Eksempler er innhenting og behandling av store datamengder ved bruk av kunstig intelligens, digitaliserte helsetjenester som digital hjemmeoppfølging og videokonsultasjoner, persontilpasset medisin og nye behandlingsmodaliteter basert på gen- og bioteknologi. Økt tilgang på oppdatert informasjon, teknologiutvikling og digitalisering av samfunnet generelt kan bidra til større forventninger og økt etterspørsel etter helsetjenester.

Vi vet for lite om effektene av ny teknologi og digitalisering av helsetjenestene. Det er behov for ny kunnskap om nytte og unytte for både tjenesten og brukere, men også om hvordan vi kan implementere teknologi som tar hensyn til brukernes behov, og ikke forsterker eller skaper ulikhet.

Behov for en konkurransedyktig, innovativ norsk helsenæring

Utfordringene innenfor helse er globale og det er også markedet. Helsenæringen har betydelig potensial til å skape arbeidsplasser og eksportinntekter og samtidig bidra til en mer bærekraftig helsetjeneste. Verdiskapingen i norsk helsenæring har økt mye raskere enn for resten av fastlandsøkonomien de senere årene, men næringen er preget av lange kommersialiseringsløp og høy risiko. Forskning inngår i alle ledd fra idéutvikling via klinisk utprøving til produksjon og tjenester. Helsenæringen er dermed særs avhengig av et velfungerende FoU- og innovasjonssystem med godt samspill mellom private og offentlige aktører.

Sterke FoU- og innovasjonsmiljøer er det beste utgangspunkt for en konkurransedyktig helsenæring og forskningsmiljøene er blitt gode på å identifisere innovasjoner og bidra til at forskningen videreutvikles til sluttprodukter som kommer helsetjenesten til gode. Gjennom pandemien har norsk helsenæring vist sin avgjørende rolle både i håndtering av kriser som COVID-19, men også ved å inngå rekordstore, internasjonale kommersielle avtaler. Pandemien bidrar til at helseinnovasjoner tas i bruk raskere enn tidligere og helsetjenesten vil komme styrket ut av krisen. Med en offentlig helsetjeneste er det avgjørende at vi får nytte av våre helseinnovasjoner. For å få dette til må vi utvikle et sterkere hjemmemarked. Et hjemmemarked vil både gi norske pasienter og helsearbeidere tilgang på de beste produkter og tjenester, det vil også gi bedriftene viktig kunnskap og det beste grunnlag for internasjonale ekspansjon.

For å sikre arbeidsplasser og eksportinntekter må det satses på kommersialisering og industrialisering av helsenæringen slik at flere bedrifter legger sin produksjon her for mer verdiskaping i Norge. Utfordringen for mange bedrifter er tilgang på teknologi og fasiliteter for pilot-skala produksjon og forsknings- og utviklingskompetanse for oppskalering. Det må satses målrettet på industriutvikling, og gjerne etter modell fra andre FoU-tunge næringsområder, for å ta ut potensialene i helseforskningen og i helsenæringen.

Kunnskapssystemet

OECDs analyse av det norske helseforsknings- og -innovasjonssystemet av 2017 pekte på manglende strategi og svak koordinering i et godt dimensjonert helseforskningsystem. OECD anbefalte blant annet tydeligere mål for hva som skal oppnås, inkludert langsiktige tiltak med forpliktelser på tvers av budsjetter. OECD anbefalte også å styrke koordineringen på høyeste nivå med en sentral koordineringsfunksjon på tvers av departement og andre viktige aktører. HO21-rådet ser også flere områder der mangel på koordinering og samarbeid på tvers av departementene fremstår som et hinder for et godt kunnskapssystem for helse, dette gjelder spesielt behovet for et kunnskapsløft for kommunene, bedre folkehelse som et grunnlag for en bærekraftig helsetjeneste, koordinering av utdanning i helsesektoren og næringsutvikling. Et robust kunnskapssystem for helse er avhengig av politisk forankring, styringssignaler, tilrettelegging og koordinering på tvers av alle sektorer som er viktig for helse.

Håndtering av helsedata er en stadig tilbakevendende utfordring som svekker muligheten for nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid. Eksempelvis er datautveksling og forskningssamarbeid med offentlige institusjoner i USA meget utfordrende etter innføringen av GDPR. Langtidsplanen bør derfor ha en klar ambisjon om at det snarlig gis tydelige nasjonale avklaringer fra myndighetene som bidrar til styrket forskningssamarbeid, inkludert datadeling, med USA.

Mål og prioriteringer

Den gjeldende langtidsplanen har tre mål:

- Styrket konkurransekraft og innovasjonsevne
- Møte store samfunnsutfordringer
- Utvikle fagmiljøer av fremragende kvalitet

Dette er gode mål som HelseOmsorg21-rådet støtter videreførelsen av. Imidlertid mener Rådet at de store utfordringene på helseområdet med tilhørende muligheter tilsier at helse får en større prioritert i den reviderte langtidsplanen. Rådets anbefalinger og forslag koblet til dette er både knyttet til de langsiktige prioriteringene i den reviderte langtidsplanen og til hindringer i det norske kunnskapssystemet som kan svekke måloppnåelsen for planen.

HelseOmsorg21-rådet har følgende anbefalinger:

- I den reviderte planen bør Helse håndteres som eget tema på linje med Hav og Klima, miljø og miljøvennlig energi.
- Planen må bidra til å styrke kvaliteten i norske forsknings- og utviklingsmiljøer gjennom målrettet innsats, infrastrukturinvesteringer og internasjonalisering. Det må sikres en god balanse mellom finansiering av grunnleggende forskning, translasjonsforskning og anvendt forskning, som innenfor helseforskning er gjensidig avhengig av hverandre.
- Planen bør legge til rette for at helsetjenesten utvikles i tråd med FNs bærekraftsmål og at den også i fremtiden gir høy kvalitet i tjenestene gitt tilgjengelige ressurser.
- Langtidsplanen bør adressere behovet for ny kunnskap innenfor folkehelse og være et redskap for å synliggjøre viktigheten av å vurdere helsekonsekvensene av ulike tiltak innenfor en rekke samfunnsområder (utdanning, kultur, byplanlegging, miljø og mat etc.). Planen må synliggjøre at god helse skapes først og fremst utenfor helsetjenesten.
- Planen bør legge til rette for at forskningsinnsatsen på helsefeltet blir sett i sammenheng på tvers av sektorer og mellom stat og kommune. Det er behov for å utvikle tydeligere og mer koordinerte styringssignaler fra departementene, for å sikre sammenhenger mellom behov, kvalitet og innsats og for styrke samspillet i helsesektoren og mellom helsesektoren og andre sektorer.
- Planen bør legge til rette for økt kunnskap om hvordan de forskjellige deler av helsetjenesten samvirker med hverandre og med andre sektorer. Helsetjenesteforskning bør prioriteres.
- Planen bør ha tiltak for å bygge kunnskap om forebygging av sykdom og uhelse siden dette er det viktigste virkemiddelet for å utjevne helseforskjeller. Folkehelsearbeidet må styrkes gjennom systematisk utvikling av ny kunnskap, innovasjon og teknologi. Det er særlig viktig å identifisere virkemidler som vil fremme barn og unges helse, fordi grunnlaget for god helse i voksen alder legges i barne- og ungdomsårene. Forskningsbasert kunnskap om mental helse må inn i undervisningen til barnehageansatte og skole, slik at barn og unges mentale helse blir tatt på alvor før de kommer i skolealder.
- Planen bør prioritere mer forskning om sykdommer som medfører stor sykdomsbyrde i befolkningen og som medfører store helsetap, nedsatt livskvalitet og redusert deltagelse i samfunnet. Eksempler her er muskel- og skjelettlidelser og psykiske tilstander hos unge. Et annet eksempel er demenssykdom, som alene og kombinert med annen kronisk sykdom (multimorbiditet), representerer stor lidelse og byrde for den enkelte, pårørende og samfunnet.

- Planen bør ha tiltak for oppbygging av kompetanse og en kunnskapsbase for teknologi og digitalisering i helsetjenesten. Planen bør prioritere økt kunnskap om effekter av innføring av teknologi og digitalisering i helsetjenesten og hos individet og bidra til at Norge blir et foregangsland for digitaliserte helse- og omsorgstjenester.
- Planen bør forsterke det gode arbeidet som alt er gjort med helsedata og bidra til at det norske fortrinnet som helsedata er, blir bedre utnyttet i forskning, innovasjon og verdiskaping.
- Planen bør legge til rette for et reelt kunnskapsløft for kommune. Tiltak for å iverksette og videreutvikle Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) må prioriteres. Det må også utformes en opptrappingsplan med midler til åpen konkurranse av forskning og innovasjon i primærhelsetjenestene og det brede folkehelsearbeidet. Det må etableres store nok virkemidler som fremmer samarbeid mellom næringsliv, offentlig sektor og forskningsmiljøer.
- Planen bør prioritere tiltak som bidrar til implementering av forskningsresultater i tjenesten og som bidrar til at Norge tar nyvinninger og avansert behandling i bruk på en måte som styrker helsetjenesten og befolkningens helse.
- Planen bør følge opp Regjeringens visjon i Handlingsplanen for kliniske studier om at kliniske studier skal være en integrert del av helse- og omsorgstjenesten med økt innsats
- Planen bør vektlegge sektorovergripende tenkning og samarbeid mellom offentlige og private aktører for å styrke økosystemet for behovsdriven FoU og en innovativ helsenæring. Dette er av betydning for å skape et større norsk marked og for å gi produkter og tjenester fra helsenæringen internasjonale muligheter.
- Planen må ha tydelige tiltak og virkemidler for at helsenæringen sikres tilgang til infrastruktur, testarenaer, ressurser og kompetanse av høy kvalitet for å bidra til økt kommersialisering og industrialisering. Dette er avgjørende for å videreutvikle en konkurransedyktig norsk helsenæring og for å skape arbeidsplasser og eksportinntekter.
- Planen må ha tydelige prioriteringer av hvilken kunnskap i utdanningene som har betydning for utvikling av en bærekraftig helsetjeneste. Utdanningene må ha økt vekt på interdisiplinært og tverrfaglig samarbeid, utvikling av digital kompetanse og kunnskap om hvordan de kan legge til rette for økt helsekompetanse i befolkningen.
- Planen bør prioritere tiltak som legger til rette for gode og fleksible utdanningsløp som gjør det mulig å tilpasse seg endringene i samfunnet og som bidrar til utdanning av robuste, kunnskapsrike og fleksible kandidater/yrkesaktive som forblir i tjenesten.

Missions

Hvis planen skal definere missions må dette være på tema som øker Norges konkurransekraft, kunnskapsbase, samt ivaretar Norge som velferdsstat. Dette vil kreve at forsknings- og utdanningspolitikken må ses i sammenheng med andre politikkområder som nærings- og distriktspolitikk blant noen. Oppdraget må inkludere sektorovergripende tiltak som utfordrer det tradisjonelle sektoransvaret. Missions bør ses i sammenheng med nordiske, europeiske og globale initiativ og bør innrettes med krav om bredt samarbeid nasjonalt og internasjonalt.

Tillit til forskning

Tillit til forskning og forskningsbasert kunnskap er av stor betydning for utvikling av befolkningens helsekompetanse og befolkningens helsekompetanse er igjen nært knyttet til hvilken tillit befolkningen har til helsetjenesten. Tjenesten må kunne vise til kunnskapsbaserte beslutninger i møte med “fake news” og prioriteringer som helsevesenet må ta.

Tillit må bygges gjennom en demokratisering av forskningen. Det må legges vekt på åpenhet og brukermedvirkning som ivaretar ulike befolkningsgrupper, sosial og økonomisk status, alder, kjønn, klima og miljø osv. RRI-perspektiver må løftes og tverrfaglig samarbeid må prioriteres i større grad enn før. Planen må videre se på hvordan kunnskap blir formidlet, delt og tatt i bruk i bredden av samfunnet.

Fra forskernes side bør det legges stor vekt på god forskningsetikk, samt god og forståelig forskningsformidling. Et godt regelverk og kontinuerlig diskusjon av habilitet- og potensielle interessekonflikter er sentralt.

Sak 43/5/2021**Et kunnskapsløft for kommunene – videreutvikling av KSF**

Type sak	Orienteringssak/Diskusjonssak/Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Ina Dahlsveen, Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Oppdatert kvalifiseringsskjema for Et kunnskapsløft for kommunene 2. Rapport – KSF status per august 2021
Tidligere behandlet	31/2/2020, 53/5/2020, 22/3/2021

Bakgrunn

Et Kunnskapsløft for kommunene er ett av ti brede satsingsområder og ett av fem hovedprioriteringer i HelseOmsorg21-strategien fra 2014. Området er også satt på Rådets handlingsplan for 2020-2021 og Rådet har behandlet temaet på flere tidligere møter.

Rådet sluttet seg til mål og delmål for området i møte 3/2021 og foreslo mindre endringer i kvalifiseringsskjemaet for Et kunnskapsløft for kommunene. Et oppdatert kvalifiseringsskjemaet er vedlagt saken (vedlegg 1).

En sentral del for å lykkes med et kunnskapsløft for kommunen er etablering av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). Strukturen skal bygges opp av ett nasjonalt og fire til fem regionale samarbeidsorganer som tilpasses lokale og regionale forhold. Rådet har tidligere sluttet seg til anbefalingene som er presentert i rapporten fra 2019 om KSF. På forespørsel fra Rådet om hvordan de relevante departementene stiller seg til anbefalingene i rapporten, har Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet uttalt at de støtter strukturen som er beskrevet, men at kommunene selv må ta ansvar for etablering og finansiering.

Piloter for KSF er startet og KS har tatt på seg en pådriverrolle. Det vises til vedlegg 2 med informasjon om KSF, hvordan KS og relevante aktører arbeider med videre etablering og hva som er planene fremover.

Hvorfor saken fremmes

Saken fremmes for at Rådet kan få en status på KSF og starte en diskusjon om konkrete aktiviteter for å bidra til et kunnskapsløft for kommunene.

Hovedpunkter

På bakgrunn i møte med referansegruppen foreslås det å prioritere aktiviteter hovedsakelig knyttet til Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). Det er et stort behov for en struktur for systematisk kunnskapsløft og innovasjon i kommunene. Det må bygges kapasitet og strukturer slik at kommunene kan hente ut gevinstene av forskning og utvikle kunnskapsbaserte tjenester som møter kommunenes og befolkningens behov.

Aktiviteten retter seg mot følgende delmål i handlingsplanen for Rådet:

- Fortsette å støtte opp om etableringen og videreutviklingen av KSF
- Bidra til økt forståelse og større fokus på behovene for kunnskap og innovasjon i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Som en inngang til saken vil prosjektleder for KSF, Gunilla Martinsson, gi en orientering om status for KSF.

Forslag til konkrete aktiviteter

Det foreslås å starte med følgende aktiviteter:

1. Følge opp brev til KMD, KD, HOD og tilsvar om KSF med utfordring til HOD om ansvar for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
 - Det er tidligere vist at det er vanskelig å oppnå ønsket virkning med "statiske" brev. Det foreslås derfor at Rådet inviterer til et tverrsektorielt dialogmøte med KMD, KD og HOD for å få til det tverrsektorielle løftet som etablering av KSF krever.
 - På hvilket nivå bør et slikt tverrsektorielt dialogmøte være på?
 - Er det andre kommunikasjonskanaler som er hensiktsmessige i tillegg?
2. Samarbeide med KS og andre relevante aktører (f.eks. Forskningsrådet) om kunnskap om barrierer for måloppnåelsen av KSF
 - Rådet må ta stilling til hvem de skal invitere til samarbeid med. Helse- og omsorgsdepartementet peker eksempelvis på en rekke kompetanse- og forskningsmiljøer utenfor spesialisthelsetjenesten i sitt svarbrev om oppfølging av KSF-rapporten
 - Hvem kan i størst grad bidra til å finne løsninger og bidra til ønsket måloppnåelse?
 - Er det barrierer som virkemiddelaktører kan bidra til å løse?
 - Hvilken form bør samarbeidet ha?

Rådet bes også om å diskutere en langsiktig plan for oppfølging av området.

Forslag til vedtak

Rådet ber sekretariatet ta med seg innspillene som kommer frem på møtet i det videre arbeidet med aktivitetene.

Kunnskapsløft for kommunene

Hva er den sentrale problemstillingen?

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står ovenfor store utfordringer og nye oppgaver innenfor forebygging, behandling og rehabilitering. Kommunene har et stort behov for ny kunnskap og nye løsninger for å kunne levere bærekraftige tjenester i fremtiden og det krever en styrket innsats for økt forskning og innovasjon som tar utgangspunkt i kommunesektorens behov.

Hvordan kan HO21-rådet bidra?

Bakgrunn

Kommunesektoren har en sentral rolle i folkehelsearbeidet. God helse sikres best ved at folkehelseperspektivet inngår i utviklingen av hele samfunnet (på tvers av tjenester og områder), 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.

God helse fremmes først og fremst utenfor helsesystemet og i andre sektorer. Utdanning, trygge skoler, transport og mobilitet, arbeidsplasser, barnehager, gode kulturtilbud, kosthold og fysisk aktivitet, levekår og sosiale forhold er alle viktige faktorer.

Gjennom samhandlingsreformen har kommunene fått flere oppgaver og ansvar for å yte tjenester til innbyggere med mer komplekse og sammensatte utfordringer enn tidligere. Reformen skal sørge for rett behandling på rett sted og til rett tid og bedre samhandling mellom de kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Det er etablert 19 helsefelleskap mellom kommuner og helseforetak.

Kommunenes strategiske forskningsorgan (status pr mars 2021)

Strukturen Kommunens strategiske forskningsorgan (KSF) skal bidra til et kunnskapsløft i kommunen. Strukturen består av ett nasjonalt og fire til fem regionale samarbeidsorganer. KSF-strukturen tilpasses nå lokale og regionale behov. Kommuner med felles behov i forhold til ny kunnskap samles i klynger sammen med akademiske partnere, kompetansesentra og brukerorganisasjoner. Hver klynge er representert i et regionalt samarbeidsorgan for bestilling og prioritering av forsknings-, utdannings- og innovasjonsbehov. KSF vil bli et nasjonalt, strategisk koordinerende organ som monitorerer utviklingen for kunnskapsløftet i kommunene.

Regionalt samarbeidsorgan (RSO) Vest er etablert. RSO Vest og FHI er tildelt midler fra Forskningsrådet til et treårig prosjekt for å utvikle et system for kunnskapsstøtte. Samtlige 85 kommuner på Vestlandet er nå invitert. Forskningsprosjektet ble innvilget på bakgrunn av resultatene i et forprosjekt. I forprosjektet ble 123 kommunale forskningsbehov meldt inn og det ble blant annet produsert åtte kunnskapsoppsummeringer. I prosjektet legges vekt på oppsummert forskning som beslutningsstøtte og prosjektet har en ambisjon om videreføring og utvikling av et kunnskapssystem for norske kommuner. Prosjektet har startet opp og de første behovene fra kommunesektoren er meldt inn fra klyngene og de akademiske partnerne utarbeider litteratursøk og kunnskapsoppsummeringer på bakgrunn av de foreslåtte behovene.

RSO Midt, Nord, Sør og Øst er i planleggingsfase. Nye samarbeid er etablert både i Øst og Nord. Sentralt for RSO-ene i 2021 er behovskartlegging, prioritering, kunnskapsoppsummeringer og prosessen til kunnskapsinformert beslutningsstøtte i tjenestene. KS vil støtte opp under oppbyggingen i regionene samt

fokusere på nasjonal infrastruktur, etablering av nye samhandlingsarenaer, kommunikasjon og deling i 2021. Kommunene i Norge er enige om utfordringsbildet og behovene, og det er et sterkt engasjement i både kommunal sektor og academia for å bygge opp strukturen i 2021.

Kunnskapsproduksjon rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene

En ny NIFU-rapport (NIFU 28/20) har kartlagt kunnskapsproduksjonen rettet mot kommunale Helse- og omsorgstjenester. Den viser at antallet vitenskapelige publikasjoner rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene økt med over 60 % i perioden 2011-2019. Feltet har hatt en sterkere relativ vekst enn medisin og helsefag i sin helhet, og utgjør nå om lag 10 % av totalen. I 2019 var antallet publikasjoner rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester 736. Dette er riktig nok en nedgang fra toppåret 2018 da antallet var oppe i 774.

Rapporten er en oppfølging av en tidligere kartlegging (NIFU-rapport 32/16) som også kartla ressursinnsatsen på feltet. Omstendighetene rundt håndteringen av Covid-19 pandemien gjorde dessverre en gjentakelse av ressurskartleggingen umulig denne gangen. Vi vet derfor ikke hvordan ressursene til FoU fordeler seg mellom spesialist- og primærhelsetjenestene. Rapporten fra 2016 viser at kun 10 prosent av helse- og omsorgssektorens forskningsmidler går til primærhelsetjenesten selv om 50 prosent av helsekronene blir brukt i denne delen av tjenestene.

Mål for HelseOmsorg 21-rådet

Overordnet mål

- Økt forskning og innovasjon i, med og for de kommunale helse, omsorg- og velferdstjenestene.

Delmål for Rådet:

- Fortsette å støtte opp om etableringen og videreutviklingen av KSF
- Bidra til økt forståelse og større fokus på behovene for kunnskap og innovasjon i de kommunale helse, omsorgs- og velferdstjenestene
- Bidra til at en økt andel av de totale helse-relaterte FoU-midlene går til forskning og innovasjon i, med og for kommunene
- Bidra til økt samarbeid og mer læring mellom aktørene i kommunal sektor og mellom kommunesektoren og andre offentlige og private aktører
- Forslag om å inkludere mål som i større grad går på behovet for radikale løsninger og nye måter å gjøre ting på kom opp på møte 3/2021 (ikke konkludert)

Mulige tiltak

- Samarbeide med KS og andre relevante aktører (f.eks. Forskningsrådet) om kunnskap om barrierer for måloppnåelsen av KSF
- Følge opp brev til KMD, KD, HOD og tilsvar om KSF med utfordring til HOD om ansvar for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Fremme muligheter som virkemiddelaktører gir for å stimulere til mer forskning og innovasjon i de kommunale helse, omsorgs- og velferdstjenestene
- Fremme behovet for flere praksisnære forsknings- og innovasjonsprosjekter i de kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenestene (henvendelse til finansører, koble behovseier med forskningsmiljøer)
- Oppfordre aktørene til å sikre at implementering av piloter bidrar med kunnskap om hva som må til, slik at det etableres en kunnskapsbasert innføring som gir læringspunkter for andre som skal gjøre det samme (hvordan og til hvem?)
- Fremme og stimulere til flere samarbeidsarenaer (mellom kommuner og sykehus, mellom kommuner, mellom kommuner og næringsliv) – økt samarbeid om innovasjonsløsninger (hvordan og til hvem?)

• Følge opp utviklingen av helsefelleskapene og tilbud til pasienter med sammensatte problemer • Støtte opp om arbeid som fremmer innovative anskaffelser som møter tjenestens behov (se området <i>Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative offentlige anskaffelser</i>) • Foreslå tiltak som kan bidra til flere kliniske studier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (se området <i>Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten</i>) • Utarbeide bedre kunnskapsgrunnlag om forskning i, med og for kommunene (må defineres bedre) • Foreslå/etterspørre system for nye metoder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette bør ses på i sammenheng med evalueringen av Nye metoder.	
Prioriterte tiltak (plan)	
• Samarbeide med KS og andre relevante aktører (f.eks. Forskningsrådet) om kunnskap om barrierer for måloppåelsen av KSF • Følge opp brev til KMD, KD, HOD og tilsvar om KSF med utfordring til HOD om ansvar for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	
Hva er de viktigste argumentene våre?	
Nr. 1	90 prosent av de som blir syke eller hjelpetrengende i Norge behandles pr i dag i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, mens et fåtall kommer til spesialisthelsetjenesten. Dersom kommunene ikke blir rustet til å ta daglige kunnskapsbaserte beslutninger vil heller ikke spesialisthelsetjenesten ha kapasitet til riktige prioriteringer.
Nr. 2	Utfordringene knyttet til koronapandemien har aktualisert kommunenes rolle som frontlinje i tjenesteproduksjonen samt behovet for forsvarlige, riktige og effektive tjenester. Høy kvalitet på tjenesteproduksjonen er betinget av kunnskap om hva som virker – og hvorfor.
Nr. 3	Demografisk utvikling. Økt andel eldre i befolkningen gir økt behov for helse- og omsorgstjenester og behov for nye arbeidsformer, nye samarbeidsmønstre og nye løsninger for økt effektivitet i tjenestene.
Nr. 4	Endring og omstilling vil prege kommunesektoren framover. Den teknologiske utviklingen fører til at samfunnet endrer seg stadig raskere, og dermed også behovet for innovasjon og endring i kommunesektoren. Behandling flyttes blant annet i større grad til pasientens eget hjem. Dette medfører også nye forsknings- og innovasjonsbehov.
Interessenter	
KS	Har pådriverrolle for KSF og er nasjonal node for etableringen av KSF-Helse.
Kommunene	Ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Trenger kunnskap for å ivareta og utvikle tjenestene. (det øremerkes ikke midler til forskning i rammetilskuddet til kommuner)
Regionale helseforetak, helseforetak	Ansvar for samhandling med kommunene for å sikre helhetlige tjenester. Mottaker av helse-relaterte forskningsmidler.
Universitet og høyskoler	Ansvar for å initiere og drive helse-relatert forskning og innovasjon.
Div. Kompetansesentre, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse	Har ansvar for å delta i praksisnær og praksisrelevant forskning
Helsenæring	Skal bidra med innovative løsninger. Referanse til Rådets prosjekt under <i>Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative anskaffelser</i> .

<i>Interesseorganisasjoner Brukerorganisasjoner</i>	Opptatt av innbyggernes mulighet for enkle, tilgjengelige og likeverdige tjenester. Sikre at alle blir ivaretatt (sårbare grupper, minoriteter m. fler). Bred brukerinvolvering gir bedre tjenester.
<i>Departement</i>	HOD har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester (omsorg, folkehelse, primærhelse, spesialisthelse). KD har ansvar for den generelle forskningspolitikken. KMD har blant annet ansvar for kommuneøkonomi og lokalforvaltning. HOD, KD og KMD er positive til strukturen som er beskrevet i KSF rapporten, men mener kommunene selv må ta ansvar for å etablere og finansiere strukturer for forskning og innovasjon i tjenestene. Uttaler at kommunene selv må prioritere ressurser til formålet og iverksette tiltak for å få på plass en god struktur for å få til mer forskning i, for og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
<i>Helsedirektoratet</i>	Skal blant annet følge opp kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten og deres ansvar for å delta i praksisnær og praksisrelevant forskning
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Pådriver i utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.
<i>Virkemiddelapparatet</i>	Forskningsrådet. Samarbeider med KS om videreutvikling av KSF. Finansierer innovasjonsprosjekter i offentlig sektor, førkommersielle anskaffelser, offentlig sektor ph.d., forskerprosjekter, kompetanse- og samarbeidsprosjekter, Pilot-Helse Innovasjon Norge. Innovative anskaffelser. Pilot-Helse Nasjonalt program for leverandørutvikling (LUP)
<i>Andre sektorer/tjenester</i>	Flere
Relevante dokumenter	
- Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) – Sluttrapport februar 2019 - Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 38 (2020-2021) Kompetanseløft 2025. Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021–2025 - Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester, Kartlegging av ressursinnsats og resultater, NIFU Rapport 2016:32 - Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Kartlegging av resultater av forskningen og erfaringer fra kommunal sektor, NIFU Rapport 2020:28 - Lærdommer fra gode vertskommuner for næringsutvikling. Samfunnsøkonomisk analyse AS. Rapport 03-2021 - Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (nytt krav til samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak). Prop. 102 L (2020–2021)	

KS

Utvikling og etablering av «Kommunenes strategiske forskningsorgan – Helse»

- en pilot (fase 2) for et nasjonalt
knutepunkt for systematisert kunnskapsløft
og innovasjon i kommunale tjenester

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	2
Bakgrunn	2
Mål	3
Status per august 2021.....	3
1.1. Interessepolitisk posisjon og statlige virkemidler	4
1.1.1. Nye muligheter gjennom samarbeid	4
1.1.2. Utfordringer som innovasjonsfremmere	6
1.2. Regionale samarbeidsorgan Helse	6
1.2.1. Store muligheter lokalt og regionalt	7
1.2.2. Utfordringer med nye lokale, regionale og nasjonale sammenhenger	8
1.3. Kommunenes strategiske forskningsorgan – Helse - nasjonal node.....	9
1.4. Samarbeidspartnere utenfor kommunal sektor	10
Plan for videre arbeid	11
Budsjett	11
Referanser	12

Innledning

Kommunene har et omfattende tjenestetilbud og kvaliteten på tjenestene er betinget av kunnskap om hva som virker, og hvorfor. Det er i dag etablert få strukturer for kunnskapssystem for kommunene både når det gjelder å utvikle, formidle og ta i bruk kunnskap. Kommunesektoren har i flere sammenhenger understreket behovet for en struktur som kan bidra til å bygge et solid kunnskapsgrunnlag til støtte for fremtidige krevende beslutninger. Utvikling og etablering av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) er vårt mål, og en struktur for systematisert kunnskapsløft og innovasjon i kommunale tjenester er et grep som vil sikre at vi får vite mer om hva som virker hvor.

KSF er en generisk samarbeids- og finansieringsmodell for kunnskapsløft i kommunale tjenester der kommuner og samarbeidspartnerne inngår i klynger. Klyngene representeres i regionale samarbeidsorgan som igjen koordineres gjennom den nasjonale noden 'KSF'. Det er en grunnleggende forutsetning for å utvikle kunnskapsbaserte tjenester at utviklingsbehovene defineres og bygger på innbyggernes og tjenesteutøvernes erfaringer. Behovene vil kunne løses gjennom å omsette eksisterende kunnskap i ny praksis eller gjennom nye forsknings- og utviklingsprosjekter.

Bergen kommune og Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest fikk, i 2019, status som motorkommune i piloten for Regionalt samarbeidsorgan (RSO) vest Helse fram til utgangen av 2021. Basert på erfaringene fra RSO vest er nå piloteringen i øvrige regioner i gang. KS har finansiert satsingen med FoU-kontingenten. Prosjektet vil i løpet av 2021 bidra til oppbyggingen av pilot for RSO nord, sør, midt og øst, i tillegg til å videreutvikle piloten i vest. Som pådriver jobber KS nå sammen med medlemmene for å prøve ut forskjellige organiseringer og løsninger tilpasset de ulike regionene. Det er høy aktivitet i samtlige regioner og en stor interesse både fra kommunene og fra academia om å få bli med i prosessen. Oppbyggingen av de regionale samarbeidsorganene tilpasses til kommunale og regionale behov og sammensetningen og antallet regionale samarbeidsorganer vil derfor kunne variere. For tiden piloterer vi fem regionale samarbeidsorgan. Videre har vi påbegynt arbeidet med å utvikle og søke å etablere den nasjonale noden 'Kommunenes strategiske forskningsorgan-Helse' på bakgrunn av erfaringer i pilotene.

Bakgrunn

Et kunnskapsløft for kommunene var en av fem hovedprioriteringer for det første HelseOmsorg21-rådet (2015-2019)¹. HO21-rådet opprettet arbeidsgruppen for KSF for å utrede framtidig struktur og mulig finansieringsmodell for hvordan lykkes med å styrke forskning og kunnskapsutvikling i, med og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forslaget til organiseringen av utviklingen av kunnskapsbaserte helsetjenester i kommunene ble levert HO21-rådet i februar 2019².

Kommunene har overtatt stadig flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, men uten samtidig overføring av forskningsmidler. Kommunenes potensiale som utdannings- og læringsarena utnyttes i dag ikke godt nok. 90 prosent av de som blir syke eller hjelpetrengende i Norge behandles i dag i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, mens et fåtall kommer til spesialisthelsetjenesten. Dersom kommunene ikke blir rustet til å ta daglige kunnskapsbaserte beslutninger vil heller ikke spesialisthelsetjenesten ha kapasitet til riktige prioriteringer.

I statsbudsjettet for 2021³ vises til et behov for økt forskningsinnsats i og om de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som redegjort for av KSF. Videre sies det at det er etablert få strukturer for kunnskapssystem for kommunene både når det gjelder å utvikle, formidle og ta i bruk kunnskap, samt at det er lite systematisk kunnskap om kommunenes kompetanse og kapasitet når det gjelder å initiere og delta i forskningsprosjekter³. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) slår fast at

merparten av kunnskapsutviklingen er initiert av andre og uten tilstrekkelig involvering fra kommunene.

I pandemiens 2020 ble kommuneøkonomien satt under stor press med virkninger i lang tid fremover. Analyser utført av DAMVAD analytics⁴ på oppdrag av HO21-rådet i 2019 viser at KSF bør være en permanent struktur som tilføres tilstrekkelige ressurser og myndighet til å finansiere og prioritere forskning i kommunene. Videre foreslås at KSF implementeres med et fast budsjett for forskning og innovasjon i et spleiselag mellom forskningsrådet, HOD og Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) samtidig som kommunene investerer egne midler i forskningsfond⁴.

HO21-rådet anbefaler at midlene til forskning og innovasjon for, i og med kommunene blant annet må omfatte langsiktig basisfinansiering til KSF-strukturen². KSF-strukturen med fire regionale samarbeidsorganer antas å være den mest kostnadseffektive modellen. KSF-arbeidsgruppe legger til grunn at et rimelig ambisjonsnivå for forskning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene bør tilsvare én prosent av de samlede budsjettmidlene til formålet, dvs. om lag kr 1,3 mrd. Dette ligger betydelig under de 2,9 % som er knyttet til forskning i spesialisthelsetjenesten, men bør være en realistisk ambisjon for satsingen på helserelatert forskning i kommunene de neste årene.

Nye nasjonale planer fremmes på løpende bånd, de fleste med tydeliggjøring av ansvar og nye oppgaver til kommunene. Prioriteringsutfordringene i kommunene blir større. Kommunesektoren har i flere sammenhenger understreket behovet for en struktur som kan bidra til å bygge et solid kunnskapsgrunnlag til støtte for fremtidige krevende beslutninger. Det er etablert få strukturer for kunnskapssystem for kommunene både når det gjelder å utvikle, formidle og ta i bruk kunnskap. Uavhengig av finansieringsform vil det være viktig med en oppbyggingsfase, der kommunene får tid til å vinne erfaringer med og opparbeide kompetanse som mer aktive bidragsytere til kunnskapsutvikling som angår dem innen helse- og omsorgstjenestene. Utvikling og etablering av KSF Helse som struktur for systematisert kunnskapsløft og innovasjon i kommunale tjenester er et grep som vil sikre at vi får vite mer om hva som virker hvor.

Mål

Prosjektet skal bidra til at kommunesektoren styrker sine rammebetingelser for forskning for, i og med kommunen, og oppnår samarbeidsstrukturer på systemnivå med akademia⁵. For å nå resultatmålet for 2021 skal KS bidra til etablering av en nasjonal og regional struktur for kunnskapsløft i kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Prosjektets mål er derfor å utvikle og pilotere en nasjonal node innen område helse, Kommunenes strategiske forskningsorgan – Helse, og å pilotere regionale samarbeidsorganer som kommer samtlige medlemmer til gode. Resultatene i prosjektet, KSF-Helse, vil kunne eksemplifiseres og operasjonaliseres gjennom et veikart for utvikling av kunnskapsbaserte helsetjenester i kommunene. Veikartet vil bidra til mer forskning med, i og for kommunene samt styrke kommunenes samlede evne til å definere forsknings-, innovasjons- og utdanningsbehov og omsette eksisterende kunnskap og ny forskning i praksis. Veikartet vil også kunne ha en langsiktig spredningseffekt til samtlige tjenesteområder i kommunene.

Status per august 2021

Sentrale aktiviteter for KS første halvår 2021 har vært å anvende kunnskap om gevinster fra piloten i region vest til å bygge interessepolitisk posisjon og parallelt pilotere strukturen i de øvrige regionene. Aktiviteter tilknyttet milepælen om å vurdere organisasjonsmodeller for en nasjonal og regional struktur har vært prioritert. I august 2021 vil invitasjonen til en ny rådgivende gruppe bli sendt ut,

dette for å styrke den nasjonale koordineringen parallelt med piloteringen av de regionale samarbeidsorganene.

Milepæls- og aktivitetsplan 2021

1. Planleggingsfase

Aktiviteter: 1. Innhente kunnskapsgrunnlag, 2. Utrede ulike tilnærminger og organisering av prosjektet, 3. Prosjektplan 4. Interessentanalyse, 5. Etablere samarbeid

2. Organisasjonsmodeller for en nasjonal og regional struktur

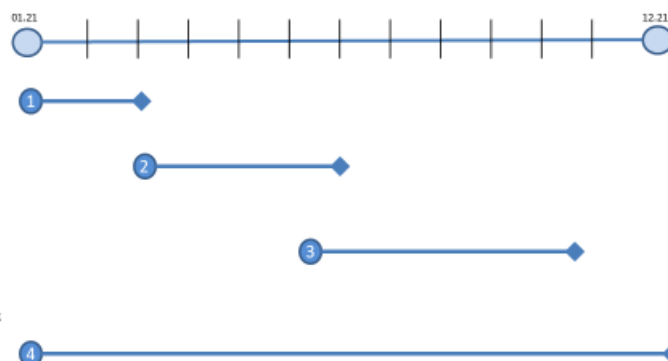
Aktiviteter: 1. Evaluering av p-RSO vest (P1) 2. Etablere samarbeid med mulige vertskommuner 3. Utforske regionale forskjeller og muligheter og utvikle en prioriterings- og fordelingsnøkkel for tilskudd 4. Definere klynger i samarbeid med kommunene 5. Teste nye organisasjonsmodeller (P2-4)

3. Utvikle kunnskapsgrunnlag for strategiske veivalg

Aktiviteter: 1. Definere bestillerfunksjonen 2. Utvikle rammeverk for forskningsforståelse 3. Modellere veikartet 4. Teste strategiske valg 5. Evaluere og oppsummere

4. Realisere veikart for utvikling av kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste

Aktiviteter: 1. Etablere nasjonal og regional struktur basert på kunnskapsgrunnlag for strategiske veivalg 2. Pilotere veikartet i samarbeidskommuner 3. Utvikle evalueringsmodell 4. Realisere veikart for utvikling av kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste 5. Utvikle og etablere finansieringsmodell samt søke om ekstern finansiering til videre drift 6. Plan for implementering



1.1. Interessepolitisk posisjon og statlige virkemidler



Framdrift: I henhold til plan

Det har vært høy aktivitet for å bygge interessepolitisk posisjon om KSF. KS har levert samt gitt innspill på nyhetssaker, artikler og rapporter på tema forskning, innovasjon og utdanning. Videre har vi etablert samarbeid med strategiske interessenter for å etablere en felles forståelse om behovet for KSF.



Risiko: Middels/Høy

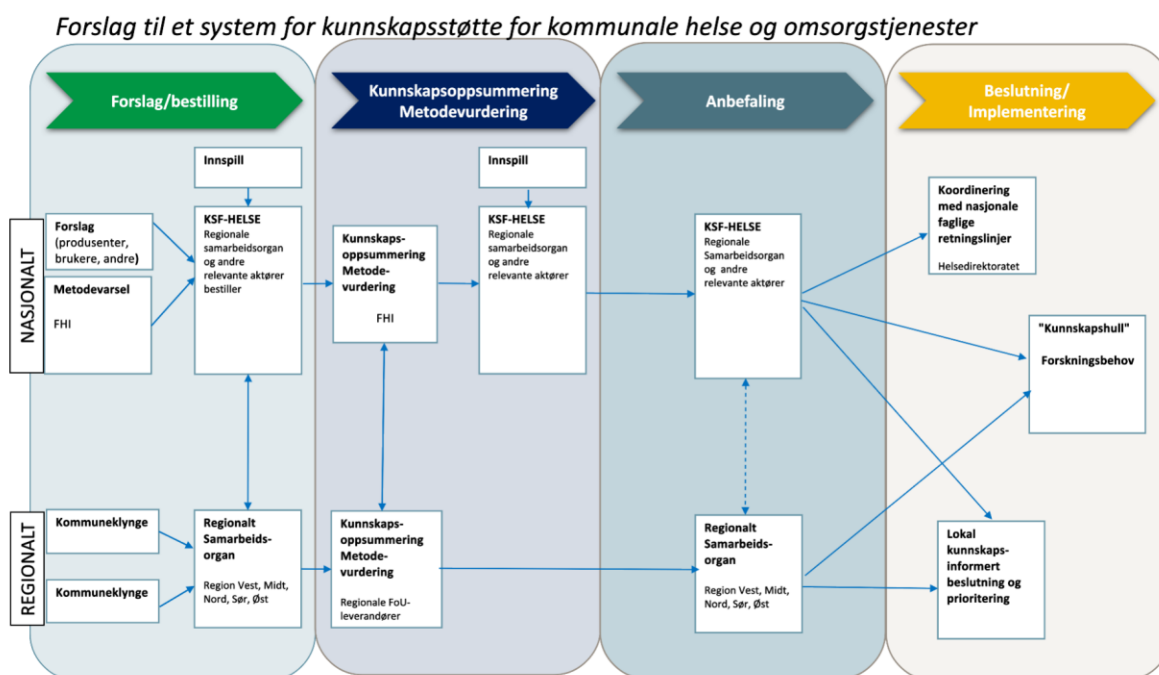
Risikoen knyttet til måloppnåelse vurderes som middels til høy på bakgrunn av at staten ved HOD, KMD og KD alle har uttrykt en forventning om at kommunene selv eier, driver, forvalter og finansierer strukturen. Dette går imot anbefalingene fra HelseOmsorg21 med konsekvensen at forskningsaktiviteten innen de kommunale tjenestene må finansieres på annen måte enn gjennom en statlig basisbevilgning for at KSF-strukturen skal oppnå full effekt.

1.1.1. Nye muligheter gjennom samarbeid

Flere aktører har meldt sin interesse for å delta i arbeidet med å bygge opp strukturen eller for gjensidig læringsutbytte. Det er etablert samarbeid med Helsedirektoratet som jobber med en ny satsing med arbeidstittelen «Primærhelsetjenesteløftet» for 2022 eller 2023. Her bidrar vi nå med kunnskapsgrunnlaget for KSF for å kunne se på parallelle aktiviteter og felles innsatser for sektoren.

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk i oppdrag fra HOD 26.01.21 at «Vurdere hvordan et system for kunnskapsstøtte for kommunale helse- og omsorgstjenester kan utvikles. FHI må se hen til arbeidet med Kommunenes strategiske Forskningsorgan.». Forslaget som ble levert om system for kunnskapsstøtte for de kommunale helse- og omsorgstjenestene ble inkludert i en ny stortingsmelding om prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og anbefales å videreutvikles¹⁰. Stortingsmeldingen er en oppfølging av Blankholmvalgetets NOU «Det viktigste

først»¹¹. KS har bidratt til leveransen fra FHI og sammen skisserte vi mulighetene for et system for kunnskapsstøtte for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.



Bilde fra FHI, notat til HOD April 2021: Utvikling av system for kunnskapsstøtte kommunale helse- og omsorgstjenester.

Oppdraget ble begrenset til å omhandle kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger og formidling av disse og bygger videre på et stort kunnskapsoppsummeringsprosjekt som ledes og administreres av Lars Bergesen ved RSO Vest og finansieres av HELSEVEL. Modellen som ble skissert er anbefalt å drøftes, spesifiseres og forankres i en bredere gruppe sammensatt av flere relevante aktører. Flere viktige problemstillinger knyttet til utvikling og realisering av enkeltelementer i modellen ble ikke berørt i notatet, herunder støtte til arbeidet med KSF-Helse og RSO. Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler i prioriteringsmeldingen¹⁰ at: «Departementet vil arbeide videre med innretningen på et system for kunnskapsstøtte til kommunal helse- og omsorgstjeneste, med en nasjonal funksjon og flere regionale funksjoner. Utredningen må ta hensyn til anbefalingene fra KSF. Utviklingen av et slikt system vil skje gradvis og i tett samarbeid med kommunesektoren og andre relevante aktører.».

KS har deltatt i arbeidet med relevansvurdering av nye søknader til Forskningsrådets Pilot Helse-satsing. Pilot Helse skal bidra til helhetlige innovasjonsløp for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. KS har også sammen med nettverket K10 helse og velferd levert innspill til Forskningsrådets porteføljeplan for Helse for å ivareta fremtidige satsinger på mer forskning i, med og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

KS har initiert arbeidet med å vurdere mulige synergieffekter med samtlige aktører som foreslått av HOD⁶. Oversikten inneholder 35 kompetanse- og forskningsmiljøer utenfor spesialisthelsetjenesten. Flere er involvert i arbeidet på lokal og regionalt nivå. På nasjonalt nivå har samarbeidet med sentrene for omsorgsforskning vært førsteprioritet og vi har nå jevnlig dialogmøter for å finne ut av mulige synergieffekter. Flere sentra vil bli involvert i løpet av høsten 2021.

KS deltar også i to arbeidsgrupper nedsatt av Universitets- og høyskolerådet Helse og sosial med mål om å utrede kombinerte stillinger i grensesnittet mellom UH-sektor og kommunal sektor samt utrede styrking av forskningssamarbeid mellom UH-sektor og kommunal sektor.

1.1.2. Utfordringer som innovasjonsfremmere

Utvikling og etablering av KSF Helse som struktur for systematisert kunnskapsløft og innovasjon i kommunale tjenester er et grep som vil sikre at vi får vite mer om hva som virker hvor. Bevilgende myndigheter har så langt ikke fulgt opp anbefalingene fra et samlet HO21-råd, Forskningsrådet og KS. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) mener at «å etablere en struktur for forskning og kunnskapsinnhenting er riktig vei å gå i utviklingen av mer kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester i kommunene»⁶. Videre mener HOD at kommunene selv må ta ansvar for å etablere og finansiere opp strukturer for forskning og innovasjon i sine tjenester. Tilbakemeldingen om at kommunene selve må eie, drive, finansiere og forvalte KSF støttes også av Kunnskapsdepartementet (KD)⁷ og Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD)⁸. KMD fortydeliger også at HOD er ansvarlig for forskning innen sitt sektorområde og KD har ansvar for den generelle forskningspolitikken. Samtidig nevnes KSF som en ny viktig arena for å realisere regjeringens handlingsplan for kliniske studier med mål om flere kliniske studier i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten⁹. Også i handlingsplanen noteres at regjeringen støtter strukturen, men at kommunene selv må eie, drive og finansiere denne.

Det er en stor utfordring at departementene skyver ansvaret for mer forskning, i med og for kommunene mellom hverandre. Det finnes flere eksempler der kommunene eier en satsing som staten allikevel finansierer. KS vil fortsatt analysere og drøfte ansvaret for forskning i de kommunale helse- og omsorgstjeneste i samarbeid med andre aktører. KS vil også etablere samarbeid med Forskningsrådet for å se på muligheter i eksisterende ordninger. På bakgrunn av tilbakemeldingene vil KS i løpet av høsten vurdere alternative og innovative måter å finansiere satsingen, samt utvikle en mulig finansieringsmodell og eventuelt søke om eksterne midler til videreføringen av KSF-strukturen fra år 2022.

1.2. Regionale samarbeidsorgan Helse



Framdrift: Noen forsinkelser

Interessen for å delta i RSO Helse er stor, men flertallet kommuner inngår ikke per i dag i klyngestrukturer med nabokommuner om felles mål innen forskning, innovasjon og utdanning. Dette medfører at det må større lokale prosesser til før RSO er operasjonalisert i alle regioner. Det gjenstår også arbeid med å definere kriteriene for å søke om å bli motorkommune slik at prosessen blir både åpen og transparent og ikke utelukkende baserer seg på engasjement og først-til-mølle-prinsippet.



Risiko: Middels

Risikoen knyttet til måloppnåelse vurderes som middels på grunn av at prosessene med relasjonsbygging lokalt og regionalt vil kunne ta mer tid enn prosjektrammen legger opp til.

1.2.1. Store muligheter lokalt og regionalt

Oppbyggingen og utviklingen av RSO Helse i pilotfasen tilpasses lokale og regionale behov. Strukturen KSF-Helse skal være kjent i samtlige norske kommuner og fylkeskommuner med en ambisjon om over 50 % deltakelse i pilotprosjektet. I første fase er 151 kommuner involvert gjennom eksisterende klyngestrukturer i kommunesektoren. Det vil identifiseres nye klyngestrukturer og mulige kandidater til nye eller eksisterende RSO. Det ble tidlig kommunisert fra medlemmene at forslaget slik det er skissert i sluttrapporten om KSF² med 4 regionale samarbeidsorganer ikke er tilpasset kommunenes behov basert på størrelse av regionene, men også på bakgrunn av antall aktører innen hver region. Det er derfor iverksatt en prosess med 5 regionale samarbeidsorganer (vest, nord, midt, øst og sør).



Status per mai 2021. Pilotstruktur KSF Helse. Regionale samarbeidsorgan.

De regionale samarbeidsorganene skal være rådgivende for klyngene og kommunenes besluttende organer i saker som gjelder utdanning, forskning og innovasjon. RSO vil spille inn overordnede prinsipielle saker til KSF og implementere saker fra KSF. Videre skal RSO behandle saker av overordnet strategisk art av felles interesse for kommune- og FoU-sektoren, samt arbeide for rammebetingelser, regelverk og insentivsystemer knyttet til forskning og utdanning. Kommunenes kompetanse i forskningsgjennomføring, prosjektutvikling, søknadsutforming etc. skal styrkes og RSO skal kunne spille inn behov for kunnskapsoppsummeringer og vurdere nye metoder. Hensikten med kunnskapsoppsummeringene er todelt, det vil gi et sårt etterlenget kunnskapsløft ut fra kommunenes egne behov, samtidig styrker det bestillerkompetansen i utførende ledd i store som små kommuner i regionen. Foreløpig er planene om at RSO skal kunne vedta årlig budsjett, utlysninger og tildelinger av forskningsmidler satt på vent i vente på nye finansieringsmodeller.

Pilotorganet i vest er etablert og dermed i oppbyggingsfase. RSO vest består av rene forskningsklynger (Kunnskapskommunen og Klyngesamarbeid for forskning i helse og omsorg Sør-Rogaland) samt eksisterende nettverk med, i hovedsak, andre formål (FOUSAM og Helse- og omsorgsutvalget i Sogn og Fjordane). Partnere fra akademia, ressurs- og kompetansesentra inviteres over sommeren 2021. RSO vest og Folkehelseinstituttet (FHI) er tildelt midler fra Forskningsrådet til et treårig

prosjekt for å utvikle et system for kunnskapsstøtte. Samtlige 85 kommuner på vestlandet (Vestland og Rogaland) er invitert. Forskningsprosjektet ble innvilget på bakgrunn av resultatene i et forprosjekt i Kunnskapskommunen Helse Omsorg vest (9 kommuner). I forprosjektet kunne ansatte i kommunene adressere kunnskapsbehov i et skjema utviklet for å spisse forskningsspørsmål. Forslagene ble behandlet og prioritert av et utvalg nedsatt av kommunene selv og FHI besvarte med korte norske oppsummeringer av systematiske kunnskapsoppsummeringer. I alt ble 123 kommunale problemstillinger meldt inn og det ble blant annet produsert 8 kunnskapsoppsummeringer. I prosjektet legges vekt på oppsummert forskning som beslutningsstøtte og prosjektet har en ambisjon om videreføring og utvikling av et kunnskapssystem for norske kommuner.

I nord har Vestvågøy kommune sammen med 10 nabokommuner etablert klyngestrukturen HelseOmsorg Nord. Det er høy aktivitet med flere interne PhD-kandidater, offentlige PhDer og store utviklingsprosjekter. Bodø kommune med sitt utstrakte forsknings- og utviklingsarbeid har også meldt sin interesse og prosessen videre vil utrede hvordan kommunene i regionen vil kunne samles i RSO og hvor de naturlige og hensiktsmessige geografiske grensene går.

I midt har vi aktualisert samarbeidet med TRD 3.0 og UNIKOM. Parallelt med oppbyggingen av RSO jobber KS for å evaluere universitetskommunesamarbeid og de ulike unikom-modellene som nå er operasjonalisert rundt om i landet. Universitetskommuner vil være en naturlig del i klyngestrukturer eller i RSO. Arbeidet vil i løpet av høsten også inkludere kommuner rundt Trondheim kommune. Vi deltar også i programkomitéen for Arena Unikom 2021 (arenaunikom.no), en lærings- og delingsarena for kommuner og academia som nå også inkluderer kunnskapskommunene, klyngestrukturer, RSO og andre organiseringer utover universitetskommunene.

I sør har kommunedirektørutvalget i Agder vedtatt å utrede mulighetene for å etablere RSO Sør. Kristiansand kommune har vedtatt en ny forskning- og innovasjonsstrategi og stiller seg positive til å påta seg en motorkommunefunksjon for Agderkommunene men ønsker ikke å lede et regionalt samarbeidsorgan utover fylkesgrensen. I løpet av høsten vil KS etablere dialog med kommunene i for eksempel Telemark og Vestfold for å vurdere mulige klyngestrukturer, synergieffekter og mulighetsrommet for en større dekningsgrad regionalt.

I øst har akademiske partnere tatt initiativ og på bakgrunn av det har det vært dialogmøter med blant andre Oslo kommune og Romerikskommunene. Det er stor interesse for å delta i RSO men det er mulig at organiseringen av RSO kan baseres på tema fremfor geografi. Øst er en stor region med flertallet akademiske partnere og på bakgrunn av de prosesser som har vært så har også academia initiert et arbeid gjennom Universitets- og høgskolerådet om å se på samarbeidsstrukturer mellom universiteter og høgskoler i regionen. Flere kommuner vil i løpet av høsten involveres i prosessen for å utrede best mulig organisering.

1.2.2. Utfordringer med nye lokale, regionale og nasjonale sammenhenger

Engasjementet hos både kommuner og akademiske partnere er så pass stort at det er lav risiko for å ikke kunne etablere regionale samarbeidsorganer. Allikevel er det blitt identifisert noen utfordringer både knyttet til at vi nå legger opp til en regionstruktur tilpasset kommunenes og fylkeskommunenes behov og dermed ikke kan hente ut samtlige gevinster av å benytte seg av allerede etablerte regionale organer, nettverk og funksjoner.

Piloteringen av KSF-strukturen er en åpen prosess og samtlige 356 kommuner er dermed invitert. Det er i seg en utfordring at 356 lokale selvstyrer skal samles om en struktur som staten mener kommunene selve må eie, drive og finansiere. Satsingen som KS nå har gjort vil på ingen måte være tilstrekkelig for en permanent nasjonal struktur. Byrådsavdelingen for eldre, helse og frivillighet i Bergen kommune har sendt en tilbakemelding til HOD ang. oppfølging av kunnskapsløftet for kommunene¹¹. Her settes ord på noen av utfordringene lokalt og nasjonalt: «Å få samordnet landets

lokalpolitikere til innen knappe rammer å prioritere et slikt spleiselag for å stimulere til mer forskning uten sentral, nasjonal koordinering fremstår som både urealistisk å få gjennomført, og en uhensiktsmessig bruk av de svært begrensede ressursene kommunene har for å kunne realisere KSFs anbefalinger. Slik vi ser det, er det helt nødvendig å tildele egne midler over statsbudsjettet for å få gjennomført kunnskapsløftet i kommunene nasjonalt og regionalt.». Dette vil bli fulgt opp i kommende statsbudsjettprosesser.

Motorkommunefunksjonen kan også diskuteres. I pilotfasen baseres funksjonen på engasjement og vi tester nå ut om et mandat med tydelig regional forankring og spredningsfokus vil bidra til at samtlige kommuner som inngår i RSO vil føle tilhørighet og kunne hente ut gevinster uavhengig av geografi og størrelse. Utviklingen av et mandat som legger til rette for ulikhet men med felles mål er viktig. Motorkommunene vil også, så lenge strukturen ikke finansieres i sin helhet, være nødt til å legge store interne ressurser på å involvere og inspirere samtlige kommuner i regionen, store som små, hvis det ikke er modenhet for en finansieringsmodell der kommunene går inn med egne midler i strukturen.

1.3. Kommunenes strategiske forskningsorgan – Helse - nasjonal node



Framdrift: I henhold til plan

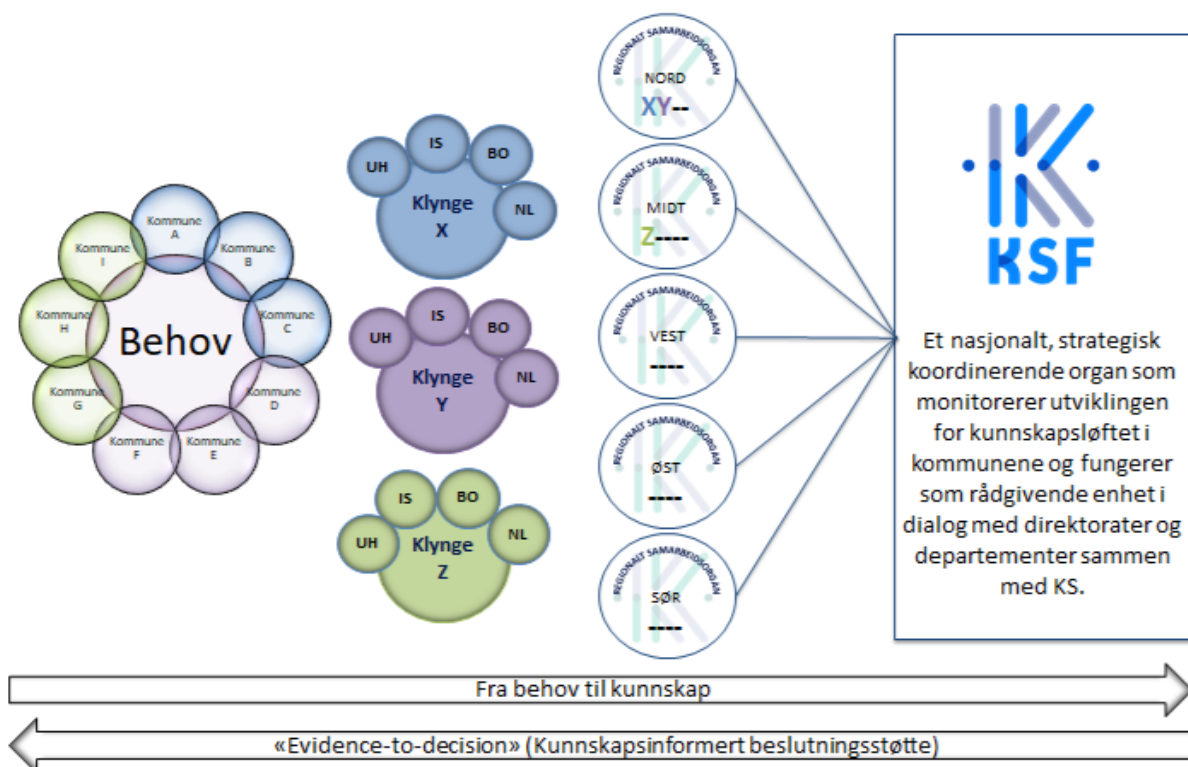
Den nasjonale noden vil bli etablert i løpet av høsten. Utgangspunktet er at de regionale samarbeidsorganene skal være godt representert og oppbyggingen av RSO har derfor hatt høyeste prioritet. Etableringen av nasjonal node er derfor i henhold til plan.



Risiko: Lav

Risikoen knyttet til måloppnåelse vurderes som lav. En større målrettet nasjonal satsing på KSF vil kunne bidra til at andelen forskning i, med og for kommunene øker, at kunnskapen omsettes og benyttes i beslutninger og at målene i nasjonale planer oppnås med bedre treffsikkerhet og raskere progresjon. Prosjektet tiltrekker seg mye oppmerksomhet og det er et stort ønske om å få delta fra både kommuner og andre relevante akademiske og statlige aktører.

Kommunenes strategiske forskningsorgan er en struktur for organisering og finansiering av kunnskapsløftet. KSF-strukturen tilpasses til lokale og regionale behov. Kommuner med felles behov i forhold til ny kunnskap samles i klynger sammen med akademiske partnere, kompetansesentra og brukerorganisasjoner. Hver klynge er representert i et regionalt samarbeidsorgan for bestilling og prioritering av forsknings-, utdannings- og innovasjonsbehov.



Kommunenenes strategiske forskningsorgan. Kunnskapstjenesten fra behov til kunnskapsinformert beslutningsstøtte. En ny samhandlingsstruktur for kommuner, universitets- og høyskolesektoren (UH), instituttsektoren (IS), brukerorganisasjoner (BO), næringsliv (NL) og andre aktører for å øke andelen forskning i, for, med og på kommunene.

KSF vil bli et nasjonalt, strategisk koordinerende organ som monitorerer utviklingen for kunnskapsløftet i kommunene. KSF vil kunne ivareta kommunesektorens definerte forsknings-, innovasjons- og utdanningsbehov og særlig vektlegge og søke å dekke kunnskapssvake områder. KSF vil sikre koordinering av de regionale samarbeidsorganene med mål om å unngå overlapp mellom kommunene, forsknings- og utdanningsinstitusjonene og myndighetenes forskningsinnsats gjennom eksisterende forsknings- og kompetansesentra.

Invitasjon til å delta i Kommunenenes strategiske forskningsorgan, den nasjonale noden vil bli sendt ut i august 2021 til relevante aktører innen helse-, omsorg- og velferdssektoren med planlagt oppstart september 2021.

1.4. Samarbeidspartnere utenfor kommunal sektor

HelseOmsorg21-rådet
Helsedirektoratet
Forskningsrådet
Universitets- og
høgskolerådet
FHI
Sentrene for
omsorgsforskning
Universitetet i Bergen

Høgskolen på Vestlandet
NORCE
Helse Bergen
Haraldsplass Diakonale
Sykehus
VID vitenskapelige høyskole
OsloMet
MUNI-HEALTH-CARE
Nord universitet

Kreftforeningen
Arena Unikom
Utviklingssentrene for
sykehjem og
hjemmetjenester

Listen er ikke uttømmende

I prosess

Aldring og helse	Nasjonalt kunnskapssenter	Regionsenter for barn og
Allmennmedisinske	om vold og traumatisk	unges psykiske helse
forskningsenheter	stress	Helseregion Øst og Sør
Kompetansesentrene rus	Nasjonalt senter for	Ressurssentrene om vold,
Nasjonalt	distriktmedisin	traumatisk stress og
kompetansesenter for	Regionale kunnskapssenter	selvmordsforebygging
legevaktmedisin	for barn og unge	Senter for aldersforskning i
Nasjonalt	Regionalt odontologisk	Tromsø
kompetansesenter for	kompetansesenter	Tannhelsetjenestens
psykisk helsearbeid	Tannhelse Rogaland	kompetansesenter

Plan for videre arbeid

Prosjektperiode 2021. Jmf. Mange bekker små, politiske prioriteringer 2020-2023 (Landstinget 2020) og KS langtidsstrategi 2020-2023.

Sentrale aktiviteter for KS videre vil være å anvende kunnskap om gevinster fra de regionale samarbeidsorganene til å bygge interessepolitisk posisjon samtidig som strukturen videreutvikles lokalt, regionalt og nasjonalt. KS vil sammen med medlemmene i de etablerte organene definere bestillerfunksjonen og utvikle rammeverk for forskningsforståelse samt modellere veikartet og teste ulike strategiske valg. KS vil på bakgrunn av anbefalinger fra departementene invitere samtlige foreslåtte aktører til dialogmøte om en felles satsing og koordinering av kunnskapsløftet i kommunale helse- og omsorgssektoren. KS vil invitere interesseorganisasjoner og aktører med sammenfallende interesser til dialog om mulighetene for samarbeid på temaet. KS vil analysere og drøfte ansvaret for forskning i de kommunale helse- og omsorgstjeneste etter at bevilgende myndigheter ikke har fulgt opp anbefalingene fra et samlet HO21 råd.

Budsjett

I KSF-rapporten fra 2019 ble det skissert et kostnadsbehov på 12-15 millioner for oppbyggingen av KSF-strukturen. KS har til nå finansiert piloteringen av modellen i hele landet gjennom FoU-ordningen.

Prosjektet vil gjennom å frikjøpe medlemmer samt tildele driftstilskudd til nyetablerte motor-kommuner i RSO gi kommunene tid til å vinne erfaringer med og opparbeide kompetanse som mer aktive bidragsytere til kunnskapsutvikling som angår dem innen tjenestene.

KS vil vurdere finansieringskilder, utvikle en finansieringsmodell og søke om eksterne midler til videreføringen av KSF-strukturen fra år 2022.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet, 2014. HelseOmsorg21 – Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Rapport 2014. ISBN 978-82-431
2. HelseOmsorg21, 2019. Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet, fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)
3. Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. Prop. 1S (2020-2021) for budsjettåret 2021. Kap. 7.4.2.2.
4. Damvad Analytics, 2019. Research and Innovation for Better Health. Towards a more coherent and effective health research and innovation system. Prepared for the HO21 Advisory Board. 16.02.2019. [English]
5. KS, 2021. Plan 2021
6. Helse- og omsorgsdepartementet, 2020. Oppfølging av kommunens strategiske forskningsorgan. 19/755-31
7. Kunnskapsdepartementet, 2020. Oppfølging av kommunenes strategiske forskningsorgans rapport. 16/3517-18
8. Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020. Svar på henvendelse angående oppfølging av kommunenes strategiske forskningsorgans rapport. 15/4035-14
9. Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025. I-1206 B
10. Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Meld.St.38 (2020-2021).
11. Norges offentlige utredninger, 2018. Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. NOU 2018:16. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 13. desember 2018.
12. Bergen kommune, 2021. Angående oppfølging av «kunnskapsløftet for kommunene». Brev til Helse- og omsorgsdepartementet 20. mai. 2021. 2020/104528-1

Sak 44/5/2021**Kommunikasjonsplan for HelseOmsorg21-rådet**

Type sak	Diskusjonssak/Vedtakssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Hege Strand Mikkelsen og Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Skisse til kommunikasjonsplan
Tidligere behandlet	

Bakgrunn

HelseOmsorg21-rådet skal delta i samfunnsdebatten, skape engasjement og påvirke beslutninger.

I tidligere rådsmøter har det kommet opp spørsmål om Rådet bør tenke bredere om kommunikasjonstiltak og type kommunikasjonsprodukter. Det er blant annet etterspurt hvordan Rådet i større grad kan arbeide målrettet og strategisk med kommunikasjon for å nå ut med sine budskap og i større grad oppnå de overordnede målene. For å følge opp dette har sekretariatet laget en tidlig skisse til en kommunikasjonsplan.

Hvorfor saken fremmes

Saken legges frem for at Rådet kan starte en diskusjon om hvordan Rådet kan arbeide mer helhetlig mot definerte målgrupper, med utvalgte budskap i definerte kanaler.

Hovedpunkter

Synliggjøring og kommunikasjon er en viktig del av Rådets arbeid. En plan kan gjøre det enklere for Rådet å prioritere aktiviteter, hvordan budskap skal utformes og hvem som skal utføre kommunikasjonen på vegne av Rådet.

Det er en prosess å utarbeide en kommunikasjonsplan og det gjøres oppmerksom på at det vedlagte utkastet til kommunikasjonsplan kun er en tidlig skisse (vedlegg 1). Det er lagt inn flere spørsmål i skissen som kan være grunnlag for Rådets diskusjon.

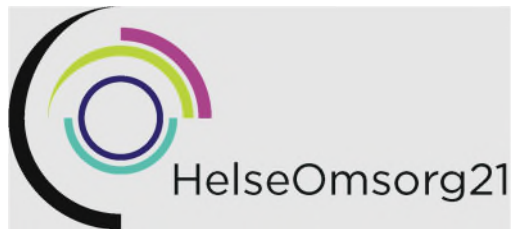
Det er viktig at det legges til grunn at planen blir realistisk og gjennomførbar.

Det foreslås følgende prosess for videre arbeid med planen:

- Det utpekes en arbeidsgruppe som sammen med sekretariatet innarbeider innspillene som kommer frem på møtet og arbeider videre med planen
- Endelig plan godkjennes på neste rådsmøte

Forslag til vedtak

*Rådet slutter seg til foreslått prosess for videre arbeid med kommunikasjonsplanen.
Følgende rådsmedlemmer deltar i arbeidsgruppe [utpekes på møtet]*



Kommunikasjonsplan for HelseOmsorg21-rådet

1. Forord

HelseOmsorg21-rådet (Rådet) skal delta i samfunnsdebatten, skape engasjement om definerte saker og påvirke beslutninger. Måltrettet og strategisk arbeid med kommunikasjon, er et virkemiddel for at Rådet oppnår sine overordnede mål.

2. Formål og oppgaver for HelseOmsorg21-rådet

Rådet skal skape en måltrettet og helhetlig nasjonal innsats for forskning og innovasjon innenfor helse og omsorg. Innsatsen er rettet mot hele verdikjeden fra forskning til innovasjon og kommersialisering.

Rådet skal være en nasjonal dialogarena mellom den offentlige sentrale helseforvaltningen, offentlige helse- og omsorgstjenester, universitets- og høyskolesektoren, instituttsektoren, privat sektor og brukerorganisasjonene.

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

Mandatet gjelder for perioden 2. januar 2020 til 2. januar 2024.

Oppgaver

- Rådet skal bidra til en koordinert og helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21- strategien. Rådet har en rådgivende rolle ovenfor de ulike aktørene.
- Rådet skal se hen til mål og tiltak i relevante stortingsmeldinger og nasjonale strategier og initiativ som er lagt frem i etterkant av HelseOmsorg21-strategien.
- Rådet skal gi råd om videreutvikling av HelseOmsorg21 Monitor.
- For øvrig definerer rådet hvilke oppgaver som er hensiktsmessige for å bidra til å nå sitt formål.

3. Ekstern kommunikasjon

3.1. Rammer og prinsipper

Kommunikasjon er en viktig del av Rådets arbeid. Sekretariatet har imidlertid begrensede ressurser til utstrakt utadrettet kommunikasjon. Dette må det tas hensyn til i prioritering av kommunikasjonsaktiviteter og valg av kommunikasjonskanaler.

Alle i Rådet har et ansvar for å bidra i kommunikasjonsarbeidet. For å oppnå økt synlighet bør flere fra Rådet delta mer aktivt i ulike kommunikasjonsaktiviteter. Rådets medlemmer oppfordres til aktivt å delta i debatter, i det offentlige ordskifte, skrive kronikker, bruke sosiale medier for å dele og kommentere aktuelle saker med mer. Rådets medlemmer bør ta et aktivt ansvar for å fremme Rådets strategiske områder og mål, ha eierskap til Rådets budskap og nevne Rådets arbeid, der det er relevant.

[Hvem har hovedansvaret? Hvem kan/bør uttale seg? Ønsker Rådet å utpeke "ambassadører" for de forskjellige områdene? Kan Rådets medlemmer ha selvstendige standpunkt og selv være avsender for relaterte budskap? Må det være konsensus i alle saker? I hvilken grad skal Rådet kjøpe kommunisjonstjenester?]

3.2. Mål

Kommunikasjonen skal skape en reell verdi ved å bidra til at Rådet leverer på sitt mandat og skape opplevd merverdi. Kommunikasjonen skal synliggjøre og øke kunnskap om Rådets arbeid.

3.3. Målgrupper

Rådets kommunikasjonsarbeid har følgende målgrupper:

- Stortinget
- Regjeringen
- Den offentlige sentrale helseforvaltningen
- Offentlige helse- og omsorgstjenester
- Universitets- og høyskolesektoren
- Kommunal sektor
- Instituttsektoren
- Privat sektor (konkretisere)
- Brukerorganisasjonene
- Allmennheten (gjennom å delta i samfunnsdebatten)
- andre?

Forskjellige tiltak og aktiviteter vil ha forskjellige målgrupper. For hvert tiltak presiseres hvilke(n) målgruppe(r) Rådet ønsker å nå og hva de(n) skal vite/gjøre annerledes etter tiltaket.

3.4. Budskap

Kommunikasjonen skal i hovedsak, men ikke utelukkende, være rettet mot Rådets strategiske områder som er prioritert i Rådets handlingsplan for 2020 – 2021:

1. Kunnskapsløft for kommunene

2. Kliniske studier som en integrert del av helsetjenesten
3. Bærekraft i helsetjenesten
4. Hjemmemarked, næringsutvikling og innovative offentlige anskaffelser
5. Teknologi og digitalisering

Formulering av korte og konsise budskap som er med i all kommunikasjon om disse områdene sikrer tydeligere og mer enhetlig budskap med HO21-rådet som avsender.

3.5. Kommunikasjonskanaler

Valg av kommunikasjonskanal bør legge vekt på innsiktbaserte tiltak og sannsynlighet for at tiltaket vil bidra til å nå kommunikasjonsmål på en effektiv måte (evne til å påvirke en målgruppe). Rådets verktøykasse legger rammer for formen på kommunikasjonsaktivitetene.

3.5.1. Nettside

Rådet har en egen nettside (www.helseomsorg21.no). Den er en viktig informasjonsside for alle målgrupper. Nettsiden skal gi generell kunnskap om og synlighet av Rådets arbeid og inneholde:

- HelseOmsorg21-strategien
- Regjeringens handsplingsplan
- Rådets mandat og sammensetning
- Rådets handlingsplan for nåværende periode
- Saksdokumenter fra rådsmøtene
- Årsrapporter
- Uttalelser fra Rådet (høringsuttalelser, kronikker med mer)
- Nyhetsartikler om Rådets arbeid

Det er sekretariatets oppgave å oppdatere nettsiden.

Videre mål: øke nyhetsmengden og antall besøk på siden. Det vurderes imidlertid at det ikke er nok aktivitet og kapasitet pr nå til å sende ut nyhetsbrev.

3.5.2. Medieoppslag, kronikker og debattinnlegg

Det er stor interesse i media for mange av temaene Rådet arbeider med. Medieoppslag er en viktig arena for å informere og skape debatt om temaene. Rådets medlemmer og sekretariat legger stor vekt på å være tilgjengelige og til hjelp for journalister, både ved å gi intervjuer og å bistå med bakgrunnsinformasjon. I tillegg skriver rådet og sekretariatet kronikker og debattinnlegg.

[Hvordan skal Rådet jobbe med mediene? Hvordan selge inn nyhetssaker? Hvordan jobbe med dagsaktuelle saker – skal Rådet delta? Skal Rådet sette agenda selv? "Selge inn" medlemmer av Rådet? Hva har Rådet/sekretariatet ressurser til og hva bør prioriteres?]

3.5.3. Brev, presentasjoner, uttalelser

Rådets uttalelser vil som hovedregel være i form av brev til ulike mottakere. Ofte vil Rådets uttalelser være utgangspunkt for Rådets utadrettede aktiviteter.

3.5.4. Åpne møter/dialogmøter

Rådsmedlemmer oppfordres til å delta på åpne møter og debatter og være ambassadører for områdene på Rådets handlingsplan. Synliggjøre Rådets aktiviteter i relevante kanaler.

3.5.5. Sosiale medier

Sosiale medier har til nå ikke vært brukt som en formidlingskanal for Rådet.

[Bør rådet ha egen Facebookside? Hvordan kan Rådets medlemmer bidra til å spre informasjon om kronikker, dialogmøter, rådssaker o.l. i sine egne kanaler på sosiale medier?]

4. Intern kommunikasjon

Rådet har et eget Sharepoint-rom for oversikt over rådssaker, arbeidsform og mandat.

E-post er den primære kommunikasjonsformen mellom sekretariatet og Rådets medlemmer.

[Bør Rådet i tillegg ha et eget samhandlingsrom (teams? Facebook?) til intern kommunikasjonsflyt mellom medlemmene? (for innspill til uttalelser, brev, kronikker o.l. og informasjonsutveksling mellom rådsmedlemmene om aktuelle rapporter, meldinger, aktuelle arrangementer, dagsaktuelle saker osv.)]

Sak 45/5/2021**Forbedret samspill for å øke gjennomføringskraften på e-helseområdet**

Type sak	Orienteringssak/Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge
Saksbehandler	Ina Dahlsveen, Hege Strand Mikkelsen, Henrietta Blankson
Vedlegg	1. Notat fra Direktoratet for e-helse
Tidligere behandlet	Sak 14/2/2021

Bakgrunn

Direktorat for e-helse har fått i oppdrag å utrede bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet. Dette ble presentert på rådsmøte 2/2021.

Direktoratets fokus er på hvordan aktørene i sektoren og leverandørene samarbeider om at e-helseprodukter og -tjenester tas i bruk i helse- og omsorgssektoren. Det er mer friksjon i samarbeidet mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren og næringslivet enn ønskelig. Direktoratet ønsker å undersøke og i større grad forstå e-helsemarkedet i Norge for å dermed kunne utrede tiltak og bringe kunnskap som kan bidra til å forbedre samspillet mellom aktørene. I gjennomføringen av oppdraget skal direktoratet ha et spesielt blikk på:

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

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

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

Direktoratets oppdrag er i stor grad sammenfallende med flere av de prioriterte satsningsområdene for HO21-rådet (se sak 14-2-2021 og vedlegg 1). HO21-sekretariatet og Direktoratet for e-helse har gjensidig holdt hverandre orientert om status og funn. Direktoratet har blant annet gjennomført kvalitative undersøkelser med aktører fra helse- og omsorgssektor, forskere og forskningsmiljø. I tillegg har Menon Economics på oppdrag fra direktoratet gjennomført en kartlegging av den økonomiske aktiviteten på e-helseområdet.

Hvorfor saken fremmes

Direktoratet deltar i HO21-rådets møte 1. september for å presentere funn og analyser fra gjennomførte undersøkelser og diskutere disse med Rådet.

Hovedpunkter

Direktoratet innleder til saken med bakgrunn i hovedpunkter oppsummert i vedlegg 1.

Direktoratet ønsker å drøfte med rådets medlemmer og be om forslag for hva myndighetene kan vurdere å iverksette av initiativer og aktivitet på området:

- Hva er de umiddelbare tankene fra rådsmedlemmene rundt de foreløpige funnene?

- Har rådsmedlemmene noen innspill til prinsipper for bruk av markedet?
- Har rådsmedlemmene noen tanker rundt hvordan sektoren og næringen sammen kan jobbe videre med å forbedre samarbeidsklima og samarbeidsformer?

Forslag til vedtak

Rådet tar funnene og analysene til Direktoratet for e-helse til etterretning.

Notat Direktoratet for e-helse: Samarbeid med HelseOmsorg 21-rådet

24.08.2021

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å utrede bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet. I møtet med HO21 rådet 24.februar presenterte vi oppdraget, vår tolkning og innretning på oppdraget. Direktoratets oppdrag er i stor grad sammenfallende med prioriterte satsningsområder for rådets arbeid, og vi ble invitert til å komme tilbake med resultater og funn. Vi ønsker nå å presentere noen foreløpige funn i arbeidet, drøfte dette med rådets medlemmer, samt be om råd for hva myndighetene kan vurdere å iverksette av initiativer og aktivitet på dette området.

Oppdraget

Direktoratet for e-helse er gjennom Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2021 gitt følgende oppdrag:

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

Direktoratet er bedt av departementet om å se på hvordan gjennomføringskraften på e-helseområdet kan styrkes. Vårt fokus er på hvordan aktørene i sektor og leverandørene samarbeider om at e-helseprodukter og -tjenester tas i bruk i helse- og omsorgssektoren. Det er mer friksjon i samarbeidet mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren og næringslivet enn ønskelig. Direktoratet ønsker å undersøke og i større grad forstå e-helsemarkedet i Norge for å dermed kunne utrede tiltak og bringe kunnskap som kan bidra til å forbedre samspillet mellom aktørene. Departementet etterspør et kunnskapsgrunnlag for politikkutvikling på feltet, samt anbefalinger om virkemidler og retningslinjer som kan tas i bruk. Arbeidet skal bidra til at vi kommer ett skritt videre i oppfølging av Meld. St. 18 (2018-2019) Helsenæringen.

Gjennomføring av oppdraget

Direktoratet er opptatt av å lytte og forstå hvordan aktørene opplever å være aktør i e-helsefeltet i Norge og forstå hvilke problemstillinger aktørene står ovenfor. Vi har ønsket å samle informasjon om dette gjennom en markedsundersøkelse utført av Menon og gjennom samtaler og intervjuer med ca. 60 aktører fra helse- og omsorgssektoren, forskningssystemet og næringslivet.

Noen foreløpige funn

Menon Economics har på oppdrag fra direktoratet undersøkt det norske e-helsemarkedet. Formålet med undersøkelsen har vært å gjøre en grov kartlegging av den økonomiske aktiviteten på e-helseområdet. Menon har undersøkt hvilke leverandører som finnes på feltet og hva de leverer, hva kundene på feltet etterspør, og hvilke kontrakter som løper på feltet.

Markedsundersøkelsen er faglig forankret i transaksjonskostøkonomien. Dette er et rammeverk som er godt egnet for å analysere og forstå friksjon i samhandling mellom økonomiske aktører. Rammeverket viser at åpne markeds plasser og fri konkurranse ikke alltid er det mest effektive. Det vil mange ganger være mer effektivt å koordinere aktivitet på andre måter. Dette gjelder både internt i en den enkelt organisasjon, i prosjekter og programmer, og i handel mellom to

organisasjoner. Menon har sett på hvordan e-helseaktiviteten fordeler seg på disse ulike kontraktstypene, om de fordeler seg hensiktsmessig, om det finnes e-helseområder som er uutnyttet eller hvor det er behov for forsterket innsats for å bedre gjennomføringskraften. Et viktig spørsmål er om aktørene har slike kontraktstyper som de trenger for å arbeide med de problemstillingene og utfordringene som de møter på dette feltet.

Funn fra Menons undersøkelse viser at helse- og omsorgssektoren bruker anslagsvis 13,6mrd NOK på e-helse, og av dette står spesialisthelsetjenesten for nesten 60%, mens kommunene står for en fjerdedel. Det resterende forbruket står de nasjonale e-helseaktørene for. Dette er i underkant av 20%.

Markedsundersøkelsen viser at om lag 50% av e-helseutgiftene i norsk offentlig helsesektor er utgifter knyttet til egenregi. Ut over dette brukes ca. 20% i prosjektkontrakter, ca. 18% i det åpne markedet, og ca. 12% i relasjonskontrakter og strategiske allianser.

Kartleggingen viser at det på dette feltet kan det være nødvendig med spesifikke tilpasninger av e-helseløsningene for at disse skal kunne tas i bruk i sektoren. Gjennomføringskraften på e-helseområdet kan bare økes dersom aktørene evner å gjøre slike tilpasninger. Den kontraktstypen som gir de beste kommersielle rammene for å lykkes med slike tilpasninger er strategiske allianser og relasjonskontrakter. Kartleggingen viser imidlertid at dette er den minst utbredte kontraktsformen på e-helseområdet i Norge. Dette kan være en indikasjon på underliggende problemer i dette markedet.

I våre intervjuer etterspør aktørene mer bruk av markedet. Aktørene ønsker gjennomgående mer bruk av åpne markedsløsninger. Eksempler på dette er API-er og SAAS- tjenester, og mer bruk av langsiktige, strategiske samarbeidsformer mellom offentlige og private aktører. Eksempler på dette kan være å løse eldrebølgen og å tilpasse løsningene til helsepersonellens behov. Flere aktører forteller at de ønsker seg mindre bruk av prosjekter og programmer, slik som piloter og store nasjonale og regionale prosjekter. Vi har også fått informasjon om at mange aktører, særlig næringslivsaktører, kommuner og regionale aktører, ønsker seg mindre av aktivitet som gjennomføres internt i de offentlige IT-organisasjonene mv.

Mange av aktørene tar opp mye friksjon knyttet til integrasjoner mellom systemer som samhandling (teknisk, organisatorisk, funksjonelt), og at det er store underinvesteringer på tilpasninger av slike integrasjonsløsninger, både fra offentlig sektors side og fra privat næringslivs side. Flere av disse aktørene understreker at de kontraktsformene som er vanlige på feltet, eksempelvis piloter og prosjektkontrakter, ikke vil kunne løse disse utfordringene.

Aktørene vi har snakket med peker også på at det er behov for tettere samspill mellom forskere, næringsliv og myndigheter. De forteller at det er vanskelig å få validert e-helseløsninger blant annet fordi det mangler godkjenningsordninger, fordi kliniske validering fordrer implementering i klinikk og implementering er vanskelig og fordi det er vanskelig med finansiering til forskning knyttet til effekter av e-helseløsninger. Særlig peker de på at dette er vanskelig i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Mange aktører peker på at det på e-helsefeltet i Norge kan være krevende å få til godt samarbeid og samspill mellom offentlige kunder og private leverandører. De forteller at det ikke er kultur for et tillitsfullt samarbeid. Dette er en problemstilling som flere aktører mener det er nødvendig å arbeide med for å lykkes med å øke gjennomføringskraften på e-helseområdet, og bygge en konkurransedyktig næring.

Sak 46/5/2021

Eventuelt

Type sak

Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

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

Forslag til vedtak

Intet

Sak 47/5/2021

Evaluering av møtet

Type sak	Diskusjonssak
Til	HO21-rådet
Fra	Ole Johan Borge

Det foretas en evaluering av møtet.

Forslag til vedtak

Intet