

**Til HelseOmsorg21-rådet**

Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet (*rådsleder*)  
Dekan Björn Gustafsson, Det medisinske fakultet, NTNU (*nestleder*)  
Divisjonsdirektør Anne Kjersti Fahlvik, Innovasjonsdivisjonen, Forskningsrådet  
Generalsekretær Anne Lise Ryel, Krefthforeningen  
Forskningsleder, professor Aud Obstfelder, NTNU Gjøvik  
Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF  
Direktør Christine Bergland, Direktoratet for e-helse  
Visedirektør Clara Gram Gjesdal, Helse Vest RHF  
Daglig leder Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge  
Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth  
Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF  
Førsteamanuensis Esperanza Diaz, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB  
Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge  
Dekan Gro Jamtvedt, Høgskole i Oslo og Akershus  
Instituttleder Guri Rørtveit, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB  
Leder Hilde Lurås, HØKH, Akershus universitetssykehus HF  
Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia  
Områdedirektør Inger Østensjø, KS  
Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet  
Fylkestannlege/avdelingsleder Kari Strand, Nord-Trøndelag fylkeskommune  
Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening  
Direktør Kathrine Myhre, Norway Health Tech  
Områdedirektør Knut-Inge Klepp, Folkehelseinstituttet  
Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger  
Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon  
Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge  
Kommunalsjef helse og velferd Nina Tangnæs Grønvold, Fredrikstad kommune  
Instituttleder Pål Kraft, Psykologisk institutt, UiO  
Prodekan forskning Sameline Grimsgaard, UiT  
Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet  
Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS

**Vår saksbehandler/tlf.**

Hilde D.G. Nielsen, +4740922260/hgn@forskningsradet.no

**Vår ref.**

18/612

**Oslo,**

9.2.2018

**Deres ref.****Innkalling til HelseOmsorg21-rådsmøte 21.2.2018 (01/18)**

Vedlagt følger forslag til saksliste og sakspapirer til HelseOmsorg21-rådsmøte onsdag 21. februar 2018, kl 10.00-15.00. **Sted:** Folkehelseinstituttet, Marcus Thranes gate 6, 7. etasje, Oslo.

Vel møtt!

Med vennlig hilsen

**Norges forskningsråd**

HelseOmsorg21-sekretariatet

Hilde G. Nielsen, sekretariatsleder/spesialrådgiver

**Møte i HelseOmsorg21-rådet (01/18)**

<b>Dato:</b>	Onsdag 21.2.2018 (01/18)
<b>Tid:</b>	K1 10.00 – 15.00
<b>Sted:</b>	Folkehelseinstituttet (FHI), Marcus Thranes gate 6, 7. etasje, Oslo

## Saksliste

- Sak 01/18**            **Godkjenning av sakslisten**
- Sak 02/18**            **Godkjent referat**
- Sak 03/18**            **Orienteringer**
- Sak 04/18**            **Digital21**
- Sak 05/18**            **Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)**
- Sak 06/18**            **Presentasjon av rapporten Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet**
- Sak 07/18**            **Satsingsområde Økt brukermedvirkning**
- Sak 08/18**            **Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet**
- Sak 09/18**            **Presentasjon BIGMED – A big data medical solution for precision medicine**
- Sak 10/17**            **HO21-prosjekt: Analyse av dagens forsknings- og innovasjonssystem**
- Sak 11/18**            **Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde**
- Sak 12/18**            **Eventuelt**



## Sak 02/18 Godkjent referat

**Type sak:** Orienteringssak  
**Til:** HO21-rådet  
**Fra:** HO21-sekretariatsleder Hilde D.G. Nielsen

---

<b>Vedlegg:</b>	Godkjent referat fra møte 29.11.2017 (05/17)
<b>Referent:</b>	Sekretariatsleder Hilde D.G. Nielsen

### Hovedpunkter

Utkast til referat fra møte 29.11.2017 (05/17) ble sendt HO21-rådet 4.12.2017. Til fristen 11.12.2017 var det ikke kommet noen merknader til referatet.

Godkjent referat ble sendt HO21-rådet 12.12.2017.

**Vedtak:** *Godkjent referat fra HO21-rådsmøte 29.11.2017 (05/17)) tas til orientering.*



## Møte i HelseOmsorg21-rådet (05/17)

**Dato:** Onsdag 29. november 2017, kl 10.00-16.00

**Sted:** SAS Radisson Blu Gardermoen, Oslo

---

### **Tilstede:**

Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet (rådsleder)  
Dekan Bjørn Gustafsson, Det medisinske fakultet, NTNU (nestleder)  
Divisjonsdirektør Anne Kjersti Fahlvik, Forskningsrådet  
Generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen  
Forskningsleder, professor Aud Obstfelder, NTNU Gjøvik  
Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF  
Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF  
Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth  
Direktør næringsutvikling Fredrik Syversen, IKT Norge  
Dekan Gro Jamtvedt, Høgskole i Oslo og Akershus  
Leder Hilde Lurås, HØKH, Akershus universitetssykehus HF  
Områdedirektør Inger Østensjø, KS  
Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Samfunn og helse, Forskningsrådet  
Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening  
Direktør Kathrine Myhre, Norway Health Tech  
Områdedirektør Knut-Inge Klepp, Folkehelseinstituttet  
Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger  
Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon  
Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge  
Kommunalsjef helse og velferd Nina Tangnæs Grønvold, Fredrikstad kommune  
Prodekan forskning professor Sameline Grimsgaard, UiT  
Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS

### **Forfall:**

Direktør Christine Bergland, Direktoratet for e-helse  
Viseadministrerende direktør Clara Gjesdal, Helse Vest RHF  
Daglig leder Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge  
Førsteamanuensis Esperanza Diaz, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB  
Instituttleder Guri Rørtveit, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB  
Administrerende direktør Håkon Haugli, Abelia  
Fylkestannlege/avdelingsleder Kari Strand, Nord-Trøndelag fylkeskommune  
Instituttleder Pål Kraft, Psykologisk institutt, UiO  
Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet

### **Innledere:**

Seniorrådgiver Miloje Savic (FHI) (sak 44/17)  
Professor Nina Langeland (UiB) (sak 44/17)  
Nestleder i KSF avdelingsdirektør Åse Laila Snare (sak 45/17)  
Seniorrådgiver Nils Olav Refsdal (HOD) (sak 46/17)  
Leder av arbeidsutvalget i UHR NFE-HS professor Marit Kirkevold (UiO) (sak 48/17)  
Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet) (sak 49/17)

**Fra HO21-sekretariatet**

Sekretariatsleder HO21/spesialrådgiver Hilde Dorthea Grindvik Nielsen (*referent*)

**Fra Forskningsrådet**

Seniorrådgiver Ina Kathrine Dahlsveen

**Fra Helse- og omsorgsdepartementet**

Fagdirektør Hjørdis Møller-Sandborg  
Seniorrådgiver Nils Olav Refsdal

**Fra Kunnskapsdepartementet**

Seniorrådgiver Finn- Hugo Markussen

**Fra Universitet og høgskolerådet**

Seniorrådgiver Tor Rynning Torp (sak 48/17)

## Saksliste

- Sak 41/17 Godkjenning av sakslisten
- Sak 42/17 Godkjent referat
- Sak 43/17 Orienteringer
- Sak 44/17 Satsingsområde Møte de globale helseutfordringene  
a. Presentasjon av prosjekt Drive-AB.  
b. Orientering om status for Norsk institutt for global helse (NIGH)
- Sak 45/17 Status for arbeidet med Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)
- Sak 46/17 Norges formannskap i Nordisk ministerråd 2017, Norges prioriteringsprosjekt "Nordisk samarbeid for bedre helse 2017-2019"
- Sak 47/17 Høring av rapport fra Helsedatautvalget: Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata
- Sak 48/17 Satsingsområde Økt brukermedvirkning  
a. Tilbakemelding fra UHR  
b. Innspill fra den tidligere arbeidsgruppen for satsingsområdet
- Sak 49/17 Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering – sterk norsk innsats i Horisont2020
- Sak 50/17 Energi21
- Sak 51/17 HO21-rådet - planer 2018
- Sak 52/17 Eventuelt

## Saksliste

**Sak 41/17**      **Godkjenning av sakslisten****Vedtak:** Sakslisten godkjennes.**Sak 42/17**      **Godkjent referat****Saksdokument:** Godkjent referat fra møte 14.9.2017 (04/17)**Vedtak:** Godkjent referat tas til orientering.**Sak 43/17**      **Orienteringer**

<b>Sak 43.1</b>	<b>Statsbudsjettet 2018</b>
<b>Ansvarlig</b>	
<b>Vedlegg</b>	Kap 9 Forsknings- og innovasjonssystemet HelseOmsorg21, HOD St prp 1S (2017-2018)

Sekretariatsleder orienterte kort om kap. 9 i HODs St.prp. 1S (2017-2018).

<b>Sak 43.2</b>	<b>Nestleder i HO21-rådet</b>
<b>Ansvarlig</b>	Sekretariatet
<b>Vedlegg</b>	

Jf. møte 14.9.2017 (04/17), sak 37/17 Planer for HO21-rådet og pkt Utnevning av stedfortreder eller nestleder for rådsleder.

Sekretariatsleder orienterte kort om oppnevningen av nestleder i HO21-rådet. Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte 10.10.2017 dekan Björn Gustafsson (NTNU) til nesteleder i HO21-rådet.

<b>Sak 43.3</b>	<b>HO21-rådet</b>
<b>Ansvarlig</b>	Sekretariatet
<b>Vedlegg</b>	

Sekretariatsleder orienterte kort om endringer i HO21-rådet.

Helse- og omsorgsdepartementet har oppnevnt følgende:

- Kommunalsjef Nina Tangnæs Grønvold (Fredrikstad kommune). Grønvold erstatter kommunaldirektør Nina Mevold (Bergen kommune).

- Viseadministrerende direktør Clara Gram Gjesdal (Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus). Gjesdal erstatter forskningssjef Ernst Omenaas (Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus).

<b>Sak 43.4</b>	<b>HO21-monitor</b>
<b>Ansvarlig</b>	
<b>Vedlegg</b>	Notat Status og videreutvikling av HelseOmsorg21-monitor

Sekretariatsleder orienterer kort om status for arbeidet med HO21-monitor.

<b>Sak 43.5</b>	<b>Et forsknings- og innovasjonssystem for helsefremmende og bærekraftig kosthold fra HO21-utvalget – orientering fra møtet i helseministerens næringslivsgruppe</b>
<b>Ansvarlig</b>	Fungerende rådsleder møte 31.5.2017 (03/17) HO21-rådsmedlem Knut-Inge Klepp (FHI)
<b>Vedlegg</b>	

Sekretariatsleder orienterte kort fra møtet i næringslivsgruppen på matområdet 23.11.2017 hvor fungerende rådsleder møte 31.5.2017 (03/17) HO21-rådsmedlem Knut-Inge Klepp presenterte rapporten Et forsknings- og innovasjonssystem for helsefremmende og bærekraftig kosthold. Sekretær for utvalget/HO21-sekretariatsleder Hilde G. Nielsen deltok på saken.

<b>Sak 43.6</b>	<b>Sammensetning av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) – henvendelse fra UHR 30.10.2017</b>
<b>Ansvarlig</b>	Rådsleder Camilla Stoltenberg (FHI)
<b>Vedlegg</b>	Brev fra UHR datert 30.10.2017

Det ble orientert kort om henvendelsen fra UHR.

UHR har i to omganger (10.10.2017 og 31.10.2017) henvendt seg til HO21-sekretariatet med et ønske om at KSF suppleres med en representant fra psykologifeltet. Sekretariatsleder i samråd med leder av HO21-rådet Camilla Stoltenberg (FHI) har i epost datert 13.10.2017 og 1.11.2017 gitt tilbakemelding om at antall og sammensetning av KSF er endelig. UHR er oppfordret til å bruke de allerede oppnevnte



representantene fra UHR til å sørge for at f.eks. psykologi blir ivaretatt i arbeidet i KSF.

**Vedtak:** Orienteringene tas til etterretning.

## Sak 44/17 Satsingsområde Møte de globale helseutfordringene

### a) Presentasjon av prosjekt Drive-AB

<b>Vedlegg:</b>	• Presentasjon Drive-AB v/ Savic (FHI)
-----------------	--

Oppfølging sak 36/16 møte 12.9.2016 (04/16).

Prosjekt Driving reinvestment in R&D for antibiotics and advocating their responsible use (DRIVE-AB) sto på rådsmøteagendaen 23.1.2017 (01/17), men måtte dessverre utgå pga tidspress i møtet.

Seniorrådgiver Miloje Savic (FHI) presenterte prosjekt DRIVE-A.

#### Noen kommentarer:

- Et veldig interessant og et veldig viktig prosjekt.
- Kina som partner, noen som har tenkt på det?
- Bill Gates Foundation – noen relasjoner her?
- Det eksisterer mange slike initiativ i Norge i dag. Verden kan bare ta hånd om et initiativ av gangen.
- Det er behov for at noen tar ansvar.
- Det er behov for produktet nå.

### b) Orientering om status for Norsk institutt for global helse

<b>Vedlegg:</b>	• Presentasjon Global helse Norge v/Langeland (UiB)
-----------------	---

Oppfølging sak 53/16 møte 28.11.2016 (06/16).

Professor Nina Langeland (UiB) orienterte om status for arbeidet med Global helse Norge.

#### Noen kommentarer:

- Merknad: NIGH har skiftet navn til Global helse Norge.
- Det er behov for å opplyse næringslivet om muligheter som ligger her.

- 70% av midlene fra NORAD og Utenriksdepartementet går til utenlandske institusjoner. Mer av midlene burde gått til norske institusjoner.
- GLOBVAC er kuttet til 115 mill. kroner for den resterende perioden. Etter 2020 er det bare bevilgningen fra HOD som gjenstår, dvs. 10 mill. kroner, noe som ikke vil være tilstrekkelig for en utlysning.
- Se GLOBVAC-utlysning, frist 14.2.2018:  
[https://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=MidlerParent&cid=1076488916668&pagename=ForskningsradetNorsk%2FHovedsidemal&WT.mc\\_id=prgfor-utl-GLOBVAC](https://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=MidlerParent&cid=1076488916668&pagename=ForskningsradetNorsk%2FHovedsidemal&WT.mc_id=prgfor-utl-GLOBVAC)
- Frivillige organisasjoner og høyskolene ønsker å være med i Global helse Norge.
- UHR er med én representant.
- Global helse Norge er et tverrsektorielt samarbeid. Alle medlemmene bidrar med finansiering.
- TTO-ene er med.
- Næringslivet er ønsket med. Global helse Norge har vært i kontakt med NHO.

**Vedtak:**

HO21-rådet tar presentasjonen og orienteringen til etterretning. HO21-rådet ønsker å følge det videre arbeidet til Global helse Norge.

**Sak 45/17**

### Status for arbeidet med Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

**Vedlegg:**

- Notat fra leder av KSF kommunaldirektør Nina Mevold (Bergen kommune), 26.11.2017.

KSF ble vedtatt opprettet i HO21-rådsmøte 28.3.2017 (02/17). KSF er opprettet for interimperioden 1.8.2017-31.12.2018.

Nestleder i KSF avdelingsdirektør Åse Laila Snare (KS) orienterte om status for arbeidet til KSF.

**Noen kommentarer:**

- KSF er et alt for stort organ. KSF skal ikke evaluere og finne ut hva det skal forskes på. KSF må ikke bli for byråkratisk. Det er behov for praksisnær forskning. Arbeidet til KSF må gjøres på kommunenes premisser.
- KSF har ikke som mandat å finne ut hva det skal forskes på. KSF skal finne mekanismer som gjør at vi kan få ut god forskning. Et viktig og krevende arbeid. KSF er bredt sammensatt fordi det ikke

skal være et Oslo-råd. HO21-rådet har gitt innspill. Det har vært et stort press for å få et enda større KSF. KSF har mange observatører.

- KSF er i oppstartsfasen. Tanken bak er å gå litt bredt ut og heller snevre inn etter hvert.
- Fokuset i KSF bør være på resultater. Det bør ikke smøres tynt utover overalt. Kommunene ønsker å komme raskt i gang. Arbeid i, med og på kommunene må kobles til NFR, SHT, RHF osv. osv., dvs. helhetlig tenkning.
- Det må være en plikt til å drive med forskning. Det er behov for flere ph.d-er.
- Utfordring i kommunesektoren er at kommunene får tildelt flere oppgaver uten at det gis mer ressurser. Det er behov for friske midler.
- KSF er tenkt som et koordinerende organ med flere forskningsavdelinger.
- Forskningsnivået i kommunene er per i dag lavt.

**Vedtak:**

HO21-rådet tar orienteringen til etterretning. HO21-rådet ønsker å følge KSF tett. HO21-rådet ønsker en kort orientering om KSF på hvert rådsmøte fremover.

**Sak 46/17****Norges formannskap i Nordisk ministerråd 2017, Norges prioriteringsprosjekt "Nordisk samarbeid for bedre helse 2017-2019"****Vedlegg:**

- Presentasjon Nordisk samarbeid for bedre helse 2017-2019 v/Refsdal (HOD)

Oppfølgingssak fra møte 23.1.2017 (01/17), sak 07/17 Satsingsområde Bedre klinisk behandling.

Seniorrådgiver i Helse- og omsorgsdepartementet Nils Olav Refsdal presenterte prosjektet "Nordisk samarbeid for bedre helse 2017-2019".

Norge har formannskapet for Nordisk ministerråd i 2017. Programmet, som danner grunnlaget for det nordiske regjeringssamarbeidet i 2017, er inndelt i tre hovedspor:

1) Norden i omstilling

Vi skal fremme nordisk konkurransekraft, grønn omstilling, overgang til lavutslippssamfunnet, integrering og helsesamarbeid.

2) Norden i Europa

Vi skal arbeide for å styrke vårt samarbeid om europapolitikk. En sterk nordisk stemme i den europeiske debatten tjener både Europa og Norden.

## 3) Norden i verden

Vi skal videreutvikle det nordiske, strategiske partnerskapet i utenrikspolitikken.

Prosjekt "Nordisk samarbeid for bedre helse 2017-2019» inngår i hovedspor nr 1.

**Noen kommentarer:**

- Et bra prosjekt.
- Det er også viktig med komparative studier på andre områder.
- Nordforsk er ansvarlig for utlysningen.
- Hvordan sikre at vi får tak i de beste forskerne?
- HOD ønsker hjelp til å spre informasjonen.
- Det er viktig å gå sammen med de nordiske landene ift standardisering.
- Nordisk ministerråd er inngangen til bedre koordinert samarbeid.
- Norge er et lite land. Vi må arbeide mer nordisk.
- Flott med nordisk samarbeid.
- Det er tregt å få med de andre landene.
- Klarer man å "oppretholde trøkket" når Norge går ut av førersetet?
- Industrien bør ses på som hjemmemarked. Det arbeides med andre klynger i Norden. Andre land har eksportprogrammer, det har ikke Norge.

**Vedtak:** HO21-rådet tar presentasjonen til etterretning.

**Sak 47/17****Høring av rapport fra Helsedatautvalget: Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata**

<b>Vedlegg</b>	• Høringssvar fra HO21-rådet, datert 30.11.2017
----------------	---

Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn ble sist diskutert på rådsmøtet 14.9.2017 (04/17).

Helse- og omsorgsdepartementet sendte rapporten Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata på høring 1.9.2017 med høringsfrist 1.12.2017.

HO21-rådet diskuterte tilsendte utkast til høringsuttalelse.

**Vedtak:** HO21-rådet vedtok å sende høringsuttalelsen slik den forelå til møtet. Høringsuttalelsen fra HO21-rådet ble sendt 30.11.2017 (se vedlegg).

## Sak 48/17

## Satsingsområde Økt brukermedvirkning

## a. Tilbakemelding fra UHR

<b>Vedlegg:</b>	• Presentasjon NFE-HS v/Kirkevold
-----------------	-----------------------------------

Satsingsområdet ble sist diskutert på rådsmøtet 23.1.2017 (01/17).

Universitet- og høgskolerådet (UHR) fikk i september 2015 en anmodning fra HO21-rådet om å vurdere behovet for å utvikle felles nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning i UH-sektoren.

HO21-rådet mottok svarbrev fra UHR 12.6.2017.

Leder av arbeidsutvalget i UHR NFE-HS professor Marit Kirkevold (UiO) presenterte tilbakemeldingen fra UHR.

*UHR har konkludert med at det «per i dag er en stor grad av reguleringer og føringer for brukermedvirkning på de fleste områder innenfor UH-sektorens virksomhet. Det området som fremstår som svakest dekket er institusjonenes egenfinansierte forskning, som ikke inkluderer brukere av helse- og velferdstjenester. Konklusjonen er at Universitets- og høgskolerådet mener det ikke er behov for nasjonale retningslinjer på området. Derimot vil det være aktuelt å drøfte ulike aspekter ved brukermedvirkning i NFE-HS-møter. Som et eksempel på at sektoren selv tar et ansvar ble det også vist til at det ved Høgskolen i Innlandet kommer en nasjonal konferanse om brukermedvirkning i forskning. Men det er i tillegg viktig å drøfte temaet i NFE-HS og profesjonsrådene for å bidra til å opprettholde aktualitet og videreutvikling».*

**Noen kommentarer:**

- Det er en oppfattelse av at det er behov for mer brukermedvirkning.
- Det er behov for tydeliggjøring av brukermedvirkning f.eks. i ph.d-utdanningen.
- Det er en forventning om at UH-sektoren tar ansvar for å få brukermedvirkning inn i utdanningene.
- Vet vi om brukermedvirkning blir forstått og anvendt riktig?
- Sektoren har tatt brukermedvirkning i forskning innover seg ift prosjekter finansiert med eksterne midler. Det er en jobb som må gjøres ift prosjekter som finansieres internt. Brukermedvirkning i forskning og innovasjon handler om utdanning og om endring av atferd.

- Det pågår kontinuerlig arbeid med å øke kompetansen hos dagens forskere.
- Kartlegging av brukermedvirkning i UH-sektoren – er det gjort? Er det behov for en slik type kartlegging?

## **b. Innspill fra den tidligere arbeidsgruppen for satsingsområdet**

<b>Vedlegg:</b>	• Presentasjon Lilly Ann Elvestad (FFO)
-----------------	---

Den tidligere arbeidsgruppen for satsingsområdet Økt brukermedvirkning synes at arbeidet til HO21-rådet ikke har «svart ut» bestillingen vedrørende satsingsområdet og ønsker at dette området fortsatt skal prioriteres.

Rådsmedlem Lilly Ann Elvestad (FFO) presenterer to forslag til tiltak fra arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppen foreslår at:

- 1) HO21-rådet tar initiativ til et dialogmøte med relevante aktører
- 2) HO21-rådet ser på mulig utvikling av én portal, nasjonal veileder, opplæringstiltak og e-læring

### **Noen kommentarer:**

- Det er et ønsket at arbeidsgruppen videreføres.
- Det er ønsket at HO21-rådet prioriterer dette området i 2018.
- HO21-rådet kan bidra med verktøy for å bygge opp kapasitet. Oppbygging av kapasitet må skje innenfor eksisterende rammer.
- Kunnskapsoverføringene er viktig. Brukerens rolle i utforming av prosjektene er viktig. Brukerne må ikke misbrukes.
- Det er i dag ingen rapportering på brukermedvirkning på prosjektnivå.
- Hvem er brukerne? Bruker i betydning innbygger. Bruker i betydningen «Alle» som bli "rammet" av helseforskning. Innovasjonsperspektivet. Brukere i betydningen innbyggergrupper som har gledet av helseforskningen.
- Brukerne må defineres.
- Når skal brukerne inn? Brukerne/endebrukere av tjenestene? Brukerne må inn i søknadsprosessen. Når skal brukere inn og i hvilken type prosjekter?
- Det er behov for kontinuerlig oppfølging.
- En utfordring er å integrere brukerne i hele forløpet.
- Det etterlyses et nasjonalt ansvar for opplæring. I dag er det overlatt til institusjonene.

- Det er ønskelig at noen bestemmer hvilket nasjonalt organ som skal ta ansvar for e-læringskurs etc. nettportal må utvikles og oppdateres. I dag løses dette lokalt fordi det er vanskelig å få til nasjonalt. Tiltakene krever ressurser. Hvordan skal dette rigges på nasjonalt nivå?
- Det er i dag en mismatch mellom hva vi forsker på og hva vi trenger? Brukermedvirkning vil være med på å redusere mismatchen. Det er mange måter å gjøre det på.
- Kreftforeningen har mye erfaring med brukermedvirkning i forskning. Det er behov for atferdsendring i design av forskning.
- Hvor trykker skoen? Det etterspørres en brukerbank – en bank hvor forskerne kan finne de egnende brukerne.
- Det er ikke mulig å lage én modell.
- Det er behov for et dialogmøte med relevante aktører.
- To oppgaver for arbeidsgruppen:
  - 1) Det er behov for å samle erfaringer med brukermedvirkning
  - 2) Det er behov for opplæring.

**Vedtak:** HO21-rådet tar tilbakemeldingen fra UHR til etterretning.

HO21-rådet vedtar at den interne arbeidsgruppen for satsingsområdet Økt brukermedvirkning opprettholdes. HO21-rådet vedtok å arbeide med satsingsområdet i 2018.

## Sak 49/17

### Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering – sterk norsk innsats i Horisont2020

<b>Vedlegg:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presentasjon Helseforskning i Horisont 2020 Tall fra oktober 2017 v/Simonsen (Forskningsrådet)</li></ul>
-----------------	--

Satsingsområde ble sist diskutert på HO21-rådsmøte 28.11.2016 (06/16).

Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet) presenterte de siste resultatene for norsk helseforskning i EU.

Den relative returandelen for helse i Norge har økt fra 0,4 i 2013 til 0,9 i mars 2017 og den siste målingen i oktober viste en relativ returandel på 1,4. Den relative returandelen sier noe om hvor konkurransedyktig et system i helhet er i forhold til andre land (returandel/BNP-andel).

HO21-rådet oppsummerte med at systematisk, jevn og strategisk innsats virker, men at det tar tid før effektene viser seg.

**Vedtak:** HO21-rådet tar presentasjonen til etterretning.

**Sak 50/17**                      **Energiz1**

Saken utgikk pga sykdom og andre møter.

**Sak 51/17**                      **HO21-rådet - planer 2018**

<b>Vedlegg:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presentasjon Planer 2018 v/direktør Camilla Stoltenberg (FHI)</li></ul>
-----------------	---

**a) Prosjekt Høy kvalitet, rask og nyttig forskning og innovasjon for bedre folkehelse (arbeidstittel)**

HelseOmsorg21-rådet vedtok på rådsmøte 14.9.2017 (04/17) å nedsette en intern arbeidsgruppe som skulle gi innspill til formulering av et oppdrag til en påfølgende utredning av hvordan et kunnskapssystem for bedre folkehelse kan bli bedre.

Arbeidsgruppen foreslår at det videre arbeidet med HO21 ser på

- 1) området "God folkehelse" (den øverste trekanten i målbildet fra HO21-strategien fra 2014). Begrunnelsen for forslaget er at den delen av forsknings- og innovasjonssystemet som skal sørge for bedre folkehelsearbeid er i begrenset grad utviklet i strategien fra 2014. Strategien legger også lite til rette for utvikling av et forskningsbasert næringsliv på folkehelseområdet.
- 2) prosessene i forsknings- og innovasjonssystemet i sammenheng. Hvordan oppnå nyttig forskning og innovasjon med høy kvalitet? Hvordan korte ned tiden det tar å gjennomføre en forsknings- og innovasjonsprosess fra idé til resultat?

Forslag til prosess:

- Arbeidsgruppen foreslår at det opprettes en skrivegruppe bestående av 2-3 personer med arbeidsplass i NFR.
- Arbeidsgruppen foreslår at HO21-rådet engasjerer eksterne ressurser for en avgrenset periode til å skrive rapporten.
- Skrivegruppen skal ha tett kontakt med arbeidsgruppen og presentere arbeidet for rådet underveis.

Forslag til tidslinje:



- Det nedsettes en skrivegruppe med ekstern deltakelse for perioden 1.1.-30.9.2018.
- Et førsteutkast presenteres for HO21-rådet i rådsmøte 6.6.2018 (03/18)
- Rapporten behandles i HO21-rådet i møte 17.9.2018 (04/18)
- HO21-rådet overleverer rapporten til HOD i det siste rådsmøte i 2018 (29.11.2018 (05/18)

#### **b) Innspill til den kommende stortingsmeldingen**

Det ble i møte 14.9.2017 (04/17) vedtatt at HO21s innsats for helsenæring skulle styrkes i kommende periode. HO21-rådet vedtok at det skulle gjøres ved å:

- nedsette en støtte ressursgruppe med ekstern deltagelse for å bidra til HO21-rådets innspill til St.meld om helsenæringen
- nedsette en mindre intern arbeidsgruppe for at HO21-rådet innsats for helsenæring adresseres og utnyttes innenfor de rammer som pt rådet har

HO21-rådet sendt 15.11.2017 en invitasjon om å delta i ressursgruppen for næringsutvikling i HO21-rådet til 16 personer. Per rådsmøte 29.11.2017 hadde følgende takket ja til å delta i ressursgruppen:

- Prorektor for nyskaping Toril Hernes, NTNU (leder)
- Generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen
- Daglig leder Arild Kristensen, NSCC
- Administrerende direktør Asbjørn Lilletun, Norinnova Technology Transfer
- Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth
- Head of Nordics & Baltics Ingeborg R. Borgheim, Takeda
- CEO Leif-Rune Skymoen, Curida
- Direktør for offentlig sektor Lena Lundgreen, Microsoft Norge (takket ja 3.12.2017)
- Seniorrådgiver Monica Larsen, LMI
- Styreleder Tom Pike
- Administrerende direktør Tor Arne Viksjø, DIPS
- Rådmann Trude Andresen, Øvre Eiker kommune

Ressursgruppen skal bestå av inntil 17 personer inkludert leder og er oppnevnt for perioden 1.1 - 31.12.2018. Mandatet til ressursgruppen er å bidra med innspill som HO21-rådet kan bruke som grunnlag for sitt innspill til den kommende stortingsmeldingen.

Den interne arbeidsgruppen i HO21-rådet ledes av divisjonsdirektør Anne Kjersti Fahlvik (Forskningsrådet) med bidrag fra Innovasjon Norge.

Innspillene fra ressursgruppen og arbeidet til arbeidsgruppen skal samlet danne grunnlaget for HO21-rådets innspill til den kommende stortingsmeldingen.

**c) Møteplan og Avslutningsarrangement 2018**

Sekretariatet gikk raskt gjennom møteplanen for 2018 samt forslagene til avslutningsarrangement i 2018.

**Vedtak:**

HO21-rådet vedtar å arbeide med prosjektet om forbedring og effektivisering av forsknings- og innovasjonssystemet i 2018.

HO21-rådet skal i 2018 arbeide med innspill til den kommende stortingsmeldingen om helsenæringen.

**Sak 52/17**

**Eventuelt**

Ingen saker.

**Neste møte:**

Torsdag 25. januar 2018, Folkehelseinstituttet.



## Sak 03/18 Orienteringer

**Type sak:** Orienteringssak  
**Til:** HO21-rådet  
**Fra:** HO21-sekretariatsleder Hilde D.G. Nielsen

---

	<b>HO21 og HO21-monitor 2018</b>
<b>Vedlegg</b>	HOD - Tildelingsbrevet til Forskningsrådet for 2018.

Kort orientering om HO21 og HO21-monitor i HODs tildelingsbrev til Forskningsrådet for 2018.

**Forslag til vedtak:** *Orienteringen tas til etterretning.*



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Norges forskningsråd  
Postboks 564  
1327 LYSAKER

Deres ref

Vår ref

Dato

16/951 hms

22. desember 2017

## Tildelingsbrevet til Norges forskningsråd for 2018

### 1 Innledning

Norges forskningsråd er et viktig virkemiddel for departementet for å bidra til å nå de sektorpolitiske målene om bedre helse i befolkningen og bedre, tryggere og mer effektive helse- og omsorgstjenester.

Det vises til HODs budsjettforslag for 2018 (Prop.1 S 2017-2018) og Innst. 11 S (2017-2018), og det tildeles med dette **331,148 mill. kroner** til Forskningsrådet med henholdsvis **330,624 mill. kroner** over kap.780 post 50 og **0,524 mill. kroner** over kap. 732 post 21 til drift og utvikling av nasjonalt system for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene.

### 2 Mål for Norges forskningsråd

Det vises til Kunnskapsdepartementets (KD) tildelingsbrev for 2018 som omtaler helheten i regjeringens overordnede forskningspolitiske mål og prioriteringer og til de fem målene som er fastsatt for Forskningsrådet:

- Mål 1 Økt vitenskapelig kvalitet
- Mål 2 Økt verdiskaping i næringslivet
- Mål 3 Møte store samfunnsutfordringer
- Mål 4 Et velfungerende forskningssystem
- Mål 5 God rådgiving

#### 2.1 Sektorpolitiske prioriteringer fra Helse- og omsorgsdepartementet

Departementets tildelinger til Forskningsrådet skal primært bidra til *Mål 3 Møte store samfunnsutfordringer* samt *Mål 1 Økt vitenskapelig kvalitet* og *Mål 2 Økt verdiskaping i næringslivet* og *Mål 4 Et velfungerende forskningssystem*.

Postadresse  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo  
postmottak@hod.dep.no

Besøksadresse  
Teatergt. 9  
www.hod.dep.no

Telefon\*  
22 24 90 90  
Org no.  
983 887 406

Spesialisthelsetjenesteavdelingen  
Saksbehandler  
22 24 84 90

Oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien og regjeringens handlingsplan for denne, regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning (2014-2018) samt viktige politiske målsettinger innen forebygging og folkehelse, diagnostisering, behandling, og rehabilitering og helse- og omsorgstjenester er uttrykt i statsbudsjettet, i Legemiddel-meldingen (Meld. St. 28 (2014–2015)), Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)), Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014-2015)), Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2014-2015)) og Prioriteringsmeldingen (Meld. St. 34 (2015–2016) ).

Departementet viser for øvrig til Forskningsrådets tildeling til Direktoratet for e-helse til Helsedataprogrammet og arbeidet med etablering av en helseanalyseplattform. HOD er positiv til at forskningsinfrastrukturmidler tildeles dette arbeidet. Arbeidet med helseanalyseplattformen har en generisk tilnærming som vil være overførbart til håndtering av persondata på andre forskningsområder.

I handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien sies det at regjeringen vil "legge til rette for eit meir heilskaplig og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forskingsmiljøa og matnæringa – innanfor mat, ernæring og helse". I Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) vises det til behovet for økt kunnskap om sammenhengen mellom mat, ernæring og helse. Departementet er opptatt av å legge til rette for forsknings- og innovasjonssamarbeid på området. Samarbeid på tvers av sektorer og fagområder vil blant annet være sentralt for å stimulere til innovasjon og ta ut synergier i form av kunnskapsoverføring med mer. Det vises for øvrig til likelydende formulering i tildelingsbrev fra Landbruks- og matdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet.

Forskningsrådet bes om å bistå departementet og Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse som et ledd i oppfølging av "Sammen om kunnskapsløft for oral helse, Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017 – 2027)". NIOM har fått sekretariatsfunksjonen for den nasjonale nettverksgruppe. HOD er i prosess med å få på plass et mandat og oppnevne gruppen. HOD vil ha nærmere dialog med Forskningsrådet om dette.

## **2.2 Styringsinformasjon**

Det vises til KD etatsstyringsbrev punkt 3 som omtaler styringsinformasjon for målene som er felles for alle departementene. I tillegg er bruken av Health Research Classification System (HRCS), HelseOmsorg21- monitor og øvrige måle- og rapporteringssystemer og statistikk som omfatter forskning, innovasjon og næringsutvikling innenfor helse og omsorg viktig styringsinformasjon for HOD.

## **3 Budsjetttildelinger og fullmakter for 2018**

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) budsjettforslag for 2018 (Prop.1 S 2017-2018) og Innst. 11 S (2017-2018). Tildelte midler for 2018 vil bli utbetalt to ganger i året, den 30. januar og 30. august.

Bevilgningen for 2018 skal gå til følgende programmer og aktiviteter i regi av Forskningsrådet:

<b>Program</b>	<b>2018</b>
Bedre og mer effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HELSEVEL), herunder innovasjon	<b>120 050</b>
Bedre helse og livskvalitet gjennom hele livsløpet (BEDRE HELSE) øremerket forskning på antibiotikaresistens	<b>69 130</b>
God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (BEHANDLING). Herunder tidl. program for stamcelleforskning og Transcan persontilpasset medisin Øremerket hjernehelse	<b>84,555</b>
Global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC)	<b>9 400</b>
<b>STRATEGISKE OG ANDRE SATSINGER</b>	
Kvinner helse og kjønnsperspektivet	<b>10471</b>
EUs strålevernprogram	<b>960</b>
JPI nevrodegenerative sykdommer og Alzheimer	<b>8 765</b>
JPI antibiotikaresistens og forskning	<b>6 343</b>
HelseOmsorg21 - HelseOmsorg21 Monitor og sekretariat	<b>0</b>
Stimuleringstiltak for økt norsk deltakelse i EUs rammeprogram for forskning	<b>0,950</b>
Coalition for Epidemic Preparedness Innovation (CEPI)	<b>0</b>
Ny senterordning - Forskningscenter for klinisk behandling for ALS, MS, demens mv	<b>20 000</b>
<b>Totalt på kap. 780 post 50</b>	<b>330,624</b>
Måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene (NIFU)	<b>0,524</b>
<b>I alt på kap. 780,50, kap. 732, 21</b>	<b>331,812</b>

**Føringer:**

- Finansiering av forskning på demens videreføres med inntil 20 mill. kroner, jf Demensplanen.
- Sykdommer som representerer store samfunnsmessige utfordringer, har høy sykdomsbyrde og der vi vet det er kunnskapshull skal prioriteres innenfor relevante programmer og satsinger, dette gjelder eksempelvis muskel- og skjelettsykdommer, ALS, langvarige smertetilstander og utmattelsesykdommer med mer.

- Forskningsrådet tildeles 5 mill. kroner fra 2018 til program for Behandling for forskning på hjernehelse i tråd med Nasjonal strategi for hjernehelse.
- Forskningsrådet fikk i 2016 tildelt 3 mill. kroner for å bidra til å følge opp den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens. Midlene videreføres i 2018 og skal brukes til å styrke norsk forskningsinnsats mot antibiotikaresistens.
- Program for stamcelleforskning innføres fra 1. januar 2018 i programmet BEHANDLING. Satsingen skal bidra til å utvikle fremtidens kliniske praksis og den skal prioritere translasjonsforskning og klinisk forskning som er tilpasset den enkelte pasient/-gruppe så som persontilpasset medisin og stamcelleforskning. De øremerkede midlene til Senter for stamcelleforskning avvikles fra 30. juni 2018. Midlene skal inngå i programmet Behandling.
- 3. 5 mill. kroner fra TRANSCAN overføres til programmet BEHANDLING. I 2018 skal midlene gå til økt finansiering av ERA-PM cofund-utlysningen i 2018.
- Det vises til tillegg til tildelingsbrev datert 13. juni 2017 knyttet til føringer om utlysning av Forskningscenter for klinisk behandling (FKB) på alvorlige sykdommer som rammer sentralnervesystemet som ALS, MS og demens m.m. Det avsettes 20 mill kroner fra 2018 (15 mill. kroner videreføres fra revidert nasjonalbudsjett i tillegg til 5 mill kroner)
- Behovsidentifisert forskning, brukermedvirkning og vurdering av både nytte og kvalitet i prosjekter skal ivaretas i tråd med føringer gitt av HOD i brev datert 23. februar 2015.
- Norge skal bidra aktivt i det globale forskingssamarbeidet mot antibiotikaresistens.
- I handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien sies det at regjeringen vil "legge til rette for eit meir heilskaplig og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forskingsmiljøa og matnæringa – innanfor mat, ernæring og helse". I Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) vises det til behovet for økt kunnskap om sammenhengen mellom mat, ernæring og helse. Forskningsrådet bes vurdere tiltak som kan legge til rette for forsknings- og innovasjonssamarbeid på området. Samarbeid på tvers av sektorer og fagområder vil blant annet være sentralt for å stimulere til innovasjon og ta ut synergier i form av kunnskapsoverføring med mer. Det vises for øvrig til likelydende oppdrag i tildelingsbrev fra Landbruks- og matdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet.

#### **4. Felles post for virksomhetskostnader**

Virksomhetskostnadene over Kunnskapsdepartementets kap. 285 post 55 skal dekke alle kostnader til drift av Forskningsrådets virksomhet, dvs. alle kostnader som ikke er FoU-midler som skal fordeles videre. Virksomhetskostnadene ble tidligere finansiert gjennom bevilgningen fra Kunnskapsdepartementet over kap. 285 post 55 og gjennom en andel av FoU-bevilgningene fra HOD som finansierer forskning gjennom Forskningsrådet. Fra 2018 er alle bevilgninger fra departementene til drift av virksomheten i Forskningsrådet samlet på kap. 285 post 55 på Kunnskapsdepartementets budsjett.

Samlingen av virksomhetskostnadene på en felles post innebærer i seg selv ingen endringer i tjenestene som Forskningsrådet yter overfor departementene. Finansiering av forskning, overordnet forskningspolitisk og sektorpolitisk rådgivning skal være de oppgavene som

fortsatt skal ha høyest prioritet, jf. Forskningsrådets vedtekter. Helse- og omsorgsdepartementet viser til Kunnskapsdepartementets tildelingsbrev som etatsstyrer for nærmere beskrivelse av hvilke tjenester/oppdrag som Forskningsrådet skal ivareta for HOD innenfor rammen av midlene på posten for virksomhetskostnader.

## **5. Krav til rapportering**

Helse- og omsorgsdepartementet ber om rapportering på forskning og innovasjon innenfor følgende sektorpolitiske prioriteringer:

- forebygging og folkehelse
- behandling/diagnostisering og rehabilitering
- helse- og omsorgstjenester

De sektorpolitiske prioriteringene er utdypet under pkt 2.1 i dette brevet. Rapporteringen på bruk av midlene skal skje i tråd med struktur og forventninger til innhold i årsrapport for de departementsvise rapportene.

I tillegg bes Forskningsrådet rapportere på følgende:

- Nytteperspektivet og brukermedvirkning (integrrert i øvrige sektorpolitiske prioriteringer)
- Virkemiddelet "Behovsidentifisert forskning"
- Forskning gjennom ulike satsinger ved bruk av HRCS
- Fordeling av inntil 20 mill. kroner til demensforskning i Forskningsrådet i 2017.

Rapporteringskrav og frister for 2018 framgår av KDs tildelingsbrev som etatsstyrer (som inkluderer oversikt over tidsfrister for Forskningsrådets leveranser av årsrapport, halvårsrapportering, forslag til store satsinger etc.)

Vi ber om at innholdet i dette tildelingsbrevet gjøres kjent for aktuelle programstyrer i Forskningsrådet.

## **6 Planlagte styringsmøter**

Det planlegges et styringsmøte etter at Helse- og omsorgsdepartementet har mottatt Årsrapport 2017 (dvs møte i løpet av mai 2018), og når departementet har mottatt Store Satsinger for 2020 (dvs. møte i løpet av november/desember 2018).

Med vennlig hilsen

Cathrine Meland (e.f.)  
ekspedisjonssjef

Maiken Engelstad  
avdelingsdirektør

*Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.*

Kopi;  
Arbeids- og sosialdepartementet

Postboks 8130 Dep 0032 OSLO



Helsedirektoratet

Postboks 7000 St. Olavs plass 0030  
OSLO

Direktoratet for e-helse  
Folkehelseinstituttet

Verkstedveien 1,  
Lovisenberggata 8, 0277, 0456  
OSLO

De regionale helseforetakene

Kunnskapsdepartementet

Postboks 8119 Dep 0032 OSLO

Riksrevisjonen

Storgt. 16 0155 OSLO

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet

Postboks 8036 Dep 0030 OSLO

Nærings- og fiskeridepartementet

Postboks 8090 Dep 0032 OSLO

Landbruks- og matdepartementet Postboks 8007 Dep. 0030

Oslo

## ***Vedlegg 1 Oppdrag i Kunnskapsdepartementets tildelingsbrev til Forskningsrådet, med forbehold om mindre endringer***

### **4.1 Oppdrag til Forskningsrådet og Helsedirektoratet om å bidra i rapportering på**

forskningsindikatorene i kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten fra 2018

Forskningsrådet bes om, i samarbeid med Helsedirektoratet og det nye tjenesteorganet (tidl. CERES, BIBSYS og deler UNINETT) å bistå HOD gjennom å gi råd og veiledning til forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten ved innføring av nye rapporteringsrutiner for forskningsaktivitet fra 2018. Det vil legges til rette for en gradvis overgang over flere år fra en fast bevilgning til forsknings- og kompetansesentrene, til at en større andel av tilskuddsmidler til forskning styres mot resultatbasert finansiering gjennom Norges forskningsråd. I 2019 vil det bli forberedt uttrekk av en andel av tilskuddsmidler til forskning fra hvert forsknings- og kompetansesenter som i dag tildeles det enkelte senter fra Helsedirektoratet og forberede overføring av disse til Forskningsrådet. Resultatbasert omfordeling av midler mellom sentrene basert på forskningspoeng skjer først fra 2020, basert på rapporteringen fra publikasjoner publisert i 2018 (rapporteres i mars 2019), avlagte doktorgrader og eksterne forskningsmidler tildelt fra Norges forskningsråd.

### **4.2 Kartlegging av forskningsaktivitet innenfor psykisk helse**

Det vises til regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022). Som en del av HelseOmsorg21 Monitor arbeidet skal det gjennomføres en kartlegging av forskningsaktiviteten (ressurser, aktører, tematikk, bibliometri mm) innenfor psykisk helse. Dette skal gjøres for de siste fem år (2012 – 2017) ved Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene, universitets- og høyskolesektoren og andre aktuelle forskningsinstitusjoner inkludert private virksomheter. Kartleggingen skal også omfatte forskning på barn og unges psykiske helse. Det vises til møte mellom HOD og Forskningsrådet 18. januar 2018 for å diskutere mulighetsrommet og forventninger knyttet til oppdraget.

### **4.3. HelseOmsorg21 arbeidet**

Det bes om at;

- o Forskningsrådet videreutvikler HelseOmsorg21-monitoren i tråd med formålet.**
- o HelseOmsorg21-rådet, skal ved hjelp av sekretariatet for HelseOmsorg21-rådet, gjennomfører en vurdering av sitt arbeid, arbeidsform, prioriteringer, størrelse mm og gir en anbefaling om HelseOmsorg21-rådet skal videreføres etter 2018 og evt. i hvilken form. Frist til HOD 1. juni 2018.**



## Sak 04/18 Digital21

<b>Type sak:</b>	Orienteringssak
<b>Til:</b>	HO21-rådet
<b>Fra:</b>	HO21-sekretariatsleder Hilde D.G. Nielsen

**Vedlegg:** Mandat for styringsgruppen i Digital21

### Hovedpunkter

Regjeringens Digital21-prosjekt skal gi råd og anbefalinger om hvordan næringslivet i Norge kan utnytte digitale muligheter på tvers av bransjer. Målet med Digital21 er å lage en strategi på tvers av næringer og kompetansemiljøer, og at sentrale aktører skal stille seg bak felles mål og anbefalte tiltak. Strategien kan også inneholde forslag til politiske prioriteringer, og styringsgruppen skal vurdere tidsperspektivet for arbeidet.

Digital Norway Toppindustrisenteret AS er tildelt rollen som regjeringens sekretariat i forbindelse med Digital21-arbeidet. Styringsgruppe for Digital21 ble oppnevnt i juni 2017 og består av 13 personer. For mer informasjon om Digital21 se lenke: <http://www.digital21.no/>.

Leder av styringsgruppen konserndirektør Morten Dalsmo (SINTEF Digital) er invitert til HO21-rådsmøtet for å presentere Digital21.

**Forslag til vedtak:** *Orienteringen tas til etterretning.*

# Mandat for styringsgruppen i Digital21

*Digital21 skal handle om næringslivets evne og mulighet til både å utvikle og ta i bruk ny teknologi og kunnskap i takt med den økende digitaliseringen.*

*Styringsgruppen skal utarbeide forslag til en bred og samlet strategi på tvers av ulike næringer og kompetansemiljøer.*

## **Mål**

Det langsiktige målet for Digital21 er å bidra til økt digitalisering i næringslivet.

Digital21 skal gi strategiske råd og anbefalinger om hvordan næringslivet i større grad kan utvikle og dra nytte av kompetanse, teknologi, forskning og utvikling for å utnytte muligheter og møte utfordringer som følger av økt digitalisering.

Formålet med Digital 21 er å etablere en helhetlig og samlende strategi på tvers av ulike næringer og bransjer, hvor sentrale aktører innen næringsliv og kunnskapsmiljøer stiller seg bak felles strategiske mål og anbefalte tiltak. Det skal tas hensyn til egenarten hos henholdsvis industri- og tjenestesektoren. Strategien kan også gi innspill til politikkprioriteringer som påvirker næringslivets evne og muligheter, som for eksempel offentlige reguleringer eller bruk av offentlige midler rettet mot digitalisering.

## **Tilnærming**

Digital21 skal ta utgangspunkt i at næringslivet selv har insentiver til å utvikle og ta i bruk ny teknologi for å utvikle egen virksomhet. Offentlig sektor påvirker bedriftenes muligheter til å utvikle og anvende ny kunnskap. Dette skjer blant annet gjennom generelle rammebetingelser som regelverk og skatt, offentlige midler til utbygging av infrastruktur, utdanning og kompetanse, forskning og innovasjon.

21-strategier gir råd om prioriteringer for forskningsinnsatsen på et bestemt felt. Når det gjelder digitalisering synes utfordringen imidlertid i like stor grad å være styrke næringslivets evne og forutsetninger til å ta teknologien i bruk. Tilnærmingen til arbeidet skal derfor omfatte både næringslivets evne og muligheter til å i) utvikle ny kunnskap og ii) ta den nye kunnskapen i bruk.

Arbeidet må bygge på internasjonal forskning og erfaringer, tydeliggjøre usikkerhetene i kunnskapsgrunnlaget og hvilke ulike implikasjoner dette kan ha.

Flere undertemaer skal behandles underveis. Styringsgruppen må i samarbeid med sekretariatet definere de meste relevante undertemaene. Tema som behandles i andre større politiske prosesser bør ikke være hovedtema i strategirapporten, men som del av strategiarbeidet kan det spilles inn til disse prosessene.

Digital21 skal ha et langsiktig perspektiv. Styringsgruppen skal vurdere hvilket tidsperspektiv som er mest hensiktsmessig for strategiarbeidet.

Arbeidet med Digital21 bør ses i sammenheng med etablert politikk på området, som Meld. St. 27 (2015-2016) *Digital agenda for Norge*, og Meld. St. 7 (2014-2015) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning (2015-2015)*. Det bør også ses i sammenheng med

næringsministerens Samhandlingsforum mellom myndigheter, toppledere i industrien, kunnskapsmiljøer og partene i arbeidslivet for å fremme digitalisering i industrien.

## **Prosess**

Strategiarbeidet skal gjennomføres som en inkluderende prosess. Styringsgruppen skal sørge for at sentrale aktører og interessegrupper kan gi innspill til arbeidet. Det skal etableres undergrupper hvor bedrifter fra ulike deler av næringslivet og kunnskapsmiljøer skal delta. Disse gruppene bør bestå av representanter fra ulike deler av landet og fra både industri- og tjenestesektoren. Både små og større bedrifter bør delta. Det bør også være deltagelse fra et bredt sett av kunnskapsmiljøer.

Styringsgruppen skal ha jevnlig møter med Nærings- og fiskeridepartementet og eventuelle andre relevante departement og underliggende virksomheter.

Det skal på en hensiktsmessig måte gis løypemeldinger underveis, som er synlige for næringslivet og som kan fungere som oppspill til debatt.

## **Sluttprodukt**

Strategirapporten skal inneholde:

- en beskrivelse av status for digitalisering i næringslivet i Norge, også i et internasjonalt perspektiv
- en gjennomgang av sentrale muligheter og utfordringer som digitaliseringen representerer for næringslivet, og samfunnsmessige konsekvenser av disse
- vurdering og anbefaling av strategiske mål for hvordan norsk næringsliv kan møte disse utfordringene
- forslag til tiltak for å nå målene og en angivelse av hvilke aktører som har ansvar for å gjennomføre disse
- eventuelle innspill til politikkprioriteringer som påvirker næringslivets evne og muligheter til å utvikle og ta i bruk ny kunnskap på området, som for eksempel offentlige reguleringer eller bruk av offentlige midler rettet mot digitalisering.

## **Tidsplan og milepæler**

Digital21 har oppstart august 2017. Sluttrapport skal leveres til Nærings- og fiskeridepartementet innen 1. september 2018.

Prosjektplan for arbeidet skal forelegges Nærings- og fiskeridepartementet for forankring av prosessen.

Nærings- og fiskeridepartementet vil, i samarbeid med Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, og i dialog med virkemiddelaktører og underliggende etater, vurdere hvordan anbefalingene fra Digital21 skal følges opp.



## Sak 05/18 Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

<b>Type sak:</b>	Orienteringssak
<b>Til:</b>	HO21-rådet
<b>Fra:</b>	HO21-sekretariatsleder Hilde D.G. Nielsen

<b>Bakgrunnsdokumenter:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppsummeringsnotat 26.11.2017 fra leder av KSF Nina Mevold.</li> <li>• Presentasjon KSF, HO21-rådsmøte 14.9.2017 (04/17)</li> <li>• Notat fra KS til HO21-rådet til møtet 31.5.2017 (03/17)</li> <li>• Utkast til mandat for KSF 31.5.2017 (03/17)</li> <li>• Kandidater fra UHR-rådet til KSF 31.5.2017 (03/17)</li> <li>• Utkast mandat og sammensetning KSF 12.9.2016 (04/16)</li> <li>• Notat datert 25.4.2016 (vedlegg sak 24/16)</li> <li>• Notat datert 25.1.2016 (vedlegg sak 04/16)</li> <li>• HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> <li>• Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a> )</li> </ul>
<b>Vedlegg:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Godkjent referat fra møte i KSF 9.11.2017</li> </ul>
<b>Nettside:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/ksf/">http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/ksf/</a></li> </ul>
<b>Andre rådsmøter hvor satsingsområdet et Kunnskapsløft for kommunene og Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) har vært diskutert.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Møte 29.11.2017 (05/17)</li> <li>• Møte 14.9.2017 (04/17)</li> <li>• Møte 31.5.2017 (03/17)</li> <li>• Møte 28.3.2017 (02/17)</li> <li>• Møte 23.1.2017 (01/17) (orienteringssak)</li> <li>• Møte 24.10.2016 (05/16) (Program for folkehelsearbeid i kommunene)</li> <li>• Møte 12.9.2016 (04/16) (KSF)</li> <li>• Møte 25.4.2016 (03/16)</li> <li>• Møte 25.1.2016 (01/16)</li> <li>• Møte 1.12.2015 (06/15) (innspill til handlingsplanen)</li> <li>• Møte 19.10.2015 (05/15)</li> </ul>

### Hovedpunkter

HO21-rådet har på flere møter; 05/15, 06/15, 01/16, 03/16, 04/16, 05/16, 01/17, 03/17, 04/17 og 05/17 diskutert kommunesektorens utfordringer i forhold til utvikling av forskning, utdanning og innovasjon i kommunene.

## Saksfremlegg sak 05/18 – møte 01/18

HO21-rådet vedtok i møtet 03/17 å opprette Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). KSF er oppnevnt for interimperioden 1.8.2017-31.12.2018.

HO21-rådet vedtok i møtet 05/17 at det skal orienteres fra arbeidet til KSF på rådsmøtene i interimperioden.

Kort orientering om status for KSF.

**Forslag til vedtak:**            *HO21-rådet tar orienteringen til etterretning.*



4.12.2017

<b>Møte i Kommunenes strategiske forskningsorgan(02/17)</b>	
<b>Dato:</b>	<b>Torsdag 9. november</b>
<b>Sted:</b>	<b>Park Inn Hotel, Gardermoen(ved terminalen)</b>

**Tilstede:**

Kommunaldirektør helse/omsorg Nina Mevold, Bergen kommune, leder  
 Avdelingsdirektør helse og velferd, KS, Åse Laila Snåre nestleder  
 Rådmann Erik Kjeldstadli, Bærum kommune, medlem  
 Kommuneoverlege Hans Petter Torvik, Sandnes kommune, medlem  
 Rådmann Astrid Eidsvik, Ålesund kommune, medlem  
 Professor, forskningsleder Tone Alm Andreassen, HiOA, medlem  
 Professor/instituttleder Nina Emaus, UiT, medlem  
 Dekan medisin Björn Gustafsson, NTNU, medlem  
 Professor Jørund Strand, UiO, medlem  
 Fagdirektør Marta Ebbing, FHI, medlem

Forskningsdirektør helse og velferd Randi Eidsmo Reinertsen, SINTEF, observatør  
 Seniorrådgiver Lasse Frantzen, Helsedirektoratet, observatør  
 Seniorrådgiver Siv Svardal, HOD, observatør  
 Seniorrådgiver Finn-Hugo Markussen, Kunnskapsdepartementet, observatør  
 Seniorrådgiver Irene Olaussen, Direktoratet for e-helse, observatør  
 Avdelingsdirektør Jannikke Ludt, Forskningsrådet, observatør

**Forfall:**

Professor Marit Kirkevold, UiO, medlem  
 Fylkesleder FFO Sogn og Fjordane Geir Liavåg Strand, FFO, medlem  
 Administrerende direktør Flemming Hegerstrøm Hospital IT, observatør  
 Kommuneoverlege Kenneth Johansen, Alta kommune, medlem  
 Seniorrådgiver Jens Kristian Jebsen, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, observatør

**Fra sekretariatet:**

Fagleder Sigrid J. Askum, Avdeling helse og velferd KS, leder  
 Fagleder FoU, Jon Anders Drøpping, KS  
 Kommunikasjonsrådgiver Thea Finstad, KS



## Saksliste

### Innledning ved Nina Mevold

**Sak 12/17 Godkjenning av sakslisten**  
Vedtak: Sakslisten godkjennes.

**Sak 13/17 Presentasjon av resultater fra rapporten "Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av ressursinnsats og resultater" ved forsker Ole Wiig, NIFU**

Rapporten ligger på nettsiden til KS:

<http://www.ks.no/contentassets/50a2dba6c32d4fcf8c4386ae6006dabf/presentation---olewiig-9.11.2017.pdf>

Presentasjonen legges på nettsiden til KS:



Møte\_KSF\_GDN\_091  
12017\_OleWiig.pptx

**Sak 14/17 HO21 rådets forventninger til KSF ved Camilla Stoltenberg, rådsleder HO21**

Stoltenberg leder [HelseOmsorg21-rådet](#), som har opprettet [Kommunenes sentrale forskningsorgan \(KSF\)](#). Hun tegnet et bilde av hvilke oppgaver organet har foran seg, og oppfordret til å tenke ambisiøst, ha langsiktig perspektiv og å samarbeide godt med sterke forskningsmiljøer.

Forskning, innovasjon, deltakelse i utdanning og bidrag til næringsutvikling må bli en naturlig del av kommunesektorens ansvarsområde, sier anbefalingen da HelseOmsorg21 rådet da anbefalte å opprette KSF. Denne satsingen er viktig og riktig. Det var full enighet om at HelseOmsorg21 skulle støtte organets opprettelse.

Stoltenberg vektla følgende områder for KSF sitt arbeid:

- Det er nødvendig å sikre høy relevans og kvalitet og bygge systemer som muliggjør den nødvendige forskningen.
- KSF har mange medlemmer, og favner stort og bredt. Det kan være tungt, men mange involverte er en styrke når de skal gjennom diskusjoner som forhåpentligvis fører til nytenkning, dialog og nye løsninger
- Vi kan få til forskning innen primærhelsetjenesten av høy kvalitet, stor internasjonal interesse og høy nyttegrad dersom vi har gode problemstillinger.
- Det finnes ikke noen tydelig strategi for å sikre høy kvalitet på forskningen, dette er noe KSF kan få til
- Nøkkelen til suksess er samarbeid med sterke forskningsmiljøer, men det er viktig å lage et system som fungerer og som setter kommunene i førersetet

Selv om enhver kommune skal være involvert i forskningsarbeid, trenger ikke alle kommuner å bygge opp egne forskningsmiljøer. Noen kommuner er så små at dette ikke er realistisk. Her er stikkordet samarbeid.

**Sak 15/17 Presentasjon av resultater fra rapporten «Utvikling av kommunene som læringsarena» ved Marita Grøtter Raaholt, Rambøll**

Rapporten er ikke publisert enda, og vil bli lagt på nettsiden sammen med presentasjonen når dette skjer.

**Arbeid i grupper: Gruppeoppgaver**



Gruppeoppgaver 9 november 2017.pptx

- **Plenumgjennomgang gruppe 1**



Referat fra KSF 0911 gruppe 1.docx

- **Plenumgjennomgang gruppe 2**



gruppe 2 9 november 17.pptx

**Sak 16/17 Kommunikasjonsplan**

Kommunikasjonsplanen ligger på nettsiden til KS.

**Sak 17/17 Møteplan 2018**

- 24. januar(Gardermoen)
- 13. april(Gardermoen)
- 24.-25. mai(NB! Bergen)
- 24. august(Gardermoen)

**Sak 18/17 Eventuelt**

Ingen saker til eventuelt.

**Oppsummering ved Nina Mevold**



## Sak 06/18 Presentasjon av rapporten Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet. Videreutvikling av nasjonale innovasjonsindikatorer for helsesektoren

<b>Type sak:</b>	Orienteringssak
<b>Til:</b>	HO21-rådet
<b>Fra:</b>	HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

Vedlegg: Rapport Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet 2016 og 2017.

### Hovedpunkter

RHF-ene fikk i 2016 følgende oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet:

#### «**Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

##### *Forskning og innovasjon*

Det er i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og andre helseforetak, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU fra 2015».

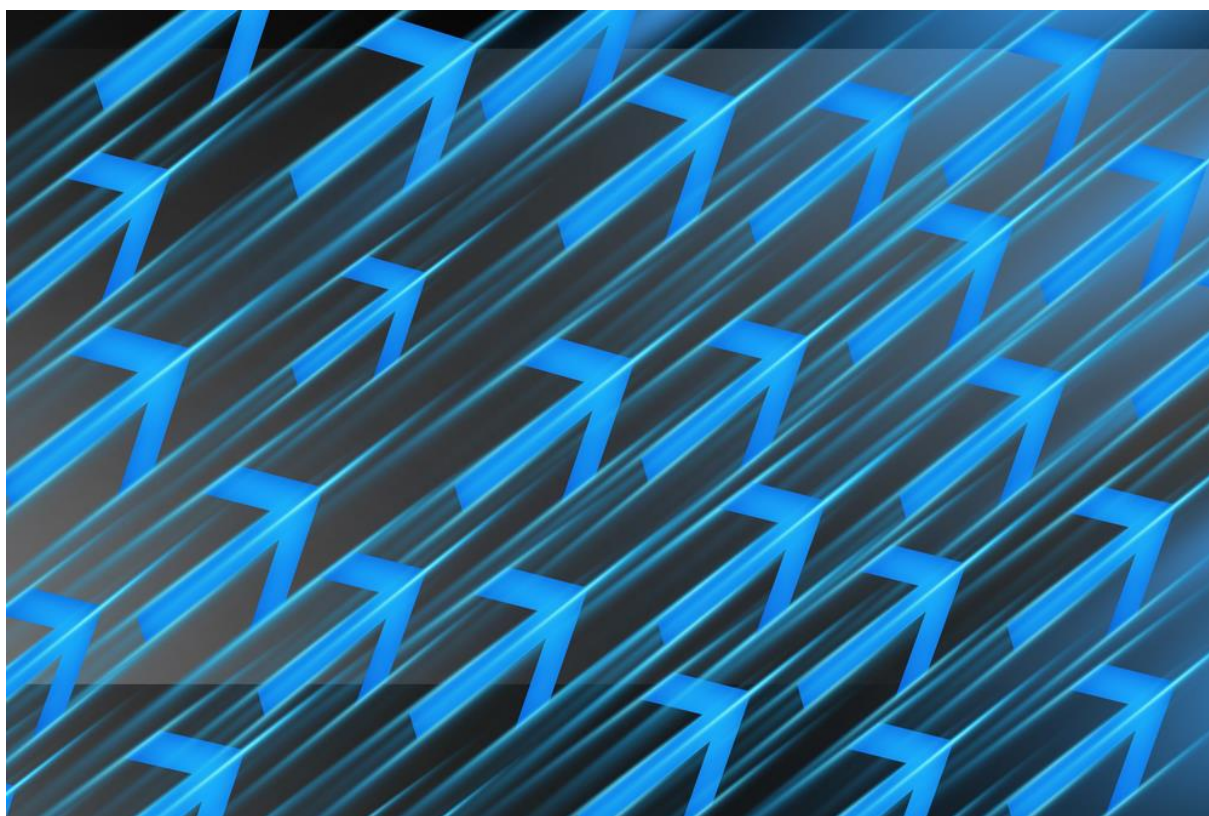
Forskningsjef Øystein Krüger (Helse Sør-Øst RHF) er invitert til HO21-rådsmøtet for å presentere rapporten.

#### **Forslag til vedtak:**

*HO21-rådet tar presentasjonen til etterretning.*

# Piloting of national indicator for innovation activity

Further development of national innovation indicators for the health sector



Rapport 13.12.2016

Utgitt av Helse Sør-Øst RHF

Adresse Grev Wedels plass 5, Oslo, NO-0151 OSLO

Oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet

Samarbeidspartnere Induct AS v/ Synnøve Jacobsen, Tor Andre Johansen og Kim Hamli  
Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU)  
v/ Gunnar Sivertsen

UTKAST

## Sammendrag

I denne rapporten vises resultatene fra pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet. Pilotprosjektets hensikt var å skape en felles enighet om den fasebaserte indikatoren og poengfordelingen for innovasjonsaktivitet, jf. rapporten fra NIFU (2015).

Basert på arbeidet til NIFU (2015) er det gjennom prosjektet blitt gjort enkelte justeringer og tydeliggjøringer av opprinnelig foreslått modell for måling og stimulering av innovasjonsaktivitet i helseforetak. Det er enighet blant deltakende helseforetak om at denne justerte modellens fasekriterier og poenggivning vil være operasjonelt funksjonell, uten å øke behovet for administrativt arbeid hos helseforetakene. Helseforetakene er også omforent om at den synliggjøring og transparens som muliggjøres gjennom et nasjonalt integrert informasjonssystem vil bidra til å øke innovasjonsaktiviteten.

Pilotprosjektet har etablert en felles enighet om innovasjonsbegrepet som skal brukes som arbeidsdefinisjon i helseforetakene. En felles forståelse av definisjonen gjør det enklere for helseforetakene å vurdere hva som skal inkluderes i indikatorrapportering.

Som en sentral del av prosjektet ble det fremstilt en aktivitetsrapport blant helseforetakene som har et informasjonssystem for innovasjon. Disse resultatene er inkludert i kapittel 3.4. Helseforetakene har identifisert utfordringer som de opplever som hindringer for økt innovasjonsaktivitet. For hvert utfordringsområde er det enighet om en rekke tiltak som vil øke innovasjonsaktiviteten lokalt, regionalt og nasjonalt.

Oppdragsgiver for rapporten er Helse- og omsorgsdepartementet. Samtlige regionale helseforetak og utvalgte lokale helseforetak har vært involvert i piloten.

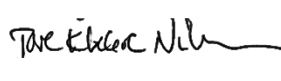
Oslo, 13.12.2016



Kjetil Storvik  
Innovasjonssjef  
Helse Sør-Øst RHF



Johnny Heggstad  
Prosjektdirektør  
Helse Vest RHF



Tove Klæboe Nilsen  
Forskningsjef  
Helse Nord RHF



Øyvind Hope  
Seniorrådgiver  
Helse Midt-Norge RHF

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1 Innledning .....	4
1.1 Avgrensning av oppdraget.....	4
1.2 Milepælsplan .....	4
1.3 Organisering og deltagere .....	5
1.4 Arbeidsmetodikk.....	5
1.5 Videreføring av NIFUs arbeid .....	6
1.5.1 Faser, fasekriterier og poengfordeling .....	7
2 Videreutvikling av faseinndeling og poenggivning .....	9
2.1 Faseinndeling.....	9
2.2 Poengfordeling.....	11
2.3 Inkludering av TTO prosjekter .....	11
2.4 Hvilke aktiviteter kan rapporteres som innovasjon.....	12
2.5 Nasjonalt malverk.....	14
3 Simuleringsresultater.....	15
3.1 Introduksjon .....	15
3.2 Nasjonale resultater .....	16
3.3 Regionale resultater .....	17
3.4 Lokale resultater (per region) .....	18
3.4.1 Helse Sør-Øst – Oslo universitetssykehus (OUS) .....	18
3.4.2 Helse Sør-Øst – Akershus universitetssykehus (Ahus).....	18
3.4.3 Helse Vest – Haukeland universitetssykehus .....	19
3.4.4 Helse Vest – Stavanger universitetssykehus.....	19
3.4.5 Helse Vest – Helse Førde .....	19
3.4.6 Helse Vest – Helse Fonna.....	20
4 utfordringer som forhindrer økt aktivitet.....	21
5 Konklusjoner .....	23
6 Anbefalinger .....	24

## 1 Innledning

I oppdragsdokument 2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene er følgende mål angitt for 2016:

«Det er i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og andre helseforetak, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU fra 2015.»

Den foreliggende rapporten dokumenterer arbeidsmetodikken og resultatene fra pilotprosjektet.

### 1.1 Avgrensning av oppdraget

De nasjonale innovasjonsindikatorene består av to aspekter som til sammen vil gi helseforetak en score på innovasjonsindeksen. Disse to aspektene er;

- Innovasjonsaktivitet – hvor mange innovasjonsprosjekter helseforetakene arbeider på i de ulike innovasjonsfasene
- Innovasjonsnytte – nytteverdien av de innovasjonsprosjektene helseforetakene arbeider på i de ulike innovasjonsfasene

Pilotprosjektets omfang er begrenset til måling av innovasjonsaktivitet og har ikke inkludert utvikling og testing av en indikator for innovasjonsnytte. Pilotprosjektet er gjennomført ved hjelp av Inducts Innovation Management System.

Avgrensningene av oppdraget ble drøftet i møte med Helse- og omsorgsdepartementet den 18. august 2016.

### 1.2 Milepælsplan

Pilotprosjektet hadde følgende milepæler:

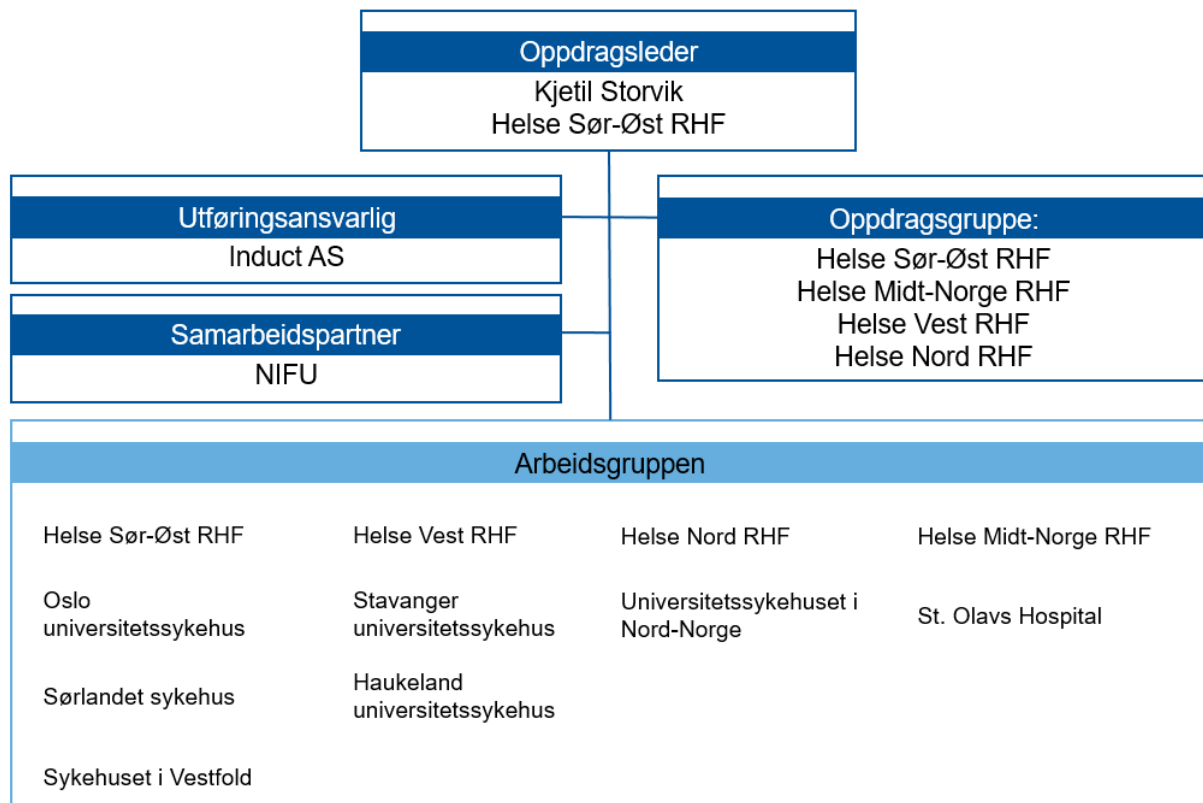
#	Milepæl	Sluttdato
1	Møte i nasjonalt innovasjonsnettverk	22. august 2016
2	Uttrekk av pilotrapport 1 på innovasjonsaktivitet *	27. september 2016
3	Workshop 1 med arbeidsgruppen	05. oktober 2016
4	Uttrekk av pilotrapport 2 på innovasjonsaktivitet *	08. november 2016
5	Intervju med deltakere i arbeidsgruppen / interessenter	14. november 2016
6	Workshop 2 med arbeidsgruppen	15. november 2016
7	Uttrekk av pilotrapport 3 på innovasjonsaktivitet *	30. november 2016
8	Rapporten klar	05. desember 2016
9	Presentere rapporten til nasjonalt innovasjonsnettverk	07. desember 2016
10	Presentere rapporten til HOD	13. desember 2016



\* Med «Uttrekk av pilotrapport» menes et datauttrekk av innovasjonsaktivitet fra hvert helseforetak som benytter Induct Innovation Management. Disse uttrekkene ble brukt til å simulere poenggivning per innovasjonsfase og total poenggivning for helseforetakene.

Alle milepæler ble utført i henhold til plan.

### 1.3 Organisering og deltagere



Inviterte helseforetak som ikke deltok i arbeidsgruppen: Akershus universitetssykehus og Sykehusapotekene.

### 1.4 Arbeidsmetodikk

Pilotprosjektet har holdt to workshops med representanter fra alle deltagende helseforetak, samt utført individuelle intervjuer med disse representantene. I forkant av hver workshop ble det gjort en simulering av indikatoren innovasjonsaktivitet. Simuleringen ble gjort gjennom datauttrekk fra de helseforetak som har implementert Inducts Innovation Management system. Dette systemet muliggjør enkel uthenting av relevante, sammenlignbare data, på tvers av helseforetak.

Workshop 1 ble holdt 5. november og hadde følgende formål:

- Samle innspill for bedre definisjon av faser og kriterier for overgang mellom fasene
- Bedre forståelsen av kriteriene

- Øke forståelse av hvilke initiativ som skal rapporteres (definisjon av innovasjon)
- Bevisstgjørelse av nå-situasjonen og selve rapporteringen (basert på simulering)

Etter workshop 1 ble det gjennomført individuelle intervju med alle deltakerne. Intervjuene gav deltakerne muligheten til å komme med flere innspill på innholdet i workshop 1, samt gi innspill på innholdet i simuleringsrapporten på innovasjonsaktivitet og forhold som oppleves som barrierer / utfordringer for å øke aktiviteten i helseforetaket.

I tillegg til deltakerne fra workshop 1 ble også representanter fra innovasjonsavdelingene i Helse Førde, Helse Fonna og Sunnaas sykehus intervjuet.

Workshop 2 ble holdt 15. november og hadde følgende formål:

- Sikre enighet om den fasebaserte indikatoren og krav til overgang mellom fasene
- Sikre enighet om poengfordelingen per fase
- Identifisere utfordringer som hindrer økt innovasjonsaktivitet
- Identifisere tiltak som kan bidra til å redusere/fjerne utfordringer

## 1.5 Videreføring av NIFUs arbeid

Piloten har basert seg på arbeidet til NIFU (2015) «Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene. En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren».

En sentral del av pilotprosjektet var å verifisere fasene og fasekriteriene, poenggivning per fase, og utvikling av en omforent arbeidsdefinisjon for innovasjon med helseforetakene representert i arbeidsgruppen.

Pilotprosjektet har også drøftet betydningen av å ha et felles, nasjonalt integrert system for å sikre datakvaliteten som skal ligge til grunn for målesystemet, jf. NIFU (2015) kapittel 5 «Spredning og kommunikasjon».

Pilotprosjektet har ikke videreutviklet eller pilotert «nytte» som en innovasjonsindikator. Dette arbeidet anbefaler vi at piloteres i et eget prosjekt.

### 1.5.1 Faser, fasekriterier og poengfordeling

Pilotprosjektet har tatt utgangspunkt i faseinndelingen og kriteriene fra NIFU (2015) kapittel 3.1 og bearbeidet disse videre. Dette er inndelingen og kriteriene i NIFU-rapporten:

#### Fase 1. Idémottak og Idévurdering

Spørsmål til vurdering:

- Er løsningen ny, adoptert fra andre, behov for tilpassing?
- Er nytteverdien stor nok, for hvem?
- Er alle interessentene identifisert?
- Er gjennomføring realistisk (forankring og ressurser)?

**Gjennomført ved:** Akseptert DOFI, dvs. beslutning om videreføring.

#### Fase 2. Forprosjekt

Spørsmål til vurdering:

- Hva er formålet? Hva innebærer måloppnåelsen?
- Hvem er prosjekteier?
- Hvem blir berørt av løsningen når den er satt ut i praksis? Hvordan blir disse berørt?
- Hva trengs av kompetanse og ressurser, hos hvem?
- Hva skal måles og hvordan skal målingen gjennomføres?
- Plan for gjennomføring og implementering, evt. med pilotering, kan begge inneholde:
  - Formål, Milepæler og hovedaktiviteter, Prosjektorganisering inkludert ressursoversikt, Budsjett og finansiering, Plan for nyttevurdering og evaluering, Plan og budsjett for implementering (behov for kommersialiseringspartner/bedrift?)

**Gjennomført ved:** Plan for videreføring (pilotering/hovedprosjekt/implementering) godkjent av prosjekteier; patentsøknad.

#### Fase 3. Pilot

Spørsmål til vurdering:

- Gjennomføre pilot – evalueringer/justeringer underveis:
  - Gjennomføre målinger og innsamling av data
  - Analysere resultater og evaluere måloppnåelse både underveis (der hensiktsmessig) og ved pilotens slutt.
- Oppdatering og godkjenning av implementeringsplan med basis i resultatene fra piloteringen.
- Sluttrapport med anbefaling.

**Gjennomført ved:** Gjennomført pilot med publisert resultat/sluttrapport. (Også hvis resultatet ikke fører til implementering.)

#### Fase 4. Implementering

**Gjennomført ved:** Innovasjonen dokumentert implementert/tatt i bruk i henhold til godkjent implementeringsplan. Evt. lisensiering eller bedriftsetablering.

#### Fase 5. Spredning

**Gjennomført ved:** Dokumentert spredning/kommersialisering av ideen som lå til grunn, samt en evaluering på et eget, enkelt skjema av erfaringene etter at løsningen har vært i drift en forhåndsbestemt tid.

Pilotprosjektet har basert seg på poengfordelingen og kriteriene fra NIFU (2015) kapittel 3.2.

FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5
Idémottak	Forprosjekt	Pilot	Implementering	Spredning
0 poeng	<b>1 poeng</b>	<b>2 poeng</b>	<b>3 poeng</b>	<b>6 poeng</b>

- Poengene akkumuleres, slik at en spredt innovasjon vil få 12 poeng totalt.
- Helseforetak som har bidratt til å spre en innovasjon, men som ikke har ført den frem selv, får poeng i fase 4 og 5.
- Poengberegning foretas en gang årlig.
- Dersom man velger å hoppe over faser får man allikevel poeng for disse fasene det året hvor seneste fase rapporteres.

## 2 Videreutvikling av faseinndeling og poenggivning

I dette kapittelet introduseres de justerte fasekriteriene, spørsmål til vurdering og poengfordelingen. Pilotprosjektets deltakere var omforent om detaljene i fase 1, 2, 3 og 4. Det er fremdeles uklarheter som må adresseres for Fase 5, Spredning. Uklarhetene er hovedsakelig relatert til hvordan poeng skal fordeles ved ulike bruksscenarioer. Slike bruksscenarioer, som må testes gjennom simulering, inkluderer:

- Et helseforetak setter ut deler av prosjektet til et annet helseforetak, f.eks. piloting
- Flere helseforetak samarbeider på et prosjekt

Det er kun innfrielse av selve det objektive kravet til at fasen er gjennomført som har betydning for poenggivning. «Spørsmål til vurdering» skal være til hjelp for helseforetaket i vurderingen om kravet i fasen er innfridd. Spørsmålene er i seg selv ikke krav, og skal heller ikke vurderes som krav av helseforetakene. Alle helseforetak som har implementert Induct Innovation Management vil ta stilling til disse spørsmålene, gjennom oppgaver, i arbeidet som gjøres lokalt med å prosessere ideer. Spørsmålene kan være mer eller mindre relevante for det enkelte prosjekt.

### 2.1 Faseinndeling

Pilotprosjektets deltakere var omforent om følgende faseinndeling.

FASE 1 IDÉMOTTAK	
Krav	Gjennomført dersom det er besluttet at ideen skal videreføres
Spørsmål til vurdering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er ideen ny og nyttig?</li> <li>• Er nytteverdien stor nok for helseforetaket?</li> <li>• Understøtter ideen helseforetakets mål og strategier?</li> <li>• Er interessentene identifisert (alle berørte parter)?</li> <li>• Er ideen tilstrekkelig forankret?</li> <li>• Er ressurser tilgjengelig for gjennomføring av neste fase (mennesker, finansiering osv.)?</li> <li>• Er gjennomføring realistisk?</li> </ul>

<b>FASE 2 FORPROSJEKT</b>	
<b>Krav</b>	<b>Gjennomført forprosjekt med tilgjengeliggjort rapport</b>
<i>Spørsmål til vurdering</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er formål og hensikt identifisert og definert?</li> <li>• Er prosjektets omfang (scope) tilstrekkelig definert?</li> <li>• Er interessentanalysen oppdatert (alle berørte parter samt hvordan disse berøres)?</li> <li>• Er kompetanse- og ressursbehov identifisert?</li> <li>• Er hva som skal måles og hvordan målinger skal gjennomføres definert?</li> <li>• Er det utført kost/nytte vurdering?</li> <li>• Er det utarbeidet en plan for neste fase (pilot og/eller implementering)?</li> </ul>
<b>FASE 3 PILOT</b>	
<b>Krav</b>	<b>Gjennomført pilot med tilgjengeliggjort rapport</b>
<i>Spørsmål til vurdering</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er piloten gjennomført, med evalueringer, og eventuelle justeringer, underveis? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Er målinger gjennomført og resultatdata innsamlet?</li> <li>○ Er resultater analysert og måloppnåelse evaluert (både underveis, hvor hensiktsmessig, og ved pilotens slutt)?</li> </ul> </li> <li>• Er implementeringsplanen oppdatert med basis i resultatene fra piloten?</li> </ul>
<b>FASE 4 IMPLEMENTERING</b>	
<b>Krav</b>	<b>Gjennomført implementering med tilgjengeliggjort sluttrapport</b>
<i>Spørsmål til vurdering</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er implementeringen gjennomført i henhold til godkjent implementeringsplan?</li> <li>• Er overføring til drift/linjen godkjent av drift/linjen (mottaker)?</li> <li>• Er gevinstrealiseringsplan og aktiviteter inkludert i overføring til drift/linjen?</li> </ul>
<b>FASE 5 SPREDNING</b>	
<b>Krav</b>	<b>Dokumentert spredning av ideen som lå til grunn med tilgjengeliggjort sluttrapport fra ny implementering</b>
<i>Spørsmål til vurdering</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har ny implementering oppfylt kravet til fase 4 – implementering?</li> </ul>

## 2.2 Poengfordeling

Pilotprosjektets deltakere var omforent om følgende poengfordeling.

FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5
Idémottak	Forprosjekt	Pilot	Implementering	Spredning
0 poeng	<b>1 poeng</b>	<b>2 poeng</b>	<b>4 poeng</b>	<b>6 poeng</b>

Det er kun i fase 4, implementering, det er gjort endring ifht rapporten til NIFU (2015). Ved å øke poenggivningen i denne fasen med 1 poeng vil incentivet til å øke implementeringstakten lokalt forsterkes. Det var en felles oppfatning blant deltakerne i pilotprosjektet at mange prosjekter stopper opp etter fullført pilot fordi det mangler ressurser eller krever organisasjonsendringer.

Det er behov for å gjøre flere simuleringer på poengfordelingen for å se hvilke utslag ulike scenarier gir. Dette for å sikre at poeng fordeles rettferdig og gjenspeiler faktisk innsats, ref. punkt 2.

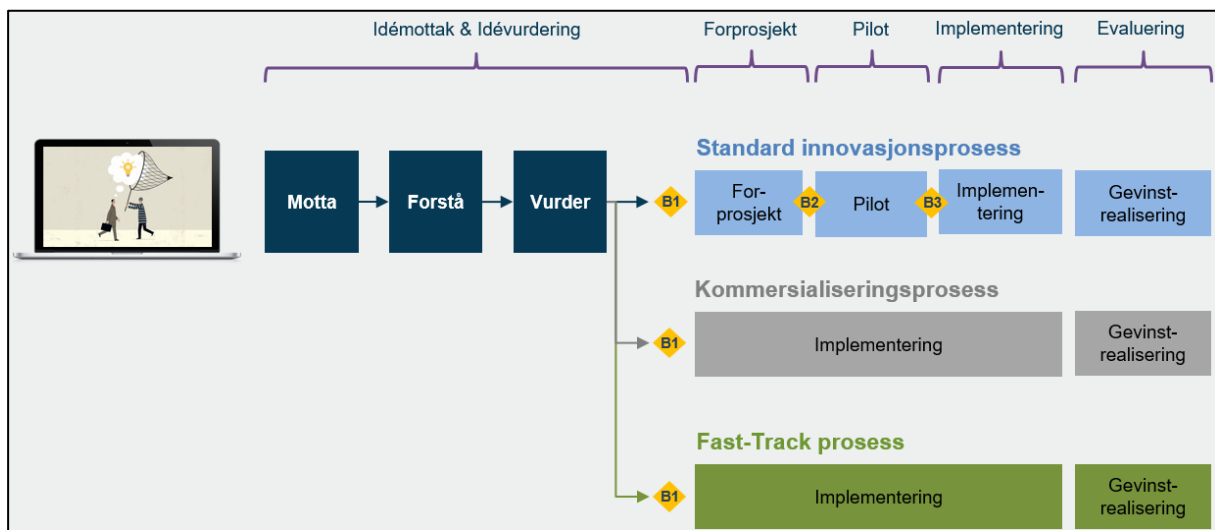
Deling av innovasjoner mellom helseforetak anses av de regionale helseforetakene til å være av stor betydning. Derfor er det diskutert å gi poeng som står i forhold til omfanget av spredning; dvs. hvor mange helseforetak som tar innovasjonen i bruk og om disse igjen videreutvikler innovasjonen og spred den videre. Foreløpige simuleringer viser at dette vil føre til en høy grad av kompleksitet i poenggivning og det anbefales derfor at det utføres ytterligere simulering før det konkluderes på dette punktet.

## 2.3 Inkludering av TTO prosjekter

Helseforetak som har implementert Induct Innovation Management arbeider p.t. med ideer i en av tre mulige prosessløp:

- Standard innovasjonsprosess (ideer som kan defineres som tjenesteinnovasjon)
- Kommersialiseringsprosess (ideer som utvikles videre av helseforetakets TTO)
- Fast-Track prosess (enklere forbedringsideer)

Disse tre prosessløpene og koblingen til indikatorfasene p.t. er illustrert under.



Rapporten fra NIFU (2015) inkluderer forslag til hvordan ideer som videreføres hos TTO kan telles, og derved gi poeng. I TTOenes arbeidsprosesser for kommersialiserbare ideer benyttes steg som minner om fasene i pilotprosjektet, men det er behov for å definere disse nærmere for å skape en enhetlig modell for måling av innovasjonsaktivitet. Det er altså behov for å kartlegge arbeidsprosessene til helseforetakenes TTO, slik at disse kan knyttes til indikatorfasene foreslått av NIFU og følge samme poenggivning som andre innovasjonsprosjekter.

Det er, per i dag, heller ingen omforent rapporteringsprosedyre på plass mellom alle helseforetak og deres respektive TTOer.

## 2.4 Hvilke aktiviteter kan rapporteres som innovasjon

En sentral diskusjon innenfor innovasjon er selve definisjonen av innovasjon. Pilotprosjektet har vurdert, og diskutert i både workshops og intervjuer, ulike definisjoner med den hensikt å tydeliggjøre hva som skal rapporteres som innovasjonsaktivitet.

Pilotprosjektet anbefaler at man benytter en definisjon av innovasjon som ikke er ekskluderende. Dette for å muliggjøre at f.eks. forbedringstiltak (LEAN) som har/eller kan ha et innovasjonspotensiale kan inkluderes. Deltakerne i pilotprosjektet diskuterte i denne sammenheng muligheten for at konkurransen om poeng mellom helseforetakene kunne føre til at det registreres ideer og/eller aktiviteter som ikke er relevante for innovasjon.



Motargumentet til denne bekymringen var at et transparent rapporteringssystem raskt vil fange opp denne typen aktivitet, samt at nyttevurderingen vil nedjustere verdien av aktiviteten i den endelige poenggivningen.

Deltakerne i pilotprosjektet var omforent om at N3 - Nytt, Nyttig, Nyttiggjort beskriver på en kortfattet og god måte hva innovasjon er, og at det skal brukes som arbeidsdefinisjon i helseforetakene.

I praksis vil N3 bli operasjonelt definert som de prosjektene som tas videre gjennom fasene i et nasjonalt informasjons- og målesystem for helseinnovasjon hvor alle aktører kan se, vurdere og benytte hverandres prosjekter.

NYTT	NYTTIG	NYTTIGGJORT
Kan ideen defineres som noe nytt?	Har ideen nytte/verdi innenfor en av nyttekategoriene?	Er det dokumentert at ideen er implementert?
Er ideen ny for: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinikken</li> <li>• Sykehuset</li> <li>• Helseforetaket</li> <li>• Regionen</li> <li>• Landet</li> <li>• Internasjonalt</li> </ul> Dersom ja på en av disse skal ideen behandles som en potensiell innovasjon.	Nyttetekategoriene: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienttilfredshet</li> <li>• Ansatttilfredshet</li> <li>• Kvalitet</li> <li>• Effektivitet</li> <li>• Inntekter</li> <li>• Kostnader</li> </ul> Dersom ja på en eller flere av kategoriene må nytten vurderes mot helseforetakets strategier og mål.	Dokumentasjon: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fullføring av fase 4, implementering</li> <li>• Tilgjengeliggjort sluttrapport (en-siders oppsummering)</li> </ul> Dersom ja på disse vil ideen anses som en innovasjon som kan spres til andre helseforetak.

## 2.5 Nasjonalt malverk

Pilotprosjektets deltakere mener at ved prosessering av ideer lokalt, skal helseforetakets egne malverk og prosedyrer være gjeldene.

Deltakerne bekreftet behovet for en nasjonal mal for oppsummering av et innovasjonsprosjekt, en en-siders oppsummering. Denne en-sideren må inneholde nok informasjon for at et annet helseforetak skal kunne forstå ideen og enkelt vurdere om a) det er et prosjekt de ønsker mer informasjon om b) det er prosjekt de vil vurdere å adoptere til sitt helseforetak.

Hva denne malen skal inneholde av informasjon må defineres videre, og dette arbeidet utføres av det nasjonale innovasjonsnettverket hvor alle universitetssykehus er representert.

UTKAST

### 3 Simuleringsresultater

Det er gjort tre separate datauttrekk og simuleringer i løpet av pilotprosjektet. Det første uttrekket baserte seg på fasene og poengfordelingen til NIFU (2015), det andre uttrekket baserte seg på innspill fra workshop 1 og individuelle intervjuer, og det tredje uttrekket reflekterer pilotprosjektets omforente faseinndeling og poengfordeling. Simuleringsrapporten fra uttrekk tre (datert 30. november 2016) er presentert her.

#### 3.1 Introduksjon

Informasjon om innholdet i datauttrekket som ligger til grunn for simuleringen:

- Der hvor data er tilgjengelig hos helseforetakene, viser simuleringen innovasjonsaktivitet, og poengfordeling, fra både 2015 og 2016
- Simuleringen dekker kun helseforetak som har implementert Induct Innovation Management
- St. Olavs Hospital i Helse Midt-Norge har implementert sin løsning, men den brukes p.t. som et internt prosjektstyringsverktøy for Fremtidens Operasjonsrom (FOR), og er derfor ikke inkludert
- Simuleringen for 2016 har filtrert ideer utfra hvilken innovasjonsprosess de følger; standard innovasjonsprosess, kommersialiseringsprosess og Fast-Track prosess, ref. punkt 2.3
- Helseforetak som er inkludert i simuleringer er:
  - Oslo universitetssykehus
  - Akershus universitetssykehus
  - Haukeland universitetssykehus
  - Stavanger universitetssykehus
  - Helse Førde
  - Helse Fonna

For å kunne arbeide med ideer gjennom de ulike fasene er man avhengig av kontinuerlig tilgang til nye ideer. Pilotprosjektet har identifisert et behov for å få en oversikt over det totale antallet ideer meldt inn til helseforetakene, uavhengig av om ideene er videreført. Datauttrekket har derfor inkludert en nytt felt «Idéfangst» som er med i simuleringsresultatene. Tallene i dette nye feltet er i kursiv tekst.

### 3.2 Nasjonale resultater

Basert på tallene hentet fra helseforetakene har både aktivitet og poenggivning blitt summert opp for å vise nasjonale resultater.

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
2016	Antall ideer	132	76	50	35	22	0	208
	Poeng	0	0	50	70	88	0	
2015	Antall ideer	182	29	20	16	7	0	80
	Poeng	0	0	20	32	28	0	

Til tross for en nedgang i antallet mottatte ideer fra 2015 til 2016 er poengsummen for 2016 vesentlig høyere. Dette er fordi det i 2016 er flere innovasjonsprosjekter i de fasene som gir poeng, og kan leses som at det har vært større fokus på gjennomføring enn idefangst i 2016. I tillegg har redefinering av innovasjonsprosessen ved Haukeland universitetssykehus gjort at datauttrekket fremstiller et kunstig lavt aktivitetsnivå for 2015.

### 3.3 Regionale resultater

Basert på tallene hentet fra helseforetakene har både aktivitet og poenggivning blitt summert opp for å vise regionale resultater.

Resultater for 2016:

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
	POENG		0	1	2	4	6	
HELSE SØR-ØST	Antall ideer	46	19	15	11	9	0	73
	Poeng	0	0	15	22	36	0	
HELSE VEST	Antall ideer	86	57	35	24	13	0	135
	Poeng	0	0	35	48	52	0	
HELSE MIDT-NORGE	Antall ideer	-	-	-	-	-	-	0
	Poeng	-	-	-	-	-	-	
HELSE NORD	Antall ideer	-	-	-	-	-	-	0
	Poeng	-	-	-	-	-	-	

Resultater for 2015:

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
	POENG		0	1	2	4	6	
HELSE SØR-ØST	Antall ideer	66	24	16	10	3	0	48
	Poeng	0	0	16	20	12	0	
HELSE VEST	Antall ideer	116	5	4	6	4	0	32
	Poeng	0	0	4	12	16	0	
HELSE MIDT-NORGE	Antall ideer	-	-	-	-	-	-	0
	Poeng	-	-	-	-	-	-	
HELSE NORD	Antall ideer	-	-	-	-	-	-	0
	Poeng	-	-	-	-	-	-	

Det bør tas i betraktning at alle foretak i Helse Vest er inkludert i simuleringen, da det ble utført en felles implementering av Induct Innovation Management i regionen høsten 2015. I Helse Sør-Øst er det kun Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus som er inkludert. Sørlandet Sykehus, Sykehusapotekene og Sykehuset i Vestfold implementerer sine Induct løsninger i første kvartal 2017. I Helse Midt-Norge har Hemit startet implementeringen av egen Induct løsning og implementering hos øvrige helseforetak i regionen er estimert til første kvartal 2017. I Helse Nord har Universitetssykehuset Nord-Norge startet implementeringen av egen Induct løsning. Alle helseforetak som fullfører implementering av Induct Innovation Management vil inkluderes i eventuelle fremtidige simuleringer.

### 3.4 Lokale resultater (per region)

#### 3.4.1 Helse Sør-Øst – Oslo universitetssykehus (OUS)

	IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
<b>POENG</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	
2016	Ideer - standard	41	15	11	7	4	0
	Ideer - fast track	0	0	0	0	0	0
	Ideer - TTO	0	0	0	0	0	0
	<b>Poeng</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>0</b>
2015	Antall ideer	41	17	10	5	2	0
	<b>Poeng</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>0</b>

OUS benytter ikke Induct Innovation Management til å følge opp prosjekter som gjennomføres hos TTO eller Fast-Track ideer. Utrekket kan derfor gi et kunstig lavt bilde på innovasjonsaktiviteten i de ulike fasene.

#### 3.4.2 Helse Sør-Øst – Akershus universitetssykehus (Ahus)

	IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
<b>POENG</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	
2016	Ideer - standard	4	2	2	2	4	0
	Ideer - fast track	0	1	1	1	1	0
	Ideer - TTO	1	1	1	1	0	0
	<b>Poeng</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>0</b>
2015	Antall ideer	25	7	6	5	1	0
	<b>Poeng</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>0</b>

Ahus implementerte Induct Innovation Management i slutten av tredje kvartal 2015. Etter implementering har innovasjonsavdelingen vært under omorganisering, noe som kan forklare lavere aktivitet i de tidlige fasene. Lav aktivitet i de tidlige fasene vil kunne medføre lavere poengsum i påfølgende år da man har færre prosjekter å gjennomføre.

### 3.4.3 Helse Vest – Haukeland universitetssykehus

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
2016	Ideer - standard	30	36	13	6	4	0	114
	Ideer - fast track	14	6	6	6	4	0	
	Ideer - TTO	4	7	9	7	4	0	
	Poeng	0	0	28	38	48	0	
2015	Antall ideer	70	0	0	2	0	0	4
	Poeng	0	0	0	4	0	0	

Den lave aktiviteten i 2015 skyldes i hovedsak manglende datagrunnlag da innovasjonsprosessene ble redefinert høsten 2015.

### 3.4.4 Helse Vest – Stavanger universitetssykehus

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
2016	Ideer - standard	11	4	3	1	0	0	11
	Ideer - fast track	7	2	2	2	0	0	
	Ideer - TTO	2	0	0	0	0	0	
	Poeng	0	0	5	6	0	0	
2015	Antall ideer	33	1	0	0	0	0	0
	Poeng	0	0	0	0	0	0	

Etter implementering av Induct Innovation Management høsten 2015 var innovasjonsavdelingen ved Stavanger universitetssykehus under omorganisering. Avdelingen er nå en del av Prosjektkontoret.

### 3.4.5 Helse Vest – Helse Førde

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
2016	Ideer - standard	13	1	1	1	1	0	7
	Ideer - fast track	0	0	0	0	0	0	
	Ideer - TTO	0	0	0	0	0	0	
	Poeng	0	0	1	2	4	0	
2015	Antall ideer	11	4	4	4	4	0	28
	Poeng	0	0	4	8	16	0	

Etter implementering av Induct Innovation Management høsten 2015 har innovasjon vært ivaretatt av seksjonsleder, Senter for helseforskning. Det arbeides nå med å sikre en egen stilling med ansvar for innovasjon som vil finansieres av Kunnskapsparken, Høyskolen i Sogn og Fjordane og Helse Førde.

### 3.4.6 Helse Vest – Helse Fonna

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
2016	Ideer - standard	2	0	0	0	0	0	
	Ideer - fast track	2	0	0	0	0	0	
	Ideer - TTO	1	1	1	1	0	0	
	<b>Poeng</b>	0	0	1	2	0	0	3
2015	Antall ideer	2	0	0	0	0	0	
	<b>Poeng</b>	0	0	0	0	0	0	0

Etter implementering av Induct Innovation Management høsten 2015 har innovasjon vært ivaretatt av Avdeling for Forskning og innovasjon. Det arbeides med å forankre innovasjon i klinikkene gjennom utvikling av en innovasjonskoordinator rolle per klinikk.



## 4 utfordringer som forhindrer økt aktivitet

Piloteringen av innovasjonsindikatorerne har også bidratt med innsikt i en rekke utfordringer som gjør det vanskelig å øke innovasjonsaktiviteten i helseforetakene. Disse utfordringene, samt forslag til kompenserende tiltak, er presentert her.

### Utfordring 1. Rammer

Mål for innovasjon må beskrives tydelig, og på rett detaljnivå, i oppdragsdokumenter. Dette er avgjørende for å sikre oppmerksomhet fra helseforetakenes ledelse.

#### Forslag til kompenserende tiltak:

- Arbeide med de regionale helseforetakene for å sikre at oppdragsdokumenter har ønsket nivå av detaljer innenfor området innovasjon
- Arbeide strategisk med å utrede hvorvidt det er mulig å gjøre innovasjon til en lovpålagt oppgave i helseforetakene
- Øremerkede midler til innovasjon og innovasjonsprosjekter

### Utfordring 2. Forankring

Bedre forankring i helseforetakenes ledelse er en kritisk suksessfaktor for å kunne øke innovasjonsaktivitet og implementeringstakt.

#### Forslag til kompenserende tiltak:

- Innovasjonsavdelingen oppdaterer ledelsen hvert kvartal på f.eks. tre gode ideer – hvor de kom fra, estimert nytte, eventuelle utfordringer
- Ledelsen bidrar med å identifisere utfordringsområder som innovasjon kan bidra til å løse

### Utfordring 3. Insentiver

Det er p.t. ingen insentivmodell for tjenesteinnovasjon.

#### Forslag til kompenserende tiltak:

- Utvikle en insentivmodell for tjenesteinnovasjon, på lik linje med kommersialiserbar innovasjon (1/3 til idehaver, 1/3 til helseforetaket og 1/3 til TTO)
- Sikre at de som bidrar med sine ideer får støtte og bistand fra rådgivere med innovasjonskompetanse og erfaring

**Utfordring 4. Kommunikasjon**

Helseforetakene har individuelt ikke ressursene til den PR og kommunikasjonsaktivitet som er nødvendig for å «sette innovasjon på kartet».

Forslag til kompenserende tiltak:

- Etablere en nasjonal kommunikasjonsstrategi
- Etablere regionale kommunikasjons-strategier som understøtter den nasjonale kommunikasjons-strategien
- Forankre kommunikasjonsbehov i helseforetakenes ledelse

**Utfordring 5. Kunnskap**

Det er manglende kunnskap om hva innovasjon er, samt hva en innovasjonsprosess inneholder. Dette gjør det vanskeligere å skape en kultur for innovasjon.

Forslag til kompenserende tiltak:

- Skape lett forståelig kommunikasjonsmateriale som tydeliggjør forskjeller og likheter mellom innovasjon og forbedringsarbeid, forskning, kommersialisering osv.
- Etablere kurs om innovasjon for ulike ledernivå i helseforetakene
- Etablere et nasjonalt tilgjengelig bibliotek over suksessfulle innovasjoner
- Etablere en praktikantordning slik at helseforetak kan hospitere hos hverandre
- Øke kompetansen på utførelse av nytteverdier
- Undersøke mulighetene for å opprette regionale, eventuelt nasjonale, retningslinjer for nytteverdier
- Undersøke mulighetene for å opprette regionale, eventuelt nasjonale, kompetansesenter på nytteverdier

## 5 Konklusjoner

Pilotprosjektet har etablert en felles omforent forståelse av faseinndelingen og kravene for overgang mellom fasene.

Faseinndelingen er ikke endret fra NIFUs arbeid (2015) men kriteriene for overgang mellom fasene er tydeliggjort.

Etter omfattende diskusjon blant deltakerne har kriteriet for overgang fra fase 2 (forprosjekt) til fase 3 (pilot) blitt endret.

<b>Opprinnelig krav</b> NIFU (2015)	Plan for videreføring (pilotering / hovedprosjekt / implementering) godkjent av prosjekteier.
<b>Omforent krav</b> Pilotprosjekt (2016)	Gjennomført forprosjekt med tilgjengeliggjort rapport.

Dette betyr at helseforetak får poeng for gjennomført forprosjekt, uavhengig av om forprosjektet resulterer i en pilot / implementering.

Pilotprosjektet har etablert en felles omforent forståelse for at det kun er kravet for overgang mellom fasene som må innfris. «Spørsmål til vurdering» skal bistå helseforetaket i vurderingen om kravet i fasen er innfridd, men er i seg selv ikke krav og skal heller ikke vurderes som krav av helseforetakene.

«Spørsmål til vurdering» er endret noe fra NIFUs arbeid (2015) for å sikre en omforent forståelse blant helseforetakene samt sikre at de dekker de områder identifisert som mest sentrale hos pilotprosjektets deltakere.

Etter innspill fra deltakerne er poenggivning for fase 4 (implementering) endret fra 3 poeng til 4 poeng. Ved å øke poenggivningen i denne fasen med 1 poeng vil incentivet til å øke implementeringstakten lokalt forsterkes.

Deltakerne diskuterte hvorvidt poenggivning for gjennomføring av fase 1 (idemottak) skulle endres fra 0 poeng til 1 poeng. Konklusjonen på denne diskusjonen var at det ikke skulle gjøres endring på poenggivning for denne fasen.

Deling av innovasjoner mellom helseforetak anses av de regionale helseforetakene til å være av stor betydning.

Pilotprosjektet har derfor identifisert et behov for å gi poeng som står i forhold til omfanget av spredning. Deltakerne er omforent om at nåværende poenggivning (6 poeng) skal være gjeldene frem til en ytterligere vurdering er gjennomført.

Pilotprosjektet har etablert en felles omforent forståelse for at N3 - Nytt, Nyttig, Nyttiggjort skal brukes som arbeidsdefinisjon for innovasjon ved helseforetakene, samt definere hva som skal rapporteres som innovasjonsaktivitet.

## Anbefalinger

### Anbefaling 1. Videreføring av pilot på aktivitetsindikatoren

For å opprettholde det momentum man har opparbeidet gjennom dette pilotprosjektet anbefales det at man fortsetter med pilotering av aktivitetsindikatoren, samt holder drøftingsmøter med pilotprosjektets deltakere.

### Anbefaling 2. Forskningsbasert pilotprosjekt på nytteindikatoren

Etablere et forskningsbasert pilotprosjekt for å utvikle og teste kriterier for nytteevaluering, samt utvikle felles hjelpemidler til nytteevaluering, jf. NIFU (2015).

### Anbefaling 3. Konkrete mål for innovasjon i oppdrags- og bestillingsdokument

Det er en sterk kobling mellom hva som står i det årlige oppdrags- og bestillingsdokumentet (OBD) og hva helseforetakene bruker ressurser på. For å understøtte helseforetakenes investering i innovasjon er det derfor ønskelig at OBD inneholder tydelige mål, både kortsiktige og langsiktige.

### Anbefaling 4. Nasjonal portal for publisering av innovasjonsindikatorer

Det anbefales at det etableres en nasjonal digital portal for publisering av resultater for målesystemet for innovasjon. Informasjonen vil kunne hentes fra informasjonssystemet for innovasjon, Induct, og det bør vurderes om denne informasjonen skal kobles til HO21-monitor eller være en selvstendig portal. Portalen bør også kunne benyttes til publisering av vellykkede innovasjoner fra helseforetakene.

### Anbefaling 5. Bistå helseforetak med å øke innovasjonsaktivitet

De regionale helseforetakene bør bistå helseforetakene med tiltak som kan bidra til økt innovasjonsaktivitet. Dette kan f.eks. være innenfor områdene kommunikasjon, ledelsesforankring og kunnskapsdeling.

### Anbefaling 6. Kartlegging av TTOenes arbeidsprosesser

Det er behov for å kartlegge arbeidsprosessene til helseforetakenes TTO, slik at disse kan knyttes til indikatorfasene foreslått av NIFU og følge samme poenggivning som andre innovasjonsprosjekter.

UTKAST

# Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsnytte

Statusrapport pr. 18.12.2017

Videreutvikling av nasjonale innovasjonsindikatorer for helsesektoren

Rapport 18.12.2017

Utgitt av Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt RHF, Helse Nord RHF

Adresse Grev Wedels plass 5, Oslo, NO-0151 OSLO

Oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet

Samarbeidspartnere Induct AS:

Tor Andre Johansen, Synnøve Jacobsen, Liv Arnica Hovland

Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning

(NIFU): Gunnar Sivertsen

UTKAST

## Sammendrag

Den foreliggende rapporten presenterer status for et arbeid med utvikling av innovasjonsindikatorer initiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdraget har vært ledet av Helse Sør-Øst RHF og er formelt forankret i Oppdragsdokument for 2016 til de regionale helseforetakene. Ut over oppdragsformuleringen er det presisert fra departementets side at man med utgangspunkt i indikatorene vil vurdere å etablere en insentivordning for å stimulere til økt innovasjonsaktivitet i helseforetakene.

I 2016 ble det utviklet og pilotert en indikator for måling av innovasjons*aktivitet*. Her registreres hvor mange innovasjonsprosjekter helseforetakene gjennomfører og hvor langt fremskredne de er relatert til en definert faseinndeling.

I 2017 har det vært arbeidet med utvikling av en indikator for måling av innovasjons*nytte*, dvs. nytteverdien av de innovasjonsprosjektene helseforetakene gjennomfører. Arbeidsgruppen har vurdert et utvalg relaterte eller lignende rammeverk, og hentet inn innspill fra bidragsyttere med kompetanse på disse rammeverkene. Eksempler på rammeverk som har vært vurdert, er Clinical Impact Study (CIMIT), Research Excellence Framework (REF) og forskningen innen tidligfase HTA ved Senter for fremtidig helse – C3. Ingen av de vurderte rammeverkene for nyttevurdering har som mål å kunne sammenligne prosjekter på tvers i et nasjonalt system, slik innovasjonsindikatorene skal, men arbeidsgruppen har i stor grad bygget videre på arbeidet i C3.

Arbeidsgruppen foreslår en nytteindikator som består av tre hovedkategorier med tilhørende, beskrivende underkategorier:

- **Pasientnytte** – pasienttilfredshet, behandling/helsegevinst, redusert klinisk risiko
- **Økonomisk nytte** – reduserte kostnader, økte inntekter
- **Organisatorisk nytte** – medarbeidertilfredshet, enklere/bedre arbeidsprosesser, reduksjon i flaskehals

Arbeidsgruppen foreslår at hver av disse kategoriene skal gis en skår på en skala fra 0 til 5, hvor hver nytteeffekt registreres i to dimensjoner, hhv. *nytte* og *omfang/populasjon*. Nytte defineres kvalitativt som lav, middels eller høy. Omfang/populasjon uttrykker i hvilket omfang nytten realiseres (i eget sykehus eller nasjonalt) og hvor mange pasienter som omfattes (få eller mange).

I det nasjonale systemet skal innovasjonens nytte måles og rapporteres etter at innovasjonen er implementert. Siden karaktersettingen internt i hvert helseforetak i stor grad vil være subjektiv, foreslår arbeidsgruppen en modell der ett RHF validerer nytteskåren i et annet RHF. I tillegg til økt objektivitet vil en slik modell bidra til erfaringsutveksling og informasjon om innovasjonsprosjekter på tvers av regionene. Det vil styrke kunnskapen om innovasjon i foretakene generelt, og bidra til at nyttevurderingene nasjonalt blir mer enhetlige og konsistente. Ved at alle innovasjonsprosjektene i utgangspunktet vil kunne bli utsatt for ekstern



evaluering av et annet regionalt helseforetak, vil evalueringsordningen virke disiplinerende og hindre feilaktig innrapportering.

Arbeidsgruppen foreslår fullskala pilotering av aktivitetsindikatoren og «frivillig» pilotering av nytteindikatoren i 2018.

Oslo, 18.12.2017



Kjetil Storvik  
Innovasjonssjef  
Helse Sør-Øst RHF



Johnny Heggstad  
Prosjektdirektør  
Helse Vest RHF



Tove Klæboe Nilsen  
Forskningsjef  
Helse Nord RHF



Øyvind Hope  
Seniorrådgiver  
Helse Midt-Norge RHF

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1 Innledning .....	6
1.1 Bakgrunn og oppdrag.....	6
1.2 Avgrensning av oppdraget.....	7
1.3 Fremdriftsplan .....	8
1.4 Organisering og deltagere .....	8
1.5 Organisering av arbeidet .....	8
2 Prosjektets arbeid.....	9
2.1 Om nyttevurderinger.....	9
2.2 Utvikling av rammeverk for nytteindikator .....	10
3 Anbefalt modell for nyttevurdering .....	10
3.1 Beskrivelse av modellen.....	11
3.1.1 Nyttekategorier.....	11
3.1.2 Nytteeffekter.....	12
3.1.3 Måleparametere.....	14
3.1.4 Skala og scoring for nyttevurderinger .....	14
3.2 Evaluering av nyttevurderinger .....	15
3.3 Nytteindikator og forskning hos C3.....	17
3.4 Begrensninger ved modellen.....	17
3.5 Forslag til om pilotering i 2018.....	18
4 Nasjonale resultater for innovasjonsaktivitet.....	19
4.1 Nasjonale resultater .....	19
4.2 Regionale resultater .....	20
4.3 Lokale resultater.....	21
4.3.1 Helse Sør-Øst – Oslo universitetssykehus (OUS) .....	21
4.3.2 Helse Sør-Øst – Akershus universitetssykehus (Ahus).....	21
4.3.3 Helse Sør-Øst – Sykehuset i Vestfold .....	21
4.3.4 Helse Sør-Øst – Sørlandet sykehus .....	21
4.3.5 Helse Vest – Haukeland universitetssykehus .....	22
4.3.6 Helse Vest – Stavanger universitetssykehus.....	22
4.3.7 Helse Vest – Helse Førde .....	22
4.3.8 Helse Vest – Helse Fonna.....	23
4.3.9 Helse Midt – St. Olavs hospital.....	23
4.3.10 Helse Midt – Møre og Romsdal .....	23

4.3.11	Helse Nord – Universitetssykehuset i Nord-Norge.....	23
5	Anbefalinger til videre arbeid .....	24

UTKAST

## 1 Innledning

I oppdragsdokument 2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene er følgende mål angitt for 2016:

*Det er i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og andre helseforetak, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU fra 2015.*

Arbeidet som er utført i 2017 er en videreføring av arbeidet fra 2016 som tok utgangspunkt i oppdraget som ble gitt i 2016.

Rapporten fra NIFU fra 2015<sup>1</sup> foreslår at man skulle videreutvikle og teste aktivitetsmåling, dernest utvikle og teste kriterier for nytteevaluering. I 2016 utviklet og piloterte man en indikator for innovasjonsaktivitet. Rapport fra dette arbeidet ble overlevert til HOD i desember 2016.<sup>2</sup> I 2017 har vi utviklet en indikator for innovasjonsnytte. Denne indikatoren anbefales pilotert i helseforetak i 2018.

Denne rapporten dokumenterer arbeidet med utvikling av nytteindikatoren i 2017 ved å anbefale en utforming av nytteindikatoren og hvordan den kan piloteres i 2018. Den gir også en status for videreføringen av pilotering av indikatoren for innovasjonsaktivitet og en tilsvarende prøverapportering som ble gjort i 2016.

### 1.1 Bakgrunn og oppdrag

Som nevnt har prosjektet basert seg på arbeidet i 2015-16 (note 1 og 2) og ovenfor nevnte oppdragsdokument.

I 2017 skulle prosjektet ha særlig fokus på å utvikle en metode for nytteindikatoren og å følge opp pilotering av aktivitetsindikatoren. Det har vært et utgangspunkt at måling av innovasjonsarbeidet i helseforetakene eventuelt skal kunne benyttes som grunnlag for etablering av et insentivsystem på linje med systemet for forskningsproduksjon. Arbeidet har uansett betydning for å kunne utvikle et nasjonalt system for å følge opp innovasjonsarbeidet

---

<sup>1</sup> Gunnar Sivertsen: Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene: En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren. NIFU Arbeidsnotat 2015:16.

<sup>2</sup> Helse Sør-Øst RHF: Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet. Videreutvikling av nasjonale innovasjonsindikatorer for helsesektoren. Rapport 13.12.2017.

i helseforetakene, og for å kunne informere om, lære fra og dra nytte av arbeidet på tvers av helseforetakene.

## 1.2 Avgrensning av oppdraget

De nasjonale innovasjonsindikatorne består av to separate indikatorer som til sammen vil gi helseforetak en score på innovasjonsindeksen. , se NIFU-rapporten i note 1 ovenfor - Disse to indikatorne er;

- *Innovasjonsaktivitet* – hvor mange innovasjonsprosjekter helseforetakene arbeider med i de ulike innovasjonsfasene
- *Innovasjonsnytte* – nytteverdien av de innovasjonsprosjektene helseforetakene gjennomfører

Prosjektets omfang i 2017 var begrenset til utvikling av en indikator for innovasjonsnytte samt videreføring av måling av innovasjonsaktivitet. Vi har ikke gjennomført en pilot av den foreslåtte nytteindikatoren, men anbefaler konkret hvordan dette kan gjøres i 2018.

### 1.3 Fremdriftsplan

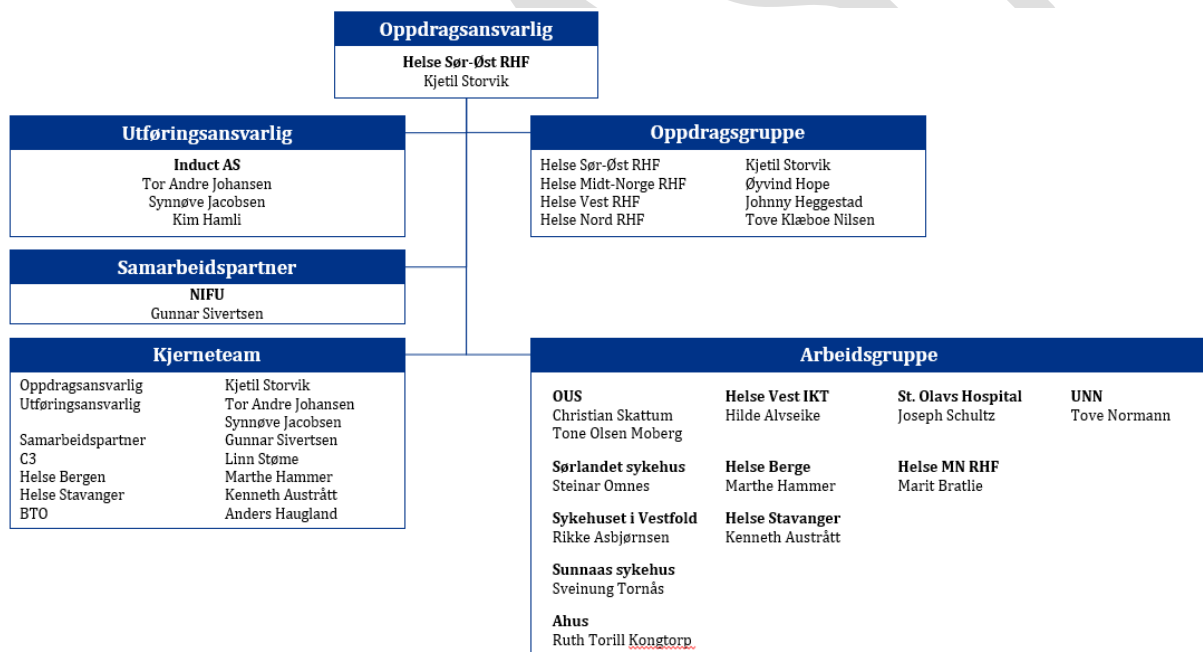
Alle aktiviteter i 2017 ble utført etter den planen som er vist i figur 1.

Figur 1. Fremdriftsplan i 2017.

#	Aktivitet	Slutt dato
1	WS1 Oppstart (Arbeidsgruppen)	20. juni 2017
2	Arbeidsmøter kjerneteam (ukentlig)	September 2017
3	WS2 Nyttvurdering (Arbeidsgruppen)	28. september 2017
4	Arbeidsmøter kjerneteam (ukentlig)	Oktober 2017
5	WS3 Nyttvurdering (Arbeidsgruppen)	16. november 2017
6	Rapport ferdigstilt	desember 2017
7	Presentere rapporten til HOD	desember 2017

### 1.4 Organisering og deltagere

Figur 2 viser hvordan arbeidet i 2017 har vært organisert og hvem som har deltatt.



### 1.5 Organisering av arbeidet

Prosjektet har vært organisert med en rådgivende arbeidsgruppe bestående av representanter fra både små og store helseforetak, for å få frem synspunkter fra et stort spekter ulike HF. Videre har det i samråd med arbeidsgruppen blitt oppnevnt et kjerneteam som mellom møtene i arbeidsgruppen har arbeidet med utvikling av metoden for nyttemåling. Kjerneteamets arbeid har blitt oppsummert og presentert for arbeidsgruppen, som deretter har gitt innspill og tilbakemeldinger. Kjerneteamet har hatt ukentlige møter, og har også involvert relevant kompetanse fra tilhørende eller relevante organisasjoner.

## 2 Prosjektets arbeid

Prosjektet har pågått fra juni til desember 2017. I tillegg til arbeidet med å finne en metodikk for å kunne angi nytten av innovasjonsprosjekter har prosjektet fulgt opp arbeidet med aktivitetsindikatoren fra 2016, herunder utvikle malen for en-siders rapporter for prosjektene.

### 2.1 Om nyttevurderinger

Prosjektet har valgt å legge KommIT sin definisjon av nytte/gevinster til grunn for arbeidet. Denne definisjonen er den samme som benyttes i Helsedirektoratets rapporter om Nasjonalt program for velferdsteknologi.

*«Gvinster er nyttevirksomheter, fordeler eller positive effekter som forventes oppnådd ved et prosjekt eller tiltak. Gvinster er ønskede og planlagte, og helst forhåndsdefinerte, men kan også oppstå som ikke-planlagte virkninger underveis og i etterkant av prosjekter.» (KommIT, 2013).*

Selv om det er flere beslektede metodikker for nyttevurderinger (f.eks Samveis sitt verktøy for gevinstkartlegging eller KS sin Gevinstkokebok), har prosjektet ikke funnet at noen av disse passer innovasjonsindikatorernes formål.

Nyttevurderinger som inngår i forbindelse med innovasjonsindikatorerne har som formål å

- A) sammen med aktivitetsindikatoren danne grunnlaget for score på innovasjonsindeksen.
- B) gi andre interessenter enn gjennomførende foretak innsikt i verdien eller nytten ved å gjennomføre et tilsvarende prosjekt,
- C) gi et evalueringsgrunnlag for å si noe om hvorvidt dette var et vellykket prosjekt med tanke på verdioppnåelse/ nytteeffekt for gjennomførende foretak,

Det er viktig å skille mellom rene nyttevurderinger, slik som dette prosjektet tar for seg, og andre type vurderinger som gjøres i prosjektsammenheng, slik som kost/nytte beregninger og risikovurderinger. En tradisjonell kost/nytte analyse beregner alle kostnader og all nytte i prissatte og eventuelt ikke prissatte kostnader og gvinster. Slike analyser benyttes tradisjonelt til å vurdere hvorvidt det er lønnsomt å investere i prosjektet, og risikovurderinger brukes til å vurdere sannsynlighet og konsekvens for uønskede hendelser som kan inntreffe i drift eller prosjekter. I vårt prosjekt med innovasjonsindikatorer skal nyttevurderingene utelukkende knyttes til antatt eller realisert nytte av selve innovasjonene.

## 2.2 Utvikling av rammeverk for nytteindikator

For å kunne lage en indikator som gir et sammenligningsgrunnlag for graden av nytte på tvers av prosjekter og helseforetak har prosjektet sett det som nødvendig å etablere et rammeverk som tillater sammenlignbare kategorier eller kriterier, samtidig som det har fleksibilitet med tanke på både type prosjekt, prosjektomfang og organisasjon. Innovasjonsprosjektene som pågår i de forskjellige HF kan være vidt forskjellige, og rammeverket må ha en relativt høy grad av fleksibilitet for å ivareta dette.

I arbeidet med å utvikle et slikt rammeverk har både arbeidsgruppen og kjerneteamet vurdert et utvalg relaterte eller lignende rammeverk, og hentet inn innspill fra bidragsytere med kompetanse på disse rammeverkene. Eksempler på rammeverk som har vært vurdert er CIMIT Clinical Impact Study, Research Excellence Framework (REF), C3s forskning innen tidligfase nyttevurderinger, arbeid med Kost/Nytte-vurderinger fra Helse Bergen HF, samt annen prosjektmetodikk, slik som DIFIs Prosjektveiviseren, og KS' Veikart for tjenesteinnovasjon. Det foreslåtte rammeverket har tatt utgangspunkt i C3 sin forskning på tidligfase HTA. Ingen av de vurderte rammeverkene for nyttevurdering har som mål å kunne sammenligne prosjekter på tvers i et nasjonalt system, slik innovasjonsindikatorerne skal. Dermed har prosjektet sett hen til etablerte metoder, som man har forsøkt å tilpasse for å ivareta et bredt spekter av prosjekter og foretak. De viktigste vurderingene og tilpasningene som er gjort er drevet frem i hovedsak for å ivareta følgende hensyn:

1. Metoden må være relativt enkel å benytte innenfor det eksisterende systemet med aktivitetsindikatoren, også i det daglige arbeidet med å følge opp innovasjonsprosjektene i Induct
2. Metoden må kunne gi et sammenligningsgrunnlag på tvers av ulik innretning og størrelse på HFER
3. Metoden må ivareta stor spredning i omfang, tema og kompleksitet for enkeltprosjekter
4. Metoden skal kunne danne grunnlag for et insentivsystem

I tillegg til dette har kjernetamet og arbeidsgruppen vurdert hvordan man best kan sikre objektivitet i nyttevurderinger på tvers av HF og RHF.

## 3 Anbefalt modell for nyttevurdering

Alle modellene og innfallsvinklene som har vært vurdert og utforsket, har spørsmål og usikkerhet knyttet til seg. Prosjektet har veid ulike hensyn, ønsker og praktiske behov, og velger å foreslå den følgende modellen.



### 3.1 Beskrivelse av modellen

Prosjektet anbefaler en nyttevurderingsmodell operasjonalisert i tre nivåer, som til sammen gir en total score for nytteindikatoren. De tre nivåene er; Nyttekategorier, Nytteeffekter og måleparametre. Denne modellen vil kunne gi innovasjonsprosjekter poeng for dokumentert nytte og disse poengene vil kunne beregnes etter at prosjektet er ferdig implementert, slik foreslått i NIFU-rapporten fra 2015.

#### 3.1.1 Nyttekategorier

Nyttekategoriene er vist i Figur 3. Det er tre overordnede nytte kategorier; Pasientnytte, Økonomisk nytte og Organisatorisk nytte. Kategoriene er inspirert av C3 sin forskning med tidligfase HTA og hver av disse kategoriene har noen underpunkter, til sammen åtte, som antyder hva slags nytteeffekter som inngår i hver kategori. Summen av den score man oppnår i hver kategori er det som til slutt angir nyttepoeng pr prosjekt.

Figur 3. Nyttekategorier

NYTTEVURDERING							Total score:	5
<b>Pasientnytte</b>								
	0 poeng	1 poeng	X 2 poeng		3 poeng	4 poeng	5 poeng	
<b>Pasienttilfredshet</b>	Ingen dokumentert nytte	Lav nytte Få pasienter	Lav nytte Mange pasienter		Middels nytte Få pasienter	Middels nytte Mange pasienter eller Høy nytte Få pasienter	Høy nytte Mange pasienter	
<b>Behandling-/helsegevinst</b>								
<b>Redusert klinisk risiko</b>								
<b>Økonomisk nytte</b>								
	0 poeng	1 poeng	X 2 poeng		3 poeng	4 poeng	5 poeng	
<b>Reduserte kostnader</b>	Ingen dokumentert nytte	Lav nytte Eget sykehus	Lav nytte Øvrige helsetjenester		Middels nytte Eget sykehus	Middels nytte Øvrige helsetjenester eller Høy nytte Eget sykehus	Høy nytte Øvrige helsetjenester	
<b>Økte inntekter</b>								
<b>Organisatorisk nytte</b>								
	0 poeng	1 poeng	X 2 poeng		3 poeng	4 poeng	5 poeng	
<b>Medarbeidertilfredshet</b>	Ingen dokumentert nytte	Lav nytte Eget sykehus	Lav nytte Øvrige helsetjenester		Middels nytte Eget sykehus	Middels nytte Øvrige helsetjenester eller Høy nytte Eget sykehus	Høy nytte Øvrige helsetjenester	
<b>Enklere/bedre arbeidsprosesser</b>								
<b>Reduksjon i flaskehals</b>								

Modellen har:

*Pasientnytte* inkluderer alle nytteeffekter fra pasientens ståsted, både kvantifiserbare og mer kvalitative nytteeffekter. Eksempelvis inkluderer dette både klinisk nytte i form av bedre behandlingsresultat, redusert behandlingsrelatert sykkelighet og pasienttilfredshet.

*Økonomisk nytte* inkluderer alle nytteeffekter som har økonomisk nytte for helseforetaket eller samfunnet. Det inkluderer f.eks. både reduserte kostnader og økte inntekter, både for det enkelte sykehus og for samfunnet for øvrig, for eksempel i primærhelsetjenesten.

*Organisatorisk nytte* inkluderer øvrige organisatoriske nytteeffekter, slik som økt medarbeidertilfredshet, reduksjon i flaskehals, bedre/enklere arbeidsprosesser, eller lignende.

### 3.1.2 Nytteeffekter

For å kunne angi en score innenfor en kategori, må kategorien inneholde en eller flere nytteeffekter. Nytteeffektene forteller konkret hva slags nytte som er oppnådd i prosjektet.

Modellen legger til grunn at det enkelte prosjekt selv definerer nytteeffektene prosjektet har/oppnår, under relevant nyttekategori. For å sikre at modellen er enkel i bruk har prosjektet vurdert det slik at man ikke har ønsket å *forhåndsdefinere* nytteeffekter som hvert prosjekt må ta stilling til. Dersom hvert prosjekt måtte velge fra et forhåndsdefinert sett nytteeffekter vil det både øke tidsbruken i selve gjennomføringen av nyttevurderingen, og det ville medføre behov for et svært stort «bibliotek» av nytteeffekter, som det likevel ikke er sikkert at ivaretar et hvert prosjekt. Prosjektet har allikevel i rapporten tatt med et *utvalg* nytteeffekter som kan fungere som utgangspunkt og *eksempler* på hvordan definere nytteeffekter i Figur 4.

Figur 4. Eksempler på nytteeffekter.

## NYTTEVURDERING

Total score: 5

Pasientnytte		X					
		0 poeng	1 poeng	2 poeng	3 poeng	4 poeng	5 poeng
Pasienttilfredshet		Ingen dokumentert nytte	Lav nytte Få pasienter	Lav nytte Mange pasienter	Middels nytte Få pasienter	Middels nytte Mange pasienter eller Høy nytte Få pasienter	Høy nytte Mange pasienter
Behandling-/helsegevinst							
Redusert klinisk risiko							
<b>Nytteeffekter</b>						<b>Nytte</b>	<b>Populasjon</b>
Økt tilfredshet ved behandling						Lav	Få
Reduksjon i unødvendig tidsbruk for pasient						Lav	Mange
Likheter i tjenestetilbud til innbyggere						Ingen	
Økt tilfredshet med tilgjengelighet og informasjon						Ingen	
Grad bedring av helsetilstand						Ingen	
Reduksjon i behandlingsrelatert sykkelighet						Ingen	
Økt forebygging						Ingen	
Økonomisk nytte		X					
		0 poeng	1 poeng	2 poeng	3 poeng	4 poeng	5 poeng
Reduserte kostnader		Ingen dokumentert nytte	Lav nytte Eget sykehus	Lav nytte Øvrige helsetjenester	Middels nytte Eget sykehus	Middels nytte Øvrige helsetjenester eller Høy nytte Eget sykehus	Høy nytte Øvrige helsetjenester
Økte inntekter							
<b>Nytteeffekter</b>						<b>Nytte</b>	<b>Omfang</b>
Samme aktivitet med redusert ressursbruk						Lav	Eget sykehus
Økt aktivitet med samme ressursbruk						Ingen	
Økt/riktig kvalitet med redusert eller samme ressursbruk						Ingen	
Organisatorisk nytte		X					
		0 poeng	1 poeng	2 poeng	3 poeng	4 poeng	5 poeng
Medarbeidertilfredshet		Ingen dokumentert nytte	Lav nytte Eget sykehus	Lav nytte Øvrige helsetjenester	Middels nytte Eget sykehus	Middels nytte Øvrige helsetjenester eller Høy nytte Eget sykehus	Høy nytte Øvrige helsetjenester
Enklere/bedre arbeidsprosesser							
Reduksjon i flaskehals							
<b>Nytteeffekter</b>						<b>Nytte</b>	<b>Omfang</b>
Enklere og bedre arbeidsprosesser						Lav	Øvrige helsetjenester
Redusert tidstap						Ingen	
Mestring - ansatte						Ingen	
Økt kompetanse/riktig bruk av kompetanse - ansatte						Ingen	
Økt påvirkning på egen arbeidstid - ansatte						Ingen	
Reduksjon i behov for ekstravakter - ansatte						Ingen	
Opplevelse av endringsprosesser - ansatte						Ingen	
Arbeidsflyt						Ingen	
Tillit og medvirkning						Ingen	

Hver nytteeffekt registreres med to dimensjoner: Nytte og Omfang/Populasjon. Nytte defineres kvalitativt som Lav, Middels eller Høy. Omfang/Populasjon sier noe om hvor bredt nytten realiseres. Bredde defineres henholdsvis som Eget sykehus / Øvrige helsetjenester og Få pasienter / Mange pasienter.

Den nytteeffekten som har «best» kombinasjon av nytte og omfang er den som angir score innenfor en kategori.

Vi erkjenner at det kan være problematisk med subjektivitet i vurderingen av den kvalitative nytteverdien, altså hva som er lav nytte, middels nytte og høy nytte.

For å kvalitetssikre nyttevurderinger foreslår vi derfor at det settes opp en evalueringsordning. I tillegg til å være en validering vil dette samtidig kunne øke kunnskapen om innovasjonsprosjekter på tvers av RHF, samt øke en felles forståelse om hvordan man vurderer nytte (se avsnitt 0 nedenfor).

### 3.1.3 Måleparametere

For å kunne operasjonalisere vurderingen av nytteeffektene er det et behov for å identifisere relevante måleparametere for hver nytteeffekt. Dette er i tråd med andre metodikker innenfor nytte-/gevinstrealisering. Hva som er relevante måleparametere må vurderes for hvert innovasjonsprosjekt. Eksempler er gitt i figur 5.

Figur 5. Eksempler på måleparametre.

Pasientnytte		X				
	0 poeng	1 poeng	2 poeng	3 poeng	4 poeng	5 poeng
Pasienttilfredshet						
Behandling-/helsegevinst	Ingen dokumentert nytte	Lav nytte Få pasienter	Lav nytte Mange pasienter	Middels nytte Få pasienter	Middels nytte Mange pasienter <b>eller</b> Høy nytte Få pasienter	Høy nytte Mange pasienter
Redusert klinisk risiko						
<b>Nytteeffekter</b>					<b>Nytte</b>	<b>Populasjon</b>
Økt tilfredshet ved behandling					Lav	Få
<b>Måleparametere</b>					<b>Resultat</b>	
Tilfredshet via Spørreundersøkelse					<Tall/rapport/analyse>	
ExpressPod registrering ved avdeling					<Tall/rapport/analyse>	
<b>Reduksjon i unødvendig tidsbruk for pasient</b>					<b>Lav</b>	<b>Mange</b>

### 3.1.4 Skala og scoring for nyttevurderinger

Arbeidsgruppen har vurdert flere varianter, og anbefaler en sekstrinnsskala. Skalaen for hver kategori går fra 0 (ingen dokumentert nytte) til 5 (Høy nytte med stort omfang/populasjon). Vi har vært sett på andre lignende kvalitative skalaer hos CIMIT, Research Excellence Framework og KS Verktøy for gevinstkartlegging hvor lignende metodikk er benyttet for å kunne sammenligne ulike typer prosjekter eller kvalitetsnivåer. I tillegg har ressurspersoner innenfor arbeidsgruppen som har erfaring med bruk av skalaer kommet med sine synspunkter.

Et poeng som har blitt vurdert spesielt er hvorvidt skalaen skal ha en negativ side, altså at man har anledning til å angi både positiv og negativ nytte. Eksempelvis kan man se for seg et prosjekt som oppnår en god nyttescore for organisatorisk nytte selv om det er negativ pasientnytte. Dette er et eksempel på et prosjekt som kanskje ikke burde vært gjennomført. Nyttevurderingene i innovasjonsindikator-sammenheng har imidlertid ikke som formål å

erstatte kost/nytte- og risikovurderinger i sammenheng med prosjektplanlegging og -gjennomføring. Slike etablerte arbeidsmetoder skal sikre at man ikke gjennomfører prosjekter med uønskede eller negative konsekvenser. Dette er et særlig viktig poeng da nyttevurdering først fullføres etter at prosjektet er gjennomført, og metoden er dermed ikke egnet til å stanse slike prosjekter før man ser konsekvensen.

Vi har ikke beskrevet eventuelle «terskler» for de deskriptive verdiene/intervallene i skalaen. Dette temaet har blitt grundig diskutert underveis i arbeidet, uten at man har lyktes med å angi mer detaljerte terskler man tror ivaretar kravet om å fungere på tvers av alle typer prosjekter. Dette kan det imidlertid være mulig å vurdere på nytt på bakgrunn av erfaringer fra pilotering. Vi erkjenner at det innebærer at poenggivningen vi foreslår har innslag av subjektiv vurdering, med de utfordringer dette har. Piloteringen vil derfor være viktig for å vurdere hvordan dette fungerer, og om det vil ha uønskede konsekvenser.

Prosjektet anbefaler at skalaen for nyttevurdering følges opp spesielt i evaluering av pilotperioden.

### **3.2 Uavhengig evaluering av nyttevurderinger**

Som en konsekvens av at nyttevurderingene har de begrensningene som beskrevet i forrige kapittel har prosjektet diskutert hvordan man kan sikre intersubjektivitet, samforståelse, læring og sammenlignbarhet i nyttevurderingene på tvers av både prosjekter og helseforetak.

Skal nyttevurderingen brukes i et nasjonalt innovasjonsindikatorsystem som også danner grunnlaget for framtidig statistikk og finansiering, er det en forutsetning at man gjør faseinndeling og nyttevurderinger av innovasjonsprosjektene på samme måte, og at dette er åpent og transparent. Ved felles bruk av Induct-løsningen så har man allerede en åpen nasjonal oversikt over prosjekter, men i tillegg er det behov for å kvalitetssikre faseinndeling og nyttevurdering for sykehusenes innovasjonsprosjekt.

Prosjektet ser derfor behov for en evalueringsordning for innmeldte nyttevurderinger på tvers av sykehus og regionale helseforetak.

Evalueringsordningen bør være effektiv og lite ressurskrevende. Den bør kunne tjene flere formål, foruten statistikk og indikatorer også samarbeid, erfaringsutveksling, læring og spredning av innovasjon på tvers av sykehus og helseregioner.

**«Evaluering på tvers av RHF»-modellen**

Arbeidsgruppas innspill til modell for evaluering/godkjenningsordning er «Evaluering på tvers av RHF». Dette er en modell der ett RHF evaluerer innovasjonsprosjektene til et annet RHF. Utvalgte personer (f.eks. de som jobber operativt med innovasjon) i de ulike regionale helseregionene/sykehusene evaluerer prosjektene til en annen helseregion.

Evaluering av *alle* innovasjonsprosjekter ved alle sykehus vil kunne bli være svært ressurskrevende, og en kan derfor se for seg at et visst antall prosjekter i hvert sykehus blir evaluert hvert år, enten ved trekking, stikkprøver eller annen kategorisering.

Prosjektet mener et slikt system vil være overkommelig ressursmessig. Ressursinnsatsen kan også forsvares ved at den vil bidra til erfaringsutveksling og informasjon om innovasjonsprosjekter på tvers av regionene. Det vil styrke kunnskapen om innovasjon i foretakene generelt, og bidra til at nyttevurderingene nasjonalt blir mer enhetlige og konsistente. Ved at alle innovasjonsprosjektene i utgangspunktet vil kunne bli utsatt for ekstern evaluering av et annet regionalt helseforetak, vil evalueringsordningen virke disiplinerende og hindre unødig og feilaktig innrapportering.

Prosjektet foreslår at man piloterer evalueringsordningen samtidig med pilot for nyttevurderingene, og vurderer behovet for et slikt system på bakgrunn av erfaringer fra piloten.

### 3.3 Nytteindikator og forskning hos C3

Som tidligere nevnt er kategoriene og beskrivelsene av disse inspirert av forskningen på tidligfase HTA hos Center for Connected Care (C3). C3 vektlegger 4 domener fra HTA metodikken, og vurderer 2 dimensjoner innen hvert domene, se figur 6.

Figur 6. Kategorier og beskrivelser for tidligfase HTA ved C3

Vurderingskategori		Utfall sammenlignet med eksisterende løsning		
<b>Pasient</b>	For pasienten	Negativ/verre	Nøytral/uendret	Positiv/bedre
	For medarbeidere (indirekte pasientnytte)	Negativ/verre	Nøytral/uendret	Positiv/bedre
<b>Klinisk</b>	Behandlings-/helsegevinst	Negativ/verre	Nøytral/uendret	Positiv/bedre
	Risiko ved innføring	Negativ/verre	Nøytral/uendret	Positiv/bedre
<b>Økonomisk</b>	Kostnadsgevinst for sykehuset	Negativ/verre	Nøytral/uendret	Positiv/bedre
	Kostnad andre deler av helsetjenesten	Negativ/verre	Nøytral/uendret	Positiv/bedre
<b>Organisatorisk</b>	Organisasjonsforbedring i implementert avdeling	Negativ/verre	Nøytral/uendret	Positiv/bedre
	Flaskehals ved andre enheter i sykehuset	Negativ/verre	Nøytral/uendret	Positiv/bedre
		-1 poeng	0 poeng	1 poeng

Vi har valgt å anbefale en mer detaljert skala for hver kategori ved å redusere de overordnede vurderingskategoriene til tre. De åtte dimensjonene fra C3 metodikken er derimot beholdt for å beskrive kategoriene. Det er mulig å kategorisere nytteeffektene innen disse åtte dimensjonene ved en pilotering, slik at vårt prosjekt og arbeidet hos C3 kan dra nytte av hverandre fremover.

### 3.4 Begrensninger ved modellen

#### Synliggjøring av negative virkninger

Som beskrevet i kapitlet om skala nyttevurdering har skalaen noen begrensninger ved at nyttescore ikke synliggjør eventuelle negativ effekter ved et prosjekt. Imidlertid er det noe det vil være naturlig å omtale i en-siders rapport for prosjekter som har negative effekter. På den måten ivaretar man muligheten for erfaringsdeling for slike prosjekter.

#### Samme uttelling for radikale og inkrementelle innovasjoner

I arbeidet har det blitt tatt opp at radikale innovasjonene kan bli nedprioritert, eller i hvert fall insentiveres mindre enn «enkle» mer inkrementelle innovasjonsprosjekter. Radikale innovasjonsprosjekter avsluttes oftere i tidligere faser, siden det alltid er større risiko/usikkerhet med slike prosjekter. En potensiell negativ konsekvens av dette kan være at det satses mindre på prosjekter med høy usikkerhet, selv om de kanskje kan ha større verdi om de er vellykkede. Imidlertid er det flere som i løpet av arbeidet har tatt til orde for at det å øke poenggingningen utover i fasene kan ha positive effekter, og bidra til å insentivere fremdrift i prosjekter.

### **Subjektivitet i nytteverdinger**

Som beskrevet i kapittel 3.2 er det foreslåtte systemet i noen grad basert på subjektive vurderinger. Det foreslås et evalueringssystem for å avhjelpe dette.

### **3.5 Forslag til om pilotering i 2018**

Prosjektet anbefaler at systemet for nyttevurdering piloteres på utvalgte HF i 2018, for å få operasjonelle erfaringer og tilbakemeldinger. Både verktøyene for å registrere og følge opp nytte, samt evalueringssystemet via RHF, er ønskelig å få testet ut. Det er flere HF som i dag jobber etter metodikker som inneholder gevinstrealisering, slik at det burde være rimelig å anta at disse sykehusene kan inkluderes i pilotering av nytteverdinger.

I piloten bør det spesielt vektlegges å finne ut hvorvidt en evaluering på tvers av RHF er gjennomførbart samt hvordan forståelsen av den subjektive skalaen oppleves og fungerer i praktisk bruk. Målet for arbeidet i 2018 vil være å etablere en mulighet for implementering i løpet av 2019 for helseforetak som benytter Induct i sitt innovasjonsarbeid.



## 4 Nasjonale resultater for innovasjonsaktivitet

Prosjektet har videreført piloteringen på nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet. Antall helseforetak som er med i uttrekkene er økt fra 6 til 11. I tillegg er det flere Helseforetak som har implementert Induct for å telle aktiviteten, men som ikke er operative enda.

Prosjektet er ønsket å presisere at flere av HFene ikke er fullt operative på innmelding og oppfølging av innovasjonsaktiviteten i Induct, og at dette kan påvirke resultatet i rapporten. Dette gjelder både de som nylig har implementert Induct, samt noen av de andre HFene. Det er også ulikt hvordan verktøyet brukes; hva som registreres i Induct pr dato.

### 4.1 Nasjonale resultater

Basert på tallene hentet fra helseforetakene har både aktivitet og poenggivning blitt summert opp for å vise nasjonale resultater.

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
	POENG		0	1	2	4	6	
2017	Antall ideer	516	214	143	36	16	0	
	Poeng	0	0	143	72	64	0	279
2016	Antall ideer	132	76	50	35	22	0	
	Poeng	0	0	50	70	88	0	208
2015	Antall ideer	182	29	20	16	7	0	
	Poeng	0	0	20	32	28	0	80

## 4.2 Regionale resultater

Basert på tallene hentet fra helseforetakene har både aktivitet og poenggivning blitt summert opp for å vise regionale resultater.

Resultater for 2017 (12 HF):

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
HELSE SØR-ØST	Antall ideer	300	145	109	29	12	0	215
	Poeng	0	0	109	58	48	0	
HELSE VEST	Antall ideer	175	50	22	7	4	0	52
	Poeng	0	0	22	14	16	0	
HELSE MIDT-NORGE	Antall ideer	35	19	12	0	0	0	0
	Poeng	0	0	12	0	0	0	
HELSE NORD	Antall ideer	6	0	0	0	0	0	0
	Poeng	0	0	0	0	0	0	

Resultater for 2016 (6 HF):

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
HELSE SØR-ØST	Antall ideer	46	19	15	11	9	0	73
	Poeng	0	0	15	22	36	0	
HELSE VEST	Antall ideer	86	57	35	24	13	0	135
	Poeng	0	0	35	48	52	0	
HELSE MIDT-NORGE	Antall ideer	-	-	-	-	-	-	0
	Poeng	-	-	-	-	-	-	
HELSE NORD	Antall ideer	-	-	-	-	-	-	0
	Poeng	-	-	-	-	-	-	

Resultater for 2015 (6 HF):

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
HELSE SØR-ØST	Antall ideer	66	24	16	10	3	0	48
	Poeng	0	0	16	20	12	0	
HELSE VEST	Antall ideer	116	5	4	6	4	0	32
	Poeng	0	0	4	12	16	0	
HELSE MIDT-NORGE	Antall ideer	-	-	-	-	-	-	0
	Poeng	-	-	-	-	-	-	
HELSE NORD	Antall ideer	-	-	-	-	-	-	0
	Poeng	-	-	-	-	-	-	

## 4.3 Lokale resultater

### 4.3.1 Helse Sør-Øst – Oslo universitetssykehus (OUS)

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
2017	Standard	131	7	18	4	6	0	167
	Fast-track		0	0	0	0	0	
	TTO		92	77	18	1	0	
	<b>Poeng</b>		<b>0</b>	<b>95</b>	<b>44</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	
2016	Ideer - standard	41	15	11	7	4	0	41
	Ideer - fast track		0	0	0	0	0	
	Ideer - TTO		0	0	0	0	0	
	<b>Poeng</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	
2015	Antall ideer	41	17	10	5	2	0	28
	<b>Poeng</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	

### 4.3.2 Helse Sør-Øst – Akershus universitetssykehus (Ahus)

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
2017	Ideer - standard	0	0	0	0	0	0	0
	Ideer - fast track	0	0	0	0	0	0	
	Ideer - TTO	0	0	0	0	0	0	
	<b>Poeng</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
2016	Ideer - standard	4	2	2	2	4	0	32
	Ideer - fast track	0	1	1	1	1	0	
	Ideer - TTO	1	1	1	1	0	0	
	<b>Poeng</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	
2015	Antall ideer	25	7	6	5	1	0	20
	<b>Poeng</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	

### 4.3.3 Helse Sør-Øst – Sykehuset i Vestfold

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
2017	Standard	83	4	3	0	0	0	31
	Fast-track		14	4	4	4	0	
	TTO		0	0	0	0	0	
	Standard light		5	1	0	0	0	
	<b>Poeng</b>		<b>0</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	

### 4.3.4 Helse Sør-Øst – Sørlandet sykehus

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
2017	Standard	31	3	2	1	0	0	7
	Fast-track		1	0	0	0	0	
	TTO		1	1	1	0	0	
	Standard light		1	0	0	0	0	
	<b>Poeng</b>		<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

## 4.3.5 Helse Sør-Øst – Sykehusapotekene

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
2017	Standard	55	2	2	0	0	0	9
	Fast-track		15	1	1	1	0	
	TTO		0	0	0	0	0	
	<b>Poeng</b>		0	3	2	4	0	

## 4.3.6 Helse Vest – Haukeland universitetssykehus

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
2017	Ideer - standard	114	30	12	4	2	0	36
	Ideer - fast track	0	1	0	0	0	0	
	Ideer - TTO	0	7	6	1	0	0	
	<b>Poeng</b>	0	0	18	10	8	0	
2016	Ideer - standard	30	36	13	6	4	0	114
	Ideer - fast track	14	6	6	6	4	0	
	Ideer - TTO	4	7	9	7	4	0	
	<b>Poeng</b>	0	0	28	38	48	0	
2015	Antall ideer	70	0	0	2	0	0	4
	<b>Poeng</b>	0	0	0	4	0	0	

## 4.3.7 Helse Vest – Stavanger universitetssykehus

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
2017	Ideer - standard	44	1	2	0	0	0	16
	Ideer - fast track	0	1	1	1	1	0	
	Ideer - TTO	0	10	1	1	1	0	
	<b>Poeng</b>	0	0	4	4	8	0	
2016	Ideer - standard	11	4	3	1	0	0	11
	Ideer - fast track	7	2	2	2	0	0	
	Ideer - TTO	2	0	0	0	0	0	
	<b>Poeng</b>	0	0	5	6	0	0	
2015	Antall ideer	33	1	0	0	0	0	0
	<b>Poeng</b>	0	0	0	0	0	0	

## 4.3.8 Helse Vest – Helse Førde

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
POENG			0	1	2	4	6	
2017	Ideer - standard	13	0	0	0	0	0	0
	Ideer - fast track	0	0	0	0	0	0	
	Ideer - TTO	0	0	0	0	0	0	
	<b>Poeng</b>	0	0	0	0	0	0	
2016	Ideer - standard	13	1	1	1	1	0	7
	Ideer - fast track	0	0	0	0	0	0	
	Ideer - TTO	0	0	0	0	0	0	
	<b>Poeng</b>	0	0	1	2	4	0	
2015	Antall ideer	11	4	4	4	4	0	28
	<b>Poeng</b>	0	0	4	8	16	0	

## 4.3.9 Helse Vest – Helse Fonna

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
	POENG		0	1	2	4	6	
2017	Ideer - standard	4	0	0	0	0	0	0
	Ideer - fast track	0	0	0	0	0	0	
	Ideer - TTO	0	0	0	0	0	0	
	Poeng	0	0	0	0	0	0	
2016	Ideer - standard	2	0	0	0	0	0	3
	Ideer - fast track	2	0	0	0	0	0	
	Ideer - TTO	1	1	1	1	0	0	
	Poeng	0	0	1	2	0	0	
2015	Antall ideer	2	0	0	0	0	0	0
	Poeng	0	0	0	0	0	0	

## 4.3.10 Helse Midt – St. Olavs hospital

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
	POENG		0	1	2	4	6	
2017	Ideer - standard	35	13	6	0	0	0	9
	Ideer - fast track	0	0	0	0	0	0	
	Ideer - TTO	0	3	3	0	0	0	
	Poeng	0	0	9	0	0	0	

## 4.3.11 Helse Midt – Møre og Romsdal

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
	POENG		0	1	2	4	6	
2017	Ideer - standard	0	0	0	0	0	0	3
	Ideer - fast track	0	0	0	0	0	0	
	Ideer - TTO	0	3	3	0	0	0	
	Poeng	0	0	3	0	0	0	

## 4.3.12 Helse Nord – Universitetssykehuset i Nord-Norge

		IDEFANGST	FASE 1 IDEMOTTAK	FASE 2 FORPROSJEKT	FASE 3 PILOT	FASE 4 IMPLEMENTERING	FASE 5 SPREDNING	SUM
	POENG		0	1	2	4	6	
2017	Ideer - standard	6	0	0	0	0	0	0
	Ideer - fast track	0	0	0	0	0	0	
	Ideer - TTO	0	0	0	0	0	0	
	Poeng	0	0	0	0	0	0	

## 5 Anbefalinger til videre arbeid

### Anbefaling 1. Videreføring av pilot på aktivitetsindikatoren

Prosjektet anbefaler at man viderefører rapportering av aktivitetsindikatoren for å opprettholde momentum, og for å vurdere samvirkningen mellom nytteindikatoren og aktivitetsindikatoren.

### Anbefaling 2. Pilotering av Nytteindikator

Prosjektet anbefaler at nyttevurderinger piloteres ved utvalgte, gjerne frivillige, helseforetak i 2018. Prosjektet foreslår at alle som ønsker kan pilotere nytteindikatoren i 2018, men at det ikke bør være et pålegg for de som ikke er i gang med aktivitetsmåling enda.

### Anbefaling 3. Pilotering av evalueringssystem for nyttevurderinger

Prosjektet anbefaler at man piloterer det foreslåtte evalueringssystemet samtidig med pilot for nyttevurderingene, og vurderer behovet for et slikt system på bakgrunn av erfaringer fra piloten.

### Anbefaling 4. Evaluering av skala for nyttevurderinger

Prosjektet anbefaler at skalaen for nyttevurdering følges opp spesielt i evaluering av pilotperioden. Både forståelse av skalaen og hvordan den fungerer i praksis bør evalueres.



## Sak 07/18 Satsingsområde Økt brukermedvirkning

<b>Type sak:</b>	Vedtakssak
<b>Til:</b>	HO21-rådet
<b>Fra:</b>	HO21-sekretariatsleder Hilde D.G. Nielsen

<b>Bakgrunnsdokumenter:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saksnotat datert 29.11.2017 (05/1)</li> <li>• Saksnotat datert 23.1.2017 (01/17)</li> <li>• Saksnotat datert 24.10.2016 (05/16)</li> <li>• Svarbrev fra UHR datert 12.6.2017</li> <li>• Brev til UHR fra HO21-rådet, desember 2015</li> <li>• Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a>)</li> <li>• HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: <a href="http://www.helseomsorg21.no">www.helseomsorg21.no</a>)</li> </ul>
<b>Ansvarlige:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lilly Ann Elvestad, FFO</li> <li>• Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF</li> <li>• Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge</li> <li>• Gro Jamtvedt, HiOA</li> <li>• Knut-Inge Klepp, FHI</li> <li>• Pål Kraft, UiO</li> <li>• <i>HO21-sekretariatsleder Hilde G. Nielsen (sekretær)</i></li> </ul>
<b>Andre rådsmøter hvor satsingsområdet har vært diskutert:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Møte 29.11.2017 (05/17)</li> <li>• Møte 23.01.2017 (01/17)</li> <li>• Møte 24.10.2016 (05/16)</li> <li>• Møte 19.10.2015 (05/15) (innspill til handlingsplanen)</li> </ul>

### Bakgrunn

HO21-rådet vedtok på møte 29.11.2017 (05/17) å arbeide med de to tiltakene:

- 1) HO21-rådet tar initiativ til et dialogmøte med relevante aktører og
- 2) HO21-rådet ser på mulig utvikling av én portal, nasjonal veileder, opplæringstiltak og e-læring i 2018.

### Hovedpunkter

Arbeidsgruppen har siden rådsmøtet i november 20017 hatt ett telefonmøte. Rådsleder Camilla Stoltenberg deltok på møtet.

## Saksfremlegg sak 07/18 – møte 01/18

Basert på diskusjonene i møtet og informasjon om det pågående arbeidet til Helse Midt-Norge som arbeider med å utvikle en nasjonal veileder for brukermedvirkning i helseforskning, foreslås det å utsette HO21-rådets arbeid med satsingsområdet til den nasjonale veilederen er ferdigstilt (sommeren 2018). Det foreslås at HO21-rådet deretter vurderer/diskuterer på nytt behovet for å gjennomføre de to tiltakene evt. andre/nye tiltak.

Innledning ved rådsleder Camilla Stoltenberg (FHI).

### HO21-rådet

HO21-rådet bes om å diskutere forslaget fra rådsleder.

**Forslag til vedtak:**                    *Formuleres i møtet.....*





## Sak 08/18 Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

<b>Type sak:</b>	Vedtakssak
<b>Til:</b>	HO21-rådet
<b>Fra:</b>	HO21-sekretariatsleder Hilde D.G. Nielsen

Vedlegg til saken:	Tildelingsbrevet fra HOD til Forskningsrådet for 2018, Vedlegg 1 Oppdrag i Kunnskapsdepartementets tildelingsbrev til Forskningsrådet, med forbehold om mindre endringer
--------------------	--

### Hovedpunkter

Helse- og omsorgsdepartementet har i Tildelingsbrevet til Forskningsrådet for 2018 gitt HelseOmsorg21-rådet følgende oppdrag:

#### 4.3. HelseOmsorg21 arbeidet

Det bes om at;

- o HelseOmsorg21-rådet, skal ved hjelp av sekretariatet for HelseOmsorg21-rådet, gjennomføre en vurdering av sitt arbeid, arbeidsform, prioriteringer, størrelse mm og gir en anbefaling om HelseOmsorg21-rådet skal videreføres etter 2018 og evt. i hvilken form. Frist til HOD 1. juni 2018.

Innledning ved rådsleder Camilla Stoltenberg (FHI).

### HelseOmsorg21-rådet

HO21-rådet bes om å diskutere oppdraget.

**Forslag til vedtak:** *Formuleres i møtet.....*

# Helse- og omsorgsdepartementet

## Tildelingsbrev til Forskningsrådet for 2018

*Vedlegg 1 Oppdrag i Kunnskapsdepartementets tildelingsbrev til Forskningsrådet, med forbehold om mindre endringer*

**4.1 Oppdrag til Forskningsrådet og Helsedirektoratet om å bidra i rapportering på forskningsindikatorerne i kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten fra 2018**  
Forskningsrådet bes om, i samarbeid med Helsedirektoratet og det nye tjenesteorganet (tidl. CERES, BIBSYS og deler UNINETT) å bistå HOD gjennom å gi råd og veiledning til forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten ved innføring av nye rapporteringsrutiner for forskningsaktivitet fra 2018. Det vil legges til rette for en gradvis overgang over flere år fra en fast bevilgning til forsknings- og kompetansesentrene, til at en større andel av tilskuddsmidler til forskning styres mot resultatbasert finansiering gjennom Norges forskningsråd. I 2019 vil det bli forberedt uttrekk av en andel av tilskuddsmidler til forskning fra hvert forsknings- og kompetansesenter som i dag tildeles det enkelte senter fra Helsedirektoratet og forberede overføring av disse til Forskningsrådet. Resultatbasert omfordeling av midler mellom sentrene basert på forskningspoeng skjer først fra 2020, basert på rapporteringen fra publikasjoner publisert i 2018 (rapporteres i mars 2019), avlagte doktorgrader og eksterne forskningsmidler tildelt fra Norges forskningsråd.

**4.2 Kartlegging av forskningsaktivitet innenfor psykisk helse**  
Det vises til regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022). Som en del av HelseOmsorg21 Monitor arbeidet skal det gjennomføres en kartlegging av forskningsaktiviteten (ressurser, aktører, tematikk, bibliometri mm) innenfor psykisk helse. Dette skal gjøres for de siste fem år (2012 – 2017) ved Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene, universitets- og høyskolesektoren og andre aktuelle forskningsinstitusjoner inkludert private virksomheter. Kartleggingen skal også omfatte forskning på barn og unges psykiske helse. Det vises til møte mellom HOD og Forskningsrådet 18. januar 2018 for å diskutere mulighetsrommet og forventninger knyttet til oppdraget.

### **4.3. HelseOmsorg21 arbeidet**

Det bes om at;

- o Forskningsrådet videreutvikler HelseOmsorg21-monitoren i tråd med formålet.
- o HelseOmsorg21-rådet, skal ved hjelp av sekretariatet for HelseOmsorg21-rådet, gjennomføre en vurdering av sitt arbeid, arbeidsform, prioriteringer, størrelse mm og gir en anbefaling om HelseOmsorg21-rådet skal videreføres etter 2018 og evt. i hvilken form. Frist til HOD 1. juni 2018.



## Sak 09/18 BIGMED – A big medical solution for precision medicine

<b>Type sak:</b>	Orienteringssak
<b>Til:</b>	HO21-rådet
<b>Fra:</b>	HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

### Bakgrunn

Oppfølgings sak møte 23.1.2017 (01/17), jfr. vedtak for sak 07/17 satsingsområde Bedre kliniske behandling: HO21-rådet vedtok å invitere en representant fra BIGMED- prosjektet til et rådsmøte.

### Hovedpunkter

BIG data MEDical-løsningen (BIGMED) er et prosjekt som skal identifisere de viktigste flaskehalsene på veien mot presisjonsmedisin. BIGMED-løsningen muliggjør behandling tilpasset hver pasients individuelle og unike særtrekk. Prosjektet vil utnytte det nyeste innen IKT-forskning både nasjonalt og internasjonalt for å integrere og analysere store mengder helsedata fra ulike datakilder, registre og databaser. BIGMED legger grunnlaget for innføring av presisjonsmedisin i Norge og er et samarbeid mellom klinikk, akademia, næringslivet og forskingsrådet.

Oslo Universitetssykehus er prosjekteier og leder prosjektet. Prosjektperioden er satt til 2016-2020. Prosjektet finansieres av Norges forskningsråd. For med informasjon, se [www.bigmed.no](http://www.bigmed.no)

Prosjektleder Thomas Smedsrud (OUS) er invitert til rådsmøte for å presentere BIGMED-prosjektet.

### Forslag til vedtak:

*HO21-rådet tar orienteringen til etterretning.*



## Sak 10/18 HO21-prosjekt – Analyse av dagens forsknings- og innovasjonssystem

<b>Type sak:</b>	Orienteringssak
<b>Til:</b>	HO21-rådet
<b>Fra:</b>	HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

<b>Bakgrunnsdokumenter:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Møte 29.11.2017 (05/17), sak 51/17 - presentasjon</li> <li>• Møte 14.9.2017 (04/17), sak 49/17 - saksnotat</li> <li>• Møte 31.5.2017 (03/17), sak 30/17 – saksfremlegg og presentasjon</li> <li>• Møte 28.3.2017 (02/17), sak 15/17 – saksfremlegg og presentasjon</li> <li>• Møte 23.1.2017 (01/17), sak 04/17 Forslag til arbeidsplan for 2017</li> <li>• Møte 12.9.2016 (03/16), sak 32/16 Forslag til revidert arbeidsplan for Forslag til revidert arbeidsplan for Rådet for perioden september 2016 – 2018 og forslag til møtekalender for 2017</li> <li>• Møte 25.1.2016 (01/16), sak 09/16 Arbeidsplan for HO21-rådet for perioden 2016 – 2018</li> <li>• Møte 19.10.2015 (05/15), sak 10/15 Rådets arbeidsform</li> </ul>
<b>Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Møte 29.11.2017 (05/17)</li> <li>• Møte 14.9.2017 (04/17)</li> <li>• Møte 31.5.2017 (03/17)</li> <li>• Møte 28.3.2017 (02/17)</li> <li>• Møte 23.1.2017 (01/17) (saken utgikk pga tidspress)</li> <li>• Møte 12.9.2016 (04/16)</li> <li>• Møte 25.1.2016 (01/16)</li> <li>• Møte 19.10.2015 (05/15)</li> </ul>
<b>Vedlegg:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppdragsbeskrivelse Analyse av dagens forsknings- og innovasjonssystem</li> </ul>

## Bakgrunn

HO21-rådet vedtok på rådsmøte 29.11.2017 (05/17) å arbeide med prosjektet Høy kvalitet, rask og nyttig forskning og innovasjon for bedre folkehelse (arbeidstittel) i 2018. Målet med prosjektet er et helhetlig forsknings- og innovasjonssystem som skal bidra til forskning og innovasjon med kort vei til bedre helse.

## Hovedpunkter

Arbeidsgruppen for prosjektet, som ble opprettet på rådsmøtet 14.9.2017 (04/17), har siden rådsmøtet i november 2017 hatt ett møte, 4.1.2018. I tillegg til diskusjon av den faglige utformingen av prosjektet, ble muligheten for å sette prosjektet ut som en offentlig anskaffelse i løpet av 2018 diskutert.

Rådsleder, nestleder og sekretariatsleder besluttet 25.1.2018 å gjennomføre prosjektet Et kunnskapssystem for bedre folkehelse som en offentlig anskaffelse i 2018. Kunngjøringen er tilgjengelig på Doffin:

<https://www.doffin.no/Notice?query=analyse+forskningsr%C3%A5det&PageNumber=1&PageSize=10&OrderingType=0&OrderingDirection=1&RegionId=&CountyId=&MunicipalityId=&IsAdvancedSearch=false&location=&NoticeType=&PublicationType=&IncludeExpired=false&Cpvs=&EpsReferenceNr=&DeadlineFromDate=&DeadlineToDate=&PublishedFromDate=&PublishedToDate=>

Prosjektets tittel er: Analyse av dagens forsknings- og innovasjonssystem.

Tilbudsfrist er: 2.3.2018. Pris: 2 mill. kroner eks mva. Prosjektperiode: 1. april 2018 – 28. februar 2019. Overlevering 28. februar 2019.

Kort orientering om prosjektet v/rådsleder Camilla Stoltenberg (FHI).

## Forslag til vedtak:

*HO21-rådet tar orienteringen til etterretning.*



# Vedlegg 1: Beskrivelse av oppdraget

## HO21- et helhetlig forsknings- og innovasjonssystem

*Forskning og innovasjon av høy kvalitet og relevans, med kort vei til bedre helse. Hva er utfordringene og hvordan kan vi løse dem?*

### Bakgrunn

Oppdraget bygger på HelseOmsorg21-strategien<sup>1</sup> som ble lansert i 2014. HelseOmsorg21 (HO21) legger til rette for en målrettet, helhetlig og koordinert nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon for bedre helse og omsorg i det 21. århundre. Målet med HO21 er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av høy kvalitet, trygge og effektive tjenester. HO21 bygger på eksisterende kunnskap og virkemidler, og favner hele verdikjeden fra grensesprengende forskning til næringsutvikling og bedre folkehelse.

### Mål for arbeidet

Målet med oppdraget er å analysere dagens forsknings- og innovasjonssystem og foreslå forbedringer. Hva er utfordringene og hvilke løsninger må til for å utvikle et effektivt system som gir gode og nyttige resultater av høy kvalitet raskt, kostnadseffektivt og forsvarlig? Målet er et *helhetlig* forsknings- og innovasjonssystem som skal bidra til forskning og innovasjon med kort vei til bedre helse. Kort sagt er målet mer og bedre forskning og innovasjon, og raskere prosesser fra behov og ide til iverksetting og nytte i hele helsesystemet; det vil si i folkehelsearbeidet og i helse- og omsorgstjenestene i spesialisthelsetjenestene og primærhelsetjenestene.

#### *Dagens situasjon*

- Helsesystemet er i stadig endring. Dette kommer til uttrykk blant annet gjennom nye og dyrere behandlingsmetoder, økte forventninger i befolkningen, behov for tøffere prioritering, forskyvning i arbeidsdeling mellom sykehus og kommuner, og for svake mekanismer for tverrsektorielt helsefremmende arbeid.
- Behovet for kunnskap i folkehelsearbeidet og i helse og omsorgstjenestene er stort, men kunnskapsproduksjonen er ikke tilstrekkelig, verken i form av grensesprengende oppdagelser eller troverdig kunnskap som er replisert, validert og oppsummert.
- Det tar ofte lang tid å planlegge å gjennomføre god forskning.
- Forskning og innovasjon er i for liten grad integrert i det daglige arbeidet i sykehus og i kommuner.

---

<sup>1</sup> HelseOmsorg21, Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg, Helse- og Omsorgsdepartementet 2014



- Særlig i folkehelsearbeidet i kommunene og i primærhelsetjenestene er det svak kultur for forskning og finansiering av forskning på kommunehelsetjenester, og folkehelsearbeidet utgjør en liten andel av midler benyttet til helseforskning..
- Mangelen på integrasjon i det daglige arbeidet fører til at forskning og innovasjon blir en ekstra arbeidsbyrde som er vanskelig å prioritere, blir unødig kostbar og tidkrevende.
- Det er krevende å få utført systematiske utprøvinger av tiltak, både i folkehelsearbeidet og i klinisk arbeid (kliniske studier), og dette blir derfor ofte ikke gjort.
- Det tar tid å få implementert forskningsresultater i praksis og mange resultater blir verken kjent eller implementert.
- Gode og nyttige forskningsresultater av høy kvalitet forutsetter ofte tverrsektorielt samarbeid (på tvers av sektorene UH-sektor, sykehussektor, kommunesektor og nasjonalt osv.), noe som er tidkrevende og utfordrende fordi dagens systemer er for svake og ikke er godt nok tilpasset denne type samarbeid.
- Finansiering av forskningsprosjekter/ideer følger sektorprinsippet, mens utførelsen av forskningen/innovasjonen krever utførelse på tvers av sektorer, fag og profesjoner.
- Brukermedvirkning i forskning er blitt et krav i alle forskningsprosjekter finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og det er behov for å utvikle gode måter å sikre brukermedvirkning på.
- Evidensen vi genererer baserer seg fortsatt oftest på noen grupper i samfunnet som ikke representerer økning i mangfoldet.

### *Behov i fremtiden*

- Det er behov for å utvikle strategisk ledelse og strategisk planlegging på alle nivåer i forskning og innovasjon. Strategisk ledelse må ikke bare utøves av toppledere.
- Demografiske framskrivninger viser behov for tøffere prioriteringer og økt produktivitet i de samlede helsetjenestene de neste 20-30 årene. Det er behov for å «effektivisere» dagens forskningssystem og å bygge opp/utvikle mottaksapparatet der forskningsresultatene skal tas i bruk både i sykehus og i kommuner.
- Det er behov for å utvikle en sømløs kjede mellom dagens forsknings- og innovasjonssystem.
- Det er behov for en infrastruktur som vil bidra til et effektivt forsknings- og innovasjonssystem, både for spesialisthelsetjenestene, primærhelsetjenestene og folkehelsearbeidet. Særlig innen primærhelsetjenestene og folkehelsearbeidet er dagens system svakt.
- Det er behov for et administrativt, juridisk og organisatorisk system som vil sikre bedre helhet og bidrar til effektive prosesser.
- Det er behov for å utvikle robuste forskningsmiljøer som bidrar til fremragende og grensesprengende helseforskning, til systematiske utprøvinger, og til at forskningen blir omsatt til nyttige tiltak.
- Det er behov for økt flerfaglig forskningssamarbeid med sterk metodekompetanse og en sterk forskningskultur for medisinsk og helsefaglig forskning. Dette vil føre til



større evne til å nyttiggjøre seg ny kunnskap i forebyggende arbeid og klinisk praksis, tjenesteinnovasjon og kommersialisering.

- Det er behov for en gjennomgang av finansieringssystemet/ene for å sikre at systemene finansierer de riktige prosjektene som samfunnet har og vil ha behov for i fremtiden.
- Det er behov for prioritering av forskning, noe som vil være nødvendig for grad av nytte.
- Det er behov for virkemidler som fremmer helse, beskytter mot helsetrusler, forebygger sykdom, skade og tidlig død, diagnostiserer, behandler og lindrer.
- Det er behov for behovsidentifikasjon og brukermedvirkning i forsknings- og innovasjonsprosessene for å få maksimal utnyttelse av forskning og innovasjon.
- Det er behov for å inkludere alle grupper og minoriteter i forskningen. Spesielt er det viktig å inkludere informasjon om land- og migrasjonsbakgrunn i de nasjonale registre.

## Oppdraget

Oppdraget består av to deler. Alle delene skal besvares.

### Del 1. Beskrivelse av dagens systemer

#### 1a) Beskrive dagens system for helse- og omsorgsforskning og innovasjon

Beskrivelsen av systemene kan gjerne ta utgangspunkt i HO21-strategien (2014) og spesielt de ti satsingene og de fem hovedprioriteringene.

#### 1b) Beskrive hva som mangler og barrierer i systemene i dag.

Hva som mangler og hvilke barrierer som spesielt fører til at forskning og tilknyttet innovasjon ikke utføres, eller er helt eller delvis bortkastet skal inngå i beskrivelsen.

#### 1c) Beskrive betydningen av en digital infrastruktur for å oppnå målsetning om et helhetlig og effektivt forsknings og innovasjonssystem.

#### 1d) Finnes det sammenlignbare analyser eller prosesser i andre land? Hva kan vi lære av disse? Se punkt 1a-1c i en internasjonal forskningspolitisk sammenheng, spesielt i Norden.

### Del 2. Forslag til tiltak

#### 2a) Forslag til strategiske mål for et bedre kunnskapssystem for forskning og innovasjon.

#### 2b) Forslag til tiltak





## Metode

Tilbyder må beskrive hvilke metoder og fremgangsmåte som skal benyttes i oppdraget. Det er ønskelig at tilbyder arbeider tett sammen med HO21-rådet via sekretariatet og HO21-rådets ledelse. Tilbyder har for øvrig stor metodefrihet i oppdraget.

## Leveranse

Oppdraget skal resultere i en rapport. HO21-rådet/Forskningsrådet forbeholder seg retten til å publisere rapporten og statistikk som inngår i den. Det forventes av leverandøren bidrar til å formidle rapporten i arrangementer HO21-rådet/Forskningsrådet tar initiativ til.

HelseOmsorg21-rådet/Forskningsrådet vil spesielt bruke rapporten som et utgangspunkt i dialogen med finansierende departementer og andre relevante forvaltningsmyndigheter.

HO21-rådet vil overlevere rapporten til Helse- og omsorgsdepartementet i februar 2019.

## Relevant litteratur

HO21-strategien. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. HOD. 2014.
Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien. Departementene. 2015.
Supporting the development of a new health R&D strategy. A rapid review of international theory and practice for Norway's HelseOmsorg21. RAND Europe. 2014.
Verdiskaping i helsenæringen. Menon-publikasjon nr. 27/2016. Menon Economics. 2016.
Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapport 2016:32. NIFU. 2016.
Hvilke helserevolusjon vil vi ha? Scenarier for Helse-Norge i 2030. Teknologirådet. 2017.
Verdiskaping i helsenæringen. Menon-publikasjon nr. 29/2017. Menon Economics. 2017.
Life science i verdensklasse, Anbefalinger fra regjeringens vækstteam for life science, Danmark, mars 2017.
Commission on Evidence-Based Policymaking Releases Final Report, September 7, 2017.
Indikatorrapporten for forskning 2017, Det norske forsknings- og innovasjonssystemet, oktober 2017
OECD Reviews of Innovation Policy: Norway 2017
OECD Health at a Glance: Europe 2016
Improving the health of the public by 2040. Optimising the research environment for a healthier, fairer future. Academy of Medical Sciences. September 2016.



## Sak 11/18 Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

<b>Type sak:</b>	Vedtakssak
<b>Til:</b>	HO21-rådet
<b>Fra:</b>	HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

<b>Nettside:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="https://www.forskningsradet.no/prognett-helseomsorg21/Ressursgruppe_for_neringsutvikling_i_HelseOmsorg21radet/1254031943587">https://www.forskningsradet.no/prognett-helseomsorg21/Ressursgruppe_for_neringsutvikling_i_HelseOmsorg21radet/1254031943587</a></li> </ul>
<b>Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Møte 29.11.2017 (05/17)</li> <li>• Møte 14.9.2017 (04/17)</li> <li>• Møte 31.5.2017 (03/17)</li> <li>• Møte 28.3.2017 (02/17)</li> <li>• Møte 23.1.2017 (01/17) (saken utgikk pga tidspress)</li> <li>• Møte 12.9.2016 (04/16)</li> <li>• Møte 25.1.2016 (01/16)</li> <li>• Møte 19.10.2015 (05/15)</li> </ul>

### Bakgrunn

HO21-rådet vedtok 14.9.2017 (04/17) at HO21-rådets innsats for helsenæring skal styrkes ved å:

- 1) Nedsette en ressursgruppe med ekstern deltagelse for å bidra til HO21-rådets innspill til St.meld om helsenæringen. Arbeidet til ressursgruppen skal ta utgangspunkt i HO21-strategien (alle satsingsområdene og de fem hovedprioriteringene). Ressursgruppen skal komme med forslag til hvilke tiltak som må til for å understøtte dagens system.
- 2) Nedsette en mindre arbeidsgruppe for å bearbeide forslag fra ressursgruppen og fremme forslag basert på kompetanse og innspill fra NFR og Innovasjon Norge. Arbeidet til arbeidsgruppen skal ta utgangspunkt i HO21-strategien (satsingsområdene og de fem hovedprioriteringene), HO21-rådets sammensetning og sørge for integrasjon med andre pågående prosesser.

## Hovedpunkter

- 1) HO21-rådet har oppnevnt 16 personer inkludert leder til ressursgruppen for næringsutvikling i HO21-rådet. Leder av ressursgruppen er prorektor for nyskaping Toril Hernes (NTNU). For mer informasjon om ressursgruppen, se lenke: [https://www.forskningsradet.no/prognett-helseomsorg21/Ressursgruppe\\_for\\_neringsutvikling\\_i\\_HelseOmsorg21radet/1254031943587](https://www.forskningsradet.no/prognett-helseomsorg21/Ressursgruppe_for_neringsutvikling_i_HelseOmsorg21radet/1254031943587)

Kort orientering om status for arbeidet i ressursgruppen v/sekretariatsleder Hilde G. Nielsen.

- 2) Arbeidsgruppen ledes av divisjonsdirektør og HO21-rådsmedlem Anne Kjersti Fahlvik, (Forskningsrådet), og består per i dag av seniorrådgiver Ina Dahlsveen (Forskningsrådet) og seniorrådgiver Kathrine Bryne (LMI).

Presentasjon av arbeidet til arbeidsgruppen v/divisjonsdirektør Anne Kjersti Fahlvik (Forskningsrådet).

## HelseOmsorg21-rådet

HO21-rådet bes om å gi innspill til arbeidsgruppens arbeid.

**Forslag til vedtak:**

*Formuleres i møtet.....*