

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, Kreftforeningen
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
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.

17/11609

Oslo,

19.11.2017

Deres ref.**Innkalling til HelseOmsorg21-rådsmøte 05/17**

Vedlagt følger forslag til sakliste og sakspapirer til HelseOmsorg21-rådsmøte onsdag 29. november 2017, kl 10.00-16.00. **Sted:** Radisson Blu Airport Hotell, Oslo Gardermoen.

Vel møtt!

Med vennlig hilsen
Norges forskningsråd



HelseOmsorg21-sekretariatet
Hilde D.G. Nielsen, sekretariatsleder/spesialrådgiver

**Møte i HelseOmsorg21-rådet (05/17)****Dato:** Onsdag 29. november 2017, kl. 10.00 – 16.00**Sted:** SAS Radisson Blu, Oslo Gardermoen

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**



Sak 42/17 Godkjent referat

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

Vedlegg:	Godkjent referat fra møte 14.9.2017 (04/17)
Referent:	Sekretariatsleder Hilde D.G. Nielsen

Hovedpunkter

Utkast til referat fra møte 14.9.2017 (04/17) ble sendt HO21-rådet 21.9.2017. Til fristen 26.9.2017 ble det meldt inn to merknader til sak 36/17 Kommunenes strategiske forskningsorgan. Begge merknadene ble tatt til følge.

Godkjent referat ble sendt HO21-rådet 27.9.2017.

Vedtak: *Godkjent referat fra HO21-rådsmøte 14.9.2017 (04/17) tas til orientering.*



Møte i HelseOmsorg21-rådet (04/17)

Dato: Torsdag 14. september 2017, kl 10.00-16.00

Sted: Forskningsparken, Gaustallén 21, Oslo

Tilstede:

Direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet (rådsleder)
Divisjonsdirektør Anne Kjersti Fahlvik, Forskningsrådet
Forskningsleder, professor Aud Obstfelder, NTNU Gjøvik
Dekan Bjørn Gustafsson, Det medisinske fakultet, NTNU
Direktør Christine Bergland, Direktoratet for e-helse
Direktør for forskning, innovasjon og utdanning Erlend Smeland, OUS HF
Gründer og investor Eirik Næss-Ulseth
Forskningsjef Ernst Omenaas, Helse Bergen 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 Kathrine Myhre, Norway Health Tech
Områdedirektør Knut-Inge Klepp, Folkehelseinstituttet
Direktør Mona Skaret, Innovasjon Norge
Kommunaldirektør Nina Mevold, Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen Kommune
Prodekan forskning professor Sameline Grimsgaard, UiT
Divisjonsdirektør Svein Lie, Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
Styreleder Tom Pike, Vaccibody AS

Forfall:

Generalsekretær Anne Lise Ryel, Kreftforeningen
Brukerrepresentant Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF
Daglig leder Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge
Direktør Karita Bekkemellem, Legemiddelindustriens landsforening
Leder Kåre Reiten, Levekårsstyret i Stavanger
Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Instituttleder Pål Kraft, Psykologisk institutt, UiO

Innledere:

Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet (sak 35/17)

Leder av KSF kommunaldirektør Nina Mevold, Bergen kommune (sak 36/17)

Divisjonsdirektør Anne Kjersti Fahlvik, Forskningsrådet (sak 37/17)

Leder av HO21-rådet direktør Camilla Stoltenberg, FHI (sak 37/17)

Direktør Christine Bergland, Direktoratet for e-helse (sak 38/17)

Leder av Helsedatautvalget fagdirektør Marta Ebbing, FHI (sak 39/17)

Fra HO21-sekretariatet

Sekretariatsleder HO21/spesialrådgiver Hilde DG Nielsen (*referent*)

Fra Forskningsrådet

Seniorrådgiver Ina Kathrine Dahlsveen

Fra Helse- og omsorgsdepartementet

Fagdirektør Hjørdis Møller-Sandborg

Seniorrådgiver Torstein Lindstad

Seniorrådgiver Nils Olav Refsdal

Fra Nærings- og fiskeridepartementet

Seniorrådgiver Elin Marlén Hollfjord

Fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet

Seniorrådgiver Jens Kristian Jebsen

Saksliste

- | | |
|------------------|---|
| Sak 32/17 | Godkjenning av sakslisten |
| Sak 33/17 | Godkjent referat |
| Sak 34/17 | Orienteringer |
| Sak 35/17 | Forskningsrådets erfaringer med brukermedvirkning i helseforskningsprogrammene |
| Sak 36/17 | Kommunes strategiske forskningsorgan (KSF) |
| Sak 37/17 | Planer for HO21-rådet, del 3 |
| Sak 38/17 | Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet |
| Sak 39/17 | Presentasjon av rapporten: Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata |
| Sak 40/17 | Eventuelt |

Saksliste

Sak 32/17

Godkjenning av sakslisten

Vedtak: Sakslisten godkjennes.

Sak 33/17

Godkjent referat

Saksdokument: Godkjent referat fra møte 31.5.2017 (03/17)

Vedtak: Referatet godkjennes.

Sak 34/17

Orienteringer

Sekretariatet orienterer kort om endringer i HO21-rådet.

Avtroppet dekan, professor Arnfinn Sundsfjord (UiT) er gått ut av HO21-rådet pga avsluttet åremålsperiode som dekan ved UiT. Prodekan forskning, professor Sameline Grimsgaard har overtatt plassen inntil ny dekan er på plass.

Direktør Bernadette Kumar (NAKMI) er gått ut av HO21-rådet pga permisjon fra NAKMI (har flyttet til Nepal for 2 år). Førsteamanuensis Esperanza Diazz (UiB) er oppnevnt som nytt rådsmedlem.

Vedtak: Orienteringene tas til etterretning.

Sak 35/17

Forskningsrådets erfaringer med brukermedvirkning i helseforskningsprogrammene

Bakgrunnsdokumenter:	<ul style="list-style-type: none">• Saksnotat datert 23.1.2017 (01/17)• Saksnotat datert 24.10.2016 (05/16)• Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan
-----------------------------	---

	lastes ned her: www.helseomsorg21.no <ul style="list-style-type: none"> • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Innledning:	<ul style="list-style-type: none"> • Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen
Vedlegg:	<ul style="list-style-type: none"> • Presentasjon Brukermedvirkning i helseforskning • Kopi av nettsiden: Brukermedvirkning i helseforskningsprogrammene (www.forskningsradet.no).
Andre rådsmøter hvor satsingsområde har vært diskutert	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 23.1.2017 (01/17) • Møte 24.10.2016 (05/16) • Møte 19.10.2015 (05/15) (innspill til handlingsplanen)

Forskningsrådet var invitert til HO21-rådsmøtet for å fortelle om deres erfaringer med brukermedvirkning i forskning i utlysning og behandling av forskning- og innovasjonsprosjekter. Bakgrunn for invitasjonen er at Forskningsrådet gjennom oppdragsbrev fra HOD 2015 ble bedt om å innføre et krav om "*brukermedvirkning i hele forskningsprosessen, samt eventuelt begrunnelser dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging av forskningsprosjekt*" i alle utlysningene i helsefagprogrammene.

Innledning v/divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen, Forskningsrådet.
Se vedlagte presentasjon.

Momenter fra diskusjonen:

- Utfordring med å få brukerne til å forstå nytteverdien av brukermedvirkningen. NTNU har arrangert seminarer for brukerne.
- Utfordring med to trinns-søkeprosess, ref. modellen behovsidentifisert forskning – kan miste viktige prosjekter på trinn 1 fordi det er krevende å se de mer kompliserte prosjektene.
- Brukermedvirkning er viktig på mange nivåer.
- Brukermedvirkning i forskning – det har vært en dreining og utvikling over tid.
- Brukermedvirkning avhenger av hvor moden brukerne er.
- Denne type (behovsidentifisert) forskning vil være med på legitimere forskningen i fremtiden.

- Flott og systematisk presentasjon av Forskningsrådet arbeid med brukervedvirkning i forskning.
- Vi er enda tidlig i fasen. Det er mye å lære. Det er behov for opplæring på alle nivåer. Det er behov for kompetanse, samhandling og samordning. Det er behov for å se dette på nasjonalt nivå, flere institusjoner må med. Ting tar tid.
- Spennende å høre om ME-prosessen. Hvordan skal dette utvikles videre?
- Hva slag spørsmål ønsker brukerne besvart og hva er det forskerne forsker på?
- Det eksisterer i dag masse forskning om legemidler. Brukerne ønsker forskning på "leve med" osv. osv.
- Offentlig Ph.D er et godt virkemiddel. Forskningsspørsmålet skal springe ut av fra offentlige institusjonene hvor Ph.d-en er ansatt (f.eks. prosjekt ved HiOA).
- Hvor kommer REK inn i dette arbeidet? NFR forutsetter at prosjekter som får utbetalt midler fra Forskningsrådet er godkjent av REK. Det er institusjonenes eget ansvar å få prosjektet godkjent hos REK. Helseforskningsloven er den gjeldende.
- Det må gis tillatelse til å ha kontakt med brukerne - loven må ses på.
- Bra med brukervedvirkning i helseforskningsprogrammene.
- Brukervedvirkning ift nye behandlingstilbud. Kjempeutfordring: hvordan dekket kunnskapshullet mellom pasient og pårørende - forskning rundt kommunikasjon - er det adressert her? Svar: Forskning rundt kommunikasjon er et av temaene i HELSEVEL.
- Det er behov for forskning på kombinerte situasjoner.
- Stor slitasje på brukerne - brukerne som deltar i planlegging av prosjektene lønnes ikke fordi det på det stadiet ikke eksisterer for midler for honorering. Hvordan håndtere miljøene dette?
- Bruk av profesjonelle brukere – ting blir veldig politisk.
- Opprettet brukerpanel – beslutningstakere.
- Brukervedvirkning er et område som er i utvikling.
- Hvem er brukerne? Hvordan rigge systemet for å få forskning som er mer relevant og av høy kvalitet?
- Brukervedvirkning – vi er på rett vei.
- Forskningsrådet burde publisere noe av dette arbeidet.
- Positiv til økt brukervedvirkning - demokratisering og forbedring.
- Utfordring med pasienter med mange diagnoser og som tilhører mange organisasjoner.
- Hva er brukervedvirkning? Det er behov for å liste opp alle dilemmaene som må håndteres ifb brukervedvirkning:
 - Hvordan definere brukere?
 - Hva gjør man med kontrollgrupper?

- Pårørende til pasienter med mer en én diagnose ?
- Befolkningen som helhet – allmennheten?
- Myndighetene?
- Utlysninger til NFR - brukermedvirkning skjer på prosjektnivå. På hvilket nivå skal brukermedvirkning ligge på? Skal man skille mellom prosjekter der man gjør noe med folk eller ikke? Grunnforskning vs anvendt forskning?
- Hvordan håndterer interessekonflikter? Sterke interesser i et bestemt utfall? Sterke økonomiske interesser? Pasientorganisasjoner har interesser.
- Hvordan håndtere konflikter mellom ulike brukerorganisasjoner ?
- Når skal brukere ikke involveres? Hva er legitime begrunnelser?
- Hvorvidt brukerne skal inn å vurdere metodene eller ikke? Interessekonflikt.
- Hvordan sikre brukere som ikke er organisert?.
- Hvordan håndtere profesjonaliseringen av brukerne?
- Brukerne og bestemmelsesrett
- Er lovverket tilpasset brukermedvirkning?
- Overbelastning av systemet - FFO - 3000 henvendelser – Dette er ikke et bærekraftig system.
- Håndtering av dilemmaene - en del av det å utvikle god brukermedvirkning.
- Finne en god balanse mellom ulike hensyn.

Vedtak: HO21-rådet var meget positive til Forskningsrådets arbeid med brukermedvirkning i helseforskningsprogrammene.

HO21-rådet vedtok å invitere Forskningsrådet tilbake til et rådsmøte i 2018 for å høre om ytterligere erfaringer med brukermedvirkning i forskning i utlysning og behandling av forskning- og innovasjonsprosjekter.

Sak 36/17

Kommunes strategiske forskningsorgan (KSF)

Bakgrunnsdokumenter:	<ul style="list-style-type: none"> • Notat fra KS til HO21-rådet til møtet 31.5.2017 (03/17) • Utkast til mandat for KSF 31.5.2017 (03/17) • Kandidater fra UHR-rådet til KSF 31.5.2017 (03/17) • Utkast mandat og sammensetning KSF 12.9.2016 (04/16) • Notat datert 25.4.2016 (vedlegg sak 24/16) • Notat datert 25.1.2016 (vedlegg sak 04/16) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	<ul style="list-style-type: none"> • Presentasjon Nina Mevold • Mandat for KSF (15.8.2017) • Oversikt over medlemmer og observatører i KSF per august 2017
Innledning:	<ul style="list-style-type: none"> • Leder av KSF kommunaldirektør Nina Mevold, Bergen kommune
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 31.5.2017 (03/17) • Møte 28.3.2017 (02/17) • Møte 23.1.2017 (01/17) (orienteringssak) • Møte 24.10.2016 (05/16) (Program for folkehelsearbeid i kommunene) • Møte 12.9.2016 (04/16) (KSF) • Møte 25.4.2016 (03/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 1.12.2015 (06/15) (innspill til handlingsplanen) • Møte 19.10.2015 (05/15)

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

Jf. møte 31.5.2017 (03/17), leder av KSF kommunaldirektør Nina Mevold (Bergen kommune) var invitert til HO21-rådet for å si noe om:

- Status for arbeidet med KSF
- Sammensetning av medlemmer og observatører
- Orienterer fra det første møtet i KSF (12.9.2017)

Innledning ved leder av KSF Nina Mevold (Bergen kommune). Se vedlagte presentasjon.

Momenter fra diskusjonen

- RFF-ene må kobles til KSF.
- Det er lurt å ikke fokusere på antall regioner.
- Arbeidet må tilpasse mandatet.
- Det er stor interesse for KSF i forskningsmiljøene som forsker på kommunale helse og omsorgstjenester.
- Det er behov for forbedringer – arbeidet til KSF må synliggjøres ut til miljøene.
- Det er behov for stabilisering av strukturen.
- Det er behov for sterkere infrastruktur. Vi må unngå å bygge ned ting.
- Nye strukturer må bygge på eksisterende strukturer.
- KHT må få eierskap til eksisterende forskningsinfrastruktur.
- Fysioterapeutene må ikke glemmes. Hele PHT/ KHT må med – det er viktig med et helhetlig syn på hva som er kommunens ansvar.
- Bør forskning og innovasjon med i samme mandat? Bør mandatet avgrenses?
- Vi må heve blikket og ikke bare se på det som eksisterer fra før. Vi må se hva som gjøres i andres land.
- Hva kan vi hente av best practice fra andre sektorer.
- Det er viktig å satse på de gode miljøene. De må identifiseres og styrkes.
- Samarbeid mot andre sektorer vil være avgjørende for kvaliteten på forskningen.
- Det er viktig å skaffe handlingsrom selv uten penger. Det finnes muligheter.

- Vi må se til hva som ble gjort med SO-ene. Oppbygging av felles strukturer som disponerer midler (midler fra RHF-ene og midler til SHT-en).
- Løftet blir bedre og skjer raskere ved å prioritere egne midler.
- Viktig å gå etter de lavhengende fruktene først.
- HO21-strategien foreslo en organisasjonsstruktur som minner om en instituttsektor - hvordan få etablert en struktur innenfor det forskningssystemet som vi kjenner (grunnstøtte + prosjektmidler).
- Det er behov for en allokeringsmekanisme som medfører at forskningssektoren stiller opp med egne forpliktelser.
- Det er viktig å ha fokus på hele helsetjenesten - se på alle områdene (skolehelsestasjon osv. osv). Vi må begynne ett sted, helsetjenesten er ett sted å begynne.
- KSF har også ansvar for utdanning – det er behov for friske midler fra departementene.
- Hvordan bygge opp strukturer for å nå de langsiktige målene?
- HO21 eier dette arbeidet.
- KSF må formidles.
- Samspillet forskning, kommune og utdanning er kjempeviktig.
- Sørge-for-ansvar for kommunene – et krav om akademisering vil styrke forskningen.
- UiT og NTNU - desentralisere medisinerutdanningen – det er viktig å tilsette høyt utdannede folk ute i felten.
- Koblingen til akademia er viktig.
- Dette er et langsiktig arbeid som varer ut over 2018.
- Det er behov for kunnskapsløft og koordinering.
- Tannhelsetjenesten er en del av KHT. En del av en helsetjeneste som det har vært lite forsket på.
- Godt med tannhelsestrategien.
- Ikke undervurder det å utdanne borgeren – en form for avlastning av systemet.
- Kommunene må ha ansvaret - andre må bidra. Det er viktig å se pasientforløp - se det store bildet.
- Det må tenkes nye tjenester og nye bestillinger – det er behov for samhandling.
- Ny kunnskap må tas i bruk. Alle kan ikke gjøre alt. Hvis oppgaven blir for bred vil det gå ut over oppgavebesvarelsen.
- Borgerperspektivet er viktig.
- Forløp og samhandling - pasientens helsetjeneste er viktig.
- Digitalisering er helt sentralt.
- Det må tenkes hele bredden av tjenesteområdet. Hele bredden må løftes.

- KSF skal ha et ansvar for hele KHT, også de delene som driftes privat via avtaler med kommunene, dvs fastleger og fysioterapeuter.
- KSF skal ha ansvar for å arbeide for at helseutdanningene er bedre innrettet mot KHT.

Vedtak: HO21-rådet ga sin støtte til de skisserte planene for KSF. HO21-rådet påpekte at opprettelsen av KSF er et viktig steg i det videre arbeidet for dette området for å løfte forskning, innovasjon og utdanning knyttet til kommunehelsetjenesten.

KSF skal rapportere jevnlig til HO21-rådet i interimperioden. Neste møte i HO21-rådet er 29. november 2017.

Sak 37/17

Planer for HO21-rådet, del 3

Bakgrunnsdokumenter:	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 31.5.2017 (03/17), sak 30/17 – saksfremlegg og presentasjon • Møte 28.3.2017 (02/17), sak 15/17 – saksfremlegg og presentasjon • Møte 23.1.2017 (01/17), sak 04/17 Forslag til arbeidsplan for 2017 • Møte 12.9.2016 (03/16), sak 32/16 Forslag til revidert arbeidsplan for Rådet for perioden september 2016 – 2018 og forslag til møtekalender for 2017 • Møte 25.1.2016 (01/16), sak 09/16 Arbeidsplan for HO21-rådet for perioden 2016 – 2018 • Møte 19.10.2015 (05/15), sak 10/15 Rådets arbeidsform
Vedlegg:	<ul style="list-style-type: none"> • Notat fra Anne Kjersti Fahlvik (Forskningsrådet) og Mona Skaret (Innovasjon Norge) • Notat fra rådsleder Camilla Stoltenberg
Innledere:	<ul style="list-style-type: none"> • Divisjonsdirektør Anne Kjersti

	Fahlvik, Forskningsrådet og Mona Skaret, Innovasjon Norge <ul style="list-style-type: none"> • Rådsleder Camilla Stoltenberg (FHI)
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert:	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 31.5.2017 (03/17) • Møte 28.3.2017 (02/17) • Møte 23.1.2017 (01/17) (saken utgikk pga tidspress) • Møte 12.9.2016 (04/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 19.10.2015 (05/15)

Jf. rådsmøte 31.5.2017 (03/17) og vedtak for sak 30/17 HO21-rådets planer, del 2 :

Rådsleder i samarbeid med sekretariatet skal på rådsmøtet 14. september presentere forslag til:

- konkrete planer for HO21-rådet
- sammensetning av nye arbeidsgrupper HO21-rådet
- møteplan 2018
- utnevning av stedfortreder eller nestleder for rådsleder

Innledning ved rådsleder direktør Camilla Stoltenberg (FHI) og divisjonsdirektør Anne Kjersti Fahlvik (Forskningsrådet).
 Se vedlagte saksnotat fra rådsleder og Anne Kjersti Fahlvik.

Rådsleder presenterte forslag til arbeidsplan for HO21-rådet for perioden 1.8.2017 – 31.12.2018. Rådsleder foreslår at HO21-rådet fokusere på følgende tematiske satsinger:

- Kunnskapsløft for kommunene (Kunnskapskommuner)
- Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde
- Et kunnskapssystem for folkehelse (HO21-2.0)

Rådsleder foreslår å avvikle arbeidsgruppene i HO21-rådet.

Rådsleder orientert om arbeidet med å utpeke en nestleder i HO21-rådet.

Rådsmedlem, divisjonsdirektør Anne Kjersti Fahlvik (Forskningsrådet) presenterte forslag til arbeidsplan for satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde.

For dette satsingsområdet foreslås det:

- å opprette en ny arbeidsgruppe for helsenæring

- ny profil/sammensetning av utvalget, herunder også eksterne
- økt sekretariatkapasitet til arbeidet
- at utvalget/arbeidsgruppen skal legge frem for Rådet et fåtall konkrete forslag til innsats
- at innsatsområdene skal vedtas av Rådet høsten 2017 og resultater skal kunne oppnås i 2018, direkte eller indirekte ved at systemendringer er iverksatt for resultater på lengre sikt
- at utvalget/arbeidsgruppen også skal utarbeide utkast til Rådets innspill til varslet Stortingsmelding om helsenæringa

Det foreslås at den nye arbeidsgruppen for helsenæringen skal ha følgende profil:

- En representant for UH, fortrinnsvis rådsmedlem
- En representant for RHFene, fortrinnsvis rådsmedlem
- En representant for kommunesektoren, fortrinnsvis rådsmedlem
- En brukerrepresentant, fortrinnsvis rådsmedlem
- Fem representanter fra næringslivet, både rådsmedlemmer og andre
- To representanter fra virkemiddelapparatet, dvs Innovasjon Norge og Forskningsrådet

Sekretariatet presenterte forslag til møtedatoer for 2018.

Momenter fra diskusjonen:

- Ang. satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde. Helsenæring har stått på agendaen hele tiden. Mye har skjedd i landskapet rundt. Hvor kan HO21-rådet gjøre en forskjell?
- Volumet i virkeapparatet for dette området er signifikant.
- Hva kan HO21-rådet bidra med ut 2018?
- Det er behov for næringspolitisk drahjelp fra sektordepartementene.
- Hva kan gjøres i kommende periode?
- St meld om helsenæringen - HO21-rådet bør levere et innspill basert på grunnlaget til arbeidet i HO21-rådet.
- Sekretariatet styrkes med bidrag fra Innovasjon Norge og LMI.
- HO21-rådet kan lære litt av de andre 21- prosessene. Det er viktige å ha et nasjonalt blikk.
- Det er behov for å bygge opp en leverandørnæring.
- Det må tilrettelegges for kliniske utprøvinger.
- Det er viktig å understøtte andre prosesser – helsenæringsmeldingen er viktig.

- Hvem skal lede den nye gruppen?
- Positiv til ny gruppe.
- Det er vanskelig å finne en leder med bredt nok perspektiv. Den som skal lede gruppen må ha tid til å lede gruppen.
- Positiv til å satse på satsingsområde.
- HO21-rådet må se på hva som funker – hva funker ikke? Innspill til st meldingen kan brukes til å få svar på de spørsmålene. Det foreslås å gi innspill til st melding først, deretter ta beslutninger om hva HO21-rådet bør konsentrere seg om.
- Rådet bør enes om hva Rådet kan gjøre noe med sammen?
- Kommunene og næringslivet bør følges opp.
- Styrken med HO21-strategien var breddeinvolveringen.
- Det bør fokuseres på noen ting som er viktig å få gjennomslag for nå.
- Ikke alle skal eller må gjøre alt.
- Vi vet hvor barrierene er - hvor kan HO21-rådet gjøre en forskjell?
- Det er viktig å anvende det som eksistere i dag - det er også en del av bildet.
- Det er behov for én nasjonal strateg som kan drive dette arbeidet.
- Det er behov for tydelig retning og leder. Harald Nordvik foreslås som styreleder.
- Forskning er viktig.
- Hva er best å innhente en ekstern leder eller plukke en fra HO21-rådet internt?
- Positiv til Nordvik, men en styreleder av denne typen må honoreres.
- HO21-rådet må bestemme seg for å satse fullt og helt nå eller ta noen "enkle" grep.
- Det som er gjort til nå har ikke virket godt nok. Det er store endringer i HO21-rådet og departementene siden oppstart.
- Positiv til én nasjonal strateg-tenkningen.
- Det er ikke satt noen frist for innspill til st. meldingen om helsenæringen enda. Det arbeidet med saken. Dette arbeidet er et samarbeid mellom NFD og HOD.
- Sekretariatsfunksjonen sentral i dette arbeidet.

- Ang. satsingsområde Økt brukermedvirkning – arbeidet med dette satsingsområde avklares før neste møte eller på neste møte.

- Ang. satsingsområde Globale helseutfordringer – HO21-rådet og National Global Health Institute (NGHI) bør samarbeide. Hvilke råd/anbefaliger kan NGHI gi til HO21-rådet?
- Finansiering av GLOBVAC er tatt opp med HOD og DU. UD har ingen planer om videre finansiering av GLOBVAC. UD prioriterer CEPI. To tiltak: 1) det bør formidles at det er behov for videre

finansering av GLOBVAC og 2) HO21-rådet bør diskutere hvordan dette området kan ivaretas av institusjonene selv.

- Ang. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse - Spørsmål: inngår opprettelsen av dette nye satsingsområdet i oppdraget til Folkehelseinstituttet? Svar: Satsingsområdet inngår ikke i oppdraget til FHI.
- Brukermedvirkning må inkluderes.
- Behovsidentifikasjon - grunnleggende oppdagelser er viktig
- Interaksjonen mellom SHT og HO21-rådet om forskning og innovasjon og grenseflatene mot universitetene er viktig.
- Nye problemstillinger som kommer opp rundt kliniske studier, biobanker, infrastruktur
- Det arbeidet som gjøres nå kan inngå i en ny prosess/strategi.
- Det er viktig at resultater fra forskning tas i bruk.
- Prototype – det mangler en systematikk
- Kunnskapssystem for folkehelse
 - Skal ta tak i områder som ikke er dekket.
 - Noen viktige områder:
 - Tilrettelegging for at kunnskap tas i bruk
 - Bygge et kunnskapssystem også med befolkningen
 - Folkehelseiltak
 - Sosial ulikhet
 - Forholdet mellom tjenestene og folkehelse
- Det er viktig å trekke erfaringer fra OG21 og Energi21.
- Det er behov for et system som kan identifisere nasjonale behov.
- Hva er de nye kunnskapsbehovene? Hvordan få de frem?
- Et satsingsområde i strategien - HO21-monitor – må utvikles.
- It/mobil - størst effekt på forskning fremover – det er behov for en HO21- strategisk tilnærming til dette.
- Ting endrer seg utrolig raskt. HO21-rådet må være hjelpehånden til KSF.
- Infrastruktur er viktig for forskning og implementering.
- Borgeren og næringslivet - trenger kunnskap om hvor vi er for å lage ny strategi. Alle kan bidra med kunnskap – det må legges til rette for det.

Vedtak: *Utnevning av stedfortreder eller nestleder for rådsleder*
Helse- og omsorgsdepartementet (oppdragsgiver) vil utpeke en nestleder for rådsleder. HO21-rådet vil bli orientert så fort en beslutning foreligger.

Møteplan 2018:

Forslag til møteplan ble vedtatt med unntak av maimøtet som HO21-rådet vedtok å flytte til juni 2018.

Sammensetning av nye arbeidsgrupper HO21-rådet

HO21-rådet gir sin tilslutning til at arbeidsgruppene avvikles og at det opprettes referansegrupper.

Konkrete planer for HO21-rådet

HO21-rådet vedtar å konsentrere arbeidet sitt om tre satsingsområder: Kunnskapsløft for kommunene, Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde og et nytt satsingsområde Et kunnskapssystem for bedre folkehelse.

Satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene

HO21-rådet vedtar at arbeidet med satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene vil foregå i regi av KSF. KSF skal i interimperioden rapportere til HO21-rådet.

Et kunnskapssystem for bedre folkehelse

HO21-rådet etablerer en ressursgruppe som skal gi innspill til formulering av et oppdrag og den påfølgende utredningen av hvordan vi skal utvikle et bedre kunnskapssystem for folkehelse.

HO21-rådet etablerer en arbeidsgruppe med maks 5 medlemmer og støtte/sekretariat i NFR. Rådsleder direktør for Folkehelseinstituttet Camilla Stoltenberg vil lede arbeidsgruppen. Rådsleder vil selv forespørre rådsmedlemmer til arbeidsgruppen. Rådsmedlemmer som ønsker å delta i arbeidsgruppen bes om å melde sin interesse til rådsleder.

Arbeidsgruppen skal med hjelp fra sekretariatet/NFR utarbeide et oppdrag og vurdere om dette skal settes ut på anbud til en ekstern aktør eller om NFR kan påta seg oppgaven for å gjennomføre en utredning med forslag til tiltak. Frist 1. november 2017. Hvis arbeidsgruppen kommer frem til at oppdraget skal settes ut vil NFR

gjennomføre en anskaffelse for å få utredningshjelp.
Tentativ frist 15. desember 2017.

*Satsingsområde Helse og omsorg som næringspolitisk
satsingsområde*

HO21-rådet vedtar at det skal opprettes et
utvalg/arbeidsgruppe for helsenæringen.

Rådsleder vedtar profil for utvalget/arbeidsgruppa med
de kommentarer som fremkom i møtet. Rådsleder
oppnevner leder og medlemmer til utvalget.

HO21-rådet ber utvalget/arbeidsgruppa presentere status
for arbeidet på møtet 29. november, i tillegg til forslag til
innsatsområder for helsenæring i kommende rådsmøte.

HO21-sekretariatet styrkes med ressurser fra Innovasjon
Norge og LMI.

Sak 38/17

Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet

Ansvarlig:	Direktoratet for e-helse
Vedlegg:	Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet, bakgrunn Rapport Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet, versjon 0.7
Innleder:	Divisjonsdirektør strategi, Norunn E Saure og seniorrådgiver Irene Olaussen.

HO21-rådet ble på møtet 31.5.2017 (03/17) orientert om Direktoratet for e-helse sitt arbeid med rapporten Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet. HO21-rådet vedtok i samme møte å invitere Direktoratet for e-helse tilbake til et senere rådsmøte for å presentere utkast til rapport.

Innledning og presentasjon av rapportutkast v/direktør Christine Bergland (Direktoratet for e-helse). Se vedlagte presentasjon.

Momenter fra diskusjonen

- Savner dokumenterte effekter av tiltak.
- Det gjøres følgeforskning ift velferdsteknologi og legemiddelbruk, men det finnes lite effektforskning på feltet.

- Det er behov for midler som kan settes av til følge-forskning og til forskning på effekter.
- Det er kunnskaps- og kompetansebehov. Arbeid med e-helse gir organisatoriske effekter.
- Utfordring med innføring av e-helse. Det er behov for kunnskap om implementering og drift. Hvor mye kunnskap finnes på dette?
- Nødvendig med langsiktig forskning.
- Det er behov for kunnskap om sikkerhet. Er den tilstrekkelig i dag?
- Vi må unngå hindringer for effektiv nasjonalt samarbeid.
- Hvilke erfaringer kan vi trekke fra andre land?
- Imponert over arbeidet og rapporten.
- Det er behov for å diskutere forskning relatert til e-helse.
- Ungdom og helserelatert atferd ift e-helse – medfører endring av atferd.
- Folkehelse - individbaserte livstilsendingsprogram- vi bør har mer fokus på befolkningsperspektiver.
- Ang. forskning og følgeforskning. Det er stort sett konsulenter som skriver rapportene, beskriver hva som skal gjøres og hva som er gjort. Da er det allerede tatt en politisk beslutning.
- Må alt forskes på? Egner dette seg til å bli forske på?
- Det er veldig viktig å prioritere - spesifikke e-helsesatsinger.
- Er lovverket tilrettelagt for å kunne evaluere e-helsesatsingene godt nok?
- Det er behov for forskning på trender?

Vedtak: HO21-rådet var positive til direktoratets arbeid med rapporten. Direktoratet for e-helse tar innspillene fra HO21- rådet med seg i arbeidet med ferdigstillelsen av rapporten.

Sak 39/17

Presentasjon av rapporten: Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata

Bakgrunnsdokumenter	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport Enklere tilgang – mer forskning. Status og forbedringsmuligheter for norske persondata til helseforskning (Agenda Kaupang)
----------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Saksnotat datert 24.10.2016 (04/16) • Saksnotat datert 29.2.2016 (02/16) • Saksnotat datert 25.1.2016 (01/16) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata
Innledere	<ul style="list-style-type: none"> • Leder av Helsedatautvalget Marta Ebbing (FHI)
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 23.1.2017 (01/17) • Møte 24.10.2016 (04/16) • Møte 25.4.2016 (03/16) Orienteringssak • Møte 29.2.2016 (02/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 1.12.2015 (06/15)

Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn ble sist diskutert på rådsmøtet 23.1.2017 (01/17).

Helsedatautvalget leverte i juni 2017 rapporten: Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata. Utvalgets hovedoppgave har vært å utrede et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata gjennom å anbefale konkrete organisatoriske, tekniske og juridiske tiltak for å forbedre dagens system.

Leder av ekspertutvalget Marta Ebbing (FHI) var invitert til rådsmøtet for å presentere rapporten samt si noe om det videre arbeidet med rapporten. Se vedlagte presentasjon.

Momenter fra diskusjonen:

- God visjon.

- Helseplattform - data på plattformen egner seg godt for monitorering.
- Viktig arbeid.
- Mange kvalitetsregistre – det er i dag et virvar av systemer – på sikt skal registrene inn i helseanalyseplattformen – starter med fem sentrale registre.
- Kliniske studier er en del av sørge-for-ansvaret i helsetjenesten – dette bør gjøres mer smidig og hensiktsmessig.
- Det som er i gangsettes fortsetter som før.
- Lover og forskrifter ligger hos departementet.
- Høringsinstansen vil bli et svar på hva man mener om de ulike tiltakene.
- Tilgang til sammenstilte data - trenger ikke samtykke.
- Tilgang på data uavhengig samtykke - (forske på serveren).
- Første trinn er tilgjengeliggjøring av data.
- Tilrettelegging for forskningsformål.

Marta Ebbing:

- Det kommer en egen forskrift om nasjonale kvalitetsregistre.
- Fokuset er på planlegging og forskning.
- Det må sikres at de som har behov for tilgang til data har tilgang.
- Helseanalyseplattformen - konseptet er ikke ferdig.

Vedtak: HO21-rådet var positive til arbeidet til Helsedatautvalget.
HO21-rådet tar presentasjonen til etterretning.

Sak 40/17

Eventuelt

Ingen saker.

Neste møte: Onsdag 29. november 2017, kl 10-16, Radisson Blu Gardermoen

Lunsjprogram torsdag 14. september, Forskningsparken, Oslo

I lunsjen fikk HO21-rådet en introduksjon og omvisning hos Aleap, og Norway Health Tech av rådsmedlem og direktør Kathrine Myhre (Norway Health Tech), i tillegg til at HO21-rådet fikk høre om PubGene av rådsmedlem og gründer Eirik Næss-Ulseth.



Sak 43/17 Orienteringer

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

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

HelseOmsorg21 er omtalt i kap. 9 i HODs St.prp. 1S (2017-2018). Kapittelet gir en oversikt over Regjeringens arbeid med handlingsplanen for oppfølging av HO21-strategien. Kapittel 9 ble sendt HO21-rådet 12.10.2017.

Sak 43.2	Nestleder i HO21-rådet
Ansvarlig	Rådsleder/Sekretariatet
Vedlegg	

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

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte 10.10.2017 dekan Björn Gustafsson (NTNU) til nesteleder i HO21-rådet. HO21-rådet ble orientert om oppnevningen 11.10.2017.

Sak 43.3	HO21-rådet
Ansvarlig	Sekretariatet
Vedlegg	

Kommunaldirektør Nina Mevold (Bergen kommune) fratrådte HO21-rådet 15.9.2017 pga innsettelse som leder av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF).

Forskningssjef Ernst Omenaas (Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus) sluttet som forskningssjef 1.11.2017. Visestatsadministrerende direktør Clara Gram Gjesdal (Helse Vest RHF) er oppnevnt som erstatter for Ernst Omenaas.

--	--

Sak 43.4	HO21-monitor
Ansvarlig	
Vedlegg	Notat Status og videreutvikling av HelseOmsorg21-monitor
Sekretariatsleder orienterer kort om status for arbeidet med HO21-monitor.	

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

Fungerende rådsleder møte 31.5.2017 (03/17) HO21-rådsmedlem Knut-Inge Klepp og sekretariatsleder Hilde G. Nielsen ble 31.10.2017 invitert til møte i helseministerens næringslivsgruppe 23.11.2017 for å presentere rapporten Et forsknings- og innovasjonssystem for helsefremmende og bærekraftig kosthold.

Knut-Inge Klepp orienterer fra møtet.

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

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.

Rådsleder Camilla Stoltenberg (FHI) orienterer kort om saken.

Forslag til vedtak: *Orienteringene tas til etterretning.*

9 Forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21

HelseOmsorg21-strategien fra 2014 inneholder om lag 140 anbefalinger fordelt på 10 prioriterte satsingsområder. Tiltakene er rettet mot næringsliv, sykehus, universiteter og høyskoler, offentlig forvaltning, kommunesektoren, brukere, brukerorganisasjoner og departementer. Ansvaret for å følge opp strategien ligger hos alle aktørene.

HelseOmsorg21-rådet (Rådet)

Rådet består av 30 medlemmer, som i fellesskap skal bidra til en helhetlig oppfølging av strategien. Forskningsrådet er sekretariat for Rådet. I 2016 hadde Rådet seks møter, og det er planlagt fem møter i 2017. De viktigste aktivitetene i 2016 og første halvdel av 2017 har dreid seg om følgende satsingsområder: kompetanseløft for kommunene, helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde, helsedata som nasjonalt fortrinn, god styring og ledelse, høy kvalitet og sterkere internasjonalisering og etablering av HelseOmsorg21-monitor. I mai 2017 gjennomførte sekretariatet for Rådet en spørreundersøkelsen om aktørenes oppfølging av strategien. Spørre-

undersøkelsen ble sendt til 74 institusjoner. De mottok i alt 22 besvarelser fra to universiteter, tre høyskoler, tre regionale helseforetak, seks helseforetak, to brukerorganisasjoner, en landsforening, ett institutt og fire forvaltningsorganer. Av de som besvarte, oppgir elleve at de deltok i undersøkelsen i 2016. Ni av disse har implementert nye tiltak siden 2016 og to av aktørene har planer om å implementere tiltak i 2017.

Regjeringens handlingsplan for oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien er regjeringens bidrag til å virkeliggjøre og følge opp visjonen i strategien om kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse på åtte departementers ansvarsområder. Handlingsplanen inneholder 40 tiltak innenfor de 10 prioriterte satsingsområdene. Flere av disse tiltakene er fulgt opp eller under gjennomføring, jf. tabell under.

I budsjettproposisjonen for 2018 foreslås det å prioritere videreføring av midler til Forskningscentre for klinisk behandling innen alvorlige sykdommer som rammer sentralnervesystemet som ALS, MS, demens mv.

Tabell 9.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Mer bruker-medvirkning	a. Innføre en hovedregel om brukermedvirkning i forskning finansiert av HOD.	HOD	Innført.
	b. Innføre behovsidentifisert forskning som et nytt virkemiddel i Forskningsrådet og i de regionale helseforetakene.	HOD	Innført.
	c. Evaluere omfang og effekt av brukermedvirkning i forskning.	HOD	Planlegges en evaluering av omfang i regi av RHF-ene.
Utvikling av menneskelige ressurser	a. Bedre kvaliteten og øke relevansen i helse- og sosialfaglige utdanninger ved å følge opp prosjektet Felles innhold i de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene og følge opp prosjektet Kvalitet i praksisstudier.	KD	KD følger opp dette nasjonalt i prosjektet Nytt styrings-system for helse- og sosialfag-utdanningene. I tillegg har utdanningsinstitusjonene et eget ansvar for å følge opp tilrådinger fra prosjektene.
	b. Vurdere et mer omfattende, lovpålagt ansvar for kommunene til å ta imot praksisstudenter.	KD	I prosess.
	c. Utvikle en spesialistutdanning for leger rettet mot behov og utfordringer i framtida, der klinisk forskning kan inngå.	HOD	Fulgt opp.
	d. Gi universitet og høyskoler større handlefrihet til å føre en fleksibel personalpolitikk som gir ønsket kompetanse og god rekruttering ved å innføre en forskrift om innstegsstillinger. <ul style="list-style-type: none"> – Revidere forskrift om opprykk ved tilsetninger i universitets- og høyskolesektoren. – Vurdere å endre reglene for utrekning av tjenestetid for stipendiater. 	KD	Revidering av forskrift om opprykk er fulgt opp. Endring av tjenestetid er sendt på høring.
Strategisk kunnskapsbasert styring	a. Etablere HelseOmsorg21-monitor.	HOD	Lansert november 2016.
	b. Kartlegge barrierer og handlingsrom for samarbeid mellom UH-sektoren og helseforetakene.	HOD/KD	Rapport fra kartlegging overlevert departementene desember 2016, se omtale under.

Tabell 9.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	a. Vurdere hvordan stimulerings tiltakene i opptrappinga av langtidsplanen kan bidra til å styrke norsk deltakelse i helseforskning i Horisont 2020 og Era.	KD	Styrket generelle virkemidler og spesielt helse.
	b. Innrette nasjonale virkemidler slik at de virker mobiliserende og kvalifiserende for deltakelse i Horisont 2020.	HOD/KD	Ferdig.
	c. Styrke den grunnleggende fremragende forskningen.	KD	Styrket de generelle virkemidlene.
	d. Øke bevilgningene til forskingsinfrastruktur, i tråd med den varsle opptrappingen i langtidsplanen for forskning og høyere utdanning.	KD	Styrket FRIPRO, INFRA, SFF med mer i 2016.
	e. Vurdere en ny senterordning for klinisk forskning i Forskningsrådet.	HOD	Bevilget midler i 2017 for senter for ALS, MS, demens mv. Viderefører midlene i budsjett for 2018. Se omtale under kap. 780, post 50.
Møte de globale helseutfordringene	a. Videreutvikle insentiv for partnerskap med forskere i lav- og mellominntektsland, bl.a. gjennom eksisterende mekanismer som Globvac og Norhed.	UD	I prosess.
	b. Utrede og etablere en finansieringsmekanisme for innovasjonsprosjekt innen global utdanning og helse.	UD	I prosess, sendt på høring med frist 14. november.
Helsedata som nasjonalt fortrinn	a. Revidere forskriftene som er hjemlet i helseregisterloven.	HOD	I prosess.
	b. Vurdere en samlet forskrift for de store befolkningsbaserte helseundersøkelsene.	HOD	I prosess.
	c. Vurdere mulige ordninger for å finansiere større datainnsamlinger gjennom befolkningsbaserte helseundersøkelser.	HOD	Utredningsoppdrag gitt NFR.
	d. Delfinansiere datainnsamling i Hunt 4.	HOD	Ferdig. Fulgt opp i budsjett 2016.
	e. Vurdere etablering av et personidentifiserbart register over legemiddelbruk og et register over psykiske lidelser og rus.	HOD	I prosess, sendt på høring med frist 18. september.
	f. Vurdere tiltak for å lette koblinger mellom helsedata og andre typer datakilder for ulike formål og brukergrupper, samtidig som personvernet tas hensyn til.	HOD	Ekspertgruppe levert anbefalinger sitt forslag 30.06.17. Rapporten er sendt på høring.

Tabell 9.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Bedre klinisk behandling	a. Etablere et felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten.	HOD	Ferdig. Program etablert i 2016.
	b. Gi de regionale helseforetakene i oppdrag å styrke infrastrukturen for utprøving og testing av ny diagnostikk og medisinsk utstyr.	HOD	Oppdrag gitt 2016.
	c. Opprette nytt program i Forskningsrådet for god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering.	HOD	Program etablert i 2016.
	d. Videreutvikle nettsidene med pasientrettet informasjon om kliniske studier på helsenorge.no.	HOD	Lansert november 2015. Oppdrag gitt til RHF-ene juni 2017 om å sikre at informasjonen på nettsiden er komplett og oppdatert.
	e. Etablere en nasjonal database for kliniske studier.	HOD	I prosess. Cristin leder prosjektet.
	f. Etablere et forskingsnettverk innenfor tannhelse.	HOD	Utredningsoppdraget ferdigstilles i 2018.
	g. Innføre partikkelbehandling i Norge gjennom etablering av protonsentere.	HOD	I prosess. Konseptfase.
Kunnskapsløft i kommunene	a. Bygge et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale tjenestene.	HOD	I prosess, jf. omtale i budsjett 2017.
	b. Vurdere å etablere et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).	HOD	Lovproposisjon om KPR vedtatt i Stortinget våren 2016. Ny forskrift vedtatt 25. august, trer i kraft 1. desember d.å.
	c. Gi nasjonale og regionale kompetansesenter for helse- og omsorgstjenestene utenfor spesialisthelsetjenesten et samfunnsoppdrag om forskning og kunnskapsstøtte.	HOD	I prosess. Sentrene fått nytt samfunnsoppdrag.
	d. Opprette et nytt forskningsprogram i Forskningsrådet, Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet, som skal styrke kunnskapen om folkehelse i kommunene.	HOD	Ferdig. Program etablert i 2016.

Tabell 9.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Effektive og lærende tjenester	a. Øke omfanget av følgeforskning og tjeneste-innovasjon i helse-, omsorgs- og velferds-tjenestene.	HOD	Løpende oppdrag.
	b. Følgeevaluere reformene Fritt behandlingsvalg og Pakkeforløp for kreft for å se effektene av endringene.	HOD	Oppdrag gitt NFR i 2016, utlyst 2017.
Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	a. Styrke de generelle virkemidlene i den næringsrettede forskings- og innovasjonspolitikken i 2016.	NFD	Skattefunn, Bia, Forny og foukontraksordningen styrket.
	b. Styrke arbeidet med standardisering innenfor e- helse og velferdsteknologi.	HOD	I prosess.
	c. Legge til rette for at den offentlige helse- og omsorgstjenesten har effektiv dialog med markedet om de behovene markedet har.	NFD	Ny lov om anskaffelser vedtatt.
	d. Legge til rette for mer bruk av innovasjonsfremmende anskaffelsesmetoder.	NFD	I prosess.
	e. Styrke Nasjonalt program for leverandørutvikling i 2016.	NFD	Styrket med 10 mill. kroner i 2016.
	f. Legge til rette for et mer helhetlig og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forskingsmiljøer og matnæringen – innenfor mat, ernæring og helse.	HOD	I prosess. Følges opp i Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021).

Nedenfor følger en særlig synliggjøring av fem av områdene som er fulgt opp i regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21.

Kunnskapsløft i kommunene

Kunnskapssystem for forskning rettet mot kommunale tjenester

I løpet av de siste 10–15 årene er det etablert flere sentre som primært har forskning som oppgave og som mottar tilskudd til forskning fra Helsedirektoratet og andre direktorater/departementer. Målet for regjeringen er å utvikle et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene og andre nærliggende tjenester basert på prinsippene om at forskningen skal være uavhengig, av høy vitenskapelig kvalitet, nyttig og reflektere brukernes og tjenestenes behov for ny kunnskap. Departementet vil legge til rette for at forskningsmiljøene

blir robuste, kompetente og flerfaglige, og at det etableres god samhandling med brukerne av tjenestene og med kommunesektoren. Videre skal ressursutnyttelsen være effektiv. På sikt er målet at miljøene når opp i både nasjonale og internasjonale konkurransearenaer for forskningsmidler.

Forsknings- og kompetansesentre med forskningsaktivitet vil omfattes av den omleggingen som skisseres under. Som varslet i Prop. 1 S (2016–2017) vil departementet, i tråd med anbefalingene fra Forskningsrådet, legge finansieringen av forskningen ved sentrene inn under de ordinære ordningene i Forskningsrådet. Departementet vil legge til rette for en gradvis overgang over flere år fra en fast bevilgning til at en større andel av midlene styres mot resultatbasert finansiering. F.o.m. 2018 blir det etablert enhetlige forskningsindikatorer og rapporteringsrutiner for forskningsaktivitet til forsknings- og kompetansesentrene. Den gradvise overføring av forskningsmid-

ler fra Helsedirektoratet til Forskningsrådet vil skje f.o.m. 2019 uten at midler omfordes. Omfordeling skjer først fra 2020. Overføringen vil i hovedsak basere seg på rapporteringssystemet som innføres fra 2018. Midlene omfordes innenfor rammen til sentrene ut i fra forskningsaktivitet basert på sentrenes forskningsindikatorer fra 2018/ 2019.

Departementet arbeider med å gi en bedre oversikt over forskningsinnsatsen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Etablring av enhetlige forskningsindikatorer for forsknings- og kompetansesentrene er en viktig del av dette. NIFU har på oppdrag fra Forskningsrådet gjennomført en kartlegging og analyse av forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene som en del av utviklingen av HelseOmsorg21-monitor. Kartleggingen viser at forskning knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester ser ut til å være økende og at antallet vitenskapelige artikler er nær firedoblet i løpet av siste 10-årsperiode.

Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten

Regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre utgjør en viktig del av nasjonale myndigheters satsning på å styrke kompetansen i helse og omsorgstjenestene, barnevernet og andre sektorer. Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte i 2016 i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet nytt samfunnsoppdrag og oppgaver for 21 av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Samfunnsoppdraget for sentrene er undervisning, veiledning, informasjon og nettverksarbeid. I tillegg kan sentrene delta i praksisnær og praksisrelevant forskning. Sentrene skal samarbeide med relevante kompetansesentre og tjenester.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidlene til sentrene og har satt i verk en rekke tiltak som skal sikre kommunene og de utøvende tjenestene bedre kjennskap til sentrenes virksomhet og likeverdig tilgang til kunnskaps- og kompetansesentrene. Ev. sammenslåing av sentrene vurderes på et senere tidspunkt basert på effekten av de tiltak Helsedirektoratet har satt i verk. De enkelte sentrene er nærmere omtalt under aktuell kapittel og post under programområde 10.60.

Departementet la i september 2017 fram en forskningsstrategi for tannhelse som er utarbeidet i samarbeid med sentrale aktører, se nærmere omtale kap. 770.

Regjeringens satsing på kompetanse er sentralt for å styrke kunnskapsgrunnlaget i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, se nærmere omtale av Kompetanseløftet 2020.

Strategisk kunnskapsbasert styring – HelseOmsorg21-monitor

HelseOmsorg21-monitor ble lansert vinteren 2017 og viser statistikk om forsknings- og innovasjonsaktiviteter innenfor helse og omsorg i Norge. Formålet er å samle relevant statistikk på ett sted og gi et godt kunnskapsgrunnlag for beslutninger på alle nivåer. I monitoren finnes interaktive figurer som viser statistikk om bl.a. økonomiske og personmessige ressurser, hvilke sykdommer det forskes på, forskningsresultater, og hvilke sykdommer som er utbredt i befolkningen. Monitoren skal utvikles over tid slik at den dekker alle aktører. Norges forskningsråd har ansvar for utvikling av HelseOmsorg21-monitoren.

En innføring av klassifikasjonssystemet for helseforskning, Health Research Classification System (HRCS), i helseforetak, universiteter, høyskoler og forskningsinstitutter vil bidra til å bedre statistikken om helseforskning nasjonalt og vil kunne gi institusjonene informasjon om hvordan forskningsaktiviteten fordeler seg innen ulike forskningsaktiviteter og helsekategorier. For å få et best mulig statistikkgrunnlag er det ønskelig at HRCS benyttes på en så stor andel av helseforskningen som mulig, det vil si at alle institusjoner som driver helseforskning omfattes av klassifiseringen. Hittil har HRCS blitt benyttet på prosjektnivå. Nå er det ønskelig å klassifisere den delen av helseforskningen som finansieres over institusjonenes grunnbevilgninger. Først da vil en kunne få et fullstendig bilde av forskningsinnsatsen. Norges forskningsråd har derfor fått i oppdrag å gjennomføre en pilot for å kartlegge forskningsinnsatsen ved 12 utvalgte institusjoner fra de tre forskningsutførende sektorene med HRCS i 2017. Arbeidet knyttes opp til målingen av ressursbruk til forskning i helseforetakene og til innhenting av FoU-statistikk i universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren for 2017. Framgangsmåten og metoden for HRCS-kartleggingen klargjøres, beskrives og forberedes høsten 2017. Målingen av ressursbruk til forskning i helseforetakene har t.o.m. 2016 blitt gjennomført hvert år. Som følge av at denne nå utvides med HRCS-kartlegging, legges denne om til å bli hvert annet år, tilsvarende som for universitets- og høyskolesektoren.

Strategisk kunnskapsbasert styring

Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ga de regionale helseforetakene og universitetene i oppdrag juni 2015 å beskrive ev. barrierer for samarbeid mellom universiteter og helseforetak og foreslå konkrete løsninger lokalt, regionalt og nasjonalt. Departementene oppnevnte en arbeidsgruppe med rektor Anne Husebekk ved Universitetet i Tromsø (UiT) – Norges arktiske universitet, som leder. Gruppens mandat pekte i første rekke mot barrierer knyttet til sektorenes samarbeid om helseforskning, og rapportens statusbeskrivelse og løsningsforslag har derfor vektlagt dette. Samhandling knyttet til utdanningsamarbeid er også kort berørt. Gruppen leverte sin rapport desember 2016. Den inneholdt 20 anbefalinger som retter seg mot universitetene, universitetssykehusene, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, eller begge departementer. Departementene er i gang med å vurdere anbefalingene. Departementene har gitt de regionale helseforetakene og universitetene likelydende oppdrag for 2017 om å følge opp rapporten innenfor sitt ansvarsområde. Videre har departementene, i tråd med rapportens anbefaling, etablert et samarbeidsforum for samordning mellom universiteter med medisnutdanning og helseforetak. Samarbeidsforumet skal drøfte aktuelle problemstillinger og legge til rette for samhandling og samarbeid mellom universitetene og de regionale helseforetakene om helseforskning og utdanning. Det består av rektorene ved de fire universitetene med medisnutdanning, de administrerende direktørene ved hvert av de fire regionale helseforetakene og administrerende direktør i Norges forskningsråd. I tillegg deltar statssekretærene med ansvar for forskning fra begge departementer og ekspedisjonssjefer for aktuelle avdelinger fra de to departementene.

Effektive og lærende tjenester

Helsedirektoratet fikk i 2015 i oppdrag å utarbeide en veileder for tjenesteinnovasjon, samt utrede organisering av et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene. Oppdraget ble i 2016 slått sammen med oppdrag til Helsedirektoratet om å utarbeide en innovasjonsmodell i tråd med Be Healthy – Be Mobile prosjektet i regi av WHO og ITU (den internasjonale Tele-kommunikasjonsunionen).

Første versjon av veilederen for tjenesteinnovasjon ble oversendt departementet i september

2017 og skal gjelde for hele helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet leverte et foreløpig svar på oppdraget om et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem i januar 2017. Med utgangspunkt i den foreløpige rapporten utredes organisering mot et mer helhetlig innovasjonssystem.

Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

I behandlingen av Meld. St. 27 (2016–2017) Industrien – grønnere, smartere og mer nyskapende, fattet Stortinget enstemmig vedtak (anmodningsvedtak 951 (2016–2017)) hvor de ba regjeringen fremme en stortingsmelding om helseindustrien. Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har startet arbeidet med en stortingsmelding.

Helsedata som nasjonalt fortrinn

Bedre utnyttelse av helsedata kan gi store gevinster for den enkelte pasient og for norsk helsevesen. Helsedata er helt nødvendig for å vurdere hvordan det står til med helsen i den norske befolkningen, hvordan pasientsikkerheten er, og om kvaliteten på tjenestene er god nok.

Helse- og omsorgsdepartementet styrker gjennomføringen av den nasjonale helseregisterstrategien for å lette tilgangen til og kopling av helsedata til forskning og andre formål som er viktig for befolkningen og pasientene. Direktoratet for e-helse har fra 2017 fått ansvar for å etablere et helsedataprogram som skal bidra til en mer effektiv organisering av de viktigste utviklingsoppgavene i strategien.

En sentral oppgave for Direktoratet for e-helse er å etablere en plattform for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata. Formålet er å forenkle og effektivisere tilgang til helsedata innenfor bredden av helseregistrenes formål, og sørge for at helsedata er enkelt tilgjengelig for analyse. En lang rekke aktører samarbeider om å finne gode løsninger for en slik plattform gjennom Helsedataprogrammet. I tillegg har Forskningsrådet og Direktoratet for e-helse inngått en samarbeidsavtale om å utvikle helseanalyseplattformen til beste for forskning.

Helsedatautvalget som ble satt ned i 2016 for å utrede et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata, leverte sine anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2017. Departementet har sendt utvalgets rapport på høring. Se nærmere omtale av utvalgets anbefalinger under kap. 701, post 21.

10 IKT og digitalisering

Bedre utnyttelse av informasjonsteknologi (IKT) er nødvendig for å realisere pasientens helse-tjeneste. For å nå målet om én innbygger – én journal er det nødvendig med en mer felles nasjonal IKT-utvikling. Flere felles løsninger setter krav til sterkere nasjonal styring og nye samarbeidsmodeller. Personvern og informasjonssikkerhet er også et viktig område som setter krav til ledelse og styring.

Personvern og informasjonssikkerhet

Personvern er grunnleggende ved behandling av helseopplysninger. Det viktig å ivareta innbyggernes tillit til at helseopplysninger blir behandlet og lagret på en trygg og sikker måte. Godt personvern og god informasjonssikkerhet er en forutsetning for digitalisering. Dette stiller krav til både teknologi, prosesser og mennesker. Behandling av helseopplysninger skal skje på en måte som gir pasienter og brukere helsehjelp av god kvalitet ved at relevante og nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte blir tilgjengelige for helsepersonell. Samtidig skal vernet mot at opplysninger gis til uvedkommende ivaretas, pasienters og brukeres personvern, pasientsikkerhet og rett til informasjon og medvirkning sikres. Et viktig aspekt ved personvernet knytter seg til den enkeltes kontroll med hvilke opplysninger om ham eller henne som er tilgjengelige for andre. I helse- og omsorgssektoren er det derfor lagt særlig vekt på konfidensialitetsaspektet ved personvern. Dette har sammenheng med den sterke taushetsplikten som gjelder for helsepersonell.

Personvern er imidlertid mer enn hensynet til konfidensialitet. Et formål med personvernlovgivningen er også å sikre at personopplysninger blir brukt på rett måte. Viktige personvernhensyn er at opplysninger skal være korrekte og oppdaterte, og tilgjengelige for rett person til rett tid. Rett bruk av informasjon er avgjørende for god pasientsikkerhet og forsvarlig og effektiv helsehjelp. Manglende tilgang til oppdaterte og korrekte opplysninger om pasienten kan føre til dårligere pasientbehandling og i verste fall feil behandling eller skade. Godt personvern krever at alle hensynene ivaretas.

Det er virksomhetenes ledelse som har ansvar for å etablere og opprettholde tilfredsstillende informasjonssikkerhet. Virksomhetens leder er ansvarlig for at bestemmelsene i personopplysningsforskriften følges. Den som har det daglige ansvaret skal fastlegge hvordan arbeidet med informasjonssikkerhet i virksomheten skal organiseres og gjennomføres slik at det kommer klart fram hvem som er ansvarlig på alle nivåer, og hva de er ansvarlig for.

Helsetjenesten er helt avhengig av private leverandører innenfor IKT-området. Dette gjelder bl.a. for leveranser av programvare, maskinvare og medisinsk-teknisk utstyr. Slike leverandører har en sentral rolle i å tilpasse og innføre nye løsninger i helse- og omsorgstjenesten, gjennomføre nødvendig service og vedlikehold og å bistå i drift og forvaltning. Det må sikres at de til enhver tid gjeldende krav til informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører etterlevs. Helse- og omsorgstjenesten må gi og styre tilganger til personell fra leverandørene for å kunne få utført nødvendige oppgaver.

Helse Sør-Øst RHF har de siste årene jobbet med å modernisere IKT-infrastrukturen for å legge til rette for teknologisk utvikling og styrket sikkerhet knyttet til IKT-systemer og medisinsk teknisk utstyr. Det ble vedtatt å gjøre dette gjennom en tjenesteutsetting av modernisering og drift av IKT-infrastruktur. I forbindelse med opplæring ble det avdekket flere svakheter i styring av tilgang for IKT-driftspersonell fra den eksterne leverandøren. Selv om det ikke er noen indikasjon på at data er på avveie, stilte Helse Sør-Øst prosjektet i bero i juni 2017 og utreder alternative framgangsmåter høsten 2017.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Direktoratet for e-helse i oppdrag å identifisere og foreslå gode rutiner for å sikre at de til enhver tid gjeldende krav til informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører etterlevs. Direktoratet skal som en del av oppdraget utarbeide en overordnet status for bruk av nasjonale og internasjonale leverandører som kontinuerlig eller episodisk arbeider inn mot virksomhetenes data-systemer. Sluttrapport for dette oppdraget skal leveres 1. november 2017.



HelseOmsorg21-rådet
Norges forskningsråd
1327LYSAKER

Deres referanse:

Vår referanse:
17/98-14

Vår dato:
30.10.2017

Sammensetningen av kommunenes sentrale forskningsorgan (KSF)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.v. forplikter kommunene å tilby helsetjenester innen et bredt spekter, herunder sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Innen dette området vil psykologifeltet spille en vesentlig rolle og være en viktig ressurs både for brukerne av tjenestene, og utviklingen av tjenestene. Bl.a. Meld.St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet peker på betydningen av styrket tilbud til personer med bl.a. rusproblemer og psykiske helseutfordringer, og hvor flere psykologer i kommunene er et av virkemidlene. Fra 2020 er det regjeringens hensikt å innføre en lovplikt for kommunene til å ha nødvendig psykologkompetanse.

På bakgrunn av det økte ansvaret kommunene skal ha når det gjelder rus og psykisk helse, er det viktig at dette området får en tydelig plass innenfor rammen av KSF. På bakgrunn av dette mener arbeidsutvalget i Nasjonal fagstrategisk enhet for forskning og utdanning innen helse- og sosialfag (NFE-HS) at det er behov for å supplere KSF med en representant fra psykologifeltet. Denne representanten bør komme fra forskningsmiljø ved universitet, og ha både klinisk og forskningsmessig erfaring innen relevante problemstillinger med tanke på behandling av rus og psykisk helse i en kommunal ramme.

Dersom det oppnås enighet om å utvide KSF slik vi foreslår, er vi klare til å foreslå relevante fagpersoner.

Vennlig hilsen

Marit Kirkevold
leder NFE-HS

Tor Rynning Torp
seniorrådgiver

Dette dokumentet er godkjent elektronisk ved UHR

Notat

Emne	Status og videreutvikling av HelseOmsorg21-monitor
Til	HO21 Rådet
Fra	Forskningsrådets prosjektgruppe for HO21-monitor
Dato	16.11.2017

Status

Monitoren ble lansert i form av en nettside 28. november 2016. I forkant av lanseringen var det en hektisk utviklingsfase der det ble lagt stor vekt på å få inkludert så mye relevant statistikk som mulig og vist denne på en god måte. Det har i ettertid vært behov for å konsolidere data og systemet, foreta tekniske feilrettinger og oppdatere data etter hvert som ny statistikk har blitt publisert. Det har derfor ikke vært gjort vesentlige endringer i monitoren siden lanseringen. Derimot har det blitt brukt mye tid på å forberede implementering av Health Research Classification System (HRCS) i rapportering fra forskningsinstitusjonene og med tanke på å vise statistikken i monitoren (se nedenfor).

Rett etter lanseringen var det betydelig oppmerksomhet om monitoren og noe omtale i media. Lanseringen genererte stor trafikk til nettsiden, som senere naturlig nok har gått noe ned. Om lag 1800 unike brukere har besøkt nettsiden siden starten, og i gjennomsnitt er det 100 unike brukere inne på siden i måneden.

En av Forskningsrådets medarbeidere som hadde et betydelig ansvar for monitoren, sluttet i september. For å erstatte ham er det engasjert en ny medarbeider i perioden fra og med november 2017 til og med desember 2018. Han skal ha monitoren som sin primære arbeidsoppgave, noe som innebærer at det vil være mulig å legge ned vesentlig mer arbeidsressurser i videreutvikling av innhold og funksjonalitet, samt i promotering av monitoren overfor brukerne.

Videreutvikling

Kort om de viktigste utviklingsoppgavene knyttet til monitoren.

Health Research Classification System (HRCS)

En vesentlig del av arbeidsinnsatsen i 2017 har vært knyttet til å implementere HRCS for helseforskning ved sykehusene, universiteter og høyskoler, samt utvalgte forskningsinstitutter. Arbeidet har blant annet bestått i å identifisere hvilke enheter som skal inkluderes i kartleggingen og hvilken metodisk tilnærming som er mest hensiktsmessig. Det har blitt lagt vekt på å finne en framgangsmåte som er metodisk forsvarlig, samtidig som belastningen på respondentene holdes så lav som mulig. Man har blitt enige om et opplegg der HRCS-klassifiseringen gjennomføres i tilknytning til ressurskartleggingen i helseforetakene og innhenting av FoU-statistikk for UH- og instituttsektoren. Kartleggingen planlegges gjennomført annet hvert år og første gang i 2018, med 2017 som referanseår. Når tallgrunnet er innsamlet og bearbeidet vil det bli presentert i monitoren. Det vil anslagsvis dekke minst 80 prosent av helseforskningen som utføres i Norge fordelt

på helsekategori og forskningsaktivitet. Monitoren vil fortsatt også presentere HRCS-statistikk om prosjektbasert finansiering fra Forskningsrådet, EU, Kreftforeningen og helseforetakenes øremerkede midler til forskning, slik at man samlet sett kan få HRCS-profiler både for forskning finansiert over basisbevilgningene og den prosjektbaserte finansieringen.

For å komme fram til et egnet opplegg for kartleggingen har det blitt etablert en arbeidsgruppe med representasjon fra de fem største medisinske og helsefaglige fakultetene, universitetssykehusene, Folkehelseinstituttet, HOD, NIFU og Forskningsrådet. I tillegg er det et underutvalg av administrativt ansatte som utarbeider opplegg for den praktiske implementeringen. Som ledd i arbeidet har det også vært holdt møter med rektorene ved de fire bredde-universitetene, med dekaner og forskningsdekaner ved universitetenes medisinske fakulteter, samt i flere av samarbeidsorganene mellom universitetene og helseforetakene.

Verdiskaping i helsenæringen

Forskningsrådet er med i konsortiet som stod bak rapporten "Helsenæringens verdi" i 2016 og 2017. Rapporten dokumenterer ulike aspekter ved helsenæringen som ikke finnes i offisiell statistikk og en del av tallgrunnlaget i rapporten presenteres i monitoren. Det er enighet i konsortiet om å utarbeide en tilsvarende rapport i 2018 og monitoren vil bli oppdatert med nye tall når rapporten er ferdig. Det har også vært samtaler med SSB om hvordan tallgrunnlaget for helsenæringen kan forbedres i offisiell statistikk.

Andre datakilder

Kort om andre datakilder og undersøkelser som kan danne grunnlag for statistikk i monitoren:

Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: NIFU gjennomførte i 2016 en pilotundersøkelse av forskning og innovasjon i kommunale tjenester. Det må fremover drøftes om slike undersøkelser skal gjøres regelmessig og eventuelt innarbeides i ordinær statistikk-innhenting.

Klassifisering av forskningspublikasjoner med HRCS: NIFU gjennomførte i 2016 en pilotstudie på mulighetene for å klassifisere vitenskapelige publikasjoner registrert i CRISStin med bruk av HRCS. Piloten viste at dette var fullt mulig og det er naturlig å videreføre dette når utprøvingen med HRCS-kartlegging ved institusjonene er implementert.

Patentsøknader og innvilgede patenter i Norge og verden: Det er innledet samarbeid med Patentstyret for å få bedre statistikk om patenter, varemerker og designbeskyttelse innenfor helse og omsorg.

Innovasjonsindikatorer: Det pågår arbeid med innovasjonsindikatorer på flere områder, blant annet i helseforetakene, kommunene og enkelte UH-institusjoner, samt for offentlig sektor generelt. Når slike indikatorsett er etablert vil det være aktuelt å presentere statistikk i monitoren.



Sak 44/17 Satsingsområde Globale helseutfordringer

- a) Presentasjon av prosjekt Drive-AB.
b) Orientering om status for Norsk institutt for global helse (NIGH)

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

Bakgrunnsdokumenter:	•
Vedlegg:	•
Innledere:	<ul style="list-style-type: none"> • Seniorrådgiver Miloje Savic (FHI) • Professor Nina Langeland (UiB)
Ansvarlig:	
Oppfølgingssak:	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 28.11.2016 (06/16) Satsingsområde Møte de globale helseutfordringene • Møte 12.9.2016 (04/16) Sak 36/16 Forskningsrådets arbeid med antibiotikaresistens

Hovedpunkter

- a) Oppfølging sak 36/16 møte 12.9.2016 (04/16). HO21-rådet ba i møtet om en presentasjon av prosjekt Driving reinvestment in R&D for antibiotics and advocating their responsible use (DRIVE- AB) på et senere rådsmøte. Prosjekt DRIVE-AB sto på rådsmøteagendaen 23.1.2017 (01/17), men måtte dessverre utgå pga tidspress i møtet.

Seniorrådgiver Miloje Savic (FHI) er invitert til rådsmøtet for å presentere prosjekt DRIVE-AB.

- b) Oppfølging sak 53/16 møte 28.11.2016 (06/16). HO21-rådet vedtok i møtet å invitere en representant for Norsk institutt for global helse (NIGH) tilbake på et senere rådsmøte for å presentere status for NIGH, hvilke formål NIGH skal ha og hvordan NIGH skal være organisert.

Professor Nina Langeland (UiB) er invitert til rådsmøte for å informere om status for NIGH.

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



Sak 45/17 Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

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

Bakgrunnsdokumenter:	<ul style="list-style-type: none"> • Presentasjon KSF, HO21-rådsmøte 14.9.2017 (04/17) • Notat fra KS til HO21-rådet til møtet 31.5.2017 (03/17) • Utkast til mandat for KSF 31.5.2017 (03/17) • Kandidater fra UHR-rådet til KSF 31.5.2017 (03/17) • Utkast mandat og sammensetning KSF 12.9.2016 (04/16) • Notat datert 25.4.2016 (vedlegg sak 24/16) • Notat datert 25.1.2016 (vedlegg sak 04/16) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	<ul style="list-style-type: none"> • Godkjent referat fra møte i KSF 12.9.2017
Innledning:	<ul style="list-style-type: none"> • KSF
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 14.9.2017 (04/17) • Møte 31.5.2017 (03/17) • Møte 28.3.2017 (02/17) • Møte 23.1.2017 (01/17) (orienteringssak) • Møte 24.10.2016 (05/16) (Program for folkehelsearbeid i kommunene) • Møte 12.9.2016 (04/16) (KSF) • Møte 25.4.2016 (03/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 1.12.2015 (06/15) (innspill til handlingsplanen) • Møte 19.10.2015 (05/15)

Hovedpunkter

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

HO21-rådet vedtok i møtet 03/17 å opprette Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). KSF har siden opprettelsen gjennomført to møter; 12.9.2017 og 9.11.2017.

Saksfremlegg sak 45/17 – møte 05/17

KSF er invitert til rådsmøtet for å orientere om status for arbeidet til KSF.

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



17.10.2017

Møte i Kommunenes strategiske forskningsorgan(01/17)	
Dato:	Onsdag 12. september
Sted:	Radisson Blu Hotel, Gardermoen (ved terminalen)

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
 Professor Marit Kirkevold, UiO, 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
 Fylkesleder FFO Sogn og Fjordane Geir Liavåg Strand, FFO, 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 Jens Kristian Jebsen, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, observatør
 Administrerende direktør Flemming Hegerstrøm Hospital IT, observatør

Forfall:

Rådmann Astrid Eidsvik, Ålesund kommune, medlem
 Kommuneoverlege Kenneth Johansen, Alta kommune, medlem
 Seniorrådgiver Irene Olaussen, Direktoratet for e-helse, observatør
 Avdelingsdirektør Jannikke Ludt, Forskningsrådet, observatør

Innleder:

Leder Marthe Hammer, Fagsenter for innovasjon, Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen HF

Fra Forskningsrådet:

Sekretariatsleder Hilde Dorthea Grindvik Nielsen, HO21rådet (stedfortreder for Jannikke Ludt)

HO21 rådet avventer oppnevning av observatører fra:

Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning i spesialisthelsetjenesten (NSG) og NFD.

Fra sekretariatet:

Fagleder Sigrid J. Askum, Avdeling helse og velferd KS, leder

Fagleder FoU, Jon Anders Drøpping, KS

Kommunikasjonsrådgiver Thea Finstad, KS

Saksliste

Sak 1/17 Konstituering av Kommunenes strategiske forskningsorgan

Vedtak: Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) konstitueres.

Sak 2/17 Godkjenning av sakslisten

Vedtak: Sakslisten godkjennes.

Sak 3/17 Velkommen og innledning - til det første konstituerende møte i KSF ved Nina Mevold

Kort om bakgrunn og oppnevning av KSF fra HelseOmsorg21 rådet.

Se vedlagte presentasjon.

Sak 4/17 Gjensidig presentasjon

Presentasjonsrunde: Litt om hver representant, litt om den enkeltes ambisjoner for styrking av kunnskap innen kommunehelse- og omsorgsfeltet.

Sekretariatet lager til neste møte en enkel mal som gir en oversikt over representantenes kompetanse og erfaring.

Sak 5/17 Slik jobber Samarbeidsutvalget i Helse Vest, ved Marthe Hammer, Haukeland Universitetssykehus

Det er etablert regionale samarbeidsorgan for alle de fire Regionale Helseforetakene.

Se vedlagte presentasjon.

Sak 6/17 Gjennomgang av mandat og arbeidsform - gruppevis og i plenum

Det vises til innledning ved Nina Mevold for gruppenes gjennomgang av mandat og arbeidsform.

Se vedlagte presentasjon.

Det er laget en oppsummering av innspillene fra gruppene, se vedlegg.

Sak 7/17 Opprettelse av Arbeidsutvalg

Vedtak: Arbeidsutvalget opprettes med følgende representanter fra KSF:

- Nina Mevold, leder
- Åse L. Snåre, nestleder
- Erik Kjeldstadli, vara Hans Petter Torvik
- Marit Kirkevold
- Jørund Straand

Det oppnevnes ikke vara for representantene Marit Kirkevold og Jørund Straand, begge er oppnevnt av UHR.

Sekretariatet er Sigrid J. Askum og Jon Anders Drøpping, begge fra KS.

Sak 8/17 Medlemmenes ønsker om informasjonsinnhenting til KSF i interimperioden

På neste møte blir resultatene i følgende rapporter presentert:

- "Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av ressursinnsats og resultater", NIFU 32/2016 ved Ole Wiig, Forsker 2/stedfortredende forskningsleder
<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2423142/NIFUrapport2016-32.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- «Utvikling av en kommunal praksisarena», Rambøll på oppdrag fra KS, ved forsker Marita Grøtter Raaholt

Medlemmenes forslag til tema/innspill fra følgende:

- KPR
- Helsedataprogrammet
- Forskerskolene, medisin og helsefag
- NFR, om kommunesektorens rolle og plass i aktuelle programmer og programmene som har vært utlyst og er relevante for KSF
- Erfaringer fra omsorgsforskningsentrene, ved repr. fra Senter for omsorgsforskning, Gjøvik
- Erfaringer med å mislykkes/vinne i det nye FORKOMMUNE-programmet, Bergen kommune
- Kompetansetjenester, overordnet
- Kompetansetjeneste
- KS blick på forskning i kommunene
- Informasjon om arbeidet i Trondheim og Helse Midt-Norge
- innspill fra KS om bl.a. digitalisering etc.

I tillegg var det forslag fra leder:

- To regionale samarbeidsorgan i spesialisthelsetjenestene (HV 12. sept) og HMN)
- NSG- hvordan jobber det?
- HO21-rådsleder Camilla Stoltenberg (9. nov)
- Forfatter av NIFU-rapport om forskning i kommunene (9. nov)
- Forfatter av FoU-prosjektet (Rambøll) «Utvikling av kommunene som læringsarena» bestilt av KS (9. november)
- To kommuners blick på KSF og regionale forskningsorganer - ved kommunaldirektører i Kristiansand og Fredrikstad
- Allmennmedisinsk forskningsnettverk ved professor Guri Rørtveit (UiB)
- Satsingen i Vest Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest og Helsecampus Årstadvollen
- Evt ferdigstilt analyse fra OECD om forholdet mellom norske akademiske institusjoner og praksisfelt.

Sak 9/17 Kommunikasjonsplan

Vedtak: Sekretariatet utarbeider forslag til kommunikasjonsplan for KSF. Forslaget settes opp som sak i KSF. Det oppnevnes kontaktperson i NFR for arbeidet med kommunikasjon i KSF.

Det er nødvendig å ha en plan for kommunikasjon og formidling, særlig gjelder det når tidspunktet for innstilling skal leveres HO21 rådet i slutten av 2018. Kommunikasjonsrådgiver fra KS, Thea Nathalie Finstad, bistår sekretariatet.

Sak 10/17 Møteplan for KSF

Vedtak: Det utarbeides forslag til møteplan for våren. Denne harmoniseres med møtene i HO21 rådet så godt som mulig.

Sak 11/17 Eventuelt

Ingen saker meldt.



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

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

Bakgrunn

Oppfølgingssak fra møte 23.1.2017 (01/17), sak 07/17 Satsingsområde Bedre klinisk behandling. HO21-rådet ba i møtet om en orientering om Norges formannskap i Nordisk ministerråd 2017 og prosjekt "Nordisk samarbeid for bedre helse 2017-2019" på et senere rådsmøte. Helse- og omsorgsdepartementet er invitert til rådsmøtet for å orientere om prosjekt "Nordisk samarbeid for bedre helse 2017-2019".

Hovedpunkter

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.

Norge er også opptatt av synergier mellom det nordiske og det nordisk-baltiske samarbeidet.

Formannskap i Nordisk ministerråd (NMR) innebærer at rådet stiller midler til rådighet for formannskapslandet til å initiere prosjekter over en treårs-periode. Disse prosjektene skal konkretisere prioriteringene for formannskapet. Ut fra de tre nevnte prioriteringene er det ut fra kvalitet og relevans valgt ut ni prosjekter hvor ett av de prosjektene er et helseprosjekt.

Orientering fra Helse- og omsorgsdepartementet v/seniorrådgiver Nils Olav Refsdal.

Forslag til vedtak: *HelseOmsorg21-rådet tar orienteringen til etterretning.*



Norges prioriteringsprosjekt "Nordisk samarbeid for bedre helse 2017-2019"

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for prosjektet Nordisk forsknings-samarbeid for bedre helse ifm at Norge har formannskapet i Nordisk ministerråd i 2017. Prosjektet følger opp flere nordiske initiativer, blant annet Bo Könbergs rapport "Det framtida nordiska hälsosamarbetet". Målet for arbeidet er å legge til rette for nordisk helseforskning på tvers av de nordiske landene, særlig på områder der det er behov for å samarbeide på grunn av at de aktuelle pasientgruppene i hvert enkelt land er små.

Prosjektet består av tre delprosjekter i tillegg til en referansegruppe forankret i Nordisk embetsmannskomiteé for helse- og sosialspørsmål (EK-S). Det er bevilget DKK 7,3 mill. til prosjektet fra Nordisk ministerråd i prosjektperioden.

Delprosjekt 1 skal utrede mulige forenklinger for å redusere ressursbruken for etikkgodkjenninger i Norden. Målet er å gjøre det enklere for forskere i de nordiske landene å samarbeide om forskning på helsedata og klinisk pasientrettet forskning. Dette prosjektet ledes fra Norge ved HOD. Det vil bli avholdt møter med representanter fra de andre nordiske landene for å få innspill til rapport som skal presenteres tidlig i 2018.

Det har vært krevende å få enkelte av landene med i prosjektet, men Sverige og Island har nå meldt at de vil delta. Danmark har fortsatt ikke oppnevnt en kontaktperson.

Delprosjekt 2 skal utrede nordiske løsninger for å gjøre helsedata lettere tilgjengelig til forskning i Norden. Det handler ikke om å eksportere data over landegrensene, men om å gi forskere tilgang å gjøre analyser på nordiske data. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt NordForsk i oppdrag å gjennomføre denne utredningen. Det utarbeides en sluttrapport som planlegges ferdigstilt ila 2018.

Delprosjekt 3: skal videreutvikle det nordiske samarbeidet om kliniske studier gjennom Nordic Trial Alliance på tvers av de nordiske landene. NordForsk har

fått i oppdrag å gjennomføre en analyse av hvordan Nordic Trial Alliance best kan videreutvikles inn mot kliniske studier i persontilpasset medisin, og gjennomføre en pilotutlysning på grunnlag av analysen. I juni bevilget Stortinget i revidert nasjonalbudsjett 5 mill. kroner til Kreftforeningen til nordisk samarbeid på kreftforskning. Midlene skal benyttes til delfinansiering av pilotutlysning for nordiske kliniske multisenterstudier på kreftområdet innenfor delprosjekt 3.

Kontaktperson er Nils Olav Refsdal, nor@hod.dep.no.



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

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

Bakgrunnsdokumenter	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata (Helsedatautvalget) • Rapport Enklere tilgang – mer forskning. Status og forbedringsmuligheter for norske persondata til helseforskning (Agenda Kaupang) • Saksnotat datert 24.10.2016 (04/16) • Saksnotat datert 29.2.2016 (02/16) • Saksnotat datert 25.1.2016 (01/16) • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg	<ul style="list-style-type: none"> • Utkast til høringsuttalelse fra HO21-rådet
Innledere	<ul style="list-style-type: none"> • Rådsleder Camilla Stoltenberg (FHI)
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 14.9.2017 (04/17) • Møte 23.1.2017 (01/17) • Møte 24.10.2016 (04/16) • Møte 25.4.2016 (03/16) Orienteringssak • Møte 29.2.2016 (02/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 1.12.2015 (06/15)

Bakgrunn

Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn ble sist diskutert på rådsmøtet 14.9.2017 (04/17). Da ble rapporten Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata presentert av leder av Helsedatautvalget Marta Ebbing (FHI).

Helse- og omsorgsdepartementet sendte rapporten på høring 1.9.2017 med høringsfrist 1.12.2017.

Det ble i rådsmøtet foreslått at HO21-rådet burde gi en høringsuttalelse til rapporten.

Hovedpunkter

Sekretariatsleder har i samarbeid med rådsleder og nestleder skrevet et utkast til høring fra HO21-rådet.

HO21-rådet

HO21-rådet bes om å gi innspill til høringsutkastet.

Forslag til vedtak:

Høringsuttalelsen vedtas å sendes med de merknadene som gis i møtet. Sekretariatet i samarbeid med rådsleder og nestleder ferdigstiller dokumentet. Høringsuttalelse fra HO21-rådet sendes departementet innen fristen 1.12.2017.

Til Helse-og omsorgsdepartementet

Vår saksbehandler/tlf.
Hilde D.G. Nielsen, +47 40 92 22 60

Vår ref.
Xx/xx
Deres ref.
16/3807

Oslo,
xx.xx.2017

Høring angående rapport fra Helsedatautvalget: Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata

HelseOmsorg21-rådet (HO21-rådet) viser til høringsbrev datert 1.9.2017 med høringsfrist 1.12.2017 og takker for muligheten til å gi innspill til rapporten med tittel Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata.

Leder av Helsedatautvalget Marta Ebbing (FHI) har vært invitert til HO21-rådsmøte i januar 2017 (23.1.2017 (01/17)) for å gi en midtveis presentasjon av rapporten og til rådsmøtet i september 2017 (14.9.2017 (04/17)) for å presentere den endelige rapporten. HO21-rådet er svært positiv til rapporten og til arbeidet som har vært gjort i Helsedatautvalget.

HO21-rådet består av 31 sentrale personer fra næringsliv, sykehus, universitetene og høyskolene, offentlig forvaltning, kommunesektoren og brukerorganisasjoner og er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet for en fireårs periode fra 2015. Innsendte høringsuttalelse fra HO21-rådet ble behandlet i rådsmøte 29.11.2017 (05/17).

Satsingsområde Helsedata som nasjonalt fortrinn er et av de ti satsingsområdene i HO21-strategien fra 2014 og har vært diskutert i HO21-rådet siden oppstart i 2015. Dette satsingsområdet skiller seg fra de øvrige satsingsområdene ved at gjennomføring av de foreslåtte tiltakene vil styrke arbeidet med de øvrige satsingsområdene i strategien.

Anbefalingene i HO21-strategien er bredt og tungt forankret i nesten 500 innspill fra hele sektoren, innspill fra de fem arbeidsgrupper som står bak de fem delrapportene i strategien og arbeidet til HO21-strategigruppen som har utarbeidet HO21-strategien.

HO21-strategien løfter frem fem prioriterte områder, prioriteringen *Lettere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata* er ett av dem. Anbefalingene i HO21-strategien er gruppert i fire

overordnede tiltak; 1) Enklere og bedre regelverk og forvaltning, 2) Modernisere teknologiske løsninger og forvaltning av helsedata, 3) Utvide datagrunnlaget og 4) Videreutvile biobanker og biobanktjenester. Flere av tiltakene som HO21-strategien peker på er å finne i rapporten til Helsedatautvalget.

HelseOmsorg21-rådet

- kjenner seg igjen i utvalgets beskrivelse av utfordringer i dagens system og støtter utvalgets forslag om å avvikle kravet om forhåndsgodkjenning fra Datatilsynet og/eller de regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk før det gis tilgang til helsedata Denne anbefalingen samsvarer bl.a med tiltaket som er foreslått i HO21-strategien (jfr. overordnet tiltak nr 1).
- støtter anbefalingen om å opprette en nasjonal tjeneste som ivaretar alle forvaltningsoppgaver for å tilgjengeliggjøre helsedata for forsvarlig sekundærbruk til alle legitime formål, noe som også ble påpekt i HO21-strategien (jfr. overordnet tiltak nr 2).
- sendte i mai 2017 en støtteerklæring til Forskningsrådets hovedstyre om at HO21-rådet støtter Forskningsrådet og Direktoratet for e-helse sitt arbeid med å etablere en nasjonal helseanalyseplattform. En slik nasjonal portal og tilgangstjeneste vil være svært viktig for og i tilgangsforvalterens arbeid. En tilsvarende web-løsning er også noe som både Danmark og Sverige har etablert og har gode erfaringer med. Etablering av en nasjonal helseanalyseplattform er et stort og viktig løft for norsk forskning, statistikk og analyse (jfr. overordnet tiltak nr 2 i HO21-strategien).
- støtter anbefalingen fra utvalget om at både databehandlingsansvarlige for helseregistrene og brukerne av en helseanalyseplattform gis tilgang til et sett av forhåndsdefinerte demografiske og sosiøkonomiske data som i dag forvaltes i Folkeregisteret og i SSB. Tilgangen bør gis uavhengig om formålet er statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging eller styring (se overordnet tiltak nr 1 i HO21-strategien).

HO21-rådet ønsker Helse- og omsorgsdepartementet lykke til videre med det viktige arbeidet med å etablere et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata.

Med vennlig hilsen

HelseOmsorg21-rådet

Camilla Stoltenberg
Rådsleder

Hilde D.G. Nielsen
HO21-sekretariatsleder/spesialrådgiver



Sak 48/17 Satsingsområde Økt brukermedvirkning

- a. Tilbakemelding fra UHR (12.6.2017)
- b. Innspill fra den tidligere arbeidsgruppen for satsingsområdet

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

Bakgrunnsdokumenter:	<ul style="list-style-type: none"> • Saksnotat datert 23.1.2017 (01/17) • Saksnotat datert 24.10.2016 (05/16) • Brev til UHR fra HO21-rådet, desember 2015 • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Innledere:	<ul style="list-style-type: none"> • Leder av arbeidsutvalget i Nasjonal fagstrategisk enhet for utdanning og forskning innen helse- og sosialfag (NFE-HS) (UHR) Professor Marit Kirkevold (UiO) • HO21-rådsmedlem generalsekretær Lilly Ann Elvestad (FFO)
Vedlegg:	<ul style="list-style-type: none"> • Svarbrev fra UHR datert 12.6.2017 • Saksnotat datert 29.11.2017
Ansvarlige:	<ul style="list-style-type: none"> • Lilly Ann Elvestad, FFO • Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF • Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge • Gro Jamtvedt, HiOA • Knut-Inge Klepp, FHI • Pål Kraft, UiO • <i>HO21-sekretariatsleder Hilde G. Nielsen (sekretær)</i>
Andre rådsmøter hvor satsingsområde har vært diskutert	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 23.01.2017 (01/17) • Møte 24.10.2016 (05/16) • Møte 19.10.2015 (05/15) (innspill til handlingsplanen)

Bakgrunn

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

Hovedpunkter

- a) 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.

Tidligere leder av Nasjonal Fagstrategisk enhet for utdanning og forskning innen helse- og sosialfag (NFE-HS) Arnfinn Sundsfjord (UiT) orienterte om arbeidet med henvendelsen i NFE-HS på rådsmøtet 23.1.2017 (01/17).

HO21-rådet mottok brev fra UHR 12.6.2017.

Leder av arbeidsutvalget i UHR NFE-HS professor Marit Kirkevold (UiO) er invitert til møte for å presentere tilbakemeldingen fra UHR.

- b) Satsingsområdet Økt brukermedvirkning har vært diskutert på flere rådsmøter. Den tidligere arbeidsgruppen for dette området 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.

HO21-rådet

HO21-rådet bes om å gi kommentere på tilbakemeldingen fra UHR.

HO21-rådet bes om å diskutere de to foreslåtte tiltakene fra arbeidsgruppen.

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



Norges forskningsråd
Postboks 564
1327 LYSAKER

Deres referanse:

Vår referanse:
15/253-3

Vår dato:
12.06.2017

Økt kunnskap om brukermedvirkning i utdanning, forskning og innovasjon

Det vises til HO21-rådets brev 14. september 2015. Her ble *Universitets- og høgskolerådet i samarbeid med sine medlemsinstitusjoner* bedt om å vurdere behovet for å utvikle felles nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning i UH-sektoren på tilsvarende måte som RHFene har utarbeidet. UHR noterer seg at HO21-rådet ser at tilnærmingen trolig vil være annerledes ved de akademiske institusjonene enn ved anvendte forskningsinstitusjoner som helseforetakene.

Saken er drøftet i Nasjonal fagstrategisk enhet for utdanning og forskning innen helse- og sosialfag (NFE-HS) som er et organ i UHR for alle medlemsinstitusjonene som tilbyr helse- og/eller sosialfaglig utdanning, forskning og innovasjon. UHRs 14 nasjonale profesjonsråd for utdanning og forskning innen det enkelte helse- og/eller sosialfaglige området har også hatt saken til drøfting, og noen av dem har gitt tilbakemeldinger på saken. I det følgende redegjøres det for UHRs vurderinger i saken og hvordan vi har konkludert.

Hva er brukermedvirkning?

I henhold til bokmålsordboka er en bruker en person som bruker eller anvender noe, mens *medvirkning* er å medvirke, under medvirkning av – i samarbeid med. www.helsenorge.no skriver dette om brukermedvirkning: *Pasienter og brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere pasient og bruker i undersøkelse, behandling og valg av tjenestetilbud.* Dette kan også forstås analogt om studenter i utdanning. Føringer for brukermedvirkning etter liknende prinsipper er gitt også når det gjelder forskning.

Hvem er bruker?

Brukerbegrepet har tradisjonelt sett vært knyttet til pasienter og andre brukere av helse- og velferdstjenester. Utviklingen innen flere samfunnssektorer tilsier at brukerbegrepet må forstås i en bredere kontekst. Dette har blant annet kommet frem gjennom hvordan utlysningsteksten til HELSEVEL-programmet nå definerer brukere, og gjør at også institusjoner, interesseorganisasjoner som KS o.a. kan inneha en rolle som bruker. Et av profesjonsrådene som svarte på en henvendelse om brukermedvirkning fra arbeidsutvalget i NFE-HS, uttrykte seg slik: *bruker kan forstås som den som skal ha nytte av kunnskapen.*

Med utgangspunkt i UH-sektoren har vi forsøkt å identifisere aktuelle brukere/brukergrupper relatert til utdanning, forskning og innovasjon, ref. figur 1 på neste side. Med vårt utgangspunkt i UH-sektoren, blir tilnærmingen langt bredere enn kun pasienter eller brukere av helse- og velferdstjenester (figurens grågrønne sirkel). Helse- og velferdstjenestene (grå

sirkel) vil være brukere av forskning om for eksempel tjenesteyting, innovasjon i tjensteproduksjon og utdannede kandidater. Dette kan også individualiseres til den enkelte ansatte i tjenestene (klargrønn sirkel). Studenter vil være brukere av utdanningstilbud. De vil også være brukere når det gjelder forskning på de fagområdene de studerer, og også forskning på hvordan de utdannes. Videre vil studentene også være brukere av helse- og velferdstjenestene nettopp som student i praksis. Lærere vil kunne være brukere av den samme forskningen som studentene, men de vil også kunne være forskere og leverer forskning som kolleger og studenter har nytte av. Et perspektiv her er at forskere i UH-sektoren også vil forske på helse- og velferdstjenestene, og deres brukere. Universiteter og høyskoler (lyseblå sirkel) vil kunne ha direkte nytte av egen forskning på seg selv, og være sin egen bruker. Men UH-institusjonene er også brukere av helse- og velferdstjenester for å kunne få utdannet studentene, og for å kunne drive forskning.



Figur 1: Oversikt over ulike kategorier *brukere* sett fra UH-sektoren

Offentlig forvaltning (gul sirkel) som departementer, direktorater og andre etater er brukere av UH-sektoren. KS, Spekter, LO, Unio og Akademikerne er eksempler på interesseorganisasjoner. KS og Spekter organiserer blant annet helsetjenestene og har dermed interesse av at utdanning, forskning og innovasjon blir så god og nyttig som mulig. Det samme perspektivet vil kunne være gjeldende for arbeidstakerorganisasjonene og de klassiske pasient/brukerorganisasjonene.

Kort oppsummert er det mange brukere, flere med gjensidig funksjon i form av å være bruker av hverandres ressurser.

Brukermedvirkning i forskning og innovasjon

Brukermedvirkning i helse- og velferdsforskning

Formalgrunnlaget for brukermedvirkning i forskning i helsetjenesten er primært hjemlet i helseforskningsloven. Brukermedvirkning er også utdypet i Meld. St. 18 (2012-2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter samt Meld. St. 7 (2014-2015) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015-2024*, HelseOmsorg21-strategien. Videre finner vi krav om

brukermedvirkning i forskningsrådets programmer HELSEVEL og FINNUT. Også det nå avsluttede programmet PRAKUT hadde krav om brukermedvirkning. Norges forskningsråd har igangsatt evaluering av utdanningsforskning. Her skal samspillet med aktører som har interesse eller er berørt av forskningen, herunder omfang av brukermedvirkning i forskning og brukerstyrt forskning, undersøkes. For forskning i spesialisthelsetjenesten er det vedtatt retningslinjer for brukermedvirkning. Foreløpig foreligger ikke tilsvarende retningslinjer for forskning i primærhelsetjenesten.

Forskning i NAV og barnevernet er ikke omfattet av HO21-strategien. Men det kan søkes om midler fra Forskningsrådet, blant annet fra HELSEVEL-programmet, og da kommer kravet om brukermedvirkning inn også her.

Brukermedvirkning i utdanningsforskning

Brukermedvirkning i utdanningsforskning har ingen egne føringer om brukermedvirkning utover de kravene Forskningsrådet har innført for å innvilge støtte til prosjekter. Men i *Meld. St. 18 (2012-2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter*, pekes det på at Fylkesmannen, fylkeskommunene og kommunene i økende grad anvender forskningsbasert kunnskap. De er i dag sentrale aktører både som oppdragsgivere overfor forskningsmiljøene, som brukere av forskning og som ansvarlige for kompetanseutviklingen i barnehagen og grunnsopplæringen.

Brukermedvirkning i utdanning

Brukermedvirkning i utdanning kan omfatte alle brukere som definert i figuren. Helse- og sosialfagutdanninger gjennomføres både i utdanningsinstitusjon og i helse- og velferdstjenesten. Dette betyr blant annet at studenten vil være underlagt bestemmelsene for to sektorer.

I 2014 påla Kunnskapsdepartementet alle universiteter og høyskoler å opprette råd for samarbeid med arbeidslivet. Formålet med dette var å ... *bidra til å utvikle og styrke [institusjonens] kontakt og samarbeid med arbeidslivet. For [institusjonen] er hensikten med å opprette et Råd for samarbeid med arbeidslivet å lytte til arbeidslivets behov og forventninger til universitetet, og å få råd og innspill til [institusjonens] samarbeid med arbeidslivet. Rådet har et særskilt ansvar for å utarbeide en strategi for samarbeid med arbeidslivet.* Dette rådet er ikke spesifikt rettet inn mot helse- og velferd, men mange av rådene har representanter fra disse sektorene. I forbindelse med omleggingen av spesialisthelsetjenesten i 2001, ble det opprettet to samarbeidsorgan mellom hvert enkelt regionalt helseforetak med representanter fra RHF og universiteter i det ene, og RHF og høyskoler i det andre. Organiseringen har utviklet seg noe ulikt mellom RHFene, men hensikten med samarbeidsorganene er å samarbeide om utdanning og forskning. Samarbeidsorganene kan betraktes som arenaer for gjensidig brukermedvirkning. Tilsvarende regionale systemer som totalt sett dekker hele landet finnes ikke for andre helse- og velferdstjenester, men det er en rekke mer lokalt pregede ordninger.

UH-sektoren og arbeids- og velferdstjenestene hadde en periode et nasjonalt samarbeidsorgan. Dette ble nedlagt da målene var nådd. Nye samarbeidsformer er under utvikling. Tilsvarende organ eksisterer mellom barnevernet og UH-sektoren. Dette organet er nå under evaluering. UH-sektoren og helsesektoren hadde også en nasjonal samarbeidsarena. På grunn av et nokså begrenset mandat, samt HO21-rådets forslag om nasjonalt samarbeidsorgan, som så langt vi kjenner til ikke er konkretisert, er dette foreløpig ikke realisert.

Kunnskapsdepartementet har sendt ut forslag til Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. Krav til helse- og sosialfagstudenters kompetanse relatert til brukermedvirkning er berørt i § 2 pkt. 3: *[Kandidaten] har relasjons-, kommunikasjons- og*

veiledningskompetanse som gjør kandidaten i stand til å forstå og håndtere situasjoner med brukere, pasienter eller pårørende. Videre kan kandidaten veilede brukere, pasienter og pårørende som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser.

Det foreslås også et system for å utvikle nasjonale retningslinjer for hver enkelt helse- og/eller sosialfaglige utdanning. I § 4 om nasjonale retningslinjer står det blant annet at *Programgruppene skal være i dialog med relevante brukergrupper om retningslinjene.* I høringsbrevet heter det at *Programgruppene må samlet ha inngående kunnskap om: Brukernes behov, tjenestene, den enkelte utdanning, oppdatert forskning innenfor fagområdet eller fagområdene for utdanningen.*

Brukermedvirkning i utdanningsinstitusjonen

For studentene reguleres brukermedvirkning blant annet gjennom Universitets- og høyskolelovens kap. 4, *Studentenes rettigheter og plikter*, herunder retten til å etablere studentorgan som skal høres i alle saker som angår studentene på det aktuelle nivå. Videre skal studentene normalt ha representasjon i institusjonens besluttende organer. Studentevalueringer skal inngå i systemet for kvalitetssikring jf. UH-lovens kap. 1. I Meld. St. 16 (2016-2017) *Kultur for kvalitet i høyere utdanning* gis det klare føringer for studentmedvirkning: *Studentene er en viktig ressurs i utvikling av utdanningskvalitet, og de bør i enda større grad enn i dag involveres i arbeidet med å forbedre utdanningene.* (s. 85).

Når det gjelder brukermedvirkning (brukere av helse- og velferdstjenester) i utdanning, er dette noe regulert, og på litt ulike måter i rammeplaner og forskrifter for 8 grunnutdanninger og 11 videreutdanninger¹. Gjennom undervisningen skal studentene eksponeres for temaer som brukerperspektiv og brukermedvirkning. Hvordan dette skal gjøres er opp til den enkelte utdanning.

Også Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis* (samspillmeldingen) fra 2012 gir føringer om brukermedvirkning: I kap. 4.1 *Nye kompetansebehov* vises det til samhandlingsreformen. I denne er brukermedvirkning fremhevet som et viktig punkt. I samspillmeldingen skrives det at brukermedvirkning (sammen med andre momenter) *er sentrale begreper i reformen som vil gjenspeiles i de nye helse- og omsorgstjenestene, og som derfor også må gjenspeiles i utdanningene.* Det pekes spesifikt til medisinerutdanningen i kap. 9.7.2 om at utdanningen i større grad må gi kompetanse på brukermedvirkning. Dette betyr at også de helse- og sosialfaglige utdanningene som ikke er regulert gjennom rammeplan har en forpliktelse til å ivareta brukerperspektiv og brukermedvirkning.

Brukermedvirkning knyttet til praksisstudier

Når studentene gjennomfører praksisstudier, må de også innrette seg etter bestemmelser som gjelder i tjenestene. Det er mange føringer som regulerer brukermedvirkning innenfor rammen av helse- og sosialfaglige tjenester: helseforetaksloven, kommunehelsetjenesteloven, NAV-loven, sosialtjenesteloven, barnevernsloven og lov om pasient- og brukerrettigheter. Lovverket hjemler brukere av tjenestene rett til medvirkning. Dette er bestemmelser som studentene må forholde seg til i veiledet praksis. Brukermedvirkning er et sentralt begrep i samhandlingsreformen, og det understrekes i samspillmeldingen at dette må gjenspeiles i utdanningene.

¹ Barnevernspedagog, bioingeniør, ergoterapeut, fysioterapeut, radiograf, sosialt arbeid, vernepleier, helsesøster, aldring og eldreomsorg, anestesisykepleie, barnesykepleie, helsefremmende og forebyggende arbeid, intensivsykepleie, kreftsykepleie, operasjonssykepleie, psykisk helsearbeid, jordmorutdanning.

Vurdering

I vedlegget er det listet opp lover og andre førende dokumenter for brukermedvirkning både i tjenestene, utdanning og forskning: 8 lover, 19 rammeplaner og forskrifter, 4 stortingsmeldinger, HO21-strategien, 3 forskningsprogrammer, ulike typer samarbeidsorganer og råd, samt forslag til forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. Men ulike områder kan ha forskjellig dekningsgrad og ulik praksis. Utdanningsforskning fremstår som det minst regulerte området. Forskningsprosjekter med støtte fra Forskningsrådet vil i all hovedsak, enten det gjelder forskning på helse- og velferdstjenestene (både individrettet og systemrettet forskning) eller utdanningsforskning, ha krav om brukermedvirkning. Visse typer forskning som gjennomføres med finansiering kun fra institusjonenes egne budsjetter vil kunne ha svakere formalkrav til brukermedvirkning.

Til tross for en omfattende regulering, kan det være mangler som bør håndteres i forbindelse med gjennomføring av ny felles rammeplan, og i utarbeidelsen av retningslinjer for den enkelte utdanning. I dette arbeidet er det krav om brukermedvirkning.

Tilbakemeldingene fra de tre profesjonsrådene som representerer fem utdanninger ser behov for å utarbeide nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning for utdanning, forskning og innovasjon. Hensikten må være å stimulere til økt fokus for brukermedvirkning. Eventuelle generelle retningslinjer må utformes med tanke på at de skal være mulig å anvende av svært forskjellige fagmiljøer.

Konklusjon

Det er 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.

Vennlig hilsen

Alf Rasmussen
generalsekretær

Tor Rynning Torp
seniorrådgiver

Dette dokumentet er godkjent elektronisk ved UHR

VEDLEGG 1 Eksempler på lovhjemling og andre føringer for brukermedvirkning i UH-sektorens virksomhetsområder

Lov og forskrift m.m.	
------------------------------	--

Lov om helseforetak m.m.	§ 35 omhandler <i>Pasienters og andre brukeres innflytelse</i> . Det skal bl.a. være etablerte systemer for innhenting av deres erfaringer og synspunkter.
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester	§ 3-10. <i>Pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner</i> pålegger kommunene bl.a. å sørge for å innhente brukere og pasienters erfaringer og synspunkter.
Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen	Loven omfatter bl.a. bestemmelser om brukermedvirkning både på systemnivå og individuelt plan, ref. §§6 og 15
Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen	I hht. § 14 <i>bør kommunene samarbeide med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene som kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen.</i>
Lov om barneverntjenester	§ 6-3 fastsetter barns rettigheter under saksbehandlingen. § 7-3 omhandler hovedprinsippene for saksbehandling i fylkesnemnda. I flg. pkt. b, skal <i>partene i saken bli hørt, normalt ved muntlige forklaringer umiddelbart for nemndene.</i>
Lov om pasient- og brukerrettigheter	§ 3-1 omhandler <i>Pasientens og brukerens rett til medvirkning.</i>
Helseforskningsloven	§ 13 stiller krav om samtykke fra <i>deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning, med mindre annet følger av lov.</i>
Universitets- og høyskoleloven	Brukermedvirkning i utdanning er i kap. 4 som omhandler studentenes rettigheter (og plikter).
Rammeplan og forskrift for 8 grunntutdanninger og 11 videreutdanninger	Rammeplan og forskrift for 8 grunntutdanninger og 11 videreutdanninger omtaler og vektlegger brukermedvirkning på ulike måter (barnevernspedagog, bioingeniør, ergoterapeut, fysioterapeut, radiograf, sosialt arbeid, vernepleier helsesøster, aldring og eldreomsorg, anestesisykepleie, barnesykepleie, helsefremmende og forebyggende arbeid, intensivsykepleie, kreftsykepleie, operasjonssykepleie, psykisk helsearbeid, jordmorutdanning.
Stortingsmeldinger	
Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis.	I kap. 4.1 <i>Nye kompetansebehov</i> vises det til bl.a. samhandlingsreformen. I denne er brukermedvirkning fremhevet som et viktig punkt. I samspillmeldingen skrives det at bl.a. brukermedvirkning (sammen med andre momenter) <i>er sentrale begreper i reformen som vil gjenspeiles i de nye helse- og omsorgstjenestene, og som derfor også må gjenspeiles i utdanningene.</i> Det pekes spesifikt til medisinerutdanningen i kap. 9.7.2 om at utdanningen i større grad må gi kompetanse på brukermedvirkning.
Meld. St. 18 (2012-2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter	HOD: Departementet ønsker å styrke brukermedvirkning (pasienter, brukere, helsepersonell) i forskning og innovasjon for å øke forskningens relevans og oppnå raskere implementering. s. 139 Med brukere menes både pasienter og personell s. 144 KD: Fylkesmannen, fylkeskommunene og kommunene anvender i økende grad forskningsbasert kunnskap. De er i dag sentrale aktører både som oppdragsgivere overfor forskningsmiljøene, som brukere av forskning og som ansvarlige for kompetanseutviklingen i barnehagen og grunntopplæringen. s. 153
Meld. St. 7 (2014-2015) Langtidsplan for forskning	Det er vist til HelseOmsorg21-strategiens strategiske satsning på økt brukermedvirkning

og høyere utdanning 2015-2024	
Meld. St. 16 (2016-2017) Kultur for kvalitet i høyere utdanning	Den store samfunnsmessige betydningen av utdanning krever også medvirkning og innflytelse fra flere aktører, som for eksempel arbeidsliv og studenter. Studentene er en viktig ressurs i utvikling av utdanningskvalitet, og de bør i enda større grad enn i dag involveres i arbeidet med å forbedre utdanningene. (s. 85). Samarbeid med arbeidslivet går som en rød tråd gjennom meldingen, og er særlig omtalt i kap. 3.6. Her forutsettes det bl.a. at det må samarbeides med arbeidslivet om innholdet i utdanningene også på studieprogramnivå,
HelseOmsorg21	
HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg.	I dette dokumentet fremkommer brukermedvirkning som et satsningsområde innen både forskning og innovasjon.
Føringer fra forskningsrådet	
HELSEVEL	Innenfor rammen av HelseVel-programmet er bruker-begrepet vidt definert. I fotnote på side 3 i programplanen for HELSEVEL er bruker beskrevet slik: <i>med brukere forstås her pasienter, klienter og pårørende.</i> Her har det vært en utvikling slik at i programmets utlysningstekst er følgende formulering brukt: <i>”... at både tjenesteytere og tjenestemottakere kan være aktuelle brukere i disse prosjektene.”</i> Også andre helserettede forskningsprogrammer har brukermedvirkning som krav.
FINNUT	I programmet <i>FINNUT</i> er det lyst ut 50 millioner kroner til forskning innenfor grunnskolelærerutdanningene. Brukermedvirkning er også her nedfelt som et krav og er definert slik: <i>For å sikre at prosjektene er relevante stilles det krav om brukermedvirkning. Dette innebærer at brukerne/aktører fra utdanningssektoren deltar i alle faser og i styringen av prosjektet. Relevante brukere kan være skoleeiere, skoler og profesjonsutøvere.</i>
PRAKUT	Dette er et avsluttet program for forskning på bl.a. lærerutdanning. I dette programmet var det krav om brukermedvirkning.
Mandat og rammeverk for evaluering av norsk utdanningsforskning	I denne evalueringen skal bl.a. <i>Samspill med aktører som har interesse av og eller berøres av forskningen, herunder omfang av brukermedvirkning i forskningen og brukerstyrt forskning.</i> Det skal også gjennomføres en brukerundersøkelse.
Andre føringer	
Samarbeidsorganer mellom spesialisthelsetjenesten og universiteter og høyskoler	Samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og UH-sektoren, her eksemplifisert med Helse SørØst og UiO, har som mandat fremme det felles faglige og vitenskapelige miljø <ul style="list-style-type: none"> • bidra til at partene gjensidig legger til rette for forskning og utdanning av høy kvalitet • bidra til effektiv ressursutnyttelse innen forskning og utdanning • bidra til samarbeid om satsing på innovasjon og næringsutvikling basert på helseforskning • bidra til å styrke internasjonalisering av helseforskning

Råd for samarbeid med arbeidslivet	<p>I 2014 påla KD alle universiteter og høyskoler å opprette råd for samarbeid med arbeidslivet. Formålet med dette var å</p> <p><i>... bidra til å utvikle og styrke [institusjonens] kontakt og samarbeid med arbeidslivet. For [institusjonen] er hensikten med å opprette et Råd for samarbeid med arbeidslivet å lytte til arbeidslivets behov og forventninger til universitetet, og å få råd og innspill til [institusjonens] samarbeid med arbeidslivet. Rådet har et særskilt ansvar for å utarbeide en strategi for samarbeid med arbeidslivet.</i></p>
Forslag til Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger - hørings sak	<p>Krav til helse- og sosialfagstudenters kompetanse relatert til brukermedvirkning er berørt i § 1 pkt. 3: <i>[Kandidaten] har relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse som gjør kandidaten i stand til å forstå og håndtere situasjoner med brukere, pasienter eller pårørende. Videre kan kandidaten veilede brukere, pasienter og pårørende som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser.</i> Videre skrives det i § 4 om nasjonale retningslinjer at <i>Programgruppene skal være i dialog med relevante brukergrupper om retningslinjene.</i> I høringsbrevet heter det at <i>Programgruppene må samlet ha inngående kunnskap om: Brukernes behov, tjenestene, den enkelte utdanning, oppdatert forskning innenfor fagområdet eller fagområdene for utdanningen.</i></p>
Brukermedvirkning i helseforskning i Norge	<p>Denne rapporten utreder temaet og foreslår retningslinjer og tiltak for brukermedvirkning i helseforskning. Styrene i de regionale helseforetakene har behandlet rapporten og vedtatt denne som <i>retningsgivende for økt brukermedvirkning i forskningens ulike faser.</i> De vedtok retningslinjene i særskilt vedtak, og også at adm. direktør skal følge opp at tiltak iverksettes og vurderes i budsjettprosessene i årene som kommer.</p>
Brukermedvirkning og mestring – emner i fremtidens legeutdanning? av André Vågan og Helge Skirbekk	<p>Artikkelen beskriver forskningslitteratur om brukermedvirkning, og <i>peker på muligheter og utfordringer ved å introdusere brukermedvirkning og mestring som emner i fremtidens legeutdanning.</i> I artikkelen defineres brukermedvirkning slik at <i>pasienter, erfarne brukere eller pårørende deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av undervisning og studieprogram, på lik linje med ansatte og undervisere</i></p>



Notat til diskusjon på rådsmøtet 29.11.2017

Fra:	<ul style="list-style-type: none">• Lilly Ann Elvestad, FFO• Cathrin Carlyle, Helse Nord RHF• Dagfinn Bjørgen, KBT Midt-Norge• Gro Jamtvedt, HiOA• Knut-Inge Klepp, FHI• Pål Kraft, UiO• <i>HO21-sekretariatsleder Hilde G. Nielsen (sekretær)</i>
Vedlegg til:	Sak 48/17 Satsingsområde Økt brukermedvirkning

Bakgrunn

Satsingsområdet Økt brukermedvirkning har vært til diskusjon på rådsmøtene 19.10.2015 (05/15), 24.10.2016 (05/16), 23.1.2017 (01/17) og 14.9.2017 (04/17). HO21-rådet har vært gjennom alle tiltakene i strategien og i handlingsplanen, og arbeidsgruppen har på flere møter presentert en rekke tiltak for HO21-rådet. Arbeidsgruppen synes likevel at arbeidet til HO21-rådet ikke har «svart ut» bestillingen vedrørende satsingsområdet i HO21-strategien og at det derfor fortsatt bør prioriteres.

Kort status:

Som et utgangspunkt for diskusjon for satsingsområdet er det tidligere blitt undersøkt hvordan noen av de store forskningsfinansierende organisasjonene definerer brukermedvirkning. Det er tilsynelatende stor felles forståelse av hvem brukeren er og hva reell brukermedvirkning betyr på tvers av disse organisasjonene. Forskningsrådet har imidlertid en noe bredere definisjon av bruker. Dette er knyttet til det vide spekteret av helseforskning som Forskningsrådet skal finansiere gjennom sine fire helseforskningsprogrammer (global vaksinasjonsforskning, helsetjenesteforskning, folkehelse/forebygging og diagnostikk/behandling/rehabilitering).

Det er verdt å merke seg at de regionale helseforetakene i 2014 etablerte retningslinjer for brukermedvirkning i helseforskning som legger et rammeverk for brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten. Retningslinjene definerer hva som er målet med brukermedvirkning, hvem brukerne er og hva vi forstår med brukermedvirkning. De regionale helseforetakene operer med en tilsvarende bred definisjon av brukermedvirkning som det Forskningsrådet praktiserer i sine helseforskningsprogrammer.

Universitets- og høyskolesektoren har ikke utarbeidet felles retningslinjer. Begrunnelsen for det er at UHR mener det ikke er behov for felles retningslinjer. Det er heller ikke varslet noe særskilte tiltak for kunnskap vedrørende brukermedvirkning hos forskningsutførende

personale. I vedlagte brev fra UoH-rådet henvises det til at kompetanse relatert til brukermedvirkning er berørt i forslag til Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger.

Det er i dag ikke utviklet nasjonale eller samlede kompetansetiltak for kompetansebygging av brukermedvirkere i forskning. Det er også en stor utfordring for både pasient- og brukerorganisasjoner og forskere å skaffe til veie brukermedvirkere. Organisasjonene (forskningsinstitusjoner og pasient- og brukerorganisasjoner) er mer eller mindre «overlatt til seg selv» å bygge systemer for utvelgelse, oppføring og opplæring. Som et resultat utvikles det i dag ulike systemer og opplæringstiltak – uten at det er etablert arenaer der man kan dele på erfaring, ideer og løsninger.

På denne bakgrunn foreslår arbeidsgruppen at:

1) HO21-rådet tar initiativ til et dialogmøte med relevante aktører

Aktørene som arbeider med brukermedvirkning i helseforskning etterspør en møteplass for å diskutere utfordringene knyttet til brukermedvirkningskravet i helseforskning. Det foreslås at HO21-rådet tar initiativ til at det arrangeres et dialogmøte med HOD, Helsedirektoratet, RHF-ene, Forskningsrådet, de største pasient- og brukerorganisasjonene, UHR og KSF (og evt andre) hvor bl.a. problemstillingene som nevnes under kan diskuteres:

- ✓ Begrepsavklaringer: Det praktiseres i dag flere definisjoner av brukermedvirkning. Det foreslås at det utarbeides en nasjonal oversikt over hvem som kan være brukere i helseforskningsprosjekter. Noen eksempler på hvem som kan være brukere er:
 - Enkelt pasient(er)
 - Pårørende
 - Pasientorganisasjon/forening
 - Interesseorganisasjoner
 - Helseforvaltningen/myndighetene/beslutningstakere
 - Kommune(r)
 - Sykehus/tjenestene/klinikere
 - Befolkningen
- ✓ Prioritering: Det foreslås at det lages en nasjonal oversikt over forskningsområder hvor det i utgangspunktet ikke er hensiktsmessig med brukermedvirkning. Bakgrunnen for å prioritere er at det er enklere å innhente erfaring og evaluere effekter på noen få områder før det vedtas at kravet skal gjelde for alle helseforskningsprosjekter som finansieres med midler fra HOD. Listen under viser f.eks. områder som OUS foreslår ikke det er forventet brukermedvirkning:
 - Translasjon forskning/dyreeksperimentelle studier/grunnleggende helseforskning
 - Registerbasert forskning
 - Laboratorieforskning
 - Forskning på operasjonsprosedyrer/metoder
 - Identifisering av aktuelle brukere ibm viktige temaer som antibiotikaresistens, zika-virus e.l.
 - Akuttmedisinsk forskning

- Pasientgrupper som i utgangspunktet er friske eller har pasientforening, f.eks. gravide
- Årsaksforskning innen forebygging
- Pasientgrupper/sykdommer/skader som finnes utenfor Norge, f.eks. studier som gjøres med prosjektansvarlig i Norge med finansiering fra Norge.
- ✓ Nasjonale føringer for vurdering av brukervedvirkning i helseforskningsprosjekter som finansieres med midler fra HOD
 - Brukervedvirkning i helseforskningsprosjekter vurderes ulikt. Det etterspørres i dag generelle føringer for vurdering av brukervedvirkning i helseforskningsprosjekter.
- ✓ Evaluering av brukervedvirkning i hele forskningsprosessen
 - Kravet om brukervedvirkning i alle forskningens faser har krevd og krever stor ressursinnsats. Det ligger også inne et krav fra HOD om at brukervedvirkning i forskning skal evalueres. Det foreslås at det f.eks. nedsettes et utvalg som ser på hvordan en evaluering av brukervedvirkning i helseforskning bør gjennomføres, og skisserer hvilke spørsmål som ønskes belyst i en evaluering.

2) HO21-rådet ser på mulig utvikling av én portal, nasjonal veileder, opplæringstiltak og e-læring

For at brukervedvirkning i forskning skal virke etter ønsket hensikt forutsetter det kunnskap, kompetanse og opplæring. Det behov for økt kompetanse og opplæring av både brukere og forskere. De regionale helseforetakene etablerte i 2014 retningslinjer for brukervedvirkning i helseforskning som legger et rammeverk for brukervedvirkning i spesialisthelsetjenesten. Universitets- og høyskolesektoren ser i dag ikke noe behov for felles retningslinjer for brukervedvirkning i UH-sektoren. De største pasient- og brukerorganisasjonene har utviklet noe materiale og tilbyr noen kurs, men det etterspørres en nasjonal oversikt over hva som finnes. I dag ligger informasjon om brukervedvirkning i helseforskning på en rekke nettsider – en "skog" av nettsider med nesten lik informasjon. Det foreslås at HO21-rådet diskuterer (videre)utvikling av

- a) én nettportal (nasjonal nettløsning) for brukervedvirkning i helseforskning (på helsenorge.no).
- b) elektroniske opplæringsprogrammer (nettbaserte løsninger) for brukervedvirkning i helseforskning.
- c) nasjonal veileder og nasjonale kurs for brukervedvirkning i helseforskning for brukere og forskere.
- d) kurs for brukervedvirkning i forskning tilpasset minoritetsgrupper inkludert samisk befolkning (pkt må også ses i sammenheng med utvikling av e-læringskurs).



Sak 49/17 Satsingsområde Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering- sterk norsk innsats i Horisont2020

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

Bakgrunnsdokumenter:	<ul style="list-style-type: none"> • Notat fra arbeidsgruppen, datert 25.4.2016 • Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (Handlingsplanen kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no) • HelseOmsorg21-strategien (Strategien kan lastes ned her: www.helseomsorg21.no)
Vedlegg:	<ul style="list-style-type: none"> •
Innledning ved:	<ul style="list-style-type: none"> • Divisjonsdirektør Jesper W Simonsen, Forskningsrådet
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert	<ul style="list-style-type: none"> • 28.11.2016 (06/16) • 24.10.2016 (05/16) • 25.4.2016 (03/16)

Bakgrunn

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

Hovedpunkter

Norske bedrifter, offentlige virksomheter og forskningsmiljøer har nå hentet ut rundt 4,6 milliarder kroner fra EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont2020. Fra forrige opptelling og til nå gjør norske forsknings- og innovasjonsaktører det markant bedre i konkurransen om EU-midler. Regjeringen har satt som ambisjon at norske aktører skal hente ut to prosent av totalbudsjettet i Horisont 2020. Ved siste måling lå andelen på 1,91 prosent. I juni lå andelen norske aktører hentet hjem på 1,81 prosent (www.forskningsradet.no).

Helseforskning har i det siste halvåret fått til et løft innenfor EUs helseforskningsinnsats.

Divisjonsdirektør Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet) orienterer kort om Norges innsats i EU.

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



Sak 50/17 Energi21

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

Bakgrunn

Energi21 er den nasjonale strategien for forskning, utvikling, demonstrasjon og kommersialisering av ny energiteknologi og ble opprettet av Olje- og energidepartementet i 2008.

Hovedfunksjonen til Energi21 er å bidra med strategiske råd og anbefalinger til myndighetene om forskning, utvikling, og demonstrasjonsaktiviteter rettet mot utvikling av ny klimavennlig stasjonær energiteknologi. Energi21 skal bidra til en helhetlig og samlet strategi for energisektoren, der aktørene gjennom involvering stiller seg bak felles strategiske mål og tiltak. Energi21 har utarbeidet tre strategier i 2008, 2011 og 2014.

Energi21 ledes av et styre oppnevnt av olje og energiministeren med et eget mandat. Styret består av 12 representanter fra næringslivet, forsknings- og utdanningsmiljøene samt offentlige virkemiddelaktører innen energiområdet. Olje- og energidepartementet og NVE er observatører. Det operasjonelle arbeidet ledes og gjennomføres av et sekretariat i samarbeid med relevante aktører fra energibransjen.

Olje- og energidepartementet legger strategien til grunn i styringen av departementets bevilgninger til forskning, utvikling og demonstrasjon på energiområdet.

For mer informasjon om Energi21, se nettsiden: <https://energi21.no/prognett-energi21/Forside/1253955410614> .

Hovedpunkter

Styreleder Sverre Aam (SINTEF) og leder av Energi21-sekretariatet direktør Lene Mostue er invitert til rådsmøtet for å fortelle om deres erfaringer med Energi21 og med arbeidet med å revidere strategien fra 2014.



Sak 51/17 HO21 – planer 2018

- a. HO21 - Høy kvalitet, rask og nyttig forskning og innovasjon for bedre helse (arb.tittel)
- b. Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde – innspill til den kommende stortingsmeldingen
- c. Møteplan 2018
- d. Avslutningsarrangement 2018

Type sak: Vedtakssak

Til: HO21-rådet

Fra: HO21-sekretariatsleder Hilde DG Nielsen

Bakgrunnsdokumenter:	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 14.9.2017 (04/17), sak 49/17 - saksnotat • Møte 31.5.2017 (03/17), sak 30/17 – saksfremlegg og presentasjon • Møte 28.3.2017 (02/17), sak 15/17 – saksfremlegg og presentasjon • Møte 23.1.2017 (01/17), sak 04/17 Forslag til arbeidsplan for 2017 • 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 • Møte 25.1.2016 (01/16), sak 09/16 Arbeidsplan for HO21-rådet for perioden 2016 – 2018 • Møte 19.10.2015 (05/15), sak 10/15 Rådets arbeidsform
Vedlegg:	<ul style="list-style-type: none"> • Utkast til oppdragsbeskrivelse prosjekt Høy kvalitet, rask og nyttig forskning og innovasjon for bedre helse - ettersendes
Innledere:	<ul style="list-style-type: none"> • Rådsleder Camilla Stoltenberg (FHI) • Leder av arbeidsgruppen for helsenæring og rådsmedlem Anne Kjersti Fahlvik (Forskningsrådet)
Andre rådsmøter hvor dette satsingsområdet har vært diskutert:	<ul style="list-style-type: none"> • Møte 14.9.2017 (04/17) • Møte 31.5.2017 (03/17) • Møte 28.3.2017 (02/17) • Møte 23.1.2017 (01/17) (saken utgikk pga tidspress) • Møte 12.9.2016 (04/16) • Møte 25.1.2016 (01/16) • Møte 19.10.2015 (05/15)

a) Prosjekt HO21 - Høy kvalitet, rask og nyttig forskning og innovasjon for bedre helse (arbeidstittel)

Bakgrunn

HO21-rådet vedtok på rådsmøte 14.9.2017 (03/17) å nedsette en arbeidsgruppe som skal gi innspill til formulering av et oppdrag og en påfølgende utredning av hvordan kunnskapssystemet for folkehelse kan bli bedre.

Hovedpunkter

En invitasjon om å delta i arbeidsgruppen og/eller ressursgruppen for satsingen Et kunnskapssystem for bedre folkehelse ble sendt HO21-rådet 22.9.2017. Følgende rådsmedlemmer deltar i arbeidsgruppen:

- Anne Lise Ryel (Kreftforeningen).
- Björn Gustafsson (NTNU)
- Esperanza Diaz (UiB)
- Fredrik Syversen (IKT Norge)
- Hilde Lurås (AHUS)
- Jesper W. Simonsen (Forskningsrådet)
- Knut-Inge Klepp (FHI)
- Sameline Grimsgaard (UiT)

Gruppen ledes av rådsleder Camilla Stoltenberg (FHI).

Arbeidsgruppen har hatt to møter (13.10.2017 og 2.11.2017) og et telefonmøte (23.11.2017).

Vedlegg til saken ettersendes.

Innledning ved rådsleder Camilla Stoltenberg (FHI).

b) Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde – innspill til den kommende stortingsmeldingen

Det ble vedtatt på rådsmøte 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.

Ressursgruppe for næringsutvikling i HO21-rådet

En invitasjon om å spille inn forslag til medlemmer til arbeidsgruppen for helsenæringen ble sendt HO21-rådet 2.10.2017. Innen fristen 10.10.2017 var det kommet en rekke forslag. Basert på de innkomne forslagene og i samarbeid med nestleder Björn Gustafsson (NTNU), rådsmedlem og arbeidsgruppeleder Anne Kjersti Fahlvik (Forskningsrådet) og sekretariatet har rådsleder satt sammen en ressursgruppe bestående av 17 personer inkludert leder (jmf. vedtak 14.9.2017 (04/17)). En invitasjon om å delta i ressursgruppe for næringsutvikling i HO21-rådet ble 15.11.2017 sendt til:

- Toril Hernes, NTNU (leder av ressursgruppen)
- Anne Kjersti Fahlvik, Forskningsrådet (leder av arbeidsgruppen)
- Anne Lise Ryel, Kreftforeningen
- Arild Kristensen, NSCC
- Asbjørn Lilletun, Norinova Technology Transfer
- Clara Gram Gjesdal, Helse Vest RHF
- Eirik Næss-Ulseth
- Ingeborg Brude, Takeda
- Leif-Rune Skymoene, Curida
- Lena Lundgren, Microsoft Norge
- Lillian Olsen, Halogen
- Mona Skaret IN
- Monica Larsen, LMI
- Ole Dahlberg, Thermo Fisher
- Tom Pike
- Tor Arne Viksjø, DIPS
- Trude Andresen, Øvre Eiker kommune

Gruppen består av syv menn og 10 damer og med geografisk representasjon fra Oslo, Elverum, Øvre Eiker, Bodø, Bergen, Stavanger, Tromsø og Trondheim.

Ressursgruppen:

- Ledes av prorektor for nyskaping Toril Hernes, NTNU.
- Det er tenkt 2-3 møter. Et av møte foreslås skal være et fellesmøte mellom ressursgruppen og HO21-rådet.
- Mandat: Ressursgruppen skal bidra med innspill som HO21-rådet kan bruke som grunnlag for sitt innspill til stortingsmeldingen.
- Rammen for arbeidet: 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.
- Ressursgruppen oppnevnes av HO21-rådet for perioden 1.1. – 31.12.2018

Arbeidsgruppen:

- Arbeidsgruppen ledes av divisjonsdirektør og HO21-rådsmedlem Anne Kjersti Fahlvik, Forskningsrådet.
- Innovasjon Norge vil delta i arbeidsgruppen
- Arbeidsgruppen skal ta utgangspunkt i HO21-strategien (satsingsområdene og de fem hovedprioriteringene), HO21-rådets sammensetning og sørge for integrasjon med andre pågående prosesser.
- Leder av arbeidsgruppen velger i samråd med innovasjon Norge hvilke personer i og utenfor HO21-rådet hun ønsker å involvere i dette arbeidet.
- Leder av arbeidsgruppen stiller med nødvendige ressurser fra egen organisasjon. Innovasjon Norge vil også bidra med ressurser.
- HO21-sekretariatet bidrar i arbeidet.

Innledning ved rådsleder Camilla Stoltenberg (FHI) og arbeidsgruppeleder og rådsmedlem Anne Kjersti Fahlvik (Forskningsrådet).

c) Møteplan 2018

Jf. møte 14.9.2017 (04/17), sak 37/17 Planer for HO21-rådet.

Følgende møteplan ble vedtatt 14.9.2017 (04/17):

- Torsdag 25. januar, Sted: Folkehelseinstituttet
- Onsdag 21. mars, Sted: KS
- Onsdag 6. juni, Sted: Tromsø (faglig påfyll tirsdag 5. juni fra ca kl 17.30).
- Mandag 17. september, Sted: Direktoratet for e-helse
- Torsdag 29. november, Sted: Forskningsrådet (avsluttende møte)

Sekretariatsleder informerer kort om møteplanen 2018.

d) Avslutningsarrangement 2018

HO21-rådet sin periode varer ut 31.12.2018. Det siste rådsmøtet i 2018 er torsdag 29.11.2018 (05/18). Sekretariatsleder foreslår følgende markering/avslutning av rådsperioden i 2018:

Forslag 1:

- HO21-rådet overleverer en rapport til HOD og innspill til helsenæringsmeldingen til NFD på det siste rådsmøtet i 2018 (29.11.2018). HOD, KD, NFD og Forskningsrådet evt andre inviteres spesielt til møtet.
- Det arrangeres en *middag* for HO21-rådet etter møtet. HOD, KD, NFD og Forskningsrådet evt andre inviteres spesielt til å delta.

- I forbindelse med Forskningsrådets helsekonferanse 30.11.2018 bidrar HO21-rådet med en/flere representanter til å holde et innlegg eller to på konferansen. Konferansen arrangeres i Oslo kongressenter 30.11.2018.

Forslag 2:

- HO21-rådet overleverer en rapport til HOD og innspill til helsenæringsmeldingen til NFD på det siste rådsmøtet i 2018 (29.11.2018). HOD, KD, NFD og Forskningsrådet evt andre inviteres spesielt til møtet.
- Det legges opp til en *lengre lunsj* som avslutning for HO21-rådet 29.11.2018. HOD, KD, NFD og Forskningsrådet inviteres spesielt til å delta.
- I forbindelse med Forskningsrådets helsekonferanse 30.11.2018 bidrar HO21-rådet med en/flere representanter til å holde et innlegg eller to på konferansen. Konferansen arrangeres i Oslo kongressenter 30.11.2018.

Forslag 3:

- HO21-rådet arrangerer en HelseOmsorg21-konferanse tidlig i 2019.

Forslag 4:

- En variant av forslag 1, 2 eller 3 evt andre forslag.

Innledning ved sekretariatsleder.

HO21-rådet

HO21-rådet bes om å:

- a) gi innspill til prosjekt HO21 - Høy kvalitet, rask og nyttig forskning og innovasjon for bedre helse (arbeidstittel).
- b) gi innspill til arbeidet med ressursgruppe og arbeidsgruppe for næringsutvikling i HO21-rådet.
- c) diskutere forslag til avslutningsmarkering i 2018.

Forslag til vedtak:

Formuleres i møtet.....