

HelseOmsorg21-rådet

Dato 9. oktober, kl. 10.00 – 15.00

Sted Forskningsrådets lokaler

Sak 25/3/24	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 26/3/24	Spørsmål om habilitet
Sak 27/3/24	Godkjenning av referat møte 2/2024, 4. juni 2024
Sak 28/3/24	Orienteringer
Sak 29/3/24	Statsbudsjettet
Sak 30/3/24	HO21-strategien 10 år: revisjon og markering
Sak 31/3/24	Folkehelseinstituttets strategi for helsedata
Sak 32/3/24	Økt tilgang og bruk av helsedata
Sak 33/3/24	Oppfølging av veikartet og eksportsatsingen
Sak 34/3/24	Handlingsplan for kliniske studier
Sak 35/3/24	Oversikt meldinger og strategier
Sak 36/3/24	Handlingsplan for rådet for 2024 - 2025
Sak 37/3/24	Rådets kommunikasjonsplan
Sak 38/3/24	Eventuelt
Sak 39/3/24	Evaluering av møtet

Saksfremlegg

Sak 25/3/2024

Godkjenning av innkalling og saksliste

Til
HelseOmsorg21-rådet

Saksbehandler
Henrietta Blankson

Vedlegg

Fra
Ole Johan Borge

**Hvorfor saken
fremmes til dette
møtet**

Innkalling og saksliste legges frem for godkjenning.

Forslag til vedtak

Innkalling og saksliste godkjennes.

Saksfremlegg

Sak 26/3/2024

Spørsmål om habilitet

Til
HelseOmsorg21-rådet

Saksbehandler
Henrietta Blankson

Vedlegg

Fra
Ole Johan Borge

Bakgrunn

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

Hvorfor saken fremmes til dette møtet

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

Forslag til vedtak

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

Saksfremlegg

Sak 27/3/2024

Godkjenning av referat fra møte 2/2024

Til
HelseOmsorg21-rådet

Saksbehandler
Henrietta Blankson

Vedlegg
1. Utkast referat fra møte
2/2024

Fra
Ole Johan Borge

Bakgrunn

Utkast til referat fra møte 2/2024 ble sendt ut 12. juni med merknadsfrist 19. juni.

Ingen endringsforslag ble meldt inn.

**Hvorfor saken
fremmes til dette
møtet**

Referatet legges frem for godkjenning.

Forslag til vedtak

Referatet godkjennes.



HelseOmsorg21-rådet, referat møte 2/2024

Dato

Tirsdag 4. juni 2024
KL. 10 - 15

Sted

Forskningsrådets lokaler
Drammensveien 288

Til stede

Per Morten Sandset, Universitetet i Oslo
Arild Kristensen, Norwegian Smart Care Cluster
Esperanza Diaz, Universitetet i Bergen
Guri Rørtveit, Folkehelseinstituttet
Ingrid Stenstadvold Ross, Kreftforeningen
Leif Rune Skymoene, Legemiddelindustriforeningen
Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Magne Nicolaisen, Tromsø kommune
Mari Trommald, Kommunesektorens organisasjon
Marte Kvittum Tangen, Norsk forening for allmennmedisin
Pia Cecilie Bing-Jonsson, Universitetet i Sørøst-Norge
Tarje Bjørgum, Abelia
Toril Hernes, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Øivind Enger, Sarsia Seed

Observatører:

Hjørdis Sandborg Møller, HOD, t.o.m. sak 20/2/2024
Taran Borge, HOD, digitalt på sak 22/2/2024
Elin Marlén Hollfjord, NFD, digitalt på sak 22/2/2024
Sveinung Tornås, Hdir

Forfall

Bjørn Egil Vikse, Helse Vest
Tom Christian Martinsen, St. Olavs hospital

**Til stede fra
Forskningsrådet**

Henrietta Blankson, spesialrådgiver
Tine Thorbjørnsen, spesialrådgiver
Line Tangerås, seniorrådgiver
Ole Johan Borge, avdelingsdirektør

**Sak 12/2/24****Godkjenning av innkalling og saksliste**

En sak ble meldt inn til eventuelt. Denne inkluderes under sak 20/2/2024.

Vedtak

*Innkalling og saksliste godkjennes.***Sak 13/2/24****Nytt HelseOmsorg21-råd**

Medlemmene og sekretariatet presenterte seg selv.

Vedtak

*Intet.***Sak 14/2/24****Hilsen fra helseminister Vestre**

Helseminister Vestre ønsket det nye rådet velkommen i en videohilsen. Han understreket at HO21-strategiens visjon om kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse fortsatt er like relevant. Rådet er unikt og spiller en uvurderlig rolle ved at det er det eneste nasjonale arenaen der alle sektorer som jobber med helse møtes. Vestre understreket videre at han ønsker at rådet fortsetter det gode samarbeidet om forskning, innovasjon og næringsutvikling og tar tak i de vanskelige og utfordrende sakene som kan dra utviklingen fremover.

Vedtak

*Intet.***Sak 15/2/24****Spørsmål om habilitet**

Inhabilitet ble vurdert for sakene på dagens møte og det ble gjort rede for mulige interessekonflikter. Per Morten Sandset og Toril Hernes informerte om at de er henholdsvis viserektor og prorektor på UiO og NTNU, eierne av to av datainfrastrukturene som diskuteres i sak 22/2/2024. Guri Rørtveit gjorde oppmerksom på FHIs særskilte rolle når det gjelder arbeidet med å redusere tiden det tar å få tilgang til data, dette er også koblet til sak 22/2/2024.

Ingen av forholdene ble vurdert til å føre til inhabilitet for sak 22/2/2024.

Vedtak

*Det er ikke knyttet inhabilitet til sakene på rådsmøtet.***Sak 15/2/24****Godkjenning av referat fra møtet 1/2024**

Vedtak

Referatet godkjennes med to innmeldte endringsforslag.



Sak 16/2/24**Mandat for HelseOmsorg21-rådet**

Mandatet til HelseOmsorg21-rådet ble gjennomgått. Mandatet er i hovedsak lik mandatet fra forrige periode.

Rådsmedlemmene er personlig oppnevnt, men representerer sektoren de kommer fra selv om de ikke er bundet av sektoren mht. til meninger og synspunkter. Departementet (HOD) forventer at rådet både gir råd til departementer og direktorater, og til de forskjellige sektorene som de representerer. Rådet som en koblingsaktør og mulighetsarena ble fremhevet.

Rådsmedlemmene selv understreket den friheten de har til å definere sakene de ønsker å løfte og at en god balanse mellom egeninitierte og innkomne aktiviteter bør etterstrebes.

Det ble påpekt at det er positivt at medlemmene også titulerer seg som rådsmedlem når de er ute i miljøene.

Vedtak

Intet.

Sak 18/2/24**HelseOmsorg21-monitor**

Line Tangerås presenterte arbeidet med HelseOmsorg21-monitoren, inkludert nåværende datakilder og forslag til nye datasett som bør prioriteres. Presentasjonen er vedlagt referatet.

Følgende prioriteringer ble diskutert: Statistikk for primærhelsetjenesten bør inkluderes på en måte som tillater sammenligning med spesialisthelsetjenesten, ved HRCS-klassifisering, samtidig som det åpnes for tilpassede merkesystemer, som for Allmenntilleggsmedisinsk forskningsfond. Brukermedvirkning må beholdes som et prioritert område. Forslag om utvidet statistikk for doktorgrader, for relevante sektorer og næringer, og for helsenæringen, for å kunne monitorere satsingen på denne. Forslag om å koble monitoren til HO21-strategien, og å gjøre den til et tydeligere kunnskapsgrunnlag for politikktutforming. Det ble også uttrykt ønske om en samarbeidsplattform for monitorens samarbeidspartnere.

Viktigheten av at monitoren gjøres bedre kjent ble diskutert. Det kom forslag om å publisere rapporter som bruker data fra monitoren samt å lage egne rapporter. Rådsmedlemmene ble oppfordret til å bruke relevant statistikk og figurer i sine presentasjoner for å bidra til profileringen, og kan henvende seg til monitoransvarlig for bistand.

Vedtak

Rådet støtter den foreslåtte utviklingen. Sekretariatet fortsetter utviklingen av monitoren i tråd med innspillene fra diskusjonen på møtet, og vil ta opp saken igjen på et senere møte.

Sak 19/2/24**Orienteringer**

Det ble orientert om følgende:

- Høringssvar og innspill ferdigstilt etter siste rådsmøte



-
- Status eksportsatsingen på helseindustri
 - Brev til Helse- og omsorgsdepartementet om behov for bedre koordinering av oppfølgingen av veikart for helsenæringen og eksportsatsingen
 - Deltagelse av HO21-rådet på konferanser og seminarer
 - Arrangementer som HO21-rådet er arrangør/medarrangør for på Arendalsuka

Vedtak

Tas til orientering.

Sak 20/2/24**Oppfølging av meldinger og strategier**

Oversikten skal bidra til bedre planlegging av rådet innspill til strategier, meldinger og høringer. Det kom forslag om å inkludere to nye dokumenter; Veikart for teknologinæringen og Et helhetlig forskningssystem for åpen, skjermet og gradert forskning.

Vedtak

Oversikten oppdateres med de innspillene som kom i møtet.

Sak 21/2/24**Rådets handlingsplan for 2024 – 2025**

Saken bestod av to deler:

1. Orientering om måloppnåelse i HelseOmsorg21-strategien. Presentasjonen er vedlagt referatet. Rådet etterlyste en dypere analyse av tallmaterialet og hva det betyr i praksis.
2. Workshop om handlingsplan for 2024 – 2025.

Rådsleder Per Morten Sandset innledet om rådets arbeid i den forrige perioden. Presentasjonen er vedlagt referatet.

Spesialrådgiver Philip Lorentzen, Forskningsrådet, innledet og modererte workshopen om handlingsplan for rådet for 2024 og 2025. Rådsmedlemmene ble bedt å komme med forslag til eventuell nye hovedmål og delmål for rådets arbeid de to kommende årene og til eksisterende mål i planen for 2022 – 2023 som bør endres, kuttes eller justeres.

Innspillene som kom under workshopen vil danne grunnlag for en ny handlingsplan som legges frem til behandling i rådet til høsten.

Det er ti års siden HelseOmsorg21-strategien ble lansert. Det ble foreslått å ta initiativ til en oppdatering av strategien og en mulig 10-årsmarkering.

Vedtak

Rådet ber sekretariatet sammenstille innspillene fra workshopen i forslag til ny handlingsplan.

Rådet ber sekretariatet utpeke en arbeidsgruppe for oppfølging av forslagene knyttet til at det er 10 år siden HO21-strategien ble lansert.

**Sak 22/2/24****Økt tilgang og bruk av helsedata**

Per Morten Sandset orienterte om møte med statssekretær Ivar Prestbakmo i Kunnskapsdepartementet om tiltak for å bidra til økt tilgang og utnyttelse av helsedata.

Rådet støttet de forslagene som ble lagt frem i saken om å 1) gi innspill til hvordan et mulig oppdrag til UiO, NTNU og UiB kan utformes for å videreutvikle NorTRE (en sammenslutning av TSD, Hunt Cloud og SAFE) til en mer helhetlig forskningsinfrastruktur for helsedata og 2) initiering av arbeid for å få et bedre kunnskapsgrunnlag om flaskehalsene for utlevering av helsedata.

Begge forslagene er basert på anmodninger fra Prestbakmo.

Det ble understreket at det er flere prosesser rundt tilgang til helsedata som pågår og at disse må sees i sammenheng med rådets aktiviteter.

Vedtak

Rådets starter arbeidet med aktivitetene i tråd med diskusjonen på møtet.

Ingrid Stenstadvold Ross og Per Morten Sandset, deltar i arbeidsgruppen for utarbeidelse av forslag til oppdrag til eierne av TSD, HUNT Cloud og SAFE. Rådet ber sekretariatet utpeke et par medlemmer til.

Leif Rune Skymoen deltar i styringsgruppen for gjennomgangen av flaskehalsen for tilgang til helsedata. Rådet ber sekretariatet utpeke et par medlemmer til.

Sak 23/2/24**Eventuelt**

Vedtak

Intet.

Sak 24/2/24**Evaluering av møtet**

Vedtak

Intet.

Sak 28/3/2024

Orienteringer

Til

HelseOmsorg21-rådet

Saksbehandler

HO21-sekretariatet

Vedlegg

Fra

Ole Johan Borge

Orienteringer

Høringssvar og innspill sendt inn siden siste rådsmøte

- [Innspill til Industrimeldingen](#)
- [Innspill til oppfølging av veikartet for helsenæringen](#)

Disse to innspillene blir også nevnt i sak 33/3/2024.

Deltagelse fra HelseOmsorg21-rådet på møter, seminarer og konferanser

- Per Morten Sandset deltok på styremøte i LMI 24. juni med informasjon om HO21
- Arendalsuka: [Helsenæringen fra A til Å – slik lykkes vi med å realisere veikartet](#), 14. august
- Arendalsuka: [Balansekunst - en helsetjeneste mellom bakker og berg](#), 14. august
- Arendalsuka: [Dine og mine helsedata er nøkkelen til en bedre fremtid, hvorfor satser vi ikke mer på å bruke dem?](#), 15. august. Se opptak av arrangementet [her](#).
- Per Morten Sandset, Ingrid Stenstadvold Ross, Leif Rune Skymoene og Guri Rørtveit deltok på møte om helsedata med politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Kunnskapsdepartementet 6. september. Ole Johan Borge og Henrietta Blankson deltok fra sekretariatet. Se sak 32/3/2024
- Tine Thorbjørnsen fra sekretariatet deltok som observatør på møte i prosjektstyret for eksportsatsingen på helseindustri 30. august. Se sak 33/3/2024

Nyhetsbrev fra HelseOmsorg21-monitor

HO21-monitoren har startet med nyhetsbrev igjen. Planen er månedlige utsendelser, og første nyhetsbrev med HRCS som tema gikk ut 16. september. Rådsmedlemmer oppfordres til å melde seg på via [monitor-nettsiden](#) og spre ordet.

Informasjon fra relevante departementer

Hvis aktuelt.

Forslag til vedtak

Tas til orientering

Sak 29/3/2024

Statsbudsjettet

Til
HelseOmsorg21-rådet

Saksbehandler
Henrietta Blankson

Vedlegg

Fra
Ole Johan Borge

Bakgrunn Statsbudsjettet for 2025 blir lagt frem 7. oktober. Det kan være flere saker av spesiell interesse for HelseOmsorg21-rådet (rådet)

Hvorfor saken fremmes til dette møtet Saken fremmes til diskusjon om statsbudsjettets prioriteringer innenfor områder av betydning for rådets arbeid.

Hovedpunkter En av rollene til HelseOmsorg21-rådet er å være rådgiver for departement og påvirke politikk og prioriteringer. Rådet gir derfor innspill til meldingsarbeid og ulike strategiprosesser i tillegg til å kontakte relevante departement gjennom brev og/eller forespørsler om egne dialogmøter om spesifikke saker.

Rådet har i 2024 fremmet to saker av mulig betydning for statsbudsjettet:

- 1) Brev til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) der rådet påpeker behov for bedre koordinering av oppfølgingen av veikart for helsenæring og eksportsatsingen. Rådet foreslår i brevet at departementet retter et eget oppdrag til Innovasjon Norge for å styrke satsingen på utviklingen av norsk helsenæring, uten at det kommer isteden for dagens brede virkemidler som også er viktige for helsebedriftene.
- 2) Brev til og møte med HOD, Kunnskapsdepartementet (KD) og Nærings- og fiskeridepartementet (NFD) om behov for bedre fremdrift i arbeidet med økt tilgang til og bruk av helse- og personsensitive data. Rådet har understreket at utvikling av eksisterende analyserom (TSD, SAFE og HUNT Cloud) som alternativ til den nedlagte Helseanalyseplattformen bør prioriteres ved at eierne av analyseplattformene gis et oppdrag. For at det skal være mulig å levere på et slikt oppdrag, har rådet presisert at det er behov for friske midler. Rådet har, på forespørsel fra KD, sendt KD et forslag for hvordan et slikt oppdrag kan se ut.

Rådet bes om å diskutere eventuell oppfølging/manglende oppfølging av disse to sakene i statsbudsjettet og diskutere om det er behov for spesifikke kommunikasjonsaktiviteter knyttet til dette.

Det kan også være andre saker i statsbudsjettet som rådet bør gripe fatt i og diskutere.

Forslag til vedtak Rådet ber sekretariatet følge opp saken i tråd med diskusjonene på møtet.

30/3/2024

HO21-strategien 10 år: revisjon og markering

Til HelseOmsorg21-rådet	Saksbehandler Henrietta Blankson og Tine Thorbjørnsen	Vedlegg 1. Status satsingsområder i HO21-strategien 2. Utkast program markering HO21 10 år
Fra Ole Johan Borge		

Bakgrunn

HelseOmsorg21-strategien (strategien) er ti år i 2024.

Det ble på møte 2/2024 foreslått at HelseOmsorg21-rådet tar initiativ til en oppdatering av strategien og mulig 10-årsmarkering.

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe med Toril Hernes, Guri Rørtveit, Ingrid Stenstadvold Ross og Arild Kristensen. Arbeidsgruppen har hatt to møter. For å belyse status for hvor strategien er nå ti år etter lanseringen, ble sekretariatet bedt om å gjennomgå status for anbefalingen i strategien, se vedlegg 1. Det er også utarbeidet et forslag til en 10-års markering for strategien, se vedlegg 2.

Hvorfor saken fremmes til dette møtet

Saken fremmes for at rådet skal diskutere i hvilken grad anbefalingene i HelseOmsorg21-strategien er fulgt opp og om det er behov for en revitalisering av strategien. Spesielt bes rådet diskutere om det er behov for nye grep som kan bidra til god folkehelse, effektive helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet og verdiskaping. Saken bør sees i sammenheng med sak 36/3/2024, rådets handlingsplan.

I tillegg bes rådet om innspill til forslaget til program for strategiens 10-års markering.

Hovedpunkter

Ved utnevning av nytt HelseOmsorg21-råd våren 2024, understreket helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre at HO21-strategiens visjon om kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse fortsatt er like relevant som da strategien ble lansert.

Målbildet for HelseOmsorg21 er tredelt. Strategien skal gjennom å understøtte forskning og innovasjon bidra til:

- God folkehelse
- Grensesprengende forskning
- Næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling

Det er laget 10 satsingsområdet og fem hovedprioriteringer for å oppnå dette. De fem hovedprioriteringene er:

- Et kunnskapsløft for kommunene med solid finansiering, etablering av et nasjonalt register for kommunale helse- og omsorgstjenester og med en UoH-sektor og en ny instituttsektor innrettet mot kommunenes behov.

- Helse- og omsorg som et næringspolitisk satsingsområde med sektorspesifikke virkemidler og økt samhandling mellom offentlig og privat sektor.
- Lettere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata.
- Et kunnskapsbasert helse- og omsorgssystem med brukermedvirkning og vektlegging av kompetanse, og det å utvikle, utprøve og dokumentere effekter av tiltak.
- Sterkere satsing på internasjonalisering av forskning og økt deltakelse i konkurransen i EUs forskningssystem.

Status i dag og veien fremover.

Mye er oppnådd gjennom de ti satsingsområdene i strategien. Mange av anbefalingene er fulgt, noen er delvis fulgt opp, mens det også er anbefalinger som ikke er fulgt opp i det hele tatt (vedlegg 1). Dette er ikke nødvendigvis kritisk, da samfunnsutviklingen kan ha gjort andre tiltak mer hensiktsmessige ti år etter lanseringen av strategien.

Strategien skal dekke utfordringsbildet for hele helse- og omsorgssektoren. Den skal sette retning for sektoren framover og må være gjenkjennelig og realitetsorientert for aktørene for å få legitimitet. Strategien må kunne dekke endringene i geopolitisk situasjon, beredskap, samfunnsmessig bærekraft og klimaendringer.

Arbeidsgruppen har i sitt arbeid kommet frem til at det ikke er realistisk å revidere hele strategien, satsingsområdene bør stå, men strategien bør oppdateres for å være aktuell med de utfordringene man ser komme fremover i tid. Det foreslås at strategien gis en ny «innpakning» ved å fremheve tre hovedområder:

Bærekraftige og inkluderende helsetjenester

Dette hovedområdet inkluderer at tjenestene drives mot forebygging og hjelp til selvhjelp slik at behandlingsbehov kan forskyves i tid. Annen tematikk som er viktig er helsepersonellkrise, ulikhet i helse, kliniske studier og antimikrobiell resistens.

Det er viktig at tjenestene baseres på forskning av høy kvalitet. Sterkere internasjonalisering og økt samarbeid må vektlegges for å kunne ta kunnskap og teknologi raskere i bruk.

Helsenæring

Dette hovedområdet vil inkludere tilgang til hjemmemarkedet, oppbygging av riktig kompetanse, tilgang til kapital og eksportsatsing.

Helsedata

Dette hovedområdet inkluderer bedre, mer og riktig bruk av helsedata. Videre vil bedre innsikt i helseøkonomi på samfunnsnivå bli viktigere fremover. Det behov for sammenstilling av datakilder som inkluderer f.eks. også NAV-data. Kunstig intelligens blir viktig i utvikling og analyse av tjenestene.

Hovedområdene grovt skissert. Om rådet slutter seg til disse hovedområdene, må det jobbes videre med innholdet under hvert av hovedområdene.

Rådet bør diskutere hvordan en ny «innpakning» skal forankres og synliggjøres. Strategien finner man i dag på regjeringens nettsider og HelseOmsorg21-rådets nettsider.

Noen spørsmål for rådets diskusjon:

- Har rådet kommentarer til gjennomgangen av de ti satsingsområder? Er det eksempelvis momenter som burde ha vært inkludert?
- Er det satsingsområder hvor det er særlig viktig at det blir anbefalt nye tiltak?
- Har rådet innspill til konseptet om å lage en ny covering/innpakning av strategien?
- Hvordan bør i tilfelle innpakningen/arbeidet forankres og synliggjøres på tvers av sektorene?

Har rådet forslag til konkrete formidlingsaktiviteter?

Markering av HO21 ti år

Det foreslås en kort markering arrangert som et frokostmøte. Møtet skal skape begeistring for hva strategien har bidratt med, men også gi fart og inspirasjon til videre fremskritt.

Forstandersalen på Sentralen er reservert til 25. november, kl. 8.30 til 10.00.



- Har rådet innspill til programmet for markeringen av ti års jubileet (vedlegg 2)? Særlig ønskes forslag til deltagere.

Forslag til vedtak

Rådet ber sekretariatet følge opp saken i tråd med diskusjonene på møtet.

Gjennomgang status satsingsområdene

Fargekodene er relatert til hvordan anbefalingene i HO21-strategien er ivaretatt, ikke om det er behov for å arbeide mer med satsingsområdet eller ikke.

-  Anbefalingene er i stor grad fullt opp
-  Anbefalingene er fulgt opp i en viss grad

Økt brukermedvirkning

Anbefalinger i HO21-strategien:

- Innføre krav om brukermedvirkning i offentlige studier
- Øke brukermedvirkning i industrifinansierte studier
- Utarbeide retningslinjer for brukermedvirkning i forskning
- Ha systematisk dialog og samarbeid med brukerorganisasjoner
- Inkludere minoritetsperspektivet i brukermedvirkning
- Etablere ordninger for kompetansebygging for brukerrepresentanter
- Innføre prosesser for innovative anskaffelser i helse- og omsorgssektoren

Anbefalingene er i stor grad ivaretatt. Det er innført krav om brukermedvirkning i forskningens ulike faser hos de forskjellige finansørene av medisinsk og helsefaglig forskning. Andel prosjekter med brukermedvirkning har økt. Dette kan følges i HelseOmsorg21-monitoren, en nettside som viser statistikk om forsknings- og innovasjonsaktiviteter innenfor helse og omsorg i Norge. Monitoren viser blant annet detaljert informasjon fra flere finansierer om hva slags forskning brukerne er involvert i (helsekategori og forskningstype) og hva slags type medvirkning det er i prosjektene. I prosjekter finansiert av helseforetakene, er brukerne særlig aktive i planlegging av prosjektene, noe som tyder på at brukerne har økt innflytelse i prioritering og planlegging av forskning. Dette speiler en økning i forskning som møter brukernes behov. Samtidig er det bygget kompetanse om brukermedvirkning gjennom kurs og systematisk dialog mellom academia, næringsliv og brukerorganisasjoner. Det er blitt utviklet verktøy og veiledere for brukermedvirkning og gjennomført en rekke seminarer og konferanser. Leverandørutviklingsprogrammet er styrket og Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) (nå Kommunenes samarbeidsorgan for forskning) er under opprettelse for blant annet å forbedre kommunenes evne til å initiere forskning og bestille kunnskapsoppsummeringer de har behov for. KSF skal også bidra til at forskningen i større grad blir tatt i bruk.

For å sikre et forskningssystem innrettet mot kunnskapsbehov, brukernes behov og tjenestens behov, er det viktig at det fortsatt satses på brukermedvirkning i bred forstand. Forskning som starter i reelle behov, blir raskere tatt i bruk. Reell, relevant og representativ brukermedvirkning for å igangsette samfunnsrelevant forskning må derfor styrkes ved å tilrettelegge for kontinuerlig kommunikasjon og kompetanseøkning i samarbeidsformer mellom aktørene: det sivile samfunnet (inkludert alle aldersgrupper, innvandrere og andre minoriteter), lokale og nasjonale offentlige etater og media. Dette må anerkjennes som et grunnlag for mer relevant forskning og for raskere bruk av forskningsresultatene. Pandemien viste oss betydningen av brukermedvirkning for å nå bredt ut til befolkningen. Vi har dessverre fortsatt en vei å gå når det gjelder å inkludere minoritetsperspektivet i brukermedvirkning, særlig i studier som angår tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester.

Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde



Anbefalinger i HO21-strategien:

- Øke samspill med akademia, helseforetak og kommuner. Incentiver for innovasjonskultur
- Skape nytt virkemiddel for utvikling, verifisering, demonstrering og pilotering av helse- og omsorgsinnovasjoner for tjenestene og for et raskt voksende privatmarked
- Øke kapitaltilgang
- Øke bruk av innovative offentlige anskaffelser
- Påskynde standardisering for tredjepartsløsninger
- Tilrettelegge infrastruktur for utprøving og testing
- Tilgjengeliggjøre regulatorisk rådgivning og kompetanse fra forvaltningen

Det er etablert et veikart for helsenæring og helsenæringen er valgt som eksportsatsing av nasjonalt eksportråd. Helsenæringen har vokst gjennom mange år og det er allmenn erkjennelse av at helsenæringen må være en del av løsningen for å nå helsepolitiske mål.

Helsenæringen styrkes gjennom samarbeid med helsetjenestene. Leverandørutviklingsprogrammet er styrket og det er opprettet nye ordninger; Helseteknologiordningen for raskere implementering av nyutviklede løsninger og Pilot Helse, offentlig-privat samarbeid for innovasjonsprosjekter fra erkjente behov i helsetjenestene for verdiskaping i helsenæringen. Det er kulturendring for mer offentlig-privat samarbeid, men det er fortsatt en svært liten del av de offentlige anskaffelsene på over 700 mrd. kr per år som er innovative offentlige anskaffelser.

Det er gjort forbedringer i tilgang til helsedata gjennom Helsedataservice (HDS) og BioBank Norge som også kommer næringslivet til gode. NorMit er bygget opp for tilgang til infrastruktur for morgendagens medisinske teknologi. Norge er med i internasjonalt samarbeid om infrastruktur bl.a. EATRIS. I Oslo er Health2B opprettet for partnerskap og møteplass mellom offentlig helsetjenester og privat næringsliv. Dette bidrar til at leverandørene kan arbeide mer målrettet for å dekke helsetjenestenes behov. Det er 4-5 sterke helseklynger som kan hjelpe bedriftene i helsenæringen og også bidra til realiseringen av veikartet for helsenæringen. En bekymring er at klyngene sliter økonomisk.

Bedriftene i helsenæringen når internasjonalt ut og returandelen på helse i Horisont Europa øker. De får også god uttelling i Forskningsrådets virkemidler.

Det er ennå mangler i kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Helseplattformen er under implementering i Helse Midt for å lette kommunikasjon mellom sektorene.

Det er opprettet noen venture kapital fond dedikert for helseindustri. Dette er viktig siden helseindustrien har krevende investeringsløp fordi det ofte er lange forsknings- og regulatoriske utviklingsløp fram til markedet.

Kunnskapsløft for kommunene



Anbefalinger i HO21-strategien:

- Utvikle innovasjonssystem for kommunene
- Utvikle samarbeidsorganer for forskning mellom kommunene og forskningsorganisasjoner
- Utvikle løsninger som tilrettelegger for kommuners deltagelse i forskningsprosjekter
- Utvikle infrastruktur for forskning
- Lovpålegge kommuner å bidra med praksisplasser og UoH-sektor å bidra med finansiering

Satsingsområdet inkluderer en rekke anbefalinger som er omfattende og krever utstrakt samarbeid mellom departement, kommuner, forskningsutførende aktører og virkemiddelapparatet. Etablering av KSF og midler i statsbudsjettet for 2024 til denne strukturen er et viktig gjennombrudd.

Evalueringen av piloteringen av KSF viser at flere kommuner har etablert og utviklet kapasiteter og samarbeidsstrukturer med tanke på å bruke forskningsbasert kunnskap i tjenesteutviklingen. Det er imidlertid utfordringer knyttet til implementering av kunnskapen og effektiv tjenesteinnovasjon.

Midler som ble gitt til Forskningsrådet i statsbudsjettet for 2024 til et nytt forskningsprogram for forskning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er et annet viktig grep for å bidra til kunnskapsløftet i kommunene. Samarbeid med KSF og KS bidrar til at midlene lyses ut basert på kommunenes behov. Det har også vært flere utlysninger som har vært målrettet mot kommunenes behov og hvordan kunnskapen kan tas i bruk de siste årene. Tall fra Forskningsrådet viser at flere kommuner engasjerer seg i forskning og at det er betydelig mer forskning i, for og med kommuner nå enn det var for bare få år siden. Det er videre en positiv utvikling med hensyn til hvor attraktivt det er for høyt kvalifiserte forskere å forske sammen med kommunene om kommunenes forebyggings-, helse- og omsorgsutfordringer.

Mange av de ønskede effektene av satsingsområdet, krever kontinuerlig innsats gjennom forskning og innovasjon. Effektive kommunale helse- og velferdstjenester og kommunalt folkehelsearbeid av høy kvalitet og et godt kunnskapsgrunnlag for kommunens politiske rolle og administrative oppgaver, er eksempler på dette. Kunnskapsbasert forebygging og forskning på effekt av tiltakene bør i større grad prioriteres i det kommunale folkehelsearbeidet sammen med innsats for å redusere sosial ulikhet i helse.

Et nasjonalt register for kommunale helse- og omsorgstjenester er under utvikling. Et forskningsnettverk innenfor allmenmedisin er også etablert.

Satsingsområdet skulle også bidra til en helt nødvendig forskyving av innsatsen i helsetjenestene fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste og omsorg og at det skulle bli attraktivt for høyt kompetente fagfolk å arbeide i kommunene. Selv om den relative veksten i årsverk har vært størst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste ti årene, er det fremdeles et stort behov for personell innenfor helse- og sosialfag. Over 30 prosent av de ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester har hverken helse- eller sosialfaglig utdanning, og sykepleiere og leger er de yrkesgruppene som størst andel virksomheter rapporterer utfordringer med å rekruttere (KS 2023, Tid for handling).

Helsesdata som nasjonalt fortrinn

- Igangsette en samlet gjennomgang av lovverket
- Utrede hvor reservasjonsrett er egnet
- Utrede rammegodkjennelse av aktører
- Innføre tidsfrister for tilgang til data fra flest mulig datakilder
- Sikre at e-helsesatsinger ivaretar sekundærbruk av helsedata
- Forenkle kobling til sosioøkonomiske data og data fra andre sektorer
- Innføre deling av data som hovedprinsipp
- Videreutvikle innebygget personvern i forvaltning av helsedata
- Strukturere data i helse- og omsorgstjenestene
- Gi innbyggerne tilgang til egne registerdata
- Etablere én portal for søknader og tilgang
- Vurdere endringer i organiseringen og forvaltningen av de nasjonale helseregistrene
- Etablere Kommunalt helse- og omsorgsregister med bredt datatilfang fra primærhelsetjenesten
- Gjennomføre regelmessige nasjonale befolkningsbaserte helseundersøkelser
- Etablere utvidet nasjonalt legemiddelregister
- Styrke og videreutvikle biobanker og biobanktjenester
- Etablere nasjonale sykdomsbaserte forskningsbiobanker
- Gjennomføre storskala analyser av biologisk materiale for gjenbruk

Det har vært flere lov- og forskriftsendringer for å lette tilgangen til helsedata etter at HO21-strategien ble lagt frem, men en samlet gjennomgang av lovverket, som strategien anbefaler, er ikke gjennomført.

Det er etablert et felles nasjonalt system og én portal for søknader og tilgang til helsedata. HDS er etablert som en nasjonal tjeneste for tilgjengeliggjøring av helsedata for registre og informasjon om forskjellige datakilder er forbedret (Helsesdata.no). For data som må søkes gjennom HDS, er det utviklet en felles prispolitikk for saksbehandlingen. Kostnader hos de forskjellige dataforvalterne som skal utlevere data ligger utenfor dette systemet.

Det er gjort endringer i organiseringen og forvaltningen av de nasjonale helseregistrene. Regelverksfortolkning og formelle myndighetsoppgaver er samlet i Helsedirektoratet, helseregistrene i Helsedirektoratet er flyttet til Folkehelseinstituttet (FHI) og samlet med FHIs registre. HDS er etablert og en lovendring har gitt HDS vedtaksmyndighet for dispensasjon fra taushetsplikten.

Når det gjelder høsting av data fra klinikk til gjenbruk, jobbes det med ulike kliniske datavarehus på flere sykehus. Nasjonalt er det mye som gjenstår.

Helseanalyseplattformen, som skulle forenkle tilgang til helsedata, være et analyserom på tvers av ulike datakilder og ha personvernet innebygget, ble avvirket i 2023 grunnet juridiske utfordringer som følge av Schrems II-dommen. Nå arbeides det med alternative løsninger for dataplattformer og analyse (TSD, SAFE, HUNT cloud) og med samarbeid disse mellom (NorTRE).

Anbefalingene når det gjelder å utvide datagrunnlaget er i stor grad ivare tatt. Et kommunalt helse- og brukerregister (KPR) bygges trinnvis. Data fra fastlege, legevakt, fysioterapi og data fra helse- og omsorgstjenester er inkludert. Fra 2025 utvides KPR med data fra helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Det gjennomføres videre regelmessige nasjonale befolkningsbaserte helseundersøkelser; (HUNT, Tromsø undersøkelsen). Data på tvers av befolkningsundersøkelser er

delvis harmonisert og tilrettelagt for sekundærbruk gjennom ulike samarbeid; CONOR, Biobank Norge, Helseregistre for forskning, BBMRI-ERIC m.fl. Det nasjonale legemiddelregisteret har kun data fra apotek, ikke fra sykehus, sykehjem og andre institusjoner.

Satsingen på infrastruktur er styrket gjennom BioBank Norge og det er etablert et biobankregister for et knippe biobanker som gir informasjon om hvor ulike prøver finnes og hvem som forvalter dem. Kun en håndfull av disse biobankene er klinisk baserte. Biobankregisteret driftes av Folkehelseinstituttet og gir en oversikt over alle innmeldte biobanker i Norge.

Storskala analyser av biologisk materiale for å gjenbruke data istedenfor å forbruke biologisk materiale har vært prøvd ut gjennom Forskningsrådet, men ikke i stort omfang.

Innbyggere har i perioden fått bedre tilgang til egne registerdata og informasjon om hva data brukes til. Helsenorge.no har nå over 5,2 mill. brukere. Regionalt har vi fått HelsaMi i Helse-Midt.

Overordnet. Mye er gjort innenfor de forskjellige delområdene under satsingsområdet. Den pågående revisjonen av helseforskningsloven er viktig og nødvendig. Samlingen av flere helseregistre og kvalitetsregistre i FHI, utviklingen av et felles søknadsskjema for tilgang til helsedata og etableringen av HDS, er positiv. FHI utvikler også nye tjenester for å gi statistikk og analyser til aktører i helsesektoren basert på data fra helseregistrene. Tid for tilgang til data har gått ned, men fremdeles oppleves tilgang til personsensitive data tidkrevende og medfører at Norge ikke klarer å hente ut det fulle potensiale som et nasjonalt fortrinn i forskning, innovasjon, utvikling av helsetjenestene og i næringsutvikling. Vi trenger sikre analyserom og at de løsningene vi tar i bruk for raskere og enklere tilgang til norske helsedata, er i tråd med EUs nye helseforordning (EHDS). SPUHiN-prosjektet er en viktig del av dette arbeidet.

Bedre klinisk behandling

Anbefalinger i HO21-strategien:

- Etablere god infrastruktur for kliniske studier av høy kvalitet (inkl. forskernettverk for allmennmedisin og tannhelsetjeneste)
- Sikre NorCRIN tilstrekkelig kompetanse og kapasitet
- Motivere til aktiv deltakelse i nasjonale og internasjonale kliniske nettverk
- Knytte ressurser og infrastruktur for kliniske studier til fremragende kliniske forskningsmiljøer
- Skape og prøve ut insentiver for deltakelse og inkludering i kliniske studier
- Aktiv deltakelse i forskningsarbeid knyttet til kliniske studier bør bli meritterende
- Styrke mulighetene for flest mulig pasienter i hele landet til å delta i kliniske studier og utprøvede behandling
- Opprette et nasjonalt system for ny vurdering når det ikke foreligger et etablert behandlingstilbud for alvorlige sykdommer
- Stille krav om at ny behandling i hovedsak skal dokumenteres før den innføres i helsetjenesten

Mange av anbefalingene i HO21-strategien er fulgt opp, men vi ser likevel ingen økning i klinisk studier i Norge.

Kliniske studier er avgjørende for å få ny kunnskap som dokumenterer effekt, nytteverdi og sikkerhet av ny diagnostikk og kliniske behandlingsmetoder. Etableringen og videreutviklingen av utprøvenheter og forskningsstøtteenheter for kliniske studier er styrket. Kompetanse om tilrettelegging for og gjennomføring av kliniske studier er økt. Blant annet tilbyr NorCRIN kurs og

støtteverktøy for beste praksis og har utviklet standard prosedyrer (SOP-er) for alle trinn i kliniske studier. Rutiner og avtaleverk er harmonisert mellom de forskjellige universitetssykehusene. Det er også etablert en forskningsinfrastruktur for kliniske studier i norsk allmennpraksis (PraksisNett).

Vi ser videre at samarbeid mellom de forskjellige forskningsnettverkene er styrket, samarbeidet involverer også Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, Biobank Norge og NorTrials. NorTrials er opprettet for å tilby bedrifter/helseindustri en vei inn for å gjennomføre kliniske studier i Norge. Det er NorTrials sentre innenfor seks forskjellige tematiske områder.

Handlingsplanen for kliniske studier (2021-2025) har to hovedmålsetninger; andelen pasienter i spesialisthelsetjenesten som deltar i kliniske studier er fem prosent i 2025 og antall kliniske studier er doblet i perioden 2021-2025. For å skape insentiver for deltagelse og inkludering av pasienter i kliniske studier, er det opprettet en indikator for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten. Denne virker inn på hvordan det resultatbaserte tilskuddet til forskning i helseforetakene fordeles. Tall for 2023 viser at antall kliniske behandlingsstudier var omtrent på samme nivå som i 2022, men at antall nye pasienter som deltar i kliniske studier hadde økt med 15,5 %. Regjeringen arbeider nå med en oppdatering/revisjon av handlingsplanen.

Det er etablert system for dokumentasjon av helseeffekter og kost-nytte gjennom Nye metoder. Det er også opprettet et ekspertpanel som kan gi råd om behandlingalternativer i kliniske studier og/eller utprøvende behandling utenfor kliniske studier. Ekspertpanelet kan imidlertid ikke gi råd om behandling som er under vurdering hos Nye metoder.

Selv om mange av anbefalingene under satsingsområdet er fulgt opp, har vi ikke lykkes i å nå målene om økt antall kliniske studier og industrifinansierte kliniske studier. Vi ser en positiv utvikling innenfor noen områder, men vi har ikke i tilstrekkelig grad styrket Norges posisjon når det gjelder å tiltrekke seg kliniske studier. Her må vi sette inn nye tiltak.

Effektive og lærende tjenester

Anbefalinger fra HO21-strategien:

- Styrke fler- og tverrfagligforskning
- Styrke forsknings- og innovasjonssamarbeid mellom sektorene
- Koordinere tildeling av midler til utviklingstiltak
- Tilrettelegge for mer systematikk i innovasjonsarbeidet
- Kompetanse på tjenesteinnovasjon
- Betalings- og finansieringsmodeller som premierer pasientnytte og funksjon

Strategien understreker at helsesektoren bør ha en aktiv rolle i å bestemme hva som skal forskes på for å forbedre og effektivisere tjenestene. Forskningsorganisasjonene har fulgt opp med opprettelse av flere tverrfaglige samarbeidsarenaer og sentre. Det er økende fokus på brukernes behov i forskningen og at den skal være praksisnær med medvirkning fra brukerne der det er relevant. Det har blitt bedre samarbeidsflater mellom forskningsorganisasjonene og helsetjenestene representert ved helseforetakene og kommunene, f.eks. har forskningsadministrasjonene ved universitetene tilsvarende enheter ved helseforetakene.

Det er gjort et stort arbeid gjennom RETHOS, nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene. Retningslinjene skal fastsette sluttkompetansen utdanningene skal gi i tråd med kompetansebehovene tjenestene og brukerne har. I samarbeidet om RETHOS ble det laget programgrupper for hver utdanning med representasjon fra utdannings-/forskningstiljøene og de

relevante tjenestene pluss studentrepresentanter til dette arbeidet. Arbeidet med retningslinjene blir nå evaluert.

Virkemiddelapparatet har fulgt opp ved at stadig flere utlysninger legger opp til fler- og tverrfaglig forskning, og med krav om medvirkning fra helsetjenestene som best kjenner utfordringene de har. Det gjøres stadig tilpasninger i utlysningenes formål og rammer for å dekke tjenestenes behov for forskning og innovasjon gjennom kompetansebyggende prosjekter, samarbeidsprosjekter og prosjekter for offentlig-privat samarbeid. Regjeringen har opprettet rekrutterings- og samhandlingstilskudd for å understøtte forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak om tjenesteutvikling og gode pasientforløp. Dette for å bygge ned barrierene mellom spesialist- og primærhelsetjenesten for å kunne implementere forbedringstiltak raskere. Forskning og innovasjon kan resultere i at tjenester flyttes mellom spesialist- og primærhelsetjenestene. Da er det viktig at finansiering av tjenestene ikke blir en barriere for å ta ut gevinstene. Eksempelvis kan flytting av tjenester fra spesialist- til primærhelsetjenesten gi økt pasienttilfredshet og være samfunnsøkonomisk fordelaktig, men gi økt belastning på kommunene som må kompenseres. Disse tilskuddene skal hjelpe til med å ta ut gevinstene for pasientnytte og funksjon uavhengig om det er i spesialist- eller primærhelsetjenesten.

Det oppfordres sterkt til mer bruk av kunnskapsoppdateringer, metodevurderinger og helseøkonomiske evalueringer i helsetjenestene slik at tjenestene kan bli mer kunnskapsbaserte. Det er etablert veikart for tjenesteinnovasjon, og innovasjonsbarometeret til KS viser at det er høyt trykk på innovasjon i kommunene.

Møte de globale helseutfordringene

Anbefalinger i HO21-strategien:

- Gi i oppdrag at globalt helseperspektiv skal inn i helsetjenesten og utdanningssektoren
- Inkludere fremragende forskningsmiljøer i kapasitetsbygging i lav- og mellominntektsland
- Etablere et virtuelt Norwegian Global Health Institute
- Etablere virkemiddel for kommersialiserbare forskningsresultater for land med lav betalingsevne
- Styrke helserelaterte teknologier/produkter for lav- og mellominntektsland
- Øke innsatsen for forskning og utdanning innenfor helse i bredt folkehelseperspektiv

Norge har sterke forskningsmiljøer på global helse med forskningsgrupper ved alle de store universitetene samt flere andre forskningsorganisasjoner. Noen av forskningsmiljøene får grunnstøtte, og er viktig kunnskapsleverandører til UD og Norad. Nettverket Global Helse Norge dekker både forskning og utdanning og drifter en egen forskerskole. Prioriteringene til Global helse Norge sammenfaller godt med prioriteringene i HO21-strategien.

Norge blir anerkjent internasjonalt for sitt arbeid med global helse ved at Norge er vert for det store internasjonale partnerskapet CEPI (the Coalition for Epidemic Preparedness Innovations). CEPI skal akselerere utvikling av vaksiner mot smittsomme sykdommer og gi befolkningen global tilgang til disse. Koalisjonen ble startet i 2017 med finansiering fra en rekke land og internasjonale stiftelser.

Forskningsrådet finansierer forsknings- og samarbeidsprosjekter med partnere fra Norge og fra lav- og mellominntektsland med formål om å redusere ulikhet i helse og bedre helse for sårbare grupper i samarbeidslandene. Innovasjons- og kommersialiseringsvirkemidler har vært prøvd ut, men ikke blitt prioritert. Norge deltar i EU-partnerskap hvor afrikanske og europeiske land samarbeider om å støtte

klinisk forskning for å forebygge, diagnostisere og behandle smittsomme sykdommer i Afrika sør for Sahara. Nettverket er *Global Health European and Developing Countries Clinical Trials Partnership 3 Joint Undertaking* (Global Health EDCTP3).

Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering



Anbefalinger i HO21-strategien:

- Stimulere til og belønne multidisiplinær og bred tverrfaglig forskning
- Etablere en ordning for sentre for klinisk helseforskning
- Styrke biomedisinsk forskning gjennom FRIPRO
- Styrke deltagelse i EUs program
- Etablere tiltak for økt mobilitet

Ny senterordning er etablert (Forskningscenter for klinisk behandlingssforskning, FKB). Fire forskningscenter er dannet. Forskningen er av høy kvalitet og sentrene markerer seg godt i internasjonal sammenheng.

Når det gjelder deltagelse i EUs rammeprogram, har det vært en økende positiv trend når det gjelder andel norske søknader til EU som får finansiering. Det er også en økning i andel søknader med norske partnere. I de senere årene er det instituttsektoren som henter tilbake mest midler fra helseklyngen, etterfulgt av helseforetak og UoH-sektoren. Næringslivet og offentlig sektor henter henholdsvis rundt 30 % og 1 % av det instituttsektoren henter hjem.

Det er etablert flere tiltak for økt internasjonal mobilitet; mobilitetsstipend (forskerprosjekt med internasjonal mobilitet), utenlandsstipend og toppfinansiering av utgående stipendiater gjennom Marie Curie Actions (MSCA) og Human Frontier Science Program (HFSP). Lokale programmer som Aurora-programmet ved UiT og Onsager-stipendet ved NTNU er også etablert, begge er ordninger som skal bidra til at særlig talentfulle stipendiater/tidlig-fase forskere kan bli internasjonalt ledende.

Andelen midler til helserelevant grunnleggende forskning i FRIPRO har holdt seg relativt stabilt de siste ti årene. I 2023 utgjør den grunnleggende forskningen i FRIPRO i overkant av 60 % av all helserelevant FRIPRO-forskning.

Anbefalingen om å styrke grunnleggende anvendt orientert helseforskning ved å avsette en andel av midlene i Forskningsrådets helseprogrammer til frie prosjekter innenfor programmets formål, er ikke fulgt. Imidlertid deltar helseforskningsprogrammene i flere internasjonale partnerskap der Norge har fremragende forskningsmiljøer. Disse partnerskapene har ofte store komponenter av grunnleggende biomedisinsk forskning. I overkant av 15 % av budsjettet i helseforskningsprogrammene blir benyttet til internasjonale felles utlysninger og til internasjonal mobilisering.

To relevant mål for dette satsingsområdet i HO21-strategien er *Økt antall publikasjoner i internasjonale toptidsskrifter – opp på nivå med Danmark og Publikasjonstall og siteringer på nivå med Sverige og Danmark*. Her ser vi at Norge for perioden 2019 til 2021 er under Danmark for antall publikasjoner i internasjonale tidsskrift for klinisk forskning og biomedisin, likt for helsefag, men over for psykologi. Når det gjelder siteringer er Norge under Danmark og Sverige for klinisk medisin, men over for biomedisin, helsefag og psykologi.

Samlet sett kan dataene tyde på at det er høy kvalitet i norsk helseforskning, det er godt internasjonalt samarbeid og også økende grad av internasjonal finansiering av norsk helseforskning. Det er allikevel et stort potensial for norske forskere til å utnytte mulighetene i EUs rammeprogram i større grad.

Utvikling av de menneskelige ressursene

Anbefalinger i HO21-strategien:

- Styrke praksisrettet FoU for profesjonsutdanningene
- Etablere samarbeidsarenaer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og utdanningssektoren for å sikre riktig dimensjonering og god kvalitet i helsefaglige utdanninger.
- Etablere klare rammebetingelser for primær- og spesialisthelsetjenesten for å ivareta praksisarenaen
- Styrke rekruttering og mobilitet i helseforskning for attraktive karriereveier for unge forskere
- Gjennomgå stillingsstrukturen i helseforetakene for å skape sammenhengende tid til forskning og karriereveier for klinisk forskning
- Videreutvikle forskerlinjen i medisin og utvide ordningen til andre helsefag
- Skape attraktive karriereveier for forskning og utdanning i hele helse- og omsorgssektoren
- Styrke rammebetingelsene for utvikling av grunnleggende metode og analysekompetanse, som forutsetning for helseforskning av høy kvalitet
- Etablere lederutvikling innen forskning og innovasjon og forskningsinstitusjonsledelse på helse- og omsorgsområdet
- Innføre innovasjon og næringsutvikling i alle utdanninger for helse- og omsorgssektoren

Det er gjort mye for å gjøre helseutdanningene mer relevante for helsetjenestene. RETHOS har gitt nye retningslinjer og felles læringsmål for alle helseutdanningene. Praksisfeltet har blitt mer førende for studentenes utdanning slik at deres kompetanse blir mer relevant for tjenestene. Det er opprettet helsefelleskap for bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Helseutdanningen er også med i disse helsefelleskapene, men i noe varierende grad. Kommunen har ennå ikke lovpålagte krav om praksisplasser, men det jobbes aktivt for flere praksisplasser gjennom avtaler med KS og regjeringen.

Forskningsfinansieringen er dreid mer mot praksis- og brukernær forskning, inkludert primærhelsetjenesten. Flere masterprogram er opprettet for å dekke helsetjenestenes behov som f.eks. master i helse og teknologi, bioinformatikk, epidemiologi og innovasjon. Det er økende kultur for tverrfaglige emner og delingskultur i utdanningsprogram og mellom utdanningsinstitusjonene. Forskerlinjer ved medisinutdanningene er godt etablert og evaluert. De fører til at flere medisinere tar doktorgrad med kortere gjennomføringstid og lavere gjennomsnittsalder ved disputas. Gjennom en pilotordning her Forskningsrådet utvidet ordningen til blant annet psykologi, og OsloMet har igangsatt en egenfinansiert forskerlinje i helsevitenskap, begge med gode erfaringer.

Det er økende praksis for delte stillinger mellom academia og primærhelsetjenesten, men ennå på et beskjedent nivå. Utdanningsinstitusjonene har opprettet prodekaner for samarbeid og innovasjon. UHR-Helse og sosial er nasjonal samordningsarena der alle dekaner møtes. Nasjonalt topplederforum for digitalisering av helsetjenesten er opprettet.

Strategisk og kunnskapsbasert styring

Anbefalinger i HO21-strategien:

- Etablere samarbeidsorganer for forskning mellom kommuner og forsknings- og utdanningsinstitusjoner på regionalt nivå og legge til rette for samarbeid med helseforetakene, instituttsektoren og næringslivet
- Bedre koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene for å sikre at de samlet fremmer økt kvalitet, internasjonalisering og samarbeid med næringslivet
- Kanalisere forskningsmidler gjennom helsesektoren selv med klare innsatsmål
- Bygge opp felles forskningsadministrasjoner og -infrastruktur ved helseforetakene og UH-sektor
- Det etableres et helhetlig monitoreringssystem for forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning for helse- og omsorgstjenestene (HO21-monitor)
- Utvikle nasjonalt lederutviklingsprogram for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet

Forskningssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og academia er godt etablert. Det er mange ansatte i spesialisthelsetjenesten som også har en deltidsstilling i academia. Det er et økende antall som har kombinerte stillinger i primærhelsetjenesten og academia, men foreløpig i mye mindre grad. Det har blitt etablert forskningssamarbeid med kommunene gjennom KSF, som etter noen års oppstartsperiode har kommet inn på statsbudsjettet og som vil breddes ut til hele landet gjennom regionsamarbeid, se også avsnittet Kunnskapsløft for kommunene.

Samarbeidsorganene fungerer godt for koordinering av utdanninger, men kommunene kan trolig bli mer involvert blant annet med opprettelse av flere praksisplasser i kommunehelsetjenesten. Det er godt forskningssamarbeid mellom helseforetakene og universitetene. Forskningsrådet samarbeider med noen stiftelser og forskningsfinansierende foreninger, men helseforskningen kan fremdeles koordineres bedre f.eks. mellom helseforetakene og andre aktører. Departementene kunne ha vært bedre samordnet på områder som er sektorovergripende, som mellom KD og HOD om helseforskning og helsedata, og KDD/HOD om kommunale helsetjenester.

HelseOmsorg21-monitoren er etablert og samler stadig mer data, men det er utfordrende å få oppdaterte tall så ofte som ønskelig. Noen områder, som forskning og innovasjon innen kommunal helse- omsorgssektor, er i mindre grad dekket. Generelt er innovasjonssiden av monitoren svakere enn forskningssiden. Det jobbes med å få inn flere datasett og -kilder innenfor disse områdene.

Kurs i helseledelse er etablert av Helsedirektoratet i samarbeid med BI.

Ti år med HelseOmsorg21-strategien – suksesshistorier og fremtidsblikk

Tid: Mandag 25. november, 8.30 – 10.00

Sted: Forstanderskapssalen på Sentralen

Strømming

Målgruppe: Sektorene HO21-strategien har rettet seg mot, departementene, virkemiddelapparatet

Moderator: en fra HO21-rådet, også forslag om [Elisabeth Kirkeng Andersen](#)

8.30	Enkel frokost
9.00	Video eller fysisk (velkommen først hvis fysisk) – intro NN, tbc: HO21, helhetlig strategi, forankring på tvers av sektorer. Visjonen: Kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse.
9.02	Velkommen ved rådsleder Per Morten Sandset og den som skal lede oss gjennom dagen
9.10	Hvor står vi i dag 10 år etter strategien ble lansert? Hva har vi fått til? To suksesshistorier (videoer) Betydningen av KSF (Kristin Weidemann Wieland) Eksportsatsing på helseindustri (Kathrine Myhre)
9.12	Internasjonal inspirasjon (helst nordisk så alt kan foregå på norsk/skandinavisk) Insentiver, suksessfaktorer, benchmarking, hva kreves internasjonalt? Samtale 3 personer. Ønsker forslag til alternativer.
9.33	To nye suksesshistorier (videoer) Hersedata i prosess (NN, tbc) Horisont Europa, henter hjem mer midler nå (Forskningsrådet, tbc)
9.35	Kommentarer og dialog Hva har vi gjort bra der vi har lyktes? Hvilke fremtidige suksesshistorier ønsker vi oss? Hva tar vi med oss fra den internasjonale inspirasjonen? Camilla Stoltenberg (tbc), Sveinung Hole, Per Morten Sandset Helseminister Jan Christian Vestre (tbc)
9.55	Avslutning v/Per Morten Sandset
10.00	Frukt og mingling

Sak 31/3/2024

Folkehelseinstituttets strategi for helsedata

Til
HelseOmsorg21-rådet

Saksbehandler
Henrietta Blankson

Vedlegg
1. Presentasjon FHI strategi for helsedata

Fra
Ole Johan Borge

Bakgrunn

Folkehelseinstituttet fikk i tildelingsbrev for 2024 fra Helse- og omsorgsdepartementet oppdrag om å «lage en strategi for å utvikle og modernisere helseregistrene og for å hente ut gevinster av et samlet registermiljø».

Strategien skal sette retning under nye rammebetingelser, blant annet endret organisering av helseforvaltningen med samling av de store nasjonale helsedatakildene i Folkehelseinstituttet.

Hvorfor saken fremmes til dette møtet

Rådet har prioritert arbeid for å bidra til lettere tilgang til og økt bruk av helsedata i 2024. Folkehelseinstituttet skal være en pådriver for enkel og sikker tilgang til helsedata og det er nyttig å få mer kunnskap om hva Folkehelseinstituttet vektlegger i sin strategi. Saken legges frem til orientering og for å gi rådet mulighet til å gi innspill til helsedatastrategien.

Hovedpunkter

Christine Bergland, direktør for Helsedata og digitalisering i FHI, vil presentere arbeidet med strategien.

Nasjonale strategier og føringer uttrykt gjennom blant annet Nasjonal helse- og samhandlingsplan, Folkehelsemeldinga, beredskapsmeldingen En motstandsdyktig helseberedskap og Nasjonal e-helsestrategi, har vært retningsgivende for utarbeiding av en strategi for helsedata. Det er utarbeidet fem strategiske mål med delmål for Folkehelseinstituttets arbeid med helsedata for perioden 2025-2027:

Mål 1: Data og statistikk skal raskt ut, med delmål:

- Rask søknadsprosess
- Tilpasset tilgjengeliggjøring
- Økt selvbetjening

Mål 2: Data skal bli bedre, særlig om de kommunale helsetjenestene, med delmål:

- Hele kommunens tilbud
- Løpende kommunale data
- Belyse tjenester i stor endring

Mål 3: Rapporteringsbyrden skal ned, med delmål:

- Kun det nødvendige
- Så enkelt som mulig
- Mest mulig automatisk

Mål 4: Internasjonalt samarbeid skal gjøre oss sterke i krise og relevante i kunnskapsutvikling, med delmål:

- Sammen i krise
- Data i verdensklasse
- Europeisk etterlevelse

Mål 5: Befolkningens tillit skal være høy, selv i en omskiftelig tid, med delmål:

- Trygg deling
- Gjøre det enkelt å delta
- Være føre var

Forslag til vedtak

Tas til orientering. Rådet ber FHI ta med seg eventuelle innspill videre i prosessen med helsedatastrategien.



Helsedatastrategi

UTKAST

September 2024

Oppdrag

"FHI skal lage en strategi for å utvikle og modernisere helseregistrene og for å hente ut gevinster av et samlet registermiljø":

- *Innføring av felles løsninger, redusert rapporteringsbyrde, harmonisering av variabler på tvers av registrene, felles styringsprosesser, mm. («orden i eget hus»)*
- *Videreutvikling av registrenes innhold og tjenester med vekt på å ivareta forskriftsfestede formål*
- *Etablering av prioriteringsmekanismer og prosesser for involvering av brukerne av helsedata*
- *Arbeidet gjennomføres i dialog med Helsedirektoratet, regionale helseforetak, kommunesektoren og andre brukere av data fra registrene.*

Avgrensning:

- **Helseregistre organisatorisk samlet i FHI (§11 i helseregisterloven)**
- **Inkludere befolkningsbaserte helseundersøkelser under FHI**
- **Være *relevant* for helsedatakilder utenfor FHI uten å forplikte deres dataansvarlige virksomheter**

Innhold

1. Historikk og nåsituasjon

2. Utfordringsbilde

3. Strategi for helsedata

- Strategiske mål og delmål – hvor setter vi trykket fremover
- Indikatorer – hvordan vi vet om vi beveger oss i ønsket retning
- Tiltak – hva vi skal levere for å nå målene

4. Suksesskriterier

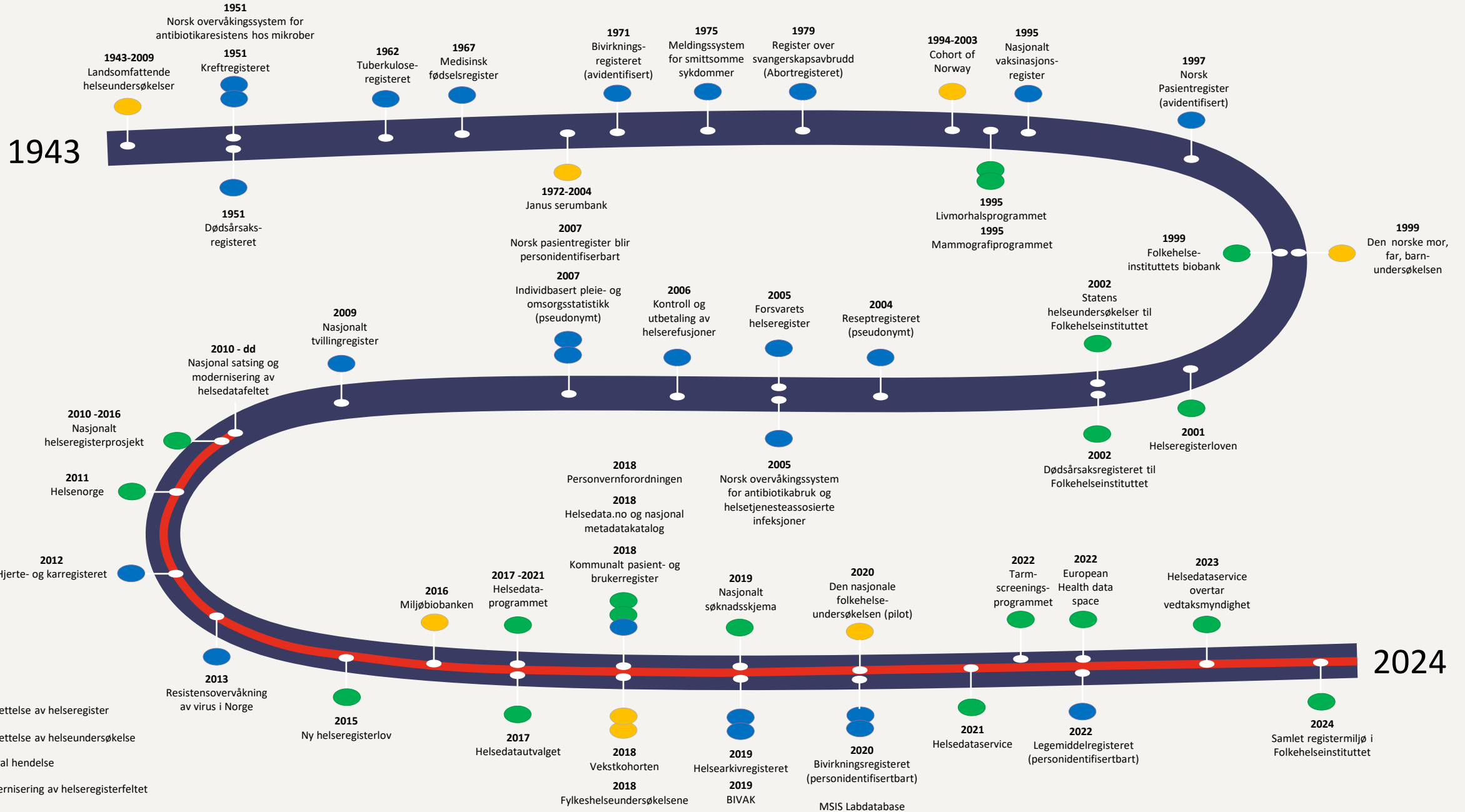
- Internt mål – hvordan vi må jobbe og innrette virkemidlene våre for å lykkes



Historikk og nåsituasjon



Helsedatafeltet i Norge har vokst og utviklet seg mye over 80 år



Mye er veldig bra!



Datasamlinger med kvalitet i verdensklasse, under «samme tak»



Ett samlet søknadsmottak med vedtaksmyndighet



Samlet informasjon om innhold i datakildene (helsesdata.no)



Rask saksbehandling av veldig mye



Statistikk lett tilgjengelig (i vekst)

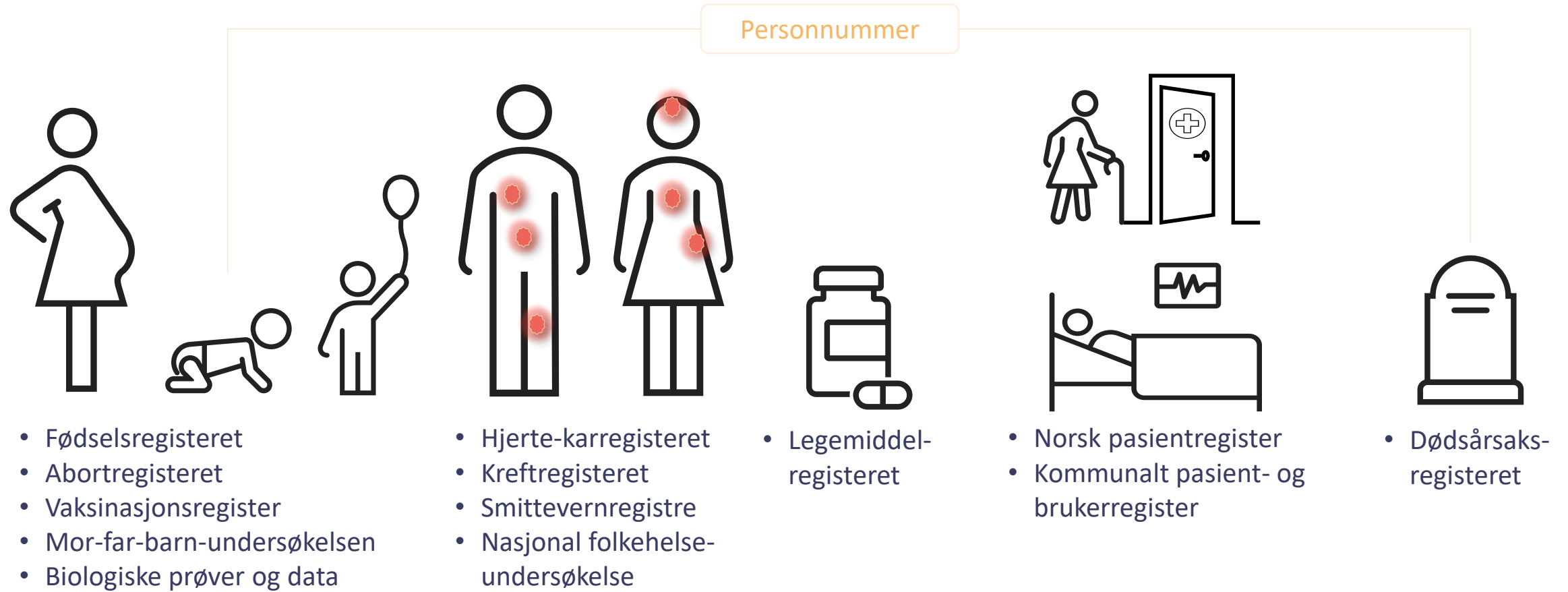


Brukertilpassede dataprodukter og tjenester (i vekst)

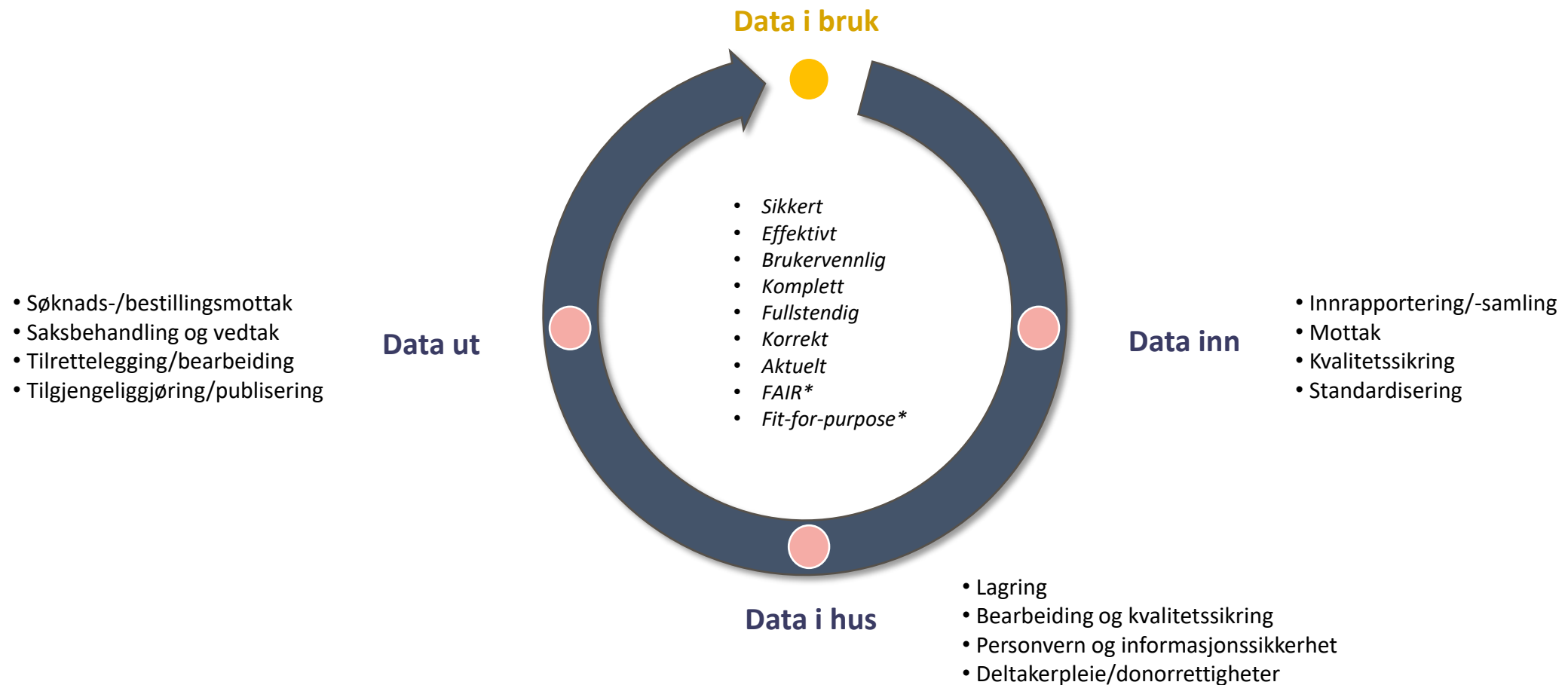


Arenaer for involvering og dialog med brukerne av data

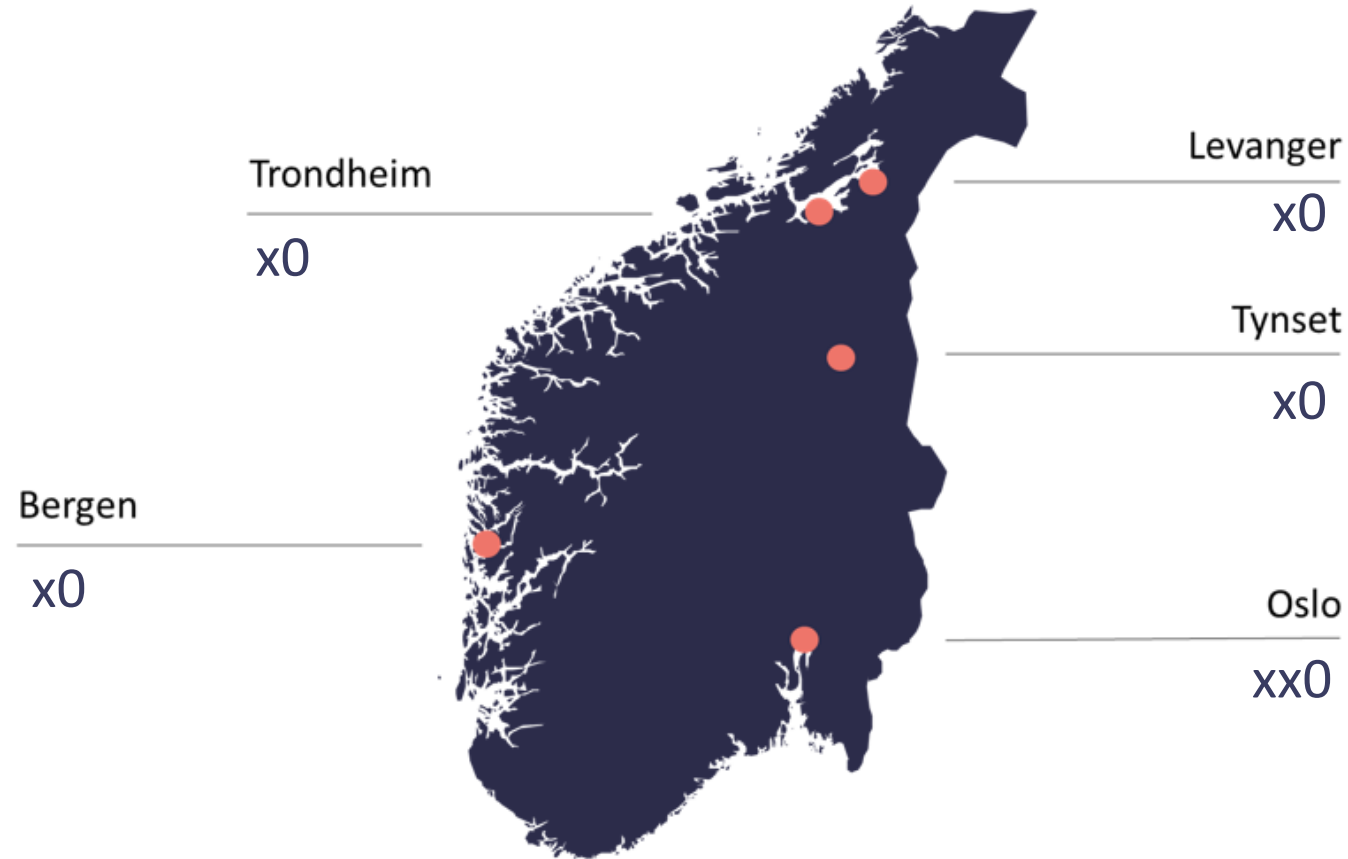
Fra vugge til grav: nasjonale helsedata samlet i FHI



Vårt dataansvar består av tre kjerneprosesser



Store oppgaver, store miljøer, stor produksjon



- xxx medarbeidere
- 15 nasjonale registre
- Xx medisinske kvalitetsregistre
- xx nasjonale helseundersøkelser
- xx screeningprogrammer
- xxx søknader om data
- xxx datapublikasjoner
- xx selvbetjeningsløsninger
- xxx tilgjengeliggjøringer av data
- xxx variabler i statistikkbank
- xxxx terrabyte data

Verdikjeden: fra data til bedre helse



Infrastruktur

Data, statistikk, teknologi
laboratorier, fryselagre
m/blodprøver m.m

Forskning og analyse

Tjenesteutforming og beredskap

Styring og formidling

Innovasjon

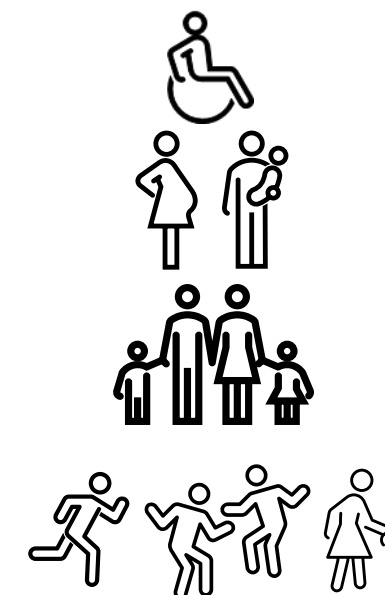
Krisehåndtering

Forebygging

Diagnostikk og behandling

Kvalitetsarbeid

Prosessforbedring



Nytten av gode helsedata – et eksempel

Umiddelbar kunnskap om bivirkninger av covid-19 vaksine

2009
Svineinfluensa



4 år

2020
Covid-19



2
mnd

Ingen tegn til økt risiko for spontanabort etter koronavaksinasjon i første trimester

En ny, norsk studie viser at det ikke er økt risiko for spontanabort hos gravide som tok koronavaksine i første trimester. – Betyggende, sier forskere.



Pandemivaksine økte ikke risikoen for dødfødsel

- Resultatene fra studien tyder derimot på at influensainfeksjon under graviditet kan være farlig for fosteret.



- 13 000 meldinger
- 96% elektronisk

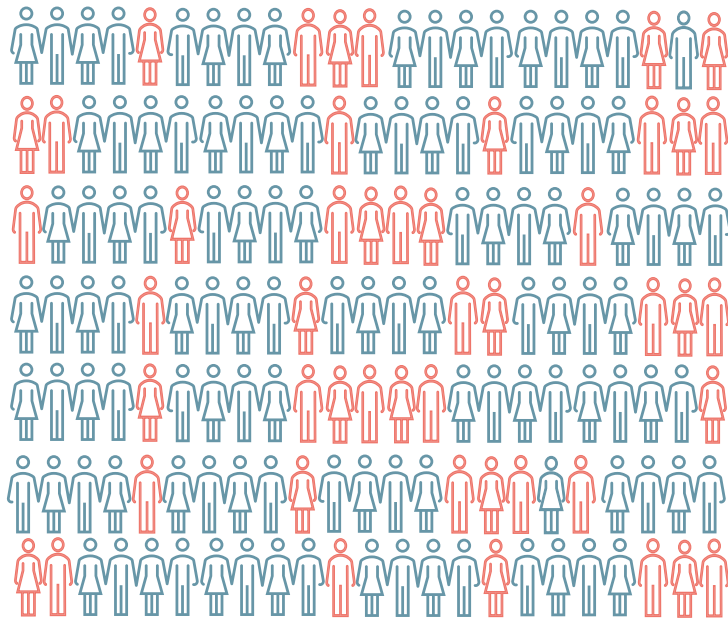


Nytten av gode helsedata – et eksempel

Identifikasjon av prioritert helsepersonell for covid 19-vaksinasjon

«Helsepersonell»: **360 000**

Relevant institusjon?



Yrkesklassifisering - STRYK-08

Pasientkontakt?



Standard for næringsgruppering SN 2007

Risikogruppe?



Faglig vurdering i FHI



NPR / KPR

Beredt C19

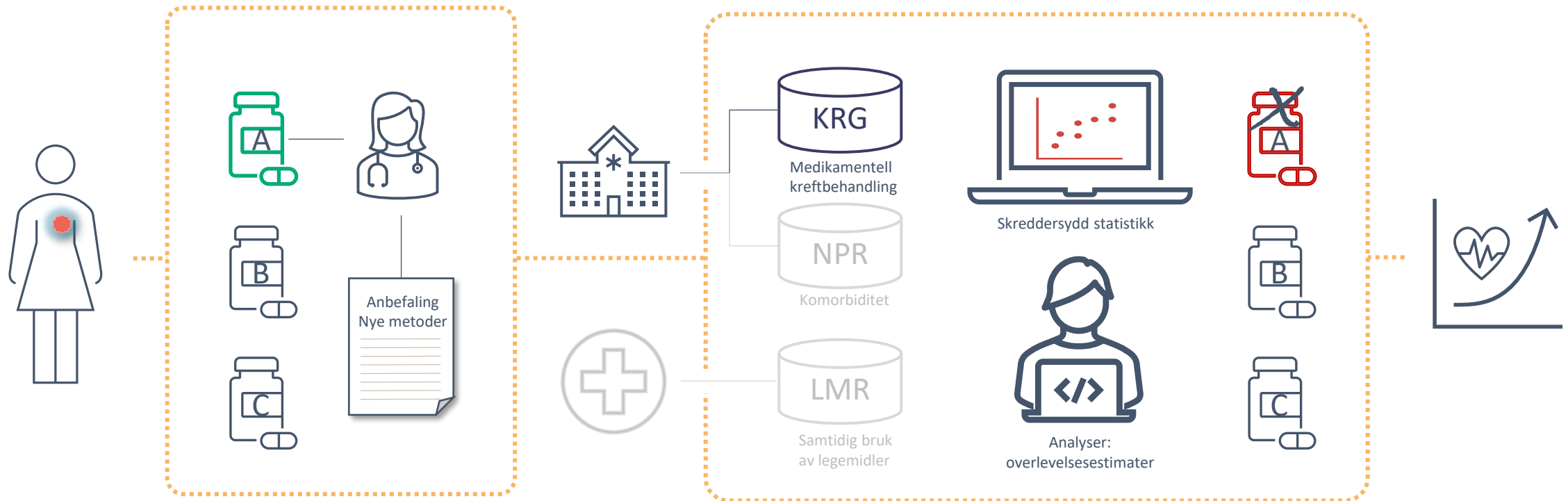
Kobling og analyse



40 000
prioriterte
vaksinasjoner

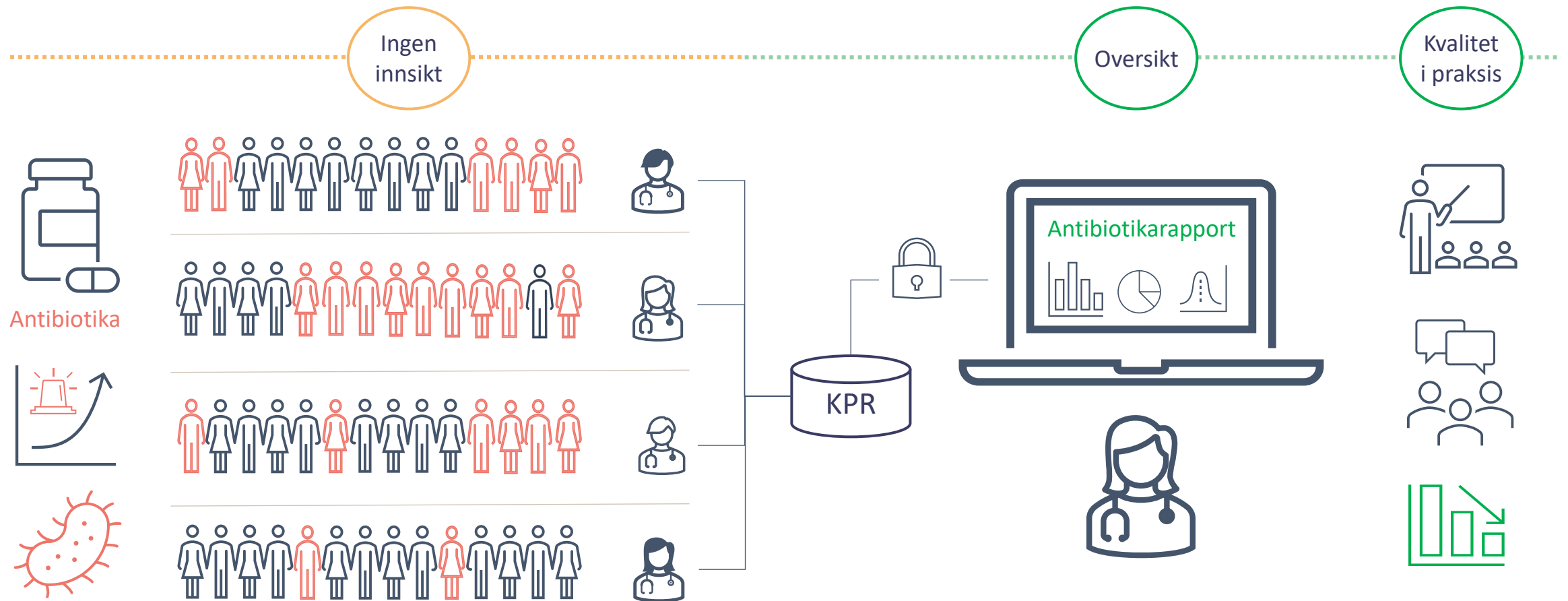
Nytten av gode helsedata – et eksempel

Rask evaluering av effekten av kreftlegemidler



Nytten av gode helsedata – et eksempel

Tilbakedeling av data om antibiotikaforskrivning til fastleger





Utfordringsbilde



Utfordringsbilde: Noe vet vi fra før, noe er nytt

Kjent

- Tilgang til data tar for lang tid
- Innrapportering tar for mye tid fra helsepersonell
- Kvaliteten i enkelte datasamlinger er for lav



Ny kontekst

- Samling av nasjonale helsedatakilder
- Kommunale tjenester i fokus
- Europeisk helsedataarbeid i høy fart
- Kunstig intelligens i utbredelse
- Ustabil geopolitisk situasjon



Erfaring

- Omstilling og endring tar tid
- Prioritering gir gjennomføringskraft





Strategi



Overordnede føringer



Stabile ambisjoner: data som gir samfunnsnytte

Sentrale dokumenter om helsedatafeltet:	Uttrykt ambisjon:
Gode helseregistre – Bedre helse: Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010-2020	Det overordnede målet for den nasjonale strategien er å gi mer kunnskap om sykdommers forekomst, årsaker og forløp, og om kvaliteten av ulike typer behandling og tjenester. Dette vil gi grunnlag for bedre behandling, forebygging og beredskap. Bedre helseregistre vil gi bedre helsetjenester og bedre helse.
Meld.st nr 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal	Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Innrapportering til registre skal skje mest mulig automatisk, uten dobbeltregistrering, og være en integrert del av de faste arbeidsprosessene. Sammenstilling av oppdaterte data med høy kvalitet skal gjøre det mulig å følge utviklingen i helsetilstanden til befolkningen, gjøre systematiske vurderinger av tjenestetilbudet, og være grunnlag for styring, kvalitetsforbedring og forskning.
Helseregisterloven og tilhørende forskrifter (2015)	Formålet med loven er å legge til rette for innsamling og annen behandling av helseopplysninger, for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester.
Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester (Meld. St. 18 (2018–2019))	Hovedmålet med Helsenæringsmeldingen er å bidra til økt konkurransekraft i den norske helsenæringen og samtidig bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, i form av mer effektiv forebygging, behandling og omsorg.
Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar (Meld. St. 15 (2022–2023))	Det er eit mål å utvikle eit heilskapleg kunnskapssystem for folkehelsa som legg til rette for eit tverrsektorielt og kunnskapsbasert samarbeid mellom forskning, forvaltning, brukar- og interesseorganisasjonar og næringsliv. [...] det skal skaffast betre data på folkehelseområdet, inkludert data om sjukdomsbyrde og korleis denne blir påverka av demografiske trendar. Det er blant anna behov for betre representativitet for ulike befolkningsgrupper og for å bruke koplingar mot registerdata på ein betre måte.
En motstandsdyktig helseberedskap (Meld. St. 5 (2023–2024))	Regjeringen arbeider for etablering av et effektivt kunnskapssystem og legger vekt på strukturer som brukes i det daglige, som er fleksible og som kan skaleres opp i en krise. Dette omfatter helhetlige og effektive systemer for å hente inn data (datafangst), slik som registre, befolkningsundersøkelser, [...] mv. Det gjelder også tekniske systemer for kobling og utlevering av data, slik som felles plattformer, standarder mv. Juridiske avklaringer av hva som kan kobles både i det daglige og i kriser er nødvendig.
Nasjonalt strategi for persontilpasset medisin 2023–2030	Effektiv og sikker bruk, analyse, deling og lagring av storskala helsedata som inngår i persontilpasset medisin for helsehjelp, tjenesteutvikling og forskning innenfor rammene av den enkeltes integritet og personvern
Nasjonalt e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren (2023-2030)	Helse- og omsorgstjenestene, helsepersonell og helseforvaltningen skal i økende grad ta beslutninger basert på data. Mer datadrevne beslutninger vil bidra til bedre ressursutnyttelse, økt kvalitet og innovasjon i tjenesten, samt bedre forskning, helseovervåking, beredskap og folkehelse.
Nasjonalt helse- og samhandlingsplan (Meld. St. 9 (2023–2024))	Enklere tilgang til helsedata av god kvalitet skal bidra til bedre helse og bedre helse- og omsorgstjenester. Det skal legges til rette for bruk av helsedata i helseforskning, styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester og stimulere til innovasjon og næringsutvikling. Mer datadrevne beslutninger skal bidra til bedre ressursutnyttelse, økt kvalitet, helseovervåking og bedre folkehelse. Det vil også gjøre helse- og omsorgssektoren bedre forberedt i møte med kriser.

Strategiske mål og delmål

		Delmål 2025-2027:	Internt mål:
1	 Data og statistikk skal raskt ut	<ul style="list-style-type: none"> • Rask søknadsprosess • Tilpasset tilgjengeliggjøring • Økt selvbetjening 	Vi har effektive verdikjeder i vårt felles hus 
2	 Data skal bli bedre, særlig om de kommunale helsetjenestene	<ul style="list-style-type: none"> • Hele kommunens tjenestetilbud • Løpende kommunale data • Belyse tjenester i stor utvikling 	
3	 Rapporteringsbyrden for helsepersonell skal reduseres	<ul style="list-style-type: none"> • Relevant og oppdatert • Så enkelt som mulig • Mest mulig automatisert 	
4	 Nasjonalt og internasjonalt samarbeid skal gjøre oss sterke i krise og relevante i kunnskapsutvikling	<ul style="list-style-type: none"> • Sammen i krise • Data i verdensklasse • Europeisk etterlevelse 	
5	 Befolkningens tillit skal fortsette å være høy, selv i en omskiftelig tid	<ul style="list-style-type: none"> • Trygg deling • Gjøre det enkelt å delta • Være føre vår 	



1. Data og statistikk skal raskt ut

Norge har strukturerte helsedata i verdensklasse. Helsedata er infrastruktur for mange ulike formål; myndighetsutøvelse, styring, monitorering og kvalitetsforbedring, forskning og kunnskapsgenerering, beredskap, overvåking, folkeopplysning med mer. Nyttens frigjøres ved bruk. Potensialet for økt samfunnsnytte er stort. Kobling av helsedatakilder er særlig verdifullt i kunnskapsutviklingen. Tilgang til data i sanntid er særlig viktig i beredskapssammenheng og ved innføring av nye legemidler. Å få tilgang til helsedata kan i dag ta lang tid. Vi vil få økte krav til deling av data på tvers av landegrenser i EU. Tilgangen til helsedata må bli mer effektiv. Innhold og kanal for tilgjengeliggjøring må tilpasses behov og bruksområde. Vi må utnytte mulighetene som ligger i å tilgjengeliggjøre anonym statistikk og tilgjengeliggjøre data via trygge analyserom.

Tre delmål:

- A. **Rask søknadsprosess** – levere en effektiv prosess fra utforsking av data, via søknad, til data tilgjengelig for bruk
- B. **Tilpasset tilgjengeliggjøring** - legge til rette for målrettet og sikker bruk, tilpasset ulike brukergruppers behov
- C. **Økt selvbetjening** – legge til rette for å bedre søknader og aller helst unngå søknader gjennom enkel tilgang til statistikk

Indikatorer:

- Andel brukere som scorer fornøyd eller svært fornøyd med tilgjengeliggjøring av data fra FHI
- Antall brukere som bruker selvbetjeningsløsninger (statistikk-løsninger m.fl)
- Antall timer brukt av saksbehandler på å fatte vedtak per sak
- Antall registre som er tilgjengelige for rask kobling



2. Data skal bli bedre, særlig om de kommunale helsetjenestene

Omfanget av helsetjenester øker. Kompleksiteten og kostnader øker også, særlig i kommunal helsetjeneste. Tilgangen på data om de kommunale helsetjenestene reflekterer ikke utviklingen. Det er et særlig behov for flere og hyppigere data om den kommunale helsetjenesten. Vi ser mangel på helsepersonell. 58% av årsverkene i helsetjenesten har sin plass i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men vi mangler kunnskap for å målrette og prioritere innsatsen. Det er generelt behov for data som kan bidra til å målrette helsehjelp, og det er behov for rikere data på utvalgte områder innen spesialisthelsetjenesten som er i stor endring, som for eksempel psykisk helse, kreft og genetik.

Tre delmål:

- A. Hele kommunens tjenestetilbud** – innhente nye data, særlig fra flere deler av det kommunale tjenestetilbudet, slik at bildet blir mer komplett
- B. Løpende kommunale data** – øke hyppigheten på innhenting og bearbeiding av data, slik at de er løpende tilgjengelig for deling og analyse
- C. Belyse tjenester i stor utvikling** – innhente nye data på områder som krever særlig oppfølging eller gir unike kunnskapsmuligheter

Indikatorer:

- Antall kommuner som kan hente relevant statistikk for sin kommune (fra FHIs statistiske løsninger)
- Antall helsetjenesteområder som dekkes av FHIs datakilder

FORELØPIG



3. Rapporteringsbyrden for helsepersonell skal reduseres

Innsamling av helsedata må bli mer effektiv. Rapporteringsbyrde for helsepersonell et problem. Helsetjenesten kan spares for arbeid ved at lovbestemte helseregistre fungerer som nøkkelregistre, og at vi i større grad øker kompletthet gjennom å dele data mellom datasamlingene fremfor å samle inn samme data til flere datasamlinger. Utvalget av data må være relevant. Hvilke data som samles inn og i hvilket format, bør revideres regelmessig og kritisk opp mot helsetjenestenes utvikling og samfunnets kunnskapsbehov. Der det er mulig bør data høstes direkte og automatisert fra strukturerte elektroniske pasientjournaler og andre fagsystemer.

Tre delmål:

- A. Relevant og oppdatert** – avvikle innrapportering som gir lite verdi eller der samme data unødvendig rapporteres inn flere steder
- B. Så enkelt som mulig** – når innrapportering er nødvendig skal den være enklest mulig
- C. Mest mulig automatisk** – høste data automatisk der det er mulig

Indikatorer:

- Antall registre som har automatisk innrapportering fra EPJ
- Antall webbløsningsprosedyrer som brukes til innrapportering
- Antall registre som bruker nøkkelregisterfunksjon

FORELØPIG



4. Nasjonalt og internasjonalt samarbeid skal gjøre oss sterke i krise og relevante i kunnskapsutvikling

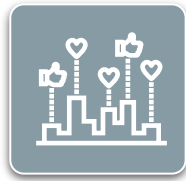
Helsesdata får stadig større oppmerksomhet i europeisk samarbeid. For vår beredskapsevne ved smitteutbrudd er nasjonalt og europeisk samarbeid kritisk. Men også i andre, mer «saktegående» helseutfordringer, blant annet knyttet til klima og miljøgifter, er betydningen av europeisk samarbeid stor. Norden er foregangsland på helsedata, og europeiske krav og føringer vil fremover være viktig for videre utvikling. Vi skal benytte muligheter til å fremme Norges posisjon på helsedata og bidra til videreutvikling internasjonalt gjennom deltakelse i europeisk og nordisk samarbeid. Vår deltakelse skal ivareta norske behov og interesser, blant annet vårt behov for å se «små» norske data i en større sammenheng, og for løsninger som gjør oss robuste i kriser. Deltakelse skal også bidra til å fremme norsk forskning og norsk helsenæring.

Tre delmål:

- A. **Sammen i krise** – samarbeid om helsedata for å stå bedre rustet i en helsekrise
- B. **Data i verdensklasse** – strukturere og klassifisere data så de kan sammenstilles og brukes på tvers av land
- C. **Europeisk etterlevelse** – forstå, påvirke og innarbeide europeiske krav i dataforvaltning og registerdrift

Indikatorer:

- Antall krav FHI oppfyller ift EHDS-forordningen
- Antall HDAB-funksjoner som er implementert i HDS
- Antall internasjonale rapporteringer basert på data fra registrene per år



5. Befolkningens tillit skal fortsette å være høy, selv i en omskiftelig tid

Som forvaltere av helsedata har vi ansvar for å ivareta befolkningens tillit. Samling av de store nasjonale helsedatasamlingene og inntoget av kunstig intelligens gjør oss mer utsatt og kan gi økt sårbarhet. Kobling av flere helsedataskilder og deling av data på tvers av landegrenser gir nye problemstillinger. Vi må forstå og innrette oss for trygg og forsvarlig forvaltning av vårt dataansvar. Høy tillit hos befolkningen skal opprettholdes med flere virkemidler, blant annet via prinsipper som informasjon og åpenhet, målrettet arbeid med informasjonssikkerhet og personvern og ved å vise at bruken av helsedata kommer befolkningen til gode. Befolkningen kan inviteres til å administrere og dele data på nye, trygge og brukervennlige måter.

Tre delmål:

- A. Trygg deling** – sørge for løsninger og prosesser som gjør at data tilgjengeliggjøres og brukes trygt
- B. Gjøre det enkelt å delta** – gjøre det lett for befolkningen å administrere sine data og å ha tillit til forvaltningen
- C. Være føre vår** – ta hensyn til geopolitikk og kunstig intelligens når vi beskytter data

Indikatorer:

- Andel helseregistre som har nådd nivå 3 på modenhetsskala innen personvern og informasjonssikkerhet
- Andel tilgjengelige registre som gjøres direkte i sikre analyserom (maskin-maskin)
- Andel registre/helseundersøkelser som har innsynsløsning på helsenorge.no
- FHIs plassering på årlig omdømmeundersøkelse



Suksesskriterier





Internt mål: Vi har effektive verdikjeder i vårt felles hus

Felles forvaltning av nasjonale helsedata i FHI innebærer større mulighet til å utvikle helhetlige og gode verdikjeder, der systemer, organisasjon og prosesser videreutvikles og samordnes på tvers av datakilder for mer effektiv samhandling og for økt kvalitet i dataene. Nye miljøer må bli kjent og lære av hverandre. Vi må hente ut synergier gjennom å harmonisere både data, prosesser og teknisk infrastruktur. Eksisterende teknisk infrastruktur må gjenbrukes der det er hensiktsmessig, gjerne i samarbeid med aktører rundt oss. Nye løft i infrastruktur må ses på helhetlig for å sikre at det samspiller med landskapet og dekker felles behov. Ny teknologi og kunstig intelligens gir store muligheter når det gjelder innsamling, forvaltning og utnyttelse av store data. Det er behov for å se på hvordan kunstig intelligens kan utvikle helsedatafeltet.

Våre virkemidler i gjennomføring:

Folk	 Allokering	 Kompetanse	 Motivasjon	 Organisering & prosesser	 Rekruttering
Lov- og regelverk	 Tolkning & praksis	 Nytt regel- & lovverk			
Teknologi	 Sourcing	 Leverandørstyring	 Arkitekturstyring	 Teknologeutvikling	 Teknologiforskning
Dataforvaltning	 Standardisering & normering	 Datadelings-prinsipper?	 Informasjons-modeller?		
Finansiering	 Økonomistyring	 Rammemidler	 Ekstern finansiering	 Tjenestepriser	
Samarbeid eksternt	 Styringsdialog	 Allianser?			
Kommunikasjon	 Ekstern kommunikasjon	 Informasjonsdeling	 Brukerdialog		

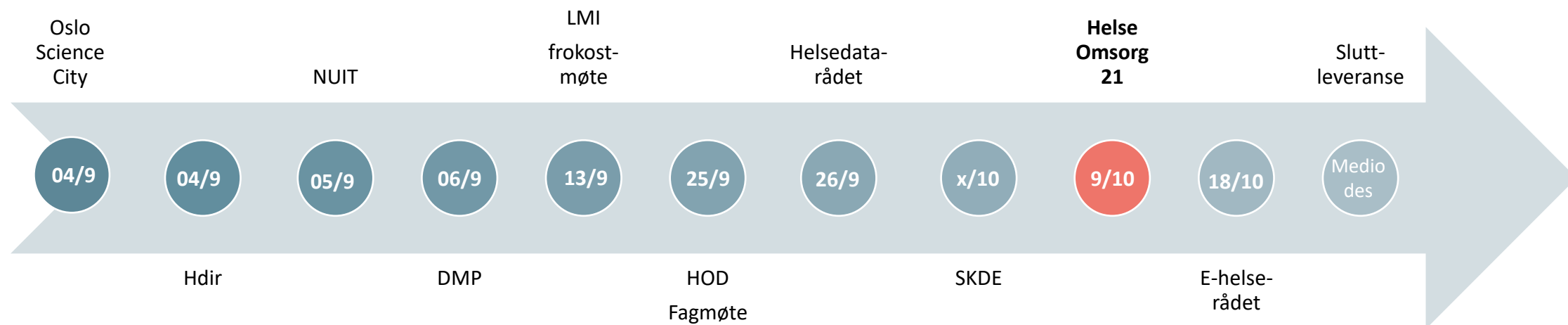


Prosess



Involvering eksternt

Tidsplan



Sak 32/3/2024

Økt tilgang til og bruk av helsedata

Til HelseOmsorg21-rådet	Saksbehandler Henrietta Blankson Tine Thorbjørnsen	Vedlegg 1. Oppsummering av flaskehals identifisert
Fra Ole Johan Borge		

Bakgrunn

Rådet har i senere tid konsentrert arbeidet om helsedata rundt *flaskehals for utlevering av helsedata og gjenbruk av eksisterende løsninger for dataplattform og analyseinfrastruktur*. Saken er en oppfølging av Sak 6/1/2024 og Sak 22/2/2024.

I etterkant av møte 2/2024, har rådet sendt et forslag til Kunnskapsdepartementet (KD) om hvordan et oppdrag til UiO, NTNU og UiB om videreutvikling av NorTRE (en sammenslutning av TSD, Hunt Cloud og SAFE) kan se ut. Rådet har også begynt på et arbeid for å identifisere flaskehals for tilgang til helsedata.

Rådet møtte 12. september politisk ledelse i Kunnskapsdepartementet ved Ivar Prestbakmo, Helse- og omsorgsdepartementet ved Ellen Rønning Arnesen og Nærings- og fiskeridepartementet ved Vegard Grøslie Wennesland til dialog om flaskehals og forslag til oppdragsbeskrivelse til UiO, NTNU og UiB om videreutvikling av NorTRE (en sammenslutning av TSD, Hunt Cloud og SAFE). I tillegg til statssekretærene, var representanter for embetsverket til stede. Per Morten Sandset, Ingrid Stenstadvold Ross, Guri Rørtveit og Leif Rune Skymoen møtte fra rådet. Ole Johan Borge og Henrietta Blankson var til stede fra sekretariatet.

Hvorfor saken fremmes til dette møtet

Saken legges frem til orientering om status for rådets arbeid for økt tilgang og bruk av helsedata og diskusjon om videre oppfølging og aktiviteter.

Hovedpunkter

Møte med HOD, KD og NFD. Per Morten Sandset og rådsmedlemmer som var til stede orienterer fra møtet.

Gjenbruk av eksisterende løsninger for dataplattform og analyseinfrastruktur. Det vises til omtalen under sak om statsbudsjettet (Sak 29/3/2024) om forslag til oppdrag til eierne av TSD, SAFE og HUNT Cloud.

Flaskehals for tilgang til helsedata. En arbeidsgruppe bestående av Leif Rune Skymoen, Esperanza Diaz og Bjørn Egil Vikse har bidratt i arbeidet.

Sekretariatet har gjennomført en rekke samtaler med aktører om hva de opplever som flaskehals for tilgang til data. LMI har også gitt direkte innspill som de har hentet fra sine medlemmer. Resultatene fra samtale, og fra arbeidsgruppen, er oppsummert i vedlegg 1. Det tas forbehold om utvalget er representativt for dagens situasjon. Imidlertid har flere av kildene nevnt de samme utfordringene og det er stor konsensus i tilbakemeldingene.

Utfordringene samler seg om følgende områder:

- a) Lovtekst og tolkning
- b) Fordeling av myndighet og ansvar
- c) Søknadsbehandling og utlevering av data
- d) Løsninger for datahåndtering
- e) Kostnader
- f) Tilgang til andre datakilder enn registre

Det har vært en positiv utvikling når det gjelder tid for utlevering av helsedata. Folkehelseinstituttet (FHI) rapporterer om at søknadsbehandlingstiden for utlevering av data gjennom HDS har gått betraktelig ned. FHI jobber også med flere av de identifiserte problemstillingene som har kommet frem under samtale med forskjellige aktører. Dette gjelder blant annet utfordringer med ukomplette søknader, koordinering mellom ulike registre, HDS og sikre analyserom, og fordeling av myndighet og ansvar.

Forslag til videre aktiviteter

1. Fortsette arbeidet med identifisering av flaskehals.

Det foreslås å arrangere ett eller flere dialogmøter for å få ytterligere kunnskap om flaskehals for tilgang til helsedata. Innspillene som allerede er hentet inn vil brukes som grunnlag for utvikling av møtene.

Rådets bes om innspill på hvilke flaskehals som bør prioriteres og på hvilket nivå deltagelse på dialogmøtene bør være på.

Basert på rådets innspill, vil det utarbeides en plan for gjennomføring av dialogmøtene. Det foreslås at arbeidsgruppen fortsetter å bistå sekretariatet.

2. Samarbeide med relevante aktører

Oslo Science City har i samarbeid med UiO og LMI arrangert et rundebordsmøte som ledd i oppfølgingen av Livsvitenskapskonferansen 2024. Overordnet tema for møtet var *Verdien av helsedata som grunnlag for utvikling av helse og livsvitenskap i Norge*. Det er også andre aktører som arbeider med sakskomplekset.

I et landskap der mange arbeider med det samme, bes rådet diskutere om det er spesifikke områder der rådet kan gi merverdi og i størst mulig grad bidra til bedre og lettere tilgang til helsedata. Er det områder der det er særlig viktig at rådet samarbeider med de andre aktørene som jobber med problemstillinger og mulige

løsninger rundt tilgang til helsedata? Rådet bør også diskutere hvilken form et slikt samarbeid bør ha.

Forslag til vedtak

Rådet fortsetter arbeidet innenfor dette området med de kommentarer som kommer frem under møtet.

Oppsummering av samtaler med aktører om flaskehals

Overordnet tema	Utfordringer/flaskehals
Lovtekst og tolkning	Registereiere tolker lovtekst forskjellig.
	Personvernombudene ved de ulike institusjonene tolker GDPR forskjellig.
	<p>HDS og REK tolker "uttrykkelig gitt formål" forskjellig.</p> <p>Eksempel: En aktør står nå i en situasjon der REK har godkjent et prosjekt og et metodevalg, mens HDS har gitt avslag med begrunnelse at prosjektet ikke oppfyller kravet om "uttrykkelig angitt formål" i helseregisterloven. For søker er det ikke klart hvorfor vilkåret om "uttrykkelig gitt formål" i Helseregisterloven skal tolkes strengere enn i Helseforskningsloven. Saken er nå til behandling i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.</p>
Fordeling av myndighet og ansvar	Manglende "mandat" for næringslivet.
	<p>Eksempel: Helseregisterloven gjelder for "behandling av helseopplysninger til statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap i helse- og omsorgsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten". Flere næringslivsaktører mener at formålsteksten er begrensende og gir eksempler fra Finland der utvikling og innovasjonsaktivitet er tatt inn i formålet for Act on the Secondary Use of Health and Social Data.</p> <p>The secondary uses referred to in the Act include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • scientific research • statistics • development and innovation activities • steering and supervision of authorities • planning and reporting duties by authorities • teaching • knowledge management
	<p>Tolkninger av lovtekst, se over om REK og HDS.</p> <p>Dobbeltarbeid i REK og HDS ved endringsmeldinger.</p> <p>Eksempel: Ved søknad om forlengelse av prosjekter må prosjektet både søke REK og HDS om endringen; REK om godkjenning etter helseforskningsloven og HDS om forlengelse av dispensasjonen. Det tar tid i begge ledd. Det problematiseres samtidig at REK er gratis, mens HDS tar betalt for medgått tid for behandling.</p> <p>Uklart hvem som bestemmer hva av REK og HDS. De gjør mange av de samme vurderingene, men det er en utfordring med forskjellig forvaltningspraksis.</p>

Søknadsbehandling og utlevering av data	<p>Uklare søknader.</p> <p>Feil i søknader og ufullstendige søknader medfører ofte ekstra runder mellom HDS, REK og søker. Det kan også være at det ikke er samsvar mellom søknadene til HDS og REK. Både forskere og næringsliv kan mangle kompetanse om hva som skal til. I tillegg oppleves det at søknadsskjema er lite brukervennlig.</p>
	<p>Dataminimering.</p> <p>Dataminimering tar lang tid. Personvernet skal vurderes. Det er behov for dataminimering når søker ber om for mye data i forhold til formålet for prosjektet. Det er særlig utfordrende å vurdere dataminimering når problemstillingene er vide. Dette medfører ofte flere runder frem og tilbake mellom HDS eller annen registerforvalter og forsker. Dette tar tid.</p> <p>Forskere problematiserer at dataminimeringen medfører at de ikke får nok data og må i løpet av prosjektperioden sende tilleggssøknader til REK og HDS.</p> <p>Eksempler:</p> <p>Et prosjekt har sett på effekter av spesifikke medikamenter på svangerskap. Ut i prosjektet ser en at en skulle ha informasjon om et annet medikament også. Det fører til ny runde innom REK og ny kø hos HDS.</p> <p>Et annet eksempel er et migreneprosjekt, der forsker ikke får informasjon om bruk av et hodepinemedikament som ikke er indikert for migrene.</p> <p>En annen kilde opplever at HDS praktiserer en strengere praksis mhp. dataminimering enn før HDS tok over vedtaksmyndigheten, ved at FHI oftere begrenser data fra den nasjonale kildepopulasjonen og øker bruken av såkalte differansedager på grunn av personvern hensyn (dvs. at prosjektene ikke får eksakte datoer, men et intervall mellom angitte tidspunkter konstruert av FHI). Dette har medført feil i utleveringer av datasett hvor det enkelte register har gjort slike tilpasninger som HDS har bestemt, noe som igjen har medført flere runder av korreksjoner og ytterligere forsinkelser.</p> <p>Bruken av differansedager er også problematisert av andre.</p> <p>Det er også utfordringer med tilgang til data i tidsserier. Her må en søke om nye tilgjengelige årganger selv om det er innenfor samme formål. Dette tar tid og data er ofte "utdatert" når en får tilgang.</p>
	<p>Behandlingskø hos HDS.</p> <p>Saksgangen har blitt bedre, men forskere opplever fortsatt at søknader kan bli liggende veldig lenge i kø før den blir behandlet av HDS. Dette gjelder spesielt dersom data fra Legemiddelregisteret inngår i søknaden. Men her blir det også uttalt at HDS har gjort en stor jobb for å få ned køene, så flere forskere tror dette skal bli bedre fremover.</p>

	<p>HDS har etter sommerferien ca. 100 ufordelte saker, og på det verste har søknader ligget i 4 mnd. ubehandlet – tiltak er iverksatt og pr. i dag er det 75 saker i kø. Dette er en bedring på 25% på ca. en måned.</p> <p>HDS opplyser at mediantid for utlevering av data er 5-8 mnd. Tiden er avhengig av søknadens kompleksitet og omfang. Det vil være noe variasjon avhengig av hvilke kilder man skal ha data fra. Lengst restanser er det hos NPR/KPR for øyeblikket, men situasjonen der er også i bedring. HDS opplyser også at det leveres ut mere data enn noen gang tidligere. For eksempel har antall utleveringer til forskning fra NPR/KPR økt med 50 % sammenlignet med samme tidspunkt i fjor.</p>
	<p>Koordinering mellom de ulike registrene.</p> <p>At Helsedataservice har vedtaksmyndighet skal bidra til at forskere skal slippe å ha lange diskusjoner frem og tilbake med flere ulike saksbehandlere i de ulike registrene. Imidlertid opplever noen forskere fortsatt at de må ta en ny diskusjon rundt dataminimering med de som skal ta ut data i de ulike registrene, etter at Helsedataservice har godkjent søknaden. Det fører til at det kan ta lang tid før forskeren får data. Det rapportertes også om at registre venter på koblingsnøkler fra hverandre og/eller fra forsker.</p> <p>Det oppleves uklart om de ulike registrene snakker sammen når koblinger skal gjøres i et prosjekt eller om det er forventet at prosjektleder følger opp og kontakter de ulike registrene. Selv om de aller fleste registrene nå er under samme enhet (FHI), mangler en del kommunikasjonsrutiner.</p> <p>Eksempel: En forsker opplevde at ting har blitt liggende i flere uker fordi forskeren ikke sendte en epost til NPR og informerte om at Medisinsk fødselsregister hadde sendt dem en koblingsnøkkel. Forskerne trodde at MFR kontaktet NPR og informerte om at koblingsnøkkel var sendt. Forskerne visste ikke at det var meningen at de selv skulle følge dette opp.</p>
	<p>Manglende mulighet for gjenbruk av datasett.</p> <p>Eksempel: Nordic RWE har en brystkreftdatafil på sitt eget prosjekt, i tillegg har de et firmasamarbeid på brystkreft. De to prosjektene har ulike formål, men de kunne ha brukt det allerede tilgjengelige datasettet også til firmasamarbeidet. En slik gjenbruk av allerede tilgjengelige datasett er imidlertid p.t. ikke mulig og de må gå hele veien med separat søknad til REK, HDS og etterfølgende datatilrettelegging av ny (tilnærmet identisk) datafil. Et forslag er å "se konstruktivt på mulighetene, innenfor eksisterende lovverk, til å gjenbruke allerede sammenstilte data innenfor institusjonen. Da kan man søke REK og HDS og få raskt vedtak om gjenbruk uten ny datatilrettelegging. En ytterligere videreføring av dette, og en mer demokratisk måte å gjøre det på, er om HDS kunne tilby allerede ferdig sammenstilte datasett, som er ferdig vurdert mhp. data-minimering, og som kunne vises frem på en katalog på HDS sine nettsider".</p>

Løsninger for datahåndtering	Data skal fortrinnsvis lagres i sikre rom, men med dagens forskrift er det fortsatt mulig med utlevering av sensitive data på minnepenn. Kilden mener at med krav om sikre rom med tilgangsstyring for datahåndtering, vil det være mulig å overlate mer av dataminimerende tiltak til forskningsprosjektet.
Kostnader	Uforutsigbarhet mht. kostnader som vil påløpe. Selv om prosessen gjennom HDS er ganske klar (oppstartspris og deretter timepris), opplever flere at det er en uforutsigbarhet knyttet til kostnadene som vil påløpe. Det er en bekymring for at bruk av helsedata i stor grad vil begrenses til store prosjekter. Flere har påpekt at en registergodkjenning for store prosjekt med data fra flere ulike registre blir veldig dyr.
	Manglende insentiv for å levere data til HDS. Data i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene er innhentet med stor innsats fra fagmiljøene i arbeidstid finansiert fra helseforetakene og på dataplattformer finansiert av helseforetakene. Når de samme fagmiljøene ønsker å bruke dataene til forsknings/kvalitetsutvikling ved kobling til andre registre der helseforetakene også har bidratt vesentlig, kreves det en betydelig egenandel for utlevering. Aktører mener derfor at det bør utarbeides prismodeller med kraftig rabattering når data ønskes utlevert til personer fra institusjonene som har bidratt til datainnsamlingen.
Tilgang til andre datakilder enn registre	Manglende rutiner/felles løsninger for å søke data fra journal. Det mangler løsninger på systemnivå slik at det meste/alt baseres på manuelt arbeid. Sykehus har ikke tilstrekkelig ressurser eller kompetanse til å legge til rette for tilgang og for å få data ut på riktig format. Aktører savner fasilitatorer på hvert sykehus som kan hjelpe til med tilgangen fra de forskjellige kliniske datavarehusene. Tilgang til journaldata er derfor lettere for store forskningsmiljø som kan sette inn store ressurser selv. Eksempel: Et stort forskningsmiljø på UiO jobber nå sammen med Arendals sykehus om å lage rutiner for å hente ut 800 MR bilder.
	Tidkrevende prosesser. Eksempel: Studie med en kontroll-arm for en tidlig klinisk studie på eggstokk-kreft. Det ble etter hvert klart at rene registerdata fra KR, NPR og LMR ikke var tilstrekkelig og det var derfor behov for å supplere med journaldata fra OUS, Stavanger og Haukeland. Prosessen for å få tilgang til journaldata tok tett opp mot et år: <ul style="list-style-type: none"> • Søke REK om godkjenning om bruk av journaldata. Tillatelse gitt, men krav om samtykke fra dem som var i live.

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Kontakte klinikere på hvert sykehus som var villige til å delta.• Få godkjenning av personvernombud på tre sykehus.• Kontrakt med Inven2 og prisdiskusjoner• Identifisere pasienter gjennom KR og sende lister til klinikere• Klinikere hentet ut data og la data inn i ferdig oppsett (excel) og data ble så lagt inn i databasen som prosjektet brukte (TSD-server) |
|--|---|

I tillegg ble det brukt 9 mnd. på kobling av registrene (registrene ble søkt separat da dette var før HDS ble opprettet).

33/3/2024

Oppfølging veikart og eksportsatsing for helsenæring

Til HelseOmsorg21-rådet	Saksbehandler Tine Thorbjørnsen	Vedlegg 1. Deltakelse Strategisk dialogarena 2. Deltakelse og mandat Eksportstyre og Topplederforum
Fra Ole Johan Borge		

Bakgrunn

Nåværende regjering har laget veikart og eksportsatsinger for en rekke industrier som de ønsker å gi ekstra fokus. Helsenæring er en av de utvalgte næringene og regjeringen har lagt frem både veikart og eksportsatsing for denne næringen.

Rådet tok en aktiv rolle i å samle aktørene for et felles fremstøt til at helsenæring skulle bli valgt til en prioritert eksportsatsing. Rådet har også blitt oppfordret til å spille inn kandidater til toppledergruppen for eksportsatsingen som skal ha representanter fra den private helseindustrien og de offentlige helsetjenestene.

Hvorfor saken fremmes til dette møtet

Saken fremmes for å orientere rådet om status på arbeidet med oppfølging av veikart og eksportsatsingen. Rådet bes også å diskutere hvordan de ønsker å arbeide videre med oppfølgingen av satsingen.

Hovedpunkter

Veikart for helsenæring

I oppfølgingen av veikart for helsenæring er det blitt etablert en dialogarena for strategisk dialog mellom myndighetene og helsenæringen. Fra invitasjonen til deltakelse står det at "formålet med arenaen er å kunne ha en diskusjon mellom relevante departementer og helsenæringen om veikartets innsatsområder og øvrige rammebetingelser. Arenaen skal legge til rette for bedre gjensidig forståelse av utfordringsbildet, og kunne bidra til en helhetlig oppfølging av veikartet. Det planlegges ett til to møter i året."

HelseOmsorg21-rådet ble invitert til deltakelse i dialogarenaen med én representant. Per Morten Sandset deltar fra rådet. Se annen deltakelse i strategisk dialogarena i vedlegg 1.

Første møte var 3. september med ønske om innspill fra deltakerne om:

- Sentrale utviklingstrekk i helsenæringen og i helse- og omsorgstjenesten av betydning for oppfølgingen av veikartet
- Sentrale utfordringer fremover innenfor veikartets innsatsområder og forslag til oppfølging/løsninger (bør omfatte hva aktørene kan gjøre selv og hva som forventes av myndighetene)

Skriftlig oppsummering av innspillene ble ettersendt departementet: [Innspill fra HelseOmsorg21-rådet til oppfølging av veikart for helsenæringen.](#)

Eksportsatsning for helsenæringen

For hver av eksportsatsingene vil Nasjonalt eksportråd etablere et topplederforum som skal bidra til å forankre satsingene og gi råd på strategisk nivå. Nasjonalt eksportråd vil benytte forumene som del av sitt kunnskapsgrunnlag for å utarbeide sine anbefalinger. Møtefrekvensen vil være 1-2 ganger per år. Rådsleder Per Morten Sandset er utnevnt til å delta i topplederforum helseindustri.

Hver eksportsatsing har også et rådgivende styre. Styret skal bidra til at satsingen gjennomføres i henhold til den overordnede målsetningen, ivaretar interessentene for satsningen og relevansen for næringslivet. Prosjektstyret for eksportsatsingen på helsenæring, ledes av Heidi Blengsli Aabel. HO21-sekretariatet ved Tine Thorbjørnsen er observatør i prosjektstyret. Se medlemmer og mandat for utvalgene i vedlegg 2.

Innovasjon Norge (IN) har fått oppdragsbrev fra Nærings- og fiskeridepartementet tilknyttet regjeringens eksportsatsing for helsenæringen. IN skal motta en bevilgning på 20 mill kroner pr år i tre år og gjennom sitt oppdrag operasjonalisere 8 av de 15 punktene i eksportsatsingen (uthevet i fet skrift under):

- 1. Felles eksportfremstøt til viktige markeder i Europa, Nord-Amerika og Asia**
- 2. Mobilisere Team Norway for å bidra til økt helseeksport**
- 3. Bunting av digitale produkter**
- 4. Egen markedsføringsstrategi for helsenæringen**
- 5. Felles profilering og merkevarebygging for helsenæringen**
- 6. Styrking av Invest in Norway for å få flere helseinvesteringer til Norge**
7. Helsenæringen inn i det nordiske industripartnerskapet
8. Videreutvikle helseteknologiordningen for å akselerere innføringen av nye løsninger
9. Videreutvikle Nortrials – et partnerskap mellom helseforetakene og næringslivet
10. Etablere veiledningstjeneste for kommuner og leverandører
11. Tydelige føringer om samarbeid mellom helseforetak og næringsliv
12. Harmonisering av standarder, blant annet med EU
13. Følge opp veikart for helsenæringen og ha nær interaksjon med næringen
- 14. Satsingen ledes av et prosjektstyre bestående av representanter for helsenæringen**
- 15. Måling av helsenæringens eksportutvikling og effekt av satsingen**

Rådet har tidligere uttalt at de ønsker å følge satsingen på helsenæring og er engasjert i saker som er viktig for helsenæringen. Rådet er for tiden engasjert i økt tilgang og bruk av helsedata (se sak 32/3/2024). Og i april sendte rådet et brev til HOD angående koordinering av oppfølgingen av veikart for helsenæring. Disse sakene kan ha mulig betydning for statsbudsjettet, se sak 29/3/2024. Nå i september har rådet også gitt innspill til den kommende industrimeldingen.

Rådet bes diskutere om det er spesifikke faktorer eller tiltak som de ønsker å følge opp nå.

Forslag til vedtak

Rådet ber sekretariatet følge opp saken i tråd med diskusjonene på møtet.

Veikart – strategisk dialogarena

Medlemmer:

Statssekretær Ellen Rønning Arnesen, HOD

Statssekretær Vegard Grøslie Wennesland, NFD

Per Morten Sandset, Leder HelseOmsorg21-rådet / viserektor UiO

Ketil Widerberg, Oslo Cancer Cluster

Reidar Holst Christensen, NHO Geneo

Tarje Bjørgum, Abelia

Cathy Capdeville, Melanor

Monica Larsen, LMI

Ole Einar Småkasin, Vingmed AS

Thomas Smedsrud, Administrerende direktør i DIPS

Guro Bjøntegaard, CEO, AstraZeneca Norway

Per Olav Østbyhaug; HelseMidt RHF

Mari Trommald, KS

Eksportsatsing – prosjektstyre og topplederforum

Prosjektstyret for eksportsatsingen for helsenæring:

Heidi Blengsli Aabel (Vitalthings) - styreleder
Ane Solesvik Oppedal (Kernel)
Michael Eimstad (EpiGuard)
Michel Eim (Laerdal)
Thomas Eden-Jensen (Bayer)
Monica Larsen (Legemiddelindustrien/NHO)
Gøril Bjerkan (LO)

Observatører:

Rune Sundland (Nasjonalt eksportråd)
Tine Thorbjørnsen (HelseOmsorg21-sekretariatet)
Elise Dokken (Nærings- og fiskeridepartementet)

Sekretariatsleder:

Tone Varslot Stave (Innovasjon Norge)

Topplederforum for eksportsatsingen for helsenæring:

Kathrine Myhre, Nasjonalt eksportråd
Nicolai Skarsgård, Topro
Ole Dahlberg, Curida
Cathrine Thomassen, GE Healthcare Norge
Leif Rune Skymoen, LMI
Janne Morstøl, Bliksund
Solvor Øverli Magi, Lifeness
Stefan Kernstock, Sero
Bjørn Platou, Decon-X
Rune Simensen, Helse Sør-Øst RHF
Lisbeth Sommervoll, Vestre Viken HF
Per Morten Sandset, HelseOmsorg21-rådet/viserektor UiO

Observatører

Heidi Blengsli Aabel, Vitalthings
Anja Kildal Gabrielsen, LO
Line Furseth Bjørk, NHO

Mandat for prosjektstyret for eksportsatsingen på helsenæringen

Bakgrunn:

I Hurdalsplattformen fastsettes det et mål om å øke eksporten utenom olje og gass med 50% innen 2030. Som en oppfølging av dette har regjeringen lansert eksportreformen «Hele Norge eksporterer». Gjennom Hele Norge eksporterer vil myndighetene, næringslivet og virkemiddelapparatet samarbeide om å nå eksportmålet gjennom en styrking og effektivisering av arbeidet med eksport og arbeide for å skape en felles eksportkultur hvor alle bidrar aktivt til å nå eksportmålet. For å sørge for medvirkning og medfinansiering fra næringslivet er det opprettet et Nasjonalt eksportråd bestående av representanter for næringslivet og partene i arbeidslivet.

9. februar 2024 ble eksportsatsingen på helsenæringen lansert, basert på et innspill fra Nasjonalt eksportråd. Satsingen er et offentlig-privat samarbeid og skal bidra til at norske aktører kan ta større markedsposisjoner på det globale helsemarkedet. Som en del av satsingen vil Nærings- og fiskeridepartementet (NFD) oppnevne et prosjektstyre for eksportsatsingen. Innovasjon Norge vil ha sekretariatsfunksjonen for prosjektstyret og benytte dette for å bidra til en vellykket gjennomføring av eksportsatsingen.

Formål:

Prosjektstyret skal ha en rådgivende funksjon og bidra til

- at satsingens gjennomføring og retning er i henhold til den overordnede målsetningen for satsingen
- å ivareta ulike interessenter i satsingen
- at satsingens innretning er relevant for næringslivet

Oppgaver:

Prosjektstyret skal

- bidra med forankring og deltakelse fra næringen i de ulike tiltakene som skal gjennomføres i eksportsatsingen
- operasjonalisere målene for eksportsatsingen i samarbeid med Innovasjon Norge og andre utøvende virkemiddelaktører
- gi råd til Innovasjon Norge og de andre utøvende virkemiddelaktørene om satsingens innretning, gjennomføring og måloppnåelse
- bidra til å øke andelen av privat medfinansiering til satsingen
- utarbeide en evalueringsrapport for overlevering til NFD to måneder etter dato for satsingens slutt. Evalueringsrapporten bør vektlegge måloppnåelse, medfinansiering, involvering av næringsliv og synergi mellom aktørene i satsingen

Oppnevning og sammensetning

NFD oppnevner prosjektstyret samt leder for prosjektstyret. Prosjektstyret skal bestå av representanter fra næringslivet og ev. andre relevante aktører. Prosjektstyret oppnevnes for en periode på tre år. Prosjektstyret for helsenæringen skal bestå av 5 medlemmer fra næringslivet og 2 medlemmer fra partene i arbeidslivet. I tillegg skal det delta én observatør fra NFD, én observatør fra sekretariatet til Nasjonalt eksportråd og én observatør fra HelseOmsorg21-rådet eller sekretariatet.

Sekretariat

Eksportsatsingen på helsenæringen gjennomføres som et prosjekt under Innovasjon Norge som også er sekretariat for prosjektstyret. Innovasjon Norge vil forholde seg til oppdragsgiver (NFD) på ordinær måte. Ved uenighet mellom prosjektstyret og Innovasjon Norge skal saken legges frem for NFD.

Møter

Sekretariatet for prosjektstyret kaller inn til møter ved behov i samråd med prosjektstyrets leder.

Mandat for Nasjonalt eksportråds topplederforum

Vedtatt av Nasjonalt eksportråd 25. juni 2024

Bakgrunn

Nasjonalt eksportråd har ingen operativ rolle i gjennomføringen av eksportsatsingene som er vedtatt av næringsministeren etter råd fra Nasjonalt eksportråd. Rådet ønsker likevel å opprettholde sin rådgivende rolle og bidra til at satsingene er godt forankret i næringslivet. Det er særlig viktig at toppledere i bedriftene er klar over satsingene og støtter opp om disse. Flere toppledere deltok også i styringsgruppene som Rådet etablerte i utarbeidelsen av forslag til eksportsatsinger.

Det er derfor ønskelig å etablere en arena for topplederne i næringslivet på de enkelte satsingsområdene. Slike arenaer kan virke som en samlende pådriver for eksportarbeidet på et overordnet strategisk nivå. Næringslivsledere kan gi nyttige innspill til en helhetlig tilnærming og diskutere alt fra rammebetingelser til indirekte og direkte eksportrettede virkemidler.

Nasjonalt eksportråd etablerer derfor topplederforumer for hver av eksportsatsingene. Forumene vil ikke være del av den alminnelige styringsstrukturen til satsingene men ha en rådgivende funksjon overfor Nasjonalt eksportråd. Rådet vil benytte forumene som del av sitt kunnskapsgrunnlag for å utarbeide anbefalinger til næringsministeren.

Muligheten til å etablere topplederforumer er forankret i mandatet til Nasjonalt eksportråd¹ der det står:

Rådet og sekretariatet kan etablere arbeidsgrupper og referansegrupper, inkl. på toppledernivå, i arbeidet med utviklingen og oppfølging av de nasjonale eksportfremmesatsingene.

Til dette arbeidet kan sekretariatet også invitere inn eksterne relevante aktører fra næringsliv og virkemiddelapparat.

I forslagene til satsingene har Rådet gitt anbefalinger på tre nivåer: Overordnede rammebetingelser og utvikling av hjemmemarkedet, indirekte eksporttiltak, som forskning og pilotering, der forskjellige departementer har ansvar, samt direkte eksporttiltak. Etter at næringsministeren har vedtatt den endelige satsingen, utarbeider NFD tildelingsbrev til Innovasjon Norge for gjennomføring av direkte eksporttiltak.

Formål

Topplederforumene skal bidra til å forankre eksportsatsingene og gi råd på strategisk nivå om hvordan lykkes med målet om økt eksport i et langsiktig perspektiv.

Eksempler til tema for topplederforum

- Diskutere og belyse nåsituasjonen for eksportutviklingen i sektoren, og peke på de viktigste mulighetene fremover – særlig med hensyn på det som kommer etter de tre-årige satsingene

¹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/ee44758d4c9f4037b6e4d9951508f915/mandat-for-nasjonalt-eksportrad-og-sekretariatet3923045.pdf>

- Gi råd og innspill om den pågående satsingen
- Diskutere hva som skal til for at eksportsatsingene skal lykkes etter at tre-årsperioden for satsingen utløper, inkludert rammebetingelser og oppfølging av de foreslåtte indirekte eksporttiltakene
- Bidra til øko-system/verdikjedetenkning i eksportsatsingene og styrke samarbeidet mellom aktørene og bygge varige "landslag" for økt eksport innen sektoren
- Involvere forsknings-, - utviklings-, og innovasjons-"systemene" for å sikre langsiktig satsing
- Bidra til økt innsikt i relevante tema gjennom eksterne foredragsholdere
- Topplederforumene kan selv foreslå aktuelle tema

Sammensetning

Topplederforumene skal primært bestå av toppledere fra eksporterende bedrifter knyttet til den enkelte sektorsatsingen. Det kan gjøres individuelle tilpasninger i topplederforumene for de enkelte satsingene om hva som er hensiktsmessige avgrensinger knyttet til bredden av verdikjeden, SMB-bedrifter, "underbransjer", kunder og FoU og innovasjonsmiljøene, samt investorperspektivet. Ledere fra NHOs landsforeninger og LOs forbund kan inviteres dersom det er formålstjenlig. Leder av prosjektstyret for den enkelte satsing og representanter fra virkemiddelapparatet kan inviteres som observatører.

Nasjonalt eksportråd bestemmer tidspunkt for opprettelse av topplederforum for de ulike satsingene. Forumet skal ledes av leder eller nestleder i Nasjonalt eksportråd.

Møtefrekvens

Det foreslås at det enkelte topplederforum møtes 1-2 ganger per år. De enkelte topplederforumene kan vurdere en annen møtefrekvens i samråd med Nasjonalt eksportråds ledelse.

Sekretariatsfunksjon

Sekretariatet i Nasjonalt eksportråd vil fungere som sekretariat for topplederforumene ved å bistå med praktisk gjennomføring. Dette gjøres i samarbeid med ledelsen av topplederforum.

Budsjett og egenbidrag

NHO/LO står for møterom. Medlemmene dekker selv egen reise og eventuelt opphold ifbm møter.

Sak 34/3/2024

Handlingsplan for kliniske studier

Til
HelseOmsorg21-rådet

Saksbehandler
Henrietta Blankson

Vedlegg
1. Utkast innspill til handlingsplan for kliniske studier

Fra
Ole Johan Borge

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har invitert til innspill om Handlingsplanen for kliniske studier 2021-2025 skal videreføres og eventuelt justeres. Departementet ber særlig om kommentarer på:

- erfaringer med planen så langt
- hvorvidt vi trenger en ny, eller revidert handlingsplan
- om visjon, mål og innsatsområder bør justeres
- hva det er viktig at det jobbes videre med

Hvorfor saken fremmes til dette møtet

Saken legges frem for at rådet kan diskutere det vedlagte utkastet og innspillet ferdigstilles innen fristen 14. oktober 2024.

Hovedpunkter

Sekretariatet inviterte rådsmedlemmer til å gi innspill innen 19. august. Vedlagte utkast er utarbeidet basert på de innspillene vi fikk. I tillegg er det trukket frem momenter fra brevet rådet sendte HOD i etterkant av at handlingsplanen ble lagt frem i 2021.

I rådets handlingsplan for 2022 – 2023 er *Kliniske studier er en integrert del av helse- og omsorgstjenesten* og *Befolkningen tilbys kliniske studier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten* to av hovedmålene. Delmålene rådet har satt for disse hovedmålene er:

- Skape økt forståelse hos alle målgrupper for mulighetene som kliniske studier gir for bedre pasientbehandling
- Fremme tiltak som bidrar til at Norge blir et attraktivt utprøverland
- Være en pådriver for gode støttesystemer for kliniske studier
- Være pådriver for enklere innhenting av data fra journal til register og støtte opp om kvalitetshevede tiltak for helsedata fra offentlige kilder
- Bidra til at mer effektive og integrerte systemer og støttefunksjoner for kliniske studier utvikles og tas i bruk
- Bidra til økt kunnskap om kliniske studier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Fremme behovet for flere studier og kunnskap om ikke-medikamentelle intervensjoner og om sykdommer med stor sykdomsbyrde

Innspillene fra rådet er forsøkt strukturert rundt disse punktene der det har vært relevant.

Rådet bes diskutere det vedlagte utkastet og særlig vektlegge hva som det er viktig at rådet som helhet spiller inn. Er det nye momenter som bør inkluderes? Er det momenter som er lite relevante? Hvilke behov er det for justeringer i teksten.

HelseOmsorg21

Videre saksgang	Sekretariatet oppdaterer innspillet i tråd med kommentarene som kommer på møtet. Rådsleder godkjenner det endelige innspillet.
Forslag til vedtak	Rådet godkjenner innspillet med de kommentarer som kommer på møtet.

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår saksbehandler / tlf.
Henrietta Blankson/HO21-
sekretariatet

Vår ref.
[Ref.]

Deres ref.
[Ref.]

Sted
Oslo xx.10.2024

Innspill til handlingsplan for kliniske studier fra HelseOmsorg21-rådet

HelseOmsorg21-rådet (rådet) takker for muligheten til å gi innspill til handlingsplanen for kliniske studier.

Rådet mener handlingsplanen for kliniske studier må videreføres og oppdateres. En oppdatert plan bør ha et større fokus på evaluering av tiltak og justeringer for å sikre målrettet innsats. Det bør gjøres en gjennomgang av innsatsområdene og en analyse av hva som har, og ikke har, hatt effekt og hvorfor. Rådet er derfor glad for at departementet gjennomfører innspillmøter som kan bidra inn i et slikt arbeid.

HelseOmsorg21-rådet oversendte Helse- og omsorgsdepartementet kommentarer til handlingsplanen etter at den ble lansert i 2021. Rådet påpekte der at handlingsplanen innledningsvis beskriver godt hva kliniske studier er og hvorfor kliniske studier er viktige, men at denne inngangen i liten grad blir fulgt opp i innsatsområdene og tiltakene.

Planen skal bidra til at flere pasienter får tilgang til utprøvende behandling. Planen skal også bidra til bedre og tryggere pasientbehandling, en bærekraftig helsetjeneste og utvikling av helsenæringen. Tiltak for å oppnå disse målene kan være overlappende, men behøver ikke å være det. Planen kunne med fordel vært tydeligere på dette.

I revidert plan bør forebyggende, helsefremmende og habiliterende kliniske studier få større plass slik at det går tydelig frem at kliniske studier omfatter langt mer enn utprøving av legemidler. Eksempelvis viser indikatoren klinisk behandlingsstudie i spesialisthelsetjenesten (KBS) at det er flest studier med ikke-medikamentelle intervensjoner i helseforetakene.

Slik det er nå, inngår ikke observasjonsstudier, befolkningsstudier og analyser av data fra forsknings- og kvalitetsregistre i KBS-indikatoren. Slike studier gir verdifull kunnskap som bidrar til bedre og tryggere pasientbehandling og til en bærekraftig helsetjeneste. Det bør derfor vurderes å innføre indikatorer som gir et mer helhetlig bilde av omfanget av kliniske studier.

Representativ deltagelse i kliniske studier er nødvendig for at resultatene skal kunne overføres til en samlet befolkning. Behovet er omtalt i planen, men er ikke underbygget med tiltak. Kunnskap, kompetanse, tid og ressurser i form av midler, er nødvendig. Hensyn til miljø og bærekraftige tjenester bør bli mer synlige i den reviderte planen. Flere av innspillene som rådet sendte inn i etterkant av at handlingsplanen ble fremlagt i 2021 er fortsatt relevante. I innspillet til revidert handlingsplan vil rådet særlig kommentere på:

- Kliniske studier i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (innsatsområde 5)
- Infrastruktur og støttefunksjoner (relatert til innsatsområde 2)
- Helsedata (innsatsområde 8)
- Norge som attraktivt utprøverland (relatert til innsatsområde 1 og 3)

Kliniske studier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Framskrivningene i den nylig fremlagt Perspektivmeldingen viser at helsetjenestene står overfor store utfordringer og at det særlig er de kommunale helse- og omsorgstjenestene som vil treffes hardt. Det er derfor viktig at vi videreutvikler og satser på kliniske studier som er innrettet mot pasienter som får hjelp og blir fulgt opp i kommunene og mot befolkningen som skal leve gode liv der de bor. Revidert plan bør være tydeligere på viktigheten av studier som tar utgangspunkt i behovene kommunene har, studier om forebygging og studier med basis i velferds-/helseteknologi som øker selvstendighet, egen helsekompetanse og likeverdig tilgang på helsetjenester. Kliniske studier som kan øke kunnskapsgrunnlaget om en bærekraftig helsetjeneste og tiltak som kan redusere ulikhet i helse, er særlig viktig. Studier i allmenntilmedisin er en viktig del av dette og bør fasiliteres med tilpasset forskningsinfrastruktur.

Det bør legges til rette for at den infrastrukturen og forskningsstøtten som er bygget opp i universitetssykehusene også gjøres tilgjengelig for studier utenfor sykehusene. Dette er et tiltak i nåværende plan som må sikres at blir gjennomført på en god måte.

Det er et stort marked for å utvikle nye teknologi og ny arbeidsmetodikk i kommunene. Kliniske studier, i og med kommunene, vil kunne legge til rette for å prøve ut medisinsk utstyr og teknologi for å forbedre diagnostikk, behandlings- eller rehabiliteringsmetoder. Dette er viktig både for å gi ny kunnskap og innsikt som kan understøtte en nødvendig omstilling av helsetjenestene og for å utvikle kommunenes rolle som hjemmemarked for norsk helsenæring.

Det bør vurderes å knytte mål mot studier i den kommunale- helse og omsorgstjenesten for å bidra til en bedre balanse av planens prioriteringer og synliggjøre det store behovet for kliniske studier i denne delen av tjenestene. Definerte mål vil gjøre det lettere å kunne følge

HelseOmsorg21

opp med spesifikke tiltak om en ikke ser den ønskede utviklingen.

Infrastruktur og støttefunksjoner

Det er et mål at kliniske studier skal være integrert i klinisk praksis. Da må systemene for forskning og klinikk i større grad snakke sammen og samhandlingen om infrastruktur styrkes. Tid er en viktig forutsetning for økt studieaktivitet. Helt sentralt er at medarbeidere i direkte møte med pasienter kan gjøre all datainnsamling og dokumentasjon for klinisk oppfølging, innrapportering til kliniske studier og innrapportering til kvalitetsregistre i samme system. Separate systemer øker tidsbruken, og reduserer motivasjonen for å inkludere pasienter i kliniske studier. Infrastruktur og støttefunksjoner for kliniske studier, lokalt, regionalt og nasjonalt (klinikere, studiesykepleiere, dedikerte arealer, kapasitet og tilgang til lab, radiologi med mer) må styrkes.

Helsedata

Helsedata må i større grad utnyttes i kliniske studier. Helsedata som er tilgjengelige i helseregistre, kvalitetsregistre og helseundersøkelser må sees som en ressurs som kan støtte og utvide mulighetene i klinisk forskning. Vi må fortsatt prioritere, vedlikeholde og ruste opp nasjonal biobankstruktur, inkludert sykdomsbiobanker, og sikre helhetlige infrastrukturer for gjenbruk av helse- og persondata i kliniske studier. Det inkluderer også i større grad å legge til rette for forskning som gjør bruk av journaldata og sanntidsdata. Virkelighetsdata (RWD – real world data), sanntidsdata, registerbaserte randomiserte kliniske studier (R-RCT-er) og studier med syntetiske kontrollarmer og virtuelle kohorter kan bidra til flere, mer kostnadseffektive og raskere gjennomførte kliniske studier med høy nytte.

I en beredskapssammenheng er bruken av sanntidsdata særlig interessant. Opprettelsen av Beredskapsregisteret, Beredt C19 under pandemien, viser at det teknisk er mulig å få til løsninger der sanntidsdata blir brukt. Imidlertid er det behov for lovendringer for å tilrettelegge for bruk til kunnskapsutvikling ved hjelp av sanntidsdata utenom kriser.

For å dra full nytte av allerede innsamlede helsedata, må dekningsgraden og datakvaliteten være høy. For å styrke kliniske studier i primærhelsetjenesten, bør det eksempelvis skje en særlig satsing på økt kvalitet i Kommunalt pasient- og brukerregister.

Det arbeides med bruk av allerede eksisterende løsninger for sikre analyserom ved UiO, UiB og NTNU etter at Helseanalyseplattformen ble stoppet. Her må det sikres finansiering for å få utviklet løsningen slik at det opprinnelige målbildet blir ivaretatt. Utviklingsarbeid knyttet til tilgjengeliggjøring av helsedata og European Health Data Space må samkjøres. Bedre bruk av helsedata i kliniske studier, vil styrke Norges konkurransefortrinn som et attraktivt studieland betydelig.

Norge som attraktivt utprøverland

Å utvikle Norge som et attraktivt utprøverland er særlig viktig for å kunne tilby pasienter utprøvende behandling. Norge må i større grad markedsføre seg selv, trekke på Innovasjon

HelseOmsorg21

Norges Invest in Norway satsing og bygge videre på visjonen om å bygge norsk helseindustri.

Det er videre behov for å bygge, og vedlikeholde, infrastruktur for å tilrettelegge for partnerskap mellom norsk helsetjeneste og næringsliv, dette inkluderer både TTO-er og klynger. Vi må også satse på apparatet som støtter underveis i prosesser som leder til kliniske studier. Dette gjelder både når det er produkter og tjenester fra bedrifter som banker på døren fra andre land eller om det er innovasjoner som spinner ut fra forskning og norske oppstartsbedrifter. En helsekatapultsatsing med tette koblinger til brukerdeltagelse ville også støtte disse funksjonene. Rådet støtter derfor anbefalingene fra Forskningsrådet, Siva og Innovasjon Norge om å styrke dagens katapulttilbud slik at helsenæringen i større grad kan bruke den og utnytte den for produktområdene legemiddelproduksjon, medisinsk utstyr og digital helse.

Rådet har tidligere påpekt betydningen av gode systemer for "feasibility", raske administrative prosesser, tilgjengelig og riktig infrastruktur og forskningspersonell med kompetanse og kapasitet som viktige faktorer for å tiltrekke seg studier til Norge. Det gjelder ennå. I tillegg må vi bygge videre på utvikling av gode fagmiljøer og bygge ekspertise, men også bredde. Etableringen av NorTrials sentrene er positiv, og utviklingen bør følges opp av evaluering for å sikre best mulig bruk av midlene.

Med vennlig hilsen
HelseOmsorg21-rådet

[Navn]

[Tittel]

Saksfremlegg

Sak 35/3/2024

Plan for oppfølging av meldinger og strategier

Til
HelseOmsorg21-rådet

Saksbehandler
Henrietta Blankson og Line
Tangerås

Vedlegg
1. Oversikt meldinger og strategier

Fra
Ole Johan Borge

Bakgrunn

Rådet har bedt om at en oversikt over kjente og kommende meldinger, strategier og NOU-er legges frem på hvert møte for å bidra til forutsigbarhet og planlegging av rådets arbeid knyttet til slike.

Hvorfor saken fremmes til dette møtet

Dette er en standard sak som legges frem på hvert rådsmøte.

Hovedpunkter

Rådet bes å spille inn relevante meldinger, strategier og rapporter innenfor rådets ansvarsfelt som mangler. Rådet bes også diskutere om det er noen meldinger/strategier osv. som kan strykes fra listen og om det er noen som trenger spesifikk oppfølging.

Forslag til vedtak

Oversikten oppdateres med de innspill som kommer i møtet og følges opp i tråd med kommentarene på møtet.

Sak 35/3/2024 Vedlegg 1 Oversikt meldinger og strategier

Melding/strategi/NOU	Innspill fra rådet	Lansering	Høring	Videre oppfølging fra HO21-rådet
Veikart for helsenæring	Innspill , 2024 Innspill , 2023	23.08.2023		Brev fra HelseOmsorg21-rådet til politisk ledelse i HOD, med kopi til NFD, om behov for bedre koordinering av oppfølgingen av veikartet og eksportsatsingen.
Nasjonal helseberedskapsplan – revisjon		<i>Beredskapsplan, 3. utgave:</i> 01.01.2018 <i>Stortingsmelding:</i> 24.11.2023		
Nasjonal eksportsatsing på helseindustri	Se over.	09.02.2024		Se over. Tidligere; mobilisering og koordinering.
Nasjonal helse- og samhandlingsplan	Innspill , 2022 Innspill , 2023	01.03.2024	Høringsuttalelse , 2024	Deltagelse i høring april 2024.
Stortingsmelding om folkehelse og levekår i den samiske befolkningen	Ikke levert innspill	15.03.2024		
Profesjonsmeldingen	Ikke levert innspill	05.04.2024		
NOU fra Mannsutvalget	Innspill ikke aktuelt	24.04.2024		
Strategi for å øke næringslivets investeringer i forskning og utvikling	Ikke levert innspill	30.04.2024		
Oppdragsrapport: Anbefaling for norsk legemiddelproduksjon og norsk helsekatapult	Innspill ikke aktuelt	27.06.2024		
Nasjonal digitaliseringsstrategi	Innspill , 2023	26.09.2024		
NOU 2024: 18 En universell tannhelsetjeneste – Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar		26.09.2024	Høringsfrist ikke klar	
Kvinnehelsestrategi	Ikke levert innspill	Lansering 2. halvår 2024		
Forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet	Ikke levert innspill	Lansering 2. halvår 2024		
Nasjonal livskvalitetsstrategi	Ikke levert innspill	Lansering 2. halvår 2024		

Stortingsmelding om gründere og oppstartsbedrifter	Ikke levert innspill	Lansering 2. halvår 2024		
Stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester	Ikke levert innspill			
Stortingsmelding om prioritering Rapporter fra tre ekspertgrupper	Innspill , 2024	<i>Stortingsmelding:</i> Lansering 1. halvår 2025 <i>Rapporter:</i> 15.02.2024		Dialog med HOD om mulig dialog om meldingen.
Stortingsmelding om forskningssystemet (Systemmeldingen)	Innspill , 2024	Lansering 1. halvår 2025		
Stortingsmelding om industri	Innspill , 2024	Lansering 1. halvår 2025		
Stortingsmelding om sosial utjevning og mobilitet	Ikke levert innspill	Lansering i 2025		
Stortingsmelding om allmennlegetjeneste for fremtiden	Ikke levert innspill	Lansering i 2025		
Prioritering av folkehelseiltak	Innspill ikke aktuelt	Rapport innen 1. september 2025		
Helhetlig NCD-strategi mot 2030				
Ny forskrift om forbud mot markedsføring av visse næringsmidler rettet mot barn			Frist høring 22.11.2024	
Forslag til endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger			Frist høring 15.11.2024	
Forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv.			Frist høring 6.01.2025	

Sak 36/3/2024

Handlingsplan for rådet

Til HelseOmsorg21-rådet	Saksbehandler Henrietta Blankson, Tine Thorbjørnsen, Line Tangerås	Vedlegg 1. Utkast handlingsplan for rådet
Fra Ole Johan Borge		

Bakgrunn

Rådet skal ifølge mandatet "legge til rette for samarbeid om helse- og omsorgsforskning, innovasjon og næringsutvikling, bidra til god folkehelse, effektive helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet og verdiskaping".

For å konkretisere arbeidet utarbeider rådet to-årige handlingsplaner. Siste handlingsplan var for 2022-2023. På grunn av etablering av nytt råd i 2024, ble arbeidet med handlingsplan for 2024-2025 først påbegynt i juni 2024. Det ble på møte 2/2024 gjennomført en workshop som grunnlag for arbeidet. Sekretariatet ble gitt i oppdrag å sammenstille innspillene fra workshopen i et utkast til oppdatert handlingsplan.

Hvorfor saken fremmes til dette møtet

Utkastet til handlingsplan legges frem til diskusjon og konkretet innspill slik at sekretariatet kan ferdigstille handlingsplanen.

Hovedpunkter

Rådets formål og oppgaver, som beskrevet i mandatet, må ligge til grunn for handlingsplanen.

Det er tatt utgangspunkt i handlingsplanen for 2022-2023 for utarbeidelse av ny handlingsplan. For å forenkle planen, foreslår sekretariatet at den ikke lenger deles i de tre områdene God folkehelse, Fremtidens helse- og omsorgstjenester og verdiskaping og næringsutvikling siden delmål og tiltak innenfor områdene i stor grad er overlappende.

Hovedmålene er fremdeles formulert som et ønsket fremtidsbilde, men antall hovedmål er betydelig redusert. Følgende fremtidsbilder er foreslått:

- Forebygging og mestring er integrert i lokalsamfunnet og i helse- og omsorgstjenestene
- Helse- og omsorgstjenestene er kunnskapsbaserte
- Pasienter er hjemme når de kan og på sykehus når de må
- Helsetjenestene er et godt sted å jobbe og er tilpasset norsk helsepersonell
- Norge har et velfungerende økosystem for utvikling av helsenæring
- Hjemmemarkedet for norsk helsenæring er bærekraftig og konkurransedyktig

Delmålene beskriver virkemidler og hva som må til for å nå fremtidsbildene. Rådets tiltak sier noe om hvordan rådet kan dytte på og påvirke de forskjellige aktørene.

Ikke alle hovedmål/fremtidsbilder er like godt underbygget med delmål og tiltak for rådet. Dette er noe som kan utvikles etter hvert. Hvordan rådet gjennomfører de forskjellige tiltakene er avhengig av sak. Det kan eksempelvis være kronikker og andre former for mediaoppmerksomhet, brev, innspill, uttalelser, presentasjoner, utredninger, seminarer og dialogmøter.

Rådet bes diskutere utkastet til oppdatert handlingsplan og komme med konkrete innspill til eventuelle endringer.

Forslag til vedtak

Rådet slutter seg til handlingsplanen med de kommentarer som kommer på møtet.

HO21-rådet skal gjennom å legge til rette for forskning, innovasjon og næringsutvikling bidra til:



Hovedmål/ønsket fremtidsbilde:	Delmål:	Rådets tiltak
Forebygging og mestring er integrert i lokalsamfunnet og i helse- og omsorgstjenestene	<ul style="list-style-type: none"> - Aktører i og utenfor helsesystemet samarbeider godt om forebygging og tiltak for å redusere ulikhet i helse - Ressurser og kompetanse fra frivillig sektor blir tatt i bruk (menneskelig kontakt, ensomhet) - Helsetjenestenes prioriteringer bidrar til bærekraft 	<ul style="list-style-type: none"> - Påpeke behov for tverrsektorielt samarbeid - Fremme behovet for å bruke mer midler på kunnskapsbasert forebygging og stimulere til forskning om effekt av tiltakene (sette forebygging på agendaen i samfunnsdebatten) - Fremme behov for tiltak på systemnivå for helsekompetanse - Bidra med økt kunnskap om insentiver for å flytte innsatsen fra behandling til forebygging - Fremme kunnskap om tiltak som kan redusere overdiagnostikk, overbehandling og overforbruk av tjenester
Helse- og omsorgstjenestene er kunnskapsbaserte	<ul style="list-style-type: none"> - Kliniske studier er en integrert del av helse- og omsorgstjenestene - Et helhetlig kunnskapsstøttesystem for kommunene er etablert - Forskningsresultater og nyttige innovasjoner blir raskt tatt i bruk - Vellykkede pilotprosjekter blir skalert - Helsedata blir utnyttet til forskning og innovasjon - KI er integrert i helsetjenestene - Brukere, inkludert innvandrere og minoriteter, blir tatt med i utforming av tiltak og utvikling av tjenestene 	<ul style="list-style-type: none"> - Bidra til oppdatering og implementering av handlingsplanen for kliniske studier - Bidra til videreutvikling av Kommunenes samarbeidsorgan for forskning (KSF) og et kunnskapsstøttesystem for kommunene - Ta initiativ til gjennomgang og justering av insentivsystemet for implementering av nye løsninger - Bidra til utvikling av analyseinfrastrukturer i tråd med European Health Data Space (EHDS) - Identifisere flaskehals for tilgang til og bruk av data og bidra til løsninger - Bidra til at befolkningen får økt kjennskap til nytten av helsedata for forskning og bedre folkehelse, behandlingstilbud og helsetjenester - Bidra til kunnskap om fremmere og hemmere for innføring av kunstig intelligens i helsetjenestene - Påpeke behov for evalueringer og kunnskapsoppsummeringer
Pasienter er hjemme når de kan og på sykehus når de må	<ul style="list-style-type: none"> - Hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester støtter folks evne til å klare seg selv 	<ul style="list-style-type: none"> - Bidra til implementering av <i>Bu trygt heime</i>-reformen (Meld. St. 24 (2022-2023) – Fellesskap og mestring) - Bidra til kunnskap om effekter av digitalisering og teknologi

<p>Helsetjenestene er et godt sted å jobbe og er tilpasset norsk helsepersonell</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Helsepersonell tilbys utviklingsmuligheter - Utdanningssystemet er omstilt for å møte fremtidens krav. - Nye personellbesparende løsninger er utviklet og tatt i bruk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fremme dialog om endringsbehovet og stimulere til økt omstillingstempo - Følge opp relevante anbefalinger knyttet til evalueringer av helse- og omsorgsutdanningene
<p>Norge har et velfungerende økosystem for utvikling av helsenæring</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Forskning og utvikling ved UH og universitetssykehusene er i forskningsfronten internasjonalt - Bedrifter i helsenæringen har tilgang på nødvendig kapital for å øke verdiskapingen i Norge - Helseindustrien har tilgang på nødvendig kompetanse i skalering og for å nå internasjonale markeder - Helseindustrien tar sosialt ansvar og fremmer bærekraft og etisk praksis 	<ul style="list-style-type: none"> - Fremme grunnleggende forskning som forutsetning for innovasjon og næringsutvikling - Arbeide for at myndigheter og virkemiddelapparat har tilpassede støtteordninger og insentiver - Fremme behov for kunnskap om tiltak for å tiltrekke seg nødvendig kompetanse og arbeidskraft til helseindustrien - Bidra til at helseindustrien har fokus på "Helse for alle" gjennom FNs bærekraftsmål
<p>Hjemmemarkedet for norsk helsenæring er bærekraftig og konkurransedyktig</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Helsetjenestene er strategiske innkjøpere og bidrar til næringsutvikling og eksport - Akademia, tjenestene og næringslivet har tillit til hverandre og samarbeider godt - Kommunene og helsetjenestene er tydelige bestillere av innovative løsninger fra næringslivet - Produkter og tjenester implementeres etter anerkjente standarder 	<ul style="list-style-type: none"> - Fremme behovet for at læringsmål om innkjøpskompetanse og innovative offentlige anskaffelser inngår i relevante helse- og omsorgsutdanninger - Vurdere behovet for en handlingsplan for innovative anskaffelser innenfor helseområdet - Fremme næringsutvikling som matcher helsetjenestenes behov og ønsket retning

Sak 37/3/2024

Rådets kommunikasjonsplan

Til
HelseOmsorg21-rådet

Saksbehandler
Henrietta Blankson

Vedlegg
1. Kommunikasjonsplan for
HelseOmsorg21-rådet

Fra
Ole Johan Borge

Bakgrunn

HelseOmsorg21-rådet (rådet) skal delta i samfunnsdebatten, skape engasjement og påvirke beslutninger. Rådet skal være rådgivere for departement, spre arbeidet i de ulike sektorene og være en dialogarena mellom den offentlige sentrale helseforvaltningen, offentlige helse- og omsorgstjenester, universitets- og høyskolesektoren, instituttsektoren, privat sektor og brukerorganisasjonene.

Rådet utarbeidet en egen kommunikasjonsplan i 2021. Planen ble utarbeidet for å hjelpe rådet til å jobbe målrettet og strategisk med kommunikasjon for å kunne nå ut med sine budskap i større grad.

Hvorfor saken fremmes til dette møtet

Saken fremmes for at nye medlemmer i rådet skal bli kjent med planen og diskutere behov for eventuelle oppdateringer. Planen skal bidra til at rådet blir en tydelig aktør innenfor spørsmål om helse og omsorg. Saken legges også frem for en mer overordnet diskusjon om hvordan rådet skal profilere sakene de jobber med.

Hovedpunkter

Nettsiden til HelseOmsorg21 er rådets hovedinformasjonskanal og inneholder blant annet sakspapirer til møtene, artikler om rådets aktiviteter, kronikker, høringsuttalelser og innspill som rådet gir. Sidevisningene på nettsiden er litt høyere enn i fjor, men fremdeles ganske beskjedne. I tillegg spres informasjon via rådsmedlemmers og sekretariatsmedlemmers private kontoer på sosiale medier, hovedsakelig Facebook og LinkedIn. Rådet kan også, i en viss grad, bruke Forskningsrådets kommunikasjonskanaler, men dette er hovedsakelig begrenset til kommunikasjon om arrangementer.

HelseOmsorg21-monitoren har et eget nyhetsbrev og har også en egen Facebook-konto. Rådet har så langt ikke prioritert dette for rådets arbeid på grunn av kapasitetsnytte vurderinger.

- *Er det behov for å tenke nytt om kommunikasjonskanalene til rådet?*

Helse- og omsorgsdepartementet har påpekt at det er viktig at rådet sprer arbeidet nedover i egen sektor og at de, der det er naturlig, synliggjør at de er rådsmedlemmer.

- *Hvordan kan rådet synliggjøre og kommunisere det arbeidet de gjør til relevante aktører og sektorer?*

Sekretariatet har oppdatert kommunikasjonsplanen i henhold til nytt mandat. Det er ellers ikke gjort endringer.

- *Er det behov for endringer i planen basert på diskusjonen i møtet?*

Forslag til vedtak

Kommunikasjonsplanen oppdateres og kommunikasjonsarbeidet følges opp i tråd med diskusjonen på møtet. Rådsleder godkjenner den oppdaterte planen.

Kommunikasjonsplan for HelseOmsorg21-rådet

1. Forord

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

2. Formål og oppgaver for HelseOmsorg21-rådet

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

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

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

Mandatet gjelder for perioden april 2024 til april 2028.

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

3. Ekstern kommunikasjon

3.1. Rammer og prinsipper

Rådet skal ha en sterk samfunnsstemme og delta i samfunnsdebatten, særlig på de områdene som er strategisk prioritert av rådet.

Alle i HelseOmsorg21-rådet har ansvar for kommunikasjon. Sammensetningen, fellesskapet og bredden i rådet er unikt. Rådets medlemmer er oppnevnt personlig og skal, i tillegg til å ivareta perspektiver fra egen sektor, jobbe tverrsektorielt med de ulike fag- og strategiske områder som er besluttet av rådet.

Rådets medlemmer har til sammen et bredt nettverk og har mulighet for å nå vidt ut med budskapene. Rådsmedlemmene har ansvar for å fremme rådets strategiske områder og mål, ha eierskap til rådets budskap og nevne rådets arbeid, der det er relevant.

Det overordnede ansvaret for struktur, planlegging og koordinasjon av fremdriften i kommunikasjonsarbeidet eksternt ligger hos sekretariatet.

3.1.1. Hvem kan/bør uttale seg?

Rådets leder skal ha en aktiv rolle i kommunikasjonsarbeidet. Når det er uttalelser av politisk og strategisk art, er det primært leder som uttaler seg. Leder kan gjerne selv ta initiativ til kronikker, deltagelse på arrangementer og i diskusjoner, hvor rådets saker fremmes.

Rådets medlemmer kan ta initiativ til å delta i kommunikasjonsaktiviteter, som for eksempel:

- Delta i debatter og i det offentlige ordskiftet
- Bidra med redaksjonelle oppslag eller kronikker
- Følge opp innspill, høringsuttalelser og kronikker som er utarbeidet av rådet, i egne kanaler
- Bruke sosiale medier for å dele og kommentere saker som er på rådets agenda
- Fremme rådets arbeid på arrangementer, i møter, i undervisning og andre arenaer, der det er naturlig og hensiktsmessig

3.1.2. Konsensus og dissens

I saker der rådet står sammen, vil det styrke budskapet. Rådet bør ha et tydelig standpunkt i de ulike sakene, og formuleringene kan gjerne være spisse for å skape debatt. Det er likevel legitimt å være uenig i saker. Dissenser synliggjør ulike perspektiver som igjen kan stimulere et offentlig ordskifte. Det er takhøyde for å fremme debatt rundt rådets enkelte budskap – både der det er konsensus og der det er dissens. Dersom rådet ved f.eks. leder fremmer en sak hvor det ikke er konsensus, så må de ulike synspunktene bli belyst.

3.2. Mål

Rådet har en viktig rolle som arena for dialog og møteplass på tvers av offentlig, privat og frivillig sektor. Rådet har en rådgivende rolle overfor de ulike aktørene. Måltrettet prioritering og planlegging av kommunikasjonsaktiviteter skal føre til økt synlighet og kunnskap om rådets prioriterte saker, samt bedre utnyttelse av ressursene i rådet og i sekretariatet. De ulike kommunikasjonsaktivitetene har blant annet som mål å påvirke politikk, legge til rette for dialog, skape debatt, påvirke prioriteringer og sette dagsorden.

Rådet kan jobbe langsiktig med budskap og kommunikasjon og med planlagte aktualitetssaker på ad hoc basis med temaer/saker som rådet vet kommer som for eksempel arrangementer, rapporter, ny regjering mv.

Det skal spesifiseres hva som er kommunikasjonsmålene for den konkrete saken og utarbeide noen få og målrettede aktiviteter i en egen plan.

3.3. Målgrupper

Forskjellige tiltak og aktiviteter vil ha forskjellige målgrupper. Hvilke målgrupper; primære eller sekundære, som er aktuelle vil avgjøres i hver enkelt sak. Noen av rådets målgrupper kan være følgende:

- Stortinget – for eksempel Helse- omsorgskomiteen, Næringskomiteen, Utdanning og forskningskomiteen mfl.
- Den offentlige sentrale helseforvaltningen og underliggende etater (departementer og direktorater)
- Offentlige helse- og omsorgstjenester (må spesifiseres)
- Kommunal sektor
- Universitets- og høyskolesektoren
- Instituttsektoren
- Privat sektor (konkretisere)
- Brukerorganisasjonene
- Allmennheten/befolkningen (gjennom å delta i samfunnsdebatten)
- Andre

3.4. Budskap

Kommunikasjonen skal i hovedsak, men ikke utelukkende, være rettet mot rådets strategiske områder som er prioritert i rådets handlingsplan for de aktuelle årene. Hvilke budskap rådet ønsker å gå ut med, er avhengig av saken.

3.5. Kommunikasjonskanaler

Valg av kommunikasjonskanaler bør legge vekt på innsiktbaserte tiltak og sannsynlighet for at tiltaket vil bidra til å nå kommunikasjonsmål og målgrupper på en effektiv måte. Rådets verktøykasse og ressurser legger rammer for formen på kommunikasjonsaktivitetene.

3.5.1. Nettside - mulige kommunikasjonskanaler

Rådet har en egen nettside (www.helseomsorg21.no). Den er en viktig informasjonsside for alle målgrupper og synliggjøre handlingsplan, aktiviteter og rådets pågående arbeid. Nettsiden skal synliggjøre rådets arbeid og prioriteringer. Sekretariatet har ansvar for å oppdatere nettsiden.

3.5.2. HelseOmsorg21-monitoren

Rådet har en rolle i å bidra til at HelseOmsorg21-monitoren føles relevant, blir brukt og videreutvikles. Medlemmene oppfordres til å referere til monitoren når det er aktuelt og dele relevante saker som publiseres på HO21-monitorens Facebook-side og i monitorens nyhetsbrev.

3.5.3. Brev, presentasjoner, høringsuttalelser

Rådet skal være tydelig i sine standpunkt og budskap i brev og høringsuttalelser. Rådets uttalelser bør være utgangspunkt for rådets utadrettede aktiviteter.

Brev og høringsuttalelser bør følges opp med kronikker, meningsytringer i media og/eller møter med relevante politikere, forvaltningen eller andre relevante aktører.

3.5.4. Møter/seminarer

Rådet skal ta initiativ til eller invitere seg selv til møter med politikere, forvaltningen, Stortinget, organisasjoner, journalister, næringsliv, forskningsinstitusjoner, eller andre som kan bidra til å løfte eller ha innflytelse på rådets arbeid.

Rådet skal være arrangør og sette dagsorden i dialogmøter og seminarer. Rådet bør arrangere åpne møter med ulike tema. Møtene kan ha ulik form; diskusjonsmøter for å få innspill eller for å fremme egne synspunkter, være en møteplass eller annet.

Når Rådsmedlemmer deltar i eksterne møter, seminarer og i debatter, oppfordres medlemmene til å fremme rådets strategiske områder og argumenter der det er hensiktsmessig.

3.5.5. Medieoppslag, kronikker og debattinnlegg

Rådet bør være synlig i mediene for å informere og skape debatt/diskusjon. Dette kan gjøres ved å skrive kronikker og debattinnlegg, delta i dagsaktuelle saker eller selv sette agendaen og selge inn saker til mediene. Rådets medlemmer har en viktig rolle i mediearbeidet og oppfordres til å ta initiativ til og stå i spissen for enkelte saker. Hvilke/n kanal/er som egner seg for det enkelte budskap/aktivitet er avhengig av den konkrete saken.

3.5.6. Sosiale medier

Medlemmer som bruker sosiale medier som LinkedIn, Twitter, Facebook eller andre kanaler, oppfordres til å være aktive i å gjøre rådets saker og standpunkt synlige.

4. Intern kommunikasjon

God internkommunikasjon kan være med og bidra til at rådet når de strategiske målene og styrke det eksterne kommunikasjonsarbeidet. Målet er bedre kommunikasjonsflyt, økt samhandling og mer effektive arbeidsprosesser.

Saksfremlegg

Sak 38/3/2024

Eventuelt

Til
HelseOmsorg21-rådet

Saksbehandler
Henrietta Blankson

Vedlegg

Fra
Ole Johan Borge

Bakgrunn

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

Forslag til vedtak

Intet

Saksfremlegg

Sak 39/3/2024

Evaluering av møtet

Til
HelseOmsorg21-rådet

Saksbehandler
Henrietta Blankson

Vedlegg

Fra
Ole Johan Borge

Bakgrunn Det foretas en evaluering av møtet.

Forslag til vedtak *Intet*