

# HelseOmsorg21

ET KUNNSKAPSSYSTEM FOR BEDRE FOLKEHELSE

Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi  
for helse og omsorg



HELSEOMSORG21 DELRAPPORTER



**SIDE 78**

NÆRINGS-  
UTVIKLING



**SIDE 93**

FORSKNINGS-  
KVALITET OG INTER-  
NASJONALISERING



**SIDE 110**

KUNNSKAPS-  
SYSTEMET



**SIDE 123**

KOMMUNE-  
SEKTOREN



**SIDE 137**

Globale helse-  
utfordringer

# INNHOOLD

FORORD FRA TOPPLEDERFORUMS LEDER.....	2
FORORD FRA STRATEGIGRUPPEN.....	4
SAMMENDRAG.....	6
SUMMARY.....	8

## DEL 1 BAKGRUNN

OPPDRAK OG MANDAT.....	11
MÅLBILDET FOR STRATEGIEN.....	12
STATUS OG UTFORDRINGER.....	13
God folkehelse.....	13
Næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling.....	16
Grensesprengende forskning.....	18
God og nyttig kunnskap.....	19
Involverte aktørers roller og ansvarsområder.....	21
Tall for helse- og omsorgssektoren.....	22
Internasjonale, nasjonale og regionale konkurransearenaer.....	24

## DEL 2 STRATEGIEN

VISJON OG MÅL.....	29	NOEN UTVALGTE OMRÅDER.....	60
TI STRATEGISKE SATSINGER.....	31	Offentlige investeringer og mulig handlingsrom.....	60
Økt brukermedvirkning.....	32	Næringsutvikling – forutsetninger, flaskehalser og anbefalinger.....	61
Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde.....	34	Lovpålagte funksjoner.....	63
Kunnskapsløft for kommunene.....	38	Finansering av forskning og innovasjon gjennom tjenestene.....	64
Helsedata som nasjonalt fortrinn.....	41	Instituttsektor for kommunene.....	66
Bedre klinisk behandling.....	44	Helseforskningens returandel fra EUs rammeprogram.....	67
Effektive og lærende tjenester.....	47	Lederutvikling for forskning og innovasjon.....	69
Møte de globale helseutfordringene.....	49	Helhetlig monitoreringssystem – HO21 Monitor.....	69
Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering.....	52	<b>OPPSUMMERING OG PRIORITERINGER.....</b>	<b>72</b>
Utvikling av de menneskelige ressursene.....	54	<b>STRATEGIGRUPPEN OG ARBEIDSGRUPPENE.....</b>	<b>74</b>
Strategisk og kunnskapsbasert styring.....	57		

## DEL 3 VEDLEGG

HELSEOMSORG21 DELRAPPORTER.....	77	ANDRE RAPPORTER.....	154
1) Næringsutvikling.....	78	A rapid review of international theory and practice for Norway's HelseOmsorg21.....	154
2) Forskningskvalitet og internasjonalisering.....	93	HelseOmsorg21 Monitor.....	154
3) Kunnskapssystemet.....	110	<b>SENTRALE BAKGRUNNSDOKUMENTER.....</b>	<b>155</b>
4) Kommunesektoren.....	123	<b>ORD OG UTTRYKK.....</b>	<b>156</b>
5) Globale helseutfordringer.....	137		





Foto: Shutterstock

# Forord fra Topplederforums leder

---

Som leder av Topplederforum for HelseOmsorg21 har jeg hatt gleden av å følge arbeidet med utarbeidelsen av denne forsknings- og innovasjonsstrategien. Topplederforumet har siden etableringen hatt som en av sine sentrale oppgaver å gi innspill til strategien. Gjennom forumets brede deltakelse med blant annet representanter fra næringslivet, brukerne, profesjonene, tjenestene, forskningsinstitusjonene og partene i arbeidslivet, har forumet bidratt med gode diskusjoner og konstruktive innspill i møtene. Jeg er trygg på at strategigruppen for HelseOmsorg21 har tatt med seg dette i arbeidet med utarbeidelsen av strategien.

HelseOmsorg21 skriver seg inn i en rekke av nasjonale strategier innenfor prioriterte forsknings- og innovasjonsområder. Helse og omsorg er et sentralt område i nasjonal og internasjonal forsknings- og innovasjonspolitik, og det er derfor gledelig at vi med dette ferdigstiller en strategi på en av samfunnets største sektorer.

Målet med HelseOmsorg21 har vært å skape en målrettet og helhetlig nasjonal innsats for det 21. århundre i verdikjeden fra forskning til innovasjon og kommersialisering. Dette er viktig for å fremme en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som kjennetegnes av høy kvalitet og pasient-sikkerhet og bidra til den internasjonale kunnskapsutviklingen innenfor helse- og omsorgsfeltet.

Det er mange departementer og aktører som har interesse i strategien. Vi ønsker et godt samarbeid fremover for å sikre at den gir merverdi for aktørene.

Jeg ønsker å rette en stor takk til alle som har bidratt og engasjert seg i arbeidet med HelseOmsorg21. Mange har lagt ned betydelig arbeid. En spesiell takk rettes til strategigruppen under ledelse av John-Arne Røttingen og med støtte fra sekretariatet i Norges forskningsråd. De har gjennomført en omfattende strategiprosess på en utmerket måte. Til slutt vil jeg også få gratulere alle som arbeider i helse- og omsorgssektoren med vår første helhetlige forsknings- og innovasjonsstrategi!

**Bjørn-Inge Larsen**

Departementsråd

Helse- og omsorgsdepartementet

# Forord fra strategigruppen

---



Foto: Shutterstock

Strategigruppen takker alle som har bidratt til HelseOmsorg21! Det er disse flere hundre innspillene og bidragene som utgjør basis for strategien. En spesiell takk til de bredt sammensatte arbeidsgruppene som har utarbeidet fem delrapporter på tematisk sentrale og viktige områder for HO21, og som utgjør del 3 av rapporten. En stor takk også til Forskningsrådet som har vært sekretariat for prosessen.

HO21 favner bredt faglig og politisk, og de involverte i prosessen har ofte representert ulike ståsteder og synspunkter. Strategiprosessen har mobilisert til diskusjon og meningsutveksling, og strategigruppen har inntrykk av at HO21 har bidratt til større forståelse for helheten med de mulighetene og utfordringene vi ser i forskning, innovasjon og næringsutvikling på helse- og omsorgsområdet. Vi håper HO21 også i det videre arbeidet med konkretisering, implementering og handling, bygger på dette felles grunnlaget.

Vi legger med dette frem en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg, HelseOmsorg21 – Et kunnskapssystem for bedre folkehelse, og takker for en lærerik og spennende prosess!

Oslo, 12. juni 2014



**John-Arne Røttingen**

Harvard University/Folkehelseinstituttet/Universitetet i Oslo



**Anne Lise Ryel**  
Kreftforeningen



**Arnfinn Sundsfjord**  
Universitetet i Tromsø



**Camilla Stoltenberg**  
Folkehelseinstituttet



**Eirik Næss-Ulseth**  
PubGene



**Erlend Smeland**  
Oslo universitetssykehus



**Ernst Omenaas**  
Haukeland universitetssykehus



**Eivy-Anni Evensen**  
Telemark fylkeskommune



**Hilde Lurås**  
Akershus universitetssykehus



**Jesper W. Simonsen**  
Norges forskningsråd



**Knut-Inge Klepp**  
Helsedirektoratet



**Stig A. Slørdahl**  
NTNU



**Tom Pike**  
Credio AS



**Toril Nag**  
Lyse Energi



**Trude Andresen**  
KS

# Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) tok våren 2013 initiativ til HelseOmsorg21 (HO21). Målet med HO21 er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester.

Det er to elementer i HO21; HelseOmsorg21-strategien og Topplederforum. Topplederforum og strategigruppen er oppnevnt av HOD, og Norges forskningsråd har bidratt med sekretariatet. Strategigruppen etablerte fem bredt sammensatte arbeidsgrupper innenfor de ulike tematiske arbeidsområdene; i) Næringsutvikling, ii) Forskningskvalitet og internasjonalisering, iii) Kunnskapssystemet, iv) Kommunesektoren og v) Globale helseutfordringer. Arbeidsgruppene har utarbeidet delrapporter for hvert sitt område. Delrapportene er basert på innspill og kommentarer som kom inn til de respektive arbeidsområdene samt gruppenes egen ekspertise. Rapportene er selvstendige arbeid og står for gruppenes egen regning. Hver rapport identifiserer og prioriterer konkrete behov og anbefalinger innenfor det enkelte temaområdet.

Helse- og omsorgssektoren er en stor og viktig sektor både i en økonomisk og i en bredere verdimeslig forstand. Sektoren utgjør i dag i underkant av 10 % av bruttonasjonalproduktet. Økonomisk vekst og sammenligninger med andre land tilsier at andelen vil øke de neste tiårene. Kunnskap og innovasjon er de viktigste forutsetningene for en ønsket utvikling karakterisert ved kvalitet, pasientsikkerhet, brukermidvirkning og effektivitet. Kunnskap med relevans for sektoren er et fundament for næringsutvikling og etablering av en helse- og omsorgsrelatert kunnskapsindustri, som kan skape arbeidsplasser og økonomisk vekst. En slik dobbel effekt av investeringer i kunnskap og innovasjon vil være et viktig bidrag til et bærekraftig velferdssystem og til verdiskaping for samfunnet.

Visjonen for HelseOmsorg21 er: **Kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse.**

**Målbildet** for HelseOmsorg21 er tredelt og strategien skal gjennom forskning og innovasjon bidra til:

—  
**God folkehelse** – for befolkningen og for den enkelte, inkludert tjenester av høy kvalitet, pasientsikkerhet, brukermidvirkning, kunnskapsbaserte tjenester, innovasjon og effektivitet, kompetent helsepersonell og god organisering og ledelse.

—  
**Grensesprengende forskning** – fremragende forskning av høy internasjonal kvalitet og betydning, FoU-miljøer i verdenstoppen, forskningens egenverdi – som kulturbærer og fundament for kunnskapsutvikling.

—  
**Næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling** – lønnsomt norsk næringsliv, internasjonalt konkurransedyktig FoU og innovasjon, investeringer fra utlandet i både industri og FoU.

De tre målene er komplementære og bør ha en likeverdig oppmerksomhet, og målbildet omfatter flere politikkområder som henger sammen. HelseOmsorg21 dekker kunnskaps- og innovasjonspolitikken for helse og omsorg, men samtidig også den generelle helse- og omsorgspolitikken. Helse- og omsorgspolitikken skal tilrettelegge for nyskaping og kunnskapsutnyttelse, og dette må legges inn i forventninger, styringsmekanismer og insentivordninger.

HelseOmsorg21 har valgt å prioritere ti brede, men tydelige strategiske satsinger som bygger på innspillene og kommentarene i prosessen og anbefalingene fra de fem arbeidsgruppene.



### HelseOmsorg21s ti satsingsområder er:

Økt brukermedvirkning

Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

Kunnskapsløft for kommunene

Helsedata som nasjonalt fortrinn

Bedre klinisk behandling

Effektive og lærende tjenester

Møte de globale helseutfordringene

Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering

Utvikling av de menneskelige ressursene

Strategisk og kunnskapsbasert styring

Helse- og omsorgssektoren er stor og kompleks og fordrer en bred strategi. Hver av de ti strategiske satsingene inneholder et sett med anbefalte tiltak og forslag til hvordan disse kan iverksettes. I tillegg trekker HO21 frem noen områder som blir særlig viktig å igangsette.

### HelseOmsorg21s hovedprioriteringer 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.

Realisering av HelseOmsorg21 forutsetter tett og godt samarbeid mellom alle departementene (HOD, KD, NFD, KMD og ASD) som har vært involvert i prosessen, i tillegg til andre relevante departementer (UD, BLD, JD) og Forskningsrådet. Men det er aktørene i kunnskapssystemet – UoH-sektor, instituttsektor, helseforetak, kommuner og næringsliv som må levere resultater. Samlet vil disse – og tiltakene innenfor de ti satsingene – bidra til HelseOmsorg21s visjon: **Kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse.**

Visjonen for  
HelseOmsorg21:  
Kunnskap, innovasjon  
og nærings-  
utvikling for bedre  
folkehelse

# Summary

---

The Health&Care21 (HelseOmsorg21) strategy process was launched by the Ministry of Health and Care Services in 2013. The aim of the Health&Care21 process is to promote evidence-based health and care services characterised by high quality, patient safety and efficiency. The Health&Care21 process is based on the same model as the other strategy processes on research and innovation for the 21st century, such as climate research (Klima21), oil and gas research (OG21) and marine research (HAV 21).

## The process

The Strategic Forum on Health and Care Research and Innovation (Chief Executives' Forum) was established in April 2013 by the Ministry and serves as a permanent dialogue forum with responsibility for follow-up of the strategy.

The 15 members of the Health&Care21 Strategy Committee were appointed by the Ministry, and the group has been headed by Professor John-Arne Røttingen. The members of the committee represent industry, universities and university colleges, hospitals, regional health authorities, user organisations, and government agencies.

Five working groups were appointed by the strategy committee to develop five sub-reports under the Health&Care21 strategy. The themes for the five working groups were i) industrial development and entrepreneurship, ii) research quality and internationalisation, iii) the knowledge system, iv) the municipal sector and v) global health challenges. The members of each working group were recruited from universities, university colleges, research institutes, user organisations, companies, and government authorities. Each group consisted of 15-16 members.

The Research Council of Norway was appointed to serve as the secretariat for the strategy process.

## Health&Care21

The health care sector is a major sector in Norway, both in an economic and in a broader sense. About 10 per cent of Norway's GDP is used in this sector. Economic growth and comparisons with other countries indicate that the sector will expand over the coming decades. Knowledge and innovation are the fundamental drivers underlying the desired development of the health and care sector. Sector-related knowledge forms the foundation for economic development and development of the health care industry. The dual effect of investment in knowledge and innovation will help to foster a sustainable welfare system and create value for society.

The vision of the Health&Care21 strategy is: **Knowledge, innovation, and business development for better public health.**

**The aim** of the Health&Care21 strategy is three-fold. By supporting research and innovation, the strategy seeks to contribute to:

— **Better public health** – for individuals and the population as a whole, quality of care, patient safety, user involvement, innovation and efficiency.

— **Breakthrough research at a high international level** – research excellence, world-leading research groups, and research in its own right.

— **National economic and business development** – profitable and internationally competitive health and care industries, increased foreign investments in health-related R&D and innovation.

The three objectives are intended to be complementary and well balanced, and they include several policy areas which are interconnected. Thus, the Health&Care21 strategy prioritises 10 broad but distinct strategic initiatives based on the input and deliberations that emerged from the process as well as on the recommendations of the five working groups and two background reports from the Nordic Institute for Studies



The vision of  
Health&Care21:  
Knowledge, innovation,  
and business  
development for better  
public health

in Innovation, Research and Education (NIFU) and the RAND Corporation.

**The 10 strategic initiatives of the Health&Care21 process are:**

Increased user involvement;

The health care industry as an industrial policy priority;

Knowledge mobilisation for the municipalities;

Health data as a national comparative advantage;

Improved clinical interventions;

Efficient and effective services;

Meeting global health challenges;

Increased, high-quality internationalisation;

Development of human resources;

Strategic and evidence-informed governance and management.

Each of the 10 strategic initiatives includes a set of proposed actions and guidelines on how they can be implemented. The health care sector is large and complex, and requires a broad strategy of this nature. Consequently, the Health&Care21 strategy identifies five areas of particular importance for realising the strategy's objectives.

**Main priorities of the Health&Care 21 strategy:**

Knowledge mobilisation for the municipalities with substantial, sustainable R&D funding; establishment of a national registry of municipal health and care services; and universities, university colleges and a new research institute sector that specifically aim to meet municipal needs.

Health care as a focus area of industrial policy with sector-specific measures and greater interaction between the public and private sectors.

Easier access to and increased utilisation of health data.

An evidence-informed health and care system based on user involvement and competence, with greater emphasis on developing new interventions and documenting the impact of these, both at the clinical level and at the organisational and system levels.

A strong commitment to internationalisation and increased participation in the competitive European research system.

Realisation of the Health&Care21 strategy requires close cooperation between all the ministries that have been involved in the process (the Ministry of Health and Care Services, the Ministry of Education and Research, the Ministry of Trade, Industry and Fisheries, the Ministry of Local Government and Modernisation and the Ministry of Labour and Social Affairs) as well as other relevant ministries (the Ministry of Foreign Affairs, the Ministry of Children, Equality and Social Inclusion and the Ministry of Justice and Public Security) and the Research Council of Norway. Successful realisation of the Health&Care21 strategy also depends on follow-up and implementation by all the actors involved in the knowledge system – universities and university colleges, research institutes, hospitals, municipalities and the private sector. Working together to achieve the measures in the 10 strategic areas will make it possible to fulfil the vision of the Health&Care21 strategy:

**Knowledge, innovation and business development for better public health.**



# 1 Bakgrunn

# Oppdrag og mandat

---

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) tok våren 2013 initiativ til 21-strategien, HelseOmsorg21 (HO21) etter forankring i regjeringen og dialog med andre departementer. 21-prosessene er aktørdrevne, nasjonale strategier som skal fremme forskningsbasert verdiskaping og utvikling på viktige samfunnsområder for det 21. århundret.

## Mandat

HelseOmsorg21 skal legge til rette for en målrettet, helhetlig og koordinert nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon innenfor helse og omsorg. Målet med HO21 er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av høy kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester. Strategien skal også legge til rette for utvikling av et forskningsbasert næringsliv på helseområdet. HO21 skal bygge på eksisterende kunnskap og virkemidler, og skal favne hele verdikjeden fra grunnleggende forskning til næringsutvikling. Strategien vil være et viktig grunnlag for regjeringens prioriteringer og tenkning på feltet fremover. Når strategien er ferdigstilt, vil den være styringsgivende for arbeidet til Topplederforum for HelseOmsorg21.

## HelseOmsorg21 skal:

---

Se forskning, utdanning og innovasjon (kunnskapstriangelet) i sammenheng.

---

Se kunnskapsutviklingen i norske miljøer i sammenheng med internasjonale forskningsprogrammer.

---

Identifisere kunnskapsbehov, styrker og svakheter innenfor helse- og omsorgsforskning og innovasjon relatert

til overordnede mål for helse- og omsorgssektoren og innovasjons- og verdiskapingspotensialene.

---

Angi viktige prioriteringer fremover og hvem som bør sette forskningsagendaen.

---

Vurdere og eventuelt foreslå nye tiltak og virkemidler som kan bidra til at kunnskap tas i bruk.

---

Peke på muligheter og hindringer for samarbeid og nettverk mellom tjenesten, forskningsmiljøene, myndighetene, næringslivet og ulike interessegrupper.

---

Vurdere i hvilken grad dagens kunnskapsproduksjon og -anvendelse i praksis gir tilstrekkelig grunnlag for å nå sektorens mål.

---

Vurdere om dagens kunnskaps- og innovasjonssystem er hensiktsmessig innrettet for å nå målene innenfor området.

## Organisering og prosess

Det er to elementer i HO21; utarbeiding av en nasjonal strategi – HelseOmsorg21, og etablering av et permanent dialogforum – Topplederforum. Strategi-gruppen for HO21 er oppnevnt av HOD, og har ansvar for å utforme strategien. Gruppens 15 medlemmer har forankring i tjenestene, academia, næringsliv, forvaltning og brukerorganisasjoner. Norges forskningsråd har bidratt med sekretariatet for HO21. Strategigruppen etablerte fem bredt sammensatte arbeidsgrupper innenfor ulike tematiske arbeidsområder. Gruppene har utarbeidet delrapporter fra hvert område (se Del 3). Rapportene er selvstendige arbeid og står for

## Målbildet for strategien

gruppens egen regning. Hver rapport identifiserer og prioriterer konkrete behov og anbefalinger innenfor det enkelte temaområdet. Den overordnede strategien, HO21, trekker opp bredere linjer og gir anbefalinger uten å gå detaljert inn på det faglig og tematisk spesifikke.

Topplederforum med vel 40 medlemmer, har fungert som referansegruppe for strategiarbeidet. Forumet er oppnevnt av HOD og er en dialogarena med bred representasjon fra næringsliv, helseforetak, universiteter og høyskoler, kommunesektor, forvaltning og brukerorganisasjoner. HO21-strategien vil gi retning for Topplederforumets videre arbeid gjennom implementering av strategien.

En styringsgruppe eller embedsmannsgruppe bestående av HOD, Kunnskapsdepartementet (KD), Nærings- og fiskeridepartementet (NFD), Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) og Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD), har fulgt opp strategiarbeidet på et overordnet nivå. Departementene bidrar alle til helserelatert forskning og utvikling (FoU) og næringsutvikling, og vil alle ha et eierskap til strategien. Også Utenriksdepartementet (UD), Justis- og beredskapsdepartementet (JD) og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) har ansvarsområder som blir berørt av HO21.

Strategiarbeidet er gjennomført som en åpen og inkluderende prosess. Alle aktører og interessenter har hatt mulighet til å gi innspill og påvirke resultatet. HelseOmsorg21 er således bredt forankret i nærmere 400 innspill og kommentarer fra et vidt spekter av aktører. I tillegg har det gjennom hele prosessen vært lagt opp til stor kontaktflate med ulike interessenter gjennom møter og seminarer. Strategi-prosessen har benyttet en egen nettside som ledd i arbeidet; [www.helseomsorg21.no](http://www.helseomsorg21.no).



Strategigruppen tok utgangspunkt i mandatet og forankret et målbilde for strategien i dialog med de involverte. HelseOmsorg21 skal gjennom å understøtte forskning og innovasjon bidra til:

**God folkehelse** – for befolkningen og for den enkelte, tjenester av høy kvalitet, pasientsikkerhet, bruker-medvirkning, kunnskapsbaserte tjenester, innovasjon og effektivitet, kompetent helsepersonell og god organisering og ledelse.

**Grensesprengende forskning** – fremragende forskning av høy internasjonal kvalitet og betydning, FoU-miljøer i verdenstoppen, forskningens egenverdi – som kulturbærer og fundament for kunnskapsutvikling.

**Næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling** – lønnsomt norsk næringsliv, internasjonalt konkurransedyktig FoU og innovasjon, investeringer fra utlandet i både industri og FoU.

De tre målene er komplementære og bør ha en likeverdig oppmerksomhet. HelseOmsorg21 omfatter strategiske tiltak som vil kunne gi langsiktige målbare endringer på disse tre områdene.



# Status og utfordringer

Forutsetningen for å nå de tre målene er god og nyttig kunnskap – som er relevant og av høy kvalitet. Denne kunnskapen produseres gjennom forskning og utvikling, den formidles gjennom utdanning og den overføres og tas i bruk gjennom innovasjon. Kunnskapstriangelet (det indre hvite triangelet i figuren) er fundamentet i et velfungerende kunnskapssystem. Vi definerer kunnskapssystemet (eller forsknings- og innovasjonssystemet) for helse og omsorg som «alle individer, institusjoner og aktiviteter hvis primære formål er å utvikle og utnytte kunnskap av høy kvalitet som kan bidra til god folkehelse, grensesprengende forskning, og næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling»<sup>1</sup>. Helse- og omsorgsrelatert forskning omfatter all helseforskning (medisinsk og helsefaglig forskning) og annen forskning som har som mål å bidra med kunnskap for helse- og omsorgssektoren, inkludert samfunnsvitenskap, humaniora og teknologifag.

Kunnskapstriangelet illustrerer også viktigheten av gode relasjoner og nært samarbeid mellom forskningsinstitusjonene, utdanningsinstitusjonene og institusjonene som driver eller utvikler tjenestene og sektoren som helhet. I noen tilfeller er disse institusjonene integrert i ett og samme miljø, slik vi ser det ved universitetssykehusene hvor et samlet miljø forankret i både universitet og helseforetak har ansvar for tjenestene, utdanning og forskning. Slike integrerte miljøer som også inkluderer innovasjon og teknologioverføringskontorene (TTOene), gir generelt bedre rammevilkår for at ny kunnskap fra forskning tas i bruk i praksis og for policyutvikling.



Det norske helsesystemet er rangert høyt i verdensmålestokk og gir befolkningen et godt tilbud av helsetjenester med høy kvalitet. Sammen med god folkehelse utgjør dette grunnpilarer i vårt velferds-samfunn. De siste 20 årene har alle grupper i landet fått bedre helse og økt levealder, men det er også store sosiale helseforskjeller i Norge.

Velferdssystemets bærekraft utfordres av blant annet demografiske endringer, økonomiske svingninger og svakere oppslutning om omfanget og bredden av velferdsordningene. Antall og andel eldre mennesker i befolkningen vil øke betydelig de kommende tiår. Mange vil leve lenger med god helse, og mange vil leve lenger med flere kroniske lidelser og kompliserte sykdomsbilder. Behovet for helsehjelp og omsorgstjenester vil øke, og det vil bli knapphet på arbeidskraft. Dette kan møtes med bedre samspill mellom tjenestenivåene, mer effektive og mindre personellintensive tjenester, bedre kompetanse i yrkesutøvelsen, samarbeid på tvers av sektorer og med sivilsamfunnet, økt bruk av velferdsteknologi og bedre tilrettelagt bosituasjon for eldre. Verdiskaping er også en forutsetning for et bærekraftig velferdssystem, og næringsutvikling i og for sektoren kan bidra til løsninger. Dette er et underutnyttet område i Norge. Offentlig sektor utgjør et viktig hjemmemarked for norsk næringsliv, men vi mangler finansielle virkemidler, brukerkompetanse og samhandlingsarenaer mellom det offentlige og næringslivet. Økt bestillerkompetanse gjennom innovative offentlige anskaffelser kan utfordre næringslivet til å levere smartere og mer fremtidsrettede løsninger.

## God folkehelse

God folkehelse for befolkningen og for den enkelte, skapes gjennom det brede tverrsektorielle folkehelsearbeidet og gjennom helse- og omsorgstjenestene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

## Folkehelsearbeidet

God helse er et ulikt fordelt gode i befolkningen – og ulikheten er økende. Årsakene er sammensatte og kan knyttes til oppvekstvilkår, utdanning, arbeids-

<sup>1</sup>) Basert på WHO's definisjon av forskningssystem.

forhold, etnisk bakgrunn, kjønn, gener og livsstil. Det sammensatte årsaksbildet må møtes med ulike forebyggende og tverrsektorielle tiltak. Godt folkehelsearbeid forutsetter helsedata som kan avdekke sykdomsårsaker, sykdomsforløp og sykdomsutbredelse. Det utøvende ansvaret for tiltak finner vi i kommunal og statlig forvaltning, men også i frivillig sektor og i arbeids- og næringslivet. Rammevilkårene for forskning og innovasjon som kan bidra til god folkehelse og utvikling av folkehelseiltak, må i større grad ta utgangspunkt i kommunenes behov.

### Kommunesektoren

Inntekts- og befolkningsveksten har siste tiår bidratt til aktivitetsvekst og stor utbygging av de kommunale tjenestene. Kommunene har med samhandlingsreformen fått flere helserelaterte oppgaver med større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter. Fra politisk hold legges det økt vekt på folkehelsearbeidet i kommunene og på innsatsen i primærhelsetjenestene. Her er store oppgaver som må ha en bred og tverrsektoriell tilnærming. I dag er helseforskningsinnsatsen i liten grad rettet mot kommunene, og står ikke i forhold til utfordringene og de store offentlige ressursene som brukes i kommunene. Tjenesteforskningen er fragmentert, har lite volum og er ofte regionalt og nasjonalt rettet

mer enn internasjonalt/nordisk. I tillegg er datagrunnlaget for forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester mangelfullt. Andre forbedringsområder er strukturer for FoU-samarbeid, kompetanse, infrastruktur og tydeliggjøring av det kommunale ansvaret. Et løft for innovasjon og forskning for, i, med og på kommunene må være langsiktig, og må baseres på kvalitet og samarbeid med forskningsaktørene, spesielt UoH-sektoren. Kommunene har en sentral rolle i folkehelsearbeidet på tvers av ulike sektorer, i førstelinjetjenestene og i næringsutvikling. God helse sikres best ved at folkehelseperspektivet inngår i alle kommunens tiltak og relasjoner.

### Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten står for store deler av offentlige FoU-investeringer i helse. Det har vært en svært positiv utvikling i kunnskapsproduksjon fra helseforetakene og særlig universitetssykehusene, men samtidig har nytteeffekten målt i patenter, innovasjon og bidrag til næringsutvikling vært for lav. Det har tradisjonelt ikke vært kultur, fokus på eller insentiver for dette. Spesialisthelsetjenesten har særlige utfordringer knyttet til organisering, ledelse og systematisk IKT- og tjenesteinnovasjon. Kunnskapen er fortsatt mangelfull når det gjelder kostnad og nytte av høyteknologiske nyvinninger, selv om det nå er etablert et nasjonalt system for innføring av nye metoder, og også av ulike organisasjons- og ledelsesmodeller. Vi vet også for lite om omfanget av under- og overbehandling.

### Kliniske studier

Klinisk forskning er en forutsetning for høy kvalitet i helsetjenesten og for å kunne ta i bruk forskningsbasert kunnskap. Kliniske studier dokumenterer behandlingenes effekt, nytte og sikkerhet. På flere områder har Norge store, integrerte forskningsgrupper med fremragende forskning og lang tradisjon for kliniske intervensjonsstudier. Det har imidlertid vært en reduksjon i antall kliniske og særlig industrifinansierte, studier de siste år. Flere initiativ er tatt for samarbeid om kliniske multi-senterstudier på nasjonalt, nordisk og europeisk nivå. Det tydeliggjør behovene for internasjonale nettverk for infrastruktur,





kompetanseoppbygging og felles standarder for etikk og pasientinvolvering. Kvaliteten på klinisk forskning må styrkes ytterligere, og blant foreslåtte tiltak er bedre karriereveier og forskningstid for klinikerne, nasjonalt forskningssamarbeid og større nasjonal konkurransearena. Dette gjelder både for spesialisthelsetjenesten og for primærhelsetjenesten.

Befolkningen forventer og ønsker den beste, nyeste og mest avanserte behandlingen. I nær fremtid vil persontilpassede forebyggende tiltak og behandling være en del av det generelle helsetilbudet. Persontilpasset medisin kan gi store forbedringer i behandlingen, med økt kostnadseffektivitet og mindre belastning og bivirkninger for pasienten som resultat, men dette må dokumenteres. I stigende grad introduseres nye behandlingsalternativer for store sykdomsgrupper som isolert sett fremstår som svært kostbare. Den kliniske effekten kan variere fra markant til minimal, ofte avhengig av den enkeltes genetiske profil. Pasientene må derfor undersøkes med tanke på hvilken effekt behandlingen vil ha, både for å kunne gi riktig og optimal behandling og for å unngå over-, så vel som underbehandling. Avanserte storskalaanalyser, som for eksempel undersøker genfunksjoner, er viktige verktøy i mange av disse studiene og forutsetter samhandling med grunnforskningstiljøene. Dilemmaer og utfordringer er knyttet til faglige retningslinjer og kompetanse, prioriteringer, etikk og økonomi.

Pasienter har ikke krav på utprøvende behandling, men mange ønsker å delta i kliniske studier. Tilbudet er begrenset, ofte ukjent og ujevnt geografisk fordelt. Å delta i kliniske studier kan gi bedre overlevelse og høyere livskvalitet. Det er behov for lett tilgjengelig og oppdatert informasjon om hva man vet – og ikke vet – innenfor ulike helseforskningstemaer, så ikke små og ikke-konklusive studier gjennomføres med ressurser som kunne vært anvendt bedre. I tilrettelegging og gjennomføring av kliniske studier og utprøvende behandling må samordning og koordinering utvikles, i likhet med utprøvingsenheter. Målet er næringsvekst og forskningsinvesteringer fra legemiddelindustri og annen helseindustri, slik at Norge kan skape verdier og takle velferdsutfordringene.

## **Global helse**

Helseproblemene i lav- og mellominntektsland øker med fremmarsjen av ikke-smittsomme sykdommer, med infeksjonssykdommer og trusler som antibiotikaresistens, miljøskader, klimaendringer, råvareknapphet, mangel på vann, urbanisering med flere slumområder, og økt mobilitet og migrasjon. Internasjonal helsepolitikk og global helse har også betydning for norsk helsetjeneste og folkehelse. Økt migrasjon og endringer i sykdomsbildet i andre land og regioner vil påvirke helsesituasjonen i Norge. Norsk global helseforskning er i stor grad innrettet mot spissede bistandspolitiske prioriteringer, men global helse er et forskningsområde som krever et bredere og tverrsektorielt folkehelseperspektiv med bidrag fra flere fag, disipliner og departementer. Våre helse- og utdanningsinstitusjoner må ta et større ansvar for globale helseutfordringer. FoU-miljøene i global helseforskning er sterke, men forholdsvis få og små. Det er behov for flere robuste miljøer både i Norge og i samarbeidsland i lav- og mellominntektsland. Vi trenger også innovasjon, teknologi- og næringsutvikling og finansieringsmekanismer tilpasset markeder med lav betalings-evne. For å rette innsatsen mot et større spekter av problemområder, må det etableres mekanismer som sikrer samarbeid og dialog mellom beslutningstakerne, FoU-miljøene, utdanningsinstitusjonene, næringslivet og brukerne.

## **Brukermedvirkning**

Resultater fra forskning og innovasjon får større betydning og tas i bruk når de oppleves som nyttige og relevante for brukerne, pasienter og pårørende. Brukermedvirkning er særlig viktig i tjenesteforskning og kliniske studier, det vil si i den pasient- og praksisnære forskningen, og i tjeneste- og produktinnovasjon. I samarbeid med forskerne kan brukerne bidra til at forskningen reflekterer brukerbehov og deres prioriteringer, til forbedret forskningsdesign og logistikk, økt rekruttering av pasienter til studiene og bedre deltakelse gjennom hele studieforløpet. Forskningens ulike faser omfatter prioritering, planlegging og gjennomføring av forskning, og formidling og implementering av

forskningsresultater. Brukermedvirkning vil i noe varierende grad være relevant i alle disse fasene. Praktiske og kulturelle barrierer kan være hinder for brukermedvirkning, men fra stadig flere hold er det krav om at brukerne av forskningsresultater og innovasjoner også skal sikres innflytelse der dette er hensiktsmessig.

Brukermedvirkning kan skje på ulike nivåer og innebære at brukere er aktivt deltakende i prioriterings-, planleggings- og beslutningsprosesser fra start til mål. Brukere og representanter for brukerorganisasjoner og brukergrupper velges inn i utvalg og råd som er relevante for forskning og innovasjon. På systemnivå eller politisk nivå vil brukermedvirkning være å involvere brukergrupper og -organisasjoner i prosesser før politiske beslutninger fattes, og også i premissene for politiske beslutninger og reformer. Slik vil de beslutninger som treffes, i større grad være behovsstyrte. Samskaping (co-creation<sup>2)</sup> innebærer en annen tilnærming til brukernes behov. I samskaping utvikles tjenestene sammen med brukerne, ikke *for* dem, slik at deres reelle behov i større grad blir dekket. Det er behov for formelle rammer for brukermedvirkning og tiltak som bidrar til holdnings- og kulturendringer hos forskere, forskningsinstitusjoner, helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell, slik at brukermedvirkning blir en naturlig og integrert del av alle ledd i forsknings- og innovasjonsprosessen. Det pågår i dag en prosess i spesialisthelsetjenesten hvor det etableres felles retningslinjer for brukermedvirkning i forskning.

### Tjenesteinnovasjon, utprøvinger og forsøksvirksomhet

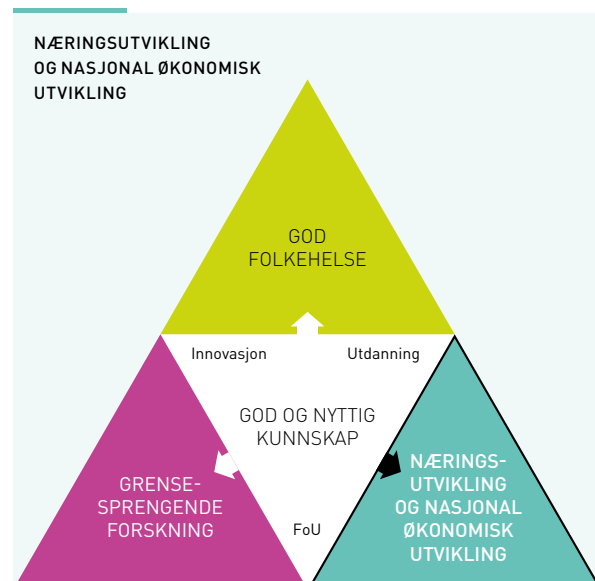
Store deler av offentlig sektor er desentralisert, og mye av forvaltnings- og tjenesteleveransene er kanalisert gjennom kommunesektoren i enheter av varierende størrelse og med ulike ressurser til innovasjon. Til tross for mye eksperimentering, endrings- og innovasjonsarbeid i offentlig sektor,

2) Co-creation: aktivitet hvor privatpersoner og eksterne grupper samarbeider med en virksomhet for å utvikle nye produkter og konsepter.

har vi svake systemer for å prioritere igangsetting av forsøk, evaluere forsøk og utviklingstiltak og å dele og spre resultatene. I mange tilfeller skjer mye parallelt og ukoordinert. Dette skyldes blant annet begrenset systemstøtte for arbeidsprosesser, liten beslutningsstøtte og manglende kapasitet for å dele informasjon internt og på tvers av foretak, kommuner og tjenestenivåer og til brukerne og pasientene selv. Organiseringen av offentlig sektor har betydning for hvordan kontroll- og styringsfunksjoner hemmer eller styrker innovasjon, og legger til rette for implementering og utnyttelse av ny teknologi. Det er behov for både teknologi- og organisasjonsbasert innovasjon. Den organisasjonsbaserte innovasjonen er krevende, men gir ofte stor samfunnsøkonomisk verdi. Tjenestesign og samskaping er anerkjente, men lite kjente innovasjonsverktøy for nyskaping og redesign av tjenestene. I tillegg til et brukerfokus er ofte andre fagområder enn medisin og helsefag involvert for å gi nye innfallsvinkler til problemområdet.

### Næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling

Økt etterspørsel fra helse- og omsorgssektoren nasjonalt og globalt, gir et stort næringspotensial. Norge trenger fremvekst av nye næringer, og med samfunnets betydelige offentlige investeringer



i helse- og omsorgsforskning har Norge en underutnyttet ressurs for næringsutvikling. Med god forskning, konkurransedyktig lønnsnivå for høyt utdannede, unike helseregistre og en rik underskog av små, men lovende bedrifter, har Norge mange forutsetninger for å lykkes innenfor helseindustri. Endringer i den globale forretningsmodellen der brorparten av innovasjonen ikke lenger skjer i store multinasjonale konsern, men i mindre oppstartsmiljøer, gir store muligheter for å utnytte Norges fortrinn til å bygge en fremgangsrik helseindustri. Medisinske nyvinninger og ny teknologi bidrar til bredere helsetilbud. Et åpent, mangfoldig og dynamisk norsk leverandørmiljø vil være en forutsetning for en helsetjeneste med høy kvalitet, pasientsikkerhet og effektivitet. Næringsutvikling innen helse og omsorg med næringslivet som samarbeidspartner og medutvikler av nye løsninger, må være en tydelig erklært ambisjon. Fordi norsk helseindustri fremdeles er liten, bidrar næringslivet i beskjeden grad til helse- og omsorgsforskning. Det kan skyldes mangelfullt samarbeid mellom bedrifter, FoU-miljøer og offentlige helseaktører, liten instituttsektor i helse, og manglende kultur og insentiver for samarbeid. Medvirkende er også manglende kommersialiseringsledd for lovende produkter og tjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, manglende startkapital, risikoavlastning og strategiske partnere for kunnskapsintensive bedrifter.

Norge trenger et næringsliv som er mer innovativt og som satser mer på forskning. Helseindustrien er den mest forskningsintensive næringsgrenen<sup>3</sup>. Generelle innovasjonsindikatorer viser at Norge skårer dårligere enn våre skandinaviske naboland. Helse- og omsorgssektoren har et stort potensiale, men fordi det offentlig har så mange sentrale roller i verdikjeden, vil ikke markedet og privat sektor greie dette uten en offentlig satsing. Det er markedssvikt på mange områder. For det første må det for sektoren som helhet etableres mekanismer som er innovasjonsdrivere ved at de offentlige tjenesteleverandørene ser at forbedring, innovasjon og effektivisering etterspør-

res. For det andre er utvikling av medisinsk teknologi en sektor hvor det er nødvendig med tett samarbeid mellom innovatører og utviklere på den ene siden og brukere og utprøvere på den andre. Dette har det ikke i tilstrekkelig grad vært gode modeller for. For det tredje har e-helse- og velferdsteknologiløsninger behov for tydelighet om standarder og infrastruktur som sikrer interoperabilitet<sup>4</sup>. For det fjerde har det på investor- og kapitalsiden vært lite kunnskap og kultur for å satse på helse og omsorg. Samlet tilsier dette at det er nødvendig med ambisjoner og tiltak om Norge på sikt skal ha en sterk og levedyktig privat sektor innen helse- og omsorgsindustri.

### **Farmasøytiske produkter og bioteknologi**

Vi har et bredt spekter av helsebedrifter og flere lovende foretak innenfor bioteknologi og farmakologi, som er i posisjon til å dra nytte av paradigmeskiftet i industrien, der det meste av innovasjonen nå kommer fra unge mindre selskaper. Bildet preges imidlertid av at disse små bedriftene kjemper hardt for å vokse videre, grunnet lange utviklingsløp, knapp tilgang på kapital og suboptimalt samspill med det offentlige helse-Norge. Lovende bedrifter har hatt utspring i norske forskningsmiljøer, men hittil har få produkter nådd ut på det internasjonale helsemarkedet. Globalt innovasjonssamarbeid krever verifisert teknologi, men manglende risikoavlastning og kapital vanskeliggjør dette og hindrer videreutvikling. Reduksjonen i antall kliniske industrifinansierte studier siste år kan dessuten bidra til å marginalisere Norge i de store multinasjonale studiene. Norges tradisjonelt begrensede legemiddelindustri forsterker dette, og gir utfordringer med hensyn til arbeidsplasser, human kapital og opprettholdelse av kompetanse.

### **Medisinsk teknologi**

Ny medisinsk teknologi bidrar til bedre diagnostikk, behandling, rehabilitering og forebygging, og åpner for nye behandlingsmuligheter i sykehus, primærhelsetjenesten og hjemme hos pasientene. Teknologien

3) Bio Verdi - Slik kan bioøkonomien bli den nye oljen, Partnerskapet BioVerdi, mai 2014.

4) Semantisk interoperabilitet: Muligheten for et datasystem å utveksle data med et annet system uten å være avhengig av at personer må tolke dataenes betydning.

skal effektivisere helsetjenestene og bidra til redusert behandlingsrisiko for pasientene. Medisinsk teknologi kan ha et betydelig kommersielt potensial, men i utvikling og implementering av teknologiene er det nødvendig med tettere samarbeid mellom innovatører/utviklere og mellom brukere/utprøvere for å sikre gevinstrealisering. Det kan stilles både samfunnsøkonomiske, etiske og verdimeslige spørsmål til utvikling og innføring av ny teknologi, spesielt når det skjer uten forutgående analyser av behov og sikkerhet. Manglende systematikk og ulik praksis mellom institusjoner og regioner ved innføringen av ny teknologi, er andre utfordringer. Dette styrkes nå gjennom det nye nasjonale systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, men det er ikke tilsvarende ordning for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

### Velferdsteknologi og e-helse

I effektiviseringen av tjenestene og for å gi den enkelte mulighet til å leve lenger i eget hjem, må velferdsteknologi og IKT-løsninger utnyttes. Velferdsteknologi utgjør en betydelig sektor i Norge, men potensialet er langt fra utnyttet. Det krever kunnskap og bedre offentlig/privat samspill for å løfte dette markedet. Næringslivet kan gi viktige bidrag til de gode løsningene når de kjenner og setter seg inn i sektorens behov, men utfordringene er også i høy grad knyttet til spredning og implementering av løsningene som allerede er utviklet. Kommunene er sentrale i tilrettelegging for næringsutvikling og innkjøp av varer og tjenester, men det er behov for tydeligere standarder, infrastruktur og samordnede innkjøpsmekanismer. Utnyttelse av IKT og e-helse gir bedre samhandling, logistikk, pasientflyt og behandling, men også her er svakhetene det manglende samspillet med fragmenterte beslutninger og løsninger.

### Grensesprengende forskning

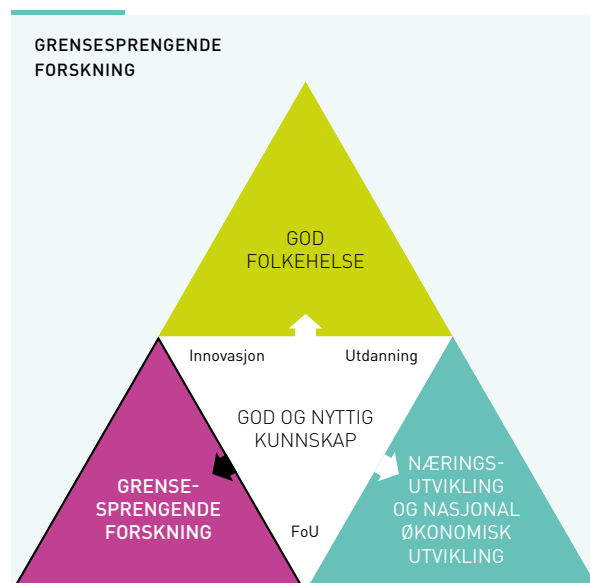
Grensesprengende forskning er karakterisert av høy kvalitet, nyskaping og mot til å utfordre det eksisterende. Dette forutsetter høyt ambisjonsnivå, sterk grad av internasjonalisering, men også tilstrekkelig fundament, bredde og frihetsgrad med hensyn til valg av problemstillinger og forskningsområder.

### Vitenskapelig kvalitet og produktivitet

Høy kvalitet i forskningen er en forutsetning for gode helsetjenester og et innovativt næringsliv. Norsk helseforskning har siste ti år hatt fremgang på indikatorer for produksjon og vitenskapelig innflytelse, men er fremdeles ikke på nivå med våre naboland. Et stort antall forskningspolitiske dokumenter og evalueringer peker på behovet for å styrke kvaliteten på norsk forskning, og for forskning som sprenger grenser og fører til kunnskapsmessige gjennombrudd. Det pekes på en ubalanse i finansieringssystemet og at nåløyet på enkelte forskningsområder har blitt for lite, slik at flere fremragende forskningsprosjekter ikke finansieres og potensialet for høykvalitetsforskning dermed ikke tas ut. Det må sikres tilstrekkelige ressurser til, og legges til rette for, nasjonale konkurranser som fremmer høykvalitetsforskning og grensesprengende forskning, som også gjør oss konkurransedyktige internasjonalt.

### Kvalitet, bredde og relevans

I et velfungerende forskningssystem bygger den beste frontforskningen på en bredere grunn av god forskning. Et lite land som Norge kan ikke være verdensledende på alle områder, men vi må ha bredden i forskningen for å kunne ta i bruk resultater fra den internasjonale forskningen. Vi må ha til-



strekkelig absorpsjonskapasitet. Balansen mellom den tematisk frie forskningen og den tematisk prioriterte forskningen (forskningsprogrammer) er et gjennomgangstema i forskningspolitikken. Det behøver ikke representere motsetninger, og vi trenger forskning som kan møte samfunnsutfordringene. Noen dilemmaer kan oppstå når forskningsaktiviteten må økes på særlig viktige områder med tidligere liten forskningsmessig interesse. Det kreves målrettede tiltak for å heve kvaliteten på slike områder.

Det er behov for faktabasert informasjon for å kunne vurdere om noen områder er dimensjonert for lavt i forhold til dagens utfordringer og behov, og om noen områder krever økt forskningsinnsats. Dimensjonering og innretning av FoU-satsinger må ta utgangspunkt i nasjonale behov og nasjonale strategier, forutsetninger og muligheter. Samtidig er vi på ingen måte fullt i stand til å vurdere forskningens relevans i et lengre perspektiv. Historien har mange eksempler på at forskning uten umiddelbar anvendelse kan gi oss kunnskap med stor praktisk nytte på sikt. Norske forskningsmiljøer er generelt fortsatt små og fragmenterte. Fagevalueringen i regi av Forskningsrådet i 2011, pekte på behovet for tilstrekkelige store og multidisiplinære grupper og styrket forskningsledelse. Opprettelsen av større enheter som sentre for fremragende forskning (SFF) og sentre for forskningsdrevet innovasjon (SFI), har vært vellykkede tiltak for å skape konkurransekraftige og sterke tverrfaglige miljøer.

### **Internasjonalisering**

Internasjonalt forskningssamarbeid bidrar til økt kvalitet og kapasitet i norsk forskning, til å møte globale utfordringer og til å sikre tilgang til internasjonal kunnskapsproduksjon. Internasjonalisering styrker dessuten næringslivets konkurransevne. Norge må delta på den internasjonale forskningsarenaen for å kunne utvikle, fornye og kvalitetssikre pasientbehandling. Norske helseforskere har generelt for lav internasjonal kontakt og mobilitet. De deltar vesentlig mindre i EU-forskningen og på andre internasjonale arenaer enn helseforskere i Sverige og Danmark. I Norge deltar også helseforskere mindre enn forskere innenfor mange andre disipliner

og temaområder. Samtidig viser bibliometriske undersøkelser at norske helseforskere har mange internasjonale samarbeidspartnere, og dermed i sin innretning er internasjonalt orienterte. Norge er fullt medlem av EUs nye forsknings- og innovasjonsprogram, Horisont 2020. Kontingenten er betydelig, og det forventes større økonomisk retur for norske forskere i dette rammeprogrammet enn i de foregående. Utfordringene ligger blant annet i for få insitamenter for at forskere deltar på internasjonale konkurransearenaer, mangelfullt støtteapparat og manglende tilrettelegging av de relativt krevende søke-, rapporterings- og koordineringsprosessene.

### **God og nyttig kunnskap**

Kunnskapstriangelet med FoU, utdanning og innovasjon skal mobilisere kunnskapssystemet til å levere god og nyttig kunnskap for helse- og omsorgssektoren.

### **Kunnskapssystemet**

En hovedutfordring i helse- og omsorgsforskningssystemet er knyttet til samspill mellom aktørene, inkludert relevante departementer. Andre utfordringer er knyttet til insentivstrukturen for samarbeid mellom universiteter/høgskoler og helseforetakene og kommunal helse- og omsorgstjeneste, til lederskap, arbeidsdeling og koordinering av forskningsinnsatsen og til balansen mellom regionale og nasjonale midler. Nye oppgaver vil følge av kommunesektorens behov og samhandlingsreformen. Det er behov for midler til forskning både for, i, med og på kommunene. God forskning krever oppdatert og ofte kostbar infrastruktur. Norsk forskningsinfrastruktur har stort behov for opprusting både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette vil kreve bedre samarbeids- og finansieringsordninger.

### **Kompetanse og utdanning**

Kvalitet og omstillingsevne i helse- og omsorgstjenestene avhenger av medarbeidernes kompetanse og samspillet mellom utdanning, praksis og forskning. Dagens utdanninger er ikke dimensjonert etter behovene. Det er manglende helhet og sammenheng i studietilbudene, for få studieplasser og

svak tverrprofesjonell kompetanse og veiledningskapasitet. Kompetanseutfordringene er dels knyttet til ansvarsendingene mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og til ulik og begrenset kompetanse i kommunene. Det er behov for flere og ulike typer praksisplasser, men de kommunale helse- og omsorgstjenestene benyttes i liten grad som praksisarena – og de er heller ikke organisert og finansiert for å fylle en slik funksjon. Utdanning og kompetanseutvikling må knyttes tett til praksis og FoU-institusjonene. Det må etableres bedre samarbeid og arbeidsdeling, større fagmiljøer og kvalitets sikret praksis.

Helsearbeidere vil få nye og endrede oppgaver i fremtiden – god praksis i dag er ikke nødvendigvis god praksis i morgen. Fremtidens praksis vil kreve annen kompetanse enn det helse- og omsorgssektoren har i dag, og trolig også nye utdanningsforløp. Det er behov for nye organisasjons- og samarbeidsmodeller, og andre økonomiske insentiver og finansieringsmodeller. Kompleksiteten i utfordringsbildet krever tverr- og flerfaglighet i utdanning og forskning. Helsetjenesten er praksisarena for grunn- og videreutdanningene med ansvar for etterutdanning av helsepersonell. Vi trenger større rekruttering til helse- og omsorgssektoren, allerede i dag er det

mangel på spesialpersonell. Utdanning er en lovfestet oppgave for spesialisthelsetjenesten, og finansieringen inngår i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Pågående reformer legger opp til økt bruk av primærhelsetjenesten som praksisarena i helsefaglige utdanninger, og både primær- og spesialisthelsetjenesten må ha rammebetingelser for å kunne ivareta utdanningsoppgavene.

Strategisk forskningsledelse må forbedres. Ubalansen i stillingsstruktur må endres for å skape attraktive karriereveier for unge forskere. Forskermobilitet mellom institusjoner, sektorer og land må forsterkes for å understøtte utveksling og utvikling av kunnskap. Rammebetingelsene for grunnleggende metodekompetanse må styrkes for å understøtte nødvendig brobygging mellom klinisk forskning og grunnforskningstiljøene.

### Utnyttelse av kunnskap

Ny kunnskap fra forskningen, helsetjenesten og næringslivet samt kompetanse gjennom utdanningsystemene, er forutsetninger for en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste. Det må også sikres at kunnskapen er tilgjengelig og kontinuerlig utnyttet i praksisfeltet og på ledernivå. IKT og e-helseløsninger må bidra til at pasienter og andre brukere, helsepersonell og ledere har tilgang til kunnskapskilder og til beslutningsstøtteverktøy. Helsebiblioteket er en slik samlande portal for ulike kunnskapskilder. Det arbeides med å sammenstille kunnskap for helse- og omsorgstjenestene på prioriterte områder, men det er også behov for å integrere kunnskap og beslutningsstøtte i journalsystemene og helseinformasjonssystemene som benyttes i tjenestene.

### Helsedata

Tilgangen til helsedata og registre med sosiale, økonomiske og demografiske opplysninger er ett av Norges viktigste fortrinn i internasjonal forskning. Befolkningen bidrar med data gjennom registre. Ved hjelp av gode data kan vi få nyttig, pålitelig og oppdatert kunnskap som vil komme den enkelte innbygger og pasient til gode i form av bedre forebygging og bedre helse- og omsorgstjenester, samt



#### KILDENE TIL HELSEDATA

Pasientjournaler

Nasjonale helseregistre

Helseundersøkelser: Befolkningsbaserte helseundersøkelser med samtykke fra deltakerne

Forskningsdata: Data fra forskningsprosjekter i regi av private og offentlige aktører, helseregistre som ikke er godkjent som nasjonale

Andre nasjonale registre

Biobanker

bidrag til næringsutvikling. Helseregistrene er den grunnleggende komponenten i en infrastruktur for kunnskap der også befolkningsbaserte helseundersøkelser, kliniske data og biobanker inngår. Norge har gode helseregistre med mulighet for kobling til andre datakilder, og vi har et godt og sterkt personvern. Vi har derfor forutsetninger for å skaffe den beste kunnskapen og hevde oss internasjonalt i forskning og innovasjon ved å utnytte disse informasjonskildene. Det er likevel noen vesentlige hindringer; det mangler data på viktige områder, tilgangen til data er ikke god nok, og det er behov for investeringer i infrastruktur og analyse. Det blir stadig flere muligheter til selv å følge opp egen helse gjennom egne målinger og tester. Som brukere kan vi ønske å generere, logge og analysere egne data, og behovet forsterkes gjennom økende dataassistert behandling. Dette stiller nye krav til hvordan den enkeltes eierskap til og kontroll over egne data kan håndteres.

Det mangler data på viktige områder, spesielt fra helse- og omsorgstjenestene i kommunene, psykiske lidelser og ruslidelser, legemiddelbruk knyttet til sykdom og om risikofaktorer og helsefremmende forhold. Systemet for godkjenning av prosjekter som bruker registerdata og koblinger mellom ulike datakilder er tungvint, tar ofte meget lang tid (opptil flere år), er ressurskrevende og til dels uforutsigbart. Det kan koste flere millioner kroner å saksbehandle én enkelt søknad om registerkobling. Lovverket er ikke tilpasset behovene, og mulighetene for trygg gjenbruk av data til forskning og annen analyse er få.

Også fra et næringsperspektiv er våre helsedata og biobanker en underutnyttet ressurs. Det er ikke investert tilstrekkelig i teknologiske løsninger for informasjonsåndtering i helsesystemet som kan tilfredsstillende både de primære formålene, det vil si diagnostikk og behandling, og sekundære formål som styring, kvalitetssikring av behandlingen, forskning, helseanalyse, beredskap, innovasjon, innbyggernes tilgang til egne helseopplysninger, helsetjenestenes behov for tilgang til egne data og til innebygd personvern<sup>5</sup>.

#### Involverte aktørers roller og ansvarsområder

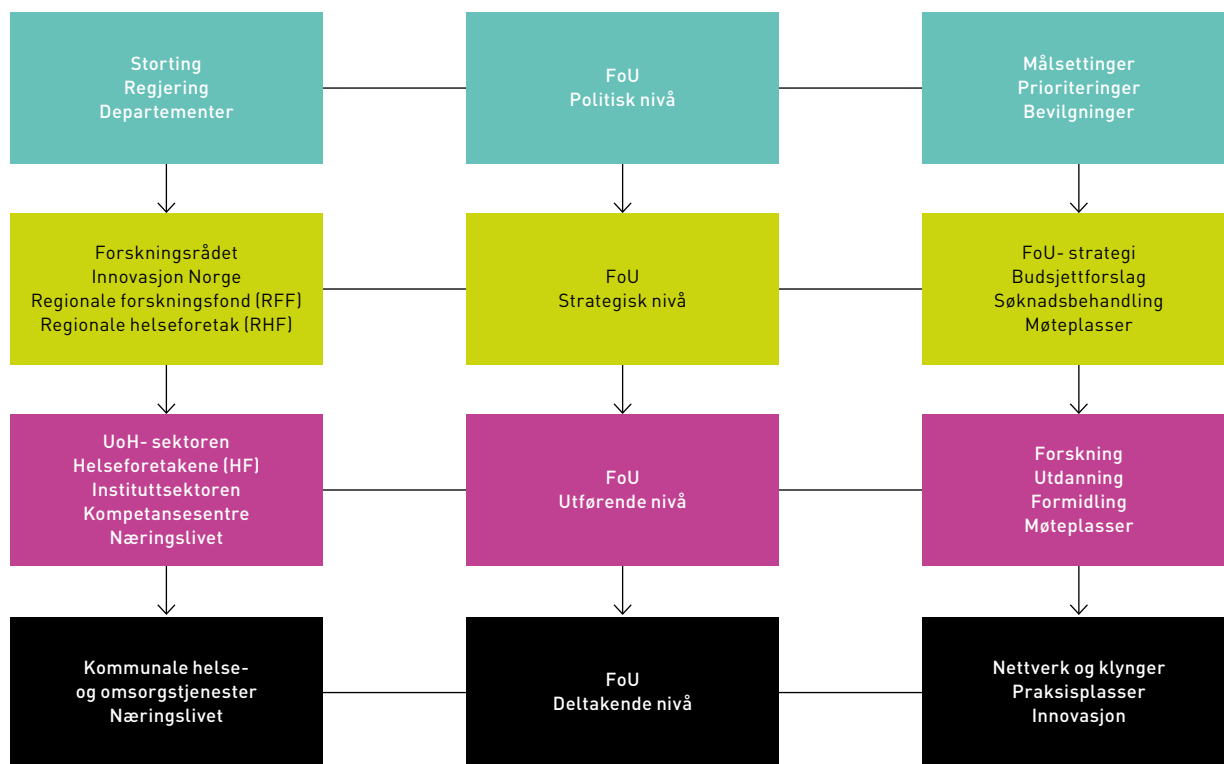
Medisinsk og helsefaglig forskning bidrar til grunnlaget for helsepolitiske og faglige beslutninger og i evaluering av iverksatte tiltak. Forskning er en forutsetning for høy kvalitet på utdanningene og for kontinuerlig oppdatering og kompetanseheving (etter- og videreutdanning [EVU]).

Norge har tradisjonelt hatt tre forskningsutførende sektorer: UoH-sektoren, instituttsektoren og næringslivet. UoH-sektoren står for om lag en fjerdedel av Norges samlede virksomhet innenfor forskning og utvikling. Universitetene har særlig ansvar for den langsiktige, grunnleggende forskning- en og for forskerutdanningen, mens høgskolesektoren primæroppgave er undervisning. Næringslivet har hatt den klart største veksten i FoU-utgifter de siste 40 årene og stadig mer av næringslivets FoU skjer i tjenesteytende næringer. Figur 1 viser en oversikt over de ulike aktørene og deres funksjoner i forskningssystemet for helse- og omsorgssektoren.

I Norges fire helseregioner har et statlig regionalt helseforetak ansvaret for tilbudene om spesialiserte helsetjenester til befolkningen. De regionale helseforetakene har, i tillegg til å sørge for behandling, oppgaver innenfor forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Helseforetakene er

<sup>5</sup> Innebygd personvern: Det tas hensyn til personvern i alle utviklingsfaser av et system eller en løsning. Datatilsynets nettside.

FIGUR 1) AKTØRER I FORSKNINGSSYSTEMET FOR HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN



dermed en fjerde forskningsutførende sektor. Kommunenes dominerende oppgaver er skole og helse- og omsorgstjenester. Kommunens primærhelsetjenester dekker oppgaver innenfor forebyggende helsearbeid, diagnostikk og behandling, medisinsk rehabilitering, pleie og omsorg samt hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner.

### Tall for helse- og omsorgssektoren

Norge er blant de land som bruker mest ressurser på helse og omsorg per innbygger. Data fra SSB viser at Norge i 2013 brukte i overkant av 288 mrd. kroner på helseformål, eller om lag 57 000 kroner per innbygger. Utgiftene til helseformål omfatter alle utgifter, både private og offentlige, som går til forbruk eller investeringer i helsetjenesten. Helsetjenesten betales hovedsakelig av staten (inkludert folketrygden), fylkeskommunene og kommunene. Det vil si at det offentlige dekket om lag 84 % av de samlede helseutgiftene i 2013, en andel som har vært relativ

stabil fra 1997 (81 %)⁶. I 2012 ble det utført ca 255 900 årsverk i helse- og omsorgssektoren⁷, hvorav ca 111 400 årsverk i spesialisthelsetjenesten, 131 180 årsverk i pleie- og omsorgstjenesten og vel 13 300 årsverk i kommunehelsetjenesten⁸. Helse- og omsorgstjenesten er dels finansiert via statlige og kommunale rammebevilgninger, og dels via aktivitetsbasert finansiering. De offentlige og private utgiftene til helse- og omsorgssektoren er omtrent likt fordelt mellom de kommunale (108 mrd. kroner) og de statlige tjenestene (115 mrd. kroner kr)⁹.

### Utgifter til medisinsk og helsefaglig forskning

Medisinsk og helsefaglig FoU er i stor grad offentlig finansiert. I følge figur 2, så bruker sektoren 5,9 mrd.

6) SSB, foreløpige tall 2013.

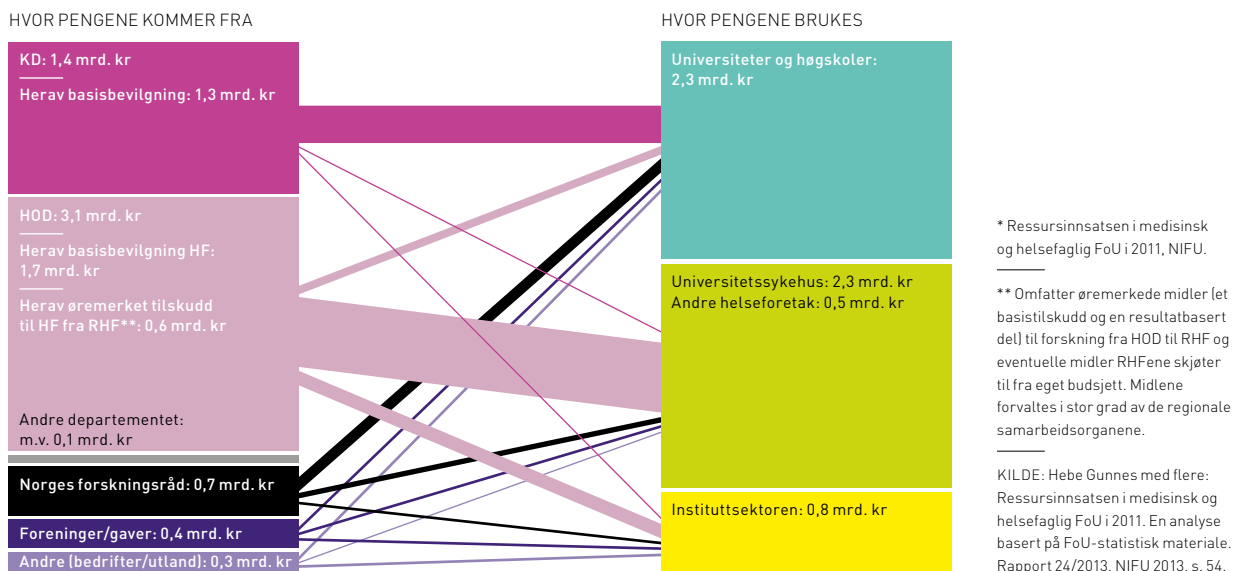
7) Tannhelsetjenesten er ikke inkludert.

8) [www.ssb.no/helse/nokkeltall](http://www.ssb.no/helse/nokkeltall).

9) SSB, foreløpige tall 2013.



**FIGUR 2) FINANSIERINGSSTRØMMER TIL OFFENTLIGE INSTITUSJONER INNENFOR MEDISIN OG HELSEFAG I 2011\***



kroner på FoU<sup>10</sup>. HOD-midlene går i hovedsak til basisbevilgninger til helseforetak, og KD finansierer i hovedsak grunnbudsjettene ved universiteter og høgschooler, mens andre departementer bidrar i langt mindre grad. Forskningsrådets andel i 2011 var 11 % (0,7 mrd. kroner)<sup>10</sup>.

Forskningsbevilgningen til UoH-sektoren utgjør i underkant av 15 % av bevilgningen til institusjonene (basis utgjør 60 % og undervisningsdelen 25 %), fordelt med ca. 8 % på den strategiske komponenten og ca. 6 % på den resultatbaserte komponenten, basert på omfordeling mellom institusjonene (RBO-komponenten). Den strategiske forskningsbevilgningen inneholder i hovedsak midler til stipendiatstillinger og vitenskapelig utstyr. Den resultatbaserte komponenten er basert på fire indikatorer: doktorgradskandidater, EU-midler, midler fra Forskningsrådet og publiseringspoeng. Forskningsbevilgningene utgjorde i 2006 gjennomsnittlig 3 % for de statlige høgschoolene og 23 % for universitetene. Dette betyr at høgschoolene avgir en mindre andel av sin budsjetttramme til den resultat-

baserte omfordelingen av forskningsmidler, og at strategiske forskningsmidler i hovedsak tildeles til universitetene og de vitenskapelige høgschoolene<sup>11</sup>.

De fire regionale helseforetakene får årlig et øremerket statlig tilskudd til forskningsvirksomheten gjennom HOD<sup>12</sup>. Dette er på 622 mill. kroner i 2014<sup>13</sup>. Det er et økonomisk bidrag til forskningsvirksomhet, og skal benyttes til klinisk forskning, translasjonell forskning og helsetjenesteforskning. Tilskuddet består av et mindre basisbeløp som er likt for alle de regionale helseforetakene (30 %), og et større resultatavhengig beløp (70 %) som fordeles mellom regionene med utgangspunkt i regionenes forskningsaktivitet. Forskningsaktiviteten måles i publikasjoner som er kreditert helseforetakene, gjennomførte doktorgrader, interregionalt og internasjonalt samarbeid om publikasjoner og forskning utført ved helseforetakene. Fremover skal HODs beregningsmodell også inkludere forskningsmidler tildelt fra Norges forskningsråd og

10) Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU i 2011, NIFU.

11) St.meld. nr. 30 (2008–2009) Klima for forskning, Kunnskapdepartementet.

12) Prop. 1 S (2013–2014), kap. 732, post 78 i Statsbudsjettet Proposisjon til Stortinget, Helse- og omsorgsdepartementet.

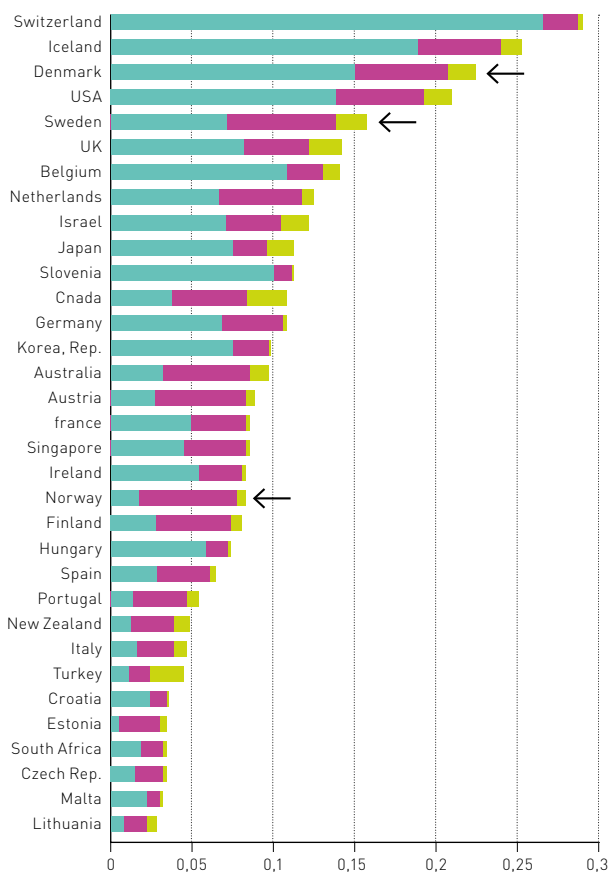
13) Prop. 1 S (2013–2014) Proposisjon til Stortinget, Helse- og omsorgsdepartementet.

**FIGUR 3) INTERNASJONAL SAMMENLIGNING AV OFFENTLIGE INVESTERINGER I HELSEFORSKNING (% ANDEL AV BNP)**



Publicly funded health R&D (% of GDP)

**FIGUR 4) INTERNASJONAL SAMMENLIGNING AV INVESTERINGER FRA OFFENTLIG, PRIVAT OG FRIVILLIG SEKTOR (% ANDEL AV BNP)**



Health GERD as % of GDP

Business Public Other

KILDE: Røttingen JA., et al. 2013.

EU som er brukt ved foretakene. Indikatorene for forskningsaktivitet har betydning for andelen av forskningsmidlene til det enkelte regionale helseforetak. Indikatoren for uttelling av midler fra henholdsvis Forskningsrådet og EU, gir tilsvarende kronemessig uttelling som tilsvarende indikatorer i UoH-sektoren.

Med dette offentlige investeringsnivået er Norge på topp internasjonalt sammen med Sverige og Danmark når investeringene måles som andel av BNP. Når samlede investeringer fra offentlig, privat og frivillig sektor beregnes, faller Norge vesentlig ned på

rangeringen (figur 3 og 4<sup>14</sup>). Årsaken til dette er først og fremst knyttet til den lave andelen helse- og omsorgsforskning utgjør i næringslivet. Her er Norge et «annerledesland», hvor helse og omsorg utgjør kun 8% av privat sektors forskningsinvesteringer.

### Internasjonale, nasjonale og regionale konkurransearenaer

Norges forskningsråd er den viktigste forskningspolitiske rådgiveren for regjeringen, departementene

14) Røttingen JA., et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? The Lancet, Volume 382, Issue 9900, Pages 1286 - 1307, 12 October 2013.

**TABELL 1) INNVILGELSE I FORSKNINGSRÅDETS HELSEPROGRAMMER OG FRIMEDBIO 2012/2013**

PROGRAM/AKTIVITET	FINANSIØR	ANTALL SØKNADER	INNVILGELSESPROSENT (%)
TEMATISKE HELSEFORSKNINGSPROGRAMMER (9 PROGRAMMER)	HOD	484	13
TEMATISKE HELSEFORSKNINGSPROGRAMMER (2 PROGRAMMER)	KD (hovedfinansør)	98	13
GLOBAL HELSE- OG VAKSINASJONSFORSKNING	UD (hovedfinansør), HOD	50	36
PRAKSISRETTE FOU FOR HELSE- OG VELFERDS- TJENESTENE (PRAKSISVEL)	HOD, ASD, BLD, KD	40	10
SYKEFRAVÆR, ARBEID OG HELSE	ASD (hovedfinansør)	50	18
FRIMEDBIO (FRIPRO)	KD (hovedfinansør)	525	6,3

**TABELL 2) INNVILGELSE AV REGIONALE HELSEFORETAKENES (RHFENES) UTLYSNINGER 2012/2013**

PROGRAM/AKTIVITET	ANTALL SØKNADER	INNVILGELSESPROSENT (%)
HELSE SØR-ØST	553	21
HELSE VEST	298	32
HELSE MIDT-NORGE	335	17,5
HELSE NORD	130	47

og andre sentrale institusjoner og miljøer med tilknytning til forskning og utvikling (FoU). Det totale budsjettet for Forskningsrådet for 2012 var på 7,4 mrd. kroner. KD og NFD er de største finansieringskildene, og sammen står de for omtrent halvparten av Forskningsrådets midler<sup>15</sup>.

En tydelig tilbakemelding fra fagevalueringen av medisinsk og helsefaglig forskning (2011) er at andelen midler til den åpne arenaen/forskerinitiert forskning (frittstående prosjekter for medisin, helse og biologi (FRIMEDBIO)) er for lav (rundt 6 % innvilgelse for FRIMEDBIO, noe høyere for FRIPRO sett under ett) (tabell 1). Fri prosjektstøtte (FRIPRO) mottar i dag langt flere søknader av høy kvalitet enn det er ressurser til å innvilge. Samtidig viser en oversikt over innvilgelsesrater innenfor de tematisk prioriterte programmene at innvilgelsesprosent er noe høyere, men fortsatt relativt lav også her.

European Research Council (ERC) som ble etablert i 2007 under FP7 (2007-2013) er det eneste europeiske finansieringsorganet for grensesprengende forskning på europeisk nivå. ERC er en del av den første pilaren 'Excellent Science' i det nye EU-programmet for forskning og innovasjon i Horisont 2020. Totalt budsjett for ERC for perioden 2014-2020 er på € 13.1 mrd. ERC tar i dag ut ca 17 % av totalbudsjettet til Horisont 2020 (€ 13.1 mrd. av € 77 mrd.)<sup>16</sup>. Norges bidrag (faste priser) til EUs rammeprogram for forskning over statsbudsjettet har økt fra 1,0 mrd. kroner i 2006 til 1,6 mrd. kroner i 2013<sup>17</sup>.

De regionale helseforetakene administrerer sine forskningsmidler i samarbeid med universitetene. Samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universitetene sikrer prosesser, rammer og retningslinjer for utlysning og tildeling av det øremerkede forskningstilskuddet. Det lyses årlig ut midler som fordeles til helseforetak og andre

15) [www.forskningsradet.no](http://www.forskningsradet.no)

16) <http://erc.europa.eu>

17) Forskningsbarometeret 2014, Kunnskapsdepartementet.

søknadsberettigede institusjoner i regionen. Innvilgelsesprosenten i de regionale helseforetakene ligger generelt noe høyere enn i Forskningsrådet (tabell 2).

Innovasjon Norge skal bidra til innovasjon, internasjonalisering og profilering, og bidra til å etablere lønnsomme bedrifter av regionale og lokale ressurser og fortrinn. Innovasjon Norge har 15 distriktskontorer og er representert i 30 land utenom Norge. NFD er hovedeier med 51 %, og fylkeskommunene eier 49 %. Innovasjon Norge forvalter i tillegg midler fra KMD, LMD og fylkesmennene. Helsesektoren er en av de syv sektorene Innovasjon Norge har arbeidet spesifikt mot i 2012. Norsk helsenæring forstås her som norskeide bedrifter som leverer egenutviklede produkter eller innovative tjenester til helsesektoren i Norge eller internasjonale markeder. Bransjen favner mange produkt- og tjenesteområder, inkludert medisiner, diagnostikk, medisinsk-teknisk utstyr og helsereelatert IKT. Totalt antall bedrifter er ca. 500, med ca. 15 000 ansatte og en omsetning i underkant av 30 mrd. kroner. Dette er en meget kunnskapsintensiv sektor der det meste av innovasjonsaktiviteten finnes konsentrert rundt universiteter og universitetssykehus. Fokuset er på produktinnovasjon. Finansieringstjenester mot helsesektoren i 2012 var 157 mill. kroner<sup>18</sup> av et totalbudsjett på 1 475,7 mill. kroner, dvs. i overkant av 10 %<sup>19</sup>. I tillegg kommer tjenesteinnovasjon som er et fremvoksende marked i helse-Norge.

Det er etablert syv generelle regionale forskningsfond (RFF) som har som formål å 1) styrke forskning for regional innovasjon og regional utvikling, 2) mobilisere til økt FoU-innsats i regionene, 3) bidra til økt forskningskvalitet og utvikling av gode og konkurransedyktige FoU-miljøer i regionene, og 4) skape utviklings- og læringsarenaer der regionale erfaringer kan drøftes i relasjon til nasjonale og internasjonale aktiviteter og kunnskap. Det ble 2012 tildelt 187 mill. kroner til 223 prosjekter (46 %

innvilgelse) (gjelder for alle regionene og inkludere alle typer prosjekter<sup>20</sup>). Slår vi sammen «e-helse» og «helsesektoren ellers», resulterte utlysningene i 2012 i prosjekter for til sammen ca. 20,6 mill. kroner på helse- og omsorgsfeltet, dvs. ca. 11%. Det er verdt å merke seg at tilsagn til «Offentlig sektor ellers» (inkluderer også andre fagområder) har økt betydelig i 2011/2012, og utgjør den nest største gruppen av prosjekter (ca. 39 mill. kroner i 2012, dvs. ca. 21 % av 187 mill. kroner).

Finansieringen av forsøks- og innovasjonsvirksomhet i tjenestene er for en stor del basert på kortsiktige tilskudds- og prosjektbevilgninger fra en rekke aktører på statlig, regionalt og kommunalt nivå. Helsedirektoratet tildeler 1,3 mrd. kroner årlig i tilskudd til kommunene<sup>21</sup>. Det er krevende å anslå hvor mye av dette som går til forsøks- og utviklingsarbeid, men det er nok i størrelsesorden et par hundre millioner kroner. Regional stat tildeler gjennom fylkesmannen totalt ca. 120 mill. kroner til kommunene. Utfordringene med deler av disse ordningene er at tilskudd går direkte til institusjoner og kompetanse- og utviklingssentre, og er ofte ikke kjent på ledernivåene i kommunene. En annen viktig utfordring er at mottakermiljøene i kommunehelsetjenesten og helseforetakene i liten grad samarbeider med universitets- og høgskolemiljøene med tanke på økt forskningskvalitet og prosjektevaluering.

Som vist i virkemiddeloversikten i tabell 3, eksisterer det per i dag virkemidler som i teorien dekker hele verdikjeden (fra oppfinnelse/idegenerering til spredning/fullskalaimplementering) for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet. I praksis vil likevel mange brukere av dagens virkemidler innenfor helse og omsorg mene at tilgang og innretting er suboptimal i forhold til deres behov. Dessverre er det ikke mulig å synliggjøre fordelingen i støttebeløp mellom oppfinnelse/idegenerering, utvikling og evaluering, implementering og utnyttelse, og spredning/fullskalaimplementering.

18) Årsrapport 2012, Innovasjon Norge.

19) Total bevilgning til Innovasjon Norge over Statbudsjettet 2012, Finansdepartementet.

20) Felles årsrapport 2012, De regionale forskningsfondene.

21) Helsedirektoratet, 2013.

TABELL 3) VIRKEMIDLER FOR FORSKNING, INNOVASJON OG NÆRINGSUTVIKLING FOR HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

INSTITUSJON	OPPFINNELSE/ IDEGENERING OG VERIFISERING (INVENTION/CREATION)	UTVIKLING OG EVALUERING (EVALUATION/ ASSESSMENT)	IMPLEMENTERING OG UTNYTTELSE (ADOPTION/UPTAKE)	SPREDNING/ FULLSKALA- IMPLEMENTERING (DIFFUSION/SPREAD)
INNOVASJON NORGE	IFU - INDUSTRIELLE FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSKONTRAKTER			
	OFU - OFFENTLIGE FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSKONTRAKTER			
	RISIKOLÅN			
UNIVERSITET OG HØGSKOLER	GRUNNBEVILGNING TIL FORSKNING (MEDISIN OG HELSEFORSKNING)			
NORGES FORSKNINGSRÅD	FRI PROSJEKTSTØTTE (MEDISIN, HELSE OG BIOLOGI)			
	HELSEFORSKNINGSPROGRAMMER- OG SATSINGER			
	INNOVASJON I OFFENTLIG SEKTOR			
	SENTER FOR FORSKNINGSDREVET INNOVASJON (SFI)			
	SENTER FOR FREMRAGENDE FORSKNING (SFF)			
	BIOTEK 2021			
INNOVASJON NORGE	ETABLERERTILSKUDD			
	INNOVASJONSLÅN			
SENTRENE FOR OMSORGSFORSKNING	PROSJEKTMIDLER			
NORGES FORSKNINGSRÅD	SENTERORDNINGER (NCE - FME)			
	BRUKERSTYRT INNOVASJONS ARENA (BIA)			
	NÆRINGS PH.D			
	INNOVASJON I OFFENTLIG SEKTOR			
KREFTFORENINGEN	PROSJEKTMIDLER			
LANDSFORENINGEN FOR HJERTE- OG LUNGESYKE (LHL)	PROSJEKTMIDLER			
HELSE- OG REHABILITERING	PROSJEKTMIDLER			
PRIVATE STIFTELSE	PROSJEKTMIDLER			
DE REGIONALE HELSEFORETAKENE	PROSJEKTMIDLER			
INNOVASJON NORGE	FORSKNING- OG UTVIKLINGSKONTRAKTER			
STATENS INSTITUTT FOR RUSMIDDEL- FORSKNING	PROSJEKTMIDLER			
LEGEMIDDELINDUSTRIEN	PROSJEKTMIDLER			
FOLKEHELSEINSTITUTTET	PROSJEKTMIDLER			
NORGES FORSKNINGSRÅD	VIRKEMIDLER FOR REGIONAL FOU OG INNOVASJON (VRI)			
	SENTER FOR FORSKNINGSDREVET INNOVASJON (SFI)			
	INFRASTRUKTUR			
	FORSKERSKOLER			
	EUROSTARS			
SKATTEFUNN	FoU-PROSJEKTER			
SIVA	NÆRINGSHAGER, INKUBATORER, FORSKNINGSPARKER OG KUNNSKAPSPARKER			
DE REGIONALE FORSKNINGSFONDENE	REGIONALE BEDRIFTSPROSJEKTER			
	REGIONALE OFFENTLIGE PROSJEKTER			
	REGIONALE FORSKERPROSJEKTER			
	REGIONALE INSTITUSJONSPROSJEKTER			
	REGIONAL PROBLEMSTILLINGER I NASJONALE PROGRAM			
	REGIONAL KVALIFISERINGSSTØTTE			
	PROSJEKTMIDLER			
UTVIKLINGSSYKEHEMMENE	PROSJEKTMIDLER			
FORSKNINGSRÅDET	FAGEVALUERINGER			
	FORNY			
HELSEBIBLIOTEKET	PROSJEKTMIDLER			
HELSEDIREKTORATET	PROSJEKTMIDLER			
KUNNSKAPSENTERET	PROSJEKTMIDLER			
DE NASJONALE KOMPETANSESENTRENE	PROSJEKTMIDLER			



# 2 Strategien

Helse- og omsorgssektoren er en stor og viktig sektor som utgjør nesten 10% av BNP, og som forventes å øke i størrelse de neste tiårene. Befolkningens alderssammensetning og nye teknologiske muligheter vil være drivende for en både absolutt og relativ vekst i helse- og omsorgssektoren.

Olje- og gasssektoren er i dag sammen med fiskerinæringen vår viktigste inntektskilde. Disse inntektene vil i løpet av dette århundret bli relativt mindre, og nye sektorer må fylle gapet gjennom andre inntektskilder. Norge trenger derfor kunnskapsbaserte næringer hvor det etableres nye bedrifter som er konkurransedyktige både nasjonalt og globalt. Dette må være en sentral målsetting for en strategi med det 21. århundret som horisont.

Kunnskap og innovasjon er de viktigste forutsetningene for utvikling i helse- og omsorgssektoren. Samtidig er kunnskap med relevans for sektoren et grunnlag for næringsutvikling og etablering av en helse- og omsorgsrelatert kunnskapsindustri. En slik dobbel effekt av investeringer i kunnskap og innovasjon vil være viktig bidrag til et bærekraftig velferdssystem og til verdiskaping for samfunnet.

HelseOmsorg21 skal imøtekomme helse- og omsorgssektorens utfordringer gjennom forskning og innovasjon, og målbildet dekker tre dimensjoner:

- 1) God folkehelse,
- 2) Næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling, og
- 3) Grensesprengende forskning.

### Mål for HelseOmsorg21:

#### God folkehelse

Et forskningssystem innrettet mot kunnskapsbehov, brukernes behov og tjenestenes behov.

Økt utnyttelse av forskningsbasert kunnskap både i praksisfeltet og i folkehelsearbeidet.

Økt utnyttelse av forskningsbasert kunnskap i tjenesteutvikling og politikkutforming.

Økt utnyttelse av helsedata for forskning, analyser og forbedring av helse- og omsorgstjenestene.

Økt personlig kunnskap og utnyttelse av egne helsedata for bedre helse og livskvalitet.

Lærende og utviklende helse- og omsorgstjenester.

Økt antall kliniske studier.

God kvalitet og relevant praksis i de helsefaglige utdanningene.

Visjonen for  
HelseOmsorg21:  
Kunnskap, innovasjon  
og nærings-  
utvikling for bedre  
folkehelse

## Næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling

---

Økt registrering av patenter og varemerker på helse- og omsorgsområdet.

---

Økt antall selskapsetableringer på helse- og omsorgsområdet.

---

Gode utviklingskår for norsk helseindustri.

---

Økt antall norske industrilokomotiver innenfor helse.

---

Økt antall internasjonale selskaper med FoU-enheter i Norge.

---

Økt antall industrifinansierte kliniske studier.

---

Øke innovative anskaffelser som andel av totale anskaffelser innenfor helse og omsorg.

---

Økt støtteandel til næringslivet i FoU-prosjekter på linje med Horisont 2020.

---

Økt andel for helse- og omsorgsforskning i privat sektors FoU-investeringer

---

Økt andel FoU i den private helse- og omsorgssektoren.

---

Økt samhandling mellom næringsliv og det offentlige.

## Grensesprengende forskning

---

Økt antall publikasjoner i internasjonale topptidsskrifter – opp på nivå med Danmark.

---

Publikasjonstall og siteringer på nivå med Sverige og Danmark.

---

Økt mobilitet for norske forskere.

---

Økt antall søknader til EUs forskningsutlysninger.

---

Flere søknader med deltakelser på tvers av sektoren mellom både UoH/RHF og akademia/helsesektoren og industrien.

---

Økt returandel i EUs rammeprogram Horisont 2020 (opp på nivå med Sverige og Danmark).

HelseOmsorg21 omfatter strategiske tiltak som vil gi langsiktige og målbare endringer innenfor alle disse tre områdene. Et system, HO21 Monitor, for bedre å kunne måle effektene av investeringene i sektoren er ett av tiltakene som anbefales.



# Ti strategiske satsinger

HelseOmsorg21 har valgt å prioritere ti brede, men tydelige strategiske satsinger som bygger på innspillene i prosessen og anbefalingene fra de fem arbeidsgruppene:

Økt brukermedvirkning

Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

Kunnskapsløft for kommunene

Helsedata som nasjonalt fortrinn

Bedre klinisk behandling

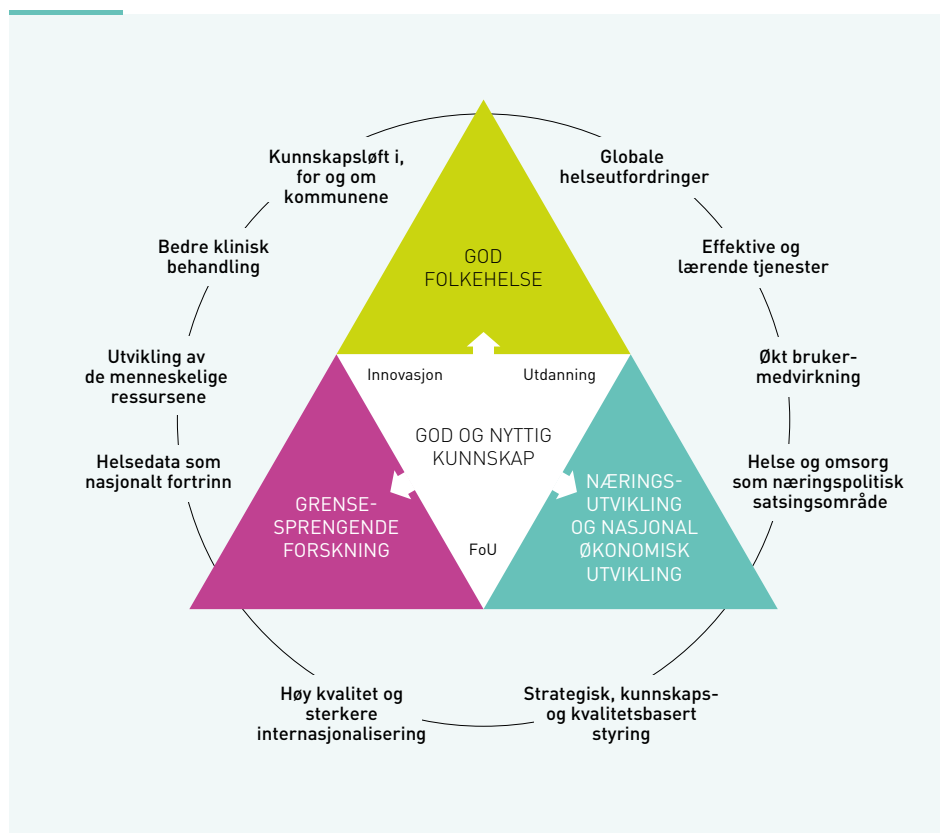
Effektive og lærende tjenester

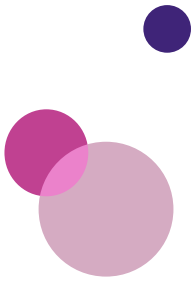
Møte de globale helseutfordringene

Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering

Utvikling av de menneskelige ressursene

Strategisk og kunnskapsbasert styring





## Økt brukermedvirkning

Brukermedvirkning og brukerstyring i forsknings- og innovasjonsprosesser handler om å la de som kjenner behovene være med å sette agendaen. I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) vektlegges brukermedvirkning i forskning og innovasjon for å sikre kvalitet og relevans. God kvalitet på tjenestene forutsetter at brukernes erfaringer og synspunkter tas med i utviklingen og anvendelsen av kunnskap. Brukermedvirkning kan bidra til økt «treffsikkerhet» i utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud, men pasienter/brukere er i dag i for liten grad

delaktige i utformingen av helsetjenestene. Det er behov for tiltak som bidrar til at brukermedvirkning blir en naturlig og integrert del i alle ledd i forsknings- og innovasjonsprosessen. HOD har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å utvikle retningslinjer for brukermedvirkning i forskning og innovasjon – og å implementere disse. Forskningsrådet er bedt om å sikre brukermedvirkning i helseprogrammene. For å sikre reell brukermedvirkning må tiltakene også bidra til holdnings- og kulturendringer hos forskere og forskningsinstitusjoner.

### HELSEOMSORG21 ANBEFALER:

For å øke brukermedvirkningen i offentlige finansierte kliniske studier, innføres krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planleggingen av studien.

Etablere samarbeid mellom industrien, det offentlige og brukerorganisasjonene for å øke brukermedvirkningen i industrifinansierte studier.

Forskningsinstitusjonene må utarbeide retningslinjer og iverksette tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskningens ulike faser, herunder økt brukermedvirkning i utforming (design) av forskningsprosjekter.

Systematisk dialog og samarbeid om brukermedvirkning mellom forskningsinstitusjonene og pasient- og brukerorganisasjonene.

Minoritetsperspektivet må inkluderes i brukermedvirkning, spesielt i studier som angår tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester.

Etablering av ordninger for å la brukerne bygge kompetanse i rollen som brukerrepresentant.

Helse- og omsorgssektoren må innføre prosesser for innovative anskaffelser og benytte dialogkonferanser med brukere og relevant næringsliv/leverandører.

**HELSEOMSORG21 FORESLÅR AT DETTE IVERKSETTES VED:** \_\_\_\_\_

→ Ved utlysning av forskningsmidler vil søknader med aktiv involvering av brukere, bli positivt vurdert.

**ANSVAR:** Forskningsfinansierer

\_\_\_\_\_

→ Regelverk og utlysninger for klinisk forskning tar inn bestemmelser om brukermedvirkning.

**ANSVAR:** HOD og forskningsfinansierer

\_\_\_\_\_

→ Utarbeidelse av institusjonelle retningslinjer for brukermedvirkning i forsknings- og innovasjonsprosesser.

**ANSVAR:** Forskningsinstitusjonene

\_\_\_\_\_

→ Helse- og omsorgsektoren utnytter brukernes og leverandørens kompetanse ved innovative anskaffelser.

**ANSVAR:** Kommuner og HFene

\_\_\_\_\_

→ Etablering av kurs og andre kompetansefremmende tiltak for brukere.

**ANSVAR:** Brukerorganisasjonene

**HELSEOMSORG21s ANBEFALINGER VIL BIDRA TIL:**

Mer relevant forskning og innovasjon i tråd med brukernes behov i det som er pasientenes helsetjeneste.

\_\_\_\_\_

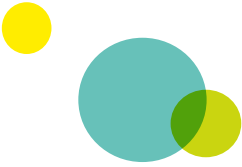
Økt kompetanse hos brukerrepresentantene.

\_\_\_\_\_

Økt innflytelse for brukerne i prioritering og planlegging av forskning.

\_\_\_\_\_

Mer kunnskap om forskning og innovasjon i brukerorganisasjonene.



## Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

### En rettet nasjonal satsing på næringsutvikling innenfor helse og omsorg er viktig av følgende grunner:

Strategisk: Det er viktig for Norge å være aktivt med i den globale helse- og omsorgsøkonomien og i bioøkonomien. Helse- og omsorgsindustri er verdens mest forskningsintensive næring, og passer inn i Norges politiske satsing på forsknings- og kunnskapsbaserte næringer.

Nasjonaløkonomisk: Få andre næringssektorer har et større voksende marked nasjonalt og internasjonalt. Store offentlige investeringer i helse og omsorg er en forutsetning for god næringsutvikling. I dag er de nasjonaløkonomiske inntektene for lave.

Folkehelse- og velferdsperspektiv: Nye produkter og tjenester kan bidra til bedre folkehelse og være med på å løse de store utfordringene velferdssamfunnet står overfor.

### Grunnet særskilte barrierer og markedssvikt er en sektorspesifikk, synlig og koordinert satsing på næringsutvikling nødvendig for å forløse det store potensialet:

Offentlig sektors rolle er større enn i andre næringsområder ved at den står for broparten av forskningen, kontrollerer det meste av infrastruktur for utprøving og utvikling samt er den største kunden. I det offentlige er det liten konkurranse mellom aktørene, noe som gir mindre drivkraft for innovasjon og effektivisering. Samtidig har det vært for dårlige insentiver, og liten kultur eller forståelse for egen rolle til å bidra til næringsutvikling.

Et stort antall andre land har allerede lansert målrettet sektorspesifikk satsing på helse- og omsorgsindustri med tilpassede tiltak. Norge vil neppe være konkurransedyktig i internasjonale markeder om man ikke gjør noe tilsvarende.

Erfaring har vist at viktige deler av det sektornøytrale offentlige virkemiddelapparatet i for liten grad har nådd frem til norsk helse- og omsorgsindustri. Til tross for at behovet er større innenfor deler av helseindustrien enn for de fleste andre næringsgrener, er situasjonen slik grunnet lenger utviklingstid og høyere risiko. Særlig gjelder dette virkemidler som skal bygge bro mot private investorer så som såkornfond, Investinor og Argentum. Dels skyldes dette manglende kompetanse og erfaring i forvaltnings- og finansmiljøer. Kapitalmangel er i dag den største trusselen for de fleste unge helse- og omsorgsbedrifter og til hinder for at nye selskaper stiftes. En tydelig offentlig sektorspesifikk satsing med tilhørende tiltak vil stimulere sårt tiltrengt privat investeringsvilje.

## HELSEOMSORG21 ANBEFALER:

Styrke norsk næringsutvikling gjennom økt samspill med academia, helseforetak og kommuner. Samsillet mellom Helsedirektoratet, helseforetak, academia, kommuner, brukere og næringslivet, må forbedres betydelig. Det må være insentiver for og en naturlig oppgave for helseforetak, universiteter, høyskoler og kommuner å medvirke til næringsutvikling gjennom samarbeid med næringslivet. Det må også være tilbud om kunnskap, forskningsresultater, kompetanse og infrastruktur til næringslivet. I den forbindelse må det etableres bedre insentiver innenfor helsetjenestene og academia med belønning av patenteringer, innovasjoner, lisensiering og selskapsdannelser. For å bygge kompetanse og kultur fra grunnen, må det innføres stimulerende obligatorisk innovasjons- og entreprenørskapsopplæring i de relevante natur- og samfunnsvitenskapelige og helse- og omsorgsrettede utdanningene. En ny ordning med innovasjonstraineer må være del av opplæringen.

Nytt strategisk virkemiddel for innovasjonsprosjekter i næringslivet for utvikling, verifisering, demonstrering og pilotering av helse- og omsorgsinnovasjoner for tjenestene og for et raskt voksende privatmarked. Støtteandelen må være på samme nivå som støtteandelen for bedrifter i Horisont 2020. Resultater fra innovasjonsprosjektene må bringes inn i innovative anskaffelser slik at FoU-resultater kommer til anvendelse mye raskere enn i dag.

Økt kapitaltilgang for norske helse- og omsorgsbedrifter. Mangel på offentlig så vel som privat kapital i fasene fra verifisering og frem til og med venturekapital, er et stort hinder for etablering, overlevelse og vekst i helse- og omsorgsbedrifter. Vi anbefaler derfor:

- Innføre skatteinsentiver for investorer i innovasjonstunge tidligfase bedrifter.
- Etablere to såkornfond med asynkron løpetid målrettet innenfor helse og omsorg, slik at det sikrer konkurranse og kontinuitet.
- Endre mandat og instruksjon til Argentum og Investinor for investeringer i helse- og omsorgsbedrifter, eller inkludere denne type fond som en del av nytt strategisk virkemiddel foreslått ovenfor.
- Innføre et eget tiltak innenfor Skattefunn der forskningsbaserte tidligfase-bedrifter tilbys en refusjonsramme (skattefradrag) på 35 %. Den generelle timesatsen for SkatteFUNN økes til normal timepris-sats for brukerstyrt forskning.

→ Innføre en «Helse- og omsorgsmyggordning» etter modell fra «Oljemyggordningen» i olje- og gassindustrien.

Innovative anskaffelser<sup>22</sup> – markedsadgang og innovasjonssystem. Innovative anskaffelser i det offentlige med fokus på oppnåelse av «beste og neste praksis», bør benyttes aktivt som næringsfremmende tiltak. Innovative anskaffelser bør være den foretrukne anskaffelsesmetode. Det må stimuleres til anskaffelser der det stilles krav til kvalitet, funksjonalitet og interoperabilitet, og ikke forhåndspesifisert teknologivalg. Offentlige aktører må utnytte handlingsrommet som ligger i reglene for offentlige anskaffelser, i tråd med nasjonal strategi for økt innovasjonseffekt av offentlige anskaffelser.

IKT-arkitektur/funksjonelle grensesnitt må etableres, som muliggjør at næringslivet på en effektiv måte kan gjøre sine løsninger interoperable med andre løsninger i helse- og omsorgssektoren («en gang for alle løsninger»). IKT-arkitekturen/grensesnitt må benyttes i tiltaket «Teknisk infrastruktur for utprøving og testing» for blant annet demonstrasjon og benchmarking av løsninger.

Infrastruktur for utprøving og testing (utprøvingssentre/testbeds) må bygges opp og driftes, med deltakelse fra næringslivet, for utprøving og testing av både ny diagnostikk, legemidler, medisinsk utstyr, informasjonsløsninger og velferdsteknologi. Infrastrukturen må bygges med et internasjonalt perspektiv der samarbeid etableres med internasjonale aktører for å oppnå best mulige tjenester og datatilfang. Næringslivet må gis tilgang til kompetanse og fasiliteter i form av laboratorier, helseregistre, biobanker, testfasiliteter, utstyr og teknisk ekspertise hos akademia, helseforetak, kommuner og industriinkubatorer. Det må etableres en støtteordning for storskalatesting av løsninger med spesielt stort helse- og omsorgspotensial.

Innovasjon og næringsutvikling må innlemmes i norsk helse- og omsorgsforvaltning. Forsknings- og innovasjonsprosjekter skal ha tilgang til regulatorisk rådgivning og kompetanse. Et eksempel er at Statens legemiddelverk får mandat og ressurser til å etablere et nasjonalt innovasjons- og veiledningskontor for å støtte norsk legemiddelforskning og norske SMEer.

22) Innovasjon gjennom offentlige anskaffelser vil si å finne bedre løsninger på virksomhetenes oppgaver ved å ta i bruk kjente varer og tjenester på nye områder eller ved å utvikle nye produkter.

## HELSEOMSORG21 FORESLÅR AT DETTE IVERKSETTES VED: \_\_\_\_\_

→ Økt samspill mellom næringslivet og det offentlige, samt oppbygging og drift av infrastruktur for utprøving og testing.

**ANSVAR:** Næringslivet og forskningsinstitusjonene

---

→ Innovative anskaffelser må bli en foretrukken anskaffelsesmetode slik at denne type anskaffelser gradvis økes og utgjør en vesentlig andel av totalen.

**ANSVAR:** NFD, HFene og kommunene

---

→ Et nytt strategisk virkemiddel for innovasjonsprosjekter i næringslivet knyttet til innovative anskaffelser, forvaltet av Forskningsrådet.

**ANSVAR:** NFD og Forskningsrådet

---

→ At støtteandel for næringslivet i FoU-prosjekter blir på linje med Horisont 2020.

**ANSVAR:** NFD

---

→ Rask utredning av provenyeffekt, forventet virkning og nødvendig organisering av tiltakene under kapitalbehov.

**ANSVAR:** NFD og FIN

---

→ Tilrettelegging for næringsutvikling fra helse- og omsorgsforvaltning.

**ANSVAR:** HOD, Legemiddelverket og NFD

---

→ Etablering av IKT-arkitektur med funksjonelle grensesnitt for effektivt å gjøre nye IKT-løsninger interoperable med andre løsninger.

**ANSVAR:** HOD, Helsedirektoratet og næringslivet

### HELSEOMSORG21s ANBEFALINGER VIL BIDRA TIL:

Mobilisering av nødvendig privat kapital, i tillegg til å gi bedrifter et grunnlag for deltakelse i EU-programmer som Horisont 2020.

---

Effektive, fleksible og modulbaserte løsninger for helse- og omsorgspersonell på tvers av organisatoriske grenser mellom stat og kommune, spesialist- og primærhelsetjeneste.

---

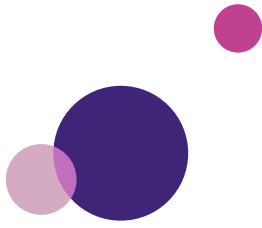
Sikrere grunnlag for nye bedriftsdannelser, mulighet for overlevelse av de sterkeste oppstartbedriftene, og skalering av bedrifter nasjonalt og internasjonalt.

---

Nasjonalt markedsadgang for gode innovative løsninger som også kan være referanseprosjekter for eksport.

---

Øke toveis kunnskaps- og kompetanseoverføring mellom kunder og leverandører, det offentlige og private.



## Kunnskapsløft for kommunene

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

Forskning, innovasjon, deltakelse i utdanning og bidrag til næringsutvikling må bli en naturlig del av kommunesektorens ansvarsområde. Evnen til tjenesteinnovasjon må styrkes blant annet gjennom erfaringsoverføring, kompetanseheving, offentlig/privat samarbeid og ved å ta i bruk ny teknologi. Vi må i større grad få forskningsbasert profesjonsutdanning og -utøvelse. Det må avsettes betydelige midler og utvikles et system mellom forsknings- og utdanningsinstitusjoner og kommunene, som sikrer forskning av høy kvalitet. Forskningen må være relevant for kommunenes ansvarsområder innenfor forebygging, helse og velferd.

### HELSEOMSORG21 ANBEFALER:

Kommunenes medvirkningsansvar for forskning forsterkes og tydeliggjøres ved å omfatte deltakelse i samarbeid om og finansiering av forskning på regionalt nivå og deltakelse i utviklingen av en instituttsektor for kommunesektoren. Dette må ledsages av en nasjonal konkurransearena for forskning for, i, med og på kommunene. På sikt, når finansieringen er på plass, må det vurderes å gi kommunene et fullt sørge-for-ansvar som sidestiller kommunesektoren samlet med spesialisthelsetjenesten, uten et krav om at forskningen skal gjennomføres av den enkelte kommune. Forskning bør ikke være en lovpålagt oppgave for enkeltkommuner. Det må sikres en opptrapping av en total finansiering til en slik satsing med 200 mill. kroner i første år og med lik fordeling regionalt og nasjonalt, økende til 1 mrd. kroner per år etter fem år. Dette tilsvarer ca 1 % av kommunenes investeringer i helse- og omsorgstjenester.

Det må utvikles et innovasjonssystem for hele bredden av kommunenes virksomhet som sikrer incentiver, risikoavlastning, mobilisering, gjennomføring og samarbeid med forskningsinstitusjoner, helse- og omsorgstjenester og næringsliv. Dette må være en naturlig del av det brede nasjonale og de regionale innovasjonssystemene. Et godt innovasjonssystem for kommunene vil være en god investering som bidrar til at kommunene kan løse sine oppgaver med mindre ressursinnsats. Regjeringen må gjennom en opptrappingsplan på 10 år sikre finansiering som tilsvarer 10 % av realveksten i kommunenes inntekter.

Det må utvikles nye regionale samarbeidsorganer for forskning mellom kommunene og forsknings- og utdanningsinstitusjonene. Disse må ha tett dialog med eksisterende regionale samarbeidsorgan mellom helse-



foretakene og universitetene. Det må utvikles en helhetlig instituttsektor for kommunene gjennom en videreutvikling av dagens kompetanse-, kunnskaps-, utviklings- og forskningssentre som er innrettet mot kommunenes behov (se Noen utvalgte områder). Det må forutsettes at disse tydelig knyttes opp til forsknings- og utdanningsmiljøer (UoH-sektor) og til kommunesektoren, og får en målrettet kvalitetsforbedring gjennom nasjonale tiltak. De regionale forskningsmidlene rettet mot kommunenes behov bør forvaltes av denne instituttstrukturen på tilsvarende måte som RHFene forvalter spesialisthelsetjenestens midler.

Midlene til forskning og innovasjon for, i, med og på kommunene må omfatte (1) langsiktig basisfinansiering til ovennevnte instituttsektor, (2) medfinansiering av virkemidler, for eksempel Offentlig sektor-ph.d og partnerskapsprosjekter etter modell fra Nederland og England, (3) fordeling på regionale konkurransearenaer og 4) fordeling på en nasjonal konkurransearena. Utlysninger gjennom Forskningsrådets programmer og satsing på foregangskommuner er viktig for å sikre kvalitet og samspill med det bredere forsknings- og innovasjonssystemet. Dette er særlig avgjørende i en oppbyggingsfase. De regionale fordelingsarenaene er viktige for å sikre eierskap og bred implementering. Det må utvikles fleksible løsninger som gjør at kommuner enkeltvis, eller fortrinnsvis i samarbeid, kan bli aktive partnere i forskning og innovasjon.

Det må utvikles god infrastruktur for forskning på kommunenes helseutfordringer med et nasjonalt register for kommunale helse- og omsorgstjenester, og forskningsnettverk for allmennleger, tannleger og andre helsepersonellgrupper, også gjerne tverrprofesjonelt.

Kommunene må få en lovpålagt plikt til å bidra med praksisplasser for studenter i medisin, helse- og sosialfag på linje med plikten innenfor opplæringsloven for praksisplasser for lærer- og førskolelærerstudenter. Det må følge øremerket finansiering med studentene fra UoH-sektor.

## HELSEOMSORG21 FORESLÅR AT DETTE IVERKSETTES VED: \_\_\_\_\_

→ Et ansvar for forskning for en samlet kommunal sektor realiseres gjennom regionale samarbeidsløsninger, en statlig basisfinansiert instituttsektor kombinert med midler til en nasjonal konkurransearena for forskning for, i, med og på kommunene. En opptrapping av grunnfinansieringen til en slik satsing må sikres i første omgang til 0,2 %, og på sikt

til 1 % av kostnadene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Deler av dette må finansieres gjennom kommuneøkonomien.

**ANSVAR:** Kommunene (KS), KMD og HOD

→ Etablere nye regionale samarbeidsorganer for kommunene.

**ANSVAR:** Kommunene, UoH-sektor, KD, KMD og HOD

---

→ Etablere en instituttstruktur/-sektor for kommunene.

**ANSVAR:** HOD og KMD

---

→ Etablere og finansiere en bred innovasjonsarena for kommunesektoren.

**ANSVAR:** KMD i samarbeid med NFD og kommunene

---

→ Utvikle et system for og finansiering av praksisplasser for studenter innenfor relevante profesjonsutdanninger i kommunene.

**ANSVAR:** KD, kommunene, UoH-sektor

---

→ Forskningsrådet forventes og gis mulighet til å bidra til finansiering av forskning for, i og med og på kommunene på deres ansvarsområder for å sikre kvalitet i det nye forskningssystemet for kommunene. Dette er kritisk viktig i en oppbyggingsfase.

**ANSVAR:** HOD, KD, KMD, og Forskningsrådet

#### HELSEOMSORGS21s ANBEFALINGER VIL BIDRA TIL:

Effektive kommunale helse- og velferdstjenester og kommunalt folkehelsearbeid av høy kvalitet.

---

En helt nødvendig forskyving av innsatsen i helsetjenestene fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste og omsorg.

---

Et godt kunnskapsgrunnlag for kommunenes politiske rolle og administrative oppgaver.

---

Et godt grunnlag for å utvikle samarbeidet med næringslivet og frivillige organisasjoner om løsning på forebyggings-, helse- og omsorgsutfordringene.

---

Det blir attraktivt for høyt kompetente fagfolk å arbeide i kommunene og for høyt kompetente forskere å forske sammen med kommunene om kommunenes forebyggings-, helse- og omsorgsutfordringer.

---

Styrket internasjonalt samarbeid om kommunenes utfordringer.

---

Etablering av et nasjonalt register for kommunale helse- og omsorgstjenester.

---

Utvikling av forskningsnettverk i allmenntannmedisin og tannhelsetjenesten etter modell fra fungerende nettverk i utlandet.



## Helsesdata som nasjonalt fortrinn

Gode data gir grunnlag for nyttig, pålitelig og oppdatert kunnskap. Helsedata fra registre, befolkningsbaserte helseundersøkelser og biobanker er et vesentlig fortrinn for norsk helseforskning og innovasjon. Dette fortrinnet bør utvikles videre blant annet ved å sørge for enkel og sikker tilgang til data, og bedre data fra helse- og omsorgstjenestene i kommunene og fra private aktører. Målet er å ha data som gir grunnlag for kunnskapsbaserte forebyggende tiltak og kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester. Vi trenger rask og sikker tilgang til informasjon for den enkelte innbygger, pasient og helsearbeider. Det er behov for løpende oppdaterte analyser av helsetilstanden i befolkningen og helsetjenestene, som formidles til de som skal bruke kunnskapen.

### LOVERKET OMFATTER:

Biobankloven  
Bioteknologiloven  
Folkehelseloven  
Helseforskningsloven  
Helseregisterloven  
Lov om helsepersonell  
Lov om kommunehelsetjenester  
Lov om spesialisthelsetjenester  
Statistikkloven

### HELSEOMSORG21 ANBEFALER:

#### Enklere og bedre regelverk og forvaltning

Igangsette en samlet gjennomgang av lovverket for å forenkle det, og gjøre tilgang til data enklere og sikrere.

Utrede hvor reservasjonsrett er egnet som alternativ til samtykke.

Utrede forskrift for og/eller rammegodkjenning av aktører som skal bruke data fra helseregistre og/eller gjenbruke helsedata til analyse, forskning og innovasjon, fremfor forhåndsgodkjenning av enkeltprosjekter i REK og andre instanser. Dette bør kombineres med å styrke tilsynet av denne typen virksomhet.

Muliggjøre innføring av tidsfrister for utlevering/tilgang til data fra flest mulig av datakildene, gjennom en tilrettelagt infrastruktur tilsvarende det som gjelder for sentrale helseregistre i dag.

Sikre at oppfølgingen av «én innbygger – én journal<sup>23</sup>» og andre e-helsesatsinger ivaretar sekundære formål som analyse, forskning og innovasjon, og sørge for at helsedata kan gjenbrukes til slike sekundære formål.

Forenkle kobling av data, inkludert kobling til sosioøkonomiske data og andre data fra andre sektorer.

Innføre deling av data som hovedprinsipp. Det vil si at registerdata og kliniske data blir tilgjengelige også til bruk på tvers av og utenfor foretak/kliniske enheter. Utarbeide felles nasjonal prispolitikk for tilgang til registerdata og biologisk materiale fra helsetjenestene.

23) St. Meld. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal

## **Modernisere teknologiske løsninger og forvaltning av helsedata**

---

Videreutvikle innebygget personvern i all forvaltning av helsedata gjennom å utvikle spesifikke prinsipper og krav for innebygget personvern basert på Datatilsynets retningslinjer.

---

Strukturere data i helse- og omsorgstjenestene i større grad, og sikre at disse kan høstes automatisk til gjenbruk i helseregistre.

---

Legge til rette i helseforetakene og kommunene for gjenbruk av helse-registerdata til kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon

---

Gi innbyggerne tilgang til egne registerdata og tilgjengelig informasjon om hva data brukes til.

---

Bruke nye teknologiske løsninger som utvikles for de primære formålene, ikke spesifikke registreringer til enkeltformål og/eller enkeltregistre.

---

Etablere felles nasjonale systemer for tilgang til data, saksbehandling og koblinger til bruk i analyse, forskning og innovasjon – én portal for søknader og tilgang.

---

Vurdere endringer i de organisatoriske løsningene for sekundær bruk av helsedata, inkludert organiseringen og forvaltningen av de nasjonale helseregistrene.

## **Utvide datagrunnlaget**

---

Etablere Kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR) med data fra helsestasjoner, skolehelsetjenesten, fastleger, sykehjem og andre aktører i primærhelsetjenestene, inkludert private aktører.

---

Gjennomføre regelmessige nasjonale befolkningsbaserte helseundersøkelser blant annet ved å bygge videre på eksisterende helseundersøkelser som Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), Tromsøundersøkelsen og Den norske mor og barnundersøkelsen (MoBa).

---

Etablere utvidet nasjonalt legemiddelregister basert på innholdet i Reseptregisteret med data fra sykehus, sykehjem og andre institusjoner, og med nødvendig klinisk informasjon.

### Videreutvikle biobanker og biobanktjenester

Styrke satsingen på storskala infrastruktur i Biobank Norge.

Etablere et nasjonalt biobankregister etter dansk modell som gir informasjon om hvor ulike prøver finnes og hvem som forvalter dem.

Etablere nasjonale sykdomsbaserte prospektive forskningsbiobanker og andre forskningsbiobanker basert på rutinemessig innsamlete prøver fra helsetjenesten og fra screeningprogrammer (for eksempel nasjonal kreftbiobank og nyfødtscreeningens biobank).

Gjennomføre storskala analyser av biologisk materiale for å gjenbruke data i stedet for å forbruke biologisk materiale.

### HELSEOMSORG21 FORESLÅR AT DETTE IVERKSETTES VED:

→ Igangsette en større lov- og forskrifts-gjennomgang på området.

**ANSVAR:** HOD og forskningsinstitusjonene

→ Benytte e-helsesatsingene, Nasjonalt helse-registerprosjekt og Biobank Norge der det er hensiktsmessig for å iverksette tiltakene.

**ANSVAR:** HOD, KD, Helsedirektoratet og Forskningsrådet

→ Gjennomgå organiseringen av helseregistrene og dataforvaltningen, og vurdere ett nasjonalt data-/registerforvaltningsorgan som kan gi tilgang til data og utføre forskertjenester. Dette kan for eksempel være i form av én nasjonal søknadsinstans. Det bør vurderes om dette kan knyttes til infrastrukturprosjektene som Norges forskningsråd finansierer,

det vil si «Helseregistre for forskning» og «RAIRD» (Remote Access Infrastructure for Register Data).

**ANSVAR:** HOD og Forskningsrådet

→ Utnytte foraene som er etablert eller etableres i oppfølgingen av HO21, som en strategisk gruppe for helse-data inspirert av det nyopprettete Strategisk Alliance for Register og Sundhedsdata (STARS) i Danmark.

**ANSVAR:** HOD

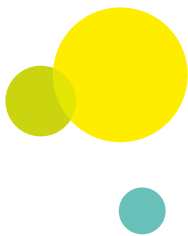
→ Etablere en nasjonal satsing på minst 100 mill. kroner årlig for registerbaserte studier og bidrag til etablering av nasjonale sykdomsbaserte forskningsbiobanker med finansering fra relevante departementer og regionale helseforetak.

**ANSVAR:** KD, HOD, ASD, KMD og RHFene

### HELSEOMSORG21s ANBEFALINGER VIL BIDRA TIL:

Realisering av helseregistre, helseundersøkelser og biobanker som et nasjonalt fortrinn i analyse, forskning, innovasjon og næringsutvikling.

Et internasjonalt konkurransedyktig kunnskapssystem for folkehelse.



## Bedre klinisk behandling

Klinisk forskning er en nødvendig forutsetning for å opprettholde og videreutvikle høy kvalitet i helse-tjenesten, og bidrar til at forskningsbasert kunnskap tas i bruk. Kliniske studier handler om å dokumentere effekt, nytteverdi og sikkerhet av nye behandlings-metoder. Det inkluderer legemiddelindustriinitierte, forskerdrevne og offentlig initierte kliniske studier. Mange pasienter ønsker å delta i kliniske studier når det ikke kan tilbys behandling som er basert på tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon. Tjeneste-

tilbudet på dette området er imidlertid begrenset og ujevnt geografisk fordelt. Pasientenes rettigheter bør derfor styrkes, og helsetjenesten må utvikle tenkningen rundt trygg og effektiv tilrettelegging for og gjennomføring av kunnskapsbringende kliniske studier. Helsetjenesten har en klar forpliktelse til å dokumentere effekter, eller sørge for at det er gjennomført gode konklusive kliniske studier før ny diagnostikk og behandling tas rutinemessig i bruk i tjenestene.

### HELSEOMSORG21 ANBEFALER:

Etablere god infrastruktur for kliniske studier av høy kvalitet i henhold til den internasjonale standarden Good Clinical Practice (GCP). Styrke etableringen og videreutviklingen av kliniske utprøvingseenheter ved de norske universitetssykehusene, slik at kravene til ansvarlig studiegjennomfører (sponsor) kan oppfylles. Etablere forskningsnettverk i allmenntannhelse og tannhelsetjenesten som kan koordinere kliniske studier.

Sikre at NorCRIN, vår nasjonale koordineringsenhet og nettverk for kliniske studier, har kunnskap om kapasitet og kompetanse i universitetssykehusene, andre helseforetak og i forskningsnettverk for kommunehelsetjenesten så eksterne oppdragsgivere kan betjenes trygt, raskt og punktlig. Dyktiggjøre NorCRIN-nettverket for gjennomføring av flerregionale og internasjonale multisenterstudier, spesielt sponsoroppgavene i flerregionale akademiske studier.

Motivere universitetssykehusene og samarbeidspartnere til å delta aktivt i nasjonale, nordiske og internasjonale nettverk, som for eksempel Nordic Trial Alliance og European Advanced Translational Research Infrastructure in Medicine (EATRIS).

Knytte ressurser og infrastruktur for kliniske studier til fremragende kliniske forskningsmiljøer rettet mot spesialist- og kommunehelsetjenesten. Slike kompetente klynger vil styrke attraktiviteten for norsk forskning og innovasjon gjennom bedre synliggjøring av deres eksistens. Dette kan ses i sammenheng med utviklingen av Sentre for klinisk helseforskning (se avsnittet om Høy kvalitet og internasjonalisering).

Skape insentiver for deltakelse og inkludering i kliniske studier, slik at avdelinger og klinikker i universitetssykehus i større grad definerer klinisk

utprøving som en av sine oppgaver – med nødvendig ressursallokering – for å yte et fullstendig behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det må skapes finansielle insentiver for dette, eksempelvis ved særskilt å finansiere studiesykepleiere og annet støttepersonell, frikjøp av leger og lignende.

---

Prøve ut ordninger med særskilte takster i kommunehelsetjenesten og nye mekanismer innen innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten, som insentiv for deltakelse og inkludering i kliniske studier.

---

Aktiv deltakelse i forskningsarbeid knyttet til kliniske studier bør bli meritterende i legers spesialistutdanning, og få positiv innvirkning på karriere- og lønnsutvikling.

---

Styrke mulighetene for flest mulig pasienter til å delta i kliniske studier og utprøvende behandling. Tilfeldige og geografiske ulikheter i helse-tjenestetilbudet må utjevnes, og raskere inkludering av pasienter i kliniske studier må sikres. Det må opprettes et nytt nasjonalt system for ny vurdering når det ikke lenger foreligger et etablert behandlingstilbud for alvorlige sykdommer som inneholder:

- Etablerer et nettsted med oversikt over pågående kliniske studier med leservennlig informasjon til pasienter/pårørende, fastleger og andre klinikere.
  - En mulighet for pasienter/pårørende og helsepersonell til å få vurdert informasjon de selv har innhentet.
  - En mulighet for pasienter til å bli vurdert, for eksempel av et ekspert-panel, til å kunne delta i studier/behandling.
- 

Det må stilles krav om at ny behandling i hovedsak skal dokumenteres før den innføres i helsetjenesten, og at utprøvende behandling som hovedregel bør tilbys som del av en klinisk studie. Forskningsdokumentasjonen må innfri tydelige kvalitetskrav, og det må etableres konkrete standarder før forskningsresultater implementeres i helsetjenesten slik det er lagt opp til i systemet for innføring av nye metoder. Pasientforløpsstudier kan gjennomføres for å sikre gode resultater av implementeringen.

## HELSEOMSORG21 FORESLÅR AT DETTE IVERKSETTES VED: \_\_\_\_\_

→ Infrastruktur, utprøvningsenheter og støttefunksjoner for kliniske studier må styrkes ved universitetssykehusene.

**ANSVAR:** RHFene

\_\_\_\_\_

→ Etablere et informasjonssystem for kliniske studier.

**ANSVAR:** HOD

\_\_\_\_\_

→ Skape insentiver for involvering i kliniske studier.

**ANSVAR:** RHFene og HFene

\_\_\_\_\_

→ Vurdere endringer i finansieringssystemene for å gi insentiver for inkludering i kliniske studier og utprøvende behandling.

**ANSVAR:** HOD

\_\_\_\_\_

→ Etablere en tydelig nasjonal forsknings-satsing for å styrke kliniske multisenterstudier med en ramme på 500 mill. kroner per år. Det må utvikles åpne konkurranseutsatte søknadsprosedyrer og systemer som sikrer en særskilt relevansvurdering ut i fra sektorens og brukernes behov. Formålet er å gjennomføre forskning av høy kvalitet og relevans for å møte fremtidige helse- og velferdsutfordringer.

**ANSVAR:** HOD, RHFene og Forskningsrådet

### HELSEOMSORGS21s ANBEFALINGER VIL BIDRA TIL:

Ny kunnskap som dokumenterer effekt, nytteverdi og sikkerhet av nye diagnostikk- og behandlingsmetoder, som gir det beste grunnlaget for vurdering av om disse skal tas i bruk i helsetjenesten.

\_\_\_\_\_

At helsetjenesten utvikler kapasitet og kompetanse for trygg og effektiv tilrettelegging og gjennomføring av kunnskapsbringende kliniske studier, og samtidig styrker pasientenes rettigheter.

\_\_\_\_\_

Norges posisjon i ledelse og gjennomføring av kliniske studier, industriuavhengige så vel som næringsrettede, blir vesentlig styrket.

\_\_\_\_\_

Næringsutvikling i Norge gjennom nær og god tilgang til konkurransedyktige utprøvingssentra.

\_\_\_\_\_

Styrket interesse fra internasjonal industri for å legge studier og virksomhet til Norge.





## Effektive og lærende tjenester

Det er viktig at helsesektoren selv i stor grad har en aktiv rolle med hensyn til hva det skal forskes på – i nært samarbeid med UoH-sektoren, også når det gjelder forbedring og effektivisering av tjenestene. Forskningen og innovasjonen må være praksisnær med medvirkning fra brukerne der det er relevant.

Det er nødvendig å se nærmere på grenseflaten mellom forskning og utprøving, kvalitetssikring og tjenesteinnovasjon, og det er behov for et bedre system for tjenesteinnovasjon nasjonalt, regionalt

og lokalt. Forsøk, utprøvinger og innovasjon kan styrkes med forskermedvirkning og tydeligere krav til evalueringer. Formidlingskrav må være del av bevilgningen både for forskningsprosjekter og utprøvinger. Særlig er det behov for formidling som gjør kunnskapen anvendbar for sektoren, slik at ny og bedre praksis kan innføres. Det må utvikles insentiver som bidrar til innovasjon, og som sikrer at ny teknologi og nye arbeids- og behandlingsmetoder raskere tas i bruk.

### HELSEOMSORG21 ANBEFALER:

Styrke fler- og tverrfaglig forskning og utvikling av helsetjenesten for å øke kunnskapen om effekter av dagens og morgendagens organisasjons-, styrings-, samarbeids- og finansieringsmodeller, og om hva som hemmer og fremmer implementering av ny kunnskap og innovasjon i tjenestene.

Styrke forsknings- og innovasjonssamarbeid mellom helseforetak, akademia, kommuner og næringsliv for å skape mer effektive og brukerorienterte tjenester.

En koordinert og helhetlig tildeling av midler til utviklingstiltak og forsøksvirksomhet, og krav om robuste evalueringer av utprøvinger og forsøksvirksomhet så kunnskap om gode modeller kan spres.

Tilrettelegge for bedre systematikk i innovasjonsarbeidet i tjenestene. Dette inkluderer metodikk for behovskartlegging, brukermedvirkning og ide, evaluering, implementering og spredning.

Styrke kompetansen på tjenesteinnovasjon gjennom et helhetlig nasjonalt system med regionale sentre, som dekker både kommunene og helseforetakenes behov.

Gjennomføre kontrollerte forskningsunderstøttede forsøk med betalings- og finansieringsmodeller i helse- og omsorgstjenestene, som premierer pasientnytte og funksjon for å stimulere til innovasjon.

## HELSEOMSORG21 FORESLÅR AT DETTE IVERKSETTES VED: \_\_\_\_\_

→ Det etableres en samordnet nasjonal satsing på helse- og omsorgstjenesteforskning på minst 200 mill. kroner årlig for å styrke kunnskapen om organisering, effektivitet og kvalitet i tjenestene, og for å styrke kvaliteten i tjenesteforskningen og innovasjonsevnen i tjenestene. Satsingen inkluderer et nytt Stort program i Forskningsrådet, og samarbeid mellom Forskningsrådet, dagens regionale samarbeidsorgan mellom RHFene og universitetene og de nye regionale samarbeidsorganene for kommunene. Midlene bør kunne søkes av alle miljøer og institusjoner.

**ANSVAR:** Forskningsrådet, HOD, ASD, BLD, KD, KMD og RHFene

→ Helsedirektoratet, InnoMed, DIFI, DogA, Innovasjon Norge og Forskningsrådet bør i samarbeid utarbeide veiledere for tjenesteinnovasjon.

**ANSVAR:** HOD, NFD og KMD

→ Utredning av organiseringen av et helhetlig nasjonalt system som kan tilrettelegge for tjenesteinnovasjon regionalt og lokalt.

**ANSVAR:** HOD, NFD og KMD

→ De nye samarbeidsorganene mellom kommunene og forskningsinstitusjonene får regionalt ansvar for tildeling av deler av tilskuddsmidlene til utprøving og tjenesteinnovasjon i kommunene, midler som i dag tildeles av Helsedirektoratet og Fylkesmannen. Prosjektene bør være av en viss størrelse, og det må være krav til metodikk for systematisk brukermedvirkning, evaluering og spredning av resultatene.

**ANSVAR:** HOD og Helsedirektoratet

### HELSEOMSORGS21s ANBEFALINGER VIL BIDRA TIL:

Et bedre system for tjenesteinnovasjon og forsøksvirksomhet.

Økt kvalitet på helse- og omsorgstjenesteforskningen.

Økt vektlegging av hvordan tjenestene organiseres og leveres, i tråd med brukernes behov.

Bedre samhandling og mer effektiv bruk av ressursene.



## Møte de globale helseutfordringene

Et overordnet mål for forskning på globale helseutfordringer er å levere ny kunnskap og innovasjon av høy kvalitet med potensiale for gjennomslagskraft, kunnskap som bidrar til varige forbedringer i den globale folkehelsen og utjevning av urimelige helseforskjeller. For Norge innebærer det at globale helseutfordringer ikke kan ses isolert fra annen nasjonal og internasjonal politikk for fremme av folkehelsen. Selv om UD har et hovedansvar, må flere departementer involveres i de globale helseutfordringene relatert til forskning, utdanning og innovasjon.

Selv om Norge på «hjemmebane» bare bruker 3-4 % av helseforskningsmidlene til globale helseproblestillinger, så har forskningsmiljøene innenfor global helse blitt vesentlig styrket de siste årene – og de

holder et høyt internasjonalt nivå. Høyeste prioritet er kapasitetsbygging i lav- og mellominntektsland slik at FoU-miljøene der settes i stand til å levere kunnskap for å håndtere egne helseutfordringer. Norske kompetansemiljøer må også styrkes, slik at de kan være aktive samarbeidspartnere i denne prosessen. De må bidra til at alle relevante fagmiljøer innenfor medisin, helse, teknologi, naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora involveres i å fremme global folkehelse gjennom tiltak i lav- og mellominntektsland og i det internasjonale systemet. Instituttsektoren og norsk næringsliv har også et stort potensiale til å bidra til kompetanse- og kapasitetsbygging, teknologiutvikling og næringsutvikling i lav- og mellominntektsland.

### HELSEOMSORG21 ANBEFALER:

Helsetjenesten og utdanningssektoren får global helse som del av sitt oppdrag for å bygge kapasitet i Norge. Globalt helseperspektiv, med migrasjonshelse/innvandrers helse inkluderes i alle helsefagutdanningene. Det bør være naturlig for alle vitenskapelige ansatte i helsefagutdanningene å ivareta det globale helseperspektivet innenfor eget fagområde.

Insentiver må etableres for å inkludere flere fremragende forskningsmiljøer i kapasitetsbygging i lav- og mellominntektsland. Alle store forskningsprogram relatert til helse, og hvor dette er naturlig, bør inkludere et element av kapasitetsbygging i disse landene.

Det etableres fire regionale sentre (i et mulig samarbeid mellom UoH- og instituttsektor og helseforetak) som sammen utgjør et virtuelt «Norwegian Global Health Institute» (NGHI). Sentrene skal i fellesskap fremme økt kunnskap, kvalitet, internasjonalisering, tverrfaglighet, arbeidsdeling og samhandling relatert til global helse i utdanning, forskning og innovasjon. Sentrene kan også bidra til økt samarbeid mellom sentrale myndigheter, UoH- og instituttsektoren, helsetjenesten og næringslivet for å bygge økt kapasitet i lav- og mellominntektsland, og for å bygge økt institusjonelt samarbeid med disse landene. Det foreslås at en ny nasjonal forskerskole legges til NGHI.

Etablere et virkemiddel / en finansieringsordning rettet mot potensielt kommersialiserbare forskningsresultater relatert til helse i/for land med lav betalingsevne (utvikling, verifisering og kvalitetssikring).

Styrke utviklingen av helserelevante teknologier og produkter for lav- og mellominntektsland gjennom bruk av offentlige midler til næringsutvikling både i disse landene og i Norge.

Økt satsing på tverr- og flerfaglig forskning og utdanning innenfor global helse i et bredt folkehelseperspektiv. Det innebærer økt mobilisering av alle relevante fagmiljøer i medisin, teknologi, naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora.

## HELSEOMSORG21 FORESLÅR AT DETTE IVERKSETTES VED: \_\_\_\_\_

→ Alle institusjonene må ta et ansvar for å bidra til et kunnskapssystem for bedre global folkehelse.

**ANSVAR:** UoH-sektor, helseforetakene, instituttsektor og næringslivet

→ De globale helseutfordringene inkluderes i de regionale helseforetakenes oppdragsdokument.

**ANSVAR:** HOD og HFene

→ UoH-sektoren legger økt vekt på det globale helseperspektivet i relevante utdanninger, forskning og innovasjon.

**ANSVAR:** KD og UoH-sektor

→ Norwegian Global Health Institute (NGHI) etableres som et distribuert senter i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. En nasjonal forskerskole i global helse legges til NGHI.

**ANSVAR:** Forskningsmiljøene, KD, HOD og Forskningsrådet

→ Det etableres en finansieringsordning relatert til helse i/for land med lav betalingsevne, og en satsing på næringsutvikling av helserelevante teknologier og produkter for lav- og mellominntektsland.

**ANSVAR:** NFD og UD

→ Økt andel av bistandsmidlene kanaliseres til forskning, utdanning og innovasjon.

**ANSVAR:** UD

→ Sektordepartementene må i større grad samarbeide om sentrale problemområder og kunnskapsbehov innen globale helseutfordringer.

**ANSVAR:** HOD, KD, NFD og UD

#### HELSEOMSORGS21s ANBEFALINGER VIL BIDRA TIL:

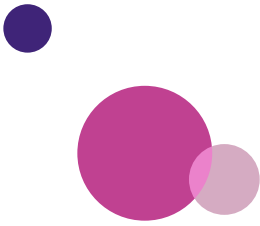
Globale helseutfordringer blir en integrert del av samfunnsoppdraget for både UoH-sektor og helsesektoren.

Norske fagmiljøer kan i samarbeid med miljøer i lav- og mellominntektsland medvirke til bedre global folkehelse og mindre ulikheter i helse innenfor og mellom land.

Norge vil kunne støtte seg på nasjonale fagmiljøer i forbindelse med internasjonalt helsesamarbeid, globale helsespørsmål og innenfor helsebistand.



Foto: UN Photo



## Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering

Basalmedisinske, epidemiologiske og teknologiske miljøers forskningssamarbeid med kliniske miljøer på sykehusene (translasjonsforskning) er sentralt for utvikling og kvalitet i fremtidig pasientbehandling og forebyggende helsearbeid. Det forutsetter solide grunnforskningsmiljøer med sterk metodekompetanse. Internasjonal samhandling er avgjørende for kvaliteten på norsk forskning, og for evnen til å absorbere ny kunnskap i helsetjenesten. Økt deltakelse i EU-finansierte prosjekter vil bidra til økt internasjonalt samarbeid. Forskningskvalitet er både et vilkår for og et resultat av deltakelse i den fremste internasjonale forskningen, og høy forskningskvalitet er nødvendig for å hente inn internasjonal finansiering. Mobilitet er en viktig indikator for internasjonalisering, men norske forskere har generelt for lav internasjonal mobilitet.

Det må legges bedre til rette for norske miljøer som bidrar til fremragende og grensesprengende helseforskning. Økt tverr- og flerfaglig forsknings-samarbeid med sterk metodekompetanse og en sterk forskningskultur i klinisk virksomhet, vil gi større evne til å nyttiggjøre seg ny kunnskap i forebyggende arbeid og klinisk praksis, tjeneste-innovasjon og kommersialiserbare produkter. Innslaget av forskning på høyt nivå kan derfor indikere kvaliteten på det forebyggende arbeidet og den kliniske tjenesten. Finansieringsordningene må sikre en hensiktsmessig balanse mellom den tematisk frie og grunnleggende helseforskningen og den anvendte forskningen.

### HELSEOMSORG21 ANBEFALER:

Oppnå grensesprengende helseforskning og høy kvalitet ved å stimulere til og belønne multidisiplinær og bred tverrfaglig forskning gjennom økt samarbeid mellom sektorer og institusjoner.

Etablere en ny ordning gjennom Forskningsrådet, Sentre for klinisk helseforskning (SKH), tilsvarende Forskningsssentrene for miljøvennlig energi (FME). Dette skal være langsiktige bevilgninger (5+3 år) til forskning av svært høy kvalitet, som skal løse identifiserte grunnleggende problemer knyttet til klinisk behandling i samarbeid mellom forskningsinstitusjoner, helseforetak og næringsliv, og på tvers av fagområder og disipliner. Internasjonalt samarbeid skal stå sentralt og være en forutsetning.

Styrke den grunnleggende biomedisinske forskningen i FRIPRO gjennom å benytte en økt andel av midlene til denne forskningen. Styrke annen grunnleggende anvendt orientert helseforskning ved å avsette en andel av midlene i Forskningsrådets helseprogrammer til frie prosjekter innenfor programmenes formål.

Styrke deltakelsen innenfor helseforskning i Horisont 2020 fra helseforetak, UoH-institusjoner, institutter, næringsliv og enheter i offentlig sektor. Se deltakelsen i Horisont 2020 i sammenheng med EUs øvrige

finansieringsmekanismer (inkludert EUs helseprogram, Joint Programme Initiatives (JPI) og European Research Council).

Etablere tiltak for økt internasjonal mobilitet ved å styrke ordningene med søkbare utenlandsstipend nasjonalt og institusjonelt, økt bruk av utvekslingsstipend i Horisont 2020 (Marie Curie Actions), og ved å tilrettelegge for målrettet rekruttering av toppforskere til gode norske forskningsmiljøer.

#### HELSEOMSORG21 FORESLÅR AT DETTE IVERKSETTES VED: \_\_\_\_\_

→ Styrke finansieringsordningene for infrastruktur i Forskningsrådet, og stimulere til tverrsektorielt samarbeid som bidrar til at institusjoner og miljøer organiserer seg bedre om bruk og investering i kostbar infrastruktur. Økt samarbeid med næringslivet er vesentlig.

**ANSVAR:** KD og Forskningsrådet

→ Det må skapes bedre insentiver og støttefunksjoner for innhenting av internasjonal finansiering. Ved tildeling av alle forskningsmidler både på nasjonale og regionale konkurransearenaer, må det legges vekt på at forskerne deltar i internasjonalt samarbeid. Inntekter fra EU-forskning må tillegges større vekt ved tildeling av forskningsmidler.

**ANSVAR:** Forskningsrådet, RHF, KD og HOD

→ Institusjonene må legge bedre til rette for økt antall søknader til EU/ERC, og vurdere interne insentiver. Stimulere til samarbeid mellom universitet/helseforetak om Forskningsråds- og EU-midler, og styrke tverrsektorielt samarbeid, kapasitet og kompetanse til søknadsskriving og prosjektoppfølging ved institusjonene.

**ANSVAR:** Forskningsinstitusjonene

→ Det bør etableres et insentivprogram for EU-finansiert helseforskning i Forskningsrådet. Det skal gi støtte til prosjektetablering, posisjonering, frikjøpsordninger, etablering av forskergrupper på høyt nivå, «landslagsmodeller» og deltakelse av norske forskere i strategisk arbeid knyttet til Horisont 2020 og ulike ERA-aktiviteter, blant annet de europeiske fellesprogrammene.

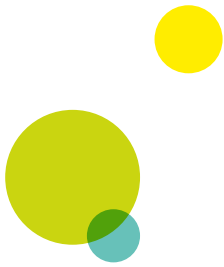
**ANSVAR:** KD, HOD og Forskningsrådet

#### HELSEOMSORG21s ANBEFALINGER VIL BIDRA TIL:

Økt kvalitet i helseforskningen og økt internasjonalt samarbeid.

Økt internasjonal finansiering av norsk helseforskning.

Bedre ressursutnyttelse gjennom samarbeid over institusjons-, sektor- og landegrensene.



## Utvikling av de menneskelige ressursene

De helsefaglige utdanningene må være riktig dimensjonert og ha et innhold tilpasset samfunnets behov. Riktig kompetanse og tilstrekkelig antall helsearbeidere krever strukturelle tiltak med formaliserte samarbeidsarenaer for utdannings-spørsmål, og systematisk bruk av kombinerte stillinger (persondeling) på tvers av sektorer. Dette vil bidra til å styrke samspeillet mellom utdannings- og helsesektoren. Implementering av samhandlingsreformen krever målrettet kompetanseutvikling og styrking av personalressurser i kommunal sektor.

Internasjonale evalueringer har påpekt behovet for strukturelle endringer i forskningssystemet som styrker rekruttering og fremmer riktig bruk og utvikling av kompetanse. Strukturendringer må iverksettes både på nasjonalt nivå og lokalt på institusjonsnivå. Strategisk forskningsledelse bør forbedres, og ubalansen i stillingsstruktur bør endres for å skape attraktive karriereveier for unge forskere. Forskermobilitet mellom institusjoner, sektorer og land må forsterkes for å utveksle og utvikle kunnskap. Rammebetingelsene for grunnleggende metodekompetanse må styrkes for å understøtte brobyggingen mellom klinisk forskning og grunnforskningsmiljøene.

### HELSEOMSORG21 ANBEFALER:

Styrke praksisrettet FoU for profesjonsutdanningene og styrke fagutvikling i skjæringsfeltet mellom helse-, omsorgs-, velferds- og teknologifag.

Etablere nasjonale, regionale og lokale samarbeidsarenaer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og utdanningssektoren for å sikre riktig dimensjonering, god kvalitet og relevans i helsefaglige utdanninger.

Etablere klarere krav til og nødvendige lovmessige og finansielle rammebetingelser i primær- og spesialisthelsetjenesten for å ivareta praksisarenaen i grunn- og videreutdanningen av helsearbeidere – og gjennom dette styrke praksisrettet FoU i alle tjenestesektorer.

Gjennomføre strukturelle endringer som styrker rekruttering og mobilitet i helseforskning, og som skaper attraktive karriereveier for unge forskere. Rette opp ubalansen i stillingsstruktur i forskningssystemet ved å etablere flere konkurranseutsatte innstegsstillinger som attraktive karriereveier for unge forskere. Gjennomgå stillingsstrukturen i helseforetakene for å skape sammenhengende tid til forskning og karriereveier for klinisk forskning i universitetssykehusene.

Tilrettelegge for at studenter får forskningserfaring i gode forskningsmiljøer ved å videreutvikle forskerlinjen i medisin. Ordningen bør søkes utvidet til andre helsefag. Øremerke forskningsmidler til yngre forskere.



Etablere stillinger/ordninger som skaper attraktive karriereveier for forskning og utdanning i hele helse- og omsorgssektoren, inkludert med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester.

---

Styrke rammebetingelsene for utvikling av grunnleggende metode- og analysekompetanse, inkludert vurdering av forskerskoler spesielt i bioinformatikk, biostatistikk og biomedisinsk grunnforskning. Dette er forutsetninger for helseforskning av høy kvalitet, og for å kunne gjennomføre annen helseanalyse i klinisk virksomhet, ledelse og forvaltning.

---

Etablere tverrsektorielle strukturer for strategisk lederutvikling innen forskning og innovasjon og forskningsinstitusjonsledelse på helse- og omsorgsområdet.

---

Innføre innovasjon og næringsutvikling som egne tema i alle utdanninger som retter seg mot helse- og omsorgssektoren.

#### HELSEOMSORG21 FORESLÅR AT DETTE IVERKSETTES VED: \_\_\_\_\_

→ Revurdere strukturen for samarbeidsorgan for helsefaglige utdanningsspørsmål mellom utdannings- og helsesektoren med mål om: Et *nasjonalt* samarbeidsorgan med sammensetning og mandat basert på endringsbehovene omtalt i stortingsmeldingen Utdanning for velferd. Samlede *regionale* samarbeidsorgan mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og institusjoner med ansvar for videregående og høyere helsefaglig utdanning. *Lokale* samarbeidsarenaer mellom individuelle utdanningsinstitusjoner og tjenestene ved at det legges nasjonale føringer for etablering tilpasset lokale forhold.

**ANSVAR:** KD, KMD og HOD, HFene og UoH-sektor

---

→ RHFene/helseforetakene må, for å styrke praksis og relevans i utdanningene, sørge for kvalitetssikring av praksisarenaen i spesialisthelsetjenesten blant annet ved å opprette kombinerte stillinger mellom UoH-sektoren og helsesektoren i aktuelle helsefaglige profesjonsutdanninger.

**ANSVAR:** UoH-sektor og RHF/HFene

---

→ UoH-sektor tilføres nødvendige ressurser for å sikre rekruttering til og kvalitet og omfang av praksisarenaen i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette bør inkludere opprettelse av kombinerte stillinger med utdanningsinstitusjoner.

**ANSVAR:** KD, UoH-sektor og KMD

---

→ Videreutvikle forskerlinjen i medisin og utvide ordningen til andre helsefag.

**ANSVAR:** KD

---

→ Etablere flere innstegsstillinger i forskningsinstitusjoner som bidrar til attraktive karriereveier for unge forskere:

**ANSVAR:** KD og UoH-sektor

---

→ Etablere stillinger eller frikjøpsordninger i spesialist- og primærhelsetjenesten som sikrer sammenhengende tid til klinisk forskning.

**ANSVAR:** HFene og kommunene

---

→ Målrrettede tiltak i relevante utlysninger eller strategiske tildelinger av forskningsmidler som fremmer forskermobilitet, karriereveier for unge forskere og tverrfaglig helseforskning.

**ANSVAR:** Forskningsrådet, RHFene og forskningsinstitusjoner

---

→ Etablere relevante kompetansebyggende tiltak for strategisk ledelse som vektlegger kunnskap, forskning og innovasjon og forskningsinstitusjonsledelse.

**ANSVAR:** HOD, NFD, UoH-sektor, HFene

---

→ Innføre relevante læringsmål for innovasjonskompetanse i helsefaglige grunn-, videre- og ph.d.-utdanninger.

**ANSVAR:** KD og UoH-sektor

#### HELSEOMSORG21s ANBEFALINGER VIL BIDRA TIL:

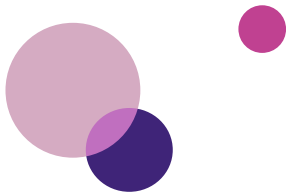
Styrket samarbeid mellom sektorer, disipliner og profesjoner for bedre samspill mellom utdanning, forskning og innovasjon i utviklingen av tjenestene.

---

Nasjonalt, regionalt og lokalt samspill som sikrer tjenestene et riktig omfang av helsefaglige medarbeidere med relevant kompetanse.

---

Helseforskning blir en attraktiv arena for unge forskere med tydelige karriereveier og nødvendig mobilitet.



## Strategisk og kunnskapsbasert styring

Vi har behov for bedre datagrunnlag og kunnskap om helseforsknings- og innovasjonssystemene. Det er også behov for styrket strategisk samarbeid basert på et godt kunnskapsgrunnlag om forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning innenfor helsesektoren, og mellom helse- og andre samfunnssektorer og næringslivet.

God nasjonal og regional koordinering av helseforskning og -innovasjon er viktig, og dette krever bedre koordinering og samordning mellom departementene (jf. erfaringene med Office for Strategic Co-ordination of Health Research (OSCHR) i England). Tilsvarende er det behov for koordinering og samarbeidsorgan som inkluderer kommunesektoren.

Det er stort behov for flere kliniske studier på tvers av regioner og på nordisk/europeisk nivå. Det er i dag

tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og UoH-sektoren gjennom felles samarbeidsorgan (SO) regionalt og Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG) nasjonalt, med felles infrastruktur, forskningsgrupper og satsinger. Dette har gitt et nødvendig løft for klinisk forskning og en mer kunnskapsbasert helsetjeneste gjennom implementering av ny kunnskap. Tilsvarende har innovasjonssamarbeidet blitt styrket via blant annet felles TTOer. Men konkurranse kan prege samarbeidet mellom UoH-sektoren og helseforetakene gjennom finansieringsordninger som lokalt gir vertskapsfordeler. Dette gir en suboptimal utnyttelse av offentlige midler ved at parallelle overlappende enheter i administrasjon og forskningsinfrastruktur etableres. Dette svekker muligheten for å fremme kvalitet og internasjonalisering.

### HELSEOMSORG21 ANBEFALER:

Det etableres nye samarbeidsorganer for forskning mellom kommuner og forsknings- og utdanningsinstitusjoner på regionalt nivå. Disse må utvikle gode modeller for samarbeid regionalt, blant annet om infrastruktur, og bidra til å fordele regionalt konkurranseutsatte midler for kommunenes behov. Videre bør samarbeidsorganene legge til rette for samhandling med helseforetakene, instituttsektoren og næringslivet. For utdanning bør det være ett samlet regionalt samarbeidsorgan som dekker universiteter og høyskoler og både helseforetakene og kommunene. Når det gjelder forskning, bør de regionale samarbeidsorganene for kommunenes helse- og omsorgstjenester bør ha felles sekretariat og administrative funksjoner med dagens regionale samarbeidsorganer for spesialisthelsetjenesten.

Koordinering av de ulike forskningssektorene og finansieringskanalene må presiseres for å sikre at de samlet fremmer internasjonalisering, økt kvalitet og samarbeid med næringslivet. Finansiering via Forskningsrådet skal bidra til internasjonalisering, internasjonalt konkurransedyktig forskning, kvalitet på viktige områder, også på forskningssvake områder, samarbeid med næringslivet og innovasjonsevne i offentlig sektor. Den grunnleggende forskningen må sikres gode rammevilkår gjennom nasjonale og internasjonale finansieringskanaler.

En andel av forskningsmidlene bør kanaliseres gjennom helsesektoren selv, slik det er etablert for regionale helseforetak i dag. Det bør etableres klare innsatsmål om at en prosentandel av helse- og omsorgstjenestens budsjetter benyttes til forskning for henholdsvis universitetssykehusene og øvrige helseforetak, og for kommunale helse- og omsorgstjenester. Universitetssykehusene bør benytte minst 5 % av budsjettene til forskning.

---

De regionale helseforetakene og UoH-sektoren bør bygge opp felles forskningsadministrasjoner og -infrastruktur, og forskningsgrupper med felles ansatte og felles/nærliggende arealer for best utnyttelse av offentlige bevilgninger. Det må være en klar forventning om at de to sektorene lager kjøreregler for samhandling på regionalt og lokalt nivå. Ett eller flere universitetssykehus og universiteter bør prøve ut modeller for økonomisk og administrativt samarbeid innenfor helseforskning, utdanning og innovasjon i et integrert universitetssykehus.

---

Det etableres et helhetlig monitoreringssystem for forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning for helse- og omsorgstjenestene (HO21 Monitor), som gir styringsinformasjon til departementer, direktorater, Forskningsrådet og nasjonale og regionale samarbeidsorganer. Denne informasjonen bør være grunnlag for regelmessige institusjons-evalueringer som grunnlag for kvalitetsheving og strukturendringer i sektorene. Informasjonen må understøtte gode prioriteringer av ressursinnsatsen i forhold til kunnskapsbehov. Monitoreringen må bygge på eksisterende informasjonskilder så langt det er mulig.

---

Det bør utvikles et nasjonalt lederutviklingsprogram for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorer og institusjoner og privat/offentlig sektor. Elementer fra dette bør også være en vesentlig del av topplederprogrammet for helseforetakene.

## HELSEOMSORG21 FORESLÅR AT DETTE IVERKSETTES VED: \_\_\_\_\_

→ HO21 Monitor etableres fra 2015 for å gi et helhetlig bilde av innsatsene og resultatene fra forsknings- og innovasjonssystemet i helse og omsorg.

**ANSVAR:** HOD i samarbeid med KD, KMD og NFD

---

→ Topplederforum er den overordnede arenaen der ulike aktører kan drøfte iverksettelsen av HelseOmsorg21.

**ANSVAR:** HOD og øvrige departementer

---

→ Det opprettes et mer operativt strategisk organ som er vesentlig mindre enn Topplederforum, men med tilsvarende sammensetning og bredde. Det skal bistå og rådgje departementene i den videre presiseringen og oppfølgingen av strategien.

**ANSVAR:** HOD og øvrige departementer

---

→ Forskningsinstitusjonene bør utvikle institusjonelle strategier og planer som viser hvordan de vil iverksette tiltak som kan bidra til å nå målene i HelseOmsorg21.

**ANSVAR:** UoH-sektor, instituttsektor, HFene og næringslivet

---

→ Aktørene som har ansvaret for NSG, bør vurdere å revidere mandatet og sammensetning av gruppen for å tilpasse den de nye strukturene som foreslås i HO21. NSG foreslås reetablert som et mer spisset nasjonalt felles forum for de regionale samarbeidsorganene mellom RHFene og universitetene.

**ANSVAR:** NSG

### HELSEOMSORG21s ANBEFALINGER VIL BIDRA TIL:

Strategiens anbefalinger iverksettes på tvers av departementsområdene.

---

Styrking av insentiver for og svekking av disinsentiver mot kvalitetsutvikling og internasjonalisering.

---

Bedre samarbeid mellom helseforetakene og universitetene.

---

Bedre kommunale helse- og omsorgstjenester.

---

Større enighet om det offentliges sentrale rolle for næringsutvikling innenfor helse og omsorg.

## Noen utvalgte områder

---

Noen tiltak og områder dekker flere eller går på tvers av de ti utvalgte satsingene. Her gis en mer samlet beskrivelse og utdyping av disse.

### Offentlige investeringer og mulig handlingsrom

Norge er blant de landene som investerer mest offentlige ressurser i helseforskning – på lik linje med de andre skandinaviske landene. Det har også vært en betydelig vekst på feltet de siste 10 årene, dels på grunn av den strategiske prioriteringen forskning har hatt i helseforetakene og dels på grunn av den lovforankrede plikten til å forske. Samtidig er det behov for økte ressurser til næringsutvikling og et kunnskapsløft for kommunene.

Enkelte land har satset svært systematisk på helseforskning de siste 15 årene – blant annet gjennom nye institusjonelle mekanismer. I USA ble det tverrpolitisk enighet om å doble budsjettet til National Institute for Health (NIH) fra 1998 til 2003 (fra \$13 mrd. til \$27 mrd.<sup>24</sup>). Dette har vært et stort fortrinn for amerikanske forskningsmiljøer, men USA har også et åpent forskningssystem hvor forskningsmiljøer fra andre land kan søke om midler fra NIH i konkurranse med amerikanske miljøer. Etter finanskrisen og budsjettkrisen i USA, er det nå utfordringer knyttet til å opprettholde NIHs budsjett på dette nivået. I Canada etablerte man en ny institusjon, Canadian Institute for Health Research (CIHR) i 2000, og dette ga en institusjonell basis for en mer enn dobling i investeringene i helseforskning de neste åtte årene (fra \$400 mill. - \$1,000 mill.<sup>25</sup>). Etter en

24) [www.nih.gov](http://www.nih.gov)

25) [www.cihr-irsc.gc.ca/e/193.html](http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/193.html)

strategiprosess og en uavhengig gjennomgang, etablerte Storbritannia i 2005 National Institute for Health Research (NIHR). Bevilgningene til NIHR ble nesten doblet i perioden frem til 2010 (fra £600 mill. til £1,000 mill<sup>26</sup>).

I USA har «top-down»-tilnærmingen vært brukt de siste 20 år for å vurdere samfunnseffekter av helseforskning. En «top-down»-tilnærming vil si å anslå et økonomisk estimat for avkastninger i helseforskning<sup>27</sup>. I USA ble økning i forventet levealder og livskvalitet anslått for 1970-1990 til en verdi av 1 500 mrd. \$/år. Av dette er en tredjedel tilskrevet helseforskning (500 mrd. \$/år), ca. 20 ganger investeringene. «Bottom up» (payback modell) er benyttet i Storbritannia til å vurdere samfunnseffektene av forskningsprosjekter finansiert gjennom ulike programmer av Leddgiktsforskningskampanjen<sup>28</sup>. Ca 10 % av helsegevinstene knyttet til hjerte-karlidelser ble tilskrevet Storbritannias helseforskning med en tidsforskyvning på 17 år. Tilsvarende effekter er også observert for psykisk helsefeltet fra 1975-1992. I Storbritannia er det også gjennomført et prosjekt som sammenligner de økonomiske avkastningene med kostnadene for offentlig og frivillig finansiert medisinsk forskning. Årlig avkastning ble forsiktig anslått til 40 % for offentlig eller frivillig investerte forskningsmidler<sup>29</sup>.

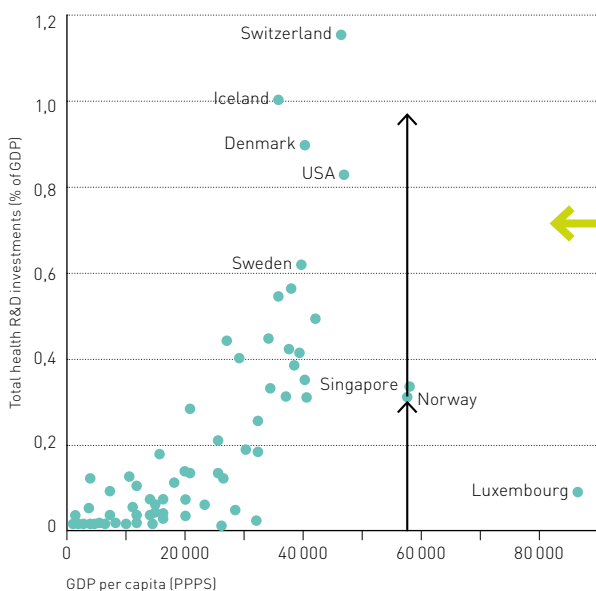
26) [www.nihr.ac.uk/Pages/default.aspx](http://www.nihr.ac.uk/Pages/default.aspx)

27) [www.laskerfoundation.org/awards/2000clinica.L.htm](http://www.laskerfoundation.org/awards/2000clinica.L.htm)

28) Wooding, S; Hanney S, Buxton M et al: Payback arising from research funding: evaluation of the Arthritis Research Campaign. *Rheumatology (Oxford)* 2005; 44: 1145-56.

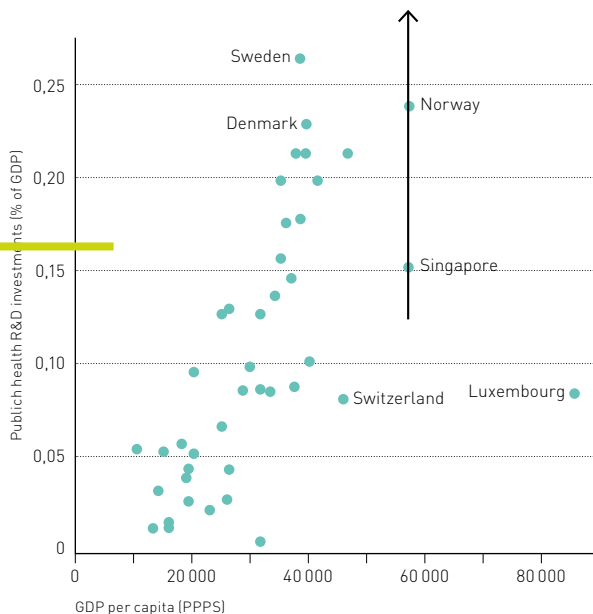
29) Buxton M, Hanney S, Morris S et al: Medical research – what's it worth? Estimating the economic benefits from medical research in the UK. London (UK): Health Economics Research Group, Office of Health Economics, and RAND Europe: 2008.

**FIGUR 5) OFFENTLIGE OG PRIVATE INVESTERINGER I HELSEFORSKNING (% AV BNP)**



KILDE: Røttingen JA. et al, 2013.

**FIGUR 6) OFFENTLIGE INVESTERINGER I HELSEFORSKNING (% AV BNP)**



KILDE: Røttingen JA. et al, 2013.

I Norge er det per i dag ingen indikatorer eller beregninger for samfunnseffekter av norsk helseforskning. Forslaget om HO21 Monitor vil gi et bedre datagrunnlag for denne typen analyser. I forskningsmeldingen Klima for forskning er bedre helse og helsetjenester ett av ni hovedmål for norsk forskning. For selve helsetjenesten pågår det både nasjonalt og internasjonalt utviklingsarbeid for kvalitetsindikatorer, og befolkningens helsetilstand er gjenstand for internasjonale sammenligninger, blant annet i regi av OECD. Gitt kunnskapen fra andre lands investeringer, er det svært sannsynlig at investeringer i helse- og omsorgsforskning er lønnsomme for samfunnet.

HelseOmsorg21 har som mål at Norge skal få mer igjen for de offentlige investeringene i forskning og innovasjon på helse- og omsorgsområdet. Mange av forslagene til tiltak er innrettet med det som målsetting, og implementering av strategien kan bidra til dette. Samtidig er det behov for økte investeringer. Norge er et rikt land, men har behov for å utvikle nye kunnskapsbaserte og forskningsintensive næringer. Det er behov for offentlige investeringer – i alle fall i en overgangsperiode – for å sikre økte

private investeringer. Målet må være at hver krone i økte offentlige investeringer på sikt resulterer i minst tre til fire kroner i økte private investeringer (se figur 5 og 6).

Det bør være handlingsrom for at offentlige investeringer i helseforskning øker fra 0,24 % av BNP til 0,30 % i løpet av de neste fem årene<sup>30</sup>. Samtidig vil det også være viktig å sette et mål for private investeringer til 0,30 % av BNP (fra 0,07 % av BNP i dag). Norge vil ikke klare å nå 3 %-målet for totale FoU-investeringer, hvor 1 % skal være fra offentlig sektor og 2 % fra private kilder, uten en slik økning.

### Næringsutvikling – forutsetninger, flaskehalser og anbefalinger

Utgangspunktet for næringsutvikling, utfordringer og tiltak innenfor bioteknologi, farmasi, medisinsk teknologi og velferdsteknologi langs hele innovasjonskjeden, er fremstilt i tabell 4.

30) Røttingen JA., et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? The Lancet, Volume 382, Issue 9900, Pages 1286 - 1307, 12 October 2013.

**TABELL 4) INNOVASJONSKJEDE FOR UTVIKLING AV HELSE- OG OMSORGSPRODUKTER**



**Oppstart** akademia/HF → TTO → selskapsetablering → kapitalinnhenting og utvikling → børsnotering / globale avtaler → vekst

**Etablert** samspill: selskap + helsetjenestene → selskap utpr. i helsetjenestene → innkjøp, utbredelse, vekst, forbedringer

**GODT UTGANGSPUNKT FOR NÆRINGSUTVIKLING:**

<p>Store offentlige forskningsinvesteringer.</p> <p>Forskning og helsevesen med høyt nivå, kvalitet og troverdighet.</p>	<p>Gode helseregistre og biobanker.</p> <p>Underskog av unge bedrifter/ prosjekter.</p> <p>God framvekst av klynger &amp; miljøer.</p>	<p>Globalt markedsbehov i sterk vekst.</p> <p>Globalt paradigmeskifte: Innovasjon foregår i småselskaper.</p>
--	--	---

**FLASKEHALSER 1: BYGGE NORSK NÆRING – SME-UTVIKLING**

**I motsetning til mange land vi kan sammenlikne oss med har Norge ingen bevisst målrettet offentlig nærings-satsing på helse og omsorg.**

<p>Innovasjonsoutput fra akademia og helsesektoren står ikke i forhold til investeringene.</p> <p>Manglende innovasjonskultur, -forståelse, tellekanter og incentiver for innovasjon.</p> <p>Få selskapsstiftelser fra TTO'ene.</p> <p>Begrenset tilgang og rom for dialog mellom det offentlige og næringsliv.</p>	<p>Mangel på kapital: a) verifisering, b) såkorn, c) venture kapital, d) privat investorinteresse. Mange virkemidler når ikke frem til sektoren.</p> <p>Kliniske studier legges til andre land enn Norge. Norske sentra ikke konkurransedyktige.</p> <p>Lav tilgang på infrastruktur, testbeds, for kliniske studier. Verdifull produksjonsinfrastruktur og kompetanse står i fare for å forsvinne.</p> <p>Tilgang til og nytte av biobanker og helseregistre for lav.</p>	<p>Lite innovasjonsvennlig offentlig innkjøp / praksis.</p> <p>Norsk legemiddelpolitikk og forvaltning mangler et innovasjons og næringsutviklingsperspek.</p> <p>Manglende IKT-arkitektur/ funksjonelle grensesnitt som muliggjør interoperabilitet på tvers av sektorer.</p>
---	--	--

**FLASKEHALSER 2: INVESTERINGER FRA INTERNASJONALE ETABLERTE AKTØRER**

<p>Begrenset tilgang og rom for dialog mellom det offentlige og næringsliv.</p>	<p>Kliniske studier legges til andre land enn Norge. Norske utprøvings-sentra ikke konkurransedyktige.</p> <p>For lav tilgang til og nytte av biobanker og helseregistre.</p>	<p>Lite innovasjonsvennlig offentlig praksis/ innkjøp. For lite fokus på oppnåelse av «beste og neste» praksis.</p>
---	---	---

**STRATEGISKE TILTAK**

**Helse og omsorg må bli et næringspolitisk satsingsområde med koordinerte tiltak.**

<p>Medvirkning til næringsutvikling lovpålegges for HFe, UoH-sektor og kommuner.</p> <p>Innovasjon meritteres og insentiveres, og innlemmes i relevante utdannelser.</p> <p>Økt kultur og tilrettelegging for samhandling mellom offentlige aktører som Hdir, HF, kommuner og næringslivet gjennom incentivordninger og arenaer for kontinuerlig dialog og kunnskapsutveksling.</p> <p>TTO- finansiering og -formål gjøres mer balansert: selskapsetablering vs lisensiering.</p>	<p>Opprette strategisk virkemiddel for innovasjonsprosjekter i næringslivet der støtteandel er lik støtteandel i Horisont 2020; verifiseringer/ demonstrasjoner/piloteringer.</p> <p>Innføre SkatteFUNN for FUBer med 35% refusjonsramme.</p> <p>Tildele/etablere to såkornfond med helseomsorgsfokus.</p>	<p>Innovative offentlige anskaffelser der det stilles krav til kvalitet og funksjonalitet, og ikke forhåndspesifisert teknologivalg.</p> <p>Finansielle virkemidler for samhandling, kunnskaps- og kompetanseutvikling som gir helseforetak og kommuner insentiver og muligheter til å gjennomføre innovative og førkommersielle anskaffelsesprosesser. Bedrifter som deltar i innovative anskaffelsesprosesser må også kunne delta i senere ordinære anbudsrunder.</p>
---	--	---



Veien frem til nye produkter og tjenester innenfor helseindustrien arter seg forskjellig for de ulike industrisegmentene. Et typisk forløp innenfor legemiddel- og diagnostikkutvikling innebærer patenterbare ideer fra akademia eller helseforetak, selskapsdannelse, utvikling og internasjonale industriavtaler for et globalt marked. Forløpet er langt, kapitalkrevende og har høy risiko. Til gjengjeld er oppsiden svært stor for de selskapene som lykkes.

Velferdsindustri og IKT baserer seg som oftest på å anvende allerede utviklede grunnteknologier på nye måter, tilpasset et gitt markedsbehov. Dette innebærer vanligvis ingen forskningsaktivitet, kortere utviklingstid, lavere risiko og gjerne noe mindre kapitalbehov.

Noen av utfordringene de ulike næringssegmentene møter er overlappende, mens andre er mer sektorspesifikke. Tabell 4 viser innovasjonsskjeden for utvikling av helse- og omsorgsprodukter med en grov oversikt over flaskehalser og tiltak innenfor helseindustri.

### Lovpålagte funksjoner

Det har vært mange innspill til HelseOmsorg21 om aktørenes lovpålagte oppgaver og behov for endring av disse. Dette har dels vært knyttet til ønsket om at kommunehelsetjenesten bør speile spesialisthelsetjenestens ansvar for forskning og utdanning, slik at det skjer tilsvarende oppbygging og satsing der. Dette er en helt betimelig målsetting, men de organisatoriske løsningene tilsier ikke at det kan

brukes helt tilsvarende modeller for spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det har også vært et ønske om at offentlige institusjoner bør få et klarere ansvar for innovasjon og næringsutvikling.

HelseOmsorg21 ser at lovforankrede oppgaver, plikter og ansvar er viktig, men vil også understreke at andre rammevilkår vil være like viktige. Det kan dreie seg om styringsvirkemidler, finansiering og økonomiske insentiver, organisering, kompetanse, nettverk, samarbeid og kapasitet, og institusjoner og institusjonelle mekanismer å spille på. Det er likevel behov for en gjennomgang av de ulike aktørenes lovpålagte oppgaver og roller.

En slik gjennomgang har skilt mellom fire aktivitetsområder: forskning, utdanning, innovasjon (det å utnytte kunnskap og skape endringer) og næringsutvikling, og fire offentlige aktører: UoH-sektor, instituttsektor, helseforetak og kommuner. Det er foreslått tre ulike typer funksjoner (tabell 5).

Både UoH- og instituttsektoren har med dette et tydelig ansvar for å medvirke til innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren. Helseforetakene og kommunene har et sørgefor-ansvar for innovasjon, og skal også medvirke til næringsutvikling. Helseforetakene har i dag utdanning av helsepersonell som en av sine oppgaver. Det foreslås at kommunene bør få tilsvarende ansvar, men at dette særlig er knyttet til å etablere praksisplasser.

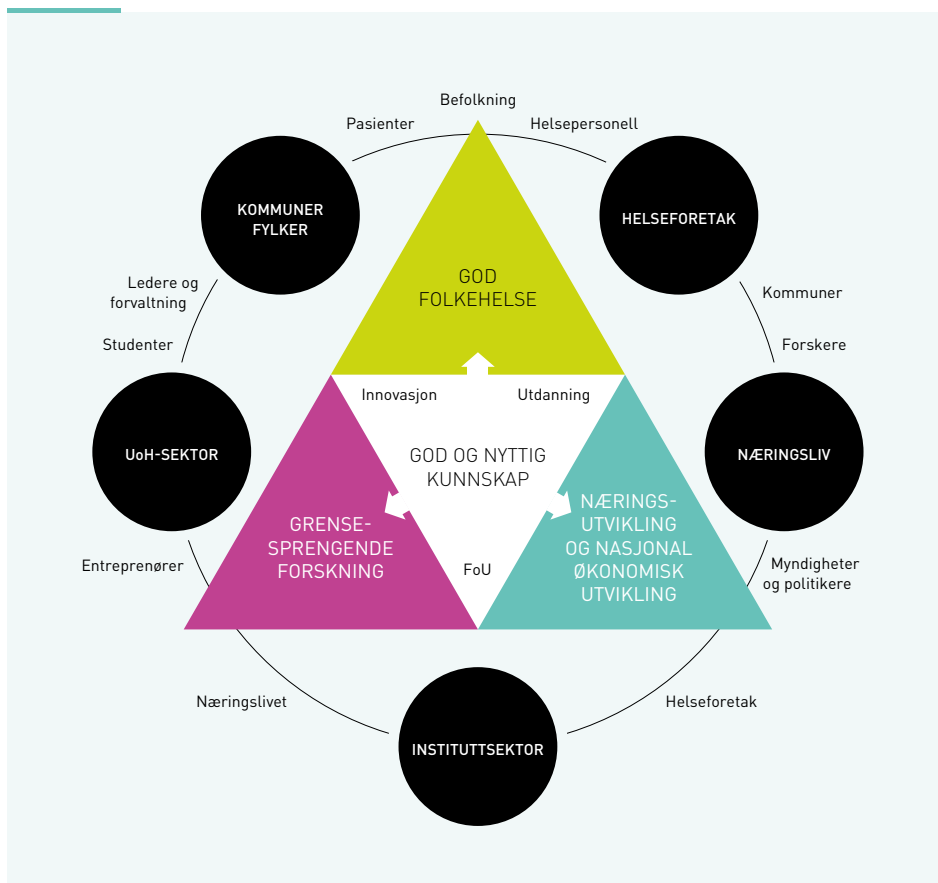
TABELL 5) OVERSIKT OVER DE FIRE SEKTORENE OG TYPE FUNKSJON

	FORSKNING	UTDANNING	INNOVASJON	NÆRINGSUTVIKLING
UOH-SEKTOR	OPPGAVE	OPPGAVE	MEDVIRKE TIL	MEDVIRKE TIL
INSTITUTTSEKTOR	OPPGAVE	MEDVIRKE TIL	MEDVIRKE TIL	MEDVIRKE TIL
HELSEFORETAK	OPPGAVE	OPPGAVE	SØRGE FOR	MEDVIRKE TIL
KOMMUNER	MEDVIRKE TIL	OPPGAVE	SØRGE FOR	MEDVIRKE TIL

OPPGAVE: Institusjonen har funksjonen som en av sine utøvende oppgaver.

SØRGE FOR: Institusjonen har ansvar for å finansiere (når relevant) eller på andre måter påse at funksjonen ivaretas.

MEDVIRKE TIL: Institusjonen har ansvar for å tilrettelegge for, understøtte og bidra til at funksjonen gjennomføres, men oppgaven utføres av andre aktører.



Det foreslås ikke at kommunene skal ha forskning som en av sine oppgaver, men at de fortsatt skal medvirke til forskning slik loven fastsetter i dag. To av delrapportene og mange innspill har ønsket en lovfestet forskningsplikt for kommunene. Samtidig er det mange som peker på at enkeltkommunene ikke bør ha plikt til å drive forskning. Det skaper en utfordring siden lovkravene er innrettet mot enkeltkommunenes ansvar. HelseOmsorg21 ønsker derfor heller å styrke kommunenes ansvar for å medvirke til og tilrettelegge for forskning, men at dette skjer gjennom samarbeid med UoH- og instituttsektor i form av deltakelse i nye regionale finansieringsmekanismer og utvikling og styring av en instituttsektor for kommunene (se avsnittet om Kunnskapsløft for kommunene). Kommunesektoren som helhet får derfor en tydeligere rolle i forsknings- og innovasjonssystemet.

Disse fire offentlige sektorene og næringslivet blir dermed de fem aktørene som skal levere på strategien, og skape resultater og gevinster for alle aktørene i helse- og omsorgssektoren.

### Finansiering av forskning og innovasjon gjennom tjenestene

Pengestrømmer og insentiver er sentrale virkemidler for å nå helsepolitiske mål. Det er mange eksempler på at målrettet bruk av økonomiske virkemidler er svært virkningsfullt, gjerne i kombinasjon med organisatoriske virkemidler, lovkrav og pålegg. En erfaring er for eksempel at utlysningen av de regionale helseforetakenes forskningsmidler har bidratt til å øke kvalitet og omfang av den kliniske forskningen i hele landet. Tilsvarende har myndighetenes satsing på helseøkonomisk forskning (HEB og HERO) flyttet denne forskningen fra å være nesten

ikke-eksisterende opp på et internasjonalt høyt nivå. En målrettet og samfunnsøkonomisk effektiv bruk av økonomiske virkemidler inkluderer at pengestrømmene styres på en god måte. Likeledes må det tas stilling til om større ressurstilgang bør komme i form av økt institusjonell basisfinansiering, for eksempel knyttet til oppbygging av infrastruktur, økt vektlegging av resultatbasert finansiering, eller økt konkurranseutsatt utlysning på ett eller flere spesifiserte områder. Det er også sentralt å ta stilling til om eventuelle nye utlysninger skal styres sentralt fra Forskningsrådet, fra andre nasjonale institusjoner, som Helsedirektoratet og helse-regionene, eller via andre kanaler. Sentral utlysning av midler fra Forskningsrådet sikrer en helhetlig og konkurranseutsatt tildeling som fremmer kvalitet og internasjonalisering. Nasjonale midler vil også ivareta behovet for større flerregionale studier, og slik unngå at flere mindre parallelle studier igangsettes fremfor store solide samarbeidsprosjekter.

Regional fordeling av forskningsmidler synes hensiktsmessig der det knyttes opp mot viktige utdanningsløp i UoH-sektoren og opp mot helse-tjenestens kompetansebygging og utførelse. Utnyttelse av regionale kjernefasiliteter i skjæringsfeltet mellom akademi og helsetjenesten indikerer også slik tilrettelegging. Målsettingen er å sørge for høy kvalitet i samtlige helse- og omsorgstjenester. Forskning nært knyttet til helsetjenestene er også et viktig virkemiddel for å øke absorpsjonskapasiteten for ny kunnskap framskaffet gjennom andres forskning. Norge bidrar til kun 0,5-1 % av den totale globale forskningsproduksjonen, og god absorpsjonskapasitet er derfor sentralt. Forskning bidrar dermed til bedre kvalitet i tjenestene, økt pasientsikkerhet og utbredelse av kunnskapsbasert praksis.

De formelle signalene fra HOD er at de 622 mill. øremerkede kronene<sup>31</sup> til forskning skal benyttes i helseforetakene til pasientnær klinisk forskning, translasjonsforskning og helsetjenesteforskning av

høy kvalitet og med relevans for tjenestene. Forskningsprosjekter finansiert gjennom disse mekanismene skal ha en forankring i helseforetakene, men praksis varierer noe mellom regionene. Enkelt beskrevet er det i Helse Sør-Øst mange sterke grunnforskningsorienterte forskningsgrupper ved universitetssykehusene. I Helse Vest og Helse Nord er det et tydeligere skille, der slike miljøer først og fremst er forankret ved universitetet. I Helse Midt-Norge hvor klinisk medisindanning ble etablert tidlig på 90-tallet, ble de basalfaglige miljøene i større grad forankret i miljøer som både var tilknyttet universitet og sykehus. En felles nasjonal politikk kan dermed slå ut forskjellig i de ulike regionene.

En hovedhensikt med forskningsmidlene forvaltet gjennom RHFene, er å sørge for oppbygging av tilstrekkelig god forskningskapasitet ved alle helseforetak og med et tyngdepunkt ved universitetssykehusene. Forskningsmidlene skal også sørge for å utdanne kritiske, forskningskompetente medarbeidere. Dette bidrar til bedre kvalitet i helsetjenestene. I tillegg er de som er i tjenestene, selv de første til å definere kunnskapsbehov og til å prioritere både tema og omfang av forskningen.

En utfordring som flere miljøer påpeker, er at basalmedisinsk forskning, forskning med relevans for folkehelse og for organisering av tjenestene samt forskning med vekt på kommunenes tjenester, ikke har fått et tilsvarende finansieringsløft som klinisk forskning i spesialisthelsetjenesten.

HelseOmsorg21 vurderer det som en svært vellykket strategi at forskningsansvar og -finansiering er gitt tjenestene og sektoren selv. Dette bidrar til tettere kobling mellom forskning og utnyttelse av kunnskap i praksis, og mellom forskning og tjenestenes kunnskapsbehov. Snarere enn å påpeke ubalanse forårsaket av dette, er det mer hensiktsmessig å se hvordan tilsvarende forventninger kan legges på andre deler av den utøvende helse- og omsorgssektoren (se avsnitt om Strategisk og kunnskapsbasert styring). HelseOmsorg21 mener at RHF-

31) Prop. 1 S (2013–2014) Proposisjon til Stortinget, Helse- og omsorgsdepartementet.

midlene bør kunne benyttes til forskning som det regionale samarbeidsorganet ser behov for når det gjelder å videreutvikle spesialisthelsetjenesten. Dette kan for eksempel inkludere samfunnsvitenskapelige og teknologiske fagmiljøer forankret i UoH- eller instituttsektoren, gitt at kunnskapsbehovet er forankret i helseforetakene. Dette vil kunne vurderes og besluttes av relevant samarbeidsorgan mellom det regionale helseforetaket og universitetene.

En helt tilsvarende modell vil ikke være mulig for kommunale helse- og omsorgstjenester, men HelseOmsorg21 skisserer under satsingene hvordan kommunene kan sikres et kunnskapsløft (se avsnitt Kunnskapsløft for kommunene). HO21 mener det vil være viktig å etablere mekanismer hvor kommunal sektor samlet kan bidra med finansiering til forskning og innovasjon med relevans for kommunenes behov.

### Instituttsektor for kommunene

HelseOmsorg21 anbefaler ikke at forskning bør inngå som en av kommunenes oppgaver og plikter, men foreslår at kommunesektoren samlet får en bedre mulighet til å oppfylle sitt lovpålagte oppdrag om å medvirke til og tilrettelegge for forskning. HO21 foreslår at det utvikles en samordnet og helhetlig instituttsektor for kommunene organisert som en nettverksmodell for å styrke samarbeidet mellom miljøer. En slik «mellomsektor» vil være en viktig bro mellom kommunene på den ene siden med ansvar for å medvirke til forskning og med oppgaver innenfor utdanning og innovasjon, og UoH-sektoren på den andre siden med utøvende ansvar for forskning og høyere utdanning. En instituttsektor for kommunene vil ikke erstatte UoH-sektorens klare ansvar for forskning og utdanning med relevans for kommunene, men være et supplement til forskningen og i tillegg med en rolle innenfor innovasjon og tjenesteutvikling. Tyngdepunktet av virksomheten for denne instituttsektoren vil ligge på tjenesteinnovasjon, kunnskapsspredning og kompetansebygging, mens forskning og etablering av forskningsnettverk vil utgjøre et av områdene.

Denne instituttsektoren vil kunne bygge på dagens kompetanse-, kunnskaps-, utviklings- og forsknings-sentre som har kommunesektoren som hovedvirkeområde. Dette vil inkludere kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten, sentrene for omsorgsforskning, utviklingssentrene for pleie- og omsorgstjenester, allmennt medisinske forskningsenheter og sentre for legevaktsmedisin og distriktsmedisin. Samlet utgjør disse sentrene årlige statlige investeringer på 600 mill. kroner – 1 mrd. kroner (avhengig av hvilke som regnes med), og har trolig mer enn 600 ansatte.

Kommunene må ha en sentral rolle i utviklingen og styringen av denne instituttsektoren – både på nasjonalt og regionalt nivå – for å bidra til at miljøene arbeider i tråd med kommunenes behov, og for å sørge for at forskningsmidler utlyses og tildeles med relevant innretning. Samtidig bør disse miljøene ha et tett og godt forpliktende samarbeid med universiteter og høyskoler, og være samlokalisert med disse der det er mulig. Enkelte av miljøene er i dag integrert i universitetene, og har dermed et tett samarbeid som bør videreføres uavhengig av organisasjonsmodell. Det er viktig å sikre god kvalitet på forskningen i disse miljøene gjennom målrettede tiltak og ordninger – og i nært samarbeid med UoH-sektoren. Forskningsrådet bør få som oppgave å bidra til å sikre kvalitet og kvalitetsheving i disse institusjonene.

Instituttsektoren kan struktureres langs tre dimensjoner: geografi (dagens helseregioner eller evt. ytterligere inndeling), fag-/tjenesteområder og arbeidsmåter/funksjoner. De to sistnevnte kan organiseres ved at noen enkeltmiljøer får i oppgave å koordinere og være knutepunkt innenfor sitt ansvarsområde.

Dette er i stor grad i samsvar med forslaget til samfunnsoppdrag for kompetansesentrene, som har vært på høring. Samlet sett vil dette være en struktur med tre dimensjoner som kan organiseres mer helhetlig, og som kan gi bedre koordinering og ressursutnyttelse.

I dag er nettverket av sentre som faller innenfor dette organisert på ulike måter. De er dels aksjeselskap, stiftelser, randsoneaktivitet for UoH-sektor eller integrert i UoH-sektor. Sentrene finansieres av statlige midler. De fleste finansieres gjennom årlige tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet. Noen av dem finansieres av HOD, mens andre får støtte fra Norges forskningsråd. Et harmonisert samfunnsoppdrag vil gjøre det mulig strategisk å styre denne instituttsektoren mer helhetlig og i tråd med kommunenes behov. Kommunene indikerer at de i dag på ledernivå i svært liten grad er kjent med, og i enda mindre grad kan være med på å påvirke disse sentrenes arbeid og oppgaver. Kommunesektoren må derfor ha en sentral posisjon i styrer og råd som utformer årlige oppdrag. Regionale forskningsmidler for kommunenes behov kan forvaltes av denne strukturen, basert på regionale utlysninger og beslutninger i regionale samarbeidsorganer for kommunene – tilsvarende som for RHFene.

Dette forslaget må utvikles videre og utredes i dialog med berørte aktører og interessenter, slik at den forslåtte instituttsektoren kan utnyttes som et virkemiddel for å videreutvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene i et lengre perspektiv. Den må være forankret i kunnskap og innovasjon, og på sikt få tilsvarende rammevilkår som spesialisthelsetjenesten.

### Helseforskningens returandel fra EUs rammeprogram

Internasjonal samhandling er avgjørende for kvaliteten på norsk forskning og for evnen til å absorbere ny kunnskap i helsetjenesten. Forskningskvalitet er både et vilkår for og et resultat av deltakelse i den fremste internasjonale forskningen, og høy forskningskvalitet er nødvendig for å hente inn finansiering fra for eksempel EU. Norge deltar i 10 % av prosjektene i EUs 7. rammeprogram innenfor helse, noe som er en svakere deltakelse enn Sverige

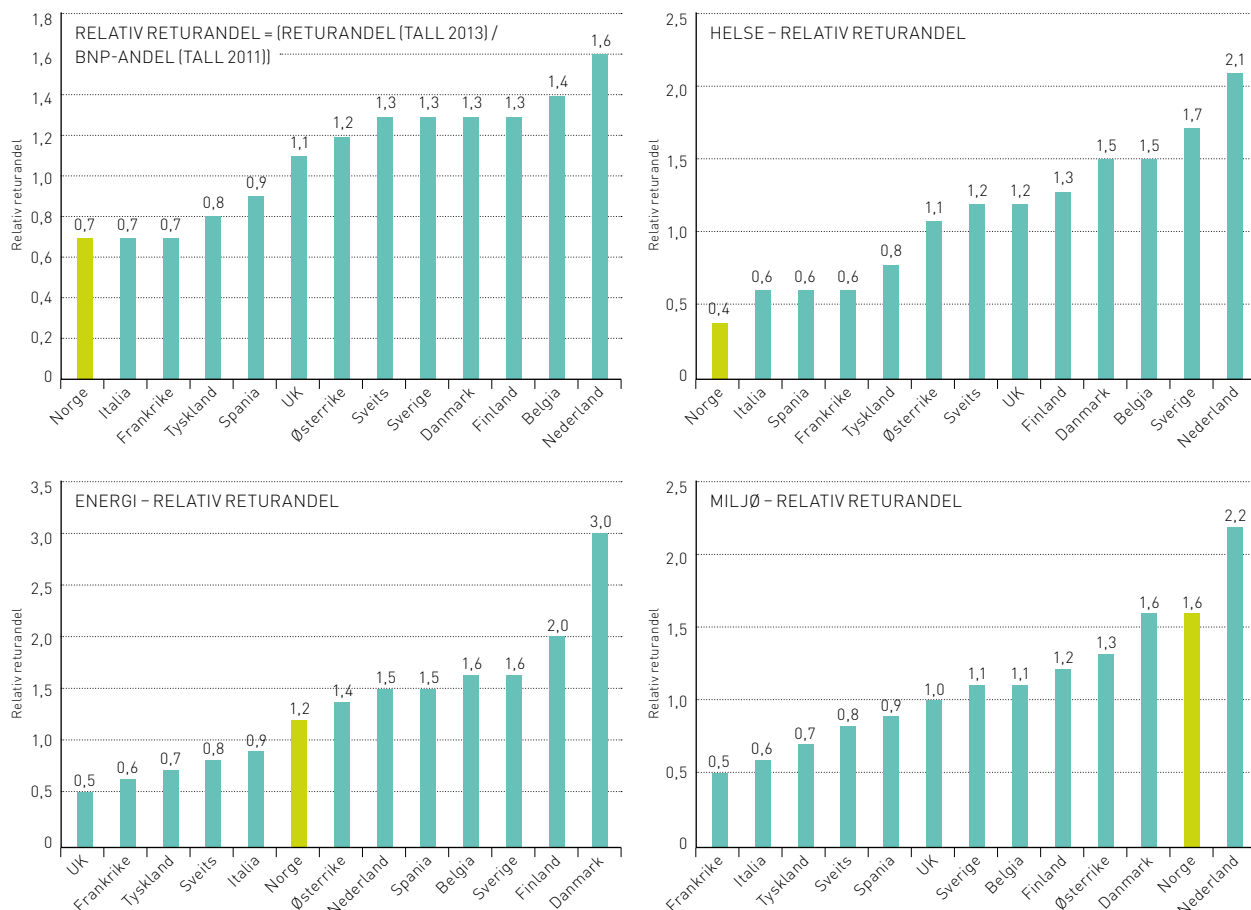
**TABELL 6) OVERSIKT OVER STRUKTURINDELING FOR KOMMUNENES INSTITUTTSEKTOR**

INDELING	FAGOMRÅDER	ARBEIDSMÅTER/FUNKSJONER
HELSEREGIONALT ELLER YTTERLIGERE INDELTE	→ PRIMÆRHELSETJENESTER (FASTLEGER, LEGEVAKT, TANNHELSE, FYSIOTERAPI, PSYKOLOG, JORDMOR, HELSESØSTRE OSV) → PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER (INSTITUSJON OG HJEMMEBASERTE), INKLUDERT LINDRENDE BEHANDLING → BARNES OPPVEKST, UTVIKLING OG MENTALE HELSE → PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET (VOKSNE) → VELFERDSTJENESTER OG ARBEIDSMARKEDSTILTAK → FOLKEHELSE/FOREBYGGING	→ PRAKSISNÆR FORSKNING → HELSE- OG OMSORGSTJENESTEFORSKNING INKLUDERT SAMHANDLINGSFORSKNING → KUNNSKAPSOPPSUMMERING/KUNNSKAPS-SPREDNING → VEILEDNING OG ETTERUTDANNING → KVALITETSUTVIKLING/KVALITETSFORBEDRING → TJENESTEINNOVASJON

**TABELL 7) SØKNADSRATER (per befolkning) OG SUKSESSRATER (%) FOR DE NORDISKE LANDENE INNENFOR HELSEFORSKNING I EU**

LAND	BEFOLKNING 2013	ANTALL SØKNADER	ANTALL SØKNADER PER 1000 INNBYGGER	ANTALL INNSTILTE PROSJEKTER	SUKSESSRATE (%)
SVERIGE	9 644 864	1 072	0,11	325	30 %
DANMARK	5 623 501	682	0,12	195	29 %
FINLAND	5 451 270	516	0,09	151	29 %
NORGE	5 051 275	339	0,07	93	27 %
ISLAND	321 857	66	0,21	27	41 %

**FIGUR 7) RELATIV RETURANDEL FOR NORGE TOTALT OG FOR FAGOMRÅDENE HELSE, ENERGI OG MILJØ**



og Danmark. Norge bidrar mer økonomisk enn det norske forskere tar ut gjennom egne innvilgede søknader. Norske forskere er partnere i vesentlig færre søknader enn forskere i Danmark og Sverige, og det sendes relativt sett færre søknader fra medisin og helse enn fra andre forskningsområder. Men suksessraten for norske søknader er på tilsvarende nivå som for de andre nordiske landene (se tabell 7).

Mens søknads- og suksessrater måler forskernes grad av interesse i og evne til å delta i den europeiske forskningskonkurransen, vil hvor mye økonomiske midler norske forskere henter tilbake også måle hvor tungt de er involvert i de store samarbeidsprosjektene. Slike økonomiske returmål kan standardiseres

i forhold til det norske forskningssystemets dimensjonering innenfor helseforskning – målt som FoU-investeringer eller antall forskere.

HelseOmsorg21 har likevel valgt et økonomisk returmål som er knyttet til landets totale økonomi, BNP. Et slikt mål vil også måle hvor konkurransedyktig systemet i helhet er i forhold til andre land. Den relative returandelen kan dermed sammenlignes på tvers av land og på tvers av fagområder.

Norge har en total relativ returandel på ca. 0,7, og ligger dermed lavere enn de fleste land vi ønsker å sammenligne oss med. På enkelte fagområder, som miljø og fornybar energi, gjør Norge det likevel vesentlig bedre og med relative returandeler på

henholdsvis 1,6 og 1,2. Helse er dessverre et av de fagområdene hvor Norge er minst konkurransedyktig innenfor EU-systemet. Den relative returandelen er kun 0,4 – vesentlig lavere enn for Danmark, Sverige og Nederland, men med tilsvarende høy suksessrate i forhold til antall søknader (ca 27 %).

HelseOmsorg21 mener Norge bør ha en langsiktig ambisjon om å komme opp på tilsvarende relativ returandel fra EU-forskningsystemet innenfor helse som Danmark og Sverige. På kort sikt bør den relative returandelen dobles i Horisont 2020. Dersom dette skal oppnås må forskningsinstitusjonene i UoH-sektor, instituttsektor og helseforetakene selv ta et ansvar. I tillegg bør Forskningsrådet utvikle et insentivprogram og ordninger med «nasjonale landslag» som stimuleres til å søke.

### Lederutvikling for forskning og innovasjon

Mange av innspillene og kommentarene til HelseOmsorg21 pekte på behov for sterkere vektlegging av og det å skape bedre forståelse og kultur for forskning og innovasjon i tjenestene. Ikke minst ble behovet for økt forståelse og samarbeid på tvers av institusjonene og på tvers av offentlig og privat sektor, understreket. Det var få som eksplisitt pekte på ledelse og lederskap for å bidra til å skape slike organisasjons- og kulturrendringer. RAND gjennomførte en analyse av foreløpige forslag til tiltak fra delrapportene i HO21, og identifiserte ledelse som en mulig satsing.

Et hovedmål må være å bringe sammen ledere fra både UoH-sektoren, instituttsektoren, helseforetakene, kommunene, forvaltningen og næringslivet til en felles lederutviklingsprosess hvor man bygger forståelse for andre aktører og etablerer bredere nettverk. Med ledelse menes det i denne sammenheng ikke først og fremst forskningsledelse på forskningsgruppe eller veiledningsnivå. Dette har fått økt oppmerksomhet de senere årene, og det satses allerede på slik lederutvikling ved forskningsinstitusjonene. Her tenkes det på mer overordnet og strategisk ledelse på institusjons- og systemnivå, hvor nettopp forståelsen av både egne og

andres roller og funksjoner i kunnskapssystemet og forsknings- og innovasjonssystemet vil være sentralt.

I tillegg til utvikling av et nasjonalt lederutviklingsprogram for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorer og institusjoner og privat/offentlig sektor, bør forskning og innovasjon også inkluderes som et vesentlig element i eksisterende lederutviklingsprogrammer for helse- og omsorgstjenestene, inkludert i Topplederprogrammet.

Det er positive internasjonale erfaringer med lederutvikling for forskning og innovasjon fra flere land. I Storbritannia har NIHR i de senere år utviklet et nasjonalt lederskapsprogram som også har bidratt til et nettverk av forsknings- og innovasjonsledere. I Canada er det utviklet et lederprogram for helse-tjenesten og helseforvaltningen hvor målet er å bidra til økt etterspørsel etter og bruk av forskning og innovasjon. Flere norske institusjoner samarbeider med Copenhagen Business School om forskningslederutdanning, og dette har også vist seg som et vellykket program for ledelse på forskningsgruppenivå.

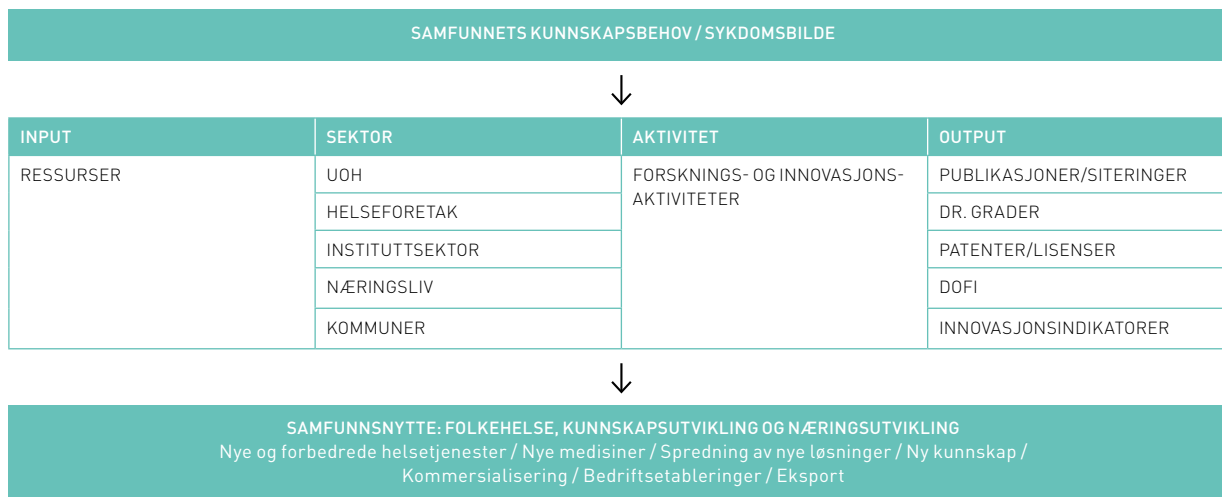
### Helhetlig monitoreringsystem – HO21 Monitor

HelseOmsorg21 har ønsket å utrede etablering av et helhetlig monitoreringsystem med indikatorer for forskning og innovasjon for både UoH-, institutt- og helsesektor – HO21 Monitor.

Formålet med Monitoren er å gi et løpende kunnskapsgrunnlag for prioritering av og satsing på forskning og innovasjon innen helse og omsorg. Dette kan skje ved at indikatorene for forskning og innovasjon knyttes til helseindikatorer. Forutsetningen er at begge typer indikatorer kan inndeles etter helsekategorier (jf. Health Research Classification System (HRCS)). Da blir det mulig å se samfunnets sykdomsbyrde, kunnskapsbehov og helseutvikling i sammenheng med satsingen på forskning og innovasjon.

Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) har første halvår av 2014

**FIGUR 8) SAMMENHENGEN MELLOM SAMFUNNETS KUNNSKAPSBEHOV OG SYKDOMSBILDE, KUNNSKAPSSYSTEMET FOR FORSKNING OG INNOVASJON OG SAMFUNNETS NYTTE FOR PASIENTER, OFFENTLIG SEKTOR OG NÆRINGSLIV**



gjennomført et forprosjekt for å kartlegge mulighetene for å etablere Monitoren. Arbeidet med å utvikle Monitoren tar utgangspunkt i modellen i figur 8.

Den ene hovedoppgaven i prosjektet har vært å kartlegge eksisterende og potensielle datakilder om kunnskapssystemet (den indre tabellen i modellen) som kan benyttes i en Monitor for helserelatert forskning og innovasjon, herunder å undersøke i hvilken utstrekning disse datakildene kan ordnes etter helsekategoriene i HRCS. Monitoren vil i første omgang kunne koble helseindikatorer til forskningsindikatorer ved alle de viktigste forskningsinstitusjonene innenfor helse og omsorg i offentlig sektor (figur 9). For å få med næringslivets og kommunesektorens forskning, samt innovasjon i alle sektorer, vil det kreves mer utviklingsarbeid.

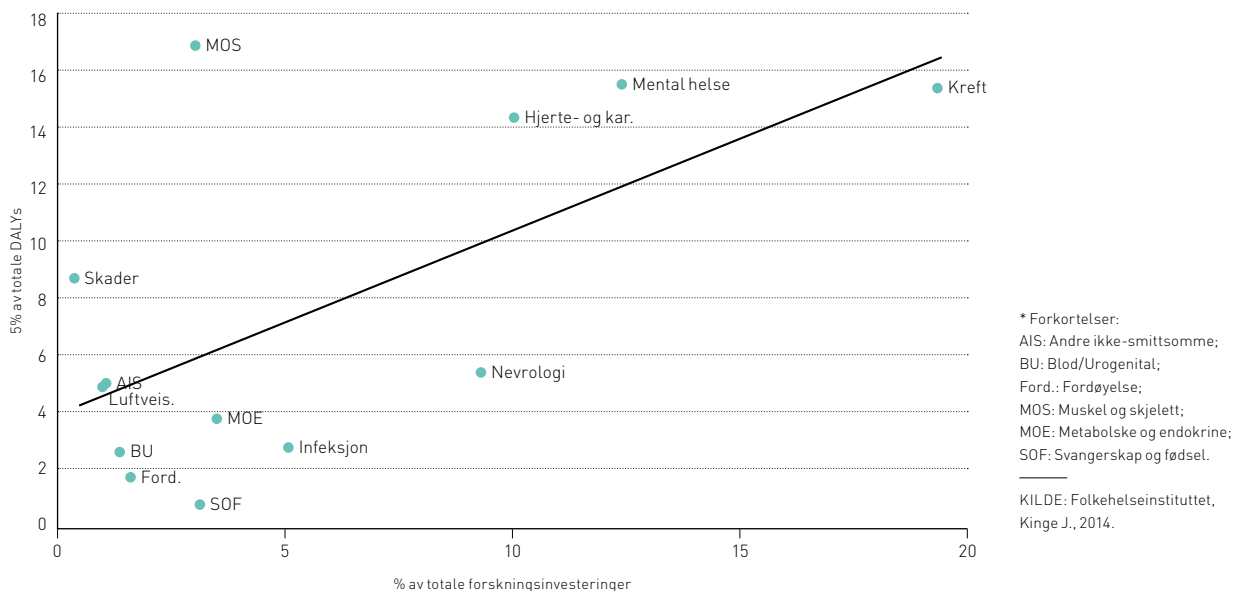
Den andre hovedoppgaven har vært å undersøke muligheten for å benytte eller etablere data og indikatorer for kunnskapsbehov/sykdomsbilde og for samfunnsnytte: Folkehelse, kunnskapsutvikling og næringsutvikling. Også disse må eventuelt kunne ordnes etter helsekategoriene i HRCS. NIFU er i dialog med aktører som opparbeider og/eller

benytter helsedata, og har bedt disse vurdere Monitoren som idé, om den har noe for seg, om den lar seg realisere og på hvilke punkter man ser utfordringer og hindringer. Disse aktørene er bedt om å beskrive helsedata som de arbeider med og som kan være relevante, vurdere på hvilken måte de eventuelt kan ordnes etter helsekategoriene i HRCS, hvilke andre aktører og datakilder som kan bidra til Monitoren, og hvordan den eventuelt kan organiseres.

HOD har dessuten gitt NIFU og Helse Sør-Øst et samlet oppdrag om å videreutvikle helseforetakenes innovasjonsindikatorer. Videreutviklingen tar utgangspunkt i at helseforetakene har eller er i ferd med å skaffe, informasjonssystemer, som er spesialdesignet som verktøy til profesjonell oppfølging av og kommunikasjon omkring innovasjonsprosesser. Disse systemene vil løpende kunne avgi data som kan spesifiseres i tre dimensjoner: 1) type innovasjon (som produkt, prosess, tjeneste, organisasjon, evt. også etter behandlingsmåte: lisensiering, patentering, DOFI, internt prosjekt, osv.), 2) fase av innovasjonsprosessen (fra idé via evt. prosjekt frem mot implementering og spredning / kommersialisering), og 3) vurdert eller realisert verdi



**FIGUR 9) SAMMENHENGEN MELLOM SYKDOMSBYRDE OG FORSKNINGSBEVILGNINGER\***



eller nytte av innovasjonen. Både prosesser for ekstern innovasjon (rettet mot kommersialisering og/eller bruk utenfor sykehusene) og for intern innovasjon (innovasjon til bruk i sykehusene) vil kunne avgi data fra systemene på denne måten.

Tanken er å lage en innovasjonsindeks som vektet informasjonen i de tre dimensjonene på en slik måte at den dekker bredden av innovasjonsaktiviteter, og at både ideskaping, gjennomføring og spredning stimuleres. Innovasjonsindeksen blir eventuelt en videreutvikling av ordningen med at helseforetakene i dag rapporterer innovasjon til HOD i fire kategorier. Dersom innovasjonsindeksen kan realiseres for helseforetakene, vil det være grunn til å undersøke om også UoH-sektoren og kommunesektoren kan benytte denne. Den vil dermed også kunne inngå i Monitoren for å gi et helhetlig bilde av innsatsene og resultatene fra forsknings- og innovasjonssystemet i helse og omsorg.

# Oppsummering og prioriteringer


En strategi som skal dekke hele bredden av helse- og omsorgsfeltet og det tredelte målbildet, omfatter flere politikkområder.

En tilnærming til forskningspolitikken er at den har som ett sentralt mål at vi lykkes med å skape grensesprengende kunnskap. En utdannings- og kompetansepolitikk vil særlig vektlegge behovet for tilstrekkelig kompetente medarbeidere, og at sektoren har absorpsjonskapasitet for å utnytte ny relevant kunnskap. Et næringspolitisk perspektiv vektlegger verdiskapingsutfordringene, behovet for næringsutvikling og bidrag til nasjonaløkonomien. Kombinasjonen av disse tre politikkområdene kan kalles en helhetlig kunnskaps- og innovasjonspolitik. På helse- og omsorgsområdet skal den spille på lag med og bygge opp under helse- og omsorgspolitikken – med grenseflater til velferds-, sosial- og arbeidsmarkedspolitikken og til utenriks- og utviklingspolitikken.

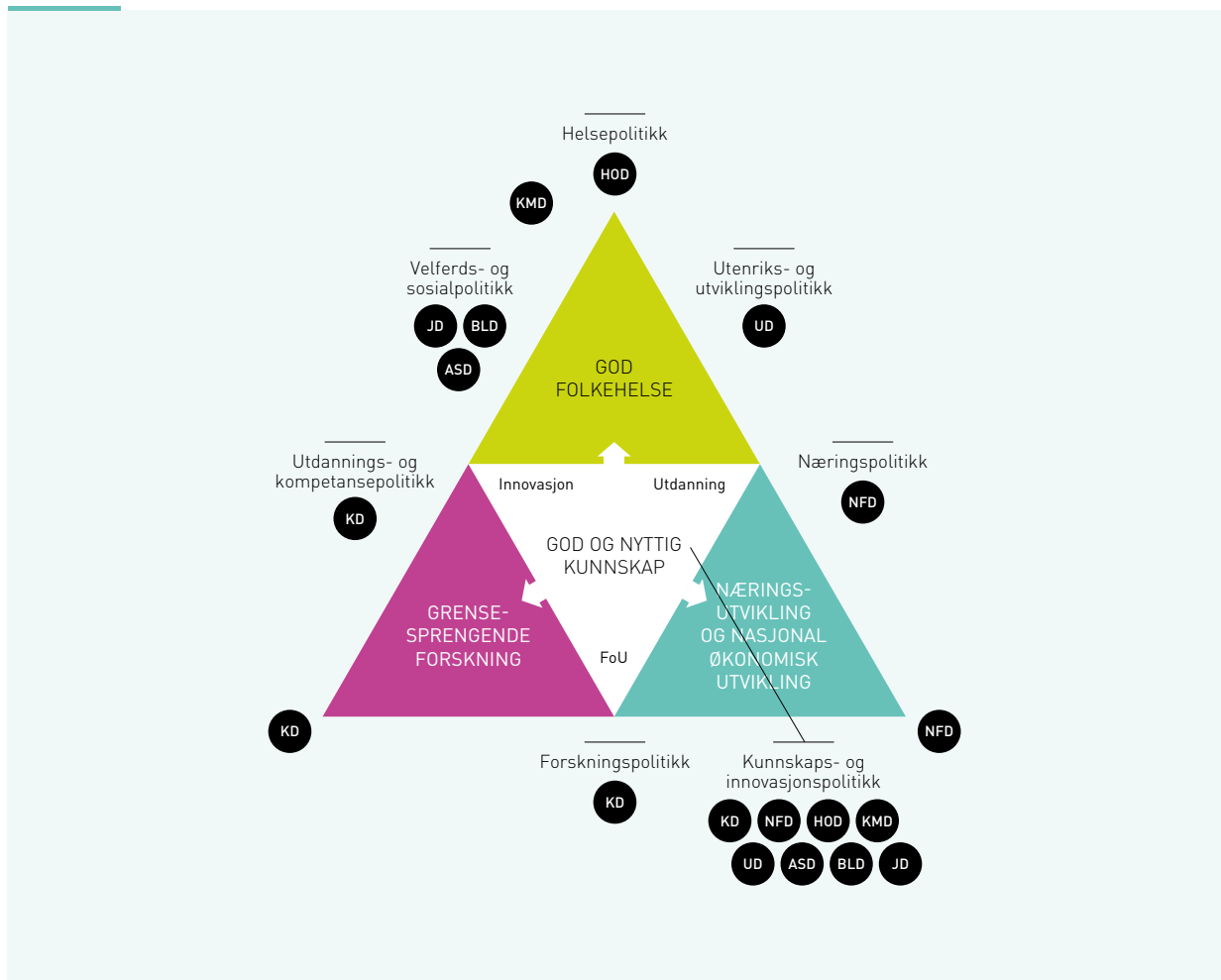
Disse politikkområdene henger sammen. HelseOmsorg21 dekker kunnskaps- og innovasjonspolitikken for helse og omsorg. Samtidig er den generelle helse- og omsorgspolitikken en viktig driver for, og i noen sammenhenger hemmer av, kunnskapsutvikling og innovasjon. I tillegg til tiltak og virkemidler på kunnskaps- og innovasjonsområdet, er det derfor viktig at den generelle helse- og omsorgspolitikken også tilrettelegger for nyskaping og kunnskapsutnyttelse. Dette må legges inn i forventninger, styringsmekanismer og insentivordninger som etterspør bedre og mer effektive helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid.

Realisering av HelseOmsorg21 forutsetter et tett og godt samarbeid mellom alle departementene som har vært involvert i prosessen. Departementene har en tilretteleggende funksjon, men det er aktørene selv – UoH-sektor, instituttsektor, helseforetak, Forskningsrådet, kommunene og næringslivet, som vil måtte levere resultater i praksis for å realisere strategien. Alle aktørene har et ansvar for å bidra gitt sine ulike roller og oppgaver.

HelseOmsorg21 har pekt på ti strategiske satsinger som hver inneholder et sett eller en pakke med forslag til tiltak. Helse- og omsorgssektoren er stor og kompleks og fordrer en slik bred strategi. Samtidig er det noen områder som det er særlig viktig å få realisert.



Visjonen for  
HelseOmsorg21:  
Kunnskap, innovasjon  
og nærings-  
utvikling for bedre  
folkehelse



### HelseOmsorg21s hovedprioriteringer 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 med 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 forsknings-system.

Samlet vil disse – og tiltakene i de ti satsingene – bidra til å oppfylle HelseOmsorg21s visjon: **Kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse.**

# Strategigruppen og arbeidsgruppene

## STRATEGIGRUPPEN

John-Arne Røttingen, leder,  
gjesteprofessor Harvard/divisjonsdirektør,  
Folkehelseinstituttet

Anne Lise Ryel, generalsekretær,  
Kreftforeningen

Arnfinn Sundsfjord, dekan,  
Universitetet i Tromsø

Camilla Stoltenberg, direktør,  
Folkehelseinstituttet

Eirik Næss-Ulseth, styreleder, PubGene

Erlend Smeland, direktør,  
Oslo universitetssykehus HF

Ernst Omenaas, forskningsleder,  
Haukeland universitetssykehus HF

Evy-Anni Evensen, fylkesrådmann,  
Telemark fylkeskommune

Hilde Lurås, forskningssjef,  
Akershus universitetssykehus HF

Jesper W. Simonsen, divisjonsdirektør,  
Norges forskningsråd

Knut-Inge Klepp, divisjonsdirektør,  
Helsedirektoratet

Stig Slørdahl, dekan, NTNU

Tom Pike, styreleder, Credo AS

Toril Nag, konserndirektør, Lyse Energi

Trude Andresen, områdedirektør, KS

## ARBEIDSGRUPPEN FOR NÆRINGSUTVIKLING

NAVN	TITTEL	INSTITUSJON
Hilde Steineger (leder)	Head of Innovation Management	Pronova - BASF
Eivind Andersen (nestleder)	Manager	NTNU Technology Transfer
Anne Kjersti Fahlvik	Divisjonsdirektør	Norges forskningsråd
Bjørn Skogen	Administrerende direktør	Prophylax Pharma AS
Erling Sundrehagen	Administrerende direktør	Gentian AS
James Lorens	Professor	UiB
Kari Jorunn Kværner	Seksjonsleder	Oslo universitetssykehus
Kjersti Grønning	Førsteamanuensis	Høgskolen i Sør-Trøndelag
Lill-Ann Bråthen	Administrerende direktør	IMATIS AS
Mari Nilsen	Daglig leder	D'Liver AS
Monika Kjekken	Seniorrådgiver	Legemiddelindustrien
Ole Kristian Hjelstuen	Administrerende direktør	Inven2
Per A. Foss	Direktør	Patentstyret
Ronny Bjørnevåg	Fagutvikler	Lyngdal kommune

## ARBEIDSGRUPPEN FOR FORSKNINGSKVALITET OG INTERNASJONALISERING

NAVN	TITTEL	INSTITUSJON
Rolf K. Reed (leder)	Professor	UiB
Sameline Grimsgaard (nestleder)	Prodekan	UiT
Anne Cathrine Staff	Professor	Oslo universitetssykehus/UiO
Camilla Dunsæd	Rådmann	Kvinesdal kommune
Cornelia Ruland	Professor	Oslo universitetssykehus/UiO
Gunnar Sivertsen	Forsker	NIFU
Gunnar Sæter	Instituttleder	Oslo universitetssykehus
Hilde Jerkø	Avdelingsdirektør	Norges forskningsråd
Jannikke Ludt	Seksjonssjef	Kreftforeningen
Kjetil Søreide	Professor	Stavanger universitetssykehus/UiB
Odd Stokke Gabrielsen	Professor	UiO
Oddvar Martin Kaarbøe	Professor	UiB
Olav Haraldseth	Professor	NTNU
Rolv Terje Lie	Professor	UiB
Steinar Thoresen	Medical Director	Abbvie

## ARBEIDSGRUPPEN FOR KUNNSKAPSSYSTEMET

NAVN	TITTEL	INSTITUSJON
Guri Rørtveit (leder)	Professor	Uni Helse
Magne Nylenna (nestleder)	Direktør	Kunnskapssenteret
Bente Skulstad	Avdelingsdirektør	Helsedirektoratet
Frode Vartdal	Professor	UiO
Gry Pedersen	Pasientrådgiver	Norsk Pasientforening
Henrik Sandbu	Fagdirektør	Helse Midt-Norge
Inger Njølstad	Professor	UiT
Leif Rune Skymoen	Direktør	Nansen Neuroscience Network
Marit Kveine Nygren	Prosjektleder	LHL
Monica Wammen Nortvedt	Professor	Høgskolen i Bergen
Roger Lian	Dekan	Høgskolen i Gjøvik
Simon Øverland	Forsker	UiB
Susanne Sundnes	Forskningsleder	NIFU
Svanhild Schönberg	Professor	NTNU
Svein Steinert	Fylkeslege	Fylkesmannen i Troms
Tom Sundar	Kommunelege	Rendalen kommune

## ARBEIDSGRUPPEN FOR KOMMUNESEKTOREN

NAVN	TITTEL	INSTITUSJON
Jon Magnussen (leder)	Professor	NTNU
Nina Mevold (nestleder)	Kommunaldirektør	Bergen kommune
Berit Therese Larsen	Rådgiver	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Bernadette Nirmal Kumar	Direktør	Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse (NAKMI)
Bjørn Nagell	Seniorkonsulent	Devoteam Consulting AS
Ellen Udness	Seniorrådgiver	Kunnskapssenteret
Erna Wenche Østrem	Spesialrådgiver	Norges forskningsråd
Espen Saxhaug Kristoffersen	Forsker	UiO
Jorunn Killingstad	Leder	Frisklivssentralen Modum
Jørund Straand	Professor	UiO
Lars Christian Dahle	Administrerende direktør	Dignio AS
Mette Kalve	Direktør	NKS Kløverinstitusjoner
Rigmor C. Baraas	Professor	Høgskolen i Buskerud og Vestfold
Steinar Hunskaar	Forskningsleder	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse
Sture Pettersen	Avdelingsleder	Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST)
Tone Marie Nybo Solheim	Avdelingsdirektør	KS

## ARBEIDSGRUPPEN FOR GLOBALE HELSEUTFORDRINGER

NAVN	TITTEL	INSTITUSJON
Inger Scheel (leder)	Forsker	Kunnskapssenteret
Ottar Mæstad (nestleder)	Direktør	Chr. Michelsens institutt
Anne Rita Øksengård	Spesialrådgiver	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Bernt Lindtjørn	Professor	UiB
Frederik Frøen	Avdelingsdirektør	Folkehelseinstituttet
Graziella Van den Bergh	Førsteamanuensis	Høgskolen i Bergen
Håkon Angell Bolkan	Dr. gradsstipendiat	St. Olavs Hospital/NTNU
Karianne Johansen	Seniorrådgiver	Legemiddelindustrien
Kristin Braa	Professor	UiO
Kårstein Måseide	Seniorrådgiver	NORAD
Maja Sommerfelt	Chief Scientific Officer	Bionor Pharma
Toralf Hasvold	Professor	UiT
Werner H. Christie	Førstelektor	Høgskolen i Hedmark

Sekretariatet i Norges forskningsråd: Signe Bang (ansvarlig), Hilde G Nielsen, Ingrid Roxrud, Lars Petter Korsnes, Vidar Sørhus, Stein Omar Gjendem



# 3 Vedlegg

## VEDLEGG: HelseOmsorg21 delrapporter

---

De strategiske satsingene i HelseOmsorg21 bygger på rapportene fra fem arbeidsgrupper.

De fem delrapportene står på egne ben, og forslag, anbefalinger og prioriteringer er uttrykk for arbeidsgruppenes egne vurderinger og synspunkter.

1) **Næringsutvikling**

---

2) **Forskningskvalitet og internasjonalisering**

---

3) **Kunnskapssystemet**

---

4) **Kommunesektoren**

---

5) **Globale helseutfordringer**





DELRAPPORT 1

# Næringsutvikling

## INNHOOLD

- 79 | Arbeidsgruppens forslag til tiltak – sammendrag
- 80 | Overordnet beskrivelse av nåsituasjonen
- 82 | Vurderinger
- 88 | Målsettinger
- 89 | Anbefalinger og forslag til tiltak

Foto: Shutterstock



# Arbeidsgruppens forslag til tiltak – sammendrag

En forutsetning for at målene og tiltakene som foreslås i denne rapporten skal få betydning, er at helse og omsorg erklæres som et næringspolitisk satsingsområde.

Innovasjonskompetansen innenfor offentlig sektor må heves gjennom økt og tydelig bestilling av innovasjonsaktivitet fra Kunnskapsdepartementet til universiteter og høyskoler, fra Helse- og omsorgsdepartementet til helseforetakene og fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til kommunene.

Helse- og omsorgssektoren må etablere et mye tettere samarbeid med eksisterende næringsliv for å utvikle nye løsninger som er nødvendige for et moderne helsevesen.

## Sentrale tiltak:

—  
Innovasjon blir en lovpålagt oppgave for helseforetakene

—  
Sterkere insentivering av innovasjon i universiteter, høyskoler og helsesektor

—  
Opprette et nytt virkemiddelprogram for helseinnovasjoner

—  
Øke basisfinansiering til kommersialiseringsaktørene

—  
Styrke SkatteFUNN

—  
Etablere nye såkornfond fokusert på helse

—  
Innføre skatteinsentiver for investorer

—  
Styrke og videreutvikle insentiver for innovative anskaffelser

—  
Etablere et Nasjonalt senter for helse-IKT og velferdsteknologi

—  
Styrke kommunenes innkjøpsfunksjon med en systematisk opplæring i rollen som bestiller

—  
Sikre bedrifter tilgang til kompetanse og fasiliteter i form av laboratorier, testfasiliteter, utstyr og teknisk ekspertise hos akademia, helseforetak, kommuner og industriinkubatorer

—  
Opprette profesjonelle enheter som kan tilrettelegge for klinisk oppdragsforskning i form av kliniske studier og «testbeds»

—  
Sørge for bedre utnyttelse av biobanker og helseregistre ved at eksisterende regelverk for biobanker revideres og at det sikres økonomisk støtte til biobanker

—  
Opprettholde finansiering til eksisterende klynger og næringslivsnettverk

# Overordnet beskrivelse av nåsituasjonen



Demografiske endringer og endret sykdomsbilde gir helse- og omsorgssektoren utfordringer som krever bedre ressursutnyttelse, høyere effektivitet samt nye og bedre tjenester. Ny teknologi og produktutvikling vil være avgjørende for å møte nye krav, opprettholde kvaliteten på helsetjenestene samt møte forventninger om gode velferdstjenester og god behandling. I disse utfordringene ligger det også et stort potensial for verdiskaping.

En gryende helseindustri er i fremvekst og synliggjør behovet for økt samarbeid mellom forskningsmiljøer, helsetjenester, kommuner og bedrifter for å utvikle nye eller forbedrede produkter og tjenester, og med offentlig sektor som et stort og viktig hjemmemarked. Den norske helse- og omsorgssektor trenger et forbedret samspill med næringslivet for å nå sine mål.

I de kommende tiårene vil en større andel av helse- og omsorgstjenestene utføres i kommunene, sykdomsbildet vil bli mer sammensatt, og pasienter vil bli tidligere utskrevet fra sykehusene. St.meld. nr. 47 (2008-2009) «Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid», Meld. St. 29 (2012-13) «Morgendagens omsorg» og Meld. St. 34 (2012-13) Folkehelsemeldingen «God helse – felles ansvar» gir tydelige politiske føringer for at det fremover skal legges økt vekt på primærhelsetjenestene, omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. Det er i disse tjenestene og i dette arbeidet at fremtidens store utfordringer må møtes og løses. Denne omleggingen blir særlig nødvendig i lys av den raskt økende andel eldre i befolkningen, samtidig som det skapes et stort potensial for økt næringsutvikling.

En mer helhetlig tilnærming er nødvendig for å knytte sammen kunnskap, tjenestetilbud og verdiskaping. Vi har i Norge en mangelfull systematikk i innovasjonsarbeidet og næringsutviklingen hos både offentlige og private aktører – og ikke minst i spillet dem imellom. De innovasjonspolitiske signalene som legger føringer for dette er svake og preget av lite samhandling mellom ulike departementer.



Foto: Digital Vision

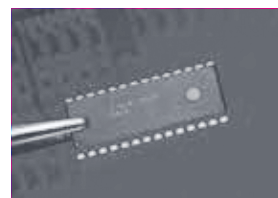


Foto: Digital Vision

Mens forskning i dag er en integrert del av helseforetakenes virksomhet, har ikke helseforetakene tilsvarende fokus på innovasjon. Hovedgrunnen til dette er at innovasjon ikke etterspørres som en oppgave fra HOD. I tillegg er de økonomiske insentivene for innovasjonsaktivitet i helseforetakene nærmest fraværende. En konsekvens blir da at eventuelle verdifulle innovasjoner generert fra innsiden av spesialisthelsetjenesten, ikke får den nødvendige bistand for å bli realisert. En annen konsekvens av manglende fokus på innovasjon, er at foretaksledelsen i liten grad ser de forbedringspotensial som ligger i et tettere innovasjons-samarbeid med andre aktører i helsesektoren og næringslivet. Dette adresseres også i innovasjonsmeldingen «Et nyskapende og bærekraftig Norge», som påpeker at sykehusene bør samarbeide med næringslivet for validering og verifisering av teknologi og nye behandlingstilsetninger.

Norge har en rekke sterke forskningsmiljøer, men de har begrenset samarbeid med næringslivet. På samme måte er mange av næringsaktørene overraskende lite i samspill med forskningsmiljøene til tross for at kunnskap og forskning er fundament for bransjen. Det tyder på at det ikke er lagt til rette for næringslivets inngang til forskningsmiljøene. En manglende instituttsektor i helsefeltet er en mulig forklaringsmodell, og i mangel av denne må forskningsmiljøene og helsetjenesten selv skape arenaer for forskningssamarbeid. Slike arenaer mangler i dag og samarbeidet preges derfor i altfor stor grad av tilfeldigheter og «push» fra næringslivets side.

I tillegg til å møte helseutfordringene trenger Norge fremvekst av nye næringer. Helseindustrien er en kunnskapsintensiv næring med stort vekstpotensial.

Det finnes et bredt spekter av helsebedrifter og flere lovende foretak innenfor sektorene «medtek/biotek/farma», men det er et høyt antall små bedrifter som preger bildet. Ny global utviklingstrend der åpen innovasjonsmodell og samarbeid benyttes, gir norske oppstartsselskaper større mulighet for å lykkes. Involvering i dette globale innovasjons-samarbeidet krever imidlertid verifisert teknologi (proof of technology/proof of concept). Manglende risikoavlastning og tilgang på kapital vanskeliggjør den nødvendige verifiseringen og truer oppstartsselskapenes videre eksistens. Det er et paradoks at kommersialiseringsenhetene (Technology Transfer Office (TTO) o.l.) i Norge har økende tilfang av ideer, men det blir startet færre selskaper av samme grunn.

Tilstrekkelig risikoavlastning og tilgang til tidligfase kapital er de største flaskehalsene for økt verdiskaping i biomedisinsk og medisinsk teknisk utvikling. I tillegg er implementering av ny teknologi og tjenester avgjørende for god helse, effektivitet og bedre tjeneste- og behandlingstilbud. Mangel på bruk av innovative innkjøps- og anskaffelsesprosesser og rutiner for styrking og prioritering av hjemmemarkedet i helsetjenesten, begrenser i dag verdiskapingen.

I dag gir sektoren lave nasjonale inntekter i form av utenlandske investeringer i norsk FoU eller eksport av nye innovative produkter. Til tross for sterk medisinsk og helsefaglig forskning som øker i omfang og kvalitet, evner Norge i liten grad å tiltrekke seg forskningsinvesteringer fra den globale farmasøytiske industrien. Den søker på sin side i økende grad forsknings- og utviklings-samarbeid med forskningsinstitusjoner og mindre biotek-selskaper. Vår kunnskapsbase og infrastruktur tilsier at norske miljøer burde være langt mer attraktive som forsknings- og utviklingspartnere, som igjen tilsier at sektoren har et uforløst potensial.

Norge har gode helseregistre og biobankene med mulighet for koblinger mellom dem. Disse utgjør en unik ressurs og representerer et internasjonalt forskningsfortrinn. Forskningsnivået øker mens

kliniske intervensjonsstudier avtar og oppdragsforskning taper terreng. Norge har mange gode kompetanseenheter med lang og god tradisjon for kliniske intervensjonsstudier, men vi har ikke i tilstrekkelig grad evnet å koble kliniske utprøvingssentre til forskningsnettverk innenfor terapeutiske områder. Det mangler en overordnet tilrettelegging for å være konkurransedyktig innenfor klinisk utprøving, både for akademiske studier så vel som for nasjonalt og internasjonalt næringsliv.

Helse-Norge er i dag preget av komplekse, fragmenterte og til dels utdaterte IKT-infrastrukturer og -systemer. IKT er en kritisk faktor i pasientbehandlingen, og manglende teknologisk samspill utgjør en stigende operasjonell risiko. Helsesektoren har organisatoriske utfordringer som vil øke betydelig i takt med befolkningsutviklingen de neste 30 årene. Sektoren står overfor et prekært behov for å effektivisere og innovere for å møte det fremtidige behovet i befolkningen. I følge SSB vil Norge i 2035 ha et underskudd på opp mot 90 000 syke- og omsorgspleiere, og andelen nordmenn over 67 år vil i løpet av de neste 30 årene doubles, fra dagens ca. 600 000 til ca. 1,2 millioner. Sektorens manglende evne til å utnytte og implementere ny teknologi hemmer sektorens tjenesteutvikling. Den begrensede fleksibiliteten i IKT-infrastrukturer og -systemer gjør at fokus er rettet mot brannslukking og opprydding heller enn innovasjon og tjenesteutvikling.

Offentlig sektor utgjør et viktig hjemmemarked for norsk næringsliv. Innkjøp gjennom innovative anskaffelser, der fokus er å legge til rette for nye løsninger og prosesser, er et viktig virkemiddel. Det mangler i dag prioritering med øremerkede finansielle virkemidler, brukerkompetanse og samhandlingsarenaer for innkjøp som tar utgangspunkt i eksisterende behov og samarbeid med næringslivet. Systemer og modeller som måler og synliggjør effekt og verdiskaping av innovasjon mangler, særlig innenfor IKT og tjenesteinnovasjon.

NIFUs rapport «Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig forskning og utviklingsarbeid i 2011»

# Vurderinger

---

viser en årlig nasjonal investering på ca. 7,5 mrd. kroner per år i dette feltet. Den private innsatsen er på 1,5 mrd. kroner – en andel som er betydelig mindre enn privat investering i de andre nordiske landene. De totale norske forskningsinvesteringene kunne tilsi mer innovasjon og verdiskaping slik det vises til i innovasjonsmålingene, der Norge ligger under OECD- og EU-snittet. OECD påpeker at Norge har lav forskningsintensitet i næringslivet og for lav resultatutnyttelse fra de offentlige forskningsinvesteringene.

Forskningskvalitet og kommersialisering av forskningsresultater i form av innovasjonsideer og patenter er økende, men lavere enn i sammenlignbare land. OECD peker også på at Norges største strategiske utfordring blir å opprettholde en høy bærekraftig vekst etter at olje- og gassproduksjonen har nådd toppen. Videreutvikling og diversifisering av norsk økonomi vil innebære et skifte mot andre kunnskapsbaserte aktiviteter. En satsing på næringsutvikling innenfor helse og omsorg vil kunne gi en ny kunnskapsnæring med globalt nedslagsfelt.



Norge har gode forutsetninger for å lykkes med næringsutvikling innenfor helse og omsorg. Sektoren er enhetlig og godt organisert, det er godt samarbeid mellom forskningsmiljøene ved universitetene og universitetssykehusene, og i økende grad mellom helseforetakene og kommunene.

Helse- og omsorgsmarkedet er mangfoldig, og involverer blant annet tjenesteaktører, industri- og utstyrsaktører, teknologi- og kunnskapsaktører, legemiddelprodusenter, konsulenter, arkitekter og byggenæringen. I dag er næringen liten, men den kan bli en vekstnæring med globalt potensial som allerede kan vise til flere internasjonale suksesser. Et næringsliv med sterke og innovative bedrifter som tar opp i seg nyvinninger fra forskningsmiljøene, er en forutsetning for et godt helse- og velferdstilbud i fremtiden.

## **Økt verdiskaping fra forskning**

Innovasjonstakten i helse- og omsorgssektoren er altfor lav i forhold til forskningsinnsatsen. Det er behov for en strategisk kobling mellom grunnleggende forskning, innovasjonsrettet helseforskning og næringsutvikling. Det er også behov for bedre samspill mellom aktørene i utdannings- og høgskolesektoren, sykehus- og omsorgssektoren og næringslivet.

Det er store muligheter for økte forskningsinvesteringer fra næringslivet. Det pågår et paradigmeskifte i hvordan diagnostikk og legemidler utvikles. Nye produkter kommer i mindre grad fra intern FoU i de store internasjonale farmasøytiske selskapene. Disse globale aktørene søker i stedet ulike former for samarbeid med eksterne eksellente forskningsgrupper eller bedrifter med lovende patenter og produkter. Dette åpner muligheter for land som Norge, som ikke har globale farmasøytiske selskaper, men derimot en rekke sterke forskningsmiljøer og lovende oppstartsbedrifter.

Når det etableres samarbeid mellom akademisk og næringsliv, kan det ofte være en utfordring at partene har ulike forventninger med hensyn til roller, rettigheter og bruk av forskningsresultater og immaterielle

verdier. Profesjonalitet i kommersialiseringsenhetene (for eksempel TTOene) er avgjørende for riktige forventninger fra samarbeidspartene.

Kommerensialiseringsenhetene fungerer godt, men har for små ressurser i forhold til den innsatsen som er nødvendig for å hente ut potensialet fra forskningen. I tillegg er det til dels en skjevfordeling mot en tidlig høsting av forskningsresultater i form av utlisensiering av ideer og patenter, fremfor selskapsetableringer som vil bidra til økt næringsutvikling på lengre sikt.

Kunnskap og infrastruktur innenfor helse og omsorg kan være et strategisk fortrinn for næringsutvikling. Kunnskap er den viktigste ressurs for å tiltrekke privat FoU-investering og samarbeid med næringslivet, og Norge har her en unik mulighet til å utnytte kunnskap og kompetanse på en mer optimal måte. Forskningskvalitet og -kapasitet har vært økende de siste årene, og som nevnt, uten at dette har gitt høyere innovasjonstakt og næringsutvikling. Det foreligger derfor et uforløst potensial ved at forskningsinstitusjonene, helseforetakene, virkemiddelapparatet og næringsaktører sammen kan bidra til å koble forskningsinvesteringer, samfunnets behov og verdiskapingsmuligheter.

Til tross for at virkemiddelapparatet har mange gode programmer og tiltak, er det ingen helhetlig og strategisk tilnærming til helse- og omsorgsinnovasjoner. Evner vi ikke å utnytte ressursene, går Norge glipp av bedre helsetjenester, kunnskapsarbeidsplasser og eksportinntekter.

#### Muligheter for flere selskapsdannelser

Det finnes et bredt spekter av bedrifter innenfor sektoren. Flere lovende bedrifter innen medisinsk utstyr, diagnostikk og legemidler har vokst frem de siste årene. Det er imidlertid stort potensial for høyere grad av selskapsetablering.

På tross av at den totale forskningsinnsatsen på helseområdet er relativt høy, er det avsatt begrensede midler til verifisering, translasjon og pilotering av potensielt verdiskapende ideer. Tilgjengelige



Foto: Colourbox.com

verifiseringsmidler er i dag stort sett begrenset til den sektornøytrale FORNY-ordningen (kun 50 mill. kroner ble utdelt i 2013, totalt for alle næringssektorer<sup>32</sup>). En vellykket verifiseringsfase er helt avgjørende for en videre utvikling av innovasjonen, og en manglende finansiering i denne fase, både med hensyn til timing og størrelse, er en åpenbar flaskehals i den forskningsbaserte næringsutviklingen.

Norge har generelt god tilgang på kapital, men mangler tilstrekkelig risikokapital i tidlig fase. Som påpekt i «Et kunnskapsbasert Norge<sup>33</sup>» gjelder dette spesielt kapital med kompetanse og investeringsfokus mot helseindustri. Mangelen på såkorn er den største flaskehalsen for selskapsutvikling. Virkemiddelapparatet og skattesystemet bør brukes mer effektivt for å avhjelpe dette ved å sikre at statlige virkemidler når frem til sektoren samt stimulere til økte private investeringer.

Helsenæringenes (spesielt innenfor legemiddelutvikling) vei til markedet er ofte lang, risikofylt og regulatorisk krevende. Dette tas det ikke hensyn til i konkurransen om næringsnøytrale virkemidler, noe som kan slå uheldig ut for helsenæringen. Virkemiddelapparatet er ikke godt nok tilpasset den langsiktigheten næringslivet på helsefeltet trenger.

De unge bedriftene trenger investorer som kan bidra med forretningskompetanse til selskapets utvikling. Slik kompetent kapital mangler i stor grad innenfor

<sup>32</sup>) Forskningsrådet.

<sup>33</sup>) Sasson A & Reve T, Et kunnskapsbasert Norge, Universitetsforlaget, 2012.

helsesektoren. Såkornfondene vil bidra, men har som kjent fra 2011 ikke hatt mulighet til å foreta nyinvesteringer. Av de fire landsdekkende såkornfondene har bare ett fond (Sarsia Seed) investert opptil 50 % i biomedisin. To av seks berammede nye såkornfond er tildelt, men ingen innenfor helse. Sektoren står uten såkornmidler i uviss tid. Det er helt avgjørende for næringsvekst på helseområdet at nye tilsagn til helserelaterede såkornfond kommer på plass.

De nyetablerte selskapene vil etter såkornfasen trenge risikokapital for videre markedspenetrering og vekst. Slik venturekapital innenfor helse er ytterligere en mangelvare i Norge. Det er behov for at den statlige ventureaktøren, Investinor, engasjerer seg mer i de muligheter av «investeringscase» som finnes i sektoren. Dette fordrer en økt forvaltningskompetanse rettet spesifikt inn mot helsesektoren (blant annet innenfor biomedisin, diagnostika, medtek, e-helse).

### **Bedre utnyttelse av infrastruktur**

Leverandørene av diagnostika, behandlingsprodukter og medisinsk utstyr er også avhengige av helsetjenesten for uttesting og kvalitetssikring av teknologiene. Tilrettelegging for kliniske studier og demonstrasjonsplattformer/testbeds er avgjørende for næringsvekst og økte forskningsinvesteringer fra private aktører. I tillegg til kompetanse og tilgang til ressurser er globale drivere som kvalitet, tid og kostnader premisser som næringslivet opererer etter. En forståelse av disse driverne er nødvendig for at Norge skal være attraktivt for slike forskningsinvesteringer.

Oppbyggingen av biobanker og helseregistre over de siste årene utgjør en betydelig ressurs. Det er etablert et landsdekkende biobankkonsortium med høy kvalitet på infrastruktur, kompetanse og rutiner – og med effektiv samordning. Satsingen på norske humane biobanker er imidlertid ikke fulgt opp med hensyn til innovasjon og kommersiell utnyttelse. Infrastrukturen bør vurderes strategisk for å tiltrekke forskningsmidler fra biomedisinsk næringsliv.

Norge har produksjonsfasiliteter som i dag benyttes av tidligfaseselskaper innenfor biomedisin. Fasilitetene utgjør en viktig forskningsinfrastruktur som bidrar til å bygge kompetanse, til å opprettholde FoU-aktivitet i Norge og til å tiltrekke investeringer fra nasjonale og internasjonale aktører. Det er imidlertid ingen forutsigbarhet knyttet til slik infrastruktur. Unike produksjonsfasiliteter er vedtatt nedlagt til tross for politisk signal om satsing på næringsutvikling i sektoren.

### **Muligheter i det internasjonale marked**

Både nytt og eksisterende norsk næringsliv har i utgangspunktet store muligheter i det internasjonale helsemarkedet. Norske produktideer har høy kvalitet, møter behov og kjøpskriterier i markedet, er ofte solid forankret i god forskning samt verifisert i god klinisk utprøving.

Norske næringsaktører innenfor biomedisin vil som regel henvende seg til de større internasjonale farmasøytiske selskapene i løpet av sin kommersialisering, typisk i de større kliniske utprøvinger (fra for eksempel fase II). Aktører innenfor medtek, e-helse o.l. trenger gjerne internasjonale partnere i en fase med bredere internasjonal markedspenetrering og vekst.

En felles forutsetning her er at den norske helse- og omsorgssektoren må fungere som et vellykket hjemmemarked. Et demonstrert gjennomslag i hjemmemarkedet forutsetter at den norske helsesektoren ser verdien av å prøve ut innovative løsninger, og ikke nødvendigvis begrense seg til det tradisjonelle velutprøvde.

### **Markedsadgang og implementering**

Som for alle andre næringer, må det skapes et marked som bygges på forutsigbare rammer, aktører som tenker langsiktig og hvor det er kapital til å etterspørre løsningene. Undersøkelser viser at offentlige innkjøperes hovedfokus er på etterlevelse av lover og regler, og i liten grad på innovasjon. Erfaring viser at innovative prosjekter har en om-dømmemessig nedside på grunn av risikoelementet.



Foto: Health and Medizin



Foto: Shutterstock

Gevinstrealisering kan komme på andre budsjettposter og ansvarsområder enn hos de som foretar investeringene og bærer risikoen. Offentlige innkjøpere har derfor en tendens til å satse på det kjente, fremfor å stimulere til innovasjon og fremtidsrettede løsninger.

En innovativ anskaffelse PPI (Public Procurement of Innovation) er en markedsrettet tilnærming til offentlige anskaffelser, der fokus er å legge til rette for nye løsninger og prosesser.

Europa satser sterkt på innovative anskaffelser som virkemiddel for næringsutvikling. Både i Nederland og England har SBRI-ordningen (Small Business Research Initiative) vist seg å fungere bra. Den ligner det amerikanske SBIR-programmet, der offentlig sektor har øremerket midler til innovative innkjøp. SBRI-programmet tar utgangspunkt i et eksisterende behov, der offentlige kunder legger tid i å beskrive behovet som et ønsket resultat i stedet for et spesifisert produktønske. I Norge har Difi, KS, NHO og Leverandørutviklingsprogrammet kompetanse på dette. KS arbeider for å heve innkjøpskompetanse og etablere kommunalt samarbeid om innkjøp, og Leverandørforeningen forsøker å gjennomføre piloter. Det er imidlertid ikke full kraft bak tiltaket, siden Norge ikke har vedtatt en tilskuddsordning som støtter opp under innovative anskaffelser. Til forskjell fra Norge, utløser ordningen i flere europeiske land midler uten å gå via offentlige/industrielle forsknings- og utviklingskontrakter (OFU/IFU). Det er også grunn til å fremheve at det kommer et nytt EU-direktiv, Innovative Partnerships, som vil gi muligheter for å kjøpe løsningen direkte. Det vil gjøre ordningen enda mer attraktiv.

For bedriftene som skal levere innovative løsninger, er det avgjørende å kunne skalere opp løsningene som gjør kommersialisering mulig. I dag preges situasjonen av igangsetting av mindre pilotprosjekter i norske kommuner, som mangler ressurser og ambisjoner når det gjelder iverksetting i større skala. Mange offentlige innkjøpere er små og bidrar til et fragmentert marked uten kritisk masse til å gi det løftet som er nødvendig. Utfordringen ligger i at det ikke er samspill mellom det kommunene etterspør, og kompetanse på hva markedet kan tilby. Dette må ses i sammenheng med dagens kommunestruktur med 428 kommuner, hvor mange er små og bedriftene kan finne markedet for fragmentert og uforutsigbart.

### Velferdsteknologi og IKT i helse og omsorg

IKT er kritisk i pasientbehandlingen. Innenfor helse og omsorg er det begrenset systemstøtte for arbeidsprosesser, liten grad av beslutningsstøtte og manglende støtte for å dele informasjon internt og på tvers i foretakene, mot andre aktører og mot pasientene selv. IKT-infrastrukturen er mangfoldig og aldrende, og den utgjør en stigende operasjonell risiko. En vellykket utvikling av IKT-løsningene i sektoren, krever arkitekturer som er fleksible og dynamiske, og som muliggjør kontinuerlig videreutvikling av den til enhver tid eksisterende porteføljen av løsninger. Det er et stort behov for bedre og tettere integrasjon av ulike løsninger og den underliggende infrastrukturen. Dette gjelder innenfor det enkelte foretak og region, men også innenfor kommunen, mellom helseforetak/regioner og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Norge er ett av de land med flest «høyteknologiske» brukere i verden. IT og kommunikasjonsteknologi er i dag en naturlig del av den enkelte innbyggers hverdag – og utviklingen skjer fort. Det teknologiske økosystemet i helse- og omsorgssektoren blir stadig mer komplekst gjennom et økende behov for velferdstjenester.

Utviklingen i datateknologien vil gå veldig fort. Big data, sensorteknologi, kroppsnære målinger, «cloud

computing», «internet of things», skjerm- og bilde-teknologi og så videre, driver frem en ny type helse-organisering. Helsesektoren må i større grad konsentrere seg om hvordan denne utviklingen kan utnyttes for tjenesteinnovasjon og implementeres på best mulig måte, og i mindre grad være fokusert på å utvikle selv. Det må bygges plattform for godt samarbeid mellom forskning, næring, helseforetak og kommuner.

Næringslivet kan levere løsninger som øker kapasiteten, effektiviserer arbeidsprosesser og informasjonsflyt, gir raskere og bedre informasjon om pasientenes tilstand (pasientdata), forebygger og lindrer skader og ulykker, samt forenkler brukernes daglige liv og kommunikasjon med omverden (mestring og selvhjelp). Det er et uforløst potensial i et bedre samspill mellom de som eier utfordringene, de initiativ som tas for å finne løsninger, og de som har forutsetning for å tilby løsninger.

Det er få krav til sektorens leverandører når det gjelder standardiserte, internasjonale og åpne grensesnitt, det er lite koordinert dialog med internasjonale IKT-aktører og -grupperinger (for eksempel Integrating the Healthcare enterprise, Microsoft, Apple knyttet til innovasjon og et teknologisk fremtidsbilde). Det er opp til det enkelte helseforetak og den enkelte kommune å initiere innovasjonsprosjekter, og det foreligger ingen insitamenter for deltakelse i pågående prosjekter. Initiativ og tiltak er fragmenterte og ukoordinerte. Det er lite samspill med nasjonal og internasjonal næring, og et stort behov for en nasjonal møteplass for samspill og innovasjon både mellom innbygger, bruker, næring, sektor og virkemiddelapparat. Norge trenger en koordinert drivkraft for helseinnovasjon.

Velferdsteknologien og smarthus-konsepter introduserer et bredt spekter av nye teknologiske enheter som ikke bare krever integrasjon mellom byggteknikk, IKT og prosesser, men som også samler inn betydelige mengder data. Sentral sanntidsinformasjon om den enkelte innbygger vil kunne benyttes i pågående behandling, forebyggende



Foto: Digital Vision



Foto: Lærdal Medical

helsearbeid og forskning. Strukturert håndtering av denne type informasjon åpner for nye muligheter for tjeneste- og organisasjonsutvikling og fremtidig forskning. Sektoren må iverksette tiltak for å enes om hvordan denne informasjonen skal benyttes og håndteres.

Et nært samspill mellom den enkelte innbygger og helsesektoren er helt sentralt, uavhengig av om informasjon benyttes til behandling eller forebyggende helsearbeid. Informasjon om den enkelte innbygger må kunne følge innbyggeren og være tilgjengelig der behandling, informasjonsformidling og dialog skjer. Informasjon må opp fra underliggende systemer, samles og presenteres på de teknologiske enheter som innbygger og helsemedarbeider benytter der de til enhver tid er. Systemer og infrastruktur må være fleksible og dynamiske, og muliggjøre kontinuerlig videreutvikling og samspill mellom nye og eksisterende løsninger. Sektorens systemer må ha standardiserte og internasjonale grensesnitt, og understøtte et omforent langsiktig fremtidsbilde i den norske helsesektoren.

### **Kommunesektoren**

For å opprettholde god kvalitet og tilstrekkelig omfang på kommunehelsetjenesten, må det de neste ti årene stimuleres til systematisk innovasjon i de kommunale tjenestene. Dette vil gjelde helse- og omsorgstjenester, men også forebyggende og helsefremmende tjenester. Det må derfor satses systematisk og målrettet på kvalitets- og kompetanseutvikling, og det må gjennomføres nødvendige strukturelle tiltak for å legge til rette for økt forskningsaktivitet og innovasjon i tjenestene.

Kommunene har et sterkt fokus på produksjon av tjenester til borgerne. Det blir lite disponibel tid til



å reflektere over hvordan man ønsker å utvikle fremtidens tjenester. Konsekvensen er gjerne at hele verdikjeden for å innovere tjenestene ikke benyttes, og kommuneplanene fremstår i for stor grad som en fremskrivning av dagens situasjon. Det må bli sterkere tradisjon for systemtenking, langsiktig kompetansebygging og alternative finansieringsformer i innovasjonsarbeidet. For mange av de kommunene som driver innovasjon og utvikling av fremtidens omsorgstjenester, medfører dette i dag unødvendig mye arbeid.

Det er store potensialer i å utvikle en norskbasert næring for leveranser til omsorgsfeltet. Etterspørselen etter hensiktsmessige boligløsninger, aktivitetsinnhold og velferdsteknologiske virkemidler vil øke både fra husholdninger og fra den kommunale omsorgssektoren. I økende grad vil dette også innebære at omsorgsfeltet blir åpnet, og import og eksport vil kjennetegne omsorgssektoren på samme måte som andre næringer.

Det er også voksende markedsmuligheter i den private husholdningssektoren både i Norge og i andre land, så vel som overfor offentlig tjenesteyting i andre velferdssamfunn. Det vil være god langsiktig næringsutvikling å utnytte den offentlige innkjøpsmakten til å stimulere frem og prøve ut produkter og løsninger, som produsentene i neste omgang utvikler videre for salg til individer som ønsker å være mest mulig selvhjulpne uten omsorgstjenestenes assistanse (NOU 2011:11: Innovasjon i omsorg).

Det er to områder for næringspotensial i kommunene:

### 1) Forebyggende næring

Innbyggerne ønsker å bo lengst mulig hjemme og å være mest mulig selvhjulpne. Realisering av målet kan skje ved tilpassing av boligen, utnytting av teknologi og kanskje også kjøp av bistand, før behovet for kommunale tjenester oppstår. På denne måten kan den enkelte utforme sine egne tjenester. Dette kan skje sammen med pårørende og/eller

under faglig veiledning. En slik implementering av løsninger vil være forebyggende for den enkelte, samt redusere eller utsette behovet for kommunale omsorgstjenester. Målet leder til en etterspørsel etter produkter som kan virkeliggjøre dette. Sett fra leverandørsiden er dette et individmarked, og ikke særlig forskjellig fra annen etterspørsel etter boligløsninger, forbrukerelektronikk eller livsfase-relatert personlig tjenesteyting.

For å få dette til må innbyggerne ha:

Informasjon om muligheter.

Informasjon om rettigheter, plikter og ansvarsvakklaring opp mot kommunenes omsorgstjenester, Husbanken og Hjelpemiddelsentralen.

Informasjon om den enkelte innbyggers ansvar for egen helse.

### 2) Kommunal næring

Kommunene produserer tjenester til sine innbyggere, og som offentlige innkjøpere retter de en etterspørsel mot underleverandører. Hva som ønskes innkjøpt er knyttet både til et ønske om å effektivisere tjenesteytingen, forbedre kvaliteten og utvikle tjenesteinnholdet. Omsorgsfeltet domineres i dag av kommunene. Samhandling med andre næringer skjer i form av et offentlig innkjøp av underleveranser. Innkjøpermakten bør derfor styrkes, utvikles og forvaltes slik at den også bidrar til å fremme innovasjon på leverandørsiden. Dette for at det skal gi tydeligere signaler til næringslivsaktører og andre leverandørinteresser om hva omsorgssektoren etterspør.

Kommunenes etterspørsel etter velferdsteknologi er i sterk vekst, og vurderes som å kunne være et tiltak rettet inn mot den kommende eldrebølgen.

# Målsettinger

---



## **Helse og omsorg må erklæres som næringspolitisk satsingsområde**

En forutsetning for at målene og tiltakene som foreslås i denne rapporten skal få betydning, er at helse og omsorg erklæres som et næringspolitisk satsingsområde.

HOD, NFD, KD, KMD og UD/NORAD må ha mål og virkemidler for samarbeid, innovasjon og næringsutvikling.

Det må etableres en tydelig ambisjon for næringsutvikling innenfor helse og omsorg, der næringslivet er en naturlig samarbeidspartner og medutvikler av nye løsninger. Innovasjonskompetansen innenfor offentlig sektor<sup>34</sup> må heves gjennom økt kunnskaps-tilførsel og tydelig bestilling, sterkere insentiver og større forventning til innovasjon fra Kunnskapsdepartementet til universiteter og høyskoler, fra HOD til helseforetakene og fra KMD til kommunene. Nasjonal statistikk må videreutvikles og indikatorer for forskning og innovasjon benyttes som styringsverktøy av departementer, helseforetak og academia.

---

## **MÅL 1: Fremtidens utfordringer i helsesektoren løses av nye kunnskapsbaserte bedrifter**

---

Universiteter, høyskoler og helsesektoren har styrket kultur for innovasjon

Virkemiddelapparatet sikrer etablering og utvikling av selskaper

Økt kapitaltilgang for vekst av selskaper

---

## **MÅL 2: Eksisterende næringsliv videreutvikles**

---

Helsesektoren har styrket kultur og rolleforståelse for innovasjon

Norge er ledende i bruk av offentlig anskaffelser innenfor helse og omsorg

Økt omfang av kliniske studier i samspill med næringslivet

---

## **MÅL 3: Et sterkt utviklet næringsliv innenfor helse-IKT og velferdsteknologi**

---

---

## **MÅL 4: Norge er et attraktivt land for forsknings- og innovasjonsinvesteringer**

---

<sup>34</sup> Kommunal næringsutvikling og helsetjeneste, helseforetak, Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret, Legemiddelverket, Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet med flere.

# Anbefalinger og forslag til tiltak

## 1 Mål 1: Fremtidens utfordringer i helsesektoren løses av nye kunnskapsbaserte bedrifter

### Universiteter, høyskoler og helsesektoren har styrket kultur for innovasjon

#### TILTAK:

Innovasjonsaktivitet blir en lovpålagt oppgave for helseforetakene på linje med pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.

Med innovasjonsaktivitet menes: Innovasjon som tematisk område i ledelsen, utvikling og verifisering av kvalifiserte ideer samt samarbeid med kommuner, brukerorganisasjoner, andre helseinstitusjoner og næringsliv (for eksempel ved uttesting av ny teknologi). Innovasjonsaktiviteten må nødvendigvis tilpasses størrelsen på helseforetakene.

En sterk økonomisk insentivering av innovasjon i helsesektoren.

Med sterk økonomisk insentivering menes: Forandre dagens innsattsstyrte finansiering (ISF-ordningen) til å inneholde insentiver for utvikling og innføring av ny teknologi/innovasjoner, og etablere rutiner som gjør endring av ISF-takster mulig. Slik kan behandling i større grad flyttes fra spesialisthelsetjenesten og ut i kommunene, i tråd med politisk vilje (ref. Samhandlingsreformen).

Innføre akademisk merittering for innovasjonsaktivitet i akademia.

Innovasjonsaktivitet som for eksempel innmelding av ideer og oppfinnelser, samarbeid/erfaring/hospitering i næringslivet, skal få konsekvenser for karriere- og lønnsutvikling.

Styrke samhandling mellom forskningsinstitusjoner og næringsliv blant annet ved å harmonisere og forenkle regler og samarbeidsavtaler, slik at det legges

til rette for næringsutvikling og bedrifters behov for rettigheter til resultater og immaterielle rettigheter.

Heve innovasjonskompetansen innenfor offentlig sektor gjennom økt kunnskapstilførsel. Sørge for tydelig bestilling, sterkere insentiver og større forventning til innovasjon fra KD til universiteter og høyskoler, fra HOD til helseforetakene, samt fra KMD til kommunene.

Innføre obligatorisk innovasjons- og entreprenørskapsopplæring i de ulike helseutdanningene og utdanninger innenfor teknologi, administrasjon og økonomi på master-, profesjons- og ph.d.-nivå.

Øke antallet Nærings-ph.d. samt legge til rette for mobilitet blant annet gjennom næringslivsansatte i professor II-stillinger.

Øremerke midler til innovasjonskulturtiltak fra HOD, NFD og KMD.

For å sikre at arbeidet med innovasjon og næringsutvikling har ønsket effekt, bør NIFUs indikatorer for forskning og innovasjon tas i bruk som styringsverktøy både av departementer, helseforetak og akademia.

### Virkemiddelapparatet sikrer etablering og utvikling av selskaper

#### TILTAK:

Opprette et nytt virkemiddelprogram tilpasset helseinnovasjoner med næringspotensial (legemidler, diagnostika, medtech, IKT og velferdsteknologi med flere).

Programmet skal dekke alle fasene i innovasjonsutviklingen fra ide til kommersialisering, og ha en bedre tilpasning og helhetlig tankegang sammenlignet med dagens sektornøytrale virkemidler fra Norges forskningsråd og Innovasjon Norge.

Programmet er av betydning for samspill mellom sektoren og næringsliv, og vil ligge innenfor flere departementers sektoransvar.

---

Styrke SkatteFUNN ved å øke timesatsen til maksimalt 1100 kroner og heve refusjonsrammen til 35 % for forskningstunge unge bedrifter (FUBer).

---

Etablere en gaveforsterkningsordning for å stimulere til private bidrag til innovasjonsprosjekter i oppstartsbedrifter.

---

Øke forutsigbar basisfinansiering til kommersialiseringsaktørene (TTOene) for å øke sannsynligheten for kommersialisering.

---

Utrede andre skatteinsentiver for bedriftene innenfor helse- og omsorgssektoren.

### **Økt kapitaltilgang for vekst av selskaper**

#### **TILTAK:**

---

Etablere minst to såkornfond innenfor helse på en slik måte at det sikrer konkurranse og kontinuitet.

---

Øke forvaltningskompetansen spesifikt innenfor helse i de statlige venturemiljøer (Investinor og Argentum), slik at disse er i bedre stand til å vurdere investeringscase fra helsesektoren.

---

Innføre skatteinsentiver for investorer som investerer i forskningstunge unge bedrifter.

## **2 Mål 2: Eksisterende næringsliv videreutvikles**

### **Helsesektoren har styrket kultur og rolleforståelse for innovasjon**

#### **TILTAK:**

---

Styrke samhandling mellom forskningsinstitusjoner og næringsliv blant annet ved å harmonisere og forenkle regler og samarbeidsavtaler, slik at det legges til rette for møtearenaer og dialog med næringsliv i forbindelse med anskaffelser og implementering av nye produkter og tjenester så disse benyttes på optimal og riktig måte.

---

Etablere forutsigbarhet om når konkurranseutsetting brukes for tjeneste- og produktutvikling, og når offentlige aktører selv vil stå for slik utvikling.

### **Norge er ledende i bruk av offentlig anskaffelser innenfor helse og omsorg slik at det skapes et hjemmemarked for helsenæringen**

#### **TILTAK:**

---

Insentiver for innovative anskaffelser styrkes og videreutvikles. Det settes måltall for innovative anskaffelser i helseforetakene og i kommunene. Virkemiddelapparatet støtter innovative anskaffelsesprosjekter og tilbyr risikoavlastning for begge parter. Det skal settes måltall for innovative anskaffelser i helseforetakene og i kommunene. Helsesektoren skal benytte leverandørutviklingsprogrammet til å øke bestillerkompetansen (bli krevende kunde) og utforme funksjonelle kravspesifikasjoner, og benytte dialogkonferanser med næringslivet.

---

Det bør vurderes insentiver for at flere kommuner går sammen om nye anskaffelser og pålegg om langsiktighet i anskaffelsesbehov, slik at leverandørene kan involveres på et tidlig tidspunkt.

---

Innføre risikoavlastende tilskuddsordning for offentlige anskaffelser på 500 mill. kroner årlig.

## Økt omfang av kliniske studier i samspill med næringslivet

### TILTAK:

Bygge infrastruktur og systemer for klinisk utprøving som ivaretar både offentlig og industri-finansierte utprøvinger.

Styrke kliniske utprøvingseenheter og nasjonale og internasjonale nettverk.

Innføre klinisk samarbeidsforskning som mål for helseforetakene.

## 3 Mål 3: Et sterkt utviklet næringsliv innenfor helse-IKT og velferdsteknologi

### TILTAK:

Etablere et nytt Nasjonalt senter for helse-IKT og velferdsteknologi. Det skal være et kraftfullt nasjonalt nav som koordinerer helse-IKT og velferdsteknologi på nasjonalt og kommunalt plan. Det er naturlig at senteret ligger under Helsedirektoratet. Det nye senteret må ha en betydelig større rolle og mandat enn det påtenkte Nasjonalt senter for velferdsteknologi.

Senteret skal være en drivkraft i utprøving av eksisterende og ny teknologi for innovering i helsesektoren.

Senteret skal være et treffpunkt mellom nasjonal og internasjonal næring, spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, brukere og innbyggere.

Senteret skal involveres i sektorens innkjøp og implementering av ny teknologi i tjenestene, herunder standardisering, tjenesteinnovasjon, fagutvikling og gevinstrealisering.

Senteret skal sørge for utvikling av nødvendig samkjøring av relevante lover, forskrifter, tilsyns-

myndighet og standardisering på nasjonalt og kommunalt plan.

Senteret skal ha ansvar for at sektorens innkjøpsfunksjon styrkes med en systematisk opplæring i rollen som bestiller (krevende kunde).

Helsedirektoratet skal utfordre og involvere næringen i å løse konkrete problemstillinger via utlysning av problemløsningskonkurranse og initiere nasjonale demonstrasjonsprosjekter.

Utlysninger må være knyttet til strategiske beslutninger, investeringsbudsjett og krav til implementering i sektoren. Sektoren må være villig til å investere i «Proof of Concept»-prosjekter og bidra med nøkkelkompetanse fra brukere og premissgivere. Det bør her etableres et nært samspill med det foreslåtte Nasjonalt senter for helse-IKT og velferdsteknologi.

Helsedirektoratet gis mandat til å kreve standardiserte, internasjonale og åpne grensesnitt fra alle eksisterende og potensielle leverandører av informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Det bør utarbeides i nært samspill med nytt Nasjonalt senter for helse-IKT og velferdsteknologi.

Det bør gjennomføres en nasjonal utredning for å analysere konsekvenser av sektorens egenutvikling kontra konkurranseutsetting.

Det innføres konkrete økonomiske insitamenter for private for hensiktsmessig tilrettelegging og ombygging av egen bolig. En sertifiseringsordning for velferdsteknologiske produkter vil utløse den økonomiske støtten.

## 4 Mål 4: Norge er et attraktivt land for forsknings- og innovasjonsinvesteringer

### TILTAK:

---

Sikre bedrifter tilgang til kompetanse og fasiliteter i form av laboratorier, testfasiliteter, utstyr og teknisk ekspertise hos universiteter, høyskoler, helseforetak, kommuner og industriinkubatorer.

---

Opprette profesjonelle enheter som kan tilrettelegge for klinisk oppdragsforskning i form av kliniske studier og testbeds, og som er konkurransedyktige med hensyn til kvalitet, gjennomføringstid og kostnad basert på næringslivets behov.

---

Videreutvikle og opprettholde en effektiv og kompetent nasjonal enhet for biofarmasøytisk produksjon til kliniske studier.

---

Gi Statens legemiddelverk ressurser for å bistå med regulatorisk rådgivning til bedrifter og forskningsmiljøer ved å ta i bruk eksisterende kompetanse.

---

Sørge for bedre utnyttelse av biobanker og helseregistre ved at eksisterende regelverk for biobanker revideres og at det sikres økonomisk støtte til biobanker. En satsing på et offentlig, kommersielt biobankselskap bør vurderes.

---

Stimulere samarbeidsprosjekter mellom helseindustri og -myndigheter som etterspør helseøkonomiske data, og langtids sikkerhets- og effektdata.

---

Styrke de norske kvalitetsregistrene, blant annet med helseøkonomiske data.

---

Opprettholde eksisterende klynger og næringslivsnettverk.

DELRAPPORT 2

# Forskningskvalitet og internasjonalisering

## INNHold

- 94 | Arbeidsgruppens forslag til tiltak – sammendrag
- 95 | Overordnet beskrivelse av nåsituasjonen
- 99 | Vurderinger
- 104 | Målsettinger
- 105 | Anbefalinger og forslag til tiltak

## Arbeidsgruppens forslag til tiltak – sammendrag

Norge er avhengig av å bidra til og delta i internasjonal forskning av høy kvalitet for å kunne utvikle og utføre det beste innenfor pasientbehandling. Høy kvalitet i egen forskning er en forutsetning for fornyelse og høy kvalitet i helsetjenestene. Helseforskningen må ha allmenngyldig relevans og ha som ambisjon å være på et kvalitetsnivå som gjør at den kan publiseres i ledende internasjonale kanaler. Dette vil gjelde selv om lokale norske forhold er utgangspunkt for forskningen. Morgendagens helsevesen vil stå overfor utfordringer knyttet til en større andel aldrende befolkning og bedre og flere behandlingsmuligheter. Utfordringene vil være de samme i mange land og er beskrevet som forskningsutfordringer i Horizon 2020.

Denne rapporten peker blant annet på lovmessige reguleringer og strukturelle forhold som kreves hvis Norge skal kunne utnytte nasjonale fortrinn i internasjonal forskning. Det trengs lovmessige endringer som gjør det mulig å benytte våre mange helseregistre og biobanker mer effektivt til mer betydningsfull forskning. Dette kan gjøres uten at kravet til personvernet senkes. Opprettelse av et nasjonalt register for primærhelsetjenesten vil gi betydelig potensial for allmenngyldig forskningsaktivitet og helsetjenesteforskning. De foreslåtte tiltakene vil samlet friggi tid og økonomi og gjøre norske forskningsmiljø attraktive som samarbeidspartnere for de beste internasjonale forskningsmiljøene. Kommunene bør gis et «sørge for-ansvar» for forskning og utdanning, helst slik at endringene også støtter opp om innovasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester. Forskningen i kommunesektoren kan bygge på eksisterende modeller, og bør knyttes opp mot sterke forskningsmiljøer, slik at det skapes nettverk for videre forskning og kunnskaps-overføring i kommunesektoren. En slik ordning har fungert i landbrukssektoren i mer enn 100 år. Forskningsmidler kan kanaliseres gjennom dagens samarbeidsorgan.

Det foreslås tiltak for å sikre at de viktige forskningsfinansierende departementene samordner sin innsats og insentivstruktur, slik at samarbeidet mellom universitetene og helseforetakene får bedre vilkår. Dagens forskjeller i insentivstruktur hindrer dette. Det foreslås tiltak for å forbedre stillingsstruktur og karriereveier slik at flere i helsetjenestene kan bidra til forskning og at unge forskere bedre kan forutsi egne karrieremuligheter, og for å tiltrekke seg de beste forskerne fra utlandet.

Forskningsmidlene gjennom samarbeidsorganene mellom helseforetak og universitet, har ført til en kvalitetsheving for den kliniske forskningen og er viktig også for kvaliteten på de kliniske tjenestene. Det er viktig å opprettholde ordningen, men den har utviklet seg forskjellig i de ulike helseforetakene samtidig som den ikke har bidratt til større nasjonale samarbeidsprosjekt. Ordningen bør derfor evalueres i seg selv, og også i lys av hvorledes den kan initiere store prosjekt på tvers av dagens helseregioner.

Innvilgelsesprosenten for fri forskning innenfor biologi, medisin og helse er i Forskningsrådet under 7 % (2013). For å gjøre konkurransen om midlene meningsfull, bør andelen søknader som innvilges heves til 20 %. Det vil fortsatt kun være meget gode prosjekter som mottar støtte.



# Overordnet beskrivelse av nåsituasjonen



Medisinsk og helsefaglig forskning er virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom (NOU 2005:1 «God forskning – bedre helse»). Forskingen er internasjonal og den flytter grenser. Et hovedmål er å fremskaffe kunnskap som er valid og relevant, og det forventes at resultatene fra medisinsk forskning skal bidra til bedre helse i befolkningen på kort eller lang sikt. For helsesektoren er det også viktig at forskningsaktivitet bidrar til økt kvalitet i tjenesten.

Sentrale karakteristika ved god forskning er at den er valid, original og relevant. Validitet og originalitet er krav til alle typer forskning, mens relevans kan spenne fra faglig nytteverdi og nyskaping til samfunnsmessig eller praktisk nytteverdi. Vurdering av forskningskvalitet baseres på det etablerte systemet med fagfellevurdering (peer review) og bibliometriske mål på forskningens impact eller tyngde. Fagfellevurdering ligger til grunn for publisering i vitenskapelige tidsskrift og tildeling av forskningsmidler. Innholdet i begrepet forskningskvalitet forvaltes således i stor grad av forskersamfunnet selv.

Denne rapporten har som utgangspunkt at den helseforskning som finansieres og utføres, skal ha allmenngyldig relevans i den grad at den kan publiseres internasjonalt. Ambisjonsnivået bør være høy kvalitet og publisering i høyt rangerte tidsskrifter. Dette gjelder også om lokale norske forhold er utgangspunkt for forskningen.

## Miljøer, kompetanse, humankapital og fagekspertise

Norges forskningsråd evaluerte norsk medisinsk og helsefaglig forskning i 2011, og i 2013 ferdigstilte to oppfølgingsutvalg sine rapporter med anbefalinger til tiltak. Evalueringen konkluderer med at flere norske forskningsmiljøer er verdensledende, men langt flere burde hevde seg internasjonalt. Det er behov for strukturelle endringer på institusjonsnivå både med hensyn til infrastruktur, stillingsstruktur og karriereveier. Flere forskningsmiljøer mangler kritisk masse, og Norge får ikke utnyttet sitt komparative fortrinn i forskning som utgår fra biobanker og helseregistre. Det etterlyses tydeligere strategisk



Foto: Shutterstock



Foto: Professional Science

ledelse i institusjonene, og evalueringen anbefaler at en større del av forskningsfinansieringen gjøres tilgjengelig for fri forskning.

Helseforskning i offentlig sektor har tradisjonelt foregått ved universitetene og høgskolene, ved Folkehelseinstituttet og i de regionale helseforetakene, hovedsakelig i universitetssykehusene. Forskning og undervisning er lovpålagte oppgaver ved universitetene og i helseforetakene. En tilsvarende forankring i lovverket gjelder ikke for kommunesektoren innenfor primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgssektoren. Forskning i primærhelsetjenesten skjer i første rekke i de allmenntilgjengelige universitetsmiljøene, ved de fem regionale sentrene for omsorgsforskning og ved noen større høgskoler og sentre for helsetjenesteforskning.

Rapporten forutsetter, og har som ambisjon, at fremtidens helseforskning ikke begrenser seg til de tradisjonelle medisinske disiplinene, men utnytter potensialet i en bred tverrfaglig tilnærming til den aktuelle problemstilling.

## Samfunnsmessige utfordringer i fremtidens helsetjeneste

Morgendagens helsevesen vil møte utfordringer blant annet ved økte behandlingmessige muligheter og pasienttilpasset medisin, og en større andel aldrende befolkning som også vil leve lenger. Disse utfordringene er gyldige utover våre grenser slik de også beskrives i Horizon 2020.

## Internasjonalisering

Forskningen er i sin natur internasjonal. Norsk medisinsk og helsefaglig forskning bidrar med omkring 1 % av verdens samlede forskningsproduksjon (publiseringsvolum). Over halvparten

av norske artikler har utenlandske medforfattere fra land som står for den mest innovative og gjennomslagskraftige forskningen, så vel som hovedtyngden av verdens medisinske og helsefaglige forskning: USA, Storbritannia, Tyskland, Frankrike, Italia, Canada, Nederland, Sveits, Sverige, Danmark og Finland. Dette innebærer at utlandet bidrar til å finansiere norsk forskning, og Norge bidrar til å finansiere «utenlandsk» forskning. Andelen av forskningsmidlene som det enkelte land kanalisere direkte til internasjonalt forskningssamarbeid, øker. Prioritering av norske forskningsressurser blir dermed også et spørsmål om deltakelse i internasjonal forskningsaktivitet.

Internasjonal samhandling er avgjørende for kvaliteten på norsk forskning og for evnen til å absorbere ny kunnskap i helsetjenesten. Forskningskvalitet er både et vilkår for og et resultat av deltakelse i den fremste internasjonale forskningen, og høy forskningskvalitet er nødvendig for å hente inn finansiering, fra for eksempel EU. Norge deltar i 10 % av prosjektene i EUs 7. rammeprogram Health (2013), dette er en svakere deltakelse enn Sverige

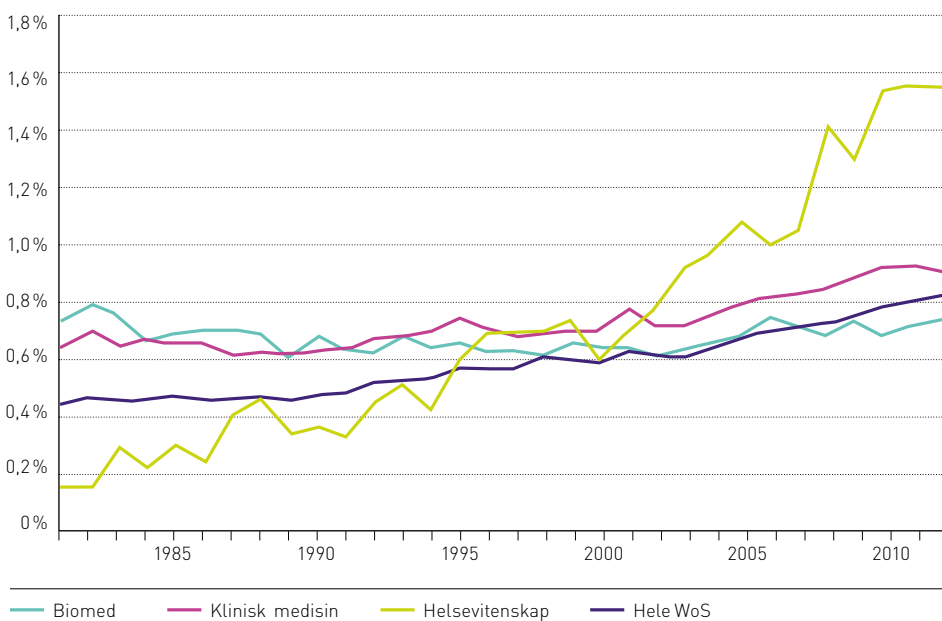
og Danmark. Norge bidrar mer økonomisk enn det norske forskere tar ut gjennom egne innvilgede søknader, norske forskere er partnere i vesentlig færre søknader enn forskere i Danmark og Sverige og det sendes færre søknader fra medisin og helse enn fra andre forskningsområder. Norges innvilgelsesprosent er imidlertid på samme nivå med våre naboland i Health-programmet.

Mobilitet er en viktig indikator for internasjonalisering, og norske forskere har generelt for lav internasjonal mobilitet. Stadig flere forskere med utenlandsk statsborgerskap tilsettes i stillinger i norsk forskning, både forskere med utenlandsk doktorgrad og et økende antall utenlandske ph.d.-kandidater. En del av kandidatene velger å bli i Norge etter avlagt doktorgrad, mens om lag halvparten ikke er i arbeid i Norge etter to år. Det er positivt at Norge er et attraktivt land for forskere på en rekke områder.

### Vitenskapelig kvalitet og produktivitet

Bibliometriske analyser beskriver utviklingen i vitenskapelig produksjon (artikler i vitenskapelige tidsskrifter) og forskningens vitenskapelige innflytelse

**FIGUR 10) NORGES ANDELER AV VERDENS ARTIKLER I WEB OF SCIENCE (WOS) 1981-2012**



KILDE: Thomson Reuters og NIFU. Basert på artikler som er indeksert i Web of Science, fordelt på tre grupper av tidsskrifter: Biomedisin, Klinisk medisin og Helsevitenskap.

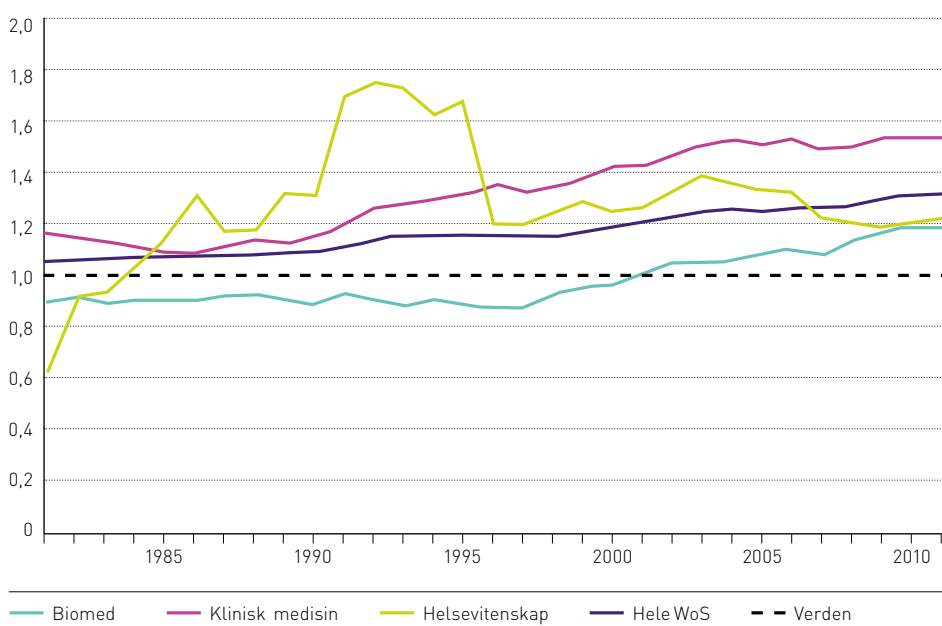
(siteringshyppighet). Norge og Norden er blant landene som bidrar mest til verdens vitenskapelige produksjon relatert til folketallet. De senere årene har Norge hatt større vekst i den vitenskapelige produksjonen enn de fleste andre vestlige land.

Figur 1 viser at norske artikler utgjør en økende andel av verdens artikler i alle fagområder samlet (hele World of Science). Publiseringsaktiviteten i Norge er høy i klinisk medisin og helsevitenskap (samfunnsmedisin og epidemiologi). Helsevitenskap har blitt et særlig aktivt område i Norges fagprofil, i forhold til fagområdet størrelse internasjonalt. Klinisk medisin er også et relativt aktivt område, men her har utviklingen fulgt den generelle økningen for norsk forskning. Norges andel av publiseringsvolumet i biomedisin er noe lavere og har ikke økt i forhold til resten av verden. Norge har en svakere innsats på dette feltet enn Sverige og Danmark. I dag utgjør klinisk medisin 64 % av publikasjonene i Norge, mens biomedisin og helsevitenskap utgjør henholdsvis 24 % og 13 %. Universitet og helseforetak står samlet for 85 % av publikasjonene, mens høgskolene står for 15 %.

Figur 2 sammenholder norske artiklers gjennomsnittlige siteringshyppighet med gjennomsnittet for hele verden på samme område (=1,00). Norske artikler siteres i økende grad, men mindre enn artikler fra Sverige og Danmark. Norsk klinisk medisin og biomedisin har hatt en positiv utvikling med hensyn til siteringshyppighet de siste ti årene. Klinisk medisin har et høyere siteringsnivå enn biomedisin. Helsevitenskap er et lite felt med få artikler og tidsskrifter, noe som bidrar til ustabile tall.

Oppsummert har norsk forskning i de siste ti årene hatt fremgang på indikatorene for produksjon og vitenskapelig innflytelse, men er ikke på nivå med Danmark og Sverige. Underdimensjoneringen av biomedisinsk forskning rammer spesielt medisinske fakulteter ved universitetene, som ivaretar mye av den biomedisinske forskningsaktiviteten. Norge har ikke farmasøytisk industri og den norske næringsstrukturen bygger i mindre grad på avansert farmasøytisk, biologisk og bioteknologisk forskning. Dette er et argument for å bygge opp sterke biomedisinske akademiske miljøer. Styrking av biomedisinsk forskning kan bidra positivt til utvikling av nærings-

**FIGUR 11) RELATIV SITERINGSHYPPIGHET FOR NORSKE ARTIKLER I WEB OF SCIENCE (WOS) 1981-2011**



KILDE: Thomson Reuters og NIFU. Basert på artikler som er indeksert i Web of Science, fordelt på tre grupper av tidsskrifter: Biomedisin, Klinisk medisin og Helsevitenskap.



Foto: Shutterstock

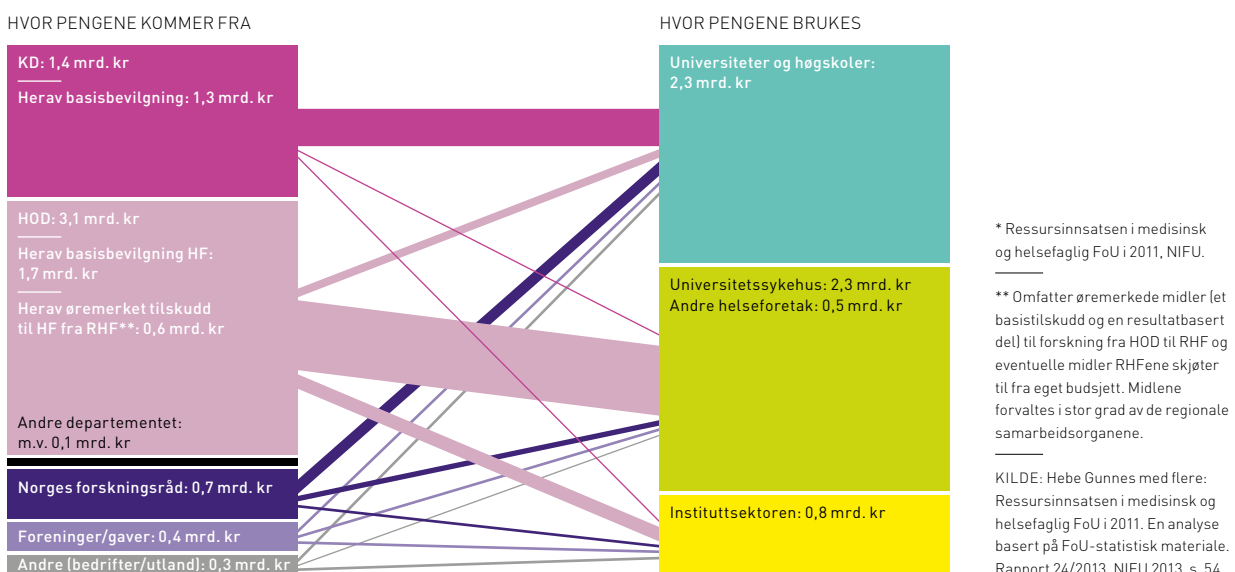
struktur. Biomedisinsk, klinisk og epidemiologisk forskning blir stadig tettere sammenvevet, og hele bredden er en forutsetning for translasjonell forskning på høyt internasjonalt nivå.

### Forskningsfinansiering

De totale investeringene til medisinsk og helsefaglig FoU i offentlig sektor var 5,9 mrd. kroner i 2011 (figur 3). HOD er den største finansieringskilden, hovedsakelig gjennom direkte finansiering til helsesektoren, men også gjennom Forskningsrådet. KD finansierer medisinsk og helsefaglig forskning primært gjennom basisbevilgninger til universitetene og gjennom Forskningsrådet. Ved innføring av

helseforetaksreformen i 2002 fikk de regionale helseforetakene et øremerket tilskudd for å ivareta forskning som fokuserer på spesialisthelsetjenestens behov. Tilskuddet har ført til økt forskningsaktivitet i tett samarbeid med universitet og høyskoler, og har med stor sannsynlighet bidratt til økningen i publisering i klinisk medisin (figur 1). Fokuset på forskning i helseforetakene har bidratt til en holdningsendring, og forskning har blitt en integrert del av virksomheten. Helseforetakene er store forskningsaktører, som også investerer midler fra egen ramme til forskning i tillegg til det øremerkede tilskuddet fra HOD.

**FIGUR 12) FINANSIERINGSSTRØMMER TIL OFFENTLIGE INSTITUSJONER INNENFOR MEDISIN OG HELSEFAG I 2011\***





## Nasjonale fortrinn

Norge er blant de rikeste land i verden. Vi har en relativt stabil og homogen befolkning som er velutdannet og i hovedsak positiv til forskning. Videre har Norge et offentlig helsevesen med høy kompetanse og lovfestet lik tilgjengelighet for hele befolkningen. Den demografiske utviklingen med et økende antall eldre vil føre til en videre vekst i helsesektoren. Befolkningen forventer at det norske helsevesenet skal være blant de fremste i verden. Denne utviklingen tilsier økt forskningssatsing innenfor helse og omsorg. Norge har dessuten økonomi til å investere i «high risk-high reward»-type prosjekter i forskning og innovasjon.

Norge har flere meget sterke helseforskningsmiljøer og en positiv utvikling på forskningsindikatorer. Våre fremste forskningsmiljøer er viktige nasjonale fortrinn. Det er viktig å utvikle de sterke miljøene videre, og det kan gjøres gjennom et bredt spekter av tiltak.

Norge har et særlig fortrinn ved at befolkningens helse kan følges i nasjonale registre av god kvalitet. På grunn av det unike personnummersystemet kan data koples og suppleres med andre datakilder og biobanker. Prosessen rundt slike koblinger er imidlertid tungrodd. Konesjon og godkjenning kreves fra flere offentlige instanser, og det tar lang tid å tilrettelegge data som er godkjente for koblinger.

Registrene er attraktive for internasjonal forskning, og det er viktig at Norge ikke blir en passiv leverandør av befolkningsbaserte data fra gode epidemiologiske registre og biobanker. Hvis norsk forskning er en aktiv og høykompetent samarbeidspartner, vil vi også ha glede av utlandets investeringer i utforskningen av våre data.

## Kvalitet, bredde og relevans

Forskningen bør alltid ha ambisjoner om å frem-skaffe kunnskap med allmenn gyldighet og som sprenger grenser. Dette forutsetter at forskningen har høy kvalitet. Den fremragende frontforskningen må gis gode vilkår, og høy kvalitet må stå sentralt i alle deler av forskningssystemet. Forskning av lav

kvalitet utvider i liten grad kunnskapen og er et spill av ressurser. Den gir usikre resultater som kan forvirre og skape unødvendig uro i befolkningen.

Et lite land som Norge kan ikke være verdensledende på alle områder, og bredde i forskningen er også en viktig dimensjon. En god balanse mellom spiss og bredde i forskningen er viktig for å ta i bruk nye resultater fra den fremste internasjonale forskningen, og en slik beredskap forutsetter at Norge deltar i forskningen på de samme områdene. Norge trenger både å bidra til den globale kunnskaps-utviklingen og samtidig ha kompetanse til å innhente internasjonal kunnskap om helse.

For å sikre en effektiv helsetjeneste med høy faglig kvalitet, må forskningen være integrert i en god klinisk virksomhet. Aktive kliniske forskningsmiljøer bidrar til at ny forskningsbasert kunnskap vurderes kritisk og implementeres i klinisk praksis. En sterk forskningskultur i klinisk virksomhet vil gi en kontinuerlig søken etter mer kunnskap og bedre behandling, og større evne til å nyttiggjøre seg ny kunnskap i klinisk praksis, tjenesteinnovasjon og kommersialiserbare produkter. Innslaget av forskning på høyt nivå kan derfor sies å indikere kvaliteten på den kliniske tjenesten.

I tillegg til kvalitet kan relevans være et viktig kriterium for prioriteringer av forskningsmidler. En avveining av kriteriene kan være aktuelt hvis man av samfunnsmessige årsaker ønsker å støtte prosjekter av høy relevans, men der kvaliteten ikke er eksellent, eller man ønsker å øke forskningsaktiviteten på områder hvor den hittil har vært lav. Eksisterende kapasitet og kvalitet i forskningsmiljøene må være en kritisk faktor når det vurderes å investere i forskning på et område basert på samfunnsbehov. For å løfte slike områder må det settes inn målrettede, langsiktige tiltak med tilstrekkelig gjennomslagskraft. Tematiske satsinger må ha et tydelig krav til forskningskvalitet som viktigste suksessfaktor, og man må unngå å støtte forskning som ikke holder tilstrekkelig høy kvalitet. Et viktig redskap for å ivareta relevans av forskningen er bruker-medvirkning på flere nivåer i forskningsprosessen.

Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at svært gode forskningsprosjekter kan falle utenfor dagens finansieringskriterier fordi de ikke svarer på relevans-kriteriet. Medisinsk forskning er avhengig av basal naturvitenskapelig forskning uten umiddelbar anvendelse i klinisk praksis, og hvor det er normalt med tidsspenn på noen tiår fra oppdagelser av grunnleggende mekanismer til kunnskapen anvendes i praksis. I et historisk perspektiv har slik forskning vist seg å være grensesprengende for kunnskapen som ligger til grunn for helsetjenestene, for eksempel gjennom moderne legemidler som griper direkte inn i biologiske sykdomsmekanismer. Fra alle deler av medisinsk grunnforskning og medisinsk teknologi er det gode eksempler på at basalforskning har gitt ny diagnostikk og forbedret behandling. Samtidig er det viktig at grunnforskning innenfor biomedisin og medisinsk teknologi, utføres i tilslutning til forskningskompetente kliniske miljøer for å fremme translasjon av viktig ny biomedisinsk kunnskap til klinisk praksis. Tilsvarende gjelder for oppbygging av medisinske kvalitetsregistre, som sjelden gir umiddelbare forskningsresultater eller kliniske effekter, fordi langtidsoppfølging etter medisinsk behandling ofte må vurderes i et livslangt perspektiv. God forskningsformidling er viktig for å legitimere at forskning som ikke umiddelbart virker relevant, kan være viktig i et større og lengre perspektiv. God forskningskommunikasjon er avgjørende for å påvirke forskningspolitikk, finansiering, tverrfaglig samarbeid, kommersialisering, innovasjon og rekruttering til forskning.

### **Tverrfaglighet og kritisk masse**

Dagens og fremtidens avanserte medisinske og helsefaglige forskning krever bidrag fra flere disipliner, så vel helsefag, teknologi, humaniora og samfunnsfag. Persontilpasset medisin og bildedannende teknologier som MR, PET og bildestyrt kirurgi, er eksempler på områder som krever tverrfaglig samarbeid mellom medisinerere og teknologer for å lykkes, og illustrerer at samarbeid på tvers av fag og institusjoner er svært viktig.

Basalmedisinske og teknologiske miljøers forsknings-samarbeid med kliniske miljøer på sykehusene



Foto: Healthcare, Science & Discovery

(translasjonsforskning) er sentralt for utvikling og kvalitet i den fremtidige pasientbehandlingen. Et eksempel på dette er preklinisk søken etter biomarkører for bedre prediksjon av behandlingseffekt eller -resistens. Slikt samarbeid er fortsatt begrenset, og potensialet for translasjonsforskning er ikke tatt ut. Translasjonsforskningen må i større grad involvere helseregistre og biobanker og utnytte hele bredden av fag som kreves til slik forskning. Forskningsfinansieringen gjennom sektoransvaret må derfor både legge til rette for forskning innenfor de metodiske fagene, både i samfunnsmedisin og biomedisin, og stimulere disse fageområdene til samarbeid med kliniske og øvrige fagmiljøer. Fagevalueringen pekte blant annet på kapasiteten innenfor områdene bioinformatikk og biostatistikk som kritisk svake. De bibliometriske indikatorene tyder på at vi har lavere biomedisinsk forskningsaktivitet enn vi samlet sett burde ha.

Fagevalueringen peker også på at det må sikres tilstrekkelig store og multidisiplinære grupper. Et generelt trekk ved norske forskningsmiljøer er at de fortsatt er for små og fragmenterte. Nasjonal koordinering er særlig viktig i utstyr- og datakrevende forskning. Bedre samarbeid og bygging av kritisk masse må derfor være prioritert i forskningspolitikken på helsefeltet i årene som kommer.

### **Rekruttering og karriereveier**

De siste ti år har det skjedd en markant økning i antall tilgjengelige stillinger for ph.d.-stipendiater og postdoktorer, uten noen tilsvarende økning i antallet faste forskerstillinger innenfor helse- og omsorgssektoren. Dette fører til at mange ferdigutdannede

forskere går over i klinisk virksomhet eller administrasjon, eller de går ut av sektoren. De som blir i helsesektoren har en krevende arbeidssituasjon, men klarer til en viss grad å kombinere klinisk arbeid med noe forskningsvirksomhet. Arbeidssituasjonen for yngre forskere som klarer å bli i forskning, er preget av midlertidighet, kortvarige stillinger og usikker fremtid og bidrar til at andre gode arbeidsmuligheter har et konkurransefortrinn overfor forskning.

Den sterke økningen i antall rekrutteringsstillinger reiser spørsmål om hva som er riktig balanse mellom ph.d.-stipend og midlertidige og permanente forskerstillinger. Antakelig er norsk forskning i en internasjonal sammenheng bedre tjent med å legge inn nye ressurser på nivåene for postdoktor og forskerstillinger. Dette kan gi forskning av høyere kvalitet og et helt annet omfang enn det man vanligvis ser hos ph.d.-kandidater. Et godt innslag av utenlandske forskere i Norge fremmer både kvalitet og internasjonalisering. Samtidig er det viktig å sikre en langsiktig oppbygging av forskningen i Norge ved å legge til rette for at de beste kandidatene både er internasjonalt mobile, og fortsetter å bidra til utviklingen av norske fagmiljøer.

### Internasjonalisering

Det er en sterk sammenheng mellom forskningskvalitet og internasjonalisering. Kvalitet er selve inngangsbilletten til samarbeid med de beste internasjonale miljøer, som igjen resulterer i kvalitetsheving. Deltakelse i de beste internasjonale miljøene har en betydelig effekt på motivasjon, effektivitet og rekruttering i norsk forskning.

Norske helseforskere utnytter ikke mulighetene på internasjonale arenaer godt nok. Flere norske forskere og forskningsgrupper bør forske i samsamhandling med internasjonale forskningsgrupper, konkurrere om internasjonale forskningsmidler, øke egen mobilitet, delta i internasjonale nettverk og samarbeide om forskningsinfrastruktur. Det hentes fortsatt ut lite midler fra EU og andre internasjonale kilder, og det kan være utfordrende å motivere forskningsmiljøene til å søke. Støttefunksjoner for

søknadsskriving, EU-kontrakter og EU-prosjekter er i liten grad systematisert og tilstrekkelig utbygd i institusjonene. Forskere kan oppleve at mulighetene for gevinst ikke står i forhold til søknadsarbeidet, og incentiver rettet mot den enkelte forsker bør være en del av et sett av stimuleringsiltak. I likhet med universiteter og høyskoler skal helseforetakene nå også måles på i hvilken grad de klarer å konkurrere om EU-prosjekter. Det er avgjørende at de to involverte departementene, KD og HOD, gir klare føringer og belønningmekanismer slik at universitet og foretak søker sammen på prosjekter der dette er mulig.

### Fri forskning

En tydelig tilbakemelding fra evalueringene av norsk medisinsk og helsefaglig forskning, er at Norge har for lite rom for å satse på grensesprengende forskning. Innvilgelsesprosenten i Forskningsrådets FRIMEDBIO (Fri prosjektstøtte i medisin, helse og biologi) er i dag (2013) meget lav, om lag 7-8 %. Tildelingsprosenten kan heves til 20 %, og fortsatt finansieres kun svært gode prosjekter. Det vil gi en solid kvalitetsfremmende effekt på norsk forskning, og bidra til at forskere i større grad kan konkurrere om internasjonale midler.

For å oppnå målet om grensesprengende forskning er det behov for åpne arenaer med kvalitet som hovedkriterium, og mulighet for både mindre, mellomstore og store bevilgninger. I fri konkurranse der grensesprengende forskning konkurrerer med «sikrere» prosjekter, viser erfaringen at de «sikre» prosjektene prioriteres. Det kreves et visst økonomisk armslag for å satse på høyrisikoprojekter.

### Forskningen i helseforetakene

De siste ti årene har forskningen i helseforetakene fått mer fokus, bedre organisering og en økt og mer målrettet finansiering i samsvar med pålegget om forskning i loven om spesialisthelsetjenesten. Helseforetakenes egne prioriteringer viser at forskning anses som en nødvendig og viktig del av virksomheten. Det er liten tvil om at midlene som kanaliseres til helseforetakene har hatt en meget god effekt på den kliniske forskningen i helse-

foretakene. Samtidig har forskningskompetente klinikere stadig vanskeligheter med å få avsatt dedikert tid til forskning, spesielt i en tid med stadig større press på klinisk virksomhet. Å legge forholdene bedre til rette for forskningstid på institusjonsnivå, samt tilrettelegging for nødvendig infrastruktur, vil være viktig for ytterligere fremgang.

Foretakene har bygget opp et «peer review»-system med eksterne fagfeller for fordeling av forskningsmidler. Gitt universitetenes samfunnsoppdrag kan ikke den pasientrettede forskningen ivaretas tilfredsstillende av UoH-sektoren alene. Ordningen for lokal viderefordeling av de statlige forskningsmidlene har imidlertid utviklet seg forskjellig i de fire regionene, både med hensyn til hvem som kan søke og dermed også innretningen av prosjektene. Det er i varierende grad mulig å søke for forskningsmiljøer utenfor foretaket. Finansieringsmekanismen har i liten grad maktet å fremme forskningsprosjekter på tvers av regionene. Dette forholdet bør ses på i sammenheng med andre finansieringskilder for helseforskning i og utenfor helseforetakene.

Helseforetakenes egen finansiering av klinisk forskning og translasjonsforskning kan svekkes dersom en større andel av ressursene kanaliseres til nasjonale prioriteringer og registre. Det er derfor viktig at en eventuell omorganisering av regionale helseforetak til et overordnet nasjonalt eiersystem ikke svekker innsatsen, og at helseforetakene får anledning til å videreutvikle den etablerte og positive kulturen for å drive forskning.

### **Samarbeid mellom universiteter, høyskoler og forskningen i helsesektoren**

Et tett og godt samarbeid mellom de medisinske fakultetene og universitetssykehusene om forskning og infrastruktur, er avgjørende for kvalitet og effektivitet i forskningen. Det er utviklet samarbeidsmodeller for forskningen i foretak og universitet. Forskningen i de to sektorene har delvis ulike mål og frihetsgrader, men der man makter å forene disse, skjer det forskning av høy kvalitet. Flere av våre SFFer og SFler på helsefeltet er gode eksempler i så måte.

Universitetene og høyskolene har ansvar for utdanning og forskning. Innenfor helse- og omsorgsfeltet vil dette i varierende grad skje i samarbeid med helseforetakene, primærhelsetjenesten og kommunene. Universitetsmiljøene må være sentrale deltakere i translasjonell og multidisiplinær forskning sammen med de kliniske forskningsmiljøene.

Det er stort behov for utvikling av kompetanse innenfor biostatistikk og bioinformatikk, for å analysere de store datamengdene som dagens teknologi i genomikk, proteomikk og metabolomikk genererer. Dette krever samarbeid mellom den kliniske forskningen og fagmiljøer med slik kompetanse. På samme måte vil den tunge infrastrukturen som genererer slike data, typisk være lokalisert i universitetsmiljøene heller enn i foretakene (kfr. FUGE-plattformene).

Forskning i grenseflaten mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene krever ofte kostbar infrastruktur. Det er behov for en betydelig opprusting av denne forskningsinfrastrukturen. Dagens forskjell i økonomimodell mellom foretakene og universitetene, kompliserer ofte både bruk, investeringer og nyanskaffelser. Kontantprinsippet i universitets- og høyskolesektoren med manglende muligheter for reell avskrivning, er én faktor som ofte vanskeliggjør samarbeid på området. Det er behov for nye og bedre samarbeidsmodeller for infrastruktur og utstyr.

HOD og KD har til dels samme målkrav og belønningssystemer i forbindelse med resultatbasert finansiering av forskning. Systemene er til dels dårlig koordinert, og dette kan føre til konkurranse om institusjonsforankring av samarbeidsprosjekter. Helseforetakene får nå samme indikatorer for ekstern finansiering (Forskningsrådet og EU) som UoH-sektoren. For å unngå unødvendig konkurranse om eksternt finansierte prosjekter må begge sektorer gis samme poeng ved samarbeid, uansett hvor inntekten regnskapsføres og forskningen gjennomføres. De to departementene må ikke lage strukturer eller belønningssystemer som er konfliktskapende og til hinder for samarbeid og forskning.





Foto: Photodisc



Foto: Health and Medizin

### Forskning i primærhelsetjenesten

Det er nødvendig å styrke kunnskapsgrunnlaget i primærhelsetjenesten for å sikre bedre og mer fremtidsrettede tjenester og å nå målet om god folkehelse. Gitt fremtidens utfordringer er det flere sentrale temaer innenfor helse- og omsorgsforskning. Det kan nevnes forebygging og rehabilitering, eldre befolkning, polyfarmasi, kronisk sykdom, multimorbiditet og befolkningens helseatferd. Også helsetjenesteforskning vil være viktig, som et flerfaglig vitenskapelig felt hvor det studeres hvordan sosiale faktorer, finansieringssystemer, organisatoriske strukturer og prosesser, helseteknologi og personellatferd påvirker tilgang til helse- og omsorgstjenester, kvaliteten og kostnadene ved helse- og omsorgstjenester og helserelatert livskvalitet.

Primærhelsetjenesten, inkludert pleie- og omsorgssektoren, har tradisjonelt hatt lav forskningsaktivitet. Offentlig omsorgssektor har et årlig driftsbudsjett på ca. 95 mrd. kroner, med under 2 promille til forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid. Fagevalueringen fra 2011 viser at forskningen på området er av blandet eller lav kvalitet, og det pekes på fravær av kritisk masse. En opptrapping av forskningsinnsatsen må ha fokus på kvalitetsfremmende tiltak. Det skal påpekes at norsk allmennt medisinsk forskning på flere felt holder høy internasjonal standard.

Det vil ta tid å bygge opp god forskning innenfor et område med lav aktivitet. Et godt forslag i NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» er en opptrappingsplan for å styrke innsatsen slik at 1 % av omsorgstjenestens totalbudsjett brukes til å utvikle tjenestens kunnskapsgrunnlag. For å stimulere til praksisnær forskning og bidra til at tjenestene tar i bruk og formidler ny kunnskap, har kommunene fått ansvar

for å medvirke og tilrettelegge for forskning. Dette må endres til et «sørge for-ansvar» og gjelde både forskning og undervisning/utdanning, i samarbeid med relevante etablerte forskningsaktører.

Forskning er en av helseforetakenes lovpålagte oppgaver, og det har vært en viktig forutsetning for økt forskningsaktivitet i helsesektoren.

De fem regionale sentrene for omsorgsforskning er en satsing som utgår fra utvalgte universitet og høyskoler og har tett trepartssamarbeid med vertskommune, HF og universitet/høyskole. I tillegg har vi miljøer for helsetjenesteforskning og fire forskningsenheter for allmennt medisinsk forskning. Disse allerede etablerte forskningsmiljøene bør styrkes og videreutvikles. Forskningsmidler kan kanaliseres gjennom dagens samarbeidsorgan, og det «peer review»-system som er bygget opp, kan benyttes.

Helsedirektoratet mottar innen utgangen av 2013 en utredning om forskningsnettverk for allmennt medisinsk og tannhelsetjenesten. Utvikling av slike forskningsnettverk er interessant, og tilsvarende nettverk har hatt stor suksess i Storbritannia og Nederland. Landbrukssektoren har gjennom lang tid har hatt et landsomfattende forsknings- og utviklingssystem organisert rundt Bioforsk med statlige forsøksgårder og frivillige forsøksringer spredd over hele landet. Dette kan være en interessant modell for forskning knyttet til primærhelsetjenesten.

Et sentralt virkemiddel for å kunne følge pasientene i et helhetlig behandlingssløp, er å ta i bruk Norges komparative fortrinn i form av et personnummer. For å utnytte fortrinnet og ta ut effekten av Samhandlingsreformen til beste for pasienten, trengs det et pasientregister for primærhelsetjenesten på lik linje med Norsk pasientregister. Et sammenhengende system for å følge pasientene kan også berede grunnen for fase 4-legemiddelutprøvinger («Real life studies»), som de fleste legemiddelverk etter hvert krever for å gi godkjenning til å innføre nye legemidler.

# Målsettinger

---

## **Samarbeid mellom næringslivet, akademia og helsesektoren**

Høy kvalitet på forskningen er en forutsetning for å være attraktiv samarbeidspartner for næringslivet og for innovasjon i helsevesenet. Privat næringsliv er i mye mindre grad til stede i finansiering av forskningen i Norge enn i våre naboland. Dette kan ha mange årsaker og skyldes nok særlig fraværet av farmasøytisk industri. Politiske initiativ kan endre på dette. SkatteFUNN-ordningen og større åpenhet for å gi private aktører tilgang til registerdata og biobanker, er noen muligheter. Sammen med andre skandinaviske land har Norge særskilte forutsetninger for å gjennomføre fase 4-studier for å besvare sentrale spørsmål ved innføring av nye medikamenter. Det ligger også til rette for å satse på at relevant industri innenfor nye legemidler, bildediagnostikk og bio- og nanoteknologi, kan satse på nærings-ph.d. i samarbeid med helsesektoren og universitetene, noe som kan bidra til å gjøre næringslivet mer forskningsorientert.

Det har vært nedgang i antall kliniske studier i Norge de siste årene. Nedgangen gjelder alle terapi-områder og alle faser av studier, også de studiene som industrien ikke finansierer. De aller fleste nye medisiner og vaksiner utvikles av industrien. Samtidig har institusjonene i offentlig sektor en økende betydning fordi industrien kutter i sine forskningsbudsjetter og erstatter dem med en strategi for samarbeid og oppkjøp rettet mot offentlige forskningsinstitusjoner og mindre bioteknologiselskaper.

Utenlandsk industri som ønsker å legge til rette for kliniske studier i Norge, erfarer at det er vanskelig å få helseforetakene til å delta. Det er ofte tilfeldig hvilke studier industrien legger til Norge og hvem som utfører dem. Norge har noen gode miljøer med internasjonal standard innenfor klinisk utprøving. For å kunne ta ut dette potensialet er det viktig å ha oversikt over hvilke studier som er gjennomførbare, og over mulighetene for rekruttering av pasienter.



---

### **MÅL 1:**

**Bedre samarbeid mellom sektorer, finansører, institusjoner og fagmiljøer**

---

### **MÅL 2:**

**Norsk medisinsk og helsefaglig forskning er ledende på flere områder i forskningsfronten og i internasjonale nettverk**

---

### **MÅL 3:**

**Styrket forskning av internasjonal klasse med basis i epidemiologiske studier, biobanker, medisinske kvalitetsregistre og nasjonale registre**

---

### **MÅL 4:**

**Økt internasjonalisering og gjennomslag i Horizon 2020**

---

### **MÅL 5:**

**Bedre karriereveier for unge forskere**

---

### **MÅL 6:**

**Økt kvalitet og omfang av kliniske studier**

---

### **MÅL 7:**

**Styrke helsetjenesteforskning og forskning i primærhelsetjenesten**

---

### **MÅL 8:**

**Mer og bedre samarbeid med næringslivet**

# Anbefalinger og forslag til tiltak

## 1 Mål 1: Bedre samarbeid mellom sektorer, finansierer, institusjoner og fagmiljø

### Bedre samordning av forskningsfinansieringssystemet

Styrke samarbeid om og koordinering av forskning og finansiering på departementsnivå (KD/HOD/KMD/NFD).

→ Gjennomgang av mulige finansielle disinsentiver for forskningssamarbeid i kriterier for tildeling av forskningsmidler og i indikatorene for resultatbasert finansiering.

→ Bedre utnyttelse av Forskningsrådet som nasjonal konkurransearena for å oppnå best mulig forskningskvalitet og bedre samordning.

Samarbeid mellom departementer om finansiering av avansert infrastruktur.

Skape arenaer for samhandling og koordinering mellom finansieringskilder der også private finansierer bør delta.

### Styrke samarbeid innad og på tvers av institusjoner, regioner og fagmiljø

Oppnå grensesprengende forskning og høy kvalitet ved å stimulere til og belønne multidisiplinær og tverrfaglig forskning, i hele bredden av relevante fag, utdanninger og institusjoner.

Vurdere å bruke «tellekantsystemet» til å synliggjøre og evaluere tverrfaglighet.

Samarbeid mellom regioner, fag og profesjoner belønnes ved søknadsevaluering der dette anses relevant og kvalitetsfremmende.

Etablere finansieringsordninger som bidrar til at institusjoner og miljøer organiserer seg bedre om bruk og investering i kostbar infrastruktur.

## 2 Mål 2: Norsk medisinsk og helsefaglig forskning er ledende på flere områder i forskningsfronten og i internasjonale nettverk

### Norge bør bli en verdensledende forskningsnasjon innenfor helse- og omsorgsforskning

Utrede årsaker til at Norge skårer lavere på internasjonale forskningsindikatorer enn nabolandene og gjennomføre tiltak for å komme opp på samme nivå.

Manglende datautveksling er et stort (juridisk og teknisk) problem for helsetjenestene i Norge. Hvis problemet løses til fordel for pasientene, og personvernet ivaretas på en tilfredsstillende måte, vil Norge samtidig få et datagrunnlag for internasjonal forskning av svært stor betydning.

### Styrke nyskapende helseforskning gjennom åpne nasjonale konkurransearenaer

Styrke Fri prosjektstøtte i Forskningsrådet slik at 20 % av søknadene innvilges støtte.

Styrke Nasjonal satsing på forskningsinfrastruktur.

Styrke nasjonal konkurransearena også i programmer og innenfor tematiske prioriteringer, derunder Stort program Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester.

### Styrke metodefag innenfor helseforskningen

Metodefagene finansieres i dag med utgangspunkt i antall studenter ved lærestedene. Når 30-40 % av legene utdannes i utlandet, fører dette til en underfinansiering av biomedisinske fag i forhold til behovet for forskningsinnsats.

Styrke biomedisin som grunnlag for aktiv translasjonsforskning av høy kvalitet, og for å følge og delta i den internasjonale forskningsfronten.

Økt satsing på bioinformatikk og biostatistikk slik det er foreslått gjennom fagevalueringen.

Styrke epidemiologi for å sikre bedre utnyttelse av eksisterende ressurser og kompetanse, og for å generere forskning av høy kvalitet og deltakelse i den internasjonale forskningsfronten.

---

Styrke medisinsk teknologi som viktig forskningsverktøy for å øke kvalitet og tverrfaglighet i biomedisinsk og klinisk forskning.

---

Styrke kompetanse i kvalitativ metode som tverrfaglig verktøy i medisinsk forskning.

### **Opprettholde, evaluere, og videreutvikle ordningen med konkurranseutsatte forskningsmidler i helseregionene**

Det er behov for forskningsmidler til helseforetakene for å ivareta og forbedre kvalitet i forskningen og kvalitet på egne tjenester. Det er avgjørende at helsesektoren er premissleverandør for forskningsaktiviteten og styrer ressursene til deler av helseforskningen.

---

Dagens ordning med tildeling av HOD-genererte midler gjennom samarbeidsorganet, bør evalueres for å danne grunnlag for utvikling og forbedring av forskningsinnsatsen.

---

Det bør etableres finansieringsordninger som stimulerer til samarbeid på tvers av helseregionene der dette tjener prosjektkvaliteten, for eksempel via en nasjonal arena i Forskningsrådet. Forsknings-systemet i helsesektoren har i liten grad maktet å finansiere prosjekter på tvers av foretak og regioner.

---

Utnytte erfaringskompetansen til brukere der det er relevant, for å heve kvaliteten på pasientnær forskning gjennom økt brukermedvirkning.

### **Etablere minst fem nye tverrfaglige og tverrsektorielle forskningssentre av høy kvalitet**

Tiltaket har som mål å styrke tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid ved å etablere slagkraftige forskningsmiljøer av internasjonalt kaliber gjennom en målrettet satsing på helseområdet. Sentrene skal inkorporere tverrfaglige tilnærminger gjennom

samarbeid på tvers av forskningssektorer som for eksempel universitet/helseforetak eller helseforetak/næringsliv. Tematisk frihet, faglig bredde og helserelevans vil legge grunnlaget for en robust konkurransearena med finansiering av sentre som oppfyller solide kvalitetskrav. Forskningsrådet har erfaring med å tildele og administrere store vellykkede senter-satsinger, og kan være en kanal for å utvikle og ivareta et slikt virkemiddel. Basisfinansiering for ett senter bør være i størrelsesorden 25-30 mill. kroner årlig.

## **3 Mål 3: Styrke forskning med basis i epidemiologiske studier, biobanker, medisinske kvalitetsregistre og nasjonale registre**

### **Tiltak for å øke forskningsutbyttet fra nasjonale helseregistre og biobanker**

Norge forvalter verdifulle og kostbare data, men klarer ikke å hente ut forskningspotensialet. Forenkling av regelverk vil frigi tid til forskning og sikre raskere prosjektgjennomføring, og potensielt raskere nytte for brukerne/pasientene. Bedre IT-løsninger for helsepersonell og forskere vil sikre god datautnyttelse og samtidig styrke personvernet. Dette tiltaket krever ressurser og lovendringer.

---

HOD og KD må klargjøre og forenkle ansvarsforholdene knyttet til forskningsutnyttelse av helseregistrene. Praktisk gjennomføring av koblinger forvanskes og fordyres ved at SSB med hjemmel i statistikkloven oppfattes å ha en overordnet rolle.

---

Lovgivingen må forenkles slik at tiden til saksbehandling reduseres, kostnadene holdes nede og det blir lettere å få tilgang til data.

---

En felles nasjonal portal for registre og biobanker kan gi enklere og tryggere søknadsprosess.

---

Forskningsinstitusjonene må utvikle og standardisere systemer for sikker behandling og analyse av data fra registre og biobanker.

---

Praksisen med at tunge koblinger kun kan gjøres for enkeltprosjekter er uhensiktsmessig. REK eller Datatilsynet bør kunne styre tilgang til noen koblede felles dataressurser. Det trengs en hjemmel for slike fellesressurser.

Medisinske kvalitetsregistre og standardiserte pasientopplysninger bør kunne utnyttes bedre til forskning og kvalitetssikring av helsetjenesten.

Drift av registre og biobanker må sikres personell, finansiering og infrastruktur.

Det må etableres et nasjonalt register for primærhelsetjenesten (konferer også Mål 7).

#### **Innføring av passivt samtykke for forskning på innsamlede data og overskuddsmateriale fra diagnostiske biobanker**

Kliniske data og overskudd av biologisk materiale fra diagnostikk i helsetjenesten bør utnyttes bedre til forskning. Dagens krav om aktivt samtykke kan være til hinder for dette. Innføring av passivt samtykke foreslås, med forhåndsgodkjenning av hvert prosjekt i REK som vurderer personvern og samfunnsnytte på vanlig måte. Forutsetninger må være at prosjektet har skriftlig avtale med samarbeidende institusjoner, at pasientene ikke blir identifisert eller kontaktet, og at de ikke aktivt har reservert seg mot forskningen. Ordningen vil kreve en utvidelse av dagens reservasjonsregister etter dansk modell. En mer effektiv utnyttelse av denne informasjonen vil komme morgendagens pasienter og samfunn til nytte.

#### **4 Mål 4: Økt internasjonalisering og gjennomslag i Horizon 2020**

##### **Økt internasjonal forskermobilitet**

I løpet av ph.d.-/postdoktorperioden skal kandidaten ha minst ett lengre forskningsopphold i utlandet. Etablere tiltak for økt internasjonal mobilitet gjennom nasjonalt søkbare utenlandsstipend eller finansiering gjennom egen institusjon.

Målrettet bruk av utvekslingsstipend i Horizon 2020 (Marie Curie Actions).

Målrettet rekruttering av toppforskere til Norge. Gjøre det attraktivt for internasjonalt høyt rangerte søkere å etablere seg gjennom konkurransedyktige vilkår. Tiltaket bør knyttes opp mot allerede gode norske miljøer.

##### **Bedre insentiv og støttefunksjoner for innhenting av internasjonal finansiering**

Stimulere til samarbeid mellom universitet/helseforetak om midler fra Forskningsrådet og EU ved at tildeling utløser «vertsfordeler» for begge parter.

Styrke kapasitet og kompetanse til søknadsskriving og prosjektoppfølgning ved institusjonene.

Tildeling av midler fra EU bør utløse ekstra bevilgninger lokalt.

Søknad om EU-midler bør premieres.

Premiere internasjonalt samarbeid mellom institusjoner og fagområder.

#### **5 Mål 5: Bedre karriereveier for unge forskere**

##### **Karriereveier i universitetene**

Flere konkurranseutsatte midlertidige og faste mellomstillinger inkludert innstegstillinger (tenure tracks). Tiltaket krever gjennomgang av lovverket omkring midlertidige stillinger.

Flere postdoktorstipend på bekostning av ph.d. Tiltaket vil berede grunnen for flere større forskningsprosjekter, og bedre karrieresituasjonen for unge forskere.

## Karriereveier i universitetssykehusene

---

Gjennomgang av stillingsstrukturen i helseforetakene, med siktemål å øke/opprettholde forskningsaktivitet i stillingene.

## Karriereveier i primærhelsetjenesten

---

Utrede muligheter og insentiver.

Forskerkurs, forskningsaktivitet og deltakelse i kliniske studier må merittere i spesialistutdanning.

Etablere økonomiske insentiver til forskningskompetanse og forskningsdeltakelse i primærhelsetjenesten.

Legge til rette for kombinerte stillinger mellom primærhelsetjeneste og universitet/høgskole/spesialisthelsetjenesten (letter modell av praksiskonsulenter).

# 6

## Mål 6: Økt kvalitet og omfang av kliniske studier

### Styrke infrastruktur for kliniske studier i spesialisthelsetjenesten

Foretakene har ansvar for å legge til rette for «Clinical Trial Units», som er nødvendig infrastruktur i universitetssykehus. En nasjonal koordinerende infrastruktur (NorCRIN) er under etablering.

Styrke NorCRIN-nettverket i universitetssykehusene for gjennomføring av kliniske studier.

Etablere et nasjonalt senter på tidligfase studier som komplementerer NorCRIN.

### Styrke finansiering og insentiver for kliniske studier av høy kvalitet

---

Identifisere forskningsområder hvor Norge har spesielle forutsetninger for å lykkes.

Oppdragsdokumentene må tydeliggjøre at kliniske studier (også industrifinansierte) er en del av pasienttilbudet og foretakene må måles på omfang.

Etablere en robust prioriterings- og finansieringsmodell for nasjonalt samarbeid om kliniske studier.

Øke antall og kvalitet på kliniske studier i Norge. For legemiddelutprøving; særlig i tidligfase.

Deltagelse i forskningsarbeid knyttet til kliniske studier må meritteres i spesialistutdannelsen.

## Kliniske studier i samarbeid med næringslivet

---

Synliggjøre norske fortrinn overfor internasjonal industri.

Foretakene og industrien må etablere «Feasibility»-enheter etter modell av København, der industrien kan henvende seg ett sted for vurdering av gjennomførbarhet med hensyn på pasientgrunnlag, kompetanse og teknologi. NorCRIN kan tildeles en slik oppgave.

Avtaleverket for kliniske studier i samarbeid mellom industri og helseforetak må standardiseres.

Utnytte Norges fortrinn med tanke på gjennomføring av Fase 4 «real-life»-studier til beste for pasienter og samfunn.

# 7

## Mål 7: Styrke helsetjenesteforskning og forskning i primærhelsetjenesten

Lovfeste et «sørge for-ansvar» i kommunene for forskning, innovasjon og utdanning.

Økonomisk opptrapping slik at i 2020 brukes 1 % av omsorgstjenestens totalbudsjett på forskning, innovasjon og styrking av kunnskapsgrunnlaget (ref. NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg»).

Styrke allerede etablerte strukturer for forskning i primærhelsetjenesten (for eksempel de allmenn-

medisinske forskningsenhetene og sentre for omsorgsforskning). Innsatsen må knyttes opp mot eksisterende sterke forskningsmiljøer ved universitet og høyskoler. Stimulere forskningsnettverk (for eksempel innenfor allmenntannhelsetjenesten).

Styrke helsetjenesteforskning inkludert helseøkonomi og samhandlingsforskning.

Finansiere allmenntannmedisinske forskningsprosjekter av høy kvalitet.

Utvide samarbeidsorganet til å kanalisere forskningsmidler til forskning i primærhelsetjenesten.

Legge til rette for økt internasjonalt samarbeid.

Utnytte mulighetene for ph.d. i offentlig sektor.

Nasjonalt register for primærhelsetjenesten vil gi betydelig potensial for allmenntannmedisinsk forskningsaktivitet og helsetjenesteforskning, og bør knyttes til medisinske kvalitetsregistre, reseptregisteret og forskning i spesialisthelsetjenesten. I dag mangler det datagrunnlag for forskning i primærhelsetjenesten.

## **Mål 8: Mer og bedre samarbeid med næringsliv**

Det er av stor betydning å få til et bedre og mer omfattende samarbeid mellom offentlig forskning og det private næringsliv. Norge er attraktivt for internasjonale aktører på grunn av et helhetlig og godt helsevesen og en stabil og oversiktlig befolkning med gode nasjonale registre og diagnostiske biobanker. Industrien etterspør i stadig større grad forskning på nytteverdi på befolkningsnivå. På grunn av kompleksiteten i medisinsk forskning er de store internasjonale aktørene innenfor legemidler og medisinsk teknologi stadig mer avhengig av samhandling med avanserte forskningsmiljøer. Det er også viktig å samarbeide med norsk industri,

og mange små og mellomstore bedrifter med forskningsbasert produktutvikling har lyktes på det internasjonale marked.

### **Tiltak for å øke samarbeid mellom norsk og utenlandsk industri, helseforetak og forskningsmiljøer**

Etablere gode samarbeidsrelasjoner mellom industri og helseforetak.

Aktiv markering og synliggjøring av norsk forskningskvalitet mot norsk og internasjonal industri.

SkatteFUNN-ordning/skattefordeler ved industrifinansiering i offentlig sektor.

Utnytte norske fordeler som et enhetlig helsevesen, populasjonsstudier og helseregisterdata.

Legge bedre til rette for Nærings-ph.d.

Styrke TTO-ene for å ta ut potensialet i våre beste forskningsmiljøer.



DELRAPPORT 3

# Kunnskapssystemet

## INNHold

- 111 | Arbeidsgruppens forslag til tiltak – sammendrag
- 112 | Overordnet beskrivelse av nåsituasjonen
- 116 | Vurderinger
- 120 | Målsettinger, anbefalinger og forslag til tiltak

Foto: ECHO



# Arbeidsgruppens forslag til tiltak – sammendrag

## 1. Et kunnskapsløft for den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at kommunene får samme plikt til forskning og utdanning som sykehusene har i spesialisthelsetjenesteloven.

Etablering av forskningsnettverk. Praksisnær forskning i kommunehelsetjenesten må understøttes med infrastruktur.

Innretting av utdanningene mot kommunens helse- og omsorgstjeneste. Omlegging av studieplaner og tilstrekkelig antall praksisplasser i kommunene, er sentrale virkemidler.

Opprettelse av regionale samarbeidsorgan for kommunehelsetjenesten og akademia. For å styrke tjenesterrelevant forskning og utdannings tilbud for helse- og omsorgstjenestene i kommunal sektor, bør regionale samarbeidsorgan etableres mellom kommunene og utdannings- og forskningsinstitusjonene.

## 2. Mer standardisert og strukturert datagenerering og -innhenting

Et gjennomgående strukturert journalsystem med beslutningsstøtteverktøy vil være et svært virkningsfullt middel for både informasjonsdeling og forskning.

Opprettelse av et system for innsamling og sambruk av data på helse- og omsorgstjenester. Etter modell av «Altinn» kan man samle og samordne informasjon fra en rekke aktører i ett og samme format for forskning og styring.

Opprettelse av et primærhelsetjenesteregister. Dette er foreslått i ny lov om helseregistre. Et slikt register bør primært være innrettet for forskningsformål.

Gode og gjennomgående IKT-løsninger. Dette er nødvendig for å få til både samhandling i klinisk praksis, god klinisk forskning og god helse-tjenesteforskning.

## 3. Bedre utnyttelse av ny og eksisterende kunnskap

Nasjonale, digitale kunnskapsressurser og delingsplattformer bør videreutvikles. Felles kunnskapsplattformer for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten stimulerer samhandling og samarbeid, og tilgang for pasienter og publikum ivaretar åpenhetsprinsippet.

Implementeringskompetanse og -forskning må styrkes gjennom økonomiske og andre insentiver.

Reell brukermedvirkning i alle deler av kunnskapssystemet. «Rett bruker på rett sted» og tilgang på relevant informasjon er viktige virkemidler.

Innovasjonskulturen må styrkes gjennom å dedikere en andel av forskningsmidlene til forskningsbasert innovasjon, innføre insentiver for å drive innovasjon og opprette et system for tjenesteinnovasjon etter modell fra eksisterende TTOer (technology transfer office).

Opplæring i kunnskapshåndtering og kunnskapsbasert praksis må bli obligatorisk i alle helsefagutdanningene.

# Overordnet beskrivelse av nåsituasjonen



## Oppsummering

Dagens helse- og omsorgstjeneste er preget av høyt kunnskapsnivå, men lavt opptak og bruk av ny kunnskap. Avstanden mellom forskningsinstitusjonene og helsetjenesten er for stor. Dette gjelder særlig den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kunnskapen om implementering av ny kunnskap er begrenset, både i forskningsmiljøene og i helsetjenesten.

Samarbeidet mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten (inkludert fastlegene) og kunnskapsinstitusjonene er dårlig utviklet. Kommunene er mange og skal levere flere viktige velferdstjenester i tillegg til helse- og omsorgstjenester. Kommunale helse- og omsorgstjenester er fragmentert og ulikt organisert. Kommunene har ikke formalisert samarbeid med forsknings- og utdanningsinstitusjoner slik de store sykehusene har.

Forskningsressursene er fordelt på mange fagmiljøer. 33 universiteter og høyskoler tilbyr helse- og sosialfaglige utdanninger i Norge. I tillegg er det flere forskningsinstitutter, kompetansesentre og helseforetak som driver forskning om og for helse- og omsorgstjenesten. For å utnytte de samlede ressursene best mulig kreves det økt grad av samarbeid, arbeidsdeling og konsentrasjon mellom fagmiljøene.

Dagens utdanninger svarer i for liten grad på behovene i tjenestene, særlig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samhandlingsreformen stiller nye krav til medarbeiderne i tjenestene. Flere oppgaver skal løses av helse- og omsorgstjenesten i kommunene, og da må utdanningene bli relevante for denne delen av helsetjenesten. Helsefagutdanningene må gi kandidatene profesjonsspesifikk og profesjonsovergripende kunnskap/kompetanse. Økt vektlegging av helhetlige pasientforløp og brukermedvirkning samt folkehelsearbeid, tilsier dreining av utdanningene både i teori og praksis.

Brukermedvirkning og innovasjon står svakt i helse- og omsorgstjenesten og kunnskapssystemet. En betydelig endring av kultur på disse feltene vil gi bedre helse-

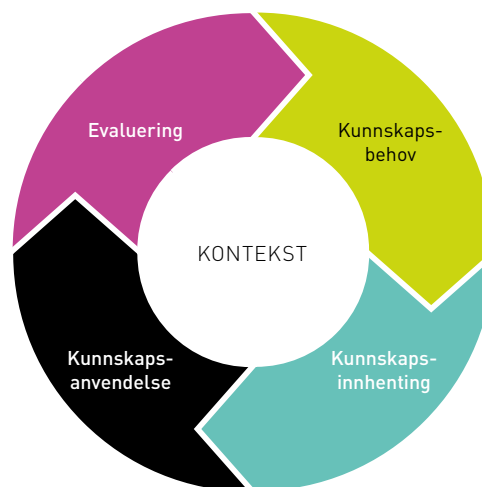
tjenester og styrke Norges muligheter til å skape nye kunnskapsarbeidsplasser.

Politikkutforming og samfunnsplanlegging på tvers av sektorområder er i for liten grad basert på kunnskap om folkehelse. Komplekse sammenhenger krever kunnskapsdeling og kunnskaps-generering på tvers av vitensområder og tradisjonelle faggrenser. Spesielt gjelder dette på områder som har konsekvenser for livsstil og psykisk helse.

## Kunnskapssystemet for helsetjenesten

God og anvendelig kunnskap er en forutsetning for gode helse- og omsorgstjenester. Omsatt til handling kan kunnskapen benyttes til forebygging og pasientbehandling, kvalitetsutvikling og innovasjon, i drift av helsetjenester, til politiske beslutninger og videreutvikling av helse- og sosialfaglige utdanninger. Dette vil bidra til helsepersonell med kunnskap, ferdigheter og kompetanse som til enhver tid trengs. Et kunnskapssystem i helsetjenesten omfatter identifisering av behov, innhenting og anvendelse av eksisterende kunnskap, evaluering av kunnskapsbruken (figur 13) og formidling gjennom utdanning.

FIGUR 13) KUNNSKAPSYSTEMET I HELSETJENESTEN



Et kunnskapssystem i helsetjenesten omfatter en kjede som begynner med identifisering av kunnskapsbehov, fortsetter med innhenting og vurdering av eksisterende kunnskap og deretter anvendelse av den beste, tilgjengelige kunnskap. En evaluering av kunnskapsbruken ender ofte med en ny behovsbeskrivelse, kanskje avdekkes også kunnskapshull som må fylles ved hjelp av ny forskning.

Kunnskap kan klassifiseres langs ulike akser (for eksempel som forsknings-, erfarings- og bruker-kunnskap). Behovsbeskrivelsen ender gjerne med mer eller mindre eksplisitte spørsmål. Ved hjelp av tilgjengelige kilder søkes og innhentes kunnskap. Før kunnskapen tas i bruk, må kvalitet og relevans vurderes. Ofte avdekkes kunnskapshull som må fylles med forskning. Som bindeledd mellom anvendelse og eventuell ny behovsbeskrivelse, ligger en evaluering av nytten og konsekvensene av å ha tatt den aktuelle kunnskapen i bruk. Kunnskap eksisterer alltid i en gitt kontekst der tradisjon, verdier, politiske prioriteringer, økonomi og andre forhold vil påvirke utviklingen og bruken av den. God kvalitet i helsetjenesten er målet for et vel-fungerende kunnskapssystem.

### Kunnskapsaktørene

Kunnskapstriangelet omfatter samspillet mellom utdanning, forskning og innovasjon, og aktørene som bidrar til dette innenfor helse- og omsorgsfeltet. Universitetene, høgskolene og fagskolene/de videregående skolene har sammen med helse- og omsorgstjenestene et felles ansvar for utdanning av helsepersonell. Forskning er en lovpålagt oppgave i spesialisthelsetjenesten i tillegg til at det er en kjerneoppgave ved universiteter, høgskoler og i instituttsektoren. Andre kunnskapsaktører er ulike kompetansesentre, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret), forskningsinstituttene og regulatoriske myndigheter slik som Legemiddelverket. De nasjonale kompetansesentrene i og utenfor spesialisthelsetjenesten skal bygge opp og spre kunnskap til en definert målgruppe innenfor et definert fagområde, eksempelvis et kompetansesvakt område, en sjelden lidelse, eller forløp på tvers av nivåer. Sentrene utenfor spesialisthelsetjenesten har kunnskapsmiljøer innenfor psykisk helse, barnevern, familievern, rus, vold og traumefeltet. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester skal være pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylkene. De skal blant annet stimulere til forpliktende samarbeid på tvers av utdanningsinstitusjoner, kommuner, fylkesmenn og stat. Sentrene for omsorgsforskning skal gi

forskningsfaglig bistand til utviklingssentrene, som skal tilrettelegge for at de kan drive praksisnære forsknings- og utviklingsprosjekter i pleie- og omsorgstjenestene. I tillegg er det opprettet kompetansesentre og forskningsenheter for allmenntidmedisin, legevakt, distriktsmedisin og for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Kunnskapssenteret oppsummerer forskning om effekt av tiltak i helsetjenesten, identifiserer kunnskapshull, og gir metodestøtte til kunnskapshåndtering både til helseforvaltninger og helsetjenesten. Næringslivet besitter også betydelig kunnskap om verktøy som benyttes innenfor helsetjenesten, om å drive innovativ virksomhet og om å studere og dokumentere effekten av legemidler og teknologi i klinisk virksomhet.

### Innovasjon

Innovasjonsbegrepet blir ofte brukt om enhver forbedring eller god ide. Det er imidlertid viktig å skille innovasjon fra kontinuerlig forbedringsarbeid. En hensiktsmessig definisjon av innovasjon er at det omfatter et nytt produkt, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess eller ny organisasjonsform som skaper verdier som økt kvalitet, økt effektivitet, økt produktivitet i helse- og omsorgssektoren og økt tilfredshet hos pasienter, pårørende og ansatte. Universitets- og høgskolesektoren har et ansvar for å bidra til innovasjon, verdiskapning og kommersialisering basert på resultater fra forskning, faglig- og kunstnerisk utviklingsarbeid. Kommersialisering av forskningsresultater er nødvendig for å sikre tilgjengeliggjøring av mange innovasjoner, og for at målene om verdiskapning og næringsutvikling skal oppfylles. Dette er kompetansesekrevende, og en av grunnene til at universitetene har etablert egne organisatoriske enheter i form av teknologioverføringselskaper (technology transfer office eller TTO). TTOene skal bidra til bedre koblinger mellom forskningsmiljøene og næringslivet, samt økt oppmerksomhet og sterkere forankring av innovasjon ved universitetene. Likevel skiller Norge seg ut i negativ forstand når det gjelder patentering, selskapsdannelse og andre parametre som måler innovasjon og næringsutvikling. Det er et betydelig potensial for å få mer tilbake for de store summene som hvert år går til forskning.

## **Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning er nedfelt i lovverket, og skal skje på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten. På individnivå betyr brukermedvirkning at den enkelte som benytter seg av et tjenestetilbud, får innflytelse når det gjelder dette tilbudet. På tjenestenivå innebærer brukermedvirkning at brukerne og/eller deres representanter inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet, og er aktivt deltakende ved endring av behandlingstilbud og tjenester. På systemnivå (styringsnivå) innebærer brukermedvirkning at brukernes representanter, vanligvis gjennom faste utvalg, involveres i prosesser før politiske og administrative beslutninger fattes. Brukerne er i for liten grad representert i utformingen av helsetjenesten og i prosessene rundt forskning, utdanning og innovasjon. God kvalitet på tjenesten forutsetter at brukernes erfaringer og synspunkter blir hørt og får påvirkning på tjenestene. Brukermedvirkning bør bli implementert på alle nivåer, og det må utvikles en kultur for brukermedvirkning. Dette må også reflekteres i utdanningene. Reell brukermedvirkning forutsetter ofte at mer enn én brukerrepresentant deltar i råd og utvalg. Strukturert utvelgelse er nødvendig for å sikre at brukeren er «kvalifisert» til det aktuelle oppdraget. Utvelgelseskriterier for å sørge for rett bruker på rett sted, kan være nødvendig i en del sammenhenger. Brukermedvirkningen kan utøves direkte gjennom pasienter og pårørende, eller gjennom representasjon og medvirkning fra brukerorganisasjoner/foreninger. Brukerorganisasjonenes fagpersoner kan bidra med brukerforankret kompetanse relatert til forskning, fagutvikling og organisering av tjenestene.

## **Helse- og omsorgstjenesten**

Helse- og omsorgstjenesten er delt i spesialisthelsetjeneste som driftes av staten, og kommunal helse- og omsorgstjeneste som driftes av kommunene. De to tjenestenivåene har omtrent like store driftskostnader (2012: spesialisthelsetjenesten 116 mrd. kroner og den kommunale helse- og omsorgstjenesten 108 mrd. kroner). Spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet sykehusdrift, distriktpsychiatriske sentre, privatpraktiserende spesialister og psykologer med avtale samt ambulansetjeneste.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten omfatter blant annet fastleger, sykehjem, hjemmebaserte pleietjenester, helsestasjoner, vernepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Psykologer kan også være ansatt i kommunale stillinger. Tannhelsetjenesten er organisert under fylkeskommunen, men bør anses som en del av primærhelsetjenesten. I denne rapporten bruker vi begreper som primærhelsetjeneste og kommunehelsetjeneste med en vid forståelse av at tjenesten inkluderer alle yrkesgrupper som arbeider med pasienter i førstelinjen. Fastlegene er knutepunkt og koordinator for mange av aktivitetene i primærhelsetjenesten. De har det overordnede medisinske pasientansvaret, og fungerer som bestillere for svært mange andre tjenester. Rapporten inneholder derfor spesifikk omtale av fastlegene i noen sammenhenger.

## **Kunnskapssystemet rettet mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Kunnskapsgrunnlaget for tjenestetilbudet i kommunesektoren er svakere enn for spesialisthelsetjenesten. Forskingen som utføres innenfor pleie- og omsorgstjenester, skjer primært ved de akademiske institusjonene. Omsorgsforskningen ble styrket på bakgrunn av St.meld. nr. 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter, mening og Omsorgsplan 2015». Fem regionale forskningssentre er etablert, og samarbeid med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester er videreutviklet. Dette er viktig for å øke kunnskapsgrunnlaget og kunnskapsflyten innenfor omsorgstjenesten. Gjennom kompetanseløftet 2015 bidrar også fylkesmennene med økonomisk støtte til utdanning og utviklingsprosjekter i kommunene (90 mill. kroner på landsbasis i 2013). Generelt har kommunene manglende kompetanse til å vurdere behov for og involvering i forskningsprosjekter. Dette medfører at den faktiske nytten av forskningen blir mindre enn ønsket.

Store variasjoner mellom kommuner gjør det utfordrende for akademiske institusjoner å finne optimale samarbeidsmodeller om utdanning og forskning. Det er gjennom etablering av nasjonale nettverksstrukturer og kompetansetiltak igangsatt et arbeid for å forsterke tjenestesektorens evne til

innovasjon. Samspill med den nasjonale innovasjonsskolen for kommunesektoren og nasjonale samarbeidsnettverk (som for eksempel Arena Ny Omsorg) vil støtte opp under tjenestens innovasjonsevne. Det er betydelige kunnskapshull innenfor allmenntilleggsmedisin. Kunnskap fra spesialisthelsetjenesten er ikke alltid relevant for primærlegenes praksis. De allmenntilleggsmedisinske forskningsmiljøene er små sett i forhold til primærlegenes rolle i helsetjenesten. Etableringen av egne forskningsenheter i allmenn- og primærmedisinske kompetansesentre, har i løpet av det siste tiåret styrket primærmedisinsk forskning. Men forskning i allmenn- og samfunnsmedisin utgjør fortsatt en svært liten andel av den samlede medisinske forskningen i Norge. Kommunene etterspør i liten grad forskning, og forskning er heller ikke en lovpålagt oppgave, slik det er i spesialisthelsetjenesten. Forskning i kommunehelsetjenesten er også krevende med hensyn til logistikk, fordi klinisk praksis er desentralisert og dataene derfor finnes spredt. Det finnes ingen felles overgripende institusjon som kan ta stilling til deltakelse i studier, uttak av data, rekruttering av pasienter og så videre. Det brukes flere forskjellige elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ), og disse er i liten grad tilrettelagt for forskning. Det er stort behov for en felles infrastruktur for å innhente data.

En ny utfordring for primærhelsetjenesten er samhandlingsreformens krav til døgnåpne kommunale enheter for øyeblikkelig hjelp. Dette vil kreve ny og utvidet kompetanse både hos primærleger, sykepleiere og andre personellgrupper. En betydelig satsing på målrettet videre- og etterutdanning, gjerne på tvers av profesjoner, vil kunne avhjelpe det udekkede kompetansebehovet. Den utstrakte bruken av ufaglært personell i primærhelsetjenesten understreker behovet for kompetanseutvikling i denne gruppen.

Det er et særnorsk fenomen at ca. 40 % av dagens norske medisinstudenter utdannes ved utenlandske universiteter, hovedsakelig i Øst-Europa der allmenn- og samfunnsmedisin står svakt. Dagens norske grunnutdanning av helsepersonell er i liten grad

rettet mot forebyggende helsearbeid og innbyggernes behov for gode og kunnskapsbaserte helsetjenester i kommunene. Finansiering av praksis i primærhelsetjenesten er ikke ivaretatt på lik linje med studentutplassering i sykehus.

### **Kunnskapssystemet rettet mot spesialisthelsetjenesten**

Kunnskapsgrunnlaget for helsehjelpen som ytes, er mangelfull i deler av spesialisthelsetjenesten, spesielt innenfor rusomsorg, psykisk helsevern og rehabilitering. Også innenfor de områdene der mye kunnskap foreligger, vet vi at en substansiell andel av pasientene ikke får den behandlingen beste praksis tilsier at de burde hatt, og andre får behandling de ikke burde fått. Oppbygging av medisinske kvalitetsregistre, der vi nå har ca. 45 registre med nasjonal status, vil føre til økt kunnskap om dette. Feil- og underbehandling er reelt, samtidig som overutredning og -behandling er et problem av ukjent omfang. Høyteknologiske nyvinninger innføres raskt, ofte med mangelfull kunnskap om behandlingsmessige eller kostnad/nytteeffekter og ofte uten følgeforskning. Endringer i logistikk, pasientforløp, annen infrastruktur skjer langsomt, selv om både behandlingsmessige og kostnad/nytteeffekter kan være omfattende. Kunnskap om, og evne til å implementere organisasjonsmessige forbedringer, er mangelfull. Skjevprioritering mellom pasientgrupper forekommer.

Den desentraliserte sykehusstrukturen og antallet sykehus i Norge, gjør det krevende å opprettholde adekvat kompetanse og tilstrekkelig kvalitet i tjenesten. Spesialisthelsetjenesten er en betydelig praksisarena for de fleste helsefaglige utdanningene, og er slik sett viktig for kompetanseoppbyggingen også i kommunal sektor. En av de største utfordringene er mangel på kontinuitet i tjenestene, og mangel på utveksling av nødvendig informasjon. Helseforetakene har betydelige midler til forskning, dels øremerket fra staten, og dels avsatt fra de regionale helseforetakenes egne rammer. Det er store lokale forskjeller i hvordan kunnskapsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kunnskapsbasert industri foregår i dag. Det er en mangel på møteplasser der kunnskap og forskning kan diskuteres og samarbeid om felles mål kan initieres.

# Vurderinger



## Oppsummering

### Mer forskning i helse- og omsorgstjenesten

**i kommunene.** Det er et særlig behov for forskning i kommunehelsetjenesten, og det trengs systemer og kultur som fremmer dette.

**Bedre datagrunnlag for forskning.** Det trengs bedre tilgang til og utnyttelse av data som allerede foreligger i alle deler av helsetjenesten. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det behov for å lage systemer som gir økt og mer effektiv datainnsamling.

**Bedre bruk av eksisterende kunnskap.** Tilgjengelig kunnskap og forskningsresultater utnyttes for dårlig både i forvaltningen og helse- og omsorgstjenesten.

**Helsefagutdanningene må tilpasses morgendagens behov.** Forventede endringer i oppgavedelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og mellom ulike helsepersonellgrupper, må gjenspeiles i utdanningene. Videre- og etterutdanning som svarer på kompetansebehovene i den nye kommunale helse- og omsorgstjenesten, må bli et satsingsområde. Grunnlaget for innovasjonskultur må også legges i utdanningene.

## Forskning

Norge har altfor lave ambisjoner for forskning knyttet til primærhelsetjenesten. Forskning for denne delen av helsetjenesten forstås i dag som et middel til kvalitetssikring, mer enn et redskap for å generere original kunnskap av høy kvalitet. I spesialisthelsetjenesten er forskning og utvikling tettere integrert i tjenestene, og her har man langt større ressurser tilgjengelig for forskning. De større forskningsmidlene i spesialisthelsetjenesten avspeiler også den større risiko, de store utstyrsbehov og den raskere faglige utviklingen som skjer innenfor sykehusmedisin. Selv om primær- og spesialisthelsetjenesten er omtrent like store i omfang når det gjelder kostnader, vil det ikke være behov for like store forskningsmidler i primærhelsetjenesten som i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende er det forskjell i forskningsbehov innenfor de ulike deler av primærhelsetjenesten.



Foto: Shutterstock



Foto: Shutterstock

Forskningsresultater fra sykehus har ofte lav overføringsverdi til pasienter i primærhelsetjenesten, og den skjevfordeling av forskningsmidler som i dag skjer mellom forskning i de to tjenestene, samsvarer ikke med forskningsbehovene i primærhelsetjenesten. En opptrappingsplan med reelle forskningsambisjoner for primærhelsetjenesten, er derfor nødvendig.

Det er ikke behov for å opprette nye forskningsinstitusjoner for å styrke forskningen for denne delen av helsetjenesten. Kommunene har ikke forskningskompetanse og bør heller ikke ha som ambisjon å bygge opp egne forskningsavdelinger. Derimot vil det være gunstig om kommunene i langt større grad enn i dag ansetter personell med forskningskompetanse, der disse kan bidra til større etterspørsel og deltakelse i forskning fra kommunalt hold. Selve forskningen må foregå i regi av de eksisterende forskningsinstitusjonene. Sentrene for omsorgsforskning som er opprettet med tanke på forskning for pleietjenesten i kommunene, har etablert godt samarbeid med mange kommuner, og deres erfaringer kan komme til nytte når slikt samarbeid skal etableres for flere institusjoner.

Infrastruktur for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er mangelfull. Denne delen av helsetjenesten foregår per definisjon desentralisert, og det fordres derfor en langt større vekt på infrastruktur både for å samle rutinedata og for å understøtte pasientnær klinisk forskning.

Lite eller ingen samhandling mellom de ulike institusjonene som er ansvarlige for forskning og utdanning, er et betydelig problem. Likeledes er det mangel på møteplasser mellom kommunene og de tilhørende forsknings- og utdanningsinstitusjonene.

En endring av dette vil gi mer og bedre forskning av høy relevans for helse- og omsorgstjenestene. Finansiering og etablering av forskningssamarbeid på tvers av fag og institusjoner, må ha rammer som gir miljøer av tilstrekkelig størrelse og stabilitet til å kunne produsere god forskning. De regionale samarbeidsorganene mellom akademia og spesialisthelsetjenesten har bidratt til å skape møteplasser og felles forståelse av utfordringene. Disse kan brukes som eksempler til etterfølgelse.

Viktige deler av forskningsfinansieringen er dreid mot store bevilgninger, som igjen fordrer store og langsiktige forskningsprosjekt. Utviklingen gir robuste miljøer, større grupperinger og samarbeid som kan heve forskningskvaliteten. Det må stimuleres til å opprette tilsvarende robuste nettverk som knytter forskningsmiljøer bedre sammen med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Forståelse og utnyttelse av brukermedvirkning i forskningen er for svak og bør utvikles for å sikre relevans av forskningen. For at brukerrepresentasjon skal fungere, må brukere ha kompetanse, komme tidlig inn i prosessen og det må legges til rette for reell innvirkning.

Det finnes store mengder data i alle ledd av helse-tjenesten som kan og bør brukes til planlegging, styring og forskning. Disse dataene er imidlertid ikke systematisert på en slik måte at de kan brukes. Mangelfull informasjonsutveksling på tvers av institusjoner, og mellom ulike forvaltningsnivåer, er et hinder for både samhandling og forskning. Utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) for fastleger er i dag tillagt private aktører som har 4000 enkeltmannsforetak som bestiller. Som en følge av dette har utviklingen av EPJ vært svært svak med tanke på klinisk bruk, samhandling med spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenesten, samt forskning. Det er heller ingen sammenheng i journalsystemer på tvers av nivåer. Dette hindrer både klinisk samhandling og tilgang til data for forskning. Det er et betydelig behov for en stor og langsiktig satsing på IKT-systemer som skal understøtte forskning og samhandling i hele helsetjenesten.

Infrastruktur som gir mulighet til å studere risikofaktorer for helseproblemer og sykdommer i befolkningen, løpende oversikt over helsen i befolkningen, helsestatistikk og estimering av fremtidige behov gjennom sykdomsbyrdeanalyser, er avgjørende for å kunne iverksette forebyggende tiltak og ikke minst for å kunne evaluere effekten av disse med robuste forskningsmetoder. Lov om folkehelsearbeid pålegger kommunene å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden til befolkningen og positive og negative faktorer som kan innvirke på denne. Det er også utviklet nye sentrale verktøy på dette området. Folkehelseloven har tydeliggjort ansvaret til ordfører og rådmann. Videreutvikling av infrastruktur, og insentiver for samarbeid og allokering av ressurser for å bidra til rapportering og strukturering av data som kan legge til rette for forskning, er viktig for å understøtte lovens intensjon.

Økt relevans og bedre forskning kommer tjenestene til gode dersom resultatene blir gjort kjent og implementeres i praksis. Manglende implementering av resultater er imidlertid et kjent problem både i Norge og internasjonalt. Implementeringsforskning omfatter studier av hva som fremmer eller hemmer iverksetting av anbefalinger, veiledere og prosedyrer, samt studier av hvordan forbedrings- og implementeringstiltak fungerer. Nasjonale retningslinjer og fagprosedyrer må bli lett tilgjengelige og utvikles videre for bruk gjennom informasjonsteknologi. Vi trenger kunnskap om hvordan denne informasjonen kan spres, og det er behov for systemer som fanger opp og tilrettelegger for innovasjon. Vi trenger også kunnskap om årsaker til at retningslinjer ikke tas i bruk av helsepersonell.

En opplyst befolkning, med tilgang på forskningsdata om egen sykdom, vil trolig i økende grad delta i utforming av egen behandling og omsorg. Dette vil være en ny ressurs, men også en utfordring for sektoren. Etter hvert som pasientinvolverende tjenester utvikles, vil det oppstå et behov for å forske på hvordan slike tjenester kan bli best mulig og hvilke konsekvenser dette vil ha for helsetjenesten. Helse- og omsorgstjenesten må bli bedre rustet til

å bestille kunnskapsoppsummeringer av høy relevans. Aktiv bruk av kunnskapsoppsummeringer innenfor helse- og omsorgstjenestene bør prioriteres for å identifisere kunnskapshull og motivere til forskningsprosjekt som kan besvare disse. Det er utviklet et nasjonalt system for å støtte kunnskapsbaserte prosesser ved vurderinger om innføring eller utfasing av nye metoder eller teknologi i sykehusene.

### Utdanning

Utdanningene er i dag ikke dimensjonert etter helsevesenets behov, verken med tanke på antall eller kompetansenivå. Studietilbudene må utfylle hverandre og nye tilbud må ikke etableres der gode studietilbud allerede finnes i samme region. For å sikre at høgskoler og universiteter raskt kan omstille studieprogramporteføljen etter nye kompetansebehov, må det tilrettelegges med tilstrekkelig antall fullfinansierte studieplasser.

Innen få år vil det være stor mangel på helsepersonell, dersom vi opprettholder dagens struktur for profesjonsfordeling og -utøvelse. Samtidig som det er nødvendig å videreføre god profesjonsutdanning som gir kvalifiserte yrkesutøvere, må helsesektoren være innstilt på at ulike oppgaver stadig må revurderes og omfordes for å få best mulig utnyttelse av den samlede kompetansen. Helse- og sosialfaglige utdanninger må legge større vekt på tverrprofesjonell kompetanse og systemkompetanse enn i dag. Morgendagens helse- og omsorgsarbeidere må, ved siden av sin profesjonskompetanse, ha opplæring i kunnskapshåndtering, samhandlingskompetanse, endringskompetanse (vilje og fleksibilitet med hensyn til oppgavedeling og søken etter ny kunnskap gjennom videre- og etterutdanning), forbedrings- og innovasjonskompetanse (som fordrer kunnskap og erfaring innenfor FoU, herunder kunnskapsbasert praksis og om forbedrings- og innovasjonskunnskap), og veiledningskompetanse for å veilede kolleger og studenter i praksis. De helsefaglige utdanningene må følges i større grad enn i dag, utdanne kandidater med både profesjonsspesifikk og profesjonsovergripende kunnskap/kompetanse. I dag får mange av profesjonsutøverne i helsevesenet

sin grunnutdanning i utlandet. Det gjelder både norske studenter i utlandet og utenlandske arbeidstakere som ønsker å etablere seg i Norge for kortere eller lengre tid. Eksempelvis utdannes om lag 40 % av medisinstudentene i andre land. Vi har en arbeidsmigrasjon som sannsynligvis vil øke ytterligere. Det er nødvendig med et godt, forutsigbart og kunnskapsbasert system for autorisasjon av utenlandsk helsepersonell.

Samhandlingsreformen er i gang, men likevel er kommunale helsetjenester i svært liten grad tatt i bruk som praksisarena for medisinstudentene og til dels også de andre helsefagutdanningene. Profesjonsutdanningene ønsker å endre dette. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er imidlertid ikke organisert med tilstrekkelig antall praksisplasser, veiledningskapasitet, veiledingskompetanse eller finansiering. Pengene følger studentene i den offentlige spesialisthelsetjenesten, men ikke i primærhelsetjenesten. Dette må endres for å få til en orientering av utdanningene i retning av primærhelsetjenestene.

Den pågående storstilte endringen i oppgavefordeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og ulik og begrenset kompetanse i kommunene, forsterker ytterligere behovet for lett tilgjengelig informasjon og kunnskap. Digital og øyeblikkelig tilgang til kvalitetssikret kunnskapsstoff (når man trenger det), må bli en selvfølge i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Helsebiblioteket.no er en nasjonal kunnskapstjeneste for helsepersonell som kjøper tilgang til lisensbelagte ressurser som oppslagsverk, databaser og tidsskrifter, og gjør dem fritt tilgjengelige. Helsebiblioteket er også en delingsplattform for norske retningslinjer, veiledere og fagprosedyrer. Slik bidrar Helsebiblioteket til å redusere kostnader og dobbeltarbeid, til kvalitetsforbedring og til deling og åpenhet i helsevesenet. Tjenestens bruk og innhold domineres i dag av spesialisthelsetjenesten. Brukertilpasset informasjon beregnet på pasienter og pårørende må utvikles fortrinnsvis i samarbeid med brukerne selv. Etter- og videreutdanningstilbud (EVU) er i for liten





Foto: Shutterstock



Foto: Shutterstock

grad integrert og likestilt med ordinære, forskningsbaserte utdanningstilbud i UH-sektoren. Enkeltstående kurs og kursserier bør kunne tilbys både som EVU og som en integrert del av ordinære studieløp (bachelor, master, ph.d.). Dette bør også gjelde spesialistutdanningene for helsepersonell med treårig grunnutdanning. Det er behov for tematiske EVU-tilbud på tvers av profesjoner som kan fremme tverrprofesjonelt samarbeid i tjenestene. Desentraliserte utdanningstilbud i grunnutdanninger og EVU kan være viktig virkemiddel for å heve kompetansen, ikke minst i små kommuner. Det er også svært viktig å legge til rette for kompetanseheving for de mange ufaglærte i helsetjenesten, i første rekke gjennom styrking av helseutdanningene i den videregående skolen.

For utdanning som for forskning, gjelder det at samarbeidet mellom helsetjenesten, kunnskaps- og kompetansesentrene, instituttsektoren og UH-sektoren er for svakt. Det er behov for reelle møteplasser og formalisering av samarbeid. I dag tilbyr mange institusjoner et mangfold av utdanninger innrettet mot helse- og omsorgstjenesten. Dette representerer en fare for fragmentering og svakere kvalitet enn nødvendig. Det er behov for en gjennomgang for å vurdere om noen av disse utdanningene kan samles for å skape større fagmiljø. Det er også behov for å se på hvordan samarbeid og arbeidsdeling kan bedre situasjonen.

Forskning på utdanning og profesjonsutøvelse er lite utbredt i Norge. Utdanning av helsepersonell må være forskningsbasert, men også gi opplæring i kunnskapsbasert praksisutøvelse. Dette fordrer programmer og systemer for effektiv overføring av kunnskap og ferdigheter, slik at kvalitetssikret og forskningsbasert beste praksis raskere implemen-

teres, og uaktuell praksis fases ut. Det finnes i dag tilbud for oppdatering om kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring (KLoK) som kan benyttes av undervisere av helsepersonell.

Det er opprettet et nasjonalt nettverk for fagprosedyrer for å samordne utarbeidelsen, unngå unødig dobbeltarbeid og bedre kvaliteten gjennom systematisk innhenting og vurdering av relevant forskning og tverrfaglig utarbeidelse. Kunnskapscenteret gir metodestøtte, og fagprosedyrerne deles på en åpen nettside. Større engasjement og deltakelse fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten behøves.

### Innovasjon

Norge har en rekke forutsetninger for å drive innovasjon innenfor helse og omsorg: Sterk økonomi, velorganisert helsevesen, unike ressurser i form av helseregistre og biobanker, og et omfattende offentlig virkemiddelapparat. God forskning er en av de viktigste driverne for innovasjon. Norge har sterke forskningsmiljøer innenfor en rekke medisinske områder. Apparatet for håndtering av produktinnovasjoner (technology transfer offices, TTO) er profesjonalisert, og kan anvendes i langt større grad. Det er etablert flere tematiske innovasjonsnettverk/næringsklynger. Disse kan videreutvikles. Biomedisin er en internasjonalt rettet næring med betydelig potensial med hensyn til å skape kunnskapsarbeidsplasser og skatteinntekter, og de nevnte forutsetningene gjør at Norge kan hevde seg i den internasjonale konkurransen.

### Kvalitet

Kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid er sentrale mål for helsetjenesten. Ansvarsforhold når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten er imidlertid mer uklart enn i spesialisthelsetjenesten. Det må jobbes mer systematisk for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet i hele helsetjenesten. Rammer for kvalitetsarbeid må utvikles i nært samråd med fagmiljøene og med helsepersonellet som ofte vet hvor det kan svikte.

# Målsettinger, anbefalinger og forslag til tiltak

---

## 1 Et kunnskapsløft for den kommunale helse- og omsorgstjenesten

**Målsetting:** En god balanse mellom primær- og spesialisthelsetjenesten når det gjelder relevant forskningsbasert kunnskap og innhold i utdanningene for å ivareta Samhandlingsreformens intensjoner.

### TILTAK:

---

**Lovpålagt plikt til forskning og utdanning i primærhelsetjenesten.** Lovpålagt plikt til forskning har vært vesentlig for å skape bedre kultur for forskning i spesialisthelsetjenesten. En tilsvarende plikt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester vil være et viktig grunnlag for å skape kultur for forskning i kommunal sektor, men må følges av konkrete tiltak som spesifisert nedenfor. Forskningen må skje i regi av etablerte forskningsinstitusjoner med relevant kompetanse, men det er nødvendig å etablere samarbeidsarenaer mellom forsknings-/utdanningsinstitusjonene og kommunene (se siste tiltak under dette punktet). Det må etableres forutsigbare finansieringsmodeller for å ivareta lovpålagt forskning i kommunene. Plikt til å delta i utdanning vil særlig dreie seg om tilrettelegging av praksisplasser med god og kvalifisert veiledning.

---

**Etablering av forskningsnettverk.** Praksisnær forskning i kommunehelsetjenesten må understøttes med infrastruktur. Det pågår en utredning for oppretting av forskningsnettverk av lege- og tannlegepraksiser knyttet til akademiske institusjoner etter modell fra Storbritannia og Nederland, der man har erfaring med at dette skaper grunnlag for forskning av svært høy kvalitet. Slike nettverk kan finansieres med en kombinasjon av statlige og kommunale midler, men stabilitet og forutsigbarhet er en forutsetning. Etter hvert som man får erfaring med nettverk for de to aktuelle tjenestene, kan nettverkene utvides til å støtte forskning i fysioterapitjenesten, sykehjem og så videre

---

**Innretting av utdanningene mot primærhelsetjenesten.** Dette er nødvendig både for å gjøre

studentene kvalifisert til å arbeide i denne delen av tjenesten og fordi det virker rekrutterende i seg selv. Et viktig virkemiddel er omlegging av studieplaner. Bruk av praksisplasser i kommunene er et annet sentralt virkemiddel. Også her trengs det tilpikting av kommunene gjennom lovregulering. Tjenestene har også nytte av å ha studenter i virksomhet. De medisinske fakultetene er samstemte i et ønske om å bruke primærhelsetjenesten som praksisarena, men hindres i dag av to forhold: Manglende finansiering av kommunene som skal ta imot studenter, og møteplasser med aktuelle kommuner for å sikre logistikk og høy nok kvalitet i den desentraliserte utdanningen. Finansiering krever enten friske statlige midler til formålet, eller en omfordeling av eksisterende midler som i dag går til helseforetakene.

---

**Opprettelse av regionale samarbeidsorgan for kommunehelsetjenesten og akademia.** For å styrke tjenesterelevant forskning og utdanningstilbud for helse- og omsorgstjenestene i kommunal sektor, bør regionale samarbeidsorgan etableres mellom kommunene og utdannings- og forskningsinstitusjonene. Samarbeidsorganene bør gis mandat til å tildele forskningsmidler etter søknad som vurderes etter kvalitet og relevans for tjenesten. Det kan være hensiktsmessig å unngå å lage helt nye strukturer og heller legge funksjoner til de eksisterende samarbeidsorgan for helseforetakene. I en slik modell må foretakenes faglige innflytelse i saker som angår forskning/utdanning rettet mot kommunehelsetjenesten være klart begrenset. Dette er vesentlig for å sikre at tildelinger og prioriteringer blir gjort til beste for primærhelsetjenesten og vurdert av fagfolk med kompetanse fra denne sektoren. En mulig modell er felles sekretariat/administrasjon forsterket med primærhelsetjenestekompetanse. Samarbeidsorganene skal legge til rette for å få eksisterende miljøer til å samarbeide. Forskningsmidler bør prinsipielt komme fra den kommunale helsetjenesten, på samme måte som spesialisthelsetjenesten bidrar med midler til dagens regionale samarbeidsorgan. Det kan tenkes at rammebevilgninger til kommunehelsetjenesten må økes for å få til dette. Kommunene må være godt

representert med kvalifisert personell i samarbeidsorganene. De bør også ha brukerrepresentasjon, og de bør ha kompetanse og mandat til å sikre hensiktsmessig brukermedvirkning i prosjektene som blir finansiert. Samarbeidsorganene bør også ha en rolle når det gjelder utvikling av utdanning for helse-tjenestene (se forrige punkt).

## 2 Mer standardisert og strukturert data-generering og -innhenting

**Målsetting:** Mer rasjonell utnyttelse av eksisterende data i pasientbehandling og forskning.

### TILTAK:

**Et gjennomgående strukturert journalsystem** med beslutningsstøtteverktøy vil være et svært virkningsfullt middel for å oppnå informasjonsdeling, sikkerhet og høy kvalitet gjennom hele behandlingskjeden, og for å kunne avgi data til forskning og styringsinformasjon både på mikro- og makronivå. Journalsystemer bør lagre data strukturert. Vi støtter intensjonene i Meld.St. 9 (2012-2013) «Én innbygger - én journal». Slik kan data samles inn gjennom den ordinære journal- og dokumentasjonsprosessen.

**Et system for innsamling og sambruk av data på helse- og omsorgstjenester bør opprettes** etter modell av «Altinn». Gjennom å samle og samordne informasjon fra en rekke aktører i ett og samme format, vil en skape forskningsverdige data som gir et helhetlig bilde av helse- og omsorgstjenestene på tvers av nivåer og institusjoner. Systemet vil gi oversikt over bruk av helse- og omsorgstjenester på individnivå (som kan inkludere konsultasjoner, reseptforenskrivning, uttak av legemidler, henvisninger til andre tjenester og bruk av disse, utredninger, helserelaterede offentlige ytelser, m.m.), og kan gjøres tilgjengelig for forskning i aidentifisert form. Et slikt system kan også gi mulighet for brukertilgang der individet vil kunne ha oversikt over egne helse- og omsorgstjenester, ha mulighet til å korrigere feil og påpeke mangler. Helsepersonell vil også kunne identifisere mangler ved oppfølgingen av den enkelte pasient.

Det er trolig ikke hensiktsmessig eller mulig å lage ett stort system, men det kan defineres overordnede tekniske og innholdsmessige kravspesifikasjoner for sømløs kommunikasjon mellom alle datasystemer som benyttes av helse- og omsorgstjenestene. Dette åpner for at alle aktører kan utveksle forskningsverdige informasjon, og raskere enn før benytte relevante data i utøvelse av tjenesten. Når det offentlige har etablert kravspesifikasjonene, kan innovasjon gjennom utvikling av plattformer for levering og uthenting av data bli en arena for næringsutvikling. Et datasystem etter en slik modell vil gi muligheter for verdensledende forskning innenfor helsetjeneste, helseovervåking, sykdomsutbrudd, endringer i sykdomspanorama, effekt av tiltak og tiltakskjeder, samt bruk og implementering av retningslinjer og effekter av dette.

**Opprettelse av et primærhelsetjenesteregister** er foreslått i ny lov om helseregistre. Dette er nødvendig og støttes av arbeidsgruppen. Det er i dag svært lite data tilgjengelig for forskning og planlegging fra primærhelsetjenesten. Det er viktig at et slikt register primært er innrettet for forskningsformål. Sekundært kan data også brukes for styring og planlegging. Dersom man innretter registeret motsatt, dvs. med styring som primært mål, vil dataene med stor sannsynlighet bli uhensiktsmessige for en rekke forskningsformål. Registeret må baseres på datatekniske løsninger som ivaretar personvern hensyn. Man bør i tillegg vurdere å etablere et utvalg som kan utrede hvordan en innsamling av slike folkehelsesdata i befolkningen kan organiseres og gjennomføres.

**Gode og gjennomgående IKT-løsninger.** Dette er nødvendig for å få til både samhandling i klinisk praksis, god klinisk forskning og god helsetjenesteforskning. Dette er et underliggende premiss for en rekke av tiltakene foreslått under punkt 1, 2 og 3. Det offentlige må ta ansvar for å være bestiller og premissleverandør for utvikling av datateknologi for alle deler av helsetjenesten, også de delene som fungerer som private tjenesteytere med kontrakter med helseforetak og kommuner.

### 3 Bedre utnyttelse av ny og eksisterende kunnskap

**Målsetting:** Ny og eksisterende kunnskap må utnyttes bedre i alle deler av helsetjenesten, både i pasientbehandling og innovasjon.

#### TILTAK:

Så vel forskningsbasert kunnskap som erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap kan og bør omsettes mer effektivt til handling. De viktigste tiltakene for å oppnå dette er:

**Nasjonale kunnskapsressurser og delingsplattformer bør videreutvikles.** Enklere tilgang på nyttig kunnskap tilpasset situasjon og behov for helsepersonell og beslutningstakere. Særlig nyttig er kunnskapsbaserte prosedyrer utarbeidet i og for tjenesten, spesielt når de kan integreres i andre systemer som journal- og rekvireringssystemer. Felles kunnskapsplattformer for spesialist- og kommunehelsetjenesten stimulerer samhandling og samarbeid, og tilgang for pasienter og publikum ivaretar åpenhetsprinsippet. Helsebiblioteket er en ressurs i denne sammenheng.

**Implementeringskompetanse og -forskning må styrkes** gjennom økonomiske og andre insentiver. Bedre metoder for å omsette god kunnskap til klinisk praksis og forvaltningsmessige beslutninger må utvikles.

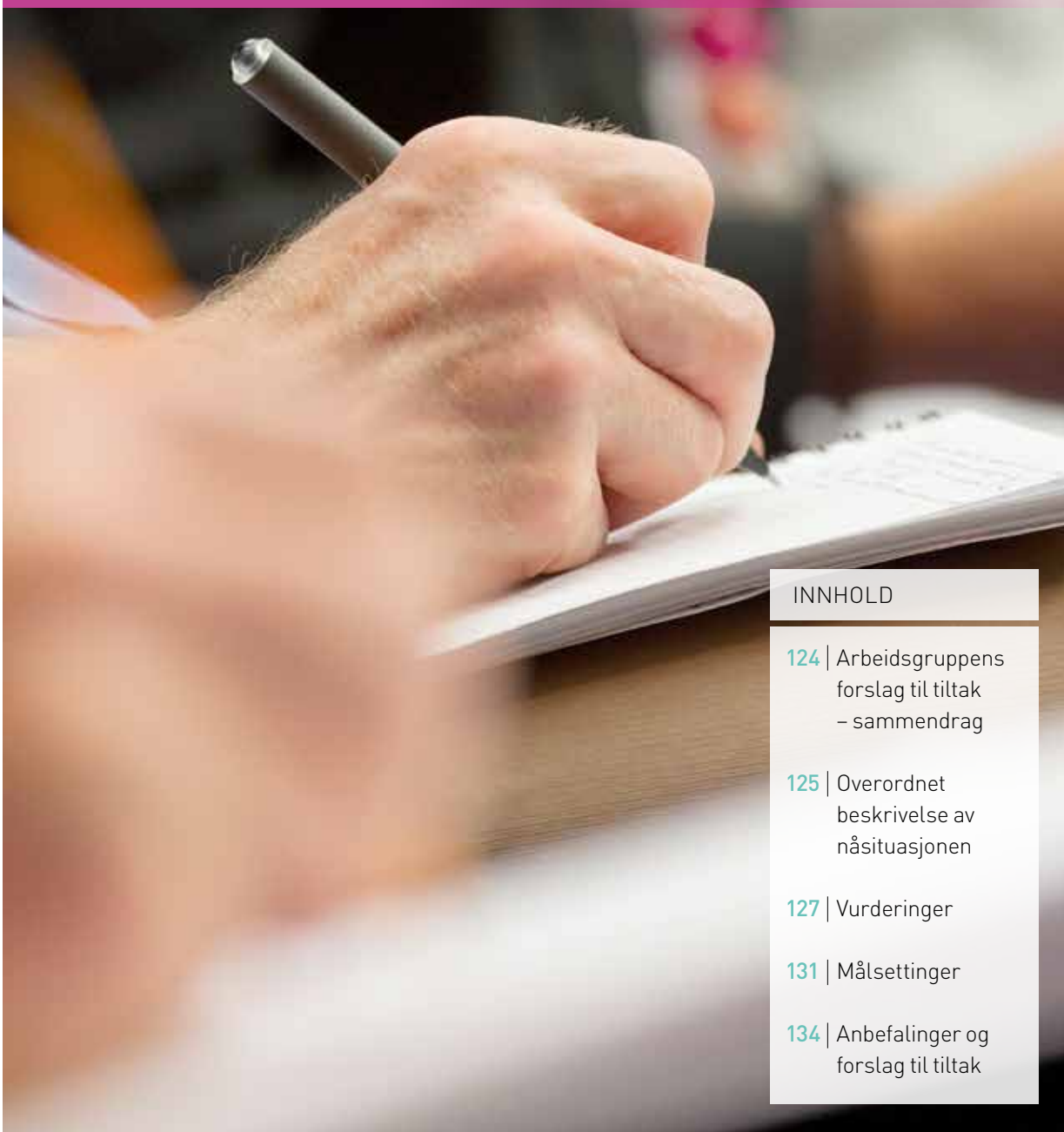
**Reell brukermedvirkning i alle deler av kunnskaps-systemet** fra behovsdefinisjon, innhenting og utvikling, praktisk anvendelse til evaluering, må ivaretas både på individuelt nivå overfor enkeltpersoner og på systemnivå (i utvalg og organisatoriske strukturer). Brukerrepresentanter bør velges etter hvilke områder som skal belyses, og hva bruker innehar av kunnskap og erfaring – «rett bruker på rett sted». Det er også viktig at bruker får nok og tilpasset informasjon.

**Innovasjonskulturen må styrkes** gjennom å dedikere en andel av forskningsmidlene til forskningsbasert innovasjon og innføre insentiver for å drive innovasjon, og ved å opprette et system for tjenesteinnovasjon etter modell fra eksisterende TTO.

**Opplæring i kunnskapshåndtering og kunnskapsbasert praksis må bli obligatorisk** i alle helsefagutdanningene. Større kompetanse i dette blant lærerne, må prioriteres først.

DELRAPPORT 4

# Kommunesektoren



## INNHold

- 124 | Arbeidsgruppens forslag til tiltak – sammendrag
- 125 | Overordnet beskrivelse av nåsituasjonen
- 127 | Vurderinger
- 131 | Målsettinger
- 134 | Anbefalinger og forslag til tiltak

# Arbeidsgruppens forslag til tiltak – sammendrag

En nødvendig styrking av forskning og innovasjon i kommunene vil kreve et bredt sett av virkemidler. Dels dreier dette seg om tilrettelegging av en bedre (infra)struktur, dels om en tydeliggjøring av det kommunale ansvaret og dels om en nødvendig statlig, regional og kommunal styrking av finansieringen. Med utgangspunkt i de vurderinger og mål som er beskrevet over, foreslår derfor arbeidsgruppen fem typer tiltak:

## **1. Struktur og samarbeidsmekanismer**

Arbeidsgruppen foreslår tiltak som skal sikre at forsknings- og innovasjonsmiljøene når kritisk masse, at kommunesektoren har sterke og tilgjengelige forsknings- og innovasjonsmiljøer å samarbeide med, at det utvikles gode og målrettede forskningsnettverk og at det er tydelige arenaer for implementering/forsøk og kunnskapsformidling.

## **2. Kompetanse, kapasitet og insentiver for innovasjon i kommunene**

Arbeidsgruppen foreslår tiltak som skal øke innovasjonskompetansen og -kapasiteten i kommunesektoren, bedre samspillet med næringslivet og sikre spredning og skalering av resultater.

## **3. Forskning, utdanning og kompetanseheving**

Arbeidsgruppen foreslår tiltak som skal styrke forskningsinnsatsen i, om og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, sikre systematisk kompetanseheving i tjenestene og bedre koblingen mellom utdanning og praksis.

## **4. Nødvendige endringer i lover og forskrifter**

Arbeidsgruppen foreslår at lover og forskrifter endres slik at forskning og utdanning blir pålagte oppgaver i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

## **5. Forskningsinfrastruktur**

Arbeidsgruppen foreslår tiltak som skal sikre god tilgang til data av høy kvalitet fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

# Overordnet beskrivelse av nåsituasjonen



Et bredt spekter av forebyggende og helsefremmende faktorer på individ- og samfunnsnivå har betydning for god helse. Velfungerende og kostnadseffektive tjenester av høy kvalitet for diagnostisering, behandling, omsorg og rehabilitering utgjør grunnlaget i en god helsetjeneste. Mange av disse faktorene ligger innenfor kommunens ansvarsområde. Medisinske fremskritt og mer kunnskap om helsefremmende faktorer har bidratt til å styrke folkehelsen og den enkeltes utsikter til et langt og godt liv. Samtidig gir utviklingen nye utfordringer knyttet til endringer i sykdomsbildet, ulik fordeling av helsegodene og økende kostnader.

St.meld.nr. 47 (2008-2009) «Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid», Meld. St. 29 (2012-13) «Morgendagens omsorg» og Meld. St. 34 (2012-13) Folkehelsemeldingen «God helse – felles ansvar» gir tydelige politiske føringer for at det fremover skal legges økt vekt på primærhelsetjenestene, omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. Det er i disse tjenestene og i dette arbeidet på tvers av sektorer og samfunnsaktører, at fremtidens store utfordringer først må møtes og løses. Denne omleggingen blir særlig nødvendig i lys av den raskt økende andel eldre i befolkningen. Sammen med regjeringens kommunale innovasjonsstrategi «Nye vegar til framtidens velferd» peker disse dokumentene på nødvendigheten av å utvikle kommunenes innovasjonsevne blant annet gjennom økt forskningsaktivitet og bedre spredning av forskningsresultatene.

Helsehensyn skal ivaretas i offentlig planlegging etter plan- og bygningsloven (jf. Folkehelsemeldingen). Folkehelseloven gir kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter ansvar for å fremme folkehelse, og kommunene har med loven fått større mulighet og ansvar til å se helse i sammenheng med kommunenes brede sett av virkemidler. God samfunnsplanlegging kan og skal styrke folkehelsen både ved å beskytte mot risikofaktorer og fremme faktorer som virker positivt på helse og livskvalitet.



Foto: Sverre Jærlid



Foto: Shutterstock

## Strategiske perspektiver

En stor del av norsk helseforskning skjer i spesialisthelsetjenesten og finansieres gjennom helseforetakene. Til sammenlikning er det liten forskningsaktivitet i og om de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunene har et medvirknings-, men ikke et finansieringsansvar for forskning på disse områdene. Det er heller ikke etablert institusjoner i kommunene som har som rolle å drive forskning. Dermed begrenser statens strategiske forskningsinnsats overfor disse områdene seg til innsats gjennom Forskningsrådet, som imidlertid kun har ansvar for å fordele i overkant av 10 % av den samlede offentlige finansieringen av medisinsk og helsefaglig forskning.

Forskningen knyttet til helse- og omsorgstjenestene i kommunene har i hovedsak hatt et nasjonalt fokus, med liten grad av internasjonal publisering og samarbeid utenfor landets grenser. Dette er forskning som tradisjonelt har lav faglig prestisje, lite volum, skjer i små miljøer og med for lite samspill mellom universiteter, høyskoler og et stort antall kompetansesentre. Evalueringen av biologi, medisin og helsefag viser at kvaliteten i helse- og omsorgstjenesteforskningen er variabel. De store systemutfordringene krever et tverrfaglig perspektiv, som belyser sammenhengen mellom organisering og de harde endepunktene: mortalitet, livskvalitet og kostnadseffektivitet, og krever også en bred tilnærming der man ser helse-, omsorgs- og velferdstjenestene i sammenheng. Det finnes i dag ikke forskning om slike forhold som er tilstrekkelig dimensjonert i forhold til alvor i utfordringene.

Kommunen er både myndighetsutøver, tjenesteyter, ansvarlig for utbygging, drift av infrastruktur og politisk beslutningsnivå. Gjennom disse rollene

påvirker kommunene en rekke faktorer av stor betydning for helse og omsorg. Kommunen har også viktige roller knyttet til demokratiutvikling, innbyggerinvolvering, areal- og næringsutvikling, stimulering til frivillighet og sivilsamfunnsutvikling. Kommunen er en viktig næringsaktør både gjennom sin rolle som tilrettelegger for næringsutvikling og som innkjøper av varer og tjenester. Hvordan kommunene utvikler offentlig sektor, er en viktig driver for næringsutvikling både lokalt og nasjonalt.

Skal samfunnet kunne møte utfordringene som følger av de demografiske endringene, kreves et effektivt innovasjonssystem for offentlig sektor. Det er først i de senere årene man har begynt å utvikle en systematisk tilnærming til innovasjon i offentlig sektor. En utfordring er å utvikle et helhetlig innovasjonssystem på tvers av sektorgrenser og sammen med det etablerte forsknings- og innovasjonssystemet. Offentlige tjenester utvikles gjennom et bredt samspill på tvers av samfunnssektorer, mellom lokalt, regionalt og statlig nivå, næringsliv, selvstendig næringsdrivende, frivillige organisasjoner og brukere. En mer innovativ offentlig sektor vil også være en viktig driver for et mer innovativt næringsliv.

Den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenestene er medarbeiderne. Deres kompetanse er avgjørende for kvaliteten og omstillingsevnen i tjenestene. Det er av avgjørende betydning å styrke samspillet mellom profesjonsutdanningene, praksis og forskning. En annen viktig ressurs er brukerne selv. Gjennom brukermedvirkning, også i forskningsprosessen, vil forskning og innovasjon i enda større grad bidra til å skape tjenester og teknologier som er i tråd med brukernes behov.

Nasjonale kompetansetjenester er i spesialisthelse-tjenesten lagt til helseforetak etter søknad. De siste 10 årene har flere kompetansemiljøer blitt etablert for å styrke forskningen i og på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Eksempler er Allmennmedisinske forskningsenheter (AFE), regionale sentre for omsorgsforskning, utviklings-



Foto: Healthcare, Science & Discovery

sentre for sykehjemsmedisin mv. Disse er knyttet til universitets-, høgskole- og instituttsektoren. Det eksisterer i dag ikke kommunale strukturer som kan være vertskap for kompetanse- og forskningssentra.

### Begreper

I dette notatet benyttes kommunale helse- og omsorgstjenester som et samlet begrep for den tjenesteytingen som foregår i kommuner/fylkeskommuner innenfor områdene helsefremming, forebygging, folkehelse, tannhelse, primærhelse-tjenester og omsorgstjenester. Tjenestene vil både kunne leveres direkte av kommuner/fylkeskommuner og av private aktører med og uten avtaler med kommuner/fylkeskommuner.



# Vurderinger



Det er et betydelig behov og potensiale for økt omfang av forskning og innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Endring i demografiske forhold gjør at kommunene vil stå overfor store utfordringer for å møte morgendagens helse- og omsorgsbehov. I de kommende tiårene vil en større andel av helse- og omsorgstjenestene utføres i kommunene, sykdomsbildet vil bli mer sammensatt, og pasienter vil bli tidligere utskrevet fra sykehusene. Norge har forpliktet seg til en målsetting om å redusere for tidlig død av ikke smittsomme kroniske sykdommer med 25 % innen 2025. Det vil måtte legges større vekt på helsefremmende arbeid, rehabilitering og folkehelseperspektivet. For best mulig å møte disse utfordringene må det satses systematisk og målrettet på kvalitets- og kompetanseutvikling, og det må gjennomføres nødvendige strukturelle tiltak for å legge til rette for økt forskningsaktivitet og innovasjon. For å opprettholde god kvalitet og tilstrekkelig omfang på tjenestene, må det stimuleres til systematisk innovasjon. Det er behov for både tjenesteinnovasjon, innovasjon på teknologi- og produktområdet og innovasjon i samspillet mellom tjenester og teknologi. Tjenesteinnovasjon skal fremme samhandling både innad i kommunal sektor, med frivillig sektor og ikke minst med spesialisthelsetjenesten. Andre stikkord er kompetanseutvikling, lederutvikling, utdanning og kunnskapsbaserte tjenester. Målet er at brukere/pasienter skal oppleve mer helhetlige behandlingsforløp der nødvendig informasjonsutveksling mellom ulike aktører fungerer smertefritt.

Det foregår mye lokalt forbedringsarbeid på dette området, men det er svake insentiver for innovasjon og ikke minst for spredning og bred implementering av nye og bedre løsninger. Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder omfang, systematikk og kvalitet i deres utviklingsarbeid. Kommunene har ulikt utgangspunkt, og et løft i forskning og innovasjonsinnsatsen i kommunene vil måtte ta hensyn til dette.

Det er en betydelig skjevhet i ressursbruken innenfor helse- og omsorgsforskningen. For spesialisthelsetjenesten øremerkes i statsbudsjettet for 2014 til

sammen 628 mill. kroner til forskning i regi av de regionale helseforetakene (RHF). I tillegg velger flere RHFER å finansiere en ytterligere forskningsaktivitet innenfor de ordinære budsjetttrammene. Tilsvarende finansiering av forskning i kommunesektoren eksisterer ikke. Som en konsekvens av dette er det også naturlig å tro at spesialisthelsetjenesten «drar fra» i form av økende andel personell med formell forskningskompetanse. En manglende finansiering av forskning i kommunesektoren gir interesse- og verdikonflikter som også kan ha etiske implikasjoner.

For å få til en utvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten lik den vi har sett i spesialisthelsetjenesten, er det (i tillegg til en styrking av ressursinnsatsen) nødvendig å undersøke hvilke tiltak i spesialisthelsetjenesten som har ført til de gode resultatene. Eksempler kan være hvordan helseforetakene har oppnådd en betydelig økning av ansatte med ph.d.-kompetanse, og hvordan man systematisk utnytter mulighetene for fleksible ordninger for delte stillinger mellom helseforetakene og universitetene.

Spesialisthelsetjenesten har i dag et lovpålagt «sørge for-ansvar» for forskning og utdanning. Dette står i kontrast til kommunene som på sin side har medvirknings-ansvar. De regionale helseforetakene har ved hjelp av lovpålegget og en systematisk opptrapping, stadig øremerket mer av sine budsjetter til forskning. Helseforetakene utformer også selv aktivt forskningsstrategier som skal sikre at forskningen har relevans for deres virksomhet.

Vilkårene for å bygge opp egen forskningskompetanse har ikke på samme måte vært tilstede i kommunehelsetjenestene. I kommunesektoren avsettes det i svært liten grad midler til forskning. Søkere om forskningsmidler har i motsetning til hva tilfellet er i spesialisthelsetjenesten, ikke tilgang på egne øremerkede midler, men avgrenses til den nasjonale (Forskningsrådet) og internasjonale (EU) konkurransen om forskningsmidler. En konsekvens av dette er at den kommunale helse- og omsorgssektoren i for liten grad får satt sine forskningstemaer på dagsordenen.

Tverrfaglighet har i for liten grad vært vektlagt i FoU-arbeidet i kommunene. Kommunene har ansvar for innbyggernes liv fra fødsel til død, og leverer svært sammensatte tjenester gjennom ulike livsfaser. Ved utforming av forskningstemaer og prosjekter må det tas høyde for dette, slik at et bredt spekter av problemstillinger og perspektiver tas med. Det er også store grupper helsefagarbeidere og ufaglærte utøvere av helse- og omsorgstjenester i kommunene. Også disse gruppene må tas med i kunnskapsløftet.

I dag utformes (og reformeres) helsetjenesten uten et tilstrekkelig forskningsbasert kunnskapsgrunnlag. Det er behov for både et betydelig løft i den klinisk pasientnære forskningen i helse- og omsorgstjenesten og i forskning knyttet til tjenestenes organisering, finansiering og struktur. Også store deler av dagens praksis innenfor helsefremmende og forebyggede arbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene trenger forskning for å bygge et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for videre utvikling av praksis. I denne sammenheng er det behov for systematisk arbeid knyttet til identifisering av risikogrupper.

Med dette bakteppet av vurderinger vil arbeidsgruppen peke på tre områder hvor det er særlige utfordringer:

### **Forskning**

Det er et viktig mål å styrke pasient- og praksisnær forskning som tar utgangspunkt i klinisk virkelighet og opplevde behov i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Kommunene vil få større utfordringer i alle aldersgrupper: flere sykdommer diagnostiseres og behandles, flere overføres tidligere fra spesialisthelsetjenesten, og kommunene får etter Samhandlingsreformen ansvar for døgnbasert akuttbehandling når videre sykehusbasert medisinsk utredning ikke er påkrevet. Kommunenes arbeid for psykisk helse og helseutfordringene knyttet til økt innvandring, forventes også å øke. Kunnskap og utvikling med hensyn til å ivareta alle disse gruppenes behov, vil være en viktig del av kompetanse- og kunnskapsbehovet i kommunesektoren, og som det er en

forskningsmessig målsetting å møte. Den medisinske virksomheten hos fastleger, sykehjemleger og legevaktleger har langt større risiko og utvikles raskere enn virksomheten på omsorgssiden. Det er behov for forskning i begge deler av kommunenes helse- og omsorgstjeneste, men dette behovet er ikke proporsjonalt med antall personer i aktivitet i selve tjenestene. Både når det gjelder allmennmedisin, legevakt og sykehjem er det startet forsknings- og kompetansesentre som bør utbygges til sentral infrastruktur for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Ved å styrke metode- og forskningskompetansen i kommunene vil man også legge forholdene bedre til rette for samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Samtidig vil man bedre kunne adressere de betydelige rekrutteringsutfordringer som er tilstede i hele den kommunale helse- og omsorgssektoren. Det er – uavhengig av profesjon – ønskelig med flere med ph.d.-kompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Det er etterhvert flere helsearbeidere innenfor sektoren med masterutdanninger. Disse kan være brobyggere og kan bistå i å planlegge, gjennomføre og presentere forsknings- og evalueringsprosesser lokalt. De vil også være mulige ph.d.-kandidater.

Det er behov for økende brukermedvirkning for å kunne utvikle og effektivisere kommunenes helsetjenestetilbud. Brukermedvirkningen er i dag for lite systematisert, og det fokuseres for lite på brukermedvirkning i forskning. Brukermedvirkningen i forskningen må inkludere brukermedvirkning i planlegging så vel som gjennomføring av forskningsprosjekter. Dette vil bidra til at de problemstillinger som er viktig for brukeren, også blir en del av forskningen.

For bedre å kunne utnytte potensialet er det nødvendig med strukturelle grep når det gjelder organisering av FoU-arbeid. Mangelfull samhandling og manglende nettverk (fragmenterte tjenester og tjenestenivåer i kommunene; innenfor helse- og omsorgssektoren, på tvers av sektorer og mellom



Foto: Healthcare, Science & Discovery



Foto: Healthcare, Science & Discovery

kommunene og academia) mellom de ulike aktørene bidrar til mindre forskning, utdanning og innovasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Enkelte kommuner har tatt ansvar for forskning gjennom opprettelse av egne FoU-enheter. Slike enheter kan opprettes i samarbeid med nærliggende kommuner, høgskoler og universitetene, og bidra til å utvikle regionale nettverk for forskning i helse- og omsorgstjenesten. Det er imidlertid i dag mangel på gode insentiver for å stimulere til opprettelse av FoU-enheter i kommunene. Dette medfører at det i for liten grad identifiseres forskningsprosjekter og forskningsspørsmål med utgangspunkt i lokal og regional praksis.

### Kompetanseheving og utdanning

Kommunehelsetjenesten må videreutvikle sine ledere og ansatte med både ledelses-, forsknings- og innovasjonskompetanse. Et kompetanseløft vil gjøre det lettere å utnytte de mulighetene som ligger i systematisk forsknings- og innovasjonsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Kommunene har i dag svake styringsvirkemidler overfor viktige personellgrupper som for eksempel fastleger og fysioterapeuter. Dette kan være til hinder for et nødvendig samordnet kunnskapsløft i kommunene.

Også når det gjelder utdanning er det relevant å sammenlikne seg med spesialisthelsetjenesten, hvor det er tatt strategiske grep for mottak av studenter fra helsefagene. Universitetssykehusene mottar betydelig finansiering for å ta imot studenter i praksis. Med en utvikling i retning av større ansvar og aktivitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, må studieplaner endres slik at studentene både møter disse tjenestene tidligere i sin praksis og i et større omfang enn hva tilfellet er i dag.

Dagens organisatoriske og finansielle systemer bidrar til en for liten og for fragmentert studentutplassering i kommunehelsetjenestene. De medvirker på denne måten til en for lav interesse for de viktige helseutfordringene i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Kommunal forpliktelse på dette området er viktig for å skape et godt og forutsigbart system for praksisopplæring. Spesialisthelsetjenesten mottok frem til 2006 et øremerket tilskudd for å dekke merkostnadene ved grunnutdanningen. Dette tilskuddet er nå innbakt i den generelle basisrammen til RHFene, men ville lønns- og prisjustert i dag tilsvare om lag 650 mill. kroner.

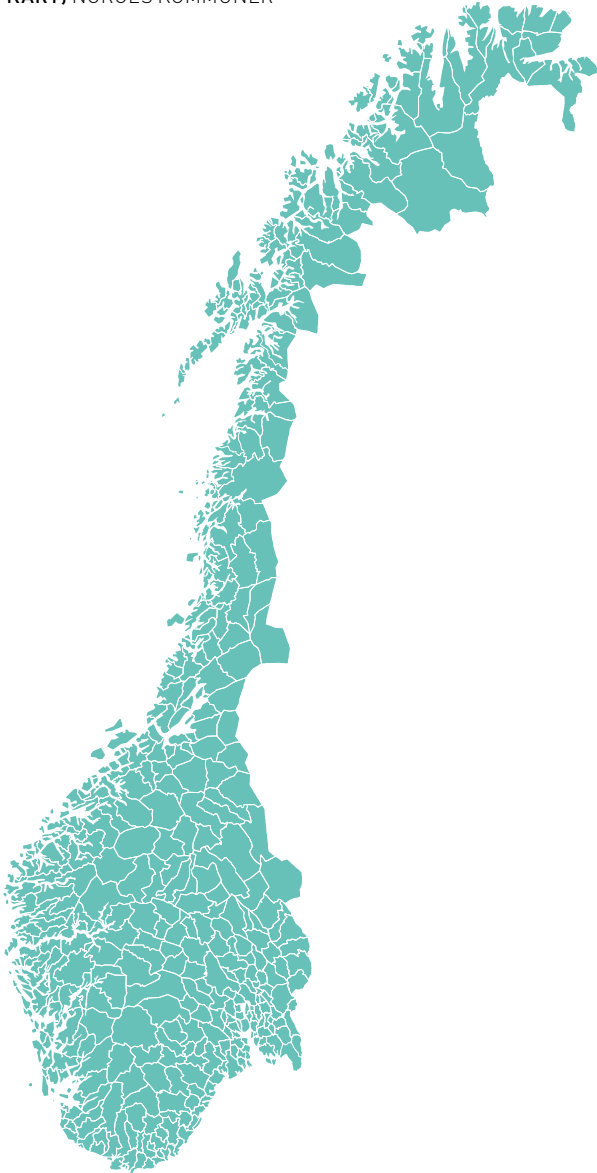
Det er også behov for å styrke helsepersonells evne til samhandling mellom profesjoner og med pasienter og pårørende. Universiteter og høgskoler må i større grad utvikle praksisnære etter- og videreutdanninger som gir muligheter for kontinuerlig faglig utvikling. Et slikt tilbud vil også være nødvendig for å få flere i kommunesektoren til å ta master- og doktorgrader.

### Innovasjon

Kommunene har et sterkt fokus på produksjon og leveranse av tjenester til borgerne. Det er lite ressurser i sektoren til å reflektere over hvordan man ønsker å utvikle tjenestene i fremtiden. Følgen er gjerne at hele verdikjeden som kan bidra til å innovere tjenestene, ikke benyttes. Kommunenes planer fremstår i for stor grad som en fremskrivning av dagens situasjon. Det er behov for mer systemtenkning, langsiktig kompetansebygging, og alternative finansieringsformer i innovasjonsarbeidet i kommunene. For de kommunene som driver med innovasjon og utvikling av fremtidens omsorgstjenester, betyr dette i dag unødvendig mye arbeid.

All tjenesteinnovasjon i kommunene skal i dag foregå innenfor de rammer og retningslinjer som gis av lover og forskrifter. Dette gir store begrensninger for utprøving av radikale endringer, siden dette i de fleste tilfeller vil medføre brudd på eksisterende retningslinjer. Det gis ikke rom for et «innovasjonsamnesti» som gjør det mulig å tenke radikalt om nye tjenester og andre former for samspill med brukerne.

## KART) NORGES KOMMUNER



Norske kommuner er det laveste administrative og folkevalgte nivået i landet og per 1. januar 2013 landet delt inn i 428 geografiske administrative/politiske områder. Kommunene har ansvar for en rekke basisoppgaver som grunnskole, barnehager, primærhelsetjeneste, arealplanlegging og tekniske tjenester. Det er stor forskjell i innbyggertallet kommunene i mellom. Den minste kommunen er Utsira med 210 innbyggere og den største er Oslo med 621 332 innbyggere (per 30. september 2012).

KILDE: Kartverket.

Mange kommuner driver likevel med innovasjonsarbeid innenfor sine tjenester, og fortjener honnør for sitt nybrottsarbeid og pågangsmot. Dette er likevel ofte pilotprosjekter som er svært begrenset i størrelse, og hvor overførbarheten svekkes i forhold til å iverksette innovasjonen i større målestokk. Kommunene mangler med andre ord et innovasjonssystem som kan redusere den økonomisk og ressursmessig risiko ved at man tar folk ut av produksjon for å prøve ut ny praksis. Et bedre innovasjonssystem vil også bidra med dokumentasjon av effekter og spredning av kunnskapen i etterkant av prosjektene.

Et for stort fokus på eksisterende tjenesteproduksjon gjør det også utfordrende å utnytte endringspotensialet og mulighetene ved et tettere samspill med næringslivet. Her ligger det et stort uutnyttet potensiale for både kommuner og leverandører i å utvikle løsninger som faktisk adresserer behovene som kommunene opplever daglig, og som leverandørene kan få prøvd ut på reelle brukere. Produktinnovasjon og velferdsteknologi er nødvendige elementer i en kontinuerlig utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mangel på et etablert marked for innovative løsninger innenfor omsorgssektoren og primærhelsetjenesten, gir begrensninger i mulighetene for leverandørindustrien til å utvikle seg. Små aktører i leverandørmarkedet, med få eller begrensede inntekter, gir heller ikke den utviklingen kommunene trenger. Resultatet kan i neste runde bli at kun utenlandske leverandører og leverandører med gårdsdagens teknologi overlever, noe som kan hemme tjenesteinnovasjonen i kommunene.

# Målsettinger



Høy levealder og små sosiale helseforskjeller er en målsetting i Norge. Det er videre et mål å fremme befolkningens helse, og legge forholdene til rette for at innbyggerne får leve aktive liv og oppleve flere leveår med god helse og trivsel. Menneskene skal føle verdighet uavhengig av livsfase og situasjon, og man skal kunne bo og leve selvstendige liv i sine lokalsamfunn så lenge man ønsker og er i stand til det.

Et viktig mål med HelseOmsorg21 er at strategien skal bidra til økt omfang og mer målrettet innsats for forskning, utdanning og innovasjon på helse- og omsorgsområdet, og at tiltakene skal understøtte (fylkes-)kommunale tjenesters behov for forskningsbasert kunnskap.

En offentlig strategi for forskning, innovasjon og utdanning i helsetjenester utenfor sykehus, må omfatte alle helse- og omsorgstjenester, også de som utføres i det private markedet.

Arbeidsgruppen vil her beskrive de viktigste målsettingene knyttet til innovasjon og forskning, og i tillegg peke på de målsettinger som bør gjelde for at utdanningssystemet skal understøtte en forsknings- og innovasjonsstrategi på en best mulig måte.

## Forskning

Forskning må inngå som en like selvsagt og lovpålagt del av samfunnsoppdraget til helse- og omsorgstjenestene i (fylkes-) kommunal sektor, som det er i spesialisthelsetjenesten. Målsettingene for forskning vil variere mellom ulike deler av sektoren. For små, men forskningssterke forskningsmiljøer, vil målet være styrket kapasitet og infrastruktur, mens forskningssvake sektorer vil primært trenge kompetanseoppbygging. Fordi vi ikke trenger forskning av lav kvalitet, må kvalitet og forskningsmetodikk i sektoren være i tråd med internasjonal forskning på fagområdene. Det store behovet for forskning med direkte relevans for kommunesektoren bør medføre bedre tilrettelegging for at både ansatte i kommunene og grupper med avtale med kommunesektoren, kan engasjere seg i forskning.

En målsetting er å organisere FoU- og innovasjonsarbeidet slik at kommunesektoren blir attraktiv for metodesterke, spisskompetente arbeidstakere som kan utvikle bærekraftige FoU- og innovasjonsmiljøer basert på partnerskap og avtaler med større forskningsmiljøer og nettverk. Kompetente kommunale medarbeidere med mer vitenskapelig kompetanse er en forutsetning for at kommunene skal kunne være (pro-)aktive deltakere i forskning og forskningsformidling.

Det er behov for forskningsbasert kunnskap som grunnlag for tildelingsrutiner, organisering og dokumentasjon av pleie- og omsorgstiltak. Det er likevel slik at alle sider (eksempelvis forebygging/helsefremme, flerspråklig kommunikasjon, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie) ved kommunale helse- og omsorgstjenester, må inngå i et systematisk arbeid for å gjøre tjenestene mest mulig kunnskapsbaserte. Dette vil styrke fagmiljøene, bygge kompetanse og utvikle samarbeidsflater mellom kommunesektor og akademien og heve kvaliteten på tjenestene til brukerne.

For at forskning av høy kvalitet skal bli en like naturlig del av primærhelsetjenestene som det er innenfor spesialisthelsetjenesten, må infrastrukturen for forskning i primærhelsesektoren styrkes. Dette kan skje ved å videreutvikle og styrke eksisterende forskningsmiljøer lagt til universitets- og høgskolesektoren (allmenntilleggsenheter, sentre for omsorgsforskning, nasjonale kompetansesentra mv), som alle har som sitt samfunnsoppdrag å utføre anvendt forskning i helse- og omsorgssektoren utenfor sykehus. For å møte primærhelsetjenestens forskningsbehov, må denne forskningsaktiviteten oppgraderes både med hensyn til struktur, kapasitet og kompetanse. Styrket infrastruktur for forskning i kommunesektoren handler også om å gjøre betydelige mengder helsedata i sektoren tilgjengelig for forskning, samtidig som hensynet til personvernet ivaretas. Nasjonale helse- og kvalitetsregistre må omfatte primærhelsetjenesten. Rammevilkår for forskning handler også om at sentrale og kommunale helse-

myndigheter stiller midler til rådighet for forskning tilsvarende det som i dag er tilfellet for spesialisthelsetjenesten. Kommunene må få en egen rolle i å definere forskningstemaer slik helseforetakene er gitt påvirkning i klinisk sykehusforskning.

HelseOmsorg21-strategien må ha som eksplisitt formål å styrke forskning og fagutvikling ved sykehjemmene. Her er det stort behov for å skape ny viten, men vel så mye handler behovet om å implementere eksisterende viten i praksis.

Kommunenes kompetanse til å bestille og delta i forskning, må styrkes. Det må bli enklere for kommunene å etablere kontakt med forskningsmiljøer for å få vurdert og utviklet ideer og spørsmål til forskbare problemstillinger, delta i søknader om prosjektstøtte og være aktive medspillere i forskningsprosjekter.

Et stort antall (små) kommuner og forholdsvis få og så langt relativt beskjedne forskningsmiljøer med fokus på primære helse- og omsorgstjenester, nødvendigvis oppbygging av formaliserte strukturer for samarbeid om forskning og fagutvikling mellom kommunesektoren og forskningsinstitusjonene. Nasjonale (evt. regionale), statlig finansierte «paraplystrukturer» for samordning og finansiering av forskning innenfor sektoren, vil være nødvendig. Den pågående gjennomgangen av kompetansesentra i helsetjenesten vil her bidra med nyttige innspill. Samtidig må forsknings-samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten videreutvikles og styrkes.

Noen kommuner, ikke nødvendigvis bare de største, kan dessuten fungere som foregangskommuner eller forsøkskommuner når det gjelder kunnskapsdeling, forskning, innovasjon og samhandling. Med samhandling menes her både i horisontal og vertikal retning, samt mellom offentlig, privat og frivillig sektor.

### Kompetanseheving og utdanning

Medarbeiderne er den viktigste innsatsfaktor i helse- og omsorgstjenestene. En sentral målsetting for



Foto: Shutterstock



Foto: Sverre Jarild

helse- og omsorgssektoren i årene som kommer, er å rekruttere tilstrekkelig kvalifisert personell. I møtet med økte omsorgs- og helsetjenestebehov må det fortsatt være en nasjonal målsetting at landet skal være netto selvforsynt med kvalifisert helsepersonell.

En målsetting er å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene som utdanningsarenaer (dvs. praksisundervisning) for helseprofesjonene. Det vil samtidig gjøre utdanningene mer relevante for kommunesektorens behov. Kommunesektorens kompetansebehov må i sterkere grad reflekteres i profesjonsutdanningenes studieplaner. Studentene må gjennom teori og praksis få god kompetanse i å håndtere primærhelsetjenestens hovedansvarsområder, som førstelinjediagnostikk, forebygging, kronikeromsorg og rehabilitering. Kommunenes institusjoner må være sentrale læringsarenaer. Eksempler er pleie- og omsorgstjenesten, sykehjem, legevakt, kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold, fastlegepraksis, helsestasjoner og andre.

Kommunalt medansvar for utdanning innenfor sektoren må også omfatte private aktører med kommunale avtaler (fastleger, fysioterapeuter, mv), det må forankres i lovverk og forskrifter og det må følge med tilstrekkelige ressurser (jfr. anslått beløp på 650 mill. kroner for spesialisthelsetjenesten). Videre må undervisningsoppgaver telle med i tilpliktet offentlig helsearbeid for fastleger og inngå i stillingsbeskrivelser for kommunalt ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

Det er viktig å utvikle tverrfaglig praksisundervisning der studenter fra ulike profesjoner lærer av og om hverandres kompetanser gjennom praktisk trening i å samarbeide om felles oppgaver. Slik samhandling vil foruten å spre kunnskap mellom profesjonene,

også kunne bidra til raskere implementering av kunnskapsbaserte tjenester på en ressurseffektiv måte. Innovasjoner på utdanningssiden kan organiseres gjennom regionale «forsøkskommuner» i samarbeid med universiteter og høyskoler. Nye måter å organisere tjenestene på og implementering av kunnskapsbaserte tjenester og/eller ny teknologi, forutsetter at det arbeides kontinuerlig med å heve kompetansen hos ansatte i sektoren. Det vil derfor være viktig for kommunesektoren å styrke arbeidet med kontinuerlig etterutdanning av ansatte og organisere læring gjennom deltakelse i tverrfaglige læringsnettverk.

### Innovasjon

En kunnskapsbasert utvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene vil både gi økt produktivitet og bedre tjenestekvaliteten. Kommunene møter i økende grad komplekse problemer som krever at de som leverer tjenestene må jobbe i partnerskap på tvers av profesjoner, sektorer og forvaltningsnivå, og også samhandle med næringsliv, frivillige og brukere/pårørende.

Spesielt i sentrale strøk er det en økende tendens til at også private aktører tilbyr helse- og omsorgstjenester. Dette presser frem et behov for å klargjøre rolledelingen mellom hva som skal tilbys av det offentlige, og hva innbyggerne selv kan ta ansvar for. Nye finansieringsordninger kan gi brukerne større valgmuligheter.

En målsetting for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene vil være å øke kvalitet og kostnads-effektivitet, og samtidig bidra til utvikling av en kunnskapsintensiv bransje. Ny teknologi åpner for nye bruksmønstre, annen ansvarsfordeling og endret arbeidsflyt.

Det er en målsetting at alle kommuner, alene eller i samarbeid med andre, skal ha en forsknings- og innovasjonsstrategi. En slik strategi vil være en del av – og motivasjon for – et generelt kompetanseløft i kommunesektoren. Strategiene bør innebære økt samspill med næringslivet og satsing på nye innova-

sjonsarenaer. Implementering av ny teknologi, nye produkter og nye løsninger må dokumenteres og videreformidles. Et eksempel kan være boliger og omsorgsbygg, som må inkludere oppdaterte velferdsteknologiske løsninger.

Det bør utarbeides robuste kvalitetskriterier for å monitorere at pasienter får rett behandling på rett sted til rett tid. Slike kriterier som både ivaretar pasienterfaringer og medisinskfaglige parametere, kan også fungere som insentiver til å forbedre tjenestetilbudet.

Det er viktig å få på plass en mer samlet offentlig IKT-utvikling for helse og omsorg gjennom hele pasientforløpet. Kommunale IKT-plattformer som pasient- og journalsystemer, må foruten å understøtte det daglige arbeidet samtidig være tilrettelagt for elektronisk samhandling, både vertikalt mot spesialisthelsetjenesten og horisontalt innad mellom ulike kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er en helt nødvendig forutsetning for god samhandling og for helhetlige pasientforløp. Derfor trengs det nasjonale kravspesifikasjoner til leverandørene om å benytte åpne og påbyggbare IKT-plattformer som skal muliggjøre sikker data-utveksling mellom bruker/pårørende, fastlege, sykehus, omsorgspersonell mv. IKT-løsningene må tilrettelegges slik at den betydelige mengden helsedata i sektoren kan hentes ut, systematiseres og gjøres tilgjengelig for forskning. Slike systematiserte data er også viktig for personvern, pasientsikkerhet, administrativ oversikt og for å avdekke områder i behov for kvalitetsforbedring.

En målsetting er å styrke lederkompetansen i kommunesektoren for å muliggjøre nødvendige endringer innenfor organisering, kompetanseoppbygging og teknologi. Målsettingen omfatter innovasjoner med hensyn til anskaffelse av helse- og omsorgsteknologi. Stikkord kan være erfaringsutveksling (nasjonalt og internasjonalt) og synergieoverføringer om offentlige anbud, konsesjoner og anskaffelser.

# Anbefalinger og forslag til tiltak

---

En nødvendig styrking av forskning og innovasjon i kommunene vil kreve et bredt sett av virkemidler. Dels dreier dette seg om tilrettelegging av en bedre (infra)struktur, dels om en tydeliggjøring av det kommunale ansvaret og dels om en nødvendig statlig, regional og kommunal styrking av finansieringen. Med utgangspunkt i de vurderinger og mål som er beskrevet over, foreslår derfor arbeidsgruppen fem typer tiltak:

## 1 Struktur og samarbeidsmekanismer

**Et forsknings- og innovasjonsløft vil kreve godt utbygde strukturer. Disse skal sikre at forsknings- og innovasjonsmiljøene når kritisk masse, at kommunesektoren har sterke og tilgjengelige forsknings- og innovasjonsmiljøer å samarbeide med, og at det er tydelige arenaer for implementering/forsøk og kunnskapsformidling. Arbeidsgruppen foreslår at det nedsettes et utvalg med representanter fra kommune- og universitets-/høgskolesektoren som gjennomgår og foreslår nødvendige endringer i dagens forsknings- og innovasjonsstruktur. Dette innebærer særlig:**

Vurdering av nødvendig størrelse og sammensetning for å sikre faglig og administrativt robuste enheter.

Sikre god rolle- og arbeidsfordeling mellom kommune og stat.

Gjennomgang av virkemidler for samhandling mellom UH-sektoren og kommunesektoren.

→ Utvikle nettverk/arenaer/klynger for kunnskapsdeling og videreutvikling av kommunale tjenester.

Forskning og innovasjon i kommunesektoren må løftes og bli langt tydeligere i statsforvaltningen.

## 2 Kompetanse, kapasitet og insentiver for innovasjon i kommunene

**Innovasjon betinger kompetanse, kapasitet og insentiver. En satsing på innovasjon vil kreve:**

Sterkere insentiver for innovasjonsprosesser i kommunene.

Styrking av system- og innovasjonskompetansen i kommunene.

Iverksetting av større pilotprosjekter som inkluderer forskningsbasert evaluering, planer for spredning og implementering. Arbeidsgruppen peker særlig på områdene e-helse, telemedisin og velferdsteknologi.

Innføre risikoavlastningsfond for innovasjonsprosjekter i kommunene.

I større grad enn i dag benytte handlingsrommet i innkjøpsreglementet og sterkere insentiver for å tenke innovasjon ved anskaffelser.

Mer samspill med næringslivet.

Det etableres, i et samarbeid mellom Norges forskningsråd, Innovasjon Norge og KS, ett stort program for innovasjon i helse- og omsorgssektoren i kommunene.



### 3 **Forskning, utdanning og kompetanseheving**

En styrket forskningsinnsats i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er nødvendig både for å bedre tjenestens kunnskapsgrunnlag, og som et bidrag i et nødvendig kompetanseløft. Et løft for forskning og innovasjon i kommunesektoren krever:

Det etableres et Stort program, hvor hensikten er å løfte omfang av og kvalitet på innovasjon og forskning i, på og om de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forskningsrådet bes, blant annet på grunnlag av innspill til HelseOmsorg21, å skissere den tematiske innretningen for programmet. Arbeidsgruppen vil påpeke at mye av grunnlagsarbeidet allerede er gjort i forbindelse med forberedelsene til etableringen av det store programmet Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester.

Det satses systematisk på et kompetanseløft for de ansatte i helse- og omsorgstjenestene gjennom:

- Innføring av en Offentlig sektor-ph.d.
- Delte stillinger (mellom kommune og universitet/høgskole) for å sikre overføring av kompetanse, samt styrke kobling mellom forskning og praksis.
- Gode permisjons- og stipendordninger i kommunene for kompetanseutvikling og tilstrekkelig finansiering av disse.

Utdanningsinstitusjonene går igjennom innholdet i den medisinske og de helsefaglige utdanningene med sikte på å øke omfanget av teori- og praksisundervisning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Planlagte nettverk for klinisk forskning i allmennmedisin og tannhelsetjenesten realiseres. Disse utvides etterhvert til å omfatte andre sektorer (fysioterapi, psykologi mv.).

### 4 **Nødvendige endringer i lover og forskrifter**

Styrking av forskning og innovasjon i kommunene krever at alle aktører forpliktes til å bidra. En slik forpliktelse må gjelde både for et løft i kompetanse – gjennom utdanning – som for et løft i selve forsknings- og innovasjonsaktiviteten. Dette krever:

Lover og forskrifter må sikre at forskning blir en pålagt oppgave for kommunehelsetjenesten slik den er det for spesialisthelsetjenesten.

- HOD må, tilsvarende som for spesialisthelsetjenesten, avsette friske midler til forskning i kommunene.
- Det overordnede ansvar for forskning i kommunesektoren må tydeliggjøres.
- Det etableres regionale samarbeidsorganer for forskningsfinansiering med representasjon fra kommunesektoren og universitetene/høgskolene.
- Kommunesektoren øremerker midler til forskning.

Lover og forskrifter må sikre at utdanning blir en pålagt oppgave i kommunehelsetjenesten slik den er det for spesialisthelsetjenesten.

- KD må, tilsvarende som for spesialisthelsetjenesten, avsette midler for å dekke kommunenes kostnader knyttet til praksisdelen av utdanningene (ref. undervisningstilskudd).
- Undervisningsarbeid regnes i kvoten for kommunalt legearbeid, og som en del av det ordinære arbeidet for andre helse- og omsorgsprofesjoner.

Det må åpnes for større omfang av innovasjonsdrevet forsøksvirksomhet som innebærer midlertidig avvik fra gjeldene lover og regler.

## 5 **Forskningsinfrastruktur**

**Tilgangen på gode registerdata og store befolkningsundersøkelser er ett av fortrinnene for norsk forskning. Det er imidlertid et betydelig sprik mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i tilgang og kvalitet på registerdata. Dette misforholdet må rettes opp, og vil kreve:**

---

Et nasjonalt register for primærhelsetjenesten.

---

Norsk pasientregister må utvides til også å omfatte pasienter i primærhelsetjenesten (både offentlige og private aktører).

→ Det må igangsettes arbeid med å skaffe oversikt over mottakere av ulike helse- og omsorgstjenester.

→ Reseptregisteret foreslås utvidet til å omfatte pasienter i langtidsinstitusjoner og inkludere diagnosekoder på alle resepter.

---

Det etableres nasjonal standard (kravspesifikasjon) for EPJ som faciliterer forskning i kommunene.

---

Planene om forskningsnettverk i allmennmedisin (kommunesektoren) og tannhelsetjenesten (fylkeskommunene) må realiseres med statlig finansiering. Tilsvarende nettverk må også vurderes innenfor andre fagområder.

DELRAPPORT 5

# Globale helseutfordringer

## INNHOOLD

- 138 | Arbeidsgruppens forslag til tiltak – sammendrag
- 140 | Overordnet beskrivelse av nåsituasjonen
- 142 | Vurderinger
- 148 | Målsettinger
- 149 | Anbefalinger og forslag til tiltak

# Arbeidsgruppens forslag til tiltak – sammendrag

Det overordnede målet for global helseforskning og innovasjon i Norge bør være å levere ny kunnskap og innovasjon av høy kvalitet med potensiale for gjennomslagskraft, som kan bidra til varige forbedringer i den globale folkehelsen og utjevning av urimelige helseforskjeller mellom land og sosiale grupper.

Grunnpilaren i forsknings- og innovasjonsstrategien for global helse må være et bredt folkehelseperspektiv, der utviklingen av robuste helsesystemer som tilbyr forebygging og behandling av høy kvalitet, går hånd i hånd med tiltak i andre sektorer med avgjørende betydning for folkehelsen. Et slikt bredt, tverrsektorielt perspektiv har sterk forankring i vår nasjonale helsepolitikk og i det globale helsesamarbeidet. Dette perspektivet er imidlertid ikke tilstrekkelig ivare tatt i dagens globale helseforskning i Norge, som i overveidende grad er innrettet mot spissede bistandspolitiske prioriteringer. Økt tematisk bredde i kunnskapsproduksjonen, der man trekker på et større mangfold av fag og disipliner, er nødvendig for å løse fremtidens helseutfordringer.

En svært liten andel av den offentlig finansierte helseforskningen i Norge fokuserer på global helse (anslagsvis 3-4 %). Disse ressursene må prioriteres til helseutfordringer som særlig rammer fattige og sårbare grupper, samt tiltak som setter forsknings-, utdannings- og innovasjonsmiljøer i land med lite økonomiske ressurser, i stand til selv å fremskaffe og anvende kunnskap for å løse egne utfordringer.

Samtidig må det globale helseperspektivet i langt større grad gjennomsyre generell helseforskning, -utdanning og -innovasjon i Norge. Mye av denne forskningen har stor relevans for den globale folkehelsen, og med små grep kan vårt globale bidrag styrkes vesentlig.

De fleste norske forsknings- og innovasjonsmiljøene innenfor global helse er forholdsvis små, men flere holder et høyt internasjonalt nivå. Det er behov for langsiktig og strategisk satsing for å bygge flere robuste miljøer som ivaretar flerfaglige perspektiver. Rammebetingelsene må legges bedre til rette for at flere forsknings- og utdanningsinstitusjoner, enkeltvis og i samarbeid, satser strategisk på å utvikle global helse som et virksomhetsområde.

Det er et godt samarbeidsklima mellom forskningsmiljøene og god kommunikasjon med myndigheter og brukere av forskningen. Disse gode relasjonene kan utnyttes enda bedre for å styrke samarbeidet på tvers av institusjoner og disipliner, og bidra til utformingen av en kunnskapsbasert politikk på tvers av sektorer.

Denne rapporten foreslår tiltak og virkemidler innenfor følgende hovedområder:

—  
Sørge for en bredere folkehelsetilnærming til global helse på tvers av sektorer.

—  
Sikre at fremtidens helsetjenester forblir relevante i forhold til globale helsetrusler og immigranternes helsebehov ved å integrere global helse i helserelaterte utdanningsprogrammer.

—  
Sikre etterspørsel av relevant kunnskap fra alle sektorer som utformer politikk med potensiell effekt på global helse.

—  
Sikre videre oppbygging og modning av et tverrfaglig norsk FoU-miljø innenfor global helse ved:

→ Strategisk virksomhetsutvikling i UoH-sektoren for å forankre global helse i fag og forskning.

→ Forutsigbare finansieringsmekanismer.

→ Øke omfanget av global helse-FoU ved å integrere et globalt helseperspektiv i generell norsk helse-FoU.

Tilrettelegge for at norsk FoU-innsats bidrar til å styrke forsknings-, utdannings- og innovasjonskapasiteten i land med store helseutfordringer og manglende ressurser.

Etablere mekanismer for tettere samarbeid mellom beslutningstakere, FoU-miljøene, utdanningsinstitusjoner, siviltt samfunn, næringsliv og brukere.



# Overordnet beskrivelse av nåsituasjonen



«Global helse er et område for politikk, forskning og praksis som fremmer varige forbedringer i den globale folkehelsen og utjevning av urimelige helseforskjeller mellom land og mellom sosiale grupper i verden. Global helse vektlegger transnasjonale helse spørsmål, determinanter og løsninger; involverer mange disipliner innen helsefagene og utenfor; baserer seg på interdisiplinært og tverrsektorielt samarbeid i et folkehelseperspektiv som inkluderer helsefremmende, preventive og kurative tilnærminger.»<sup>35</sup>

Med global helse mener vi i denne rapporten i første rekke det som handler om å utjevne de globale ulikhetene i helse og å håndtere transnasjonale helseutfordringer, inkludert migrasjonshelse/innvandrerhelse.

## De globale helseutfordringene

Ikke-smittsomme sykdommer er på fremmarsj, men smittsomme sykdommer dominerer i lavinntektsland. Folk lever lenger og er mindre syke enn før. Fremgangen gjør at det globale sykdomsbildet i større grad domineres av sykdommer som rammer folk i høy alder. Sykdommer som ikke er av infeksjonsart, dominert av hjerte- og karsykdommer, kreft, traumer inkl. trafikkulykker, psykiske lidelser og demens, utgjør en stadig økende andel av den globale sykdomsbyrden (54 %), mens andelen smittsomme sykdommer og sykdommer knyttet til mødre- og spedbarnshelse samt underernæring, er fallende (37 %). Andelen av sykdomsbyrden som er knyttet til funksjonshemming (disability) er økende (31 %).

I lavinntektsland er sykdomsbildet fortsatt dominert av smittsomme sykdommer som i hovedsak rammer barn og unge. I Afrika sør for Sahara er to tredjedeler av sykdomsbyrden knyttet til tilstander som stort sett omfattes av de helserelaterte tusenårsmålene; særlig malaria, HIV/AIDS, diare, luftveisinfeksjoner og under- og feilernæring.



Foto: Shutterstock

Ulikhetene i helse øker i mange land. Stor økonomisk vekst i mange lav- og mellominntektsland sammen med svake systemer for omfordeling, bidrar til økte helseforskjeller. I 18 av de 26 landene som har hatt størst reduksjon i barnedødelighet, har forskjellene mellom den rikeste og den fattigste femtedelen økt. Helseforskjellene mellom land er fremdeles store; i de best stilte landene er forventet levealder mer enn 30 år høyere enn i de dårligst stilte.

Nye trusler utfordrer den globale folkehelsen, blant annet grunnet miljøskader og klimaendringer, befolkningsvekst, ressurs- og råvareknapphet og manglende mekanismer for å håndtere økende økonomiske forskjeller og økt mobilitet og migrasjon. Tiltagende antibiotikaresistens er en trussel som krever en helhetlig tilnærming når det gjelder smittsomme sykdommer blant mennesker og dyr. Antallet internasjonale migranter forventes å øke kraftig fra dagens nivå på 220 millioner, og vil gi nye utfordringer for helsesystemene i mottakerlandene. Folkehelsen utfordres også av kraftig urbanisering som gjør at slumområder ekspanderer. Klimaendringene kan gi vesentlige endringer i tilgang på mat og andre livsvilkår. Det samme gjelder den forventede befolkningsøkningen på 1,5-2 mrd. innen 2050, som særlig vil komme i lavinntektsland, og som sammen med økt knapphet på vann, dyrkingsarealer og andre innsatsfaktorer i landbruket, vil utgjøre en potensiell trussel mot folks helse.

## Global helseforskning og -innovasjon i Norge

Av de om lag 6 mrd. kronene som det offentlige årlig bevilger til helseforskning, brukes anslagsvis kun

35] Koplan JP., et al. Towards a common definition of global health. Lancet. 2009;373:1993-5. Medline:19493564 doi:10.1016/S0140-6736(09)60332-9.

3-4 % til global helseforskning i Norge. Ytterligere 4 % går til global helseforskning i utlandet. Det er et paradoks at så lite av helseforskningen fokuserer på å bedre helsen til de store befolkningsgruppene med de største helseutfordringene, sett i lys av de høye forventede helsemessige gevinstene av å investere i slik kunnskap.

Innrettingen av norsk global helseforskning er tett knyttet til bistandspolitiske prioriteringer. Nesten all norsk global helseforskning og -innovasjon er offentlig finansiert, og store deler kanaliseres gjennom GLOBVAC-programmet i Norges forskningsråd. Programmet finansieres hovedsakelig av UD/Norad og fokuserer på prioriterte områder i norsk bistandspolitikk, som å bidra til FNs helserelaterte tusenårsmål for barne- og mødre-helse og reprodutiv helse, HIV/AIDS, tuberkulose, malaria og andre smittsomme sykdommer med særlig relevans for lav- og mellominntektsland. Helsesektorens strategier i det multilaterale samarbeidet, som for eksempel Norges WHO-strategi, gjenspeiles ikke like godt i de tematiske prioriteringene. Svært lite av norsk global helseforskning er finansiert av internasjonale kilder.

Forskningsmiljøene innenfor global helse har blitt vesentlig styrket gjennom økt finansiering via GLOBVAC siden 2006. Det finnes aktive miljøer på de fleste universitetene, på 5-10 forskningsinstitutter, en håndfull høgschooler, de største sykehusene samt i et lite antall private bedrifter. Foreløpig har de færreste forskningsinstitusjonene satset strategisk på global helse som virksomhetsområde. I den grad strategisk virksomhetsutvikling skjer i institusjonene, baseres dette dermed i stor grad på tilgang til prosjektmidler.

Global helseforskning i Norge holder et høyt internasjonalt nivå. I Forskningsrådets fagevaluering av biologisk, medisinsk og helsefaglig forskning (2011) ble global helseforskning fremhevet som meget sterk og et forskningsområde med store muligheter. Ett miljø, som senere har fått status som Senter for fremragende forskning, ble fremhevet som ett av de

ledende forskningsmiljøene i Europa. De fleste miljøene er imidlertid fortsatt små. Evalueringen anbefalte langsiktig styrking av miljøer både med hensyn til størrelse og finansiering, effektive strategier for samarbeid og kapasitetsbygging.

Kapasitetsbygging i Sør er høyt prioritert blant norske forskningsmiljøer, og har tatt form av både utdanningsprogrammer og en rekke felles forskningsprosjekter med institusjoner i Sør. Virkemiddelapparatet for kapasitetsbygging er nå i endring. NORHED har erstattet NUFU- og NOMA-programmene. Kvotordningen, som har vært viktig, er under evaluering. NORHED-ordningen er i praksis forbeholdt universitets- og høgskolesektoren. Instituttsektoren, som utgjør en stor del av det norske forskningslandskapet, brukes dermed langt mindre aktivt enn den kunne i kapasitetsbygging av FoU-miljøer og andre deler av helsesektoren.

Kapasitetsbygging i Norge har ikke vært like høyt prioritert av forskningsmiljøene. Global helse, inkludert migrasjonshelse, er i liten grad integrert i utdanningsprogrammene i de medisinske og helse- og sosialfaglige fakultetene. Det har også vært lettere å finansiere kandidater fra sør, enn å mobilisere ressurser fra universitetene til norske stipendiater og postdoktorer. Norske universiteter har lenge hatt ønske om å utnytte sine fagressurser bedre ved å etablere en nasjonal forskerskole i global helse i samarbeid med høgschoolene, for å styrke forskerutdanningen.

Samarbeidsklimaet mellom norske forskningsmiljøer innenfor global helse er godt. Norsk Forum for Global Helseforskning har vært en samlende aktør, og årlige nasjonale konferanser i samarbeid med Forskningsrådet (GLOBVAC) og andre sentrale aktører, har vært viktige virkemidler. Forumet har også vært en sentral kommunikasjonsplattform for både formell og uformell dialog mellom forskningsmiljøene og myndighetene.

Norske myndigheter har en uttrykt målsetting om at politikken innenfor global helse skal være kunn-

# Vurderinger



Foto: Shutterstock

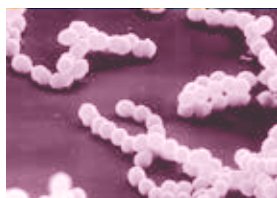


Foto: CDC

skapsbasert (Meld. St. 11 (2011-12)). Likevel foregår det relativt lite strukturert samarbeid mellom FoU-miljøene og myndighetene for å sikre kunnskapsgrunnlaget for politikken og implementeringen av denne. Det er lite etterspørsel etter følgeforskning som studerer hvordan tiltak fungerer i praksis. Det er også liten etterspørsel etter forskning som kan bidra med kunnskap som utfordrer eksisterende politikk.

Det globale helseperspektivet er ikke særlig fremtredende i den generelle norske helseforskningen. Mye av denne forskningen har relevans også internasjonalt, men selv om kunnskapen flyter fritt over landegrensene, er det lite av denne forskningen som tar inn over seg de særlige utfordringene med å implementere kunnskapen i områder med lite økonomiske ressurser. Enkelte av helseforetakene har engasjert seg i global helseforskning, men omfanget er beskjedent.



Norge er et rikt land. Det gir oss et særlig ansvar for å bidra til å dekke kunnskapsbehov om helseutfordringer som ikke først og fremst berører oss selv, men land og grupper med større helseutfordringer, mindre økonomiske ressurser og mindre utviklede FoU-systemer. Den forventede helsegevinsten av Norges samlede investeringer i FoU til helse, kan økes dramatisk ved å øke andelen som går til global helseforskning og -innovasjon.

Norsk folkehelse og helsesektor påvirkes i økende grad av internasjonale og globale forhold, som må finne sin løsning i det mellomstatlige samarbeidet. En god kunnskapsbase forankret i forskning er nødvendig for å håndtere disse transnasjonale helseutfordringene.

Sterkt engasjement fra kompetente FoU-miljøer og bred politisk vilje, gir et godt utgangspunkt for å øke kunnskapsproduksjonen, kapasitetsbygging og innovasjonstakten innenfor global helse. En helhetlig og langsiktig forsknings- og innovasjonsstrategi er viktig for å gi retning til dette viktige arbeidet.

Forsknings- og innovasjonsstrategien for global helse må forankres i et bredt folkehelseperspektiv, der utvikling av robuste helsesystemer går hånd i hånd med helsefremmende tiltak utenfor helsesektoren.

Et bredt folkehelseperspektiv har vært avgjørende for at Norge og de andre nordiske landene har kommet så langt i det helsefremmende arbeidet. Vi bør aktivt benytte tankegodset som er nedfelt i vår brede, tverrsektorielle tilnærming til folkehelse-spørsmål også i forhold til globale helseutfordringer. Norge har en svært avansert folkehelsestrategi som er etterspurt internasjonalt, og den tverrsektorielle folkehelsetilnærmingen danner grunnlaget for Norges rolle i det internasjonale helsearbeidet i WHO. Ideene som ligger til grunn for den nordiske modellen kan utgjøre betydningsfulle bidrag til den globale tenkningen og tilnærmingen til global helse.



**WHO STRATEGY ON RESEARCH FOR HEALTH 2012<sup>36</sup>**

Measuring the magnitude and distribution of the health problem;

Understanding the diverse causes or the determinants of the problem, whether they are due to biological, behavioural, social or environmental factors;

Developing solutions or interventions that will help to prevent or mitigate the problem;

Implementing or delivering solutions through policies and programmes;

Evaluating the impact of these solutions on the level and distribution of the problem.

Det tverrsektorielle perspektivet på helse er imidlertid nærmest fraværende i norsk helsebistand. Og selv om Norge aktivt har fremmet helsesystemperspektivet i bistandspolitikken, kanaliseres mye av midlene gjennom de store globale helseinitiativene, som GAVI (vaksinealliansen) og Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria (GFATM). Disse aktørene arbeider med et skarpt fokus på målbare resultater, og har bidratt til store globale helsegevinster særlig i forhold til mødre- og barnedødelighet. På den annen side er det stilt spørsmål ved om denne ensidig sykdomsspesifikke tilnærmingen blir for dårlig integrert i lokale helsesystemer, og dermed svikter når det gjelder kapasitetsbygging og bærekraft over tid. Det sterke fokuset på Tusenårsmålene, hvor ingen av indikatorene måler ulikhet i helse, har antakelig også bidratt til å svekke fokuset på helsedeterminanter utenfor helsesektoren og på hvordan helsesystemet kan bidra til økt likhet i helse.

Det avgrensede tematiske perspektivet i helsebistanden, sammen med en finansieringsmodell der det meste av global helseforskning styres av bistandspolitiske prioriteringer, gjør at kunnskapsproduksjonen og innovasjonen blir noe smal, og dermed ikke bidrar på en tilfredsstillende måte til å løse dagens og fremtidens helseutfordringer.

36) Koplan JP., et al, Towards a common definition of global health. Lancet. 2009;373:1993-5. Medline:19493564 doi:10.1016/S0140-6736(09)60332-9.

En smal nasjonal forskningsprofil legger ikke til rette for at forskningen skal kunne utvikle kunnskap som kan gi ny retning til politikken.

Endring tvinger seg frem. I prosessen frem mot nye utviklingsmål Post 2015, legges det opp til en mer integrert tilnærming til økonomiske, sosiale og miljømessige systemer. Dette innebærer et bredere syn på helse og økt fokus på sammenhengen mellom sosial/økonomisk ulikhet og ulikhet i helse. Fremtidige utfordringer for folkehelsen, som klimaendringer, migrasjon, befolkningsvekst og økt ressursknapphet, krever også en bredere tilnærming. Det er for eksempel behov for å utvikle nye tilnærminger som på en kostnadseffektiv måte sikrer bedre tilgang til ren luft, drikkevann, god hygiene, ernæring og trygg trafikk.

Et tverrsektorielt folkehelseperspektiv vil stille større krav til norske FoU-miljøer innenfor global helse. Forskere må samarbeide mer systematisk på tvers av fag og disipliner. De tradisjonelle helsefagene må samarbeide mer med samfunns- og naturvitenskapene og humaniora. For å lykkes med dette bør mer av forskningsmidlene til global helse legges til bredere, utviklingsrelaterte forskningsprogrammer i Forskningsrådet (for eksempel NORGLOBAL).

Den store folkehelsekompetansen i HOD og underliggende etater og virksomheter, må i fremtiden utnyttes sterkere i utformingen av Forskningsrådets programmer på global helse. Hvis kapabilitet – dvs. kapasitet til å forstå og handle i forhold til helse, og mulighetsrom for å gjøre det – skal være et mål for globalt helsesamarbeid, står vi sterkere rustet med en forskningsstrategi som ikke utledes av bistandsprioriteringene alene, men også av den rike folkehelseetenkningen som ligger i den norske helsesektoren. HODs aktiviteter og interesser i WHO og andre deler av det globale helsesamarbeidet utfyller UD's tilnærming. HOD finansierer i dag bare en liten andel av GLOBVAC-programmet og bidrar indirekte til noe global helseforskning via helseforetakene. Alt i alt har HOD dermed liten innflytelse på innrettingen på norsk global helseforskning,

bortsett fra det som kan styres gjennom basisfinansiering til Folkehelseinstituttet og Kunnskaps-senteret.

### **Helseutfordringer som særlig rammer fattige og sårbare grupper må prioriteres**

Sterk økonomisk vekst i lav- og mellominntektsland fører til økte forskjeller og at helseutfordringene for middelklassen ligner mer og mer på helseutfordringene i rike land, med økt vekt på ikke-smittsomme sykdommer. Norge må i denne situasjonen holde fast ved prioriteringen av fattige og sårbare grupper som fortsatt rammes hardest av de smittsomme sykdommene, men som over tid i økende grad vil rammes av ikke-smittsomme lidelser. Norge bør også ta et ansvar for å forske på helseutfordringene til grupper som diskrimineres; på temaer som er tabubelagt (for eksempel innenfor seksuell helse og psykisk helse), eller som av andre grunner prioriteres lavt.

Det tverrsektorielle folkehelseperspektivet og et tydelig fokus på å bygge robuste helsesystemer, er svært viktig for å bedre helsen for fattige grupper som rammes spesielt av sykdommer som kan forebygges og behandles enkelt og billig. Det er mye å hente på å utvikle forebyggingsstrategier som for eksempel kan bedre vann- og sanitærforhold, unngå helsefellene i de voksende slumområdene og øke matsikkerheten. Innenfor behandling og rehabilitering er utfordringene knyttet til å implementere kjente, effektive tiltak og gjøre disse tilgjengelig for hele befolkningen. For å lykkes med dette må helsesystemene styrkes langs flere dimensjoner. For det første er det behov for mer helsepersonell med kunnskap og motivasjon til å levere helse-tjenester av god kvalitet. Her er det langt igjen; Afrika bærer 25 % av den globale sykdomsbyrden, men disponerer kun 3 % av helsearbeiderressursene. For det andre er det behov for å styrke helseinformasjonssystemene. Riktig og oppdatert informasjon om helsesituasjonen og effekten av intervensjoner, er nødvendig for effektiv ressursbruk lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Det sykdomsspesifikke fokuset i internasjonal helsebistand har bidratt til fragmente-



Foto: Shutterstock



Foto: ECHO

ring av dagens helseinformasjonssystemer. For det tredje må det etableres adekvate helseforsikringsordninger, som gjør at fattige mennesker kan benytte helsetjenestene og skaffe nødvendige medisiner uten at det fører til dypere fattigdom. Mer helhetlige og kraftfulle globale systemer for utvikling og levering av produkter for markeder med lav betalingsevne, er også viktig i denne sammenheng.

En eksplosjon i bruk av mobiltelefoner i lav- og mellominntektsland og den raske utrulling av mobilt internett, innebærer nye muligheter for å styrke helsesystemene. Teknologien gjør det mulig å tilby fagutdanning og gi medisinsk veiledning til helsearbeidere i utilgjengelige strøk, å implementere helseinformasjonssystemer som rekker bedre ut til marginaliserte grupper, og til å etablere nye betalingsløsninger over mobil som reduserer barrierene for å bruke helsetjenestene.

Disse forskningsområdene krever flerfaglig forskningskompetanse i skjæringsfeltet mellom de tradisjonelle helsefagene, samfunnsfagene, naturfagene og humaniora. Utvikling og testing av nye intervensjoner bør ikke bare fokusere på målbar effekt, men på skalerbarhet og langsiktig bærekraft i økonomiske, miljømessige og politiske/sosiale systemer. Her er det et gap i forskningen.

### **Forskningsmiljøene – høy kvalitet, men betydelig sårbarhet**

At Norge har utviklet sterke forsknings- og innovasjonsmiljøer innenfor global helse, har skjedd mer på tross av enn på grunn av rammebetingelsene. Oppbyggingen startet lenge før GLOBVAC-programmet ble etablert og var i stor grad drevet frem av dyktige og entusiastiske enkeltpersoner og grupper.

GLOBVAC-programmet har en langsiktig tids-horisont, og bidrar dermed til forutsigbarhet for den samlede finansieringen til global helseforskning i Norge. Samtidig gir prosjektfinansieringsmodellen lite forutsigbarhet for den enkelte forskningsgruppe, noe som særlig øker sårbarheten for miljøer i en oppbyggingsfase, og for instituttsektoren der grunnfinansieringen er svært lav i forhold til UoH-sektoren. Tilslagsprosenten i Forskningsrådet er lav, og når nærmest all finansieringen kommer via prosjektstøtte, er det stor risiko knyttet til mulighetene for langsiktig kompetanseoppbygging. Tydeligere strategiske grep for å bygge ledende forskningsmiljøer/-nettverk vil bidra til redusert usikkerhet, redusert fragmentering og større fremdrift i arbeidet med å bygge robuste faggrupper av høy kvalitet. For å lykkes, kreves det både tydelige strategier i FoU-miljøene og tjenlige finansieringsmodeller.

Tematisk kontinuitet er sentralt for å fortsette å bygge sterke forskningsgrupper innenfor global helse. Den store betydningen av GLOBVAC-programmet for innrettingen av norsk global helseforskning og den tette koblingen til målsettingene i helsebistanden, gjør at miljøene i dag er sårbare ved raske tematiske endringer i utviklingspolitikken. Beskyttelse mot dette ligger i bedre strategisk planlegging i virksomhetene som driver global helse-FoU og større tematisk handlingsrom innenfor programforskningens rammer.

### **Forskningsmiljøene må satse mer på å bygge kapasitet i Norge**

Rekrutteringen til global helseforskning hemmes av at tematikken i for liten grad er integrert i medisinske og helse- og sosialfaglige utdanningsprogrammer. Manglende strategier i universitetene for rekruttering av norske stipendiater og postdoktorer sammen med at mye av undervisnings- og veiledningskapasiteten har vært brukt på studenter fra Sør, har over tid bidratt til en svak rekrutteringsbase.

Hver for seg er mange av de norske miljøene for små til å tilby fullverdig forskerutdanning. Et samarbeid om en nasjonal forskerskole ville derfor kunne

forbedre kvaliteten på forskerutdanningen. Etablering av et samarbeid om dette med noen av de ledende miljøene i andre nordiske land, ville gitt det en ytterligere merverdi.

### **Samarbeidet med ledende internasjonale miljøer bør styrkes ytterligere**

Global helseforskning er av natur internasjonalt orientert, men det sterke fokuset på å bygge kapasitet i Sør kan i noen tilfeller ha ført til redusert fokus på å samarbeide med de beste internasjonale miljøene. Tettere samarbeid med slike miljøer vil ytterligere heve kvaliteten på forskningen.

Enkelte norske forskningsgrupper har nådd opp i konkurranse med internasjonale miljøer både i EU, Bill & Melinda Gates Foundation og andre internasjonale utlysninger, men samlet sett betyr internasjonale kilder svært lite for norsk global helseforskning. Norge finansierer en god del global helseforskning i forskningsinstitusjoner utenfor Norge. Av UD/Norads samlede bidrag til global helseforskning på 400 mill. kroner i 2013, gikk nesten 70 % til utenlandske institusjoner. Å bruke noe av disse midlene aktivt til å stimulere til samarbeid mellom norske og internasjonalt ledende FoU-miljøer, ville bidra til å heve kvaliteten på de norske miljøene.

### **Langt flere aktører enn i dag kan bidra til forskning og innovasjon innenfor global helse**

Helseteutfordringene i lav- og mellominntektsland blir mer lik våre egne helseteutfordringer. Behandlingsmetoder som utvikles i Norge, kan også anvendes i andre land. Tilsvarende vil behandlingsstrategier utviklet utenfor Norge kunne bidra til å løse våre egne utfordringer. Gjennom migrasjon møter norske helsetjenester daglig problemstillinger som er sentrale i global helse, men som er kuriosa i tradisjonell norsk medisin. Dette globale perspektivet bør i større grad innlemmes i den alminnelige norske helseforskningen. Kravet om kostnadseffektivitet er langt større i økonomier med lavere betalingsevne enn i den norske. Et globalt perspektiv på vår egen forskning vil derfor øke trykket for å finne kostnads-

effektive behandlingsformer. Videre vil et slikt globalt perspektiv kunne bidra til å styrke næringsutvikling og verdiskaping i Norge. Behandling av sykdommer relatert til sosiale determinanter og livsstil, samt antibiotikaresistens og andre transnasjonale helseutfordringer, er eksempler på områder hvor norske miljøer kan bidra mer. Innenfor den nye gentilpassede medisinen bør norske miljøer sørge for at det også forskes på populasjoner i land med mindre ressurser til å drive slik forskning.

Det er stort behov for å utvikle ny teknologi og nye produkter som fremmer folkehelsen gjennom tiltak utenfor helsesektoren. For eksempel er det behov for nye kostnadseffektive tilnærminger som sikrer bedre tilgang til ren luft, drikkevann, sanitærforhold, mat og trygg trafikk. Denne typen forskningsspørsmål må bli langt høyere prioritert i Forskningsrådets satsing på Globale utfordringer. Det bør settes av egne forskningsressurser til dette med støtte fra andre sektorer enn helsesektoren.

Markeder med lav betalingsevne har særskilte behov for ny teknologi og produkter til bruk i helsetjenesten, både fordi de har andre helseutfordringer og fordi det stilles større krav til kostnadseffektive og robuste teknologiske løsninger. Internasjonalt næringsliv og offentlige aktører arbeider nå aktivt med å etablere FoU-partnerskap rettet mot utvikling av nye behandlinger og medisiner til å bekjempe sykdommene som rammer fattige. En rekke norske miljøer bør kunne bidra aktivt til utvikling av nye teknologier/produkter – vaksiner, legemidler og diagnostikk – innenfor flere områder. Det er behov for tiltak som legger til rette for samarbeid mellom norske FoU-miljøer og relevante nasjonale og internasjonalt aktører i utvikling av produkter og tjenester som adresserer globale helseutfordringer. Forskningsrådet eller Innovasjon Norge bør etablere en tjeneste som a) aktivt søker etter slike innovasjoner i Norge og b) tilbyr disse skreddersydd assistanse til å få realisert innovasjonene.

### **Virkemidler for kapasitetsbygging i Sør må videreføres og videreutvikles**

Det må være en overordnet målsetting at FoU-miljøene i Sør settes i stand til selv å levere kunnskapsgrunnlaget for å håndtere sine helseutfordringer. Dette krever et langsiktig arbeid for å bygge robuste utdannings- og forskningsinstitusjoner med kvalifisert personell og en tjentlig forskningsinfrastruktur.

Norsk støtte til utdanningsprogrammer i Sør skjer i dag i hovedsak gjennom Norads NORHED. Dette bidrar til kapasitetsbygging både i FoU-miljøer, helseadministrasjon og helsesektoren for øvrig. Det er viktig å monitorere dette nye virkemidlet for å sikre at norske miljøer har gode nok rammebetingelser til å prioritere dette arbeidet.

For å bygge sterke forskningsinstitusjoner i Sør, er det i tillegg viktig å drive et langsiktig, institusjonelt forankret samarbeid gjennom konkrete FoU-prosjekter. Her kreves nye virkemidler som også legger til rette for at instituttsektoren kan involveres i dette arbeidet. Denne sektoren er i praksis utestengt fra NORHED. Langsiktige, institusjonelle samarbeidsavtaler innenfor FoU er et aktuelt virkemiddel. Gjensidig forskerutveksling er en viktig del av slikt institusjonelt samarbeid.

Når det gjelder forskningsinfrastruktur er det særlig behov for å etablere informasjonssystemer som gjør det mulig å monitorere den nasjonale helsesituasjonen. Svangerskaps-, fødsels- og dødsregistre er av særlig stor betydning, både fordi de etablerer de mest grunnleggende data for overvåking av befolkningsutvikling og mortalitet, men ikke minst fordi fødselsregistre kan brukes som grunnlag for å innfri de rettigheter man har som samfunnsborger.

Forskningsinfrastrukturen bør støtte etableringen av ulike helseregistre og annen individbasert datainnsamling for å styrke forskningsmulighetene og mulighetene for en mer målrettet helsepolitikk. Kapasitetsutviklingen som skjer i dette arbeidet, bør også understøttes.



Foto: Photodisc



Foto: ECHO

### **Samarbeidet mellom FoU-miljøene, myndigheter, brukere og næringsliv kan styrkes**

De gode relasjonene mellom aktørene kan utnyttes enda bedre for å styrke kunnskapsproduksjonen og utformingen av en kunnskapsbasert politikk på tvers av sektorer.

Mer relevant kunnskap kan produseres ved å legge bedre til rette for følgeforskning ved implementering av helseintervensjoner, både ved å måle effekter av tiltak i «real world settings», og ved å studere og bidra til å løse implementeringsutfordringer. Det har vært foreslått at myndigheter i utviklingsland bør investere 2 % av nasjonale helseutgifter i forskning og kapasitetsbygging, og at givere av bistand øremerker minst 5 % av prosjekt- og programstøtte i helsesektoren til dette formålet (Commission on Health Research and Development, 1990). Beslutninger om bruk av midler til forskning må ikke overlates til det enkelte prosjekt, fordi gevinstene ved disse forskningsinvesteringene høstes langt utover selve prosjektet.

Samtidig bør det være en ambisjon at mer av disse forskningsmidlene knyttes til norske forskningsmiljøer. Store deler av dagens operasjonelle forskning er satt ut til Verdensbanken og andre internasjonale institusjoner. For å sikre at norsk global helseforskning er mest mulig relevant, og for at fagmiljøene skal kunne gi best mulig kunnskapsgrunnlag for norsk politikkkutforming på global helseområdet, er det nødvendig å finne mekanismer som involverer norske forsknings- og innovasjonsmiljøer i denne typen forskning, på samme måte som det gjøres i Forskningsrådet.

GLOBVAC-programmet har åpnet for å finansiere implementeringsforskning, men i praksis er det

utfordrende å få det til, fordi man er svært avhengig av riktig «timing» og fordi det er lenge mellom hver søknadsfrist i Forskningsrådet. Løpende søknadsfrister vil avhjelpe dette.

Det kan arbeides enda mer målrettet for å styrke formidling og absorpsjon av ny kunnskap. Et godt virkemiddel for å stimulere til økt absorpsjon av forskningsbasert kunnskap, er å involvere beslutningstakere helt fra prosjektstart. Lokale utdanningsinstitusjoner er en annen viktig målgruppe. Ofte er det mangel på læremateriell tilpasset lokale forhold. Derfor kan formidling av forskningsresultater fra den lokale konteksten, gi svært verdifulle bidrag til undervisningen.

Når norske myndigheter skal utforme sin politikk, er det ikke nødvendigvis resultatene fra de enkelte forskningsprosjektene de er mest interessert i, men snarere den samlede kunnskapen på et felt. I relasjonen mellom norske myndigheter og forskningsmiljøene er det derfor viktig å legge til rette for systematiske kunnskapsoppsummeringer o.l. som tar for seg et kunnskapsfelt i tillegg til forskningsformidling fra det enkelte forskningsprosjekt.

Kompetansen til brukerne av helsetjenester er ofte mangelfullt utnyttet i forskningsprosjektene, til tross for at brukerne ofte har mye relevant erfaringskunnskap som forskerne mangler. Der det kan bidra til økt relevans bør brukermedvirkning inngå fra starten av i forsknings- og innovasjonsprosjekter. Særlig viktig er brukerstemmen i ideutvikling og initiering, men også i gjennomføringen, av forskningsprosjekter som angår utvikling av tjenester og intervensjoner.

# Målsettinger

---



Den overordnede målsettingen for global helseforskning og -innovasjon er å:

Levere ny kunnskap og innovasjon av høy kvalitet med potensial for gjennomslagskraft, som kan bidra til varige forbedringer i den globale folkehelsen og utjevning av urimelige helseforskjeller mellom land og sosiale grupper.

Formålet med en strategi for global helseforskning og -innovasjon i Norge er å:

---

fremme grensesprengende forskning med høy relevans, kvalitet og originalitet

---

styrke formidling og absorpsjon av kunnskapen blant relevante målgrupper hjemme og ute

---

fremme oppbygging av lokale forskningsmiljøer i land med særskilt store helseutfordringer

---

legge til rette for innovasjon og næringsutvikling som bidrar til god folkehelse internasjonalt

I lys av disse overordnede målsettingene har vi identifisert fire delmål for en nasjonal global helse FoU-strategi:

---

**MÅL 1: Global helse, definert utfra et bredt folkehelseperspektiv, er integrert i helserelatert FoU, helserelaterte utdanninger og helsetjenester, samt i politikkutforming i alle sektorer som påvirker global helse.**

---

**MÅL 2: Det norske FoU-miljøet er faglig sterkt og institusjonelt forankret og har stor produksjon- og responsevne i forhold til dagens og morgendagens globale helseutfordringer, også på områder som ikke er prioritert i bistandspolitikken.**

---

**MÅL 3: FoU-aktivitetene bidrar til å styrke kapasiteten (kapabilitet) for forskning, utdanning og innovasjon i områder med store helseutfordringer og lite økonomiske ressurser.**

---

**MÅL 4: Dialog og samarbeid mellom myndigheter, FoU-miljøene, sivilt samfunn (inkludert brukere av helsetjenester) og næringsliv bidrar til kunnskapsbasert politikk med koherens mellom ulike departement og høy relevans av FoU-aktiviteten.**

# Anbefalinger og forslag til tiltak

**1 Mål 1: Global helse, definert utfra et bredt folkehelseperspektiv, er integrert i helse-relatert FoU, helserelaterte utdanninger og helsetjenester, samt i politikktutforming i alle sektorer som påvirker global helse.**

## Sørge for en bredere folkehelse-tilnærming til global helse på tvers av sektorer

For å sikre en bred folkehelse-tilnærming til global helseforskning, utdanning og -innovasjon, bør norske aktører med kompetanse på folkehelse-spørsmål spille en større rolle i styringen og finansieringen av global helseforskning og -innovasjon. Særlig må HOD innta en mer aktiv rolle og gi tydeligere signaler når det gjelder forskningsprioriteringer, og følge dette opp med økonomiske virkemidler.

### VIRKEMIDDEL 1

HOD bringer inn det norske folkehelseperspektivet i styringen av norsk global helseforskning gjennom å delta mer aktivt i Forskningsrådets programmer for global helse, i tråd med det norske engasjementet i det multilaterale helsesamarbeidet (WHO).

**AKTØR:**  
HOD/Hdir

Arbeidsgruppen anbefaler videre at det tematiske perspektivet på global helse utvides til å omfatte tiltak utenfor helsesektoren som har avgjørende betydning for folkehelsen og for ulikheter i helse mellom sosiale grupper. Tiltak som handler om å endre politiske, økonomiske, sosiale og miljømessige determinanter for folkehelsen, bør få en naturlig plass innenfor norsk global helseforskning. Til alt dette kreves det tverrfaglige tilnærminger og mobilisering av forsknings-, utdannings- og innovasjonsmiljøer som så langt ikke har vært involvert i global helseforskning. NORGLOBAL er det viktigste programmet i Forskningsrådet for tverrfaglig utviklingsforskning. En god del av finansieringen av denne type forskning bør trolig kanaliseres den veien for å bli mest mulig effektiv.

### VIRKEMIDDEL 2

Finansiere forskning om hvordan tiltak utenfor helsesektoren kan bidra til bedre folkehelse og reduserte ulikheter i helse.

**AKTØR:**  
UD/Norad

### VIRKEMIDDEL 3

Kanaliserer forskningsmidler gjennom NORGLOBAL i Forskningsrådet for å stimulere til økt tverrfaglighet i denne typen forskning.

**AKTØR:**  
NFR

## Sikre at fremtidens helsetjenester forblir relevante i forhold til globale helsetrusler og immigranternes helsebehov ved å integrere global helse i alle helse-relaterte utdanningsprogrammer

### VIRKEMIDDEL 4

Gjøre global helse og migrasjonshelse til en integrert del av alle helse-relaterte studieprogrammer på universiteter og høyskoler.

**AKTØR:**  
KD/UoH sektor

## Sikre etterspørsel av relevant kunnskap fra alle sektorer som utformer politikk med potensiell effekt på global helse

### VIRKEMIDDEL 5

HOD må bidra til at helseaspektet blir ivaretatt av andre departementer som gjennom internasjonale avtaler har innflytelse på folkehelsen, og fremme bruk av forskningsbasert kunnskap i politikktutforming.

**AKTØR:**  
HOD /andre dept.

## 2 Mål 2: Det norske FoU-miljøet er faglig sterkt og institusjonelt forankret og har stor produksjon- og responsevne i forhold til dagens og morgendagens globale helseutfordringer, også på områder som ikke er prioritert i bistandspolitikken.

### Sikre videre oppbygging og modning av et tverrfaglig norsk FoU-miljø innenfor globale helse

Videre oppbygging og modning av det norske FoU-miljøet innenfor global helse, krever tiltak som sikrer forutsigbare rammebetingelser, et sterkere fokus på rekruttering og forskerutdanning samt økt internasjonalisering.

### → Strategisk virksomhetsutvikling i UoH-sektoren og HODs underliggende etater for å forankre global helse i fag, utdanning og forskning

I UoH-sektoren og HODs underliggende etater må forutsigbarheten for global helseforskning styrkes gjennom tildeling av stillinger til området, forankret i universitetenes og institusjonenes strategier.

VIRKEMIDDEL 6	
Der det ikke allerede er gjort, må universitetene/høgskolene utvikle strategier for utdanning og forskning på global helse og sørge for å tildele stillinger i tråd med disse.	<b>AKTØR:</b> UoH-sektor

VIRKEMIDDEL 7	
I forbindelse med den bebudede gjennomgangen av finansieringsmodellen for universitetene/høgskolene, må deres muligheter og insentiver til å gjøre slike strategiske veivalg belyses.	<b>AKTØR:</b> KD

VIRKEMIDDEL 8	
Der det ikke allerede er gjort, må HODs underliggende fagetater utvikle strategier for sin forskning og forskningsstøttende aktiviteter for global helse og tildele stillinger i tråd med disse.	<b>AKTØR:</b> HOD

Det er også svært viktig å øke antall norske doktorgradsstudenter innenfor global helse. Et nasjonalt samarbeid om doktorgradsutdanningen gjennom en felles forskerskole vil bidra til en vesentlig styrking

av studietilbudet både i omfang og kvalitet. Tilbudet kan styrkes ved å etablere et nordisk samarbeid om forskerutdanning i global helse. Det bør vurderes om næringslivsaktører skal delta i et slikt samarbeid.

VIRKEMIDDEL 9	
Etablere nasjonal forskerskole innenfor global helse. Skolen bør så snart som mulig utvides til en nordisk forskerskole.	<b>AKTØR:</b> UoH, Forum, NFR, KD

VIRKEMIDDEL 10	
Stimulere til kapasitetsbygging i Norge (ph.d./postdoc) i prosjekter finansiert av Forskningsrådet.	<b>AKTØR:</b> NFR

### → Forutsigbare finansieringsmekanismer

Forutsigbarheten i rammebetingelser kan styrkes blant annet gjennom tematisk kontinuitet i Forskningsrådets programmer. Særlig i en situasjon hvor forskningsprioriteringene er tett knyttet til bistandspolitiske satsinger, som ofte er omskiftelige, er dette et viktig hensyn. Tematisk kontinuitet står ikke nødvendigvis i motsetning til å utvide perspektivene, og må selvsagt ikke komme i veien for nødvendige omstillinger som følge av endringer i helseutfordringene, eller våre muligheter til å løse dem. Kriteriene som styrer forskningsprioriteringene i omskiftelige omgivelser bør imidlertid ligge fast.

VIRKEMIDDEL 11	
Etablere tematisk kontinuitet som en egen målsetting for forsknings- og innovasjonspolitikken på global helse.	<b>AKTØR:</b> NFR

VIRKEMIDDEL 12	
Etablere et tydelig prinsipp om at ressursene i global helseforskning skal prioriteres til helseutfordringer som særlig rammer fattige og sårbare grupper.	<b>AKTØR:</b> NFR

For å øke forutsigbarheten for den enkelte forskergruppe i en oppbyggingsfase, er det nødvendig å ta tydelige strategiske grep som reduserer usikkerheten som følger med dagens prosjektfinansieringsmodell. På de fleste områder innenfor global helse er tiden ennå ikke moden for sterk sortering og seleksjon. Oppbygging av kompetansenettverk kan



derfor i noen tilfeller være mer aktuelt enn å satse på enkeltmiljøer. Slike kompetansesentra/nettverk bør kobles til ledende internasjonale forskernettverk.

VIRKEMIDDEL 13	
Lyse ut midler til oppbygging av kompetansesentra/nettverk på sentrale områder innenfor global helse.	<b>AKTØR:</b> NFR

VIRKEMIDDEL 14	
(Fortsatt) Lyse ut midler som stimulerer til etablering av internasjonale nettverk og prosjektsamarbeid med ledende internasjonale miljøer.	<b>AKTØR:</b> NFR

VIRKEMIDDEL 15	
Bruke noen av de store midlene Norge kanaliserte til global helseforskning i utlandet, til å stimulere til samarbeid mellom norske og internasjonalt ledende FoU-miljøer.	<b>AKTØR:</b> UD/Norad

Økt finansiering via EU-prosjekter bidrar til internasjonalisering. Signalene fra Horizon 2020 tyder imidlertid på at det ikke vil være mye å hente til forskning på (helse)utfordringer i lavinntektsland. Forskningsrådet vil derfor fortsatt spille en nøkkelrolle for norsk global helseforskning.

Der det er midler å hente i EU-systemet, hemmes instituttsektoren i dag av en svært lav kostnadsdekning (under 75 %). Det er nylig etablert en ordning i Forskningsrådet, STIM-EU, som skal bidra til å kompensere for den manglende kostnadsdekningen, men det er fortsatt langt igjen til dette målet.

VIRKEMIDDEL 16	
Styrke STIM-EU-ordningen vesentlig for å sikre reell kostnadsdekning for instituttsektoren i EU-prosjekter.	<b>AKTØR:</b> KD NFR

**→ Øke omfanget av global helse-FoU ved å integrere et global helseperspektiv i generell norsk helse-FoU**

En større del av norsk helseforskning må gjøres relevant for globale helseutfordringer. Arbeidsgruppen anbefaler at de globale helseperspektivene

fremmes både gjennom styringssignaler til helseforetakene, gjennom føringer i Forskningsrådets utlysninger, og gjennom tverrgående programmer i Forskningsrådet som gir toppfinansiering til prosjekter som trekker inn de globale perspektivene.

VIRKEMIDDEL 17	
HOD oppfordrer til at de regionale helseforetakenes forskningsportefølje utvikles med globalt perspektiv.	<b>AKTØR:</b> HOD

VIRKEMIDDEL 18	
Forskningsrådets generelle helseforskningsprogrammer legger til rette for å styrke fokuset på global helse gjennom føringer i utlysninger og toppfinansiering for prosjekter som trekker inn globale helseperspektiver.	<b>AKTØR:</b> NFR

For at forskningen skal kunne levere et godt kunnskapsgrunnlag for utforming av fremtidig norsk og global politikk innenfor global helse, må det være handlingsrom for forskergenererte spørsmål, for eksempel omkring årsakssammenhenger, intervensjoner og etikk.

VIRKEMIDDEL 19	
Sørge for at forskningsprioriteringene i Forskningsrådet er bredere og mer langsiktige enn de til enhver tid gjeldende bistandspolitiske satsingsområdene.	<b>AKTØR:</b> NFR

For å styrke internasjonaliseringen av norsk global helseforskning og øke samarbeidet med ledende internasjonale miljøer, må forskningsfinansieringen legge til rette for reelt prosjektsamarbeid. GLOBVAC-programmet har åpnet for at en andel av finansieringen kan gå til partnere i andre høyninntektsland, og har også jevnlig utlyst midler som stimulerer til etablering av internasjonale forskernettverk. Disse tiltakene må videreføres.

### 3 Mål 3: FoU-aktivitetene bidrar til å styrke kapasiteten (kapabilitet) for forskning, utdanning og innovasjon i områder med store helseutfordringer og lite økonomiske ressurser.

#### Tilrettelegge for at norsk FoU-innsats bidrar til å styrke forsknings-, utdannings- og innovasjonskapasiteten i land med store helseutfordringer og manglende ressurser

Forskningskapasiteten i lav- og mellominntektsland bør styrkes gjennom utdanningsprogrammer, langsiktig FoU-samarbeid, forskerutveksling og støtte til forskningsinfrastruktur.

Det er behov for å styrke virkemiddelapparatet for langsiktig institusjonelt FoU-samarbeid, inkludert gjensidig forskerutveksling. For å unngå at gjensidig forskerutveksling blir en salderingspost i prosjektbudsjettene, bør det opprettes et eget virkemiddel for dette (jf. dagens Consultative Group on International Agricultural Research (CGIAR)- stipend i Forskningsrådet)

VIRKEMIDDEL 20	
Opprette et nytt virkemiddel for langsiktig institusjonssamarbeid med fokus på kapasitetsbygging gjennom felles FoU-prosjekter.	AKTØR: UD/NFR

VIRKEMIDDEL 21	
Utlyse egne mobilitetsstipend for forskere i tilknytning til langsiktige institusjonelle samarbeidsavtaler.	AKTØR: UD/NFR

For å styrke forskningsinfrastrukturen anbefales følgende:

VIRKEMIDDEL 22	
Støtte etablering av svangerskaps-, fødsels- og dødsregistre i flere land.	AKTØR: UD

VIRKEMIDDEL 23	
Støtte oppbygging av helseregistre og annen individbasert datainnsamling for å bedre overvåke befolkningens helsetilstand, og bidra til utvikling av regulering ift personvern.	AKTØR: UD/HOD

VIRKEMIDDEL 24	
Kreve at all forskning gjennomført med offentlig finansiering skal publiseres i tidsskrifter som tilbyr 'open access' til publikum i lavinntektsland.	AKTØR: NFR

### 4 Mål 4: Dialog og samarbeid mellom myndigheter, FoU-miljøene, sivilt samfunn (inkludert brukere av helsetjenester) og næringsliv, bidrar til kunnskapsbasert politikk med koherens mellom ulike departement og høy relevans av FoU-aktiviteten.

#### Etablere mekanismer for tettere samarbeid mellom myndigheter, FoU-miljøer, utdanningsinstitusjoner, sivil samfunn, næringslivet og brukere

Arbeidsgruppen anbefaler at det legges økt vekt på å bygge kunnskapsbasen i forbindelse med implementering av konkrete helseintervensjoner.

VIRKEMIDDEL 25	
Pålegge store utviklingsprosjekter å sette av en viss prosent (5 %) til integrert følgeforskning. Legge til rette for at norske miljøer skal delta.	AKTØR: UD

VIRKEMIDDEL 26	
Innføre løpende søknadsfrister i programmer i Forskningsrådet som åpner for aksjons- og følgeforskning i rene implementeringsprosjekter.	AKTØR: NFR

Det forslås også tiltak for å fremme mer målrettede formidlings- og absorpsjonsstrategier for å stimulere til at ny kunnskap tas i bruk i utforming av politikk og i utvikling av nye produkter og tjenester.

VIRKEMIDDEL 27	
Stimulere til å innlemme sentrale beslutnings-takere i en tidlig fase av prosjektene.	AKTØR: NFR

VIRKEMIDDEL 28	
Sette krav til prosjekter om formidling av resultater til lokale utdanningsinstitusjoner.	AKTØR: NFR

VIRKEMIDDEL 29	
Etterspørre kunnskapsoppsummeringer og foredrag som behandler et kunnskapsfelt.	<b>AKTØR:</b> Alle dept.

VIRKEMIDDEL 30	
Etablere en plattform/tankesmie i samarbeid med Norsk Forum for Global Helseforskning der beslutningstakere og forskere fra ulike disipliner møtes for å drøfte utfordringer på spesifikke områder.	<b>AKTØR:</b> UD/Norad HOD Forum

VIRKEMIDDEL 31	
Bidra til å etablere flere WHO «collaborating centres» i Norge på områder der vi har særskilt kompetanse eller mulighet til å bygge opp dette.	<b>AKTØR:</b> HOD/UD

For å styrke brukermedvirkning foreslås følgende tiltak:

VIRKEMIDDEL 32	
Søknader til Forskningsrådet bør inneholde en eksplisitt vurdering av om brukermedvirkning skal inngå i prosjektet, og en konkret plan for hvordan brukerbidraget skal brukes i prosjekter der det er relevant.	<b>AKTØR:</b> NFR

Det bør stimuleres sterkere til utvikling av helse- og miljørelaterte teknologier og produkter for markeder med lav betalingsevne. Dette gjelder teknologier og produkter både til bruk i helsetjenesten (vaksiner, legemidler og diagnostikk) og i andre sektorer med stor betydning for folkehelsen (for eksempel nye tilnærminger for å sikre ren luft, drikkevann, sanitære forhold, matsikkerhet og trygg trafikk).

VIRKEMIDDEL 33	
Sette av egne midler i Forskningsrådet til å fremme utvikling av ny teknologi og nye produkter som kan bidra til økt helse og velferd i markeder med lav betalingsevne. Midlene kanaliseres gjennom ordinære forskningsprogrammer til prosjekter som tilfredsstillende kriteriene.	<b>AKTØR:</b> HOD/UD/KD andre dept. NFR

VIRKEMIDDEL 34	
Etablere et innovasjonsfond (Innovasjon Global) for utvikling av produkter med særlig anvendelse i markeder med lav betalingsvilje.	<b>AKTØR:</b> NHD

VIRKEMIDDEL 35	
Etablere møteplasser mellom norske miljøer med praktisk erfaring fra helsearbeid i lav- og mellominntektsland og teknologiske forsknings- og innovasjonsmiljøer.	<b>AKTØR:</b> KD UoH

## VEDLEGG: Andre rapporter

---

I tilknytning til HelseOmsorg21 er det i tillegg utarbeidet to rapporter som er utnyttet i strategiprosessen.

### **A rapid review of international theory and practice for Norway's HelseOmsorg21**

RAND Europe har analysert HelseOmsorg21-delrapportenes anbefalinger i et internasjonalt perspektiv. Rapporten er konsentrert om følgende temaer: i) Networks and collaboration, ii) Data linkage and exchange, iii) Culture, values and leadership og iv) Incentives for innovation. Capacity building er et gjennomgående tema i hele rapporten.

### **Monitoreringssystem for forskning og innovasjon innen helse og omsorg**

NIFU har på oppdrag utarbeidet en monitoreringsmodell som blant annet kan gi et kunnskapsgrunnlag for å vurdere oppnåelse av HO21s mål-bilde i fremtiden, ref kapittel Noe utvalgte områder. NIFU-rapporten ferdigstilles juni 2014.



Foto: Shutterstock

# VEDLEGG: Sentrale bakgrunnsdokumenter

## MELDINGER, PROPORSISJONER OG NOUer

Meld. St. 9 (2012-2013) En innbygger – en journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Helse- og omsorgsdepartementet

Meld. St. 10 (2012-13) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet

Meld. St. 11(2011-2012) Melding til Stortinget. Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken. Utenriksdepartementet

Meld. St. nr.12 (2012-2013) Perspektivmeldingen. Finansdepartementet

Meld. St. 13 (2011-12) Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Kunnskapsdepartementet

Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Helse- og omsorgsdepartementet

Meld. St. 18 (2012-2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter. Kunnskapsdepartementet

Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet

Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. Helse- og omsorgsdepartementet

NOU 2005:1 God forskning – bedre helse, HOD

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet

St.meld. nr. 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge. Nærings- og fiskeridepartementet

St.prp. nr. 1 (2007-2008) Omsorgsplan 2015. Helse- og omsorgsdepartementet

## STRATEGIER, PLANER OG POLICYER

De regionale helseforetakenes felles IKT-strategi 2013-2016

Demensplan 2015 «Den gode dagen». Delplan til Omsorgsplan 2015. Helse- og omsorgsdepartementet

Forskning og innovasjon for bedre samhandling. Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsforskningsstrategi 2012-2015

Forskningsbarometeret 2014, Kunnskapsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011

Innovasjon i offentlig sektor. Policy for Forskningsrådets arbeid 2012

Innovasjonsstrategi (2011-2014). Norges forskningsråd

Internasjonalt samarbeid. Forskningsrådets strategi 2010-2020

Nasjonal samarbeidsavtale. Behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011). Nasjonal tiltaksplan. Helsedirektoratet

Nasjonal strategi for bioteknologi (2011-2020). Kunnskapsdepartementet

Nasjonal strategi for nanoteknologi (2012-2021). Departementene

Regjeringa sin strategi for innovasjon i kommunesektoren 2013. Nye vegar til framtidens velferd. Kommunal- og regionaldepartementet

Strategi for internasjonalt samarbeid (2010-2020). Norges forskningsråd

Strategi for økt innovasjonseffekt av offentlige anskaffelser. Departementene

Verktøy for forskning. Nasjonal strategi for forskningsinfrastruktur 2012-2017. Norges forskningsråd

## RAPPORTER OG ANDRE DOKUMENTER

Bio Verdi – Slik kan bioøkonomien bli den nye oljen, Partnerskapet BioVerdi, mai 2014

Crossing Borders - Obstacles and incentives to researcher mobility. Policy Paper 3-2014. Norforsk

Et kunnskapsbasert Norge, Sasson A & Reve T, Universitetsforlaget, 2012

Evaluation of the Norwegian scheme for independent research projects (FRIPRO). NIFU-rapport 8/12

Evaluering av biologisk, medisinsk og helsefaglig forskning. Norges forskningsråd 2011

Fagevalueringen av biologisk, medisinsk og helsefaglig forskning. Norges forskningsråd 2011

Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030. Helsedirektoratet

Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester. En håndbok om hvordan kommunene kan medvirke og tilrettelegge for forskning. Senter for omsorgsforskning 2013

Forskningsbarometeret 2013. Kunnskapsdepartementet

Fra lokale ideer til nasjonale løsninger? InnoMed sin rolle for innovasjoner i helse- og omsorgssektoren. NIFU-rapport 48-2013

From innovation to transformation. A framework for diffusion of healthcare innovation. Institute of Global Health Innovation, UK. 2013

Helseforskning i Norges forskningsråd 2012. Porteføljeanalyse med Health Research Classification System (HRCS)

Horisont 2020 – EUs rammeprogram for forskning og innovasjon

MandagMorgen juni 2011/DAMVAD 2011

Oppfølging av fagevalueringen av biologi, medisin og helsefag 2011. Rapport fra nasjonalt oppfølgingsutvalg for humanmedisin og helsefag. Norges forskningsråd 2013

Rapport til Helsedirektoratet. Forskningsnettverk i allmenntjenestemedisin og tannhelsetjenesten. 2013

Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU i 2011. NIFU-rapport 24/2013

Room for increased ambitions? Governing breakthrough research in Norway 1990-2013. Report to the Research Council of Norway. Benner & Öquist 2014

Supporting the development of a new health R&D strategy. A rapid review of international theory and practice for Norway's HelseOmsorg21. RAND Europe 2014. Doc. Number: RR-628-RCN

The Lancet Series. Research: increasing value, reducing waste. 2014

Velferdsteknologi. Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og velferdstjenestene 2013-2030. Helsedirektoratet

The WHO strategy on research for health, WHO, 2012

# VEDLEGG: Ord og uttrykk

AHUS → Akershus universitetssykehus

Argentum → Norsk kapitalforvaltningselskap

ASD → Arbeids- og sosialdepartementet

BIOTEK2021 → Bioteknologi for verdiskaping

BLD → Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet

BNP → Bruttonasjonalprodukt

CONOR → Kohort Norge

CRISTin → Current Research Information System In Norway

Difi → Direktoratet for forvaltning og IKT

DOFI → Nasjonale kunngjøringstjeneste

DogA → Norsk Design- og Arkitektursenter

EPIM → European Programme for Integration and Migration

EPJ → Elektronisk pasientjournalssystemer

Fase I-IV → Kliniske studier. Legemiddelutvikling

FD → Forsvarsdepartementet

SKH → Sentre for klinisk helseforskning

FORNY-ordningen → Kommersialisering av FoU-resultater (Forskningsrådet)

Forum → Norsk Forum for Global helseforskning

FoU → Forskning- og utvikling

FRIMEDBIO → Fri prosjektstøtte for medisin, helse og biologi

FRIPRO → Fri prosjektstøtte

FUBer → Forskningstunge Unge Bedrifter

FUGE → Funksjonell genomforskning

GAVI → Vaksinealliansen

GCP → Good Clinical Practice

GFATM → Det globale fondet for bekjempelse av aids

GLOBVAC → Global helse- og vaksinasjonsforskning

Hdir → Helsedirektoratet

HEB → Helseøkonomisk forskning i Bergen

HERO → Helseøkonomisk forskningsnettverk/UiO

HOD → Helse- og omsorgsdepartementet

HRCS → Health Research Classification System

HUNT → Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

IFU → Industrielle forsknings- og utviklingskontrakter

IHE → Integrating the Healthcare Enterprise

Investinor → Statlig investeringselskap

ISF → Innsatsstyrt finansiering

JD → Justis- og beredskapsdepartementet

KD → Kunnskapsdepartementet

KMD → Kommunal- og moderniseringsdepartementet

KOHR → Kommunalt helse- og omsorgsregister

LMI → Legemiddelindustrien

LMV → Legemiddelverket

Medtech → Forskningspark

MoBa → Mor og barn-undersøkelsen

MR → Magnetresonanstomografi (snittbilder av kroppen)

NAV → Ny arbeids- og velferdsforvaltning

NFD → Nærings- og fiskeridepartementet

NFGH → Norsk forum for Global Helseforskning

NHI → National Institutes of Health (USA)

NHO → Næringslivets Hovedorganisasjon

NHOP 2010 → Nasjonal helse- og omsorgsplan

NIFU → Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning

NIH → National Institute of Health

NIHR → National Institute for Health Research

NOMA → Norads program for masterstudier

Norad → Direktoratet for utviklings-samarbeid

NorCRIN → Norwegian Clinical Research Infrastructures Network

Nordic Trial Alliance → Nordisk samarbeid om kliniske multisenterstudier

NORGLOBAL → Norge - Global partner

NORHED → Norsk program for kapasitetsbygging innen høyere utdanning og forskning for utvikling

NORSOK → Norsk sokkels konkurranseposisjon

NOU → Norges offentlige utredninger

NSG → Nasjonalt samarbeidsorgan for helseforskning

NUFU → Nasjonalt program for utvikling, forskning og utdanning

OECD → Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling

OFU → Offentlige forsknings- og utviklingskontrakter

OSCHR → Office for Strategic Co-ordination of Health Research

OUS → Oslo universitetssykehus

P4P → Pay for performance

PET → Positronemisjonstomografi (nukleær-medisinsk billediagnostisk teknikk)

PPI → Public Procurement of Innovation

Professor II-stilling → Vitenskapelig bistilling

Proof of technology → Verifisert teknologi

RAIRD → Remote Access Infrastructure for Register Data

REK → Regionale komiteer for medisinsk for helsefaglig forskningsetikk

RHF → Regionale helseforetak

SBRI-ordning → Small Business Research Initiative

SFF → Senter for fremragende forskning

SFI → Senter for forskningsdrevet innovasjon

SkatteFUNN → Skattefradragssordning for forsknings- og utviklingsinnsats (FoU) i næringslivet

SMB → Small and medium-sized businesses

SME → Small and medium enterprises

SSB → Statistisk sentralbyrå

St.meld. → Stortingsmelding

STARS → Strategisk Alliance for Register og Sundhedsdata

Stort program → Virkemiddel i Forskningsrådet for å realisere nasjonale forskningspolitiske prioriteringer

Såkkorn → Privat eller offentlig kapital som investeres i tidlig fase i en bedrifts-etablering

TBU → Tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene

TTO → Technology Transfer Office

UD → Utenriksdepartementet

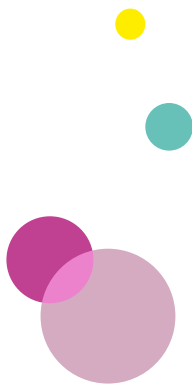
UoH- sektoren → Universitet- og høyskolesektoren

Venture → Privat eller offentlig kapital som investeres i påfølgende fase i bedriftens liv

WHO → World Health Organisation

WoS → World of Science





#### **HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET**

ISBN forlagsnr: 978-82-431

ISBN forlagsnr: 978-82-990024

Publikasjonskode: I-1160

Juni 2014

Trykk: 07 Gruppen AS

Opplag: 1000

#### **Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra;**

Departementenes servicesenter

Internett: [www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)

E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)

Telefon: 22 24 20 00

#### **Opplysninger om abonnement, løssalg og pris for man hos;**

Fagbokforlaget

Postboks 6050, Postterminalen

5892 Bergen

e-post- [offpub@fagbokforlaget.no](mailto:offpub@fagbokforlaget.no)

Telefon: 55 38 66 00

Faks: 55 38 66 01

[www.fagbokforlaget.no/offpub](http://www.fagbokforlaget.no/offpub)

#### **Publikasjonen er også tilgjengelig på**

[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)