

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår saksbehandler/tlf.  
Henrietta Blankson/HO21-sekretariatet

Vår ref.  
22/9963  
Deres ref.

Oslo,  
02.12.2022

## HelseOmsorg21-rådets innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

HelseOmsorg21-rådet (rådet) takker for muligheten til å komme med innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Rådet mener grepet regjeringen nå tar ved å lage en helse- og samhandlingsplan er viktig. Det er helt nødvendig å se helhetlig på den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten for å legge til rette for virksom og sikker helsehjelp som møter befolkningens og fremtidens behov.

HelseOmsorg21 skal skape en målrettet og helhetlig nasjonal innsats for forskning og innovasjon innenfor helse og omsorg. Innsatsen er rettet mot hele verdikjeden fra forskning til innovasjon og kommersialisering. Rådet har en viktig rolle som arena for dialog og møteplass på tvers av offentlig, privat og frivillig sektor. Rådet skal bidra til god folkehelse, effektive helse- og omsorgstjenester og næringsutvikling.

### ***Innledning***

Rådet viser til møte med statssekretær Ellen Rønning-Arnesen 27. september i år og invitasjon til å komme med et særskilt innspill til arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan knyttet til forskning og innovasjon i kommunene.

Rådet ønsker i tillegg å benytte anledningen til å gi innspill knyttet til følgende områder:

- Forskning og innovasjon mer generelt
- Samhandling og felles prioriteringer
- Teknologi og digitalisering

Mange av momentene som er fremlagt i dette dokumentet er utdypet i HelseOmsorg21-rådets innspill til Helsepersonellkommissjonen og i rådets innspill til tidligere strategier og høringer, deriblant strategi

for persontilpasset medisin, ny folkehelsemelding, handlingsplan for kliniske studier og revidert langtidsplan for forskning og høyere utdanning.

### ***Innspill til HOD's spesifikke spørsmål***

Det er stor grunn til å være bekymret for hvordan dagens og fremtidens borgere skal få ivaretatt sine helse- og velferdsrettigheter i årene som kommer. De største utfordringene er ventet å komme i kommunehelsetjenesten. Dette blant annet grunnet i den demografiske utviklingen med en økende aldrende befolkning og at kommunene har fått flere oppgaver og ansvar for å yte tjenester til innbyggere med mer komplekse og sammensatte utfordringer enn tidligere.

Vi er avhengige av kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester. Det er helt avgjørende for en fremtidig bærekraftig helsetjeneste at den bygger på oppdatert og oppsummert kunnskap som er begrunnet i kommunenes og befolkningens behov. Kommunene må jobbe systematisk med kunnskapsutviklingen for å vite hva som virker, hvor det virker og for hvem det virker. Kommunene må også ha kompetanse og ressurser til å ta denne kunnskapen i bruk og arenaer for å dele læring og erfaringer med implementering. Imidlertid er satsingen på forskning og kunnskapsutvikling i, for og med kommunal sektor svært lav sett i forhold til sektorens størrelse og samfunnsmessige betydning. Det finnes heller ikke noe etablert kunnskapssystem som gir kommunale tjenester forskningsbasert beslutningsstøtte.

Det er positivt at forskningsmidler den seneste tiden har blitt mer målrettet mot kommunene, men det er behov for et apparat som sikrer at kommunene klarer å ta rollen som forskningspartner og at det forskes på det som er relevant for kommunesektoren. Dette er nødvendig for å sikre at forskningsmidlene gir de ønskede effektene. Det er også viktig å sikre at kommunene ikke blir utsatt for unødvendig slitasje som virker destruktivt for vilje og evne til å delta i forskningsaktiviteter.

### **Hvordan kan kommunene i større grad ta et eierskap til forskning som er relevant og berører deres sektor?**

HelseOmsorg21-rådet har over flere år vært pådriver for etablering av KSF helse, en nettverksarena og samarbeidsstruktur mellom kommuner og universitets- og høyskolesektor. KSF-rapporten som kom i 2019 beskriver behov for en fast arena mellom forskningsmiljøer og kommuner for å:

- løfte og prioritere kunnskapsbehov i tjenestene og for kommunenes samfunnsoppdrag
- prioritere deltakelse i, og initiering av, forskningsaktiviteter
- tilrettelegge for formidling og bruk av forskningsresultater til beslutninger og utforming av tjenester
- gi rom til å bruke fagkompetanse og erfaringsbasert kunnskap inn i forskningsprosjekter og utformingen av disse
- løfte kunnskap og erfaringer fra brukere av kommunenes tjenester
- løfte modeller for bedre bruk av kommunenes innbyggerdata i forskning og styring
- styrke forskningsadministrativ kompetanse knyttet til søknader, personvern i forskning, forståelse av rollen som forskningspartner og prosjekteier
- formidle oppsummert kunnskap og nye forskningsresultater tilbake til kommunene

Kommunene må være hovedmotoren i kunnskapsløftet. Det er kommunene som best kjenner sine samfunnsoppdrag og hvilke utfordringer de opplever. Modellen som ble foreslått i KSF-rapporten har tre nivåer med gjennomgående representasjon:

- klynger av kommuner som ledes av en motorkommune som har kapasitet og ønske om å drifte klyngen
- et regionalt nivå med representasjon fra klyngene
- et nasjonalt KSF med regional representasjon fra alle KSF-regionene

KSF helse blir nå pilotert.

I Vest prøves det ut en regional pilot med Bergen som vertskapskommune/motorkommune der bottom-up prosesser ivaretar behov ute i hver enkelt kommune, og top-down prosesser sikrer informasjon ut til kommunene om viktige FoU-saker som angår hele sektoren. Strukturen bidrar til at kommunene øker sin bestillerkompetanse og på den måten tar større grad ta eierskap til relevant forskning.

I Midt skal det prøves ut en mer generisk og tverrsektoriell modell sett i sammenheng med arbeidet med Trondheim Universitetskommune 3.0. Trondheim er vertskapskommune.

### **Hvordan utnytte bedre den kunnskapen som allerede er der og sette den i system? Og hvordan styrke de initiativene som allerede er der?**

Kommunene må selv identifisere egne kunnskapsbehov. Gjennom kommuneklyngene samles kunnskapsbehov inn, og i de regionale samarbeidsorganene samarbeides det med forskningsmiljøer hvor kunnskapsbehov gjennomgås og allerede eksisterende kunnskap meldes tilbake. Dersom det er behov for ny kunnskap utformes det forslag til nye forskningsprosjekter for å svare ut disse.

Kunnskapsbehov i en kommune kan være aktuell for andre kommuner, og ny og eksisterende kunnskap kan formidles alle deltakende kommuner.

I piloten i Vest er et av grepene blant annet bruk av kunnskapsoppsummeringer, og spredning av dette til kommunene basert på faktisk etterspurte kunnskapsbehov. Det jobbes spesielt med to konkrete prosjekter for å teste ut kunnskapsstøtte-modeller for kommunene. Det ene er knyttet til klyngesamarbeidet kunnskapskommunen Bergen (finansiert av Forskningsrådet) og det andre til Stavanger (finansiert av Statsforvalter i Rogaland). Målet for disse prosjektene er at kommunene skal kunne løfte egne prioriterte kunnskapsbehov, f.eks. om aktuelle tiltak, og få kunnskapsstøtte fra forskningsmiljøer (FHI og regionale aktører) til å finne oppsummert forskningsbasert kunnskap. Videre utforskes det beslutningsstøtteverktøy som tar utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap. Verktøyet skal tilpasses kommunesektoren slik at kunnskap kan bli omgjort til beslutninger og evt. implementering av nye tiltak/endringer i tjenestetilbud. Dette er et eksempel på hvordan KSF og et apparat for kunnskapsstøtte sammen kan bidra til at *kunnskapsløftet for kommunene* blir realisert. Det er ikke nok at kunnskap frembringes, kommunene må også være i stand til å ta imot kunnskapen og nyttiggjøre seg den. Det er imidlertid viktig å fremheve at det ikke alltid finnes eksisterende forskning på flere av de områdene kommunene etterspør kunnskap om.

Kunnskapssystemet er fortsatt i utvikling og utprøving regionalt, med midlertidig finansiering. Det ses til systemet *Nye metoder* fra spesialisthelsetjenesten og hvordan metodevurderinger er organisert og tatt i bruk. Kommunene har ofte mer komplekse kunnskapsbehov og forskningsspørsmål, men Helseomsorg21-rådet mener det er mulig å lage et system som ser til strukturene i spesialisthelsetjenesten, og som likevel er tilpasset kommunesektoren. Kommunene må få samme kunnskapsgrunnlag, slik at de basert på dette kan vurdere tiltak ut fra egne (politiske) ønsker og forutsetninger – sett opp mot prioriteringskriteriene for helse- og omsorgstjenestene.

I tillegg til piloten på KSF helse er Unikom-nettverket et etablert nasjonalt nettverk for kunnskapsdeling mellom forskningsaktive kommuner med strukturert samarbeid mellom kommuner og universitet/høgskoler.

Erfaringene fra KSF-piloten med kommuneklynger som subregional struktur, er at den bringer sammen både små og store kommuner, og bygger på eksisterende lokale/regionale strukturer. Kommuneklyngene er svært viktige. En klynge av kommuner gir mer kraft, utjevner noe av forskjellene mellom store og små kommuner, og skaper et felles strategisk verktøy for kunnskapsarbeidet i hver region. Samarbeidet klyngene åpner opp for samler ressurser slik at det er mulig å jobbe mer

systematisk med FoU i kommunene. Dette bidrar igjen til mer effektiv bruk av forskningsmidler, et vesentlig kompetanseløft og økt verdiskapning i felles aktiviteter.

### **Hva kan være en bærekraftig modell og hvordan kan den finansieres?**

Kommunene har ikke forskning som kjerneoppgave som i spesialisthelsetjenesten, og mangelen på et tydelig lovkrav i kommunene gjør at andre oppgaver prioriteres over forskningsaktiviteter. Egne forskningsmidler på kommunebudsjettene er sjeldent, og involvering i forskningsprosjekter betyr som oftest medvirkning, i ulik grad. Slik medvirkning er i for stor grad tilfeldig og knyttet til enkeltpersoners engasjement og interesser. Det bør sees på om dagens lovkrav til kommunene om å medvirke til og legge til rette for forskning bør vurderes på nytt. Skjønnsutøvelse og kapasitet i hver enkelt kommune vil avgjøre omfanget av medvirkning. Utfordringen med å prioritere deltagelse i forskning forsterkes av at det mangler mekanismer for at kommunene kan nyttiggjøre seg resultatene. Det er derfor behov for gode strukturer og insentiver for å tilrettelegge for forskning.

KSF-modellen innebærer dedikerte FoU-ressurser i kommunene som vil kunne mobilisere til prioriterte forskningsområder, og fungere som "oversetter" mellom kommunene og forskerne.

Erfaringene fra KSF-piloten i Vest viser at en slik struktur bidrar til å utløse eksisterende forskningsmidler, og at kommunene selv bidrar med egeninnsats til de prosjektene som blir utløst. Mye ligger dermed til rette for å forsterke arbeidet framover. Det er viktig å høste videre kunnskap fram mot etablering, men dette forutsetter forutsigbar finansiering, og en opptrappingsplan fra pilot til etablering.

KSF-rapporten legger opp til at det bør opprettes regionale KSF-er i helseregionene med et lite sekretariat (f.eks. to årsverk i hver region) og noen driftsmidler (nettsider, seminar-/arrangementsvirksomhet, utvikle verktøy/virkemidler o.l.). Rapporten skisserer en kostnad på 12,5 mill. årlig for å drifte regional og nasjonal struktur. Rådet mener det er en nasjonal oppgave å bidra med stimuleringsmidler til en slik felles struktur. Deltakelse i kommuneklynger og egen aktivitet må kommunene deretter dekke selv. En viss form for egenfinansiering vil forplikte kommunene i større grad og bidra til at de henter ut gevinster fra kunnskapssystemet. Økt kunnskap om gevinstene av strukturen er viktig for at kommunene skal ønske å delta i klyngene.

En minimumsløsning for etablering kan være å få på plass én nasjonal KSF-koordinator og 4-5 regionale koordinatører, avhengig av om strukturen bygges opp av fire eller fem noder/regionale samarbeidsorgan. Koordinatorene bør ansettes i en av motorkommunene i hver av regionene, men jobbe på vegne av hele den aktuelle regionen. Det er viktig at koordinatorene jobber tett med eksisterende struktur som finnes både nasjonalt og regionalt, for eksempel KS sine møteplasser, helsefelleskapene, USHT (Utviklingsssenter for sykehjem og hjemmetjenester) og andre miljøer som jobber med forskning og innovasjon opp mot kommunene. KSF skal ikke være en parallell struktur, men et organ som fyller en etterspurt rolle som koordinerende og rådgivende for kommunenes FoU-arbeid.

KS som i dag finansierer piloten, skal i 2023 gjennomføre en evaluering for å se på videreutvikling av strukturen og en bærekraftig finansiering.

### **Hvordan kan innovasjonstakten i kommunene økes gjennom økt bruk av innovative anskaffelser og samarbeid med helsenæringen og forskningsinstitusjoner?**

Det er viktig å bygge opp under de strukturer og samarbeidsarenaer for innovative anskaffelser som eksisterer i dag, fremfor å etablere nye. Leverandørutviklingsprogrammet (LUP) er en sentral aktør som mobiliserer, koordinerer og kopler aktører sammen i innovasjonsvennlige anskaffelser og i anskaffelser av innovasjon. Det har blitt etablert fruktbare samarbeid mellom LUP og klynger, helseaktører på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, leverandører og brukerorganisasjoner. Innovasjonsklyngene på helseområdet og LUP spiller en viktig rolle i utviklingen av den norske helsenæringen. Klyngenes og LUPs bidrag til å skape partnerskap mellom offentlige og private er essensielt.

Helsesektoren er i likhet med store deler av offentlig sektor sterkt regulert. Dette legger klare rammer for hvordan tjenester kan utøves. Når det er knapphet på ressurser, er det utfordrende å finne tid til å utvikle nye arbeidsprosesser, teste ut nye måter å organisere seg på, teste og innføre ny teknologi osv. Det er et stort behov for å skape mer handlingsrom for å drive med forskning og innovasjon, spesielt i kommunene.

Rådet har tidligere kommet med en rekke anbefalinger og forslag til tiltak (HelseOmsorg21 – delrapport om næringsutvikling). Overordnet går disse ut på å skape kultur for innovasjon, styrke kompetanse samt tilgang til og utveksling av kompetanse og etablere gode strukturer for innovative anskaffelser.

Kommunenes kompetanse om IKT-utvikling, risiko, kommersielt tankesett og mulighetene i anskaffelsesregelverket bør styrkes. I DFØs anskaffelsesundersøkelse 2022, oppgir kun 8 % av kommuner og fylkeskommuner at de i svært stor grad benytter innovative offentlige anskaffelser for å oppnå bedre behovsdekning. Det er antagelig ikke nødvendig med nytt regelverk for innovative anskaffelser, men offentlige innkjøpere trenger bedre kompetanse i å bruke regelverket og bedre kunnskap om anskaffelser som fremmer innovasjon. Risiko må tas på høyt nivå og det må etableres kommersielle rammer rundt anskaffelser av nye innovative løsninger og teknologi.

Det er behov for insentiver som gjør det lettere for kommuner å ta risiko. Særlig er det behov for risikoavlastning i senere faser enn det virkemiddelapparatet i dag tilbyr og der investeringer og gevinster går på tvers av forvaltningsnivå. Når sykehus og kommuner går sammen om anskaffelser, må kontrakter og forretningsmodeller tilrettelegges og spesialdesignes for dette formålet. Det er nødvendig å se muligheten for å ta i bruk andre typer kontrakter i samarbeidet mellom det offentlige og private for å øke innovasjonstakten. For eksempel kan økt bruk av tillitsbaserte relasjonskontrakter (hybridkontrakter) bidra til å redusere friksjonen mellom det offentlige og private (se også [Rapport: Bedre samarbeid med helsenæringen er avgjørende for å øke gjennomføringsevnen på e-helseområdet - ehelse](#)).

Det kan være en utfordring for kommunene å forholde seg til mange leverandører, på samme måte som at det er en utfordring for små bedrifter å forholde seg til mange forskjellige kommuner. Det er behov for gode arenaer for samhandling. Kommunene bør i større grad samle sine behov, se på mulighetene for å samarbeide om anskaffelser og dele erfaringer med anskaffelse og innføring av teknologi. Videre bør kommunene delta aktivt i dialogen i anskaffelsesprosesser og oppfordre leverandørene til å samarbeide med hverandre om større rammeavtaler. For å unngå "pilotsyken", bør helsenæringen oppfordres til å etablere konsortier som legger til rette for at små og store aktører, etablerte og nystartede kan delta i prosjektene/anskaffelsene. . KSF kan bidra til å mobilisere og veilede kommuner og fylkeskommuner, FoU-miljøer og privat næringsliv til å søke virkemiddelapparatet for å finansiere utviklingen av innovative løsninger, eksempelvis gjennom ordninger som Pilot Helse. Se mer om KSF rolle i skalering i kapittelet under.

HelseOmsorg21-rådet har i brev til Nærings- og fiskeridepartementet (NFD Saksnr. 22/6258) anbefalt at myndighetene utvikler en handlingsplan for innovative offentlige anskaffelser i helsesektoren. Involvering i prosessen er helt avgjørende. De som skal bruke handlingsplanen må kunne påvirke hva som står i den, slik at tiltakene faktisk kan iverksettes. Planen må inneholde praktiske og konkrete aktiviteter med målbare effekter, definerte ansvarlige aktører og en plan for oppfølging.

### **Hvordan bidra til økt spredning og implementering av innovasjoner på tvers av kommunene?**

Innenfor teknologistøttet innovasjon er det gjennom de senere årene etablert ulike strukturer i alle fylker og regioner, som skal bidra til at ny teknologi slipper å gå gjennom samme test- og utprøvningsfase i hver kommune der den nye løsningen skal innføres; Regionale digitaliseringsnettverk, velferdsteknologinettverk og nettverk for spredning av nasjonale e-helseløsninger skal bidra til å styrke den samlede kompetansen, dele på nøkkelkompetanse, øke gjennomføringskraften og bidra til gevinstrealisering av de nye løsningene og prosjektene. Det er også etablert en felles modell for å se de ulike nettverkene i sammenheng og få best mulig synergi ut av ressursene. Eksisterende

helseledernetverk brukes også aktivt i arbeid med spredning og deling, se også under om Ledernetverk. I tillegg til de etablerte nettverkene bør myndighetene se på rollen til fylkeskommunene og deres samarbeid med kommunene om koordinering av innovasjon og nærings samarbeid.

Kommuneklyngene i KSF-modellen står sentralt for spredning og implementering av ny kunnskap og innovasjoner. Klyngene åpner for samarbeid, effektiv bruk av forskningsmidler og økt verdiskapning i felles aktiviteter. Når kommunene selv setter agenda for forskningen knyttes forskningsresultater og helsetjenester tettere sammen, til beste for innbyggerne. Det er imidlertid opp til hver klynge hvordan den organiseres, og hva kommunene vil bruke klyngen til. KSF Vest har for eksempel blant annet nedfelt følgende i sitt mandat: ha oversikt over hvilke FoU-aktiviteter som skjer i kommunene, jobbe strategisk med å iverksette ny forskning, jobbe strategisk for bedre tilgang på forskningsbasert kunnskapsgrunnlag, finne ut hvilke kunnskapsbehov kommunene i klyngen har, delta i og søke på nye forskningsprosjekt, prioritere behov for kunnskapsoppsummeringer og delta og arrangere for eksempel seminarer, konferanse, møter, prosjektverksteder, etc.

Gjennom KSF-regionene samles og spres oppdatert kunnskap til alle deltagende kommuner. I tillegg formidles innovasjoner og oppdatert kunnskap mellom KSF-regionene slik at alle landets kommuner får tilgang til samme informasjon.

Det blir viktig å sikre at arbeid i de forskjellige regionale og nasjonale nettverk skjer i samspill og er koordinert slik at vi får mest mulig ut av tilgjengelige ressursene for å bidra til målet om at innbyggerne får gode, helhetlige, brukerrettede tjenester.

## **Forskning og innovasjon**

### **Viktige utfordringer**

Omkring halvparten av de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenestene forvaltes av kommunene, og 9 av 10 pasienter får sin behandling og oppfølging i primærhelsetjenesten. Siden samhandlingsreformen er det overført en rekke oppgaver fra spesialist- til primærhelsetjenesten. Det stiller kommunesektoren overfor betydelige utfordringer og krever godt samspill mellom spesialist og primærhelsetjenesten i oppfølging av pasientene. Kommunene har blant annet fått ansvaret for flere tyngre brukere med kompliserte og sammensatte helseutfordringer. Den demografiske utviklingen setter dette ytterligere under press. Imidlertid står ikke forskningsinnsatsen i, for og med kommunal sektor i forhold til sektorens størrelse og samfunnsmessige betydning.

Begrenset forskningsinnsats bidrar til at flere av de tiltak og piloter som gjennomføres i kommunene ikke er gjenstand for systematisk og samordnet følgeforskning. Dermed utvikles ikke tilstrekkelig kunnskap om effekter, hva som virker og hvorfor. Stadig mer komplekse og sammensatte oppgaver for kommunene legger press på ressurser og krever eksperimentering, nytenkning og innovasjon. Når tjenestene er under press, er det vanskelig å finne handlingsrom og økonomi til å drive utviklingsarbeid.

Utviklingen krever bedre ressursutnyttelse, høyere effektivitet, samt nye og bedre tjenester. Per i dag har Norge en mangelfull systematikk i innovasjonsarbeidet og næringsutviklingen i helsesektoren. Dette gjelder både offentlige og private aktører og samspillet dem imellom.

Forskning er en integrert del av helseforetakenes virksomhet. Helseforetakene har ikke tilsvarende fokus på innovasjon som de har på forskning. Innovasjon må imidlertid bli like viktig som forskning når det gjelder å utvikle morgendagens helsetjenester.

Regjeringen har gjennom Handlingsplanen for kliniske studier satt som et mål at kliniske studier skal være en integrert del av pasientbehandlingen. Her er det fremdeles en vei å gå med hensyn til rammebetingelser, kulturendring og samarbeid. Innføring av persontilpasset medisin er for eksempel avhengig av bærekraftige og innovative samarbeidsformer i og utenfor helsetjenesten. Dagens organisering og infrastruktur støtter ikke slike arbeidsprosesser, noe som igjen blir en tydelig barriere for

å kunne implementere persontilpasset medisin i praksis. Utvikling og innføring av persontilpasset medisin vil også bety endringer i hvordan vi leverer og finansierer helsetjenester, hvordan vi involverer pasienter og pårørende og hvordan vi som samfunn prioriterer ressursene.

### **Forslag til tiltak**

- Vi må sikre et nødvendig kunnskaps- og forskningsløft i kommunal sektor for å kunne møte fremtidens behov
- Vi trenger tydelige politiske signaler og insentiver til å drive innovasjonsprosjekter med mål om bedre samhandling og bærekraft i helsetjenestene
- Vi må sikre at det er handlingsrom for innovasjon og eksperimentering i tjenestene
- Satsingen på helsedata må fortsatt ha høy prioritet

### **Behov for et kunnskaps- og forskningsløft i kommunal sektor**

Beslutningene som tas i helsesektoren må være kunnskapsbaserte slik at de riktige tiltakene og initiativene iverksettes. Forskning, utdanning og innovasjon er derfor helt nødvendig for å utvikle tjenestene på helse- og velferdsområdet.

Det er særlig et sterkt behov i kommunal sektor for et kunnskaps- og forskningsløft som kan bidra til rett prioritering, mer målrettet bruk av ressurser og bedre kvalitet i tjenestene. En forskningsinfrastruktur for kommunene som kan understøtte kunnskapsutviklingen og føre til mer effektiv kunnskapsspredning har lenge vært etterlyst. Kommunenes Strategiske Forskningsorgan helse (KSF helse) er ett forslag til hvordan et slikt kunnskapssystem kan se ut. Det vises til omtale av strukturen og behovene i kapittelet *Svar på HODs spesifikke spørsmål*.

Antallet innovasjonsprosjekter med vekt på effektivisering både i primær- og spesialisthelsetjenestene og i folkehelsearbeidet bør økes. Raskere utskrivelse fra sykehusene fører til at en større andel av helse- og omsorgstjeneste faller på helse- og omsorgstjenestene i kommunene. En økt satsing på innovasjonsprosjekter som effektiviserer denne delen av helsesektoren, er derfor essensiell. Her vil vi igjen trekke frem etableringen av Kommunenes strategiske forskningsorgan som et viktig grep for stimulering til systematisk innovasjon.

### **Behov for tydelige politiske signaler og insentiver til å drive innovasjonsprosjekter**

Det finnes flere eksempler på gode innovasjonsprosjekter som vi kan lære av når det gjelder effektivisering og god ressursutnyttelse og som trekker inn kompetanse fra andre sektorene for å finne de gode løsningene. Av eksempler kan nevnes Kontrolltårnprosjektet ved OUS og et innovasjonsprosjekt på Haukeland som skal spore og finne igjen operasjonsmateriell.

Når gevinstene av innovasjon kommer ett sted og kostnadene et annet, kan det forhindre at løsningene tas i bruk. Slik det er i dag går innovasjonsmidler i hovedsak til helseforetak eller (i mindre grad) til kommuner. Når pasientene har ett sammenhengende pasientforløp, bidrar denne organiseringen til en u hensiktsmessig fragmentering. Det er derfor viktig at de politiske signalene for å drive innovasjonsprosjekter er tydelige og at de følges opp med insentiver og finansieringsordninger som bidrar til innovasjon og samhandling mellom for eksempel kommuner og helseforetak. Tilsvarende bør det være insentiver til at offentlige helseaktører øker samarbeidet med næringslivet, spesielt med hensyn til utprøving, innføring, spredning av vellykkede løsninger til andre sektorer/nivåer og senere internasjonal skalering. Her trenger vi mer kunnskap. Vi har ikke godt nok kunnskapsgrunnlag om hvordan finansieringsmodellene i helsetjenestene påvirker mulighetene for innovasjon, næringslivssamarbeid og utvikling.

## **Handlingsrom for innovasjon og eksperimentering i kommunene**

Det er et stort behov for å skape mer handlingsrom for å drive med innovasjon, spesielt i kommunene. Stortingets anmodningsvedtak om å legge frem forslag til en nasjonal ordning for forsøk og eksperimentering inspirert av de danske frikommuneforsøkene, må følges opp med ressurser og innrettes slik at den gir rom for forsøk på tvers av forvaltningsnivå. Forsøkene innenfor tematiske rammer må følges av forskning slik at utvikling av ny beste praksis blir kunnskapsbasert. Det bør parallelt med oppstart av forsøksordningen også vurderes om dagens forsøkslov, som er utviklet i en annen tid, har juridiske begrensninger og tolkningsrom som gjør at det er behov for regelverksutvikling for å tilrettelegge for utprøving av reell ny praksis innenfor et utvidet handlingsrom.

## **Helsesdata**

Satsingen på helsedata må fortsatt ha høy prioritet. Helsedata er en essensiell ressurs for fremtidens helsetjenester og for verdiskaping gjennom økt næringsutvikling. Vi må bygge en lærende helsetjeneste som utnytter helsedata på en god måte; raskt, forsvarlig, effektivt og med gode kilder. Det er derfor viktig at det arbeides målrettet med etablering av Helseanalyseplattformen og alternative løsninger. Som tidligere påpekt av HelseOmsorg21-rådet er det uheldig at automatisert tilgang til strukturerte data fra pasientjournaler ikke er en del av Helseanalyseplattformen i dag. Dette medfører blant annet tids- og ressurskrevende manuelle prosesser for helsepersonell eksempelvis ved innføring av helsedata eller overføring av registre som ligger utenfor helseanalyseplattformen.

Skal Regjeringens visjon om at kliniske studier skal bli en integrert del av pasientbehandlingen, må det legges til rette for nødvendig infrastruktur, tilstrekkelig kapasitet og hjemmel i lover og regler for sikker lagring, deling og bruk av helsedata. Dette er spesielt viktig for implementering av persontilpasset medisin i helsetjenesten. Det må utvikles beslutningsstøttesystemer som hjelper helsepersonell å ta korrekte kliniske beslutninger basert på stadig flere og mer kompliserte kliniske og diagnostiske opplysninger, innhentet på ulike tidspunkter og fra ulike kilder.

## **Samhandling og felles prioriteringer**

### **Viktige utfordringer**

Det er viktig at pasientforløp er koordinerte og forutsigbare, setter pasienten i sentrum og anerkjenner og tilrettelegger for mangfold blant pasientene. Når stadig flere pasientgrupper trenger tjenester fra flere omsorgsnivåer, er det en utfordring at vi i dagens organisering av helsetjenester har strengt definerte omsorgsnivåer og ulike insentiv/finansieringsmekanismer fra ulike departementer.

For å bidra til effektiv, sikker og likeverdig helsehjelp er det viktig at oppgavefordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er hensiktsmessig. En riktig oppgavefordeling er kjennetegnet av at tjenestene leveres der kostnaden er lavest, og med tilstrekkelig kvalitet og god nok tilgjengelighet for pasientene.

Effekter av oppgaveoverføring og oppgavefordeling er imidlertid metodisk vanskelig å vurdere. Nasjonal helse- og samhandlingsplan bør belyse behov for mer kunnskap om hvordan samhandlingen kan legge til rette for bedre helse og mestring, flere gode leveår innenfor en bærekraftig økonomi og personellinnsats. For eksempel har vi ikke nok kunnskap om kost-nytte effekter av teamorganisering av arbeidet rundt personer med kronisk sammensatt sykdom, særlig ved samtidig funksjonssvikt.

### **Forslag til tiltak**

- Det bør utvikles felles nasjonale og regionale scenarier for optimal tjenesteprofil og nivå på tjenestene



- Det bør utvikles et felles system for konkrete prioriteringer på nasjonalt nivå som fremmer omstillingen fra behandling til forebygging
- Nasjonale og regionale helseledernetverk bør i større grad utnyttes for bedre samhandling mellom kommuner og sykehus
- Vi trenger økt bevissthet om behovet for kulturelle endringer

### **Utvikling av felles nasjonale og regionale scenarier for nivå på tjenestene**

For å oppnå gode og sammenhengende pasientforløp må samhandling mellom sektorer og nivåer forbedres. For å "bygge om" til framtidens helsevesen bør sykehus og kommuner utarbeide felles nasjonale og regionale scenarier/bilder på optimal tjenesteprofil og nivå på tjenestene, beskrive ansvar for tjenestene, hvordan tjenester/tjenesteområder kan dimensjoneres ut ifra målgrupper og tjenestenivå. Dette vil gjøre det lettere for politisk og administrativ ledelse å få en strategi å styre mot. Det vil også klargjøre behovet for ytterligere kunnskap, og behovet for kompetanse og kapasitet hos personellgrupper.

Drivere som kan bidra til god eller mindre god oppgavefordeling bør belyses. Eksempler er ulike finansieringsmodeller og ulike tjenestenivå med separate budsjett, ulike prioriteringer, ulik kapasitet, ulike maktforhold og ulike profesjonsagendaer.

### **System for felles prioriteringer og omstilling fra behandling til forebygging**

Det bør utvikles et felles system for konkrete prioriteringer på nasjonalt nivå. Specialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten må ha felles system for prioriteringer på overordnet nivå. Systemet må fremme omstillingen/dreiningen fra "reparasjon" til forebygging og helsekompetanse i befolkningen. Et eksempel er fedmeproblematikken hvor hvert enkeltforløp kan koster flere hundre tusen, og tilbys etter at en person har utviklet sykkelig overvekt over flere (10-) år. Her ville de samme ressursene kunne nå flere innbyggere med kunnskap om ulike helsefremmede og forebyggende metoder. Skalert opp i alle kommuner vil det bygge helsekompetanse i befolkningen, gi sunnere livsstil og føre til mindre uhelse på grunn av fedme. Dette vil gjelde flere av livsstilssykdommene. Med utgangspunkt i at helsetjenesten er under stadig større press, er det helt nødvendig å ha et større forebyggende og systemrettet fokus. Det er til det beste for enkeltindividene og for helsetjenesten og samfunnet som helhet.

### **Ledernetverk**

Nasjonale og regionale helseledernetverk bør fremmes som et viktig verktøy i å samarbeide om kunnskapsgrunnlag, statistikk/framskrivninger, strategier, felles tilbud til definerte pasientgrupper felles anskaffelser (særlig av digitale/teknologiske) løsninger både i kommuner (inkludert fastleger) og sykehus. Skalering av anerkjente tjenester og teknologi kan lettere gjøres ved forpliktende og systematisk samarbeid i regionale ledernetverk. Dette vil særlig gjøre kommunene bedre i stand til å løse sine oppgaver. Regionaliseringen av sykehusene ga sykehusene et gigantisk løft i å innføre felles faglige tilbud og standarder, digitale systemer og effektivisere anskaffelser. Nettverkene kan prioritere å samarbeide på tvers av kommuner og sykehus på de områdene det er hensiktsmessig, da i regi av Helsefellesskap. Helsefellesskap må videreutvikles og legge til rette for bedre samhandling og skape partnerskap på tvers av nivåene. Prinsippet om at fastleger skal være representert på alle nivå bør videreføres for å bidra til gode pasientforløp og en helhetlig strategisk tenkning. Det er viktig at Helsefellesskapene realiserer den strategiske dimensjonen, og ikke bare har fokus på operative pasientforløp ut ifra dagens oppgavefordeling og praksis. Hovedprinsippet er at lederne stiller seg i front for utvikling, og etablerer mandat og prosesser med de ressursene de har til rådighet – sammen.

### **Bedre kultur for samhandling**

Samhandling må få økt fokus i utdanningene og det bør generelt arbeides mer med kulturendring i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Praksiskonsulentordningen (PKO), et nettverk av

allmennpraktiserende leger som skal sikre og styrke samhandlingen mellom sykehusenes avdelinger og primærhelsetjenesten, kan ha en viktig rolle her. Evalueringen (januar 2022) av ordningen bør følges opp.

## **Teknologi og digitalisering**

### **Viktige utfordringer**

De teknologiske og digitale mulighetene i helsetjenesten utnyttes ikke godt nok. Selv om det investeres i teknologi, går det langsomt og det brukes færre ressurser sammenlignet med bransjer som har kommet lengst i utnyttelse av teknologi i tjenesteutøvelsen. Det er for eksempel 10 år siden lanseringen av visjonen om "Én innbygger- én journal" om en sammenhengende helsetjeneste der helsepersonell med tjenstlig behov har tilgang på den informasjonen de trenger, når de trenger den. Målet var gode arbeidsverktøy for helsearbeidere, fremme gode og sikre helsetjenester, god tilgang på informasjon om egen helse for innbyggerne selv, og god tilgang på helsedata for virksomhetsstyring, innovasjon og forskning. Det gjenstår fremdeles svært mye før visjonen er realisert. Det er behov for å sette teknologi- og digitaliseringsutviklingen enda mer på dagsorden.

Selv om det ligger store kunnskaps- og innsiktsreserver i rådata og journalsystemer som produseres i helsesektoren, er mye utilgjengelig for å trekke ut innsikter, både for forskere, næringsliv og helsetjenesten selv. IKT-verktøyene er lite brukervennlige og støtter ikke helsearbeiderne i hverdagen på en god måte. I dag må nødvendig innhenting av informasjon ofte skje analogt og med betydelig ressursinnsats, med tilhørende risiko for feil og mangler. Innad i den enkelte kommune kan det være flere journalverktøy som ikke er integrert.

Det tas lite høyde for at innføring av teknologi og digitalisering krever parallell tjenesteinnovasjon med behov for nye arbeidsmetoder og ny organisering. En tilleggsutfordring er at både sykehus og kommuner ofte opplever at tilstrekkelig medvirkning og forankring hos de som skal bruke løsningene er krevende når ressursene er knappe.

Befolkningen har ulike digitale ferdigheter. Nasjonal helse- og samhandlingsplan bør derfor spesielt adressere ulikhet i helse, deriblant helsekompetanse og digital kompetanse. Rådet har i innspill til Helsepersonellkomisjonen foreslått at det utarbeides en handlingsplan for likeverdige tjenester og reduksjon av helseulikheter. Alle innbyggere har heller ikke likeverdig tilgang til digitale tjenester. Det er ulikheter, spesielt mellom by og land, når det gjelder tilgang til tilstrekkelig høyhastighets internett der folk bor. Dette er særlig utfordrende med tanke på innføring av digitale hjemmetjenester.

### **Forslag til tiltak**

- Vi må sikre god digital infrastruktur i og mellom spesialisthelsetjenesten og andre helseaktører
- Juridiske rammebetingelser som hindrer god informasjonsdeling mellom og innen helsevirksomheter må løses opp i
- Det må satses mer på velferdsteknologi og e-helse som digitale hjemmetjenester der prioriteringene skjer på bakgrunn av dokumentasjon av reelle gevinster
- Vi må redusere digital ulikhet og sikre riktig bruk av digitale tjenester

### **Digital infrastruktur for samhandling**

Infrastruktur for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og andre helseaktører må videreutvikles. Videreutviklingen må være kunnskapsbasert, målrettet og styrt og skje i tett samarbeid med helsepersonell og sluttbrukere. Bare på den måten sikres det at løsningene møter innbyggernes og tjenestens behov.

Når det gjelder selve utviklingen av teknologien, må den baseres på partnerskap mellom næringsliv og helsetjenesten, og partnerskap mellom helsearbeidere og teknologer. I en fragmentert verden med tung teknologisk gjeld er det avgjørende at infrastruktur og løsninger for bedre samhandling tar utgangspunkt i åpne plattformer som stimulerer til gjenbruk og innovasjon, og stegvis og inkrementell utvikling.

Det er avgjørende at utviklingen av løsninger for samhandling ikke stanser når behovene i behandlingsskjeden mellom primær og spesialisthelsetjeneste er ivaretatt, men at løsningene også videreutvikles for å ivareta bredden i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For kommunenes del er det veldokumentert og uomtvistet at det er behov for et journalløft. Disse aspektene må prioriteres høyt i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, både utfra ressursbruk og pasientsikkerhetsperspektivet.

Pasientens legemiddelliste (PLL) må gis høyere prioritet slik at den kan breddes ut nasjonalt. PLL vil sikre kvalitet, pasientsikkerhet og etter hvert bli ressursbesparende. Rådet mener det er bekymringsfullt at PLL stadig utsettes.

Det må tilrettelegges for informasjonsdeling mellom og innen helsevirksomheter på en helt annen måte i dag. Særlig er det viktig å utvikle enkle og intuitive løsninger for å gi de ulike gruppene helsearbeidere tilgang til den informasjonen de har tjenstlig behov for tilgang til og på en slik måte at et ikke gir merbelastninger for pasient eller helsetjenesten. Informasjon må derfor gjøres tilgjengelig i de digitale arbeidsflatene helsearbeiderne bruker i sin daglige praksis, og understøttes av systemer som snakker sammen og gjenbruker data.

For fastleger er det for eksempel lenge foreslått at epikriser og andre prøvesvar kan forenkles ved hjelp av nye digitale løsninger. Svar som sendes til fastlegen kan kategoriseres og merkes i to ulike typer: 1) de som må håndteres og leses og 2) de som kun er til informasjon ved behov og som kan legge seg automatisk inn i elektronisk pasient journal (EPJ).

### **Juridiske rammebetingelser**

Løsningene som utvikles må ivareta alle dimensjonene i personvernet (konfidensialitet, tilgjengelighet og integritet). Juridiske tolkningsrom må begrenses og juridiske hindringer som gjør at informasjonen ikke når de det skal og juridiske barrierer for etablering av effektive digitale løsninger for å ivareta effektiv informasjonsdeling i sanntid må løses opp i. Samtidsdata kan gi mye mer målrettet styring av ressursene. Med dette kan vi for eksempel se hvor en influensaepidemi oppstår, som igjen kan gjøre helsevesenet i stand til å styre ressursene dit behovet er størst. Det samme gjelder hjemmeoppfølging der data og monitorering kan styre helsevesenet mot dem som trenger det mest.

### **Satsing på velferdsteknologi og e-helse**

Det må satses mer på velferdsteknologi og e-helse som digitale hjemmetjenester. Innbyggerne kan - og må - i større grad få hjelp til å ta ansvar for egen helse. Det er helt essensielt at løsningene er brukervennlige og faktisk gir ønskende effektivitets- og kvalitetsforbedringer (bedre helsetjenester og ikke merbelastninger for pasient og helsepersonell). FHI publiserte nylig en kunnskapsoppsummering om digital hjemmeoppfølging med følgende konklusjon: *Digital hjemmeoppfølging påvirker i liten grad sykehusinnleggelse, liggedøgn på sykehus eller besøk på poliklinikk og akuttmottak*. Dette trenger vi mer kunnskap om. Vi trenger også mer kunnskap om riktig bruk av digitale tjenester og hvordan vi tar i bruk teknologi som tar hensyn til befolkningens behov og ikke forsterker eller skaper ulikhet. Vi må forstå hvordan vi kan bidra til å senke terskelen for bruk av digitale tjenester for alle.

Når det gjelder kostnader, viser en kunnskapsoppsummering innen e-helseområdet i kommunesektoren en betydelig økning i kostnader til digitalisering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og forventet videre vekst. Kommunenes betaling for statens nasjonale e-helseløsninger utgjør en vesentlig andel. Det er avgjørende å etablere et godt samarbeid mellom kommunal sektor, nasjonale myndigheter og næringslivet for å sikre uttak av reelle gevinster som kommer innbygger og helsepersonell til gode.

Det pågår også effektstudier i kommunal sektor der det skal avdekkes barrierer og tiltak for å hente ut reelle gevinster av velferdsteknologi. Dette er et første steg i å prioritere innsats og ikke minst gi et godt beslutningsgrunnlag for målrettet innsats til beste for innbygger og helsepersonell.

For å redusere barrierer for bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging inkludert kvalitetssikrede helseapper, blant annet innenfor teknologi, kultur og kompetanse, er det viktig å jobbe systematisk i fellesskap. Samtidig må det legges vekt på å etablere bærekraftige finansieringsmodeller som støtter opp under satsningene, spesielt med tanke på samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Regjeringen må fortsatt ha fokus på å sikre at hele befolkningen har tilgang til høyhastighets internett og følge opp Stortingets anmodningsvedtak i tilknytning til fremleggelse av statsbudsjettet 2023 om å komme med en plan for arbeidet for å sikre alle tilgang innen 2025. Dette er avgjørende for et likeverdig tjenestetilbud og bruk av velferdsteknologi og avstandsoppfølging i hele landet.

Med vennlig hilsen

**HelseOmsorg21-rådet**

v/ leder Per Morten Sandset