Sekretariat 2022 -2023
Helse Vest
torunn.hole.olsnes@helse-bergen.no

RHFenes strategigruppe for forskning

Innkalling til møte

Tid: torsdag 31. august 2023 **kl. 09:30 - 14.30**
Sted: Hotell Scandic Bergen City, Håkonsgaten 2, Bergen

28-2023 **09:30-09:35**	**GODKJENNING AV INNKALLING, SAKSLISTE OG REFERAT**
29-2023 **09:35-10:00**	**NASJONALT VEIKART FOR FORSKNINGSINFRASTRUKTUR** v/Infrastrukturavdelingen, Forskningsrådet (digitalt)
10:00-10:10	**Pause**
30-2023 **10:10-11:30**	**INNOVASJON** v/ de fire regionene.
31-2023 **11:30-12:00**	**INNOVASJONSINDIKATOREN** Innledning v/ Marianne van der Wel, HOD
12:00-13:00	**Pause og lunsj**
32-2023 **13:00-13:20**	**PUBLISERINGSINDIKATOREN, UTREDNINGSARBEID VED NPU** v/ Vidar Røeggen, UHR
33-2023 **13:20-13:40**	**STATUS OPPDRAG FRA HOD** - Kliniske studier: synliggjøring og sanntidsoversikt - Digitalt samtykke - Henvisninger til utlandet - Andre oppdrag
34-2023 **13:40-14:00**	**AKTUELLE SAKER FRA HOD** - Prosess med statsbudsjettet - Prosess for revidering av instruks til styrene i RHFene om samarbeidet med universiteter og høyskoler - WHO retningslinje for kliniske studier - Representant for helseforetakene i HelseOmsorg21-rådet - Den europeiske infrastrukturen for translasjonsforskning, EATRIS
35-2023 **14:00-14:20**	**SIKKERHET PÅ SENSITIVE FAGOMRÅDER** v/ Jan Emil Gran, Kunnskapsdepartementet (digitalt)

Følsomhet Intern (gul)

36-2023 **14:20-14:25**	**REFERATSAKER** - Referat fra AU-møter (19.06.2023, 17.08.2023)
37-2023 **14:25-14:30**	**ØVRIGE ORIENTERINGSSAKER** - Oppnevninger gjort av AU - Orientering fra møter der RHFenes er representert - Høring, Strategi for åpen publisering Open Science | Innspill til Strategi for norsk vitenskapelig publisering etter 2024 - Saker fra NSG
38-2023 **14:30**	**EVENTUELT**
14:30	**Møteslutt**

Følsomhet Intern (gul)

Sekretariat 2022 -2023
Helse Vest
torunn.hole.olsnes@helse-bergen.no

RHFenes strategigruppe for forskning

Referat

Tid: torsdag 8. juni 2023 **kl. 09:30 - 14.30**
Sted: Radisson Hotel & Conference Centre Oslo Airport, Gardermoen
Til stede: Bjørn Egil Vikse (leder), Renate Grüner, Torunn Berge (møtte for Lars Eikvar), Randi Vad, Erlend B. Smeland, Siv Mørkved, Tove Klæboe Nilsen, Melinda Berg Roaldsen, Haakon Skogseth.

Observatører: Marianne van der Wel (HOD), Maiken Engelstad, Sigurd Røtnes (Helsedirektoratet), Katrine Weisteen Bjerde (HK-dir.), Ole Johan Borge (Forskningsrådet).
Sekretariat: Sølvi Lerfald, Torunn Olsnes

14-2023	**GODKJENNING AV INNKALLING, SAKSLISTE OG REFERAT** <u>Konklusjon:</u> Innkalling ble godkjent. Sak 20-2023 Bibliotekstjenester utsettes til neste møte pga. forfall fra Helse Sør-Øst. Det ble foreslått å erstatte denne med en orientering om Nasjonal rapport om forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten som sak 27-2023. Ingen andre saker meldt under eventuelt. Sakslisten ble godkjent med disse endringene. Referatet ble godkjent uten merknader.
15-2023	**DIGITALT SAMTYKKE** Oppfølging av sak 03-2023 v/ Egil Utheim, Sykehuspartner (prosjektleder) Det ble vist til tidligere presentasjon av plan for arbeidet i møtet til RHFenes strategigruppe i februar 2023. Da ble det orientert om kravspesifikasjon som skulle utarbeides og piloteres fram til oktober 2022, og at det på bakgrunn av dette ble gitt et nytt oppdrag foretaksmøtet i januar 2023. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, om å videreføre arbeidet med en trinnvis utvikling og implementering av løsning(er) for digitalt samtykke for forskningsprosjekter, der administrasjonsløsningen(e) skal baseres på forskernes behov. Det ligger også i oppdraget å se på mulige finansieringsløsninger. I dette møtet ble det også gitt tilbakemelding på representasjon fra RHF og HF i hhv. styringsgruppe og referansegruppe. For å se på hvordan man kan realisere prosjektet ut fra den tidligere leverte kravlisten, er det i denne fasen arbeidet med en løsningsdesign for en pilot, eller «mock-up». Dette er det laget et utkast til som nå er i en forankringsfase. Det

Følsomhet Intern (gul)

	lanseres også en API mot helsenorge.no som kan benyttes til piloteringen. Det finnes noen løsninger som har funksjoner for håndtering av samtykke, blant annet MedInsight. Det skal også gjennomføres en kartlegging av alternative løsninger for digitalt samtykke i de ulike regionene, eksempelvis funksjonalitet levert av EPIC i Helse Midt. En god beskrivelse av API mot helsenorge.no vil gjøre det enklere å koble på også andre løsninger utviklingen av en felles nasjonal løsning blir komplisert. Det ble i mai levert en underveisrapport for oppdraget til HOD. Prosjektgruppen har vært i kontakt med Praksisnett, som ser et behov for en digital samtykkeløsning for primærhelsetjenesten. Det ble diskutert hvorvidt Praksisnett bør inkluderes i det videre arbeidet, med tanke på å etablere løsninger som kan utvides fungere på tvers av nivåene. Det ble presisert at det viktigste er å få på plass en løsning, men det var likevel enighet om at denne bør utarbeides slik at den kan utvides til å brukes til å avgi samtykke uavhengig av formål, eller at man kan knytte seg til løsningen gjennom API-er. Løsningen bør også kunne brukes enten det er forskning eller behandling i spesialisthelsetjenesten, registre eller i primærhelsetjenesten. Selv om det kan være krevende å ha mange aktører inn i arbeidsgrupper, er det viktig å ha de rette aktørene med i arbeidet. Det ble videre pekt på viktigheten av å involvere brukerne og presisert at i denne sammenhengen må også forskerne anses som sluttbrukere. Når det gjelder finansiering, ble det informert om at prosjektet planlegger å kontakte de som sender skisse til Forskningsrådets infrastrukturprogram (frist 21. juni) og for å se om det er aktuelt å inkludere digitale samtykkeløsninger i de endelige søknadene. NorCRIN kan være en aktuell samarbeidspartner i så henseende, da de planlegger en Infrastruktursøknad. Målet er å levere en «samtykkeport» som er gjenbrukbar, men det er også ønskelig at løsningen kan treffe innbygger slik at innbygger kan håndtere egne samtykker og få tilgang til egne data. Det vil bli pilotering av løsningen i sommer, før sluttrapport skal leveres høsten 2023. Det er ønskelig at plan for neste fase er klar før rapporten leveres slik at arbeidet kan fortsette. <u>Konklusjon</u> Orienteringen fra tatt til etterretning. Prosjektleder tar med seg innspillene tilbake til arbeidsgruppen.
16-2023	**E-INFRASTRUKTUR: GJENBRUK AV EKSISTERENDE DATA- OG ANALYSETJENESTER** Oppfølging av sak 05-2023 Renate Grüner innledet kort. E-infrastruktur for bruk i forskning utvikles ulikt i de ulike regionene. Dette bidrar til at det er vanskeligere å dele forskningsdata mellom regioner. Dersom tekniske løsninger som er utviklet regionalt deles mellom regionene vil det kunne bidra til å gjøre det enklere å samarbeide blant annet om multisenterstudier. Et eksempel kan være forsknings-PACS som er utviklet i Helse Vest. De ulike regionene har også ulike tilnærminger til tekniske løsninger knyttet til håndtering, oppbevaring og prosessering av forskningsdata. Det er ønskelig å

Følsomhet Intern (gul)

	komme til nasjonal enighet om en minste felles standard som ivaretar datasikkerhet og personvern fordi data deles nasjonalt. Det ble foreslått at det etableres et nasjonalt kurs i håndtering av sensitive data, gjerne på tvers av sektorer. Datasikkerhet i en urolig verden gjelder også forskning. Fagsystemene i helsesektoren er i stor grad strukturert, særlig innenfor radiologi og laboratoriefag. Dette kan utnyttes i beregningsorientert medisin og for kunstig intelligens. Fremdeles gjenstår mye arbeid med å strukturere pasientjournalsystem. En forventning er at det i fremtiden trolig vil være mulig å i sanntid uthente av data fra slike fagsystemer, og dermed samtidig sikre nærmest full dekningsgrad. Det er avgjørende for sektorens evne til å fornye seg at forskningsresultater og andre avanserte analyser tilbakeføres til sektoren, dvs. resultater fra avanserte analyser tilbakeføres til i de samme fagsystemene. For å spare ressurser i forbindelse med innregistrering er et felles fagsystem for klinikk, forskning, innovasjon og kvalitetsforbedring den ideelle tilnærmingen. «Gjenbrukssporet» i UH-sektoren fremstår som en attraktiv løsning for å lagre og prosessere helsedata. En rekke applikasjoner for datahåndtering er allerede tilgjengelige på disse systemene. Samhandling mellom helse- og UH-sektor vil kunne forenkles betydelig. Forenklet samarbeid om helsedata med næringsliv og samarbeid internasjonalt er forventet. Det pekes i diskusjonen av gjenbrukssporet at det er vesentlige forskjeller i størrelse mellom aktørene på UH-siden, der eksempelvis HUNT Cloud for tiden har tre midlertidig ansatte. HSØ og OUS er tydelige på at data innen molekylærdiagnostikk per i dag kun praktisk kan håndteres av dataløsningen i TSD, uavhengig om dette er data brukt i klinikk og forskning. Diskusjonen viser at det er behov for opprydding i begreper (hvilke typer helsedata diskuteres i hvilke fora?) og mer tematisk avgrensning i diskusjoner for å komme videre. Frist for skisser til NFR infrastrukturmidler er i juni 2023. Helsedatarådet vil i ett av de kommende møtene høsten 2023 invitere til innspill fra helsesektoren. <u>Konklusjon</u> Forventninger til løsninger i UH-sektoren reduserer ikke nødvendigvis behovet på forbedret samordning av løsninger i helsesektoren. En satsning på gjenbrukssporet åpner prinsipielle diskusjoner om hvilke data som skal håndteres hvor og for hvor lenge. AU får i oppgave å strukturere tematikk knyttet til e-infrastruktur for forskning, og forberede en ny sak i RHFenes strategigruppe for forskning. Det vises også til tidligere saker om e-Infrastruktur, sak45-2022.
17-2023	**FOU-STATISTIKK INKLUDERT RESULTATER FRA KBS-RAPPORTERINGEN** v/ Fredrik Piro, NIFU og Hanne Korvald, OUS (Korvald deltar digitalt) FOU-statistikk for spesialisthelsetjenesten ble presentert. Det har historisk sett vært små endringer i denne statistikken fra år til år, men denne gangen er det på enkelte områder noe større endringer enn tidligere. Når det gjelder publisering av vitenskapelige artikler, var det rekord i 2021. For 2022 er det kun en liten nedgang som dersom man sammenligner med 2020

Følsomhet Intern (gul)

	likevel er en økning. For doktorgrader hadde man rekord i 2020 med 351 avlagte grader, og deretter en stor nedgang i 2021, med bare 255 avlagte grader. I 2022 steg dette til 298 avlagte grader igjen, som er om lag på nivå med 2018 og 2019. Det er grunn til å tro at tallene for 2020 og 2021, både når det gjelder publisering og avlagte doktorgrader har sammenheng med forhold knyttet til koronapandemien. Andelen poeng som gis for ekstern finansiering er økende. Ordningen med at 1 million kroner fra Forskningsrådet gir 1 forskningspoeng mens 1 million kroner fra EU gir 10 forskningspoeng, har vært et insentiv for å satse på EU. Den store økningen i tildelinger fra EU for særlig OUS har virket inn på fordelingen av de totale forskningspoengene, og dette er den viktigste årsaken til at Helse Sør-Øst RHF sin andel av de totale forskningspoeng er rekordhøy i 2022. På bakgrunn av dette ble det stilt spørsmål ved om ekstern finansiering fra EU fortsatt bør ha samme uttelling også fremover. Til dette ble det kommentert at den gode uttellingen nettopp har vært et insentiv for å bygge seg opp og satse på EU-finansiering og dermed oppnå slik finansiering, og at resultatene på denne måten kommer av en villet politikk. Kliniske behandlingsstudier er den nyeste delen av måle- og finansieringssystemet, der 15 % av de resultatbaserte midlene fordeles på bakgrunn av KBS-poeng. Målet i nasjonal handlingsplan for kliniske studier er at andelen pasienter i spesialisthelsetjenesten som deltar i kliniske studier er på 5 prosent. Tallene viser at man beveger seg mot dette målet. I 2022 ble 3,19 prosent av pasientene i norske helseforetak inkludert i KBS. Dette er en økning fra 2,49 prosent i 2021. Resultater fra helsemålingen for 2022 publiseres på regjeringen.no. <u>Konklusjon</u> Presentasjonen ble tatt til orientering.
18-2023	**COMPREHENSIVE CANCER CENTRES I NORGE** v/Per Magnus Mæhle, OUS Ordningen med Comprehensive Cancer Centres (CCC) er en del av EUs kreftplan. Per i dag er det ett slikt senter i Norge, ved OUS, og ordningen og hva som kreves for å få slik status er lite kjent. OUS sitt arbeid ble presentert. Det ble understreket at en viktig forutsetning er at det er et «senter» - en koordinerende organisering som samler og understøtter all kreftomsorg og kreftforskning ved en institusjon. Utover dette kreves det at man har en tydelig retning for utvikling og ambisjoner, et grunnleggende kvalitativt nivå og en viss aktivitet på visse nøkkelområder/-variabler og at man viser at man er en virksomhet under utvikling der det tilrettelegges for læring og vekst. En helhetlig tilnærming både med tanke på konkrete pasientforløp og med tanke på kompetanse, forskningsområder og organisering og ledelse er sentralt. I akkrediteringsprosessen for å bli CCC var det god involvering mellom audit-teamet og senteret, slik at tiltakene som ble foreslått som forbedringsområder var godt forankret i senteret.

Følsomhet Intern (gul)

	Det ble påpekt at det er to nivåer av kreftsentre, der Comprehensive Cancer Centre er det mest omfattende, mens Clinical Cancer Centre har mindre omfattende krav til blant annet forskning. Blant fordelene med å investere i å bli et CCC ble det trukket fram at det har styrket tverrgående ledelse og koordineringsevne, de spesifikke prosjektene og initiativene man har startet som resultat av prosessen, det eksterne renommé og nettverk man har fått, en styrket selvfølelse, samt at det har resultert i en langsiktig investering i pasientbehandling og forskning på kreftfeltet ved institusjonen. <u>Konklusjon</u> Presentasjonen ble tatt til orientering.
19-2023	**STATUS «STRATEGI FOR VITENSKAPELIG PUBLISERING ETTER 2024»** Oppfølging av sak 07-2023 v/ Pål Bakke, OUS og Marthe Qvenild, Forskningsrådet (deltar digitalt) Det ble rapportert fra arbeidsgruppen som ble etablert i vinter, etter at UHR og Forskningsinstituttenes fellesarena hadde uttrykt bekymring omkring prosessene og avtalene knyttet til overgangen til åpen publisering: Selv om avtalene har bidratt til at flere publiserer åpent, hadde forlagene ikke gått over til åpen publisering. Bekymringen var at dette kunne innebære at norske forskere ville komme i en situasjon der vi ikke lenger oppfyller stadig sterkere krav nasjonalt og internasjonalt om å publisere åpent. Mandatet til arbeidsgruppen er forankret i Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning 2023-2032, hvor regjeringen ba "HK-dir, Sikt og Forskningsrådet om å bistå forskningsinstitusjonene med å utarbeide en strategi for norsk vitenskapelig publisering etter 2024 og en plan for å nå målene i en slik strategi». Det er fremdeles presisert at det er institusjonene selv om er ansvarlige for å oppnå kravet om åpen publisering. For å svare på bestillingen i LTP og initiativet som ble igangsatt av UHR og FFA er det nedsatt en referansegruppe og en arbeidsgruppe bestående av representanter fra UHR, FFA, RHFene, SIKT, HK-dir. og Forskningsrådet. En mindre arbeidsgruppe skal utarbeide forslag til strategiske dokumenter som kan diskuteres i en større referansegruppe bestående av deltagere fra UH-institusjonene gjennom universitets- og høyskolerådet (UHR), deltagere fra forskningsinstituttene gjennom Forskningsinstituttenes fellesarena (FFA), De regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning (RHF), SIKT, HK dir. og Forskningsrådet. Arbeidsgruppen har få representanter for forskerne selv. Målet er å sikre lett og lik tilgang til å publisere etter 2024. Norge må forholde seg til den internasjonale konteksten, og krav spesielt i EU. Status i Norge er at 77,8% av publikasjonene er åpne på publiseringstidspunkt (ulike typer OA). Det har vært viktig at det har eksistert finansieringsordninger for dette, men flere av de som har vært mye brukt er nå avviklet. Det kan bli krevende å komme i mål med å publisere også de siste 20 % åpent innen 2024. Arbeidsgruppens mål er å komme med konkrete anbefalinger til hvordan

Følsomhet Intern (gul)

	institusjonene kan komme i mål. Til dette ble det spilt inn at dette nok vil kreve et vitenarkiv, slik at det blir mulig å deponere de artiklene som ikke publiseres OA. Det ble videre en diskusjon omkring prinsipielle utfordringer knyttet til hybride løsninger og at de ikke har ført til at kostnadene har gått betydelig ned, slik mange forutsatte at ville skje. Rapporten legges ut til egen innspillsrunde 15. juni- 1. oktober, og medlemmene i RHFenes strategigruppe ble sterkt oppfordret til å komme med sine innspill i denne perioden, slik at formålet om at forslagene kan treffe alle forskningsutførende sektorer kan oppnås. Innspill: https://www.openscience.no/innspill-til-strategi-norsk-vitenskapelig-publisering-etter-2024 <u>Konklusjon:</u> Orienteringen tas til etterretning og medlemmene oppfordres til å spre informasjon om innspillsrunde slik at det kommer innspill fra helsesektoren.
20-2023	**BIBLIOTEKSTJENESTER** Utsatt til neste møte.
21-2023	**EVALUERING AV FORSKNING I LYS AV AGREEMENT ON REFORMING RESEARCH ASSESSMENT OG NOR-CAM-ARBEIDET** v/ Ragnar Lie, UHR (deltar digitalt) NOR-CAM og CoARA er to samtidige prosesser som har ulik opprinnelse, men trekker i samme retning. Begge prosessene skal bidra til at man vurderer forskeres kompetanse og aktiviteter bredere enn tidligere, og bredere enn tellekanter og bibliometriske mål. Arbeidet springer ut fra en erkjennelse av at forskere har bred aktivitet, men at bare deler av denne er meritterende, og at disse delene til gjengjeld er i overkant meritterende. I Norge startet dette om lag 1.5 år etter plan S ble vedtatt, og har pågått siden. Senere er arbeidet koblet opp til arbeidet med CoARA, et konsortium av institusjoner som har signert «Agreement on Reforming Research Assessment». Over 500 institusjoner har nå signert. 2/3 av disse er fra UH-sektoren, men også EU-kommisjonen, Horisont Europa og ERC har signert. Formålet i begge prosessene har vært å få bedre balanse mellom kvantitative og kvalitative mål på forskningsproduksjon, en økt bredde ift. hva som anses som meritterende, og at dette vil kunne bidra til blant annet bedre kjønnsbalanse og økt mangfold. Det er viktig å merke seg at dette ikke betyr at alle skal gjøre alt, men at et slikt system er tenkt å anerkjenne faglige forskjeller, og at institusjonene bør være dem som dekker hele bredden av kompetanse. I Norge er arbeidet resultert i en verktøykasse som kan brukes for å vurdere forskere. Det som er krevende er å bli enige om egnede måter å dokumentere et slikt bredere sett av kompetanseområder, dette vil det arbeides videre med fremover. Det er etablert et NOR-CAM-nettverk i Norge (2. november.) Dette er åpent for deltakelse utenfor UH-sektoren, og helsesektoren ønskes velkommen. NOR-CAM blir et nasjonalt kapittel i CoARA, og institusjonene kan etablere sine egne

Følsomhet Intern (gul)

	versjoner av verktøyet i NOR-CAM på sine fagområder. OUS har etablert sin OUS-CAM i samarbeid med UiO: eHåndbok - OUS-CAM - verktøy for kompetansevurdering og karriereveiledning for forskere i OUS (ous-hf.no) Konklusjon: Presentasjonen tas til orientering. OUS-CAM legges ved referatet som eksempel og deles med HFene.
22-2023	**OPPNEVNING AV MEDLEM TIL VURDERINGSKOMITÉ KBS OG NASJONALT PUBLISERINGSUTVALG** Konklusjon 1) **Svein Skeie**, SUS oppnevnes på vegne av RHFene som representant for helseforetakene i vurderingskomiteen for Kliniske behandlingsstudier 2) **Melinda Berg Roaldsen**, UNN oppnevnes som representant for helseforetakene i Nasjonalt publiseringsutvalg
23-2023	**AKTUELLE SAKER FRA HOD** - Sanntidsoversikt over kliniske studier HOD orienterte om status for oppdraget med å finne løsninger for utvikling, finansiering og drift av en nettportal med en tilnærmet sanntidsoversikt over behandlingsstudier. Det ble vist til tilsvarende arbeid i Danmark og Sverige. I Danmark gjennomføres arbeidet i et samarbeid mellom TrialNation, Legemiddelverket mfl. om å etablere en nasjonal sanntidsoversikt over kliniske studier. Det kan være aktuelt å hente erfaringer fra dette arbeidet. Strategigruppen støttet HODs intensjoner og pekte på at en løsning må omfatte alle kliniske studier, ikke bare industristudiene, ikke bare legemiddelstudier, og ikke bare KBS. Det ble i tillegg påpekt at det også er behov for å kunne koble nøkkeldata inn i journal og få ordninger for automatisk datafangst, slik at man kan unngå det som i dag er et stort hinder for klinisk forskning. Det ble også løftet fram at finansiering av en løsning er en forutsetning for å få dette på plass. Flere pekte på at koblingen til NorTrials og evt. også NorCRIN kan være hensiktsmessig. - Implementeringsforskning I langtidsplanen for forskning og høyere utdanning går det frem at regjeringen vil at forskningsbasert kunnskap i større grad gjøres tilgjengelig og tas i bruk. HOD ber RHFenes strategigruppe om tilbakemeldinger på utfordringsbildet skissert i saksdokumentet og hvordan implementeringsforskning kan bli et virkemiddel for å få dette til. I diskusjonen ble det lagt vekt på at dette er et behov og en svært aktuell problemstilling, men samtidig løftet frem at det ikke bare er forskning på implementering, men også selve implementeringen som må ha fokus. Flere løftet fram at det er stort potensiale, og at det også kan gjøres koblinger mot områder som pedagogikk, simuleringsforskning og innovasjon. Det er videre behov for å se på grenseflatene mellom kvalitetsarbeid og forskning. Nettverk ble nevnt som et tiltak for å stimulere arbeidet, for eksempel via NSG.

Følsomhet Intern (gul)

	- Forsøk med medikamentell behandling for avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende midler Det ble vist til bevilgning til prosjekt med forsøk med medikamentell behandling for avhengighet til Benzodiazepiner. Midler er tildelt gjennom en øremerket bevilgning over statsbudsjettet. Midlene er håndtert av Helse Vest RHF til fagmiljøet i Helse Bergen som sikrer den nasjonale profilen og bruken av midlene til bruk i RCT, men også rammeverket rundt gjennomføring av denne type studier i ett nasjonal klinisk integrert fagmiljø. HOD vurderer å flytte midlene til kap. 732, post 78, KlinBeForsk-programmet. - Forslag til innføring av læringsmål som omhandler kliniske studier, jf. høring om felles kompetansemål i spesialistutdanningen for leger Helsedirektoratet har hatt kompetansemål i spesialistutdanningen for leger på høring. Det er to kompetansemål, ett som gjelder kompetanse om å kunne finne frem til kliniske studier og ett om rekruttering og oppfølging. HOD er gjort kjent med at det var mindre grad av tilslutning fra RHFene til det ene kompetansemålet, og ønsket å lytte av innspill fra strategigruppen. Det er bekymring blant flere i strategigruppa for om LIS-legene vil ha nok tid til å oppfylle disse kriteriene slik de er formulert nå, særlig med tanke på det store ansvaret som ligger i å rekruttere til kliniske studier. Det er derfor ønske om å justere formuleringen slik at den ivaretar denne bekymringen, ved at det vurderes om formuleringen om å «rekruttere til» kliniske studier bør tas ut.
24-2023	**REFERATSAKER** - Referat fra AU-møter (17. februar, 9. mars, 17. april, 2. mai, 10. mai, 22. mai) Konklusjon: Referatene ble tatt til orientering

25-2023	**ØVRIGE ORIENTERINGSSAKER**
	- Orientering fra møter der RHFenes strategigruppe er representert
	  ○ Referat NPU mars 2023
	  NPU får ofte mulighet til å svare på høringer. Her kan AU brukes mer aktivt.
	- Ny rapporteringsinstruks KBS
	  Ny rapporteringsinstruks er publisert på regjeringen.no
	- Status for mandat RHFenes strategigruppe
	  Forslag til nytt mandat med bl.a. ny sammensetning og formalisering av et arbeidsutvalg er sendt til AD-møtet og vil (med forbehold om at det vedtas) få virkning fra årsskiftet.

26-2023	**EVENTUELT** Ingen saker meldt under eventuelt.

Følsomhet Intern (gul)

27-2023	**PRESENTASJON AV NØKKELTALL - NASJONAL RAPPORT FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN 2022** v/ Bjørn Egil Vikse Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten ble overlevert statsråden 26. mai. Nøkkeltallene fra rapporten ble presentert, og det ble særlig vist til at det er en økning i satsingen på psykisk helse. Det vises ellers til rapporten i sin helhet.

Følsomhet Intern (gul)

RHFenes strategigruppe for forskning

Nasjonalt veikart for forskningsinfrastruktur

Saksnummer: 29-2023
Møte: 31. august 2023

Bakgrunn

I denne saken vil Forskningsrådet orientere om Norsk veikart for forskningsinfrastruktur 2023.

Forskningsrådet har høsten 2023 en aktiv utlysning av midler til forskingsinfrastruktur av nasjonal viktighet. Satsingen skal være med å bygge opp relevant og oppdatert infrastruktur som norske forskingsmiljø og næringsliv har tilgang til.

Utlysingen gjelder støtte til etablering og/eller oppgradering av forskingsinfrastruktur av nasjonal viktighet, og inkluderer norsk deltaking i samarbeid om etablering eller oppgradering av internasjonal forskingsinfrastruktur. Programmet er åpent for alle fag-, tema- og teknologiområder ved godkjente forskningsorganisasjoner og offentlig finansierte forvaltere av forskingsinfrastruktur.
I år kan det søkes om både etablering av forskingsinfrastruktur (2-200 MNOK) og forprosjekt for forskingsinfrastrukturinitiativ (inntil 2 MNOK). Tildelingsramme er 1,3 milliarder kroner.

Tidslinje for søknadsprosess

21.05.2023	Frist for obligatorisk skisse
15.07.2023	Offentliggjøring av prosjektsammendrag
Høst 2023	Søknadsprosess ved egne institusjoner
Høst 2023	Rangering egne søknader av søknadsinstitusjon
13.09.2023	Spørsmål og svar-møte (Mulighet for digital deltakelse)
15.11.2023	Frist for full søknad

Målet med offentliggjøring av prosjektsammendragene er å bidra til bedre nasjonal koordinering og samhandling mellom ulike institusjoner og forskingsinfrastruktur som opererer innen samme område. Det er offentliggjort 62 skisser innen helseforskning, av over 230 innkomne skisser.

Forslag til konklusjon
Saken tas til orientering.

Følsomhet Intern (gul)

RHFenes strategigruppe for forskning

Innovasjon

Saksnummer: 30-2023
Møte: 31. august 2023

Bakgrunn

Helsepersonellkommisjonen har i sin rapport NOU 2023:4 Tid for handling vist til innovasjon som et av flere virkemidler i håndteringen av utfordringene knyttet til knapphet på helsepersonell i årene som kommer.

Innovasjonsbegrepet har ulike definisjoner. Gjennom pilotering av innovasjonsindikatoren i RHFene i 2016 ble det anbefalt (Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet (2016)) å legge til grunn en definisjon som ikke var ekskluderende, blant annet for å inkludere forbedringstiltak som kan ha et innovasjonspotensiale. Prosjektet vurderte at en operasjonalisering av *Nytt, Nyttig og Nyttiggjort* favnet essensen i begrepet. Nasjonal rapport om forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten definerer innovasjon som et nytt produkt, en ny tjeneste, en ny produksjons- eller organisasjonsform som skaper verdier i form av økt kvalitet, effektivitet, produktivitet i helse- og omsorgstjenesten og/eller økt tilfredshet hos pasienter, pårørende eller ansatte.

Innovasjonsfeltet har ulikt fokus og er organisert ulikt i de fire helseregionene. Formålet med denne saken er delt. For det første er det ønskelig å se på hvilke definisjoner og inndelinger av innovasjonsbegrepet som benyttes og hva man legger i innovasjonsbegrepet i de ulike regionene. For det andre er det ønskelig å se på forskjeller og likheter i organisering og linjeforankring i regionene, og drøfte hvordan disse to aspektene påvirker måten det arbeides med innovasjon i regionene.
De fire regionene har også ulike tiltak rettet mot økt innovasjon i helseforetakene. Det ønskes belyst hvilke tiltak regionene har iverksatt og om det er konkrete planer om nye tiltak.

Forslag til konklusjon

Det er behov for å følge opp utvalgte problemstillinger som kom frem i diskusjonen gjennom en oppfølgingssak i et senere strategimøte eller et halvdagsseminar ved en senere anledning. Diskusjonen må sees i lys av arbeidet med oppfølging av innovasjonsindikator.

Følsomhet Intern (gul)

RHFenes strategigruppe for forskning

Innovasjonsindikator

Saksnummer: 31-2023
Møte: 31. august 2023

Bakgrunn

Siden 2007 har innovasjon inngått i oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har siden da på ulike måter rapportert innovasjonsaktivitet gjennom årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet.

Som grunnlag for diskusjon vises til presentasjon i møtet og tilhørende saksunderlag fra Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med pågående arbeid om innovasjonsindikatoren.

Forslag til konklusjon

Saken tas til orientering.

Følsomhet Intern (gul)

Notat til møte i RHFenes strategigruppe for forskning

Hvordan måle og stimulere til innovasjon i helseforetakene?

HOD og NIFU vil høsten 2023 arbeide videre med å legge til rette for pilotering med sikte på en innføring av aktivitetskomponenten av innovasjonsindikatoren i resultatbasert finansiering, det inkluderer og forutsetter:

- *Arbeid med harmonisering/kvalitetsforbedring av registrering og rapportering*
- *En vurdering av faseinndelingen og vektingen av disse*
- *Simulering av fordelingen av det øremerkede tilskuddet basert på tall for 2023*
- *Avklaringer av indikatorens faktor for nyttevurdering*

Vi ber om RHFenes tilbakemelding på om de ønsker å delta i dette arbeidet og på hvilken måte.

Hva er saken

I Hurdalsplattformen står det at regjeringen vil stimulere til innovasjon. Helse- og omsorgsdepartementet varslet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2020 at vi vil vurdere om den nasjonale innovasjonsindikatoren på sikt skal utløse økonomiske insentiver, innenfor rammen av det statlige øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene. En ev. insentivering av innovasjonsaktiviteten vurderes å være en styrking av departementes innovasjonspolitiske virkemidler. Innovasjonsbarometeret 2021 viste blant annet at tydelige politiske forventninger og handlingsrom til å innovere påvirker hvor mye og hvordan statlige virksomheter jobber med innovasjon. Formålet vil være å bidra til økt synliggjøring, deling, spredning og opptak av innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten.

Bakgrunn

Innovasjon kan utgjøre et viktig virkemiddel i håndteringen av knapphet på helsepersonell og i møte med tjenestenes store omstillingsbehov, som blant annet vist til i NOU 2023:4 Tid for handling, Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Tiltak som legger til rette for best mulig bruk av personellets tid og kompetanse blir i følge Helsepersonellkommisjonen avgjørende. Det er behov for innovative løsninger i både organisering, arbeidsprosesser og tjenesteytelse.

Helse- og omsorgsdepartementet initerte i 2014 et arbeid med å videreutvikle måling av innovasjon i helseforetakene. Resultatet ble en ny modell for måling og stimulering av innovasjon på bakgrunn av et nytt datagrunnlag. Oppdraget til NIFU og RHFene om å utvikle et forslag til systematisk oppfølging av innovasjon i helseforetakene ble omtalt i i NHSP 2016-2020. Systemet skulle dokumentere det som skjer av produkt- og tjenesteinnovasjon, og stimulere til økt gjennomføring, implementering og spredning av nye løsninger. På sikt skulle det vurderes om målesystemet skulle utløse økonomiske insentiver, innenfor rammen av det statlige tilskuddet til forskning i helseforetakene.

Helseforetakene har siden 2020 rapportert på innovasjon ved bruk av det nye systemet. Den nasjonale innovasjonsindikatoren består av to komponenter (aktivitet og nytte), men rapporteringen fra helseforetakene i det nasjonale målesystemet til departementet er begrenset til den ene komponenten (aktivitet). NIFU har som del av sitt oppdrag i avtalen med departementet at de skal videreutvikle indikatoren og gjennomføre simuleringer blant annet med sikte på en ev. innføring av resultatbasert finansiering av innovasjon. Dette arbeidet vil prioriteres høsten 2023.

Status

I et møte med RHFene 23. juni d.å. ble det gitt ulike tilbakemeldinger på rapporteringen på indikatoren. Det varierer i hvilken grad løsningen brukes, hva som registreres og hvordan rapporteringen følges opp. I noen regioner stilles det som krav for regionale innovasjonsmidler at informasjonsløsningen brukes. Flere viste til at det er mye aktivitet, men at det ikke er god nok oversikt over aktiviteten. Implementering og spredning av gode innovasjoner ble trukket frem som viktig. Flere har gitt uttrykk for et behov for en nasjonal arbeidsgruppe eller tilsvarende mellom helseregionene om tjenesteinnovasjon.

Departementets foreløpige vurdering er at det er et behov for harmonisering av hva som skal registreres i informasjonsløsningen og hva som skal rapporteres som innovasjonsaktivitet. Det kan være behov for å se på indikatorens faseinndeling ved en ev. insentiviering av indikatoren, om det for eksempel bør legges en sterkere vekt på de senere fasene mot implementering og spredning.

Bakgrunnsdokument

Hvordan måle og stimulere til innovasjon i helseforetakene?

Hva er saken

I Hurdalsplattformen står det at regjeringen vil stimulere til innovasjon. Innovasjon kan utgjøre et viktig virkemiddel i håndteringen av knapphet på helsepersonell og i møte med tjenestenes store omstillingsbehov, som blant annet vist til i NOU 2023:4 Tid for handling, Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Tiltak som legger til rette for best mulig bruk av personellets tid og kompetanse blir i følge Helsepersonellkommisjonen avgjørende. Det er behov for innovative løsninger i både organisering, arbeidsprosesser og tjenesteytelse. Innovasjonsbarometeret 2021 viste blant annet at tydelige politiske forventninger og handlingsrom til å innovere påvirker hvor mye og hvordan statlige virksomheter jobber med innovasjon.

Helse- og omsorgsdepartementet initerte i 2014 et arbeid med å videreutvikle måling av innovasjon i helseforetakene. Resultatet ble en ny modell for måling og stimulering av innovasjon på bakgrunn av et nytt datagrunnlag. Den nasjonale innovasjonsindikatoren består av to komponenter (aktivitet + nytte), men rapporteringen fra helseforetakene i det nasjonale målesystemet til departementet er begrenset til den ene komponenten (aktivitet). Indikatoren er hittil ikke knyttet opp mot finansiering. Det ble varslet i NHSP 2016-2020 at departementet skulle vurdere om indikatoren skal virke inn på fordelingen av det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene.

Notatet oppsummerer arbeidet med å utvikle, innføre og rapportere på nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet i helseforetakene.

Hvorfor måle?

Innovasjon er et sentralt virkemiddel for å bidra til fornyelse og bærekraft i helsetjenestene. Det er behov for både forskningsbasert innovasjon med et innovasjonspotensiale og innovasjon knyttet til tjenester og prosesser i sykehusene. Det kan ha sitt utgangspunkt i ansatte, pasienters eller pårørendes behov, eller gjennom samarbeid med helsenæringen. Helseforetakene har siden 2007 rapportert innovasjonsaktiviteter gjennom en kombinasjon av kvalitative beskrivelser og kvantiative indikatorer. Innovasjonspotensial i forskningsprosjekter finansiert av regionale forskningsmidler måles gjennom antall meldinger om nye oppfinnelser (DOFI), prosjekter som har ført til samarbeid med næringslivet eller forskningsprosjekter som videreføres som innovasjonsprosjekter. Helseforetakenes teknologioverføringsselskaper (TTOene) måler kommersialisering av ideer fra helseforetakene i form av antall forskningsbaserte ideer som er vurdert, antall gjennomførte bedriftsetableringer og antall lisensavtaler.

Utvikling av en nasjonal innovasjonsindikator i 2014/2015 hadde blant annet utgangspunkt i en erkjennelse fra de som jobber med innovasjon i helseforetakene at de eksisterende innovasjonsindikatorene ikke var dekkende og ikke skapte god nok oversikt over aktiviteten i sykehusene.[1] Dette bekreftes også i innovasjonslitteraturen.[2]

---

[1] Sivertsen (2015) Måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene. NIFU Arbeidsnotat 16/2015

[2] Indikatorer som ressursbruk til forskning og innovasjon, patenter, lisenser og partnerskap med helsenæringen er omtalt som toppen av isberget, og at majoriteten av innovasjonsaktivitet ikke fanges opp gjennom slike indikatorer. Se litteraturhenvisninger i Saidi et al (2021): *Making «hidden innovations» visible? A case study of an innovation management system in health care*, Tehcnology Analysis & Strategic Management 2021, Vol 33, No. 7 729-741

I sykehusene er tjenesteinnovasjon tett koblet til daglig drift, tjenesteutvikling og forbedring, noe som kan gjøre det vanskelig å identifisere tjenesteinnovasjon fra annet utviklingsarbeid. Dette kan føre til at tjenesteinnovasjon ikke håndteres på en strukturert og strategisk måte, som videre kan være til hinder for spredning og implementering. Av den grunn er slike innovasjoner også omtalt som «skjulte innovasjoner».[3] Den nære koblingen til tjenesteutviklingen kan utfordre transparens og skalering, og en risikerer at tilsvarende løsninger utvikles flere steder.

Tjenesteinnovasjoner er heterogene i den forstand at de innebærer ulike løsninger og tilnærminger, de er eksperimentelle og leveres i hovedsak gjennom interaksjoner mellom personell/ev. personell og pasienter. Aktiv involvering av personellet i frontlinjen er derfor sentralt.[4]

Begrunnelsen for en nasjonal måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene var derfor å synliggjøre slike innovasjoner gjennom *registrering, rapportering, spredning, implementering* og *stimulering.* Dette har paralleller til å registrere forskningaktivitet gjennom publiseringsanalyse, slik det er gjort for helseforetakene siden 2003.

Kort om den nasjonale innovasjonsindikatoren

Den nasjonale innovasjonsindikatoren består av to dimensjoner: i den ene besluttes oppfølgingen av et innovasjonsprosjekt gjennom bestemte faser, i den andre gjennomføres en vurdering av innovasjonens forventede nytte, verdi eller kommersielle potensiale. En sentral forutsetning for modellen var at alle helseforetak har et informasjonssystem for profesjonell oppfølging av innovasjon.

I modellen som ble utviklet i 2015 ble det foreslått at data fra begge dimensjoner skulle brukes og kombineres til en samlet beregning av innovasjonspoeng. I modellen gis en høyere poengskår jo mer fremskreden i fasene innovasjonen er og jo større nytte, verdi eller kommersielt potensiale innovasjonen har. Hver fase defineres gjennom et sett av oppgaver og et beslutningsgrunnlag/dokumentasjon som må foreligge før fullføring. De ulike fasene er: 1) Ideen skal videreføres; 2) Gjennomført forprosjekt; 3) Gjennomført pilot; 4) Gjennomført iversetting; 5) Dokumentert spredning av ideen.

Nyttevurdering skulle defineres gjennom felles retningslinjer, metoder, referanserammer og økonomiske modeller for å vurdere, revurdere og ev. verifisere nytte, samfunnsøkonomisk verdi eller kommersielt potensiale. Det krever både kompetanse og tid hos helseforetakene å gjennomføre dette.

Tre forhold ble trukket frem som viktig for å bidra til spredning av innovasjoner. Dette var god datakvalitet, god bruk av et felles informasjonssystem for deling og kommunikasjon om innovasjoner og insentivering av bruk av innovasjoner utviklet i andre helseforetak, for å motvirke «not invented here»-syndromet.

Utviklingen av den nasjonale indiaktoren tok utgangspunkt i seks kriterier for etablering av en indikator for innovasjon. Disse ble omtalt som nødvendige, men ambisiøse og på det tidspunktet ikke innfridd, verken i Norge eller andre land.

Tabell 1: Kritierier for etablering av en indikator for innovasjon

---

[3] New take on managing innovation in hospitals | Forskningspolitikk (fpol.no)

[4] Saidi et al (2021)

1.	Stimulere til økt innovasjon, herunder øke oppmerksomheten og forståelse for innovasjon (skape innovasjonskultur)
2.	Stimulere til økt samarbeid og kunnskapsdeling om innovasjon i ulike deler/sektorer av samfunnet
3.	Bør kunne gi et nyansert bilde av foretakenes arbeid med og innsats på innovasjon
4.	Favne flere sider av innovasjonsbegrepet, dvs. også prosess- og tjenesteinnovasjon, samt flere nivåer av nyskaping
5.	Bør kunne bidra til å nå målene som er satt for innovasjon innenfor helse
6.	Bør kunne brukes til nasjonal benchmarking

RHFene gjennomførte en pilotering av først poeng for fase (2016), og deretter gjennomføre rapportering på denne (2018). Det ble gjort enkelte tilpasninger i innovasjonsindikatoren (fase) på bakgrunn av piloteringen. Nyttedimensjonen ble pilotert i fire universitetssykehus i 2018. Se vedlegg for nærmere omtale av tidslinjen/arbeidet med å utvikle indikatoren.

Hvordan skjer målingen?

Hensikten var å gjøre det enkelt å måle, registrere og rapportere innovasjonsaktivitet. Med indikatoren skulle registreringen skje som en del av en arbeidsprosess, for å unngå tilleggsrapportering. Parallellen til forskning er vitenskapelig publisering, som er en integrert del av den siste prosessen av et vitenskapelig arbeid.[5]

Hensikten var videre at andre kunne søke og finne informasjon om et innovasjonsarbeid som kan være relevant et annet sted i tjenesten. På samme måte som når forskere kan søke, gjenfinne og lese publikasjoner i de bibliografiske systemene som er utviklet innenfor forskning.

For hver av de ulike fasene er det utviklet kriterier og dokumentasjonskrav. Kriteriene ble bearbeidet i RHFenes pilotering i 2016.

Status og erfaringer så langt

Hittil er det kun tilgjengelige data for aktivitetsdimensjonen av indikatoren, fordelt på de fem fasene. Dataene gir verken informasjon om geografisk fordeling eller type innovasjon. Det er en verdi i å se antall innovasjoner og hvorvidt det er en økning i antall prosjekter som kan dokumentere spredning av ideen. Men det er et potensial for å hente ut mer data. Departementet har begrenset informasjon om innovasjonsaktiviteten i sykehusene generelt og til de operative sidene ved informasjonsløsningen og/eller erfaringer fra rapporteringen på indikatoren spesielt.[6] Departementet var observatør i RHFenes arbeidsgruppe for innovasjon, men denne har ikke vært aktiv de siste årene. Dette var en møtearena for gjensidig orientering og strategisk dialog om innovasjon i spesialisthelsetjenesten. Flere RHF har uttrykt ønske om å revitalisere denne arbeidsgruppen.

[5] NIFU arbeidsnotat

[6] Kilder til informasjon er primært HO21-monitor, RHFenes årlige rapport om forskning og innovasjon til pasientens beste, og helseforetakenes nettsider. Vestre Viken har for eksempel omtale av prosjekter som også er tatt i bruk av andre: videosamtale med AMK , Fjernstyrt CT på Ål sjukestugu og Brukerstyrt epilepsioppfølging. Lenke: Ledende på innovasjon - Vestre Viken

HOD har bidratt i et forskningsprosjekt gjennomført ved Universitetet i Oslo, TIK-senteret i 2020 om innovasjonsindikatoren som et redskap for å måle innovasjon på en systematisk måte. I studien ble 17 brukere fra 10 helseforetak intervjuet. Studien konkluderer med at bruken av innovasjonsindikatoren til en viss grad har synliggjort tjenesteinnovasjoner i sykehusene, og lagt til rette for identifisering, deling og læring mellom helseforetak og med eksterne partnere. Det vises til at flere sykehus engasjerer seg i hverandres arbeid ved å identifisere prosjekter av felles interesse, og at sykehusene gis mulighet til å adoptere innovasjoner, noe som bidrar til bedre ressursbruk. Studien viser til at det er begrenset bruk av informasjonssystemet, og ser dette i sammenheng med manglende kompetanse og insentiver blant helsepersonell for å bruke systemet, fravær av en felles retningslinje og forståelse av innovasjon. Det understrekes at det må organisatoriske tiltak til for å støtte og håndtere innovasjonsarbeidet på en systematisk måte. Særlig vekt legges på kapasitetsbygging, koordinering av aktiviteter og insentiver.[7] Studien identifiserer flere utfordringer. Disse var å skalere opp bruken av målesystemet fordi helsepersonellets kapasitet til å drive med innovasjon og utviklingsarbeid er knapp og bygge en innovasjonskultur.

Utfordringene avdekket i studien er delvis sammenfallende med utfordringer som RHFene pekte på i sin rapport fra 2016. Dette var mer tydelige rammer for innovasjonsaktivitet (oppdragsdokument, utrede mulig lovpålagt oppgave og øremerkede midler); bedre forankring i ledelsen for å øke innovasjonsaktivitet og implementeringstakt; insentivmodell for tjenesteinnovasjon i helseforetakene; bedre kommunikasjon og synliggjøring av innovasjon og heve kunnskapen om innovasjon for å styrke innovasjonskulturen. RHFene hadde flere forslag til anbefalinger som blant annet inkluderte konkrete mål for innovasjon i oppdragsdokumentet, publisering av innovasjonsindikatorer enten via HelseOmsorg21-monitor, eller en selvstendig portal.

I den årlige rapporten om forsknings- og innovasjonsaktivitet i spesialisthelsetjenesten vises det til at ikke all innovasjonaktivitet ved sykehusene fanges opp av etablerte målesystemer. Eksempler på dette er innovasjon knyttet til store byggeprosjekter, innovative offentlige anskaffelser og innovasjonsaktivitet i foretakene som har annen finansiering enn regional finansiering. [8]

Departementet har et informasjonsbehov om status for rapportering og oppslutningen om den. Dette er bakgrunnen for et innspillsmøte med sentrale aktører fra RHF, HF, NIFU og Induct (informasjonsløsningen) 23. juni der vi blant annet vil be om innspill på om innovasjonsindikatoren fungerer etter sin hensikt, hvilke muligheter og hindre innovasjonsindikatoren gir for måling av innovasjonsaktivitet og hvordan tilrettelegge for økt innovasjonsaktivitet i sykehusene.

Viktige spørsmål som vi ønsker belyst er:

- Hvor mye brukes indiaktoren, er den godt nok kjent?
- Skaper indikatoren god oversikt over innovasjonsaktiviteten, jf. hensikten med indikatoren?
- Hvordan vurderes kompletthet og datakvalitet?
- Hva skal til for å rapportere nytte?
    - Forenklet nyttevurdering gjennom økonomisk nyttevurdering (innovasjoner over en viss økonomisk terskel gis økt poeng)?
    - Utvidet nyttevurdering som inkluderer kvalitative kriterier gjennom fagfellevurdering eller en juryordning?
    - Integrert nyttevurdering i aktivtetsindikatoren?

---

[7] Making 'hidden innovation' visible? A case study of an innovation management system in health care: Technology Analysis & Strategic Management: Vol 33, No 7 (tandfonline.com)
[8] nasjonal-rapport-forskning-og-innovasjon-2022.pdf (regjeringen.no)

- Vurderes kriteriene for innovasjonsindikatoren (jf. tabell) som oppfylt?
- Hvilke tiltak kan gjennomføres regionalt og hvilke tiltak bør gjennomføres nasjonalt?

Vedlegg

Innovasjonsbegrepet

I utviklingen av innovasjonsindikatoren ble ulike forståelser av innovasjonsbegrepet diskutert. Etter pilotering av innovasjonsindiaktoren i RHFene i 2016 ble det anbefalt å legge til grunn en definisjon som ikke var ekskluderende, blant annet for å inkludere forbedringstiltak som kan ha et innovasjonspotensiale. Innovasjonsindikatoren inkluderer både produkt- og tjenesteinnovasjon. Prosjektet vurderte at en operasjonalisering av *Nytt, Nyttig og Nyttiggjort* favnet essensen i begrepet og at det skulle brukes som en arbeidsdefinisjon i helseforetakene, se figur.

NYTT	NYTTIG	NYTTIGGJORT
Kan ideen defineres som noe nytt?	**Har ideen nytte/verdi innenfor en av nyttekategoriene?**	**Er det dokumentert at ideen er implementert?**
Er ideen ny for: • Klinikken • Sykehuset • Helseforetaket • Regionen • Landet • Internasjonalt Dersom ja på en av disse skal ideen behandles som en potensiell innovasjon.	Nyttekategoriene: • Pasienttilfredshet • Ansattilfredshet • Kvalitet • Effektivitet • Inntekter • Kostnader Dersom ja på en eller flere av kategoriene må nytten vurderes mot helseforetakets strategier og mål.	Dokumentasjon: • Fullføring av fase 4, implementering • Tilgjengeliggjort sluttrapport (en-siders oppsummering) Dersom ja på disse vil ideen anses som en innovasjon som kan spres til andre helseforetak.

Figur: De regionale helseforetakene (2016)

Nasjonal rapport om forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten (2023) definerer innovasjon som et nytt produkt, en ny tjeneste, en ny produksjons- eller organisasjonsform som skaper verdier i form av økt kvalitet, effektivitet, produktivitet i helse- og omsorgstjenesten og/eller økt tilfredshet hos pasienter, pårørende eller ansatte.

Bakgrunn: arbeidet som ledet frem mot en nasjonal innovasjonsindikator

De regionale helseforetakene har siden 2008 på ulike måter rapportert innovasjonsaktivitet. I 2011 ga HOD RHFene et oppdrag om å vurdere og utvikle det eksisterende settet av innovasjonsindikatorer i spesialisthelsetjenesten, til å også inkludere prosess- og tjenesteinnovasjon.

Rapporten «Forslag til nye nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren» fra 2011 var RHFenes svar på oppdraget. Gjeldende innovasjonsindikatorer ble beholdt, og det ble i tillegg foreslått innført noen nye.

På bakgrunn av rapporten, og som et ledd i NIFUs oppdrag fra HOD om å videreutvikle det nasjonale målesystemet for forskning og innovasjon, gjennomførte NIFU i 2011 et oppdrag fra HOD om å utvikle og lage en vektet indeks av innovasjonsindikatorer benyttet i RHFene basert på rapporteringskrav og indikatorer for innovasjon. I rapporten «Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene. En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren» presenterte NIFU en ny modell for måling og stimulering av innovasjonsaktivitet i helseforetakene.[9]

[9] Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene. En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoen (unit.no)

Modellen tok utgangspunkt i datagrunnlag som genereres når tjenesteinnovasjon og kommersialisering følges opp på en profesjonell måte i en beslutningsprosess. Formålet var å måle innovasjonsaktiviteten etter hvor langt prosjektene føres gjennom et faseforløp i retning av implementering og spredning, eller kommersialisering. Dette var den ene aksen i modellen. Den andre aksen var å vurdere og fastsette en nytteverdi av innovasjonen. Modellen ble beskrevet som arbeidsbesparende. Den forutsatte et nasjonalt integrert informasjonssystem for profesjonell oppfølging av innovasjon. Dette skal nå være implementert ved alle landets helseforetak.[10]

På oppdrag fra HOD ble det gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt av den nye innovasjonsindikatoren i RHFene i 2016.[11] Prosjektet ble av RHFene avgrenset til den ene aksen, innovasjonsaktivitet. Det ble på bakgrunn av dette gjennomført justeringer i indikatoren, presentert i en rapport som dokumenterte arbeidsmetodikken og erfaringene fra prosjektet. Her står det blant annet:

«Det er enighet blant deltakende helseforetak om at denne justerte modellens fasekriterier og poenggivning vil være operasjonelt funksjonell, uten å øke behovet for administrativt arbeid hos helseforetakene. Helseforetakene er også omforent om at den synliggjøring og transparens som muliggjøres gjennom et nasjonalt integrert informasjonssystem vil bidra til å øke innovasjonsaktiviteten.»

RHFene gjennomførte i 2017 et arbeid for å utvikle indikatoren for måling av nytteverdien av innovasjonsprosjektene i helseforetakene, jf. nyttekomponenten av indikatoren. På bakgrunn av dette arbeidet ble det foreslått at nytteindikatoren skulle bestå av tre hovedkategorier: pasientnytte (pasienttilfredshet, behandling/helsegevinst, redusert klinisk risiko), økonomisk nytte (reduserte kostnader, økte inntekter) og organisatorisk nytte (medarbeidertilfredshet, enklere arbeidsprosesser, reduksjon i flaskehalser). Kategoriene skulle gis en skår. For å bidra til mer uavhengig evaluering av nyttevurderinger ble det foreslått at ett RHF skulle validere nytteskåren i et annet RHF. Tanken var at dette i tillegg skulle bidra til erfaringsutveksling. En anbefaling fra dette arbeidet var at nyttevurderingen skulle piloteres i 2018 for å hente erfaringer og tilbakemeldinger.

I oppdragsdokumentet for 2018 ga HOD følgende oppdrag til de regionale helseforetakene å implementere nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene og gjennomføre en prøverapporering på aktivitetsindikatoren for 2017. I oppdragsdokumentet for 2019 ble de bedt om å rapportere på indikatorer for innovasjonsaktivitet og -nytte for 2018. I årlig melding for 2019 ble det vist til at det var utviklet en praktisk tilnærming for gjennomføring av nyttevurdering av innovasjonsprosjekter lokalt og nasjonalt. Piloten i 2019 var avgrenset til fire universitetssykehus og i følge årlig melding var målet for 2020 var å utvide nytterapporteringen til alle helseforetak.

Rapportering på indikatoren forutsatte at alle helseforetak hadde tatt i bruk et felles informasjonssystem for registrering og profesjonell håndtering av innovasjonsprosjekter. I løpet av 2018 (?) hadde alle helseforetakene fått et slikt system.

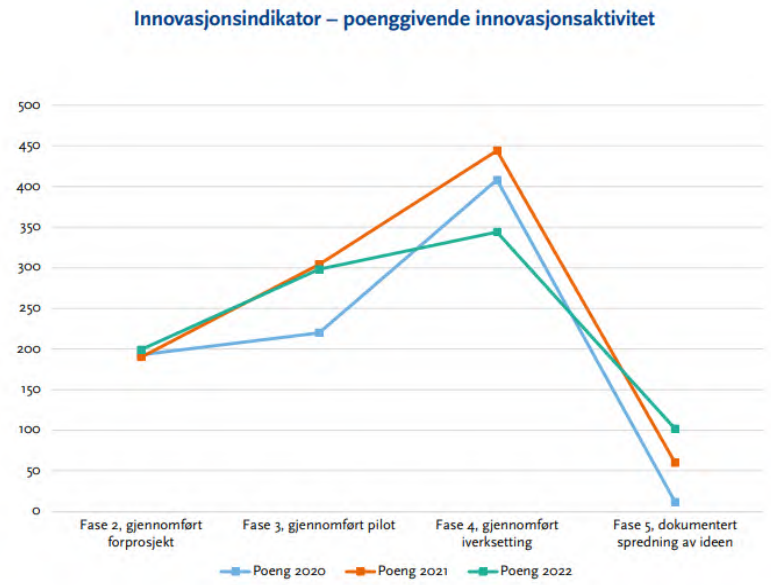
Siden 2020 har helseforetakene rapportert på aktivitetskomponenten ved indikatoren, se figur. Det er økende oppmerksomhet om målesystemet nasjonalt og internasjonalt.[12]

---

[10] Induct

[11] Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet. Videreutvikling av nasjonale innovasjonsindikatorer for helsesektoren (2016), de regionale helseforetakene

[12] Se for eksempel Nasjonale innovasjonspoeng publisert: Ahus på topp (dagensmedisin.no) og henvendelser fra blant annet Danmark og Skotland.



Innovasjonsaktivitet	Antall 2020	Poeng 2020	Antall 2021	Antall 20212	Antall 2022	Poeng 2022
Idéfangst	425	0	347	347	447	0
Fase 1, ideen skal videreføres	263	0	262	262	259	0
Fase 2, gjennomført forprosjekt	193	193	190	190	199	199
Fase 3, gjennomført pilot	110	220	152	152	149	298
Fase 4, gjennomført iverksetting	102	408	111	111	86	344
Fase 5, dokumentert spredning av ideen	2	12	10	10	17	102
Totalt	1095	833	1072	1072	**1157**	**943**

Kilde: De regionale helseforetakene (2023): Forskning og innovasjon til pasientens beste. Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2022

RHFenes strategigruppe for forskning

Publiseringsindikator

Saksnummer: 32-2023
Møte: 31. august 2023

Bakgrunn

I Utsynsmeldingen (Meld.St. 14; 2022-2023) ble det signalisert at regjeringen vil fjerne resultatbasert uttelling på blant annet publisering i UH-sektoren fra 2025. Indikatoren skal imidlertid beholdes for spesialisthelsetjenesten og for instituttsektoren. I denne forbindelse er Det nasjonale Publiseringsutvalget gitt i oppdrag å utrede publiseringsindikatoren og hvordan denne bør innrettes i fremtiden.

Formålet med saken er å gi en orientering om arbeidet og starte dialogen om prosessen og indikatoren.

Forslag til konklusjon
Saken tas til orientering

Følsomhet Intern (gul)

HELSE VEST HELSE SØR-ØST HELSE MIDT-NORGE HELSE NORD

Notat til AD-møte

Til: AD-møte
Fra: Spesialisthelsetjenesteavdelingen, seksjon for kompetanse, forskning og innovasjon
Dato: 21. august 2023
Saksnr:

Revidering av instruks til styrene i RHFene om samarbeid med UH-sektoren

HOD skal i samarbeid med KD revidere instruks til styrene i RHFene om deres samarbeid med universiteter og høyskoler. Dette er en oppfølging av tiltak i Meld. St. 16 (2020-2021) Utdanning for omstiling – Økt arbeidslivsrelevans i høyere utdanning. Departementet ønsker å orientere om prosess for revidering av instruksen frem mot vedtak i foretaksmøtet januar 2024.

Bakgrunn for saken

Ifølge vedtektene for de regionale helseforetakene § 13 Universitetene og høyskolenes oppgaver, 3. ledd, skal foretaksmøtene fastsette instruks om forholdet til universiteter og høyskoler. Formålet med instruksen er å bidra til at samarbeidet mellom de to sektorene om forskning, innovasjon og utdanning ivaretas innenfor formaliserte rammer og er basert på felles prinsipper. Instruksen er revidert flere ganger, alle revideringer er gjennomført av HOD i dialog med KD og sektorene, og vedtatt av foretaksmøtet. Forrige revidering ble gjennomført i 2012, vedtatt 2013. Behov for revidering gjelder særlig regionalt og lokalt samarbeid om utdanning og kompetanseutvikling. I tillegg er et mål å legge til rette for gjensidighet i samarbeidet ved at KD tar stilling til om en tilsvarende føring kan gis i deres linje. I utformell dialog med RHFene er manglende gjensidighet trukket frem som en utfordring for samarbeidet.

Vurdering

Formålet med å revidere instruksen er å utvikle det langsiktige arbeidet for å styrke samarbeidet mellom UH og helsetjenestene lokalt, regionalt og nasjonalt. Forskning og utdanning av helsepersonell er to av hovedoppgavene til helseforetakene. Departementet har gjennom uformell dialog med RHFene mottatt vektige argumenter for en gjennomgang av dagens instruks. Dette handler blant annet handler om veiledning og gjennomføring av praksis, dimensjonering av utdanningskapasitet og overordnede prinsipper for samarbeidet. HOD og KD vil i løpet av august/september utarbeide et forslag til ny instruks basert på innspill fra RHFene. I september og oktober vil departementene forelegge utkast til ny instruks for RHFene, herunder de regionale samarbeidsorganene og UHR helse og sosial. Det tas sikte på vedtak i foretaksmøtet januar 2024.

Forslag til konklusjon:

Vedlegg: Gjeldende instruks

RHFenes strategigruppe for forskning - AU

Referat

Tid: 19. juni 2023 kl. 08:30 – 09:45
Sted: Teams
Til stede: Renate Grüner (leder), Tove Klæboe Nilsen, Erlend B. Smeland, Lars Eikvar fra kl 08.55
Fra sekretariatet: Torunn Olsnes, Sølvi Lerfald

AU 49-2023	**Godkjenning av innkalling og dagsorden** Forslag til konklusjon: Innkalling og dagsorden ble godkjent.
AU 50-2023	**Referat fra tidligere møte i AU for strategigruppen** Godkjent på sirkulasjon.
AU 51-2023	**Oppfølging av saker fra RHFenes strategigruppe og prioriteringer til møtet i august** - **Sak 20-2023** Bibliotekstjenester ble utsatt pga. forfall og settes opp på nytt i augustmøtet - **Sak 15-2023** Digitalt samtykke følges opp i oktober når den endelige rapporten er ferdig. I mellomtiden forventes det at det blir kalt inn til styringsgruppemøte. Det var ikke så mye nytt i saken, bortsett fra at primærhelsetjenesten (via PraksisNett) nå er tema. Helse Nord meldte at det ble orientert om arbeidet i samarbeidsorganet og at UiT er interessert i digitalt samtykke via helsenorge.no i forbindelse med befolkningsundersøkelsene. UiT jobber med en egen digital samtykkeløsning for dette via helseboka.no, men er interessert. Det ble kommentert at dette er et eksempel på at jo lenger tid det går før en nasjonal løsning er på plass, jo flere alternative løsninger vil komme. - **Sak 16-2023** E-Infrastruktur. AU er bedt om å strukturere problemstillingene og legge frem ny sak for strategigruppen. Det ble diskutert hvilken innretning som er mest tjenlig, da det er flere prosesser som går og det er usikkert hvordan landskapet vil se ut, også knyttet til endringer i den sentrale helseforvaltningen. Det kan derfor være hensiktsmessig å vente med en større sak til møtet i november, og at man da kan drøfte hvor man ønsker å være om fem-ti år og hvordan man kan komme dit. Aktuelle tema er blant annet hvordan data kan håndteres og deles på tvers av regioner, datahåndtering for nasjonalt genomsenter, ulike typer helsedata (biologiske data, registerdata osv.). Oppdatert status for ulike løsninger i de ulike regionene kan også være nyttig.

Følsomhet Intern (gul)

	OUS har hatt en sak for ledermøtet om dette, som vil bli sirkulert. Her er tema blant annet hvordan man kan bruke forskningsportalen og når OUS sine løsninger fortsatt er mer tjenlige. I forlengelsen av dette kan det være aktuelt at RHFenes eller NSG inviterer noen fra UH for dialog om hvordan de ser for seg samarbeid. Til møtet i august er det aktuelt å diskutere Infrastruktursøknadene generelt, prioriteringer og forankringer. eInfrastruktursøknaden bør presenteres separat. - **Sak 19-2023** Åpen publisering. Høringen er nå ute. Lenke legges inn i referatet og høringen settes opp på agendaen for et AU-møte til høsten - **Sak 23-2023** Saker fra HOD: Sanntidsinformasjon om kliniske studier: Denne må tas opp igjen når bestillingen er klar. Et aktuelt punkt å få synliggjort behovet for strukturerte data fra journal i kliniske studier. Det viktige vil bli å finne de riktige miljøene. Eks - Sverige: Startsida (hiks.se) - Implementeringsforskning: Tema til NSG? - Sak til augustmøtet om innovasjon: Det kan være aktuelt å invitere innovasjonsrådgiverne i regionene til å ha en presentasjon om hvordan det jobbes i regionene. - Skal være møte om Innovasjonsindikatoren 23. juni. Oppfølging i AU i august Konklusjon Helse Vest setter opp forslag til agenda på bakgrunn av diskusjonen i møtet.
AU 52-2023	**Seminar i Bergen 1. september 2023** Forslag til program gjennomgått i møtet. Innspill: - Kan ta opp det å dele data i og mellom regioner. Dette er en utfordring som kanskje fortjener å være et eget diskusjonspunkt. - Ønske om at det settes av mer tid til personvern og informasjonssikkerhet, da dette ikke diskuteres tilstrekkelig på andre arenaer. Styringsgruppen for Normen har nylig vedtatt en Veileder om informasjonssikkerhet og personvern i forskning og kvalitetsprosjekt. - Det er aktuelt å spørre HOD om de kan si noe om arbeidet med rettslige rammer for helseforskning Konklusjon Helse Vest justerer programmet på bakgrunn av innspillene som kom i møtet og sender på sirkulasjon til AU.
AU 53-2023	**Ny leder for NPU: innspill fra RHFene** - Vedlegg: epost fra NPU-sekretariatet. Konklusjon AU har ingen innvendinger til forslaget og ingen forslag til andre kandidater. Ingen innvendinger. Sekretariatet melder tilbake til UHR.

Følsomhet Intern (gul)

AU 54-2023	**Infrastruktursøknader forskningsrådet (skissefrist 21.juni)** AU orienterte hverandre om hvilke initiativ de kjenner til. Det vil komme flere søknader, både fra foretakene og relevante initiativ fra UH-siden. Det ble kort diskutert om det kan være aktuelt å løfte noen i fellesskap, selv om det ikke er aktuelt å prioritere skisser på det nåværende tidspunkt.
AU 55-2023	**Møtedatoer for AU høst 2023** Tidligere utsendte datoer: - 17. august - 13.september - 16.oktober Flere har fått mulige møtekollisjoner på de to siste tidspunktene. <u>Konklusjon</u> Det er hensiktsmessig med en kontinuitet i møtene, og det er ønskelig å få datoene inn i kalenderne før sommeren. Sekretariatet sender ut en epost med alle datoene og ber om tilbakemelding fra alle AU-medlemmene.
AU 56-2023	**Eventuelt**

Neste AU-møte: 17. august 2023

Følsomhet Intern (gul)

RHFenes strategigruppe for forskning - AU

Referat

Tid: 17. august 2023 kl. 14:00 – 15:00
Sted: Teams
Til stede: Renate Grüner (leder), Lars Eikvar, Erlend B. Smeland, Tove Klæboe Nilsen, Siv Mørkved, Torunn Olsnes (sekretariat)

AU 57-2023	**Godkjenning av innkalling og dagsorden** Konklusjon: Innkalling og dagsorden godkjent
AU 58-2023	**Referat fra tidligere møte i AU for strategigruppen** Konklusjon: Referat godkjent
AU 59-2023	**Oppnevning av representant til rådgivende utvalg for FoU-statistikk** To kandidater ble fremmet, Sølvi Lerfald fra Helse Vest, og Torstein Hole, Helse Møre og Romsdal. I tillegg vil OUS fremme en kandidat da de også er forespurt direkte. Konklusjon: AU vil fremme begge kandidatene. Det blir opp til SSB å vurdere hvem som er mest aktuell ut fra den øvrige sammensetningen.
AU 60-2023	**Program seminar 1. september** AU hadde følgende innspill til programmet: - Erik Fosse forespørres om å holde innlegg om forskning integrert i klinikk - Tove Klæboe Nilsen er ordstyrer for sesjonen «Samarbeid om forskerinitierte kliniske studier i Norge» - Melinda Berg Roaldsen forespørres om å holde innlegg om behov for datadeling, ulike løsninger og praktiske problem knyttet til dette Konklusjon: AU sluttet seg til programmet med de endringene som ble fremmet i møtet.
AU 61-2023	**Saksliste til RHFenes strategigruppe 31. august** 29-2023 Infrastruktur: Todelt sak der Forskningsrådet først presenterer veikartet, AU ønsker også at Forskningsrådet orienterer om videre prosess. Deretter diskusjon omkring infrastruktur, hvordan kan nasjonal forskningsinfrastruktur avhjelpe utfordringer i spesialisthelsetjenesten. Saken vil få noe kortere tid enn skissert.

	30-2023 Innovasjon: Innovasjonsrådgiverne (Marit Bratlie, Lena Forgaard, Sture Pettersen, Andreas Moan) er invitert til denne saken. Det vil være behov for at saken får mer tid i programmet enn opprinnelig oppsatt. 31-2023 Publiseringsindikator: Denne saken utvides noe. 32-2023 Innovasjonsindikator: Denne saken legges rett etter sak 30-2023, og innovasjonsrådgiverne inviteres med som observatører i denne saken. 33-2023 Sikkerhet på sensitive fagområder. Denne saken går digitalt, og utvides noe. 34-2023 Saker fra NSG: På grunn av stramt program blir dette ikke en egen post, men legges kun som o-sak. Sak om bibliotekstjenester som tidligere har vært drøftet i RHFenes strategigruppe skal også diskuteres i NSG . Dette er naturlig da det undersøkes mulige løsninger for tilgang til HF via universitetsbibliotekene. 35-2023 Oppdrag fra HOD: Det legges opp til en kort gjennomgang av status for de ulike oppdragene. Ansvar for oppdraget med synliggjøring og sanntidsoversikt for kliniske studier må fordeles for at arbeidet får større fart. Helse Vest kan påta seg å koordinere arbeidet om de andre regionene mener det er en god løsning. Mulig o-sak: Innspill til forskningsrådets roller og funksjoner i det norske forskningssystemet. OUS arbeider med denne saken og ønsker at det åpnes for å drøfte dette i møtet. <u>Konklusjon:</u> Sakslisten justeres i tråd med innspillene fra AU.
AU 62-2023	**Innspill til WHO guidance for best practices for clinical trials** Renate Grüner presenterte kort noen av innspillene som er aktuelle. <u>Konklusjon:</u> Det foreløpige innspillsdokumentet sendes ut og AUs medlemmer bes om å sirkulere sine innspill før det endelige innspillet skrives sammen av sekretariatet og sendes HOD 11. september.
AU 63-2023	**Infrastruktursøknader** Det er NFR sin utlysning og prosess. Ved saken var det vedlagt en oversikt over de søknadsskissene med helsefokus, disse ble ikke gjennomgått eller drøftet i møtet. <u>Konklusjon:</u> Saken ble tatt til orientering
AU 64-2023	**Høring: Strategi for åpen publisering** Open Science | Innspill til Strategi for norsk vitenskapelig publisering etter 2024 <u>Konklusjon:</u> AU-medlemmene sirkulerer innspill til hverandre.

AU 65-2023	**Arbeidsgruppe for helsespesifikk funksjonalitet i Nasjonalt vitenarkiv** Det er noe uklart hvordan representanter som er foreslått i arbeidet er blitt valgt ut. Helse Nord ønsker også å bidra inn. Finansieringsmodell er ikke avklart. <u>Konklusjon:</u> Saken ble utsatt til møtet 13. september
AU 66-2023	**Møtedatoer for AU høst 2023** Det er kalt inn til følgende datoer: - 13. september kl. 14:00 - 16. oktober kl. 15:00 - 15. november kl. 14:00 Det foreslås <u>i tillegg:</u> - 27. september kl. 08:30 - 1. november kl. 08:30 - 5. desember kl. 08.30 <u>Konklusjon:</u> Det kalles inn til de foreslåtte datoene.
67-2023	**Eventuelt** Ingen saker meldt under eventuelt.

Neste AU-møte: 13. september 2023 kl. 14:00

RHFenes strategigruppe for forskning

Orienteringssak – oppnevninger og representasjon 2023

Saksnummer: 37-2023
Møte: 31. august 2023

Funksjon/møte	Oppnevnt (navn, tilhørighet)	Oppnevnt av, dato
Åpen publisering – arbeidsgruppe	Pål Bakke, OUS	AU, 13. februar 2023
Åpen publisering – referansegruppe	Tove Klæboe Nilsen, Helse Nord	AU, 13.februar 2023
Representant, Vurderingskomiteen for Kliniske behandlingsstudier	Svein Skeie, Stavanger Universitetssykehus	RHFenes strategigruppe, 8. juni 2023
Representant, Nasjonalt publiseringsutvalg	Melinda Berg Roaldsen, Universitetssykehuset Nord-Norge	RHFenes strategigruppe, 8. juni 2023
Innspillsmøte HOD 19. april (Rettslige rammer for helseforskning i Norge)	AU-leder Renate Grüner, Helse Vest	AU, 17.februar 2023
Møte Forskningsrådet (kommersialisering av offentlig finansiert forskning og endringer FORNY-programmet)	AU-leder Renate Grüner, Helse Vest	AU, 9. mars 2023
Innspillsmøte Forskningsrådet 2. mai (innretning av porteføljestyrene)	Lars Eikvar, HSØ	AU, 17. april 2023
Representant for universitetssykehusene i NSG fra årsskiftet 2023/-24	Representasjon roterer til UNN ved årsskiftet	AU, 2. mai 2023
Møte 16. mai om oppfølging av Langtidsplan for forskning og høyere utdanning	Lars Eikvar, HSØ	AU, 10. mai 2023
Representant, Rådgivende utvalg for statistikk (SIKT)	Ikke avklart	Ikke avklart