

Sak: Sak 2/2016 - Bakgrunn og oppdrag for Nasjonalt senter for e-helseforskning  
Til: Styringsgruppen  
Fra: Senterleder  
Møtedato: 7. mars 2016

## Bakgrunn

Helsedirektoratets årlige gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester konkluderte våren 2014 med å anbefale Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om å utvikle Nasjonal kompetansetjeneste for telemedisin.

Dette igangsatte en prosess hvor det har vært tett dialog med HOD, og som i september resulterte i en utredning av nytt nasjonalt forskningscenter innen e-helse (vedlegg 1).

I statsbudsjettet 2016 blir det klart at Nasjonal kompetansetjeneste for telemedisin fra 2016 vil endres til et nasjonalt forskningscenter underlagt Helse Nord RHF. Sitat fra statsbudsjettet (se også vedlegg 2):

*«Nasjonalt kompetansetjeneste for telemedisin vil fra 2016 endres til et nasjonalt forskningscenter underlagt Helse Nord RHF. Det nasjonale senteret skal understøtte nasjonale behov for forskning og utredning innenfor e-helse, telemedisin og mobil helse, herunder følgeforskning og metodevurderinger av e-helsetiltak», (jf. omtale under kap. 732, post 78 i Statsbudsjettet 2016.)*

Nasjonalt senter for e-helseforskning startet opp med virkning fra 1. januar 2016. Den 2. februar 2016 ble det sendt ut brev fra HOD til Helse Nord RHF (vedlegg 3), og 4. februar 2016 ble det sendt ut oppdragsbrev fra Helse Nord RHF til Universitetssykehuset Nord-Norge (vedlegg 4). Brevene tydeliggjør oppdraget til Nasjonalt senter for e-helseforskning.

## Forslag til vedtak

1. Styringsgruppen tar saken til orientering

Vedlegg 1: Utredning nytt nasjonalt forskningscenter innen e-helse – versjon 1.1

Vedlegg 2: Print fra s. 31 Prop. 1 S med utheving av oppdrag

Vedlegg 3: Brev fra HOD til Helse Nord RHF 2. februar 2016

Vedlegg 4: Oppdragsbrev 2016 fra HN RHF til Universitetssykehuset Nord-Norge 4. februar 2016

# NOTAT

---

**Fra:** Line Linstad, Nasjonalt senter for Samhandling og Telemedisin

**Dato:** 15. september 2015

**Emne:** Utredning nytt nasjonalt forskningssenter innen e-helse – versjon 1.1

## 1. Sammendrag

Nasjonalt senter for Samhandling og Telemedisin (NST) vil fra 1. januar 2016 opphøre som nasjonal kompetansetjeneste for telemedisin. I dialog med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og på oppdrag fra Helse Nord RHF gitt i notatet/mandat datert 18. mai 2015, ble det startet et arbeid med å utrede hvordan et nytt nasjonalt forsknings- og utredningscenter innen e-helse kan etableres og hvilket mandat et slikt senter skal ha. I møte med HOD 19. august, fikk Helse Nord RHF utdypet og tydeliggjort hvilke føringer departementet legger på omfang og innhold i senteret. Det nye senteret skal:

- Ha en faglig profil i tråd med signaler gitt av HOD og bestilling fra Helse Nord RHF. Senteret skal ha et godt overblikk over det nasjonale og internasjonale e-helsefeltet. Senteret skal levere forskningsbasert dokumentasjon som understøtter helsemyndighetenes planlegging og gjennomføring av nasjonale e-helsestrategier både på kort og lang sikt. Dette medfører en vesentlig endring av kultur og kompetanseprofil, hvilket også innebærer betydelige behov for omstilling og nyrekruttering.
- Videreutvikle forskningskompetansen som er bygd opp over mange år i dagens senter og som det er stor etterspørsel etter i sektoren. Denne kompetansen skal bidra til at det nye senterets rolle som bidragsyter inn i helsemyndighetenes beslutningsgrunnlag og oppfølging av e-helseområdet.
- Det nye forskningssenteret skal finansiere vesentlige deler av virksomheten gjennom tilgang på eksterne forskningsmidler – både regionalt, nasjonalt og i regi av EU. Senterets portefølje og ressurser skal balansere mellom oppdragsfinansierte leveranser fra HOD mfl og konkurranseutsatte oppdrag fra for eksempel Norges forskningsråd (NFR) og EU. Dette forutsetter en bemanningsplan som har kapasitet og fleksibilitet til å respondere hurtig på bestilte oppdrag fra myndighetene.

I Meld. St. 9 (2012-2013) – «Én innbygger – én journal, digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren»<sup>1</sup> setter Regjeringen opp tre overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

Det nye senteret skal bidra til å realisere disse målene. Den faglige profilen og kapasiteten for det nye senteret skal balansere nasjonale oppdrag og forskningsinitierte prosjekter. Den faglige innretningen på disse oppgavene benevnes som senterets faglige satsingsområder og er beskrevet nærmere i kapittel 3.

De administrative støttefunksjonene (Budsjett, regnskap, lønn, IT-drift) kan i prinsippet anskaffes fra vertsinstitusjon. Det kreves imidlertid overgangsordninger for å kunne gjennomføre normal planlegging og oppfølging av pågående forskningsvirksomhet. Det anbefales at det nye senteret ansetter egen forskningsbibliotekar, for å styrke arbeidet med følgeforskning og kunnskapsoppsummeringer. Behovet for faglige og administrative støttefunksjoner beskrives i kapittel 4.

En rekke ulike modeller for organisering og styring av det nye senteret er vurdert. Det ble relativt tidlig i prosessen klart at det forelå to alternativer for organisatorisk tilhørighet for det nye senteret:

1. Direkte underlagt Universitetssykehuset Nord-Norge HF
2. Som en enhet underlagt Helse Nord RHF.

For i størst mulig grad å ha tilgang til den kliniske virksomheten og pasientpopulasjoner som er vesentlige faktorer i de fleste forskningsprosjektene, anbefales fortsatt tilhørighet til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Det er imidlertid viktig at det nye senteret organiseres slik at den nasjonale rollen blir synlig og tydelig. Her vil også innretningen av styringsstrukturen kunne bidra til å understreke det nasjonale oppdraget; det anbefales derfor å etablere en bredt sammensatt, nasjonal styringsgruppe der også helsemyndighetene (direktoratet) har en tydelig rolle. Det er videre ønskelig at helsemyndighetene presiserer sine bestillinger og øvrige vilkår knyttet til den statlige bevilgningen gjennom årlige tildelingsbrev. Dette beskrives i kapittel 5.

Det nye senteret må ha fleksibilitet og evne til – på relativt kort varsel - å påta seg og besvare oppdrag. Porteføljestyringen må derfor innrettes slik at det blir mulig for senteret å realisere en god balanse mellom egeninitiert forskning (finansiert gjennom NFR, EU m.fl) og bestilte oppdrag fra våre helsemyndigheter. Dette hensynet til fleksibel porteføljestyring påvirker bemanningsbehovet for det nye senteret. Dette beskrives i kapittel 6.

Kapittel 7 beskriver forslag til økonomimodell og budsjett.

---

<sup>1</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-9-20122013.html?id=708609>

Fra 1. januar 2016 skal det nye nasjonale senteret i e-helse være etablert og utskilt fra dagens virksomhet, både organisatorisk, ledelsesmessig og bemanningsmessig. Det nye senteret vil ha eget budsjett og egen økonomi. Lokalisering og utforming av det fysiske arbeidsmiljøet skal ivareta og synliggjøre senterets nasjonale rolle.

## 2. Innledning

Helsedirektoratets årlige gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester konkluderte våren 2014 med å anbefale Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om å utvikle telemedisin som nasjonal kompetansetjeneste. Begrunnelsen var at regionene selv i hovedsak var selvforsynt med denne type kompetanse. En slik anbefaling kom ikke som noen stor overraskelse, ettersom styringsgruppen for NST høsten 2013 bestilte en ekstern evaluering av NST sin rådgivingstjeneste. Evalueringsrapporten, som ble fremlagt våren 2014, viste en svak forankring av og etterspørsel etter NST sine rådgivingstjenester utenfor egen region.

På sensommeren 2014 startet derfor Helse Nord RHF en dialog med HOD om hvordan den betydelige telemedisinske kompetansen som var etablert over mange år best mulig kunne utnyttes og videreutvikles. Senterets omfattende forskningskompetanse var allerede godt dokumentert gjennom den rapporten styringsgruppen/referansegruppen hadde fått utført gjennom et eksternt panel med kvalifisert internasjonal deltakelse. Rapporten fra denne «reviewen» dokumenterte stor og økende forskningsproduksjon, både i volum og kvalitet. Ikke minst ble samarbeid med faglig tunge og relevante internasjonale forskningsmiljøer dokumentert, bl.a. med en betydelig forskningsproduksjon med internasjonale deltakere og medforfattere. Senteret står for den klart største forskningsproduksjonen i Helse Nord og bidro med 25% av forskningen ved UNN i 2012.

Gjennom en rekke møter med HOD, både på fag- og ledelsesnivå, ble det signalisert en betydelig interesse for å videreføre og fortsatt medfinansiere deler av dagens virksomhet ved NST. Samtidig presiserte departementet noen forutsetninger for å videreføre den statlige støtten: den nasjonale profilen måtte styrkes, fokus på forskning og utredningsvirksomhet og med et noe utvidet telemedisinbegrep, der også e-helse var inkludert. Videre ble behovet for følgeforskning, metodevurdering og noen utvalgte andre områder med særlige behov for anvendt forskning, tydeliggjort fra HOD sin side.

Dialogen med HOD har skjedd i regi av Helse Nord RHF som også har ansvaret for å bestille og følge opp den faglige og organisatoriske omstillingen som den nye situasjonen og de nye rammebetingelsene krever. Helse Nord RHF har i sin bestilling, spesifisert gjennom mandat til UNN/NST, beskrevet de overordnede faglige og organisatoriske rammer for den tilpasning som forutsettes gjennomført ved etablering av et nytt nasjonalt forsknings- og utredningscenter for e-helse.

NST har igangsatt en omstillingsprosess for å omskape deler av dagens senter til et nasjonalt forsknings- og utredningscenter i tråd med signaler fra HOD og bestilling fra Helse Nord RHF. I mandatet fra Helse Nord RHF datert 18. mai 2015 er UNN ved senterleder gitt ett oppdrag om å starte denne omstillingsprosessen.

Som ledd i den statlige og forvaltningsmessige styrkingen av e-helseområdet, er det besluttet å opprette et eget direktorat for e-helse med virkning fra 1. januar 2016. Senteret forventes å være en relevant samarbeidspartner for det nye direktoratet og bidra med forskningsbasert dokumentasjon som kan understøtte direktoratets ansvar og rolle for e-helse feltet i Norge, herunder realiseringen av Meld. St. 9 (2012-2013) – «Én innbygger – én journal».

### 3. Satsingsområder og faglig virksomhet i det nye senteret

#### 3.1 Generell innledning

I dialogen med HOD er det gitt signaler om forventninger til et nytt nasjonalt senter som har forskning, forskningsbaserte utredninger og oppdragsforskning som hovedoppgaver, og som har en tydelig nasjonal rolle. Følgeforskning, metodevurdering og kunnskapsoppsummering er de prioriterte områdene i bestillingen fra HOD.

Det nye senteret skal være i stand til å levere utredninger og oppdrag som har høy faglig kvalitet, muliggjort ved en endret/justert faglig profil og videreføring av relevant kompetanse og aktivitet i dagens senter. Den forskningsinitierte aktiviteten skal sikre at senterets forskere har en høy faglig, internasjonal kompetanse som vil bidra til å understøtte de faglige rådene og leveransene i utredninger og oppdrag.

For å imøtekomme ovennevnte forventninger, vil følgende overordnede forutsetninger bli lagt til grunn i arbeidet med omstilling av dagens senter:

- *Nasjonal rolle.* Senteret skal ha kompetanse og gjennomføre prosjekter som har nasjonal karakter og interesse. Ikke minst skal kompetanse og aktiviteter gjenspeile og understøtte nasjonale strategier og tiltak på e-helse området. Videre må organisering av senteret i størst mulig grad gjenspeile og støtte opp under en slik rolle.
- *Forsknings- og utredningsfokus.* Den nasjonale rollen skal ivaretas og videreutvikles med utgangspunkt i relevant forskningskompetanse ved dagens NST. Deler av senterets fremtidige forskningsvirksomhet vil bli oppdragsfinansiert. Dette gjelder spesielt følgeforskning, metodevurdering og utredninger. Det nye senteret må fortsatt drive forskning som etterspørres og finansieres gjennom offentlige (og private) forskningsprogrammer. Dette betyr at en del av finansieringen skjer gjennom søknader og tilgang til forskningsmidler i regionale, nasjonale og EU programmer.
- *E-helse.* Senterets fremtidige kompetanseprofil må i større grad ligge innenfor området e-helse. Området e-helse vil i all hovedsak dekke områdene telemedisin, m-helse og velferdsteknologi, gjenbruk av data og EPJ som samhandlingsverktøy, der NST per i dag har betydelig forskningsaktivitet.

I den videre beskrivelsen av satsingsområdene og den faglige virksomheten for det nye senteret, er det valgt en todeling der bestillingen og signalene fra HOD er beskrevet samlet i kapittel 3.2 mens forskningskompetansen og oppgavene fra dagens NST som skal inngå i det nye senteret er samlet i kapittel 3.3. Dette er bl.a. gjort for å synliggjøre balansen og forholdet

mellom dagens NST og det nye senteret. Senterets internasjonale rolle og oppgaver er beskrevet i kapittel 3.4.

## 3.2 Kompetanse og oppgaver etterspurt av HOD

### 3.2.1 Oppdrag og forskningsbaserte utredninger

Det er i mandatet beskrevet at det nasjonale forskningscenteret for e-helse skal kunne forespørres om å utføre oppdragsforskning og forskningsbaserte utredninger for direktorat og/eller departement. I stortingsmeldinger pekes det på behov for følgeforskning og utredninger for å se om e-helsepolitikken oppfyller helsepolitiske mål som lik tilgjengelighet på helsetjenester og høy kvalitet.

NST har i dag deler av nødvendig fagkompetanse til å kunne utføre slike oppdrag. Det nye senteret vil ha behov for å utvikle god leveranseforståelse og kunnskap om hvordan slike leveranser skal utformes, gjennom jevnlig kontakt og dialog med oppdragsgiver

Oppdragsforskning og forskningsbasert utredning vil normalt kunne ha ulikt omfang, fra korte, spesifikke problemstillinger til lengre oppdrag over ett eller flere år. De kortere oppdragene vil normalt være gjennomgang av forskningslitteratur (reviews), mens de større oppdragene kan innebære planlegging og gjennomføring av datainnsamling og analyse av disse. Det vil være ønskelig å publisere noen av resultatene i vitenskapelige tidsskrifter.

Oppdrag, oppdragsforskning og utredninger vil dels bestå av å lage et forskningsopplegg knyttet til en beskrevet problemstilling (oppdraget) og dels å gjennomføre forskningen i henhold til dette forskningsopplegget med formål å fremskaffe ny kunnskap. En utredning er i større grad å benytte en systematisk og faglig forankret metode på å fremskaffe data og fakta fra eksisterende kilder, eventuelt sammenstille og vurdere disse.

Forskere ved dagens senter besitter både bredde- og dybdekompetanse til å handtere et bredt spekter av problemstillinger knyttet til e-helse og kjenner forskningsfrontene innen flere fag og metodiske tilnærminger.

### 3.2.2 Følgeforskning

I dialogen med HOD har behovet for kompetanse og bistand på området "følgeforskning" blitt tydelig kommunisert. Utgangspunktet for dette behovet er arbeidet med oppfølgingen av «En innbygger – en journal» som forventes å være helsemyndighetenes hovedsatsing, både faglig og ressursmessig, innenfor IKT og e-helse de kommende år. En slik satsing vil både i omfang og kompleksitet nødvendigvis kreve kompetanse og ressurser for i størst mulig grad å sikre måloppnåelse samt ivareta lærings- og erfaringsaspektet. Denne forskningskompetansen betegnes "følgeforskning" og alt tyder på at større offentlige IKT-prosjekter som heretter blir gjennomført, i større grad også vil inkludere bidrag og bistand av slik kompetanse.

Følgeforskning skal bidra til at man får forbedret en utviklings- eller endringsprosess ved at forskere følger iverksettingsprosesser for å kunne analysere og beskrive forhold som både kan virke hemmende og fremmende på måloppnåelsen. Slik forskning vil kunne forbedre kunnskapsgrunnlaget for effektiv gjennomføring av endringsprosesser, bidra til å styrke organisatoriske læringsprosesser og legge til rette for bedre tilpasning av mål og virkemidler.

Faglig kan følgeforskning ha ulike tilnæringer og ståsted, avhengig av hvilke problemstillinger følgeforskningen skal fokusere på; alt fra design og utforming av grensesnitt til roller og relasjoner eller endringer av makt og strukturer i samarbeidende organisasjoner.

Innen e-helse er følgeforskningen oftest opptatt av å vurdere implementasjonsprosesser der ny teknologi skal tilpasses og innføres i en organisasjon. Gjennom kvalitative eller kvantitative metoder kan følgeforskningen gi kunnskap om hvordan organisasjonen reagerer og forholder seg til endringen ved implementeringen av det nye verktøyet. God og praktisk tilrettelagt følgeforskning skal også kunne gi aktuelle utviklingsprosjekter feedback som underveis i forløpet kan muliggjøre korrigerende tiltak for å sikre god implementering.

Følgeforskning i et felt med høy endringshastighet trenger god oversikt over «state of the art» på feltet, både nasjonalt og internasjonalt. IKT i helsetjenesten inkluderer teknologier som ikke kan sees isolert fra brukernes og helsepersonells kunnskaper og motivasjon, eller fra de organisasjoner og støtteordninger som de omgis av. Både disse betingelsene og selve teknologiene er i kontinuerlig endring, noe som kan by på utfordringer mht å mobilisere store brukergrupper. Feltet trenger derfor å utvikle/inkludere metoder som supplerer randomiserte kontrollerte studier som tradisjonelt benyttes i HTA-er, sammen med meta-analyser.

Eksempelvis vil det i nær fremtid være naturlig å forvente nasjonale og regionale initiativ mht storskala implementering av e-helseløsninger, f.eks. innen hjemmemonitorering av pasienter med kroniske sykdommer som KOLS, diabetes eller hjertesykdommer. Slike implementeringer kan være basert på utprøvinger og erfaringer fra andre land, der overføringsverdien til nasjonale eller regionale forhold er uklar. Det vil derfor være behov for å følge denne typen initiativ for å danne et erfaringsgrunnlag for videre implementering og tilpasning til norske forhold, og å sammenholde disse erfaringene internasjonalt.

### 3.2.3 Metodevurdering/HTA

Metodevurdering/Health Technology Assessment (HTA) er definert som en systematisk og tverrfaglig vurdering av forutsetninger for, og konsekvenser av, å anvende ny helseteknologi. Typisk benyttes både kvantitative og kvalitative metoder til å beskrive og analysere både kliniske, organisatoriske og økonomiske effekter samt endringer i pasientenes opplevelse av ny teknologi.

HTA vil bli brukt til å framskaffe beslutningsgrunnlag for anskaffelse av e-helseteknologi. Dette vil i økende grad bli viktig i et internasjonalisert marked. I dette bildet er det også nødvendig å ha et kritisk perspektiv på omkostninger ved nye e-helsetjenester. Det nye nasjonale senteret skal benytte HTA som metodisk grunnlag for leveranser der det er hensiktsmessig, og skal styrke sin kompetanse på dette området. Det vil bli tatt utgangspunkt i veletablerte metoder for HTA som systematiske kunnskapsoversikter og randomiserte kontrollerte studier.

På e-helsefeltet, som er kjennetegnet av høy endringstakt og vanskelig avgrensbare helseteknologier, samt komplekse sosiale settinger, vil intervensjonsstudier bli supplert med følgeforskning, implementeringsforskning og forbedringsforskning. Senteret bør ha som mål å bli en internasjonal kapasitet for HTA på IKT-feltet. Det nye senteret bør bidra til oppbygging av dette innsatsområdet gjennom samarbeid med bl.a. Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten og sterke internasjonale miljøer.

Det er ofte politisk press for å ta nye e-helse- eller telemedisin-løsninger i bruk, formulert gjennom strategiske dokumenter. I tillegg kommer sterke kommersielle interesser for å selge inn nye løsninger. Det er da viktig at beslutninger om å ta disse i bruk i størst mulig grad er basert på evidens og uavhengige faglige vurderinger, ofte i form av systematiske vitenskapelige oversikter. Det er et stort behov både i Norge og Europa forøvrig for kortfattede vurderinger av evidens og effekt av nye e-helse-løsninger. Slike vurderinger kan gjøres i form av full HTA, review eller mini-HTA.

Det er etablert regionale e-helse og innovasjonsmiljøer. Disse miljøene kan ha behov for å utvikle kompetanse på mini-HTA, slik utviklingen eksempelvis har vært i Danmark. Det nasjonale senteret bør kunne samarbeide med disse miljøene slik at det kan utvikles et nettverk innen HTA og mini-HTA i Norge.

### 3.3 Kompetanse og satsingsområder fra dagens NST som skal videreføres i det nye senteret

Eksisterende satsingsområder, prosjektportefølje og kompetanse ved dagens NST vil også være høyst relevante og nyttige for å kunne svare ut HOD/helsemyndighetenes behov og bestillinger innenfor e-helseområdet. Disse områdene og aktivitetene vil i vesentlig grad være prosjektfinansiert, men gjennom god intern koordinering og porteføljestyling vil det legges til rette for at denne kompetansen også skal kunne benyttes og utnyttes i nasjonale, prioriterte oppdrag. Følgelig er det ingen skarpe demarkasjonslinjer mellom aktivitetene beskrevet under punkt 3.2 og 3.3.

#### 3.3.1 Pasientjournalen som fremtidens samhandlingsverktøy

Fremtidens pasientjournal = Fremtidens samhandling- og e-helseverktøy.

NSTs forskning relatert til fremtidens pasientjournal har som mål å bidra til at pasientjournalen blir fremtidens samhandlings- og e-helseverktøy. Med samhandlingsverktøy mener vi EPJ-integrerte løsninger for god kommunikasjon og informasjonsflyt mellom alle helse-aktører som samhandler om pasienten, samt for samhandling mellom pasienter og helsepersonell. Med e-helseverktøy mener vi at telemedisin-, e-helseløsninger og fagsystemer inngår som en integrert del av pasientjournalen.

Forskningen skal frembringe nye løsninger og tjenester, bidra til bedre pasientforløp og identifisere hva som hemmer eller fremmer bruken av nye tjenester. Flerfaglige tilnæringer skal fremskaffe beslutningsgrunnlag og gi kunnskap om brukerbehov, forutsetninger for utvikling og implementering av tjenester, og forutsetninger for å oppnå ønskede effekter av tjenester, samt gi kunnskap om bruk av journalsystem og journalopplysninger, inklusiv bruk av arketyper, i en behandlings-, kvalitetshevings- og samhandlingssammenheng.

Forskningen vil i hovedsak være empirisk, og ha både et kortsiktig og et langsiktig fokus. På kort sikt fokuseres det på utvikling, innføring og bruk, og etter hvert også på effektene av de strukturerte journalsystemer som etter hvert forventes implementert i Norge. På lang sikt fokuseres det på hvordan forskningen kan bidra til å realisere målene i «En Innbygger – en Journal».



I implementeringsfasen av strukturert EPJ forskes det på følgende utfordringer som er relevant for «En innbygger – en journal»:

- Strukturering og standardisering av journaldata og arbeidsprosesser som grunnlag for kvalitetsforbedringer, gjenbruk og deling av data, prosess- og klinisk beslutningsstøtte.
- Samhandling mellom systemer, og kommunikasjon mellom pasient og lege/helsearbeider.
- Fokuserer «En Innbygger – en Journal» på følgende tema som også vil være sentrale i vår forskning: e-konsultasjoner, pasientens egenrapportering av symptomer, innsyn i egne journalopplysninger, tjenester for selvhjelp og forebygging og flere digitale tjenester til innbyggerne.

Forskningsgruppa har som ambisjon å være en sterk bidragsyter til realiseringen av «En innbygger – en journal», og til at fremtidens journalsystem blir et nyttig samhandlings- og e-helseverktøy.

### 3.3.2 Pasientforløp og samhandlingsmodeller

Forskning på samhandling og pasientforløp har til hensikt å utvikle organisatoriske modeller, støttet av IKT, for kommunikasjon og informasjonshåndtering som kan fremme trippelmålet om:

- Bedre helse og funksjon hos i befolkningen og hos pasienter,
- Bedre pasienterfaringer og
- Løsninger som gir mer kostnadseffektive helsetjenester.

Forskning på pasientforløp skal ta høyde for at forskjellige kategorier pasienter kan ha vidt forskjellige behov for helsetjenester. Særlige utfordringer knytter seg til personer med langvarige og sammensatte behov. Vi vil forske fram en tjeneste som også tar høyde for disse (kronisk syke) pasientenes behov.

En del av befolkningen befinner seg utenfor helsetjenesten, og trenger tjenester som bidrar til at man holder seg frisk, og veiledning om når de bør oppsøke helsetjenesten. Andre har forutsigbare og kortvarige tilstander, og trenger diagnostisering og behandling i tråd med sine ønsker. Dette kan i stor grad løses enda bedre gjennom standardiserte pasientforløp støttet av gode kommunikasjons- og informasjonsløsninger. En tredje kategori er de 10% av pasientene som har komplekse og langvarige behov, og som bruker 2/3 av de totale ressursene i helsetjenesten. Deres forløp preges i dag av reaktive og kortsiktige løsninger. Det trengs løsninger for å identifisere denne gruppen og møte behovene deres på en proaktiv, planlagt og mer effektiv måte.

Vi vil forske fram måter å bruke eksisterende og ny teknologi på, med mål om en tjeneste som er:

- Pasientsentrert
- Koordinert, proaktiv og planlagt,
- Tilbyr ett kontaktpunkt for pasienter med komplekse og langvarige behov
- Støtter multiprofesjonelle team
- En lærende helsetjeneste. En lærende helsetjeneste skal bruke informasjon om pasientens diagnoser og pasientens individuelle forhold, både til å lære å forutse

utfordringer og løse problemer proaktivt, og til å utvikle beslutningsstøtte til klinikere og pasient.

Gode modeller for samhandling er en stor utfordring i et sterkt differensiert og komplekst helsevesen. Spørsmålet er hvordan delene skal settes sammen for å skape gode helheter i tjenesten, innenfor de enkelte tjenestene, og rundt den enkelte pasient. Hva er gode løsninger for kommunikasjon og informasjonshåndtering?

Samhandling støttes av ulike teknologier, inkludert mange som ikke er integrert i journal, men som er av stor viktighet for samhandling mellom nivå og oppfølging av pasienten, og derfor vil være inkludert innenfor dette satsingsområdet.

Området vil i stor grad spille på felles ressurser med satsingsområdet den lærende helsetjenesten, særlig innen kvantitative analyser. Satsingsområdet vil naturlig bestå av forskningskompetente klinikere og personer med bred erfaring innen klinisk arbeid og/eller organisatorisk forståelse innenfor de ulike tjenestenivåene. Det vil være behov for utviklingsressurser, samt bred kompetanse innen følgeforskning inkludert helseøkonomi.

### 3.3.3 M-Helse, velferdsteknologi og egenmestring

M-helse, velferdsteknologi og egenmestring vil bygge videre på et av de sterkeste forskningsområdene i dagens senter. Personsentrerte helsetjenester har vært et satsingsområde i NST siden slutten av 90-tallet. Dette har manifestert seg i konkrete prosjekter, som Diabetesdagboka og en rekke andre prosjekter innen velferdsteknologiområdet som har inkludert bruk av spillteknologi og hjemmebaserte systemer. Betydelige deler av denne satsingen er knyttet opp mot deltakelse i EU-prosjekter.

M-helse beskriver systemer og tjenester som benytter mobil teknologi til tilgang på helsetjenester eller helseinformasjon. I Norge og for NST er m-helse en del av begrepene e-helse, telemedisin og velferdsteknologi, med et spesielt fokus på anvendelse innen egenmestring; m-helse skiller seg følgelig fra e-helse ved at det er lagt større vekt på systemer og tjenester som støtter individet i å mestre egen helse, inkludert endring av livsstil.

Området er spesielt viktig i forhold til å støtte kronikere og personer med risiko for å utvikle ikke-smittsomme sykdommer eller sekundære sykdommer. Mobiltelefonen og kroppsbårne sensorer (wearables) vil kunne samle inn hele livsløp av data om brukeren, noe som åpner helt nye muligheter for å forstå sykdomsutvikling og risiko.

Velferdsteknologi legger mer vekt på hjemmet og omgivelsene og hvordan disse kan understøttes med teknologi for selvstendighet og egenmestring - og dermed mulighet til å bo hjemme lengre. Sensorer vil i økende grad være tilgjengelig og bli tatt i bruk slik at eventuelle endringer i tilstand med økt risiko for negativ utvikling av helse eller egenmestring vil bli fanget opp.

Velferdsteknologi og m-helse er nasjonale satsingsområder gjennom Samveis-programmet i Helsedirektoratet, og har også vært sentrale emner i *Horisont 2020* utlysningene fra EU-kommisjonen.

Større evne til egenmestring er et viktig mål både for den enkelte og for samfunnet, bl.a. for å imøtekomme utfordringene som en følge av at vi lever lenger og flere overlever sykdommer som før var dødelige, med den konsekvens at antallet kronikere med komplekse tilstander øker. Egenmestring er også viktig for å støtte mennesker som skal leve med kroniske sykdommer eller håndtere nødvendige livsstilsendringer slik at de i mindre grad er avhengige av helsetjenestene og i større grad kan unngå å pådra seg sekundærplager.

Forskningen knyttet til m-helse dekker et vidt spekter fra fagområdene informatikk til helsetjenesteforskning.

Følgforskning foregår både som en del av design og utvikling av teknologiske løsninger og som en del av utvikling av helsetjenester og forståelsen av relasjonene og endringene som nye løsninger og arbeidsformer bringer med seg.

NST og UNN/UiT er i seg selv for små miljø til så store oppgaver og utfordringer. Nasjonalt og internasjonalt samarbeid er viktig for å kunne lykkes. NST har derfor tatt flere initiativ til tverrregionale prosjekter og samkjøring av initiativ, samt utstrakt deltakelse i EU-prosjekter og internasjonale nettverk. NST har videre støttet den norske delen av WHO's og ITUs prosjekt «Be He@lthy – Be Mobile» innen m-helse og ikke-smittsomme sykdommer. Disse initiativene bør videreføres i et nytt nasjonalt senter for forskning innen e-helse.

For å kunne implementere IKT i arbeidet med sykdomsforebygging og oppbyggingen av en pasientsentrert norsk helsetjeneste, er det viktig å få vite hva befolkningen og pasientene selv mener og gjør. Vi vet at 80 % av nordmenn har brukt e-helse, og vi vet en del om hvilke tjenester de har brukt og hvorfor. Denne viktige forskningen skal vi følge opp i større bredde og omfang i årene som kommer.

Forskning om hvordan og hvorfor innbyggerne i sin hverdag bruker IKT til helseformål - det være seg internett, helseapper, e-post til legen, helseinformasjonssider eller innsyn i journal, er viktig både i folkehelsearbeid og i arbeidet med å bygge opp en pasientrettet, god og bærekraftig helsetjeneste.

M-helse er internasjonalt et vekstområde. Det er stort trykk fra USA og land med andre regler for personvern og der befolkningen allerede er vant til å regnes som konsumenter i et marked. Det er behov for å utvikle modeller for m-helse innenfor den nordiske modellen<sup>2</sup>, med sterke offentlige helsetjenester, og å fremskaffe mer kunnskap både om arbeidsdelingen og samspillet mellom kommersielle løsninger og løsninger i offentlig regi.

### 3.3.4 Health Analytics

En lærende helsetjeneste benytter IKT løsninger for å innhente, systematisere og analysere data generert som en del av utøvelsen av helsetjenesten samt å bringe resultatene tilbake for å *gi muligheter for læring, bedrive organisasjonsutvikling og kvalitetsforbedring*. Beslutningsstøttesystemer, samhandlingsløsninger og egenmestringsverktøy er kompletterende elementer i den lærende helsetjenesten. Fremtidens forskning skal kombinere data fra tilgjengelige kilder slik at den skaper et fundament for å lære i og av egen praksis. At

---

<sup>2</sup> Den nordiske modellen brukes innen helse for å beskrive en tjeneste som er dekket av en felles nasjonal velferdsstat med en nasjonal forsikringsordning betalt gjennom befolkningens skatteseddel.

helsearbeidere og pasienter lærer av data de selv genererer, gir muligheter for innsikt, læring og endring av atferd.

En lærende helsetjeneste vil måtte hente data ut fra eksisterende datakilder som for eksempel journalen eller pasientens egne enheter på en sikker måte, og i de tilfeller der det er mulig å gjøre distribuerte analyser på tvers av kilder uten å dele data.

Analysene vil i stor grad bruke data og datakilder som ikke er designet for forskning, altså såkalt sekundærbruk. Dette gir særegne utfordringer i analyse og presentasjon ettersom data vil være komplekse, ufullstendige, heterogene og beheftet med domenespesifikke særegenheter. Dette gjør at analytiske metoder må reflektere denne kompleksiteten der tradisjonell statistisk inferens ikke strekker til alene, og en bredere tilnærming er nødvendig. Fagområder og verktøy som vil være av nytte er mønstergjenkjenning, visualisering, prediktiv modellering, tidsserieanalyse med mer. *Visual analytics* er et område under utvikling (se nylig special issue av J Am Med Inform Assoc, 2015) for å koble analyser nærmere de kliniske miljøene ved bruk av interaktive visualiseringer.

*Health Analytics* innebærer å bruke moderne statistiske løsninger for å finne mønstre, lære programmer til å forstå og predikere basert på historiske data. Prediktive modeller spiller en viktig rolle. Modeller kan predikere risiko for uønskede utfall og gruppere pasienter i henhold til risiko. Dermed kan utfall avverges, med store personlige og samfunnsmessige gevinster. Eksempelvis vil kronikere generere mye data om egen situasjon med bruk av e-helse og m-helse-teknologi; disse data kan integreres med andre datakilder for analyse.

Dette forskningsområdet vil i noen sammenhenger arbeide tett med og understøtte andre satsingsområder i det nye senteret. Eksempelvis innenfor analyse av data registrert av pasienten som en del av egenbehandling; prediksjonsmodeller kan brukes for å forbedre forløp og legge til rette for proaktive tjenester innen pasientforløp og samhandlingsmodeller; samt at pasientjournalen er en viktig arena både som datakilde og plattform for beslutningsstøtte. Statistikk og analyse vil være et naturlig redskap i de fleste utredninger og oppdrag.

Det vil være naturlig at eksisterende løsninger for dataauthenting, systematisering og distribuert analyse videreføres inn i området, som for øvrig krever noe opprustning. Det vil også være viktig for aktiviteten å ha kompetanse på tilgrensende og relevante felt som språkprosessering og bildebehandling for å håndtere denne typen ustrukturerte data. Det er naturlig at en statistikkressurs ved senteret er hjemmehørende i denne gruppen.

### 3.4 Internasjonalt samarbeid inkludert arbeidet som WHO samarbeidssenter

#### 3.4.1 WHO samarbeidssenter

NST er et samarbeidssenter for Verdens Helseorganisasjon (WHO) innen telemedisin og e-helse, det vil si at vi gir råd til WHO og medlemsland om IKT i helsevesenet, se [www.telemed.no/who](http://www.telemed.no/who). NSTs samarbeid med Verdens Helseorganisasjon går tilbake til 1997 da senteret ble forespurt om å bli et samarbeidssenter (WHO-CC). Den formelle avtalen ble inngått i 2002. Forlengelsen av avtalen i 2014 er dermed den fjerde avtalen som er inngått.

Det anses viktig at NSTs rolle som WHO's samarbeidssenter videreføres i det nye senteret. Selv om funksjonen i beskjedne grad bidrar til direkte finansierte oppdrag, gir den mulighet til å delta i strategisk viktige og relevante internasjonale fora. Dette er også en naturlig del av senterets internasjonale deltakelse ("vindu mot verden").

Dagens senter har gjennom sin samarbeidsrolle med WHO levert forskningsbaserte utredninger og gitt råd til WHO. Det nye senteret kan fortsatt bidra med dette bl.a. som deltager i WHO's og ITUs prosjekt "BeHe@lthyBeMobile".

### 3.4.2 EU-nettverk og deltakelse i EU-prosjekter

Deltakelse i EU-prosjekter forventes å være en viktig del av det nye nasjonale senterets virksomhet. For å ivareta kompetansen, nettverk og evne til prosjektakkvisjon, vil vi peke på særlige behov i ulike deler av EU-prosjektarbeid. På kort sikt er det også behov for å ha nødvendig kompetanse for å ivareta pågående EU-prosjekt.

EUs rammeprogram *Horisont 2020* (H2020) er verdens største forsknings- og innovasjonsprogram<sup>3</sup>. NST har hatt en stadig økende portefølje av EU-prosjekter de siste tolv årene og henvendelsene om deltakelse i nye under H2020 er økende. NST har siden 2002 deltatt i 32 EU-finansierte prosjekter med samlet budsjett på totalt 90 millioner kroner. Vår rolle har i hovedsak vært som samarbeidspartner med ansvar for arbeidspakker. Vi har vært koordinator for ett av prosjektene og har nylig fått koordinatorrollen for et nytt Interregprosjekt som starter opp høsten 2015.

Senteret har hentet midler fra flere typer EU-program. De største samarbeidsprosjektene har vært innenfor Rammeprogram for konkurransevne og innovasjon (CIP). NST deltar i mange mindre prosjekter innenfor ulike Interreg-program. NST har også deltatt i prosjekter innenfor IKT, helse og velferdsteknologi. Helseprogrammet og Ambient Assisted Living programmet (AAL). Mange av prosjektene har vært kombinasjoner av forsknings-, utviklings- og implementeringsprosjekter.

NST fikk høsten 2014 EU-revisjonen på besøk for å kontrollere at vi hadde systemer og rutiner på plass mht rapportering og dokumentering i RENEWING HEALTH prosjektet. Senteret besto denne revisjonen uten merknader, noe som viser at dagens systemer er godt tilrettelagt og tilfredsstillende til krav EU-kommisjonen setter til deltakelse og gjennomføring av EU-prosjekter.

Det er ønskelig at disse nettverkene og kompetansen på EU-prosjekter videreføres i det nye senteret. Senterets forskningsgrupper bør på kort og lang sikt kunne konkurrere om forskningsmidler i EU. Dette forutsetter selvsagt høy faglig kompetanse i senteret, men det forutsetter også at senteret har en strategisk synlighet på ulike europeiske arenaer.

Dagens senter har nettverk og bidrar i ulike råd og utvalg på europeisk nivå. Senteret har vært aktiv innen EHTEL (<https://www.ehtel.eu/>) som er en av de eldre møteplassene blant alle aktørene i e-helsefeltet. Videre er senteret også ettertraktet som «reviewer» innen f.eks EUs velferdsteknologi-program AAL.

---

<sup>3</sup> [http://www.forskningsradet.no/no/EUs\\_rammeprogram\\_Horisont\\_2020/1253997243593](http://www.forskningsradet.no/no/EUs_rammeprogram_Horisont_2020/1253997243593)

I tillegg deltar dagens senter i viktige internasjonale strategiske nettverk som HIMSS (Health Information Managements Systems Society), European E-health Week, Barcelona Mobile World og er deltager på nasjonale arenaer som EHIN (eHelse i Norge).

### 3.4.3 Internasjonale forskningsnettverk

Dagens senter har et stort internasjonalt nettverk gjennom et omfattende internasjonalt forskningssamarbeid, ofte initiert gjennom den enkelte forskers personlige kontakter. NST får jevnlig besøk fra hele verden av forskere og ledere av internasjonale e-helsesatsinger. Deltakelse på internasjonale konferanser med fagfelleverderte bidrag anses som en viktig faktor for faglig legitimitet og synlighet.

Internasjonal utveksling av forskere har vært nyttig for å etablere langvarige samarbeid med viktige miljøer og for å få del i internasjonale erfaringer. I løpet av de siste årene har personell ved NST hatt lengre forsknings-/studieopphold ved blant annet University of California Davis, IBM TJ Watson forskningssenter i New York, Universitetet i Valencia og University of Washington.

For å ivareta det nasjonale senterets samarbeid og nettverk på et strategisk nivå, anses det som hensiktsmessig å dedikere ressurser som kan følge opp dette arbeidet. Dagens NST har etablert et nært og strategisk samarbeid med utvalgte institusjoner i land hvor det er naturlig for norsk helsevesen å hente erfaringer og utvikle samarbeidsrelasjoner. Det jobbes med å formalisere disse relasjonene, slik at senteret og disse utvalgte samarbeidspartnerne kan inngå samarbeidsavtaler som grunnlag for jevnlig møteplasser, forskerutveksling og, på noe sikt, undervisning.

## 4. Støttefunksjoner i det nye senteret

### 4.1 Systemutvikling

Mandatet åpner for at det skal gjøres en vurdering av om systemutviklerne skal være underlagt det nye nasjonale senteret, enten helt eller delvis, eller om de bør være organisert under Helse Nord IKT. Som det påpekes i mandatet, er det viktig at systemutviklerne samarbeider tett med Helse Nord IKT, og at disse har god kunnskap om sektorens teknologiske plattformer og arkitekturvalg. Et slikt samarbeid vil ofte være nødvendig for å kunne ta forskningspiloter og andre prosjekter videre til storskala drift. Prosjekter som innebærer kommunikasjon mellom pasienter og klinikere på sykehuset, er spesielt utfordrende. Under utprøving av piloter vil forenklete løsninger kunne aksepteres, men i en ordinær drift vil det som regel være nødvendig med integrasjon mot kliniske systemer og helsenorge.no.

Systemutviklerne ved NST i dag er allokert til forskningsprosjekter, og er tett integrert i de ulike forskningsgruppene. Denne kompetansen og ressursen er nødvendig for å kunne gjennomføre de pågående prosjektene som skal være med over i det nye senteret. Systemutviklerne på forskningsprosjektene er ikke generelle utviklere, men vitenskapelige systemutviklere som deltar i skriving av vitenskapelige artikler, bokkapitler, etc.

Inntil videre bør det legges opp til at systemutviklerne som er tett integrert og involvert i senterets forskningsvirksomhet fortsatt skal ha sin tilhørighet til det nye senteret. Når det

gjelder utviklerressurser for kortere og mer avgrensede oppdrag, kan disse fortsatt kjøpes utenfor senteret hos Helse Nord IKT, private selskap eller i noen tilfeller også hos internasjonale samarbeidspartnere.

## 4.2 Administrative støttefunksjoner og infrastruktur

### 4.2.1 Overhead og tilgang til foretakets fellesressurser

Det nye senteret bør i størst mulig grad benytte foretakets fellesressurser innenfor økonomi, personal, IKT, kommunikasjon etc. Det er relativt ressurskrevende å bygge opp og vedlikeholde kompetanse og systemer i et eget støtteapparat, derfor bør senteret utnytte alle muligheter som ligger til rette for å utnytte slike tjenester hos vertsinstitusjonen.

En fellesressurs i regi av hele helseforetaket vil normalt kunne ha et mer robust fagmiljø innenfor de ulike områdene samtidig som en får tilgang til foretakets IKT-systemer og infrastruktur. Ulempen kan være noe mindre fleksibilitet og at senteret har behov for spesialkompetanse som UNN normalt ikke har behov for.

NST betaler i dag en "overhead" for å få tilgang til deler av foretakets støttefunksjoner. Det bør foretas en gjennomgang og avklaring av områder, omfang og kostnader knyttet til bruken av foretakets fellesressurser.

#### *Økonomi og prosjektstøtte*

I tillegg til tradisjonelle økonomifunksjoner som budsjett, regnskap og rapportering/oppfølging, vil det nye senteret fortsatt ha behov for kompetanse, ressurser og systemer innen avansert prosjektstyring, oppfølging og rapportering. Det nye senteret vil ha færre ansatte enn dagens NST, og det vil derfor være naturlig at ressursene som bidrar innen økonomi og administrasjon reduseres tilsvarende. Det vil også være naturlig at deler av disse ressursene dekkes av UNN.

Senterets betydelige prosjektportefølje krever et administrativt system som tilfredsstillende rapporteringsrutiner og andre krav fra oppdragsgiverne. Dagens senter har bygget opp en egen kompetanse og egne økonomiske støttesystemer for å kunne ivareta alle krav fra våre oppdragsgivere og finansieringskilder. Dette bør i hovedsak dekkes av UNNs støttefunksjoner og finansieres som en del av senterets overhead (til UNN).

#### *Personal, arkiv og ekspedisjon:*

UNN har gode støttesystemer og infrastruktur som senteret kan benytte innen personaladministrasjon. Det anses ikke å være behov for egne ansatte i senterets administrasjon som kun jobber med personaladministrasjon. UNN har gode opplæringsrutiner for ledere og ansatte i bruk av Personalportalen og GAT.

Arkivfunksjonen kan utføres/løses på nye måter ved at lederne i senteret får et utvidet ansvar for å bruke arkivsystemet og koordinere at arkivprosedyrene følges opp. Det vurderes som mer lønnsomt og effektivt at en/noen enkeltpersoner kan koordinere og sørge for at arkiveringsprosedyrene følges av senterets ansatte.

Det ansees ikke nødvendig med fysisk tilstedeværelse i ekspedisjonen. Det er imidlertid behov for at noen ivaretar besøkskoordinering, mottak av varer, fordeling av rekvisita, mottak av



post, koordinering av vasketjenesten, og lignende praktiske oppgaver som krever fysisk tilstedeværelse, og som i dag sorterer under ekspedisjonsfunksjonen.

#### *Rapportering og dokumentasjon:*

Dette er tjenester som bør styrkes i det nye forskningssenteret. Innregistrering i Cristin, oversikt over utlysninger/prosjektmidler, samt innsamling av data for virksomhetsrapportering er viktige oppgaver for det fremtidige senteret. Videre er det ønskelig at det nye forskningssenteret prioriterer å bygge opp dokumenthåndtering for gjenbruk av søknader, og for å sikre at tilbakemeldinger, erfaringer og kompetanse oppbygd i forbindelse med søknadsskriving, ivaretas i nye søknader.

Det må vurderes om noen av rapporteringsoppgavene kan ivaretas av UNNs Fag og forskningssenter (f.eks. Cristin), men dokumenthåndtering for gjenbruk av søknader bør ivaretas lokalt.

Det kan vurderes om oppgaver knyttet til rapportering og dokumentasjon kan ses i sammenheng med ny stilling som forskningsbibliotekar (se punkt 4.3).

#### *IT-drift (inkludert infrastruktur)*

Det nasjonale forskningssenteret antas å ville ha behov for omtrent de samme interne IT-drift tjenester som i dag, ivaretatt in-house, men nedskalert noe mht ressursbruk. Det bør foretas en snarlig vurdering om dette er funksjoner som kan anskaffes fra Helse Nord IKT. HN IKT har pr i dag ikke ressurser og tid til å prioritere den fleksibiliteten som forskerne og utviklerne trenger, og innehar heller ikke den IKT-kompetansen som senteret for tiden har behov for.

Det er behov for en IKT-infrastruktur som håndterer personsensitive data og forskningsverktøy på en forsvarlig måte, herunder: i) sikker lagring og ii) analyse av data. Det bør gjennomføres en risikoanalyse av dagens infrastruktur for IT-drift og løsningene som UNN/Helse Nord IKT tilbyr.

Av nye behov er tilgang til et universitetsbibliotek høyt prioritert. Den avtalen UNN har dekket kun helsefaglige artikler, og oppfyller ikke NSTs tverrfaglige behov for blant annet teknologi, samfunnsvitenskapelige og økonomifaglige tidsskrifter. For øvrig har ansettelse av egen forskningsbibliotekar høy prioritet slik det er gjort rede for i kapittel 4.3.

#### *Kommunikasjon*

Formidling av resultater og kompetanse har vært og vil fortsatt være en viktig del av senterets virksomhet.

Senterets hjemmeside er en viktig formidlingskanal ([www.telemed.no](http://www.telemed.no)). Denne formidlingskanalen bør tilpasses og videreutvikles i tråd med det nye senterets profil. Det er imidlertid nødvendig at en fremtidig hjemmeside er bygd på de systemer og den teknologiplattform som sektoren for øvrig benytter. Dette vil i betydelig grad forenkle driften og nødvendig teknisk oppgradering. Kommunikasjonsressursene kan derfor i størst mulig grad konsentrere seg om innhold og formidling av senterets resultater. Disse ressursene må ha med spisset kompetanse på forskningsformidling.



Kommunikasjonsressursene bør i noen sammenhenger inneha en rolle som rådgivere ved skriving av kronikker og for spissing av budskap ved søknadsskriving. Det er videre ønskelig å få til en mer proaktiv og allmennrettet formidling av resultatene i de artiklene som produseres. For å lykkes med dette, blir det viktig med en god dialog mellom forskerne og kommunikasjonsressursene

### 4.3 Øvrige støttefunksjoner

Senteret vil, i likhet med alle andre forskningscentre, være sterkt avhengig av tilgang til tidsskrifter og øvrig forskningslitteratur, samt kompetanse på å utnytte dette godt. Særlig i konteksten for satsing på følgeforskning og HTA samt under utredningsoppdrag vil det være kritisk å ha både digital tilgang og personalressurser. Derfor anses det som ønskelig å ansette eller ha tilgang til en forskningsbibliotekar. Det er også av avgjørende betydning at senteret har tilgang til alle aktuelle fagtidsskrifter, og ikke bare de helsefaglige tidsskrifter som UNN har i dag.

## 5. Organisering og styring

### 5.1 Modell for organisering og styring

HOD har gitt Helse Nord RHF i oppdrag å beskrive det nye senterets oppgaver og rolle ut fra de føringer og signaler som er gitt - herunder også forslag til organisering og styring. Organisering og styringsmodell skal sikre en størst mulig grad av nasjonal synlighet, rolle og forankring.

Det anbefales at senteret fortsatt organiseres som en virksomhet underlagt UNN. Hovedargumentet for dette er mulighetene for å skaffe eksternt finansierte forskningsprosjekter, hvor det erfaringsmessig er viktig å ha nær og lett tilgang til kliniske fagmiljøer og aktuelle pasientpopulasjoner. Et annet vesentlig argument for å foreslå UNN som vertsinstitusjon for et nasjonalt forskningscenter, er at UNN sin funksjon som universitetssykehus gir tilgang til etablerte og relevante samarbeidsarenaer. For å tydeliggjøre den nasjonale rollen anbefales senteret organisert som en frittstående og avgrenset enhet direkte underlagt direktøren, men uten at ledelsen av senteret skal inngå som en del av UNNs ledergruppe.

I en innledende fase har det vært foretatt vurderinger av alternative organisatoriske tilknytningsformer for det nye nasjonale senteret. Det mest nærliggende alternativet ville vært en direkte tilknytning til Helse Nord RHF, og da som en avdeling i det regionale helseforetaket. Dette ville kunne gitt noe større distanse til miljøet ved universitetssykehuset, og på den måten tydeliggjort senterets nasjonale rolle. Andre hensyn har talt for i første omgang å legge det nye senteret organisatorisk under UNN HF. Før øvrig bør det legges opp til at det nye nasjonale senteret blir evaluert etter noen år (2-3 år), herunder også spørsmålet om organisatoriske tilknytning.

Den nasjonale synligheten bør også sikres og styrkes gjennom en bredt sammensatt, nasjonal styringsgruppe. De gode erfaringene fra nåværende styringsgruppe/referansegruppe bør videreføres, men den nasjonale representasjonen bør utvides slik at både helseforvaltningen

og kommunesektoren blir inkludert. Det er ellers ønskelig at våre helsemyndigheter gir styringspremisser adressert til Helse Nord RHF, gjennom årlige bevilgningsbrev der vilkår og oppdrag presiseres. I tillegg vil Helse Nord RHF bidra til å understreke og understøtte senterets nasjonale funksjon gjennom å videreføre de styringskrav som kommer i hhv eier- og myndighetslinjen, gjennom et supplerende og oppfølgende oppdragsbrev, adressert til UNN. Selv om UNN fortsatt skal være vertsmiljø for det nye senteret, vil med andre ord styringsfunksjonene i betydelig grad utøves i samspill med andre nasjonale og regionale aktører. Den endelige og konkrete utforming av senterets styringsordning forutsettes avklart mellom departementet og Helse Nord RHF.

Både den eksterne og interne organiseringen av det nye senteret må være tilpasset oppdraget senteret får som nasjonalt senter. Senteret kan organiseres på ulike måter for å sikre at den interne og eksterne koordineringen fungerer og bidrar til at senteret oppnår sine mål.

Senteret vil få en mer spisset, men likevel stor og omfattende prosjektportefølje, og vil benytte seg av de nasjonale prinsippene og veilederne innen porteføljestyring.

## 5.2 Kobling til universiteter, høgskoler og nasjonale institutter

Det nye senteret må ha en tett kobling og dialog med akademiske miljøer nasjonalt og internasjonalt for å sikre at den mer anvendte forskningen ved senteret er i tråd med den akademiske forskningsfronten. Det er viktig med gjensidige bistillinger, der forskere ved senteret har en universitetstilknytning ved universiteter både i inn- og utland. Det er naturlig at senteret samarbeider med ulike institusjoner og fagmiljø i form av søknader og ulike typer prosjektsamarbeid i internasjonale og nasjonale forskningsprosjekter.

Dagens samarbeid med Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet (UiT) bør videreføres og utvikles, mens det er viktig å ha forankret aktivitet også hos andre universitet/høgskoler i Norge (f eks Universitetet i Oslo, Universitetet i Agder, NTNU, Høgskolen i Gjøvik), samt internasjonale miljøer.

UiT har i dag et masterprogram i telemedisin som gjennomføres i tett samarbeid mellom UiT og NST. I tråd med sektorens satsing på og anvendelse av e-helse både innenfor produktutvikling og prosesstøtte, vil kravet til formalisert kompetanse i økende grad bli etterspurt. Det må være et siktemål at masterprogrammet utvikles i tråd med sektorens behov for og etterspørsel etter kompetanse på e-helseområdet, for på den måten å understøtte nasjonale e-helsesatsinger. Det nye senteret bør være en aktiv samarbeidspartner i videreutvikling av dette studiet, samt utvikling av andre studietilbud som f.eks. et nytt planlagt masterprogram i helseteknologi ved UiT.

Senteret bør knytte til seg studenter i prosjektene som en del av samarbeidet. Dette vil være til gjensidig nytte for både NST, UiT og kandidatene. Som del av universitetssykehuset vil det være en naturlig del av oppdraget til NST å bidra med forelesninger, undervisning og veiledning av studenter. Det er i tillegg strategisk viktig at ansatte ved NST, som en del av sin forskerkarriere, bidrar med veiledning og undervisning.

Det er utviklet studier innen e-helse, helseinformatikk og ved flere høgskoler og universitet i Norge. Dagens senter er allerede del av et nettverk med alle høgskolene som har studier innrettet mot velferdsteknologi i bl a Grimstad, Gjøvik, Bergen og Drammen. Det nye senteret bør jobbe videre med å styrke dette nettverket.

### 5.3 Iverksetting

Fra 1. januar 2016 skal det nye nasjonale senteret i e-helse være etablert og utskilt fra dagens virksomhet både organisatorisk, ledelsesmessig og bemanningsmessig. Basert på de beskrevne utvelgelseskriteriene (kapittel 6.5), vil aktuelle forskere fra nåværende virksomhet bli tilbudt stilling innenfor de aktuelle satsingsområdene. Dette er forberedt og vil bli iverksatt så snart dette er hensiktsmessig. Det er ennå ikke avklart om stillingene skal lyses ut internt eller om det skal foretas en direkte innplassering på grunnlag av de kriterier som det er redegjort for (se senere punkt 6.5).

Lederstillinger som skal utlyses eksternt vil bli forberedt og klar til utlysning når nødvendige avklaringer foreligger (statsbudsjettet). Dette omfatter både senterleder og leder(e) av nye satsingsområder. Nyrekruttering av fagstillinger vil skje gradvis og innenfor en opptrappingsplan som vil være ambisiøs, men realistisk. Vesentlige deler av de nye satsingsområdene bør være på plass både med relevant kompetanse og kapasitet i løpet av sommeren 2016, selv om det antas å ta noe lengre tid før disse områdene er fullt ut etablert på ønsket nivå.

I løpet av høsten – og parallelt med ordinære budsjettprosesser – vil budsjettet for det nye nasjonale senteret utarbeides og vedtas med virkning fra årsskiftet. Eksisterende økonomirutiner vil foreløpig legges til grunn slik det er gjort rede for i dette dokumentet.

Det nye senteret vil fortsatt være lokalisert i Forskningsparken, Linken. Det vil bli foretatt en kontor/arealgjennomgang slik at det nasjonale senteret fremstår som en samlet og synlig virksomhet. Dette omfatter også en fysisk plassering som i størst mulig grad ivaretar mulighetene for synergier mellom de ulike satsingsområdene.

## 6. Bemanningsplan

### 6.1 Forutsetninger og rammebetingelser for bemanning

Det er i hovedsak tre forhold som skal tas hensyn til i bemanningsplanen for det nye senteret:

- Det skal ha en faglig profil i tråd med signaler gitt av HOD og bestilling fra Helse Nord RHF. Senteret skal ha et godt overblikk over det nasjonale og internasjonale e-helsefeltet. Senteret skal levere forskningsbasert dokumentasjon som støtter opp under helsemyndighetenes planlegging og gjennomføring av nasjonale e-helsestrategier både på kort og lang sikt. Dette medfører en vesentlig endring av kultur og kompetanseprofil hvilket også innebærer betydelige behov for omstilling og nyrekruttering.

- Videreutvikle forskningskompetansen som er bygd opp over mange år i dagens senter og som det er stor mangel på og etterspørsel etter i sektoren. Denne kompetansen skal gjøre det nye senteret bedre i stand til å imøtekomme helsemyndighetenes behov for et mer kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag i sin oppfølging av e-helseområdet.
- Det nye forskningscenteret skal finansiere vesentlige deler av virksomheten gjennom tilgang på eksterne forskningsmidler – både regionalt, nasjonalt og i regi av EU. Senterets portefølje og ressurser skal balansere mellom oppdragsfinansierte leveranser fra HOD mfl og konkurranseutsatte oppdrag fra for eksempel Norges forskningsråd (NFR) og EU

Det nye senteret skal bl.a. være et viktig nasjonalt virkemiddel for å understøtte realiseringen av de overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. Den faglige profilen og kapasiteten i det nye senteret skal balansere nasjonale oppdrag og prosjekter og forskningsinitierte prosjekter. Dette forutsetter en bemanningsplan som har kapasitet og fleksibilitet til å sette senteret i stand til å respondere hurtig på oppdrag fra myndighetene.

## 6.2 Bemanningsplan – faglige satsingsområder

### 6.2.1 Bemanning med kompetanse og oppgaver etterspurt av HOD

#### *Oppdragsforskning og forskningsbaserte utredninger*

Senteret skal levere oppdragsforskning og forskningsbaserte utredninger. I bemanningsplanen er det satt av ressurser som kan ta imot og lede slike oppdrag. De som leder disse prosessene skal jobbe tett med ressurser fra de forskerinitierte satsingenes årsverk.

#### *Følgforskning*

Feltet vil kreve forskere som har erfaring med å gjennomføre store nasjonale og regionale følgeforskningsprosjekter hvor innføring og implementering av ny teknologi i helseorganisasjoner er sentralt. Dette området må bygges opp i det nye senteret og det må foretas nyrekruttering.

#### *Metodevurdering*

Kunnskap om HTA og mini-HTA er nødvendig, samt god kjennskap til gjennomføring av litteraturstudier. Det er nødvendig med forskere med kompetanse både innenfor kvalitative og kvantitative metoder og som kan ivareta både helsetjenestens, omsorgssektorens, og befolkningens perspektiver. Dette området må bygges opp i det nye senteret og det må foretas nyrekruttering.

### 6.2.2 Bemanning fra kompetanse fra dagens senter

#### *Pasientjournalen som fremtidens samhandlingsverktøy*

Behovet for forskningsinnsats innenfor dette området må forventes å øke betydelig – spesielt i forbindelse med gjennomføringen av arbeidet og tiltakene med «En innbygger en journal». I tillegg til helsemyndighetenes behov for og bestillinger av ulike typer forskningsinnsats på dette området, må det forventes økt aktivitet som følge av forskningsprogrammer både nasjonalt og internasjonalt.

Feltet krever forskere med erfaring fra design, utvikling, implementering, bruk og evaluering av EPJ- og samhandlingsrelaterte tjenester og informasjonssystem, samt erfaring fra IKT-, EPJ-, og samhandlingsrelatert helsetjenesteforskning. Det vil være et krav om at senteret må ha forskere med både kvalitativ og kvantitativ forskningserfaring, og som kan ivareta både helsetjenestens og pasientenes perspektiver.

#### *Pasientforløp og samhandlingsmodeller*

Forskningsprogrammene nasjonalt og på europeisk nivå øker fokus og ressursinnsats/forskningsmidler på dette feltet. Spesielt EUs forskningsprogram *Horisont 2020* har et stort fokus på problemstillinger på området samhandling og pasientforløp. Dette er et område hvor porteføljen av prosjekter er i vekst, som følge av at dagens kompetanse er konkurransedyktig både på nasjonalt og europeisk nivå. Flere større søknader er initiert, og vil kunne medføre ekspansjon de kommende årene.

Feltet krever forskere med erfaring fra IKT-relatert helsetjenesteforskning og modellering samt implementering og evaluering av samhandlingsverktøy. Det vil være et krav om forskere med både kvalitativ og kvantitativ forskningserfaring, som kan ivareta både helsetjenestens og pasientenes perspektiver.

#### *M-helse, velferdsteknologi og egenmestring*

Dette er en satsing hvor dagens senter har den største andelen forskere. Det er et område i vekst både nasjonalt og internasjonalt. Forskerne innen dette feltet har over tid hentet inn finansiering fra EU, NFR og regionale fond. Det er et felt som har hatt stort fokus innen EU og dagens forskere har hentet midler herfra før NFR økte sin interesse for og prioritering av dette forskningsfeltet. EUs 10-årige satsing på forskning innen velferdsteknologi har gitt dagens senter god uttelling, noe som har bidratt sterkt til å bygge opp en nasjonal relevant forskningskompetanse innen dette feltet.

Feltet er bredt og dekker både teknologier, systemer og tjenester for både forebygging, diagnostisering, behandling, egenmestring og rehabilitering og krever forskere med erfaring fra design, brukermedvirkning, utvikling, implementering, bruk og evaluering av systemer og tjenester for m-helse og velferdsteknologi, samt utvikling og evaluering av mekanismer for egenmestring og motivasjon. Integrasjon av sensorsystemer, utveksling av data mellom personlige helsesystemer og helsetjenestene er sentrale problemstillinger. Det er nødvendig med forskere med både kvalitativ og kvantitativ metode, som kan ivareta både helsetjenestens, omsorgssektorens, og befolkningens perspektiver. Utvikling av prototyper og kunnskap om nye forretningsmodeller for m-helse og velferdsteknologi er nødvendig.

Etterspørsel etter forskningsbasert dokumentasjon på hvordan løsninger for egenmestring og helsetjenestens EPJ og beslutningsstøttesystemer kan samvirke, er økende på både nasjonalt internasjonalt nivå. Det fremtidige senteret vil på dette feltet besitte kompetanse innen forskningsfronten, som det er viktig å beholde og videreutvikle. Dagens bemanning har en god miks av seniorer og stipendiater.

#### *Health analytics*

Dette satsingsområdet er relativt nytt ved dagens senter, men har behov for utvidet kapasitet basert på etterspørsel nasjonalt og internasjonalt, særlig med tanke på gjenbruk av data.

Feltet vil kreve forskere med solid realfaglig kompetanse og analytisk erfaring innen statistikk, matematikk, fysikk eller tilgrensende områder, samt kompetanse innen systematisering, uttrekk og tilgjengeliggjøring av data for analyse.

### 6.2.2 Bemanning – internasjonalt samarbeid, herunder WHO

Det settes av 3 årsverk til å lede og koordinere det internasjonale nettverksarbeidet ("vindu mot verden") herunder å lede/koordinere arbeidet som WHO samarbeidssenter.

## 6.3 Bemanningsplan – faglige og administrative støttefunksjoner

### *Systemutviklere*

Dagens portefølje med prosjekter finansiert av både Helse Nord RHF og NFR forutsetter at forskergruppene har egne systemutviklere tilgjengelig. Det er satt av 6 årsverk for å dekke ressursene som denne forskningsinitierte porteføljen krever for å kunne levere. Stillingene er i sin helhet allokert til og finansiert av eksterne prosjekter. Antallet årsverk vil variere med tilslag på eksterne forskningsprosjekter. Det er viktig at systemutviklerne kjenner sektoren og sektorens systemarkitektur (jfr. pågående prosjekter knyttet opp mot helsenorge.no). Alternative måter å anskaffe og organisere denne typen faglige ressurser vil bli vurdert fortløpende.

### *Overhead og tilgang til foretakets fellesressurser*

Det nye senteret må gjøre en gjennomgang av alle tjenester og oppgaver som kan dekkes av overhead til UNN og tjenester som ikke dekkes og som dermed må kjøpes eksternt eller drives i egenregi. En slik gjennomgang er nødvendig for å gi senterets administrative stab en hensiktsmessig dimensjonering tilpasset den samlede forsknings- og utredningsportefølje.

### *Forskningsbibliotekar*

Senteret skal bemanne opp aktivitet innen forskning, utredninger og kunnskapsoppsummeringer. For å få god kvalitet på leveransene innen disse områdene, er det behov for en forskningsbibliotekar. Det avsettes ett årsverk til dette.

### *Økonomi og rapportering*

Det avsettes ett årsverk innen økonomi og rapportering. Dette årsverket skal ha spisset kompetanse på å vurdere de økonomiske forutsetningene i prosjektsøknadene, og bidra med støtte til prosjektleder/lederne med ansvar for de ulike prosjektene/områdene. Det legges også opp til at vertsinstitusjonen (UNN) bistår senteret med relevant kompetanse innen økonomi og administrasjon som kan bistå senteret.

### *IT-plattform*

Dagens senter har en felles IT plattform som driftes av fagfolk ansatt i senteret. Det avsettes to årsverk til å drifte denne i en overgangsperiode. Målet er at dette reduseres over tid. Bemanningen på dette området vil derfor framstå som høy, men det nye senteret forutsettes å foreta en kontrollert nedskalering over tid, slik at kjerneoppgavene ved senteret har en IT infrastruktur som bidrar til en forskningsproduksjon som er effektiv og har god kvalitet.

*Kommunikasjon*

Formidling av resultater og kompetanse vil fortsatt være en viktig del av senterets virksomhet. Det settes av 1 årsverk som kommunikasjonsleder for det nye senteret. Vedkommende vil få hovedansvar for å videreutvikle kommunikasjonsarbeidet i det nye senteret med ny profil. Det settes videre av 1 årsverk som webansvarlig som skal ivareta oppbyggingen og fremtidig drift av senterets nye hjemmesider. Fremtidig bemanning innenfor kommunikasjonsområdet må vurderes videre i forhold til hvilke nettløsninger og teknologiplattformer som sektoren benytter i fremtiden.

## 6.4 Bemanning, kapasitet og porteføljestyling

*Bemanningsplan*

For å realisere balansegangen mellom HOD-oppdrag og forskerinitierte prosjekter, er det laget en modell for bemanning der HOD-oppdrag og bemanning av forskerinitierte prosjekter synliggjøres i form av årsverk, se tabell 6.1. Senteret skal ha en ramme på 60 årsverk.

Tabell 6.1 Bemanningsplan

Satsingsområder og støttefunksjoner	Årsverk			
	Fast	Postdok/ stipendiat	Nyrekruttering	SUM
<b>Kompetanse og oppgaver etterspurt av HOD</b>				
Oppdrag og forskningsbaserte utredninger	5			5
Følgforskning			7	7
HTA / metodevurdering			4	4
Internasjonalt samarbeid inkludert WHO samarbeidssenter	3			3
<i>Delsum</i>	8	0	11	19
<b>Kompetanse og satsingsområder fra dagens NST som skal videreføres i det nye senteret <sup>4</sup></b>				
Pasientjournalen som fremtidens samhandlingsverktøy	2	4		6
Pasientforløp og samhandlingsmodeller	5	2		7
M-helse, velferdsteknologi og egenmestring	5	4		9
Health analytics	2	2	1	5
<i>Delsum</i>	14	12	1	27
<b>Støttefunksjoner i det nye senteret</b>				
Systemutviklere	6			6
Administrative støttefunksjoner og infrastruktur	7		1	8
<i>Delsum</i>	13	0	1	14
<b>SUM</b>	<b>35</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>60</b>

<sup>4</sup> Det er forventet at årsverkene fra de forskerinitierte satsingsområdene skal bidra inn i HOD bestillinger, slik at rett kompetanse stilles til rådighet for HOD initierte oppdrag.

*Bemanningsplan for kompetanse og oppgaver etterspurt av HOD*

Det er satt av 19 årsverk til kompetanse og oppgaver etterspurt av HOD, hvorav 11 årsverk er planlagt nyrekruttering. Umiddelbart etter at oppgaver og omfang for "Nye NST" er avklart og besluttet (Statsbudsjettet), vil ekstern rekruttering av ledere og fagpersoner bli iverksatt. Dette arbeidet kan forberedes slik at prosessen iverksettes umiddelbart etter at Statsbudsjettet er offentliggjort.

Stillingen som leder for det nye nasjonale senteret forventes lyst ut eksternt (nasjonalt evt. også nordisk/internasjonalt). Nødvendige kvalifikasjoner for en slik stilling vil være betydelig ledererfaring, nødvendig teoretisk bakgrunn/kunnskap og erfaring også fra de områdene HOD etterspør.

I tillegg vil det være nødvendig med en egen faglig leder (e) for områdene følgeforskning og metodevurderinger som forventes rekruttert eksternt. For at arbeidet snarest mulig skal komme i gang, må ulike midlertidige løsninger vurderes, for eksempel samarbeid med nasjonale/internasjonale institusjoner med aktuell kompetanse, gjesteforskere, hospiteringsordninger, evt. andre former for faglig samarbeid. Det bør være en klar målsetting at de bestilte områdene fra HOD skal ha en omfattende kompetanse/kapasitet på plass i det nye senteret innen utgangen av 2016.

De 5 årsverkene til oppdrag og forskningsbaserte utredninger skal ta imot og lede slike prosesser. Det er også forventet at årsverkene fra de forskerinitierte satsingsområdene skal bidra inn i bestillinger fra HOD/helsemyndighetene, slik at rett kompetanse stilles til rådighet for HOD-initierte oppdrag.

Det er satt av 3 årsverk til internasjonalt samarbeid inkludert WHO samarbeidssenter, EU-kompetanse og internasjonalt nettverkssamarbeid ("vindu mot verden").

*Bemanningsplan for satsingsområder fra dagens NST som skal videreføres i det nye senteret*

Det er satt av 15 faste årsverk til kompetanse og satsingsområder fra dagens NST som skal videreføres i det nye senteret. Ett av disse årsverkene er en nyrekruttering innenfor satsingsområdet Health analytics.

Det er videre satt av 12 årsverk til postdok- og stipendiatstillinger som i økonomisimuleringen (kapittel 7) er estimert til 90 % eksternt finansiert. Da andelen ekstern finansiering er høy for stipendene, så er det rimelig å trekke disse årsverkene ut når man sammenligner antall årsverk på tvers av kompetanse og oppgaver etterspurt av HOD og videreføring av dagens kompetanse i NST.

Som figur 6.1 viser utgjør kompetanse og oppgaver etterspurt av HOD 56 % av årsverkene i bemanningstabellen (19 årsverk). Kompetansen og satsingsområdene fra dagens NST som skal videreføres i det nye senteret utgjør 44% av årsverkene (15 årsverk). Stipendene forutsettes 90% eksternt finansiert (12 årsverk), og er derfor tatt ut i denne sammenligningen.





Figur: 6.1 Fordeling av årsverk eksklusiv stipender og støttefunksjoner

#### *Bemanningsplan for støttefunksjoner i det nye senteret*

Det er satt av 6 årsverk til systemutviklere som faglige støttefunksjoner. Disse årsverkene kan i tillegg til å støtte realiseringen av forskerinitierte prosjekter bidra med kompetanse innen HOD oppdragssiden med kunnskap om morgendagens teknologi.

De 8 årsverkene til administrative støttefunksjoner og infrastruktur skal gi støtte til alle deler av senteret. Disse årsverkene omfatter bl.a. årsverk til senterleder, administrativ leder og kommunikasjonsleder. Det er videre satt av 2 årsverk til IT-drift, 1 årsverk til kommunikasjon og 1 årsverk til økonomi. Det er planlagt en ny stilling som forskningsbibliotekar som utgjør det siste årsverket.

#### *Kapasitet og porteføljestyling*

Senterets samlede portefølje og ressurser skal balansere mellom oppdragsfinansierte og forskerinitierte oppgaver. Kompetansen fra den forskerinitierte delen av porteføljen skal bidra til å styrke den oppdragsinitierte delen. Senteret må kunne reagere hurtig og fleksibelt når oppdragsgiver kommer med bestillinger med høy prioritet og behov for rask levering. Det innebærer at senterets samlede fagmiljø til enhver tid må ha kapasitet til å gjøre oppdrag på bestilling. For å oppnå en god balanse mellom senterets ulike oppgaver, forutsettes senteret å etablere nødvendig og oppdatert metodikk og systemer for porteføljestyling. Dagens senter har både metodikk og porteføljestyling, men disse må videreutvikles og tilpasses den nasjonale porteføljestylingemetodikken <http://www.prosjektveiviseren.no/>.

Senteret vil være prosjektorganisert og dermed også matriseorganisert. Metodikken og systemene for porteføljestyling skal være gode hjelpemidler for ledelsens ressursallokering og prioritering av ressurser til å gjennomføre oppdrag basert på senterets «oppdragsdokument»/strategi. Senteret har bygd opp systemer for å styre kompetansen i prosjektporteføljen.

En viktig del av porteføljestylingen er også å forvalte fordelingen mellom ekstern finansiering og HOD finansiering i den samlede prosjektporteføljen (se også økonomimodell i kapittel 7). For å illustrere dette kan figur 6.1 anvendes. I figuren er årsverkene fordelt mellom oppgaver/kompetanse HOD/helsemyndighetene etterspør og oppgaver/kompetanse som skal videreføres fra dagens NST. Den til enhver tid eksisterende prosjektporteføljen innenfor disse to hovedområdene vil basere seg på en viss fordeling av både ekstern finansiering og HOD

finansiering. Det kan være prosjekter som er både eksternt finansiert og HOD finansiert, bare eksternt finansiert, eller bare HOD finansiert. Fordelingen mellom de to områdene vist i figur 6.1 vil variere over tid, avhengig av størrelsen på tilgjengelig ekstern finansiering. I en oppstartsfase kan man forvente at andelen ekstern finansiering vil være større i den porteføljen som skal videreføres fra dagens NST, men over tid forventes dette å endre seg. Det er bygd opp systemer som kan ivareta porteføljestyling av ulik finansiering i ulike prosjekter. I kapittel 7 er det gjort forutsetninger for forventet ekstern finansiering samlet sett for senteret.

## 6.5 Kriterier for utvelgelse

For utvelgelse av forskere som skal med i det nasjonale senteret, vil følgende kriterier mht til kvalitet og relevans bli vektlagt:

- Publikasjoner med særlig vekt på produksjon siste 3-5 år
- Evne til prosjektakkvisisjon i egen regi, tilslag på søknader og relevans i henhold til de prioriterte forskningsområder for det nye nasjonale senteret. Dette må dokumenteres både gjennom publisert forskning, rapporter og prosjektakkvisisjon/søknader
- Evne til samarbeid, både om utforming av søknader og gjennomføring av prosjekter,
- Samtlige forskere skal, med relevant bakgrunn og kompetanse, knyttes til en fag/ forskningsgruppe.

Proessen følger UNN/Helse Nords retningslinjer som legger vekt på at kandidater som stiller likt mht kompetanse vektas mht ansiennitet og sosiale forhold.

## 7. Økonomimodell

Tabellen under viser en simulering av økonomien basert på totalt 60 årsverk.

Tabell 7.1 økonomimodell

(Tall i MNOK)	
<u>Lønnskostnader:</u>	<u>MNOK</u>
<b>Kompetanse og oppgaver etterspurt av HOD</b>	
Oppdrag og forskningsbaserte utredninger	4,5
Følgeforskning	6,2
HTA / metodevurdering	3,4
Internasjonalt samarbeid inkludert WHO samarbeidssenter	1,5
<i>Delsum Lønn</i>	<i>15,6</i>
<b>Kompetanse og satsingsområder fra dagens NST som skal videreføres i det nye senteret</b>	
Pasientjournalen som fremtidens samhandlingsverktøy	5,0
Pasientforløp og samhandlingsmodeller	6,0
M-helse, velferdsteknologi og egenmestring	7,3
Health analytics	4,5
<i>Delsum Lønn</i>	<i>22,8</i> *
<b>Støttefunksjoner i det nye senteret</b>	
Systemutviklere	4,1
Administrative støttefunksjoner og infrastruktur	5,9
<i>Delsum Lønn</i>	<i>10,0</i>
<b>SUM Lønnskostnader</b>	<b>48,4</b>
<u>Driftskostnader:</u>	
Direkte prosjektkostnader	9,8
Indirekte kostnader	2,8

Felleskostnader	5,8
<b>SUM Driftskostnader</b>	<b>18,4</b>
<hr/>	
<b>SUM alle kostnader</b>	<b>66,8</b>
<hr/>	
<i>Ekstern finansiering:</i>	
Ekstern finansiering lavt anslag (35 %)	24,4
Ekstern finansiering middels anslag (50 %)	29,6
Ekstern finansiering høyt anslag (70 %)	36,5
<hr/>	
<i>Rammefinansiering:</i>	
HOD	36,0
Helse Nord	4,0
<hr/>	
<b>Resultat lavt anslag ekstern finansiering (35 %)</b>	<b>-2,4</b>
<b>Resultat middels anslag ekstern finansiering (50 %)</b>	<b>2,8</b>
<b>Resultat høyt anslag ekstern finansiering (70 %)</b>	<b>9,7</b>

*\*Inklusiv 9,8 mill. kr. stipendiat og postdok (forutsatt 90% ekstern finansiering)*

Det er simulert kostnader og inntekter for et bemanningsalternativ på 60 årsverk. Lønn til senterleder er inkludert i administrative støttefunksjoner og infrastruktur, mens seksjons-/fagledelse er forutsatt som del av lønnskostnadene i fagavdelingene. Driftskostnadene er beregnet ut fra normtall basert på NST sitt budsjett for 2015, og skalert i forhold til antall årsverk i de ulike alternativene. Ekstern finansiering er beregnet med utgangspunkt i tilgjengelig tid til finansiert prosjektarbeid, andel tid til ekstern forskning og timepriser.

I tillegg er det gjort sensitivitetsberegninger av andelen av forskernes tid som finansieres eksternt (35 %, 50 % og 70 %). Dette gir et bilde av risikoen knyttet til finansieringsbehovet, med tre ulike simulerte resultat.

Det vurderes som sannsynlig at det nye forskningssenteret i en oppstartsperiode vil ha en noe lavere andel ekstern finansiering, bl.a. pga nyrekruttering og organisasjonsmessige tilpasninger. I NST sitt budsjett for 2015 er det imidlertid lagt til grunn en andel ekstern finansiering på ca. 65 %, noe som viser seg å ha vært en reell andel historisk sett. Videre har forskningsseksjonene inkl. EU-prosjektene i dagens NST allerede kontrakter på ekstern finansiering for 2016 på ca. 33 MNOK, og dette beløpet er forventet å øke ytterligere. Det vurderes derfor som sannsynlig at senteret over tid vil kunne bevege seg fra nedre intervall i den simulerte andelen ekstern finansiering og oppover mot en høyere andel, med et tilhørende bedre resultat.

En høyere andel ekstern finansiering vurderes som mer realistisk jo høyere bemanning senteret har, siden man har en større kapasitet til prosjektakvisisjon og mindre sårbarhet med en større prosjektportefølje. Over tid vil det nye senteret ha et potensial for å vokse innenfor alle satsingsområder ved å øke andelen ekstern finansiering.

reta den enkeltes personvern. Det pågår forprosjekt for utvikling av tjenester for sikker identifisering, sporbarhet (logg) og tilgangsstyring. Slike tjenester krever også helseadministrative registre med god datakvalitet og et forvaltningsapparat med tydelig ansvarsfordeling, og sees i sammenheng med arbeidet med nasjonal sikkerhetsinfrastruktur. Det skal utarbeides planer for videre gjennomføring, etablering, innføring, drift og forvaltning. Direktoratet skal videre, i samarbeid med andre relevante aktører, bidra til kompetansespredning om personvern og informasjonssikkerhet blant helsepersonell.

#### Velferdsteknologi og telemedisin

Regjeringen vil ta i bruk velferdsteknologi og mobil helseteknologi (m-helse) for å styrke pasientenes mestring i hverdagen og gi bedre utnyttelse av helse- og omsorgstjenestens ressurser. Det pågår flere nasjonale prosjekter som ledes av Helsedirektoratet. For å sikre synergieffekter og en raskere framdrift, sees prosjektene i sammenheng.

Flere kommuner prøver ut velferdsteknologi for trygghet og mestring gjennom Nasjonalt program for utvikling og innføring av velferdsteknologi 2014–2020. For å sikre en helhetlig tjeneste hvor systemer fungerer sammen, er det nødvendig å ta i bruk felles standarder for velferdsteknologi. Det internasjonale rammeverket Continua Health Alliance er besluttet innført. Standardisering av velferdsteknologi skal sees i sammenheng med det øvrige standardiseringsarbeidet på e-helseområdet, og skal også omfatte personlig helseteknologi, telemedisin og m-helse, jf. også omtale under kap. 761.

Det er i 2015 etablert et nasjonalt velferdsteknologiprojekt for avstandsbehandling og -oppfølging av kronisk syke, jf. Innst. 11 S (2014–2015). Utprøving av de velferdsteknologiske løsningene starter opp høsten 2015. Prosjektet skal omfatte følgeforskning av brukererfaringer og helseøkonomiske konsekvenser.

Norge deltar i et prosjekt under Verdens helseorganisasjon og Den internasjonale telekommunikasjonsunion, Be He@lthy – Be mobile. Formålet med prosjektet er å benytte mobilbaserte verktøy som et virkemiddel i arbeidet med å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer. Prosjektet startet opp høsten 2014 og vil vare i 3–4 år. Helsedirektoratet har det operative ansvaret for prosjektet i Norge, og har bl.a. etablert et nasjonalt prosjekt for utprøving av m-helseløsninger. Som en del av arbeidet skal effekter og gevinster dokumenteres

og selvdeklareringsordning for helseapper utredes.

Nasjonal kompetansetjeneste for telemedisin vil fra 2016 endres til et nasjonalt forskningssenter underlagt Helse Nord RHF. Det nasjonale senteret skal understøtte nasjonale behov for forskning og utredning innenfor e-helse, telemedisin og mobil helse, herunder følgeforskning og metodevurderinger av e-helsetiltak. Bl.a. skal senteret i 2016 utrede hindre for å ta i bruk digitale løsninger, herunder terapi på nett. Det forutsettes et tett samarbeid med Direktoratet for e-helse og andre sentrale aktører som de regionale helseforetakene, jf. omtale under kap. 732, post 78.

#### Standarder, terminologi og kodeverk

For at aktørene i helse- og omsorgssektoren skal kunne samhandle elektronisk, må systemene bruke samme standarder for å definere og utveksle informasjonen. Standardisert elektronisk meldingsutveksling er utbredt på mange områder, men det er behov for styrket virkemiddelbruk for å sikre at alle tar løsningene i bruk. Derfor ble en ny forskrift om IKT-standarder innført fra 1. september 2015.

Forskrift om IKT-standarder er hjemlet i den nye pasientjournalloven. Her stilles det krav til at helse- og omsorgstjenesten dokumenterer helseopplysninger elektronisk, oppdaterer adresseregisteret i helsenettet og at elektroniske basismeldinger kan sendes og mottas. Forskriften er en start og representerer et minimumsnivå. Den skal være dynamisk og utvikles over tid, i takt med utvikling og behov i sektoren. Helsedirektoratet har publisert en referanse katalog som vil hjelpe virksomheter og leverandører i helse- og omsorgstjenesten til å få oversikt over e-helsestandarder.

Kodeverk og terminologi sikrer entydig bruk av begreper og koder i helseregistre og IKT-systemer. Standardisert terminologi og kodeverk vil understøtte bruk av strukturerte data i IKT-systemer. Dette muliggjør enklere gjenbruk av data til kvalitetsforbedring, helseovervåkning, styring og forskning. Det skal i 2016 gjennomføres en helhetlig vurdering av standarder, terminologi og kodeverk i helse- og omsorgssektoren.

#### Nasjonalt legevaktnummer 116 117

Et nasjonalt telefonnummer 116 117 til kommunale legevaktsentraler ble innført i alle kommuner 1. september 2015. Kommunens ansvar for døgnbemannet legevaktsentral og håndtering av hen-





**DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**

Helse Nord RHF  
Postboks 1445  
8038 BODØ

Deres ref

Vår ref  
16/1331-

Dato  
02.02.2016

**Nasjonalt senter for e-helseforskning - nasjonale behov for forskning og utredning**

Viser til møtet mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Nord RHF, Nasjonalt senter for e-helseforskning og Direktoratet for e-helse 14. januar d.å.

Nasjonalt senter for e-helseforskning ble etablert 1. januar 2016, jf. Prop.1 S (2015-2016). Det nye senteret er underlagt Helse Nord RHF. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker i dette brev å tydeliggjøre senterets nasjonale oppgaver og rolle.

Nasjonalt senter for e-helseforskning skal ha en nasjonal rolle og understøtte nasjonale behov for kunnskap på e-helseområdet. Senterets nasjonale rolle skal understøttes gjennom gjennom en bredt sammensatt styringsgruppe. Oppgavene til senteret inkluderer forskning og utredning, herunder følgeforskning og metodevurderinger av e-helsetiltak. Senteret skal ta utgangspunkt i de nasjonale behovene som blir identifisert av de ulike aktørene i sektoren og behov knyttet til arbeidet med én innbygger – én journal. Det vises til de de overordnende målene for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger.
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester.
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Det vises også til Nasjonal handlingsplan for e-helse (2014-2016).

Postadresse  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo  
postmottak@hod.dep.no

Besøksadresse  
Teatergt. 9  
www.hod.dep.no

Telefon\*  
22 24 90 90  
Org no.  
983 887 406

Administrasjonsavdelingen  
Saksbehandler  
Darlén Gjølstad  
22 24 87 39

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at Nasjonalt senter for e-helseforskning samarbeider tett med Direktoratet for e-helse for å avklare de nasjonale behovene for forskning og utredning. Behovene skal sees i sammenheng med prioriteringer fra nasjonal porteføljestyling. Nasjonalt senter for e-helseforskning og Direktoratet for e-helse skal sammen avtale samarbeidsform, roller og fordeling av ansvar og oppgaver (samarbeidsavtaler). Senterets virksomhet skal evalueres i løpet av 2018.

I Statsbudsjettet for 2016 er det bevilget 35,9 mill. kroner til videre drift av Nasjonalt senter for e-helseforskning ved Helse Nord RHF, kap. 732, post 70.

Forskning og utredning er viktige virkemidler for å få kunnskap slik at nasjonale mål innen e-helse nås. Helse- og omsorgsdepartementet ser fram til videre samarbeid om Nasjonalt senter for e-helseforskning.

Med vennlig hilsen

Bjørn Astad (e.f.)  
ekspedisjonssjef

Darlén Gjølstad  
seniorrådgiver

*Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.*

Kopi til:

Direktoratet for e-helse

Postboks 6737 St. Olavs  
plass

0130 OSLO



Adm. direktør Tor Ingebrigtsen  
Universitetssykehuset Nord-Norge  
9038 Tromsø

Deres ref.:

Vår ref.:  
2015/570

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Finn Henry Hansen

Sted/Dato:  
Bodø, 04.02.2016

## **Oppdragsbrev 2016 – Universitetssykehuset Nord-Norge - Nasjonalt senter for e-helseforskning**

### **Bakgrunn**

Det vises til foretaksmøte 3. februar 2016 vedrørende Nasjonalt senter for e-helseforskning hvor Helse Nord RHF vil spesifisere dette oppdraget ytterligere gjennom et særskilt oppdragsbrev.

Det vises videre til vedlagte brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 2. februar 2016 vedrørende Nasjonalt senter for e-helseforskning - nasjonale behov for forskning og utredning. I brevet vises bl.a. til at senteret virksomhet skal evalueres i løpet av 2018.

For de kommende år forventes det at oppdraget til UNN og Nasjonalt senter for e-helseforskning inngår i ordinære plan- og bestillingsprosesser.

### **Faglige oppgaver og oppdrag i 2016**

Det nye forskningssenteret skal kjennetegnes gjennom følgende karakteristika:

- En tydelig nasjonal rolle
- Forsknings- og utredningsfokus
- E-helse

Dette gjenspeiles også i navnevalget.

Det nye forskningssenteret skal i langt større grad enn tidligere, påta seg og gjennomføre forsknings- og utredningsoppdrag bestilt av helsemyndighetene innenfor prioriterte, nasjonale satsingsområder på e-helseområdet. Det må vies betydelig ledelsesmessig og styringsmessig oppmerksomhet i å bevisstgjøre og tydeliggjøre senterets nye og endrede rolle og oppgaver.



Det blir spesielt viktig å benytte og utnytte dagens forskningskompetanse og kapasitet inn i senterets nye oppdragsportefølje. Dette har vært en hovedbegrunnelse for å ta vare på og videreutvikle forskningskompetansen som er bygd opp ved NST over en lang periode. Det vises spesielt til vedlagte brev fra Helse- og omsorgsdepartementet og med henvisning til Nasjonal handlingsplan for e-helse (2014–2016).

Senteret skal ta utgangspunkt i de nasjonale behovene knyttet til arbeidet med én innbygger – én journal, herunder de overordnende målene for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger.
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester.
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at Nasjonalt senter for e-helseforskning samarbeider tett med Direktoratet for e-helse for å avklare de nasjonale behovene for forskning og utredning. Behovene skal sees i sammenheng med prioriteringer fra nasjonal porteføljestyring. Nasjonalt senter for e-helseforskning og Direktoratet for e-helse skal sammen avtale samarbeidsform og fordeling av ansvar og oppgaver (samarbeidsavtaler).

#### *Helsemyndighetenes behov og foreløpige bestillinger*

I forbindelse med arbeidet med utredningen av det nye senteret, pekte Helse- og omsorgsdepartementet på følgende konkrete kompetansebehov:

- Oppdrag og forskningsbaserte utredninger
- Følgeforskning
- Metodevurderinger/HTA.

Det ble konkludert med at NST i utgangspunktet hadde høy kompetanse på og lang erfaring med forskningsbaserte utredningsoppdrag innenfor de områdene som ble etterspurt. På områdene følgeforskning og metodevurderinger/HTA ble det konkludert med behov for nyrekruttering i størrelsesorden 11-12 årsverk. De bestilte oppdragene, utredningene, etc., forventes gradvis å utgjøre en økende andel av senterets samlede portefølje. Det er en forutsetning at hele senterets fagmiljø bidrar til gjennomføringen av oppdraget.

Det må utarbeides en plan for kompetansebehov og kompetansesammensetning for de aktuelle områdene og deretter iverksette nødvendige rekrutteringstiltak. Den faglige ledelsen og ansvaret for de ulike områdene må spesielt vektlegges. Det kan være nødvendig med kjøp av eksterne tjenester i en innledende fase for å imøtekomme bestilte og prioriterte oppdrag.



I statsbudsjettet for 2016 er følgende oppgave beskrevet for det nye forskningssenteret: "Bl.a. skal senteret i 2016 utrede hindre for å ta i bruk digitale løsninger, herunder terapi på nett. Det forutsettes et tett samarbeid med Direktoratet for e-helse og andre sentrale aktører som de regionale helseforetakene."

Denne oppgaven skal følges opp gjennom dialog med bl.a. Direktoratet for e-helse hvor det utarbeides en konkret leveranseplan med mål, oppgaver, ressursinnsats, leveranser og milepælsplaner.

I dialogen med HOD og Direktoratet for e-helse er det signalisert tydelige forventninger om at det nye senteret skal bidra i arbeidet med oppfølgingen av "En innbygger – en journal" som er helsemyndighetenes hovedsatsing innenfor e-helseområdet de kommende år. Dette skal følges opp i tett dialog med Direktoratet for e-helse hvor kompetansebehov, oppgaver, bidrag og rolle for det nye forskningssenteret avklares. Det forventes at det nye senteret skal ha en synlig og avklart rolle i det videre arbeid med "En innbygger – en journal" og at senterets øvrige faglige virksomhet og prosjekter enten direkte eller indirekte understøtter helsemyndighetenes prioriterte e-helsesatsing.

#### *Videreføring av kompetanse og satsningsområder fra eksisterende og pågående forskningsaktivitet*

I utredningen er følgende forskningsområder foreslått videreført inn i det nye senteret:

- Pasientjournalen som fremtidens samhandlingsverktøy
- Pasientforløp og samhandlingsmodeller
- M-helse, velferdsteknologi og egenmestring
- Health analytics

Dette anses som viktige tematiske områder knyttet opp mot arbeidet med "En innbygger – en journal". Sammen med senterets internasjonale oppgaver ("vindu mot verden") videreføres dette som sentrale forskningstema i det nye senteret. I utgangspunktet er det lagt opp til en balansert todeling mellom oppdragsfinansiert forskning og utredninger initiert av helsemyndighetene og den mer frie forskningen finansiert gjennom konkurranseutsatte forskningsmidler.

Det forventes at myndighetsinitierte forsknings- og utredningsoppdrag i noen grad gjennomføres av dedikerte ressurser innenfor de ulike faggruppene, men at også den øvrige forskningskompetansen kan utnyttes og benyttes til slike oppdrag. Dette er oppgaver/roller som det er viktig at den enkelte forsker er kjent med og forholder seg til og som innledningsvis må ha ledelsesmessig oppmerksomhet.

#### **Samarbeid med og forankring i sektoren**

Det er et overordnet mål at det nye forskningssenteret skal være en nyttig og attraktiv samarbeidspartner innenfor e-helseområdet.

HOD har lagt opp til at det nye forskningssenteret skal ha et tett og forpliktende samarbeid med andre sentrale aktører i sektoren, spesielt Direktoratet for e-helse. Direktoratet vil i noen sammenhenger opptre i en bestillerrolle både ved å etterspørre kompetanse og oppdrag, og i noen sammenhenger som en samarbeidspart. Det må derfor etableres faglige og ledelsesmessige arenaer som utvikler et slikt samarbeid. Samarbeidet med Direktoratet for e-helse skal forankres i samarbeidsavtale(r).

Samarbeidet med Direktoratet for e-helse og de øvrige relevante fagmiljøene i sektoren skal bidra at forskningssenteret får en synlig og avklart rolle.

### **Administrative og organisatoriske forhold**

Utredningen peker på en rekke uavklarte forhold knyttet til faglige og administrative støttefunksjoner. Dette følges opp i tråd med rapportens anbefalinger.

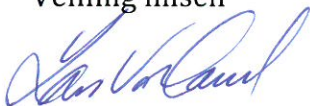
Det er tydelige bestillinger om å tydeliggjøre senterets nasjonale rolle. Dette er i første omgang ivare tatt ved at det nye senteret er en egen organisatorisk enhet med egen ledelse, en egen, nasjonal styringsgruppe og separat budsjett og rapportering.

Det skal utarbeides eget budsjett for forskningssenteret som tydeliggjør senterets inntekter og kostnader. Budsjett- og rapporteringsrutiner skal spesielt legges opp slik at innsats og ressursbruk for de myndighetsbestilte oppdragene synliggjøres. For øvrig vises til mandat utarbeidet for senterets styringsgruppe.

Vedlegg:

1. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 2. februar 2016 - Nasjonalt senter for e-helseforskning - nasjonale behov for forskning og utredning
2. Utkast til mandat for styringsgruppen for Nasjonalt senter for e-helseforskning

Vennlig hilsen



Lars Vorland  
Adm .direktør

Kopi: Ekspedisjonssjef Bjørn Astad, Helse- og omsorgsdepartementet