

Nærings- og fiskeridepartementet
Postboks 8090 dep
0032 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 18/11510-6
Saksbehandler: Kristin Skogeng
Dato: 26.06.2018

HelseDirektoratets innspill til stortingsmelding om helsenæringen

HelseDirektoratet viser til arbeidet med stortingsmelding om helsenæringen og takker for invitasjonen til å komme med innspill til meldingsarbeidet.

HelseDirektoratet er positive til arbeidet med stortingsmeldingen og ser det som viktig at helse- og omsorgstjenestene tar et ansvar knyttet til utvikling av helsenæringen. Samtidig er det behov for å sikre gode systemer, bl.a. knyttet til Normen for informasjonssikkerhet, risiko- og sårbarhetsanalyser og sikker infrastruktur for deling av data. HelseDirektoratet mener helse- og omsorgstjenestene bør tar et større eierskap til innovasjon, og at det er viktig med incentiver for medarbeiderdrevet innovasjon. HelseDirektoratet mener teknologioverføringskontorene bør gis en utvidet og styrket rolle innenfor innovasjon i helse- og omsorgstjenestene og næringslivsrevet innovasjon.

HelseDirektoratet gir nedenfor innspill på enkelte utvalgte områder som en anser viktig adresseres i stortingsmeldingen.

a) HelseDirektoratets tidligere innspill

HelseDirektoratet oversendte tidligere i år sine anbefalinger til et helhetlig nasjonalt system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene (IS-2672). Anbefalingene følger vedlagt. Det er i rapporten gitt to innspill, som anbefales adressert i stortingsmeldingen om helsenæringen (side 48-49):

Økt stimulering av innovative anskaffelser i helse- og omsorgstjenestene

I arbeidet med rapporten har HelseDirektoratet identifisert et behov for økt kunnskap om innovative anskaffelser, som f. eks. "innovasjonspartnerskap" i regi av Innovasjon Norge, og bedre tilrettelegging for samarbeid mellom tjenestene og næringslivet. Synliggjøring og eksemplifisering av mulighetsrommet i anskaffelsesregelverket er viktig for å realisere potensialet knyttet til innovative anskaffelser. De sentrale aktørene på feltet; Leverandørutviklingsprogrammet, Innovasjon Norge, Difi, KS og Norges forskningsråd er godt i gang med å kartlegge og utvikle økosystem og virkemidlene for innovative offentlige anskaffelser overfor alle sektorer. Dette er et arbeid som også helse- og omsorgstjenesten bør dra nytte av. Det synes likevel behov for å:

- Øke antall "innovasjonspartnerskap" innenfor helse- og omsorgstjenestene.
- Prøve ut andre former for innovative anskaffelser som kan bidra til innovasjon i helse- og omsorgstjenestene enn "innovasjonspartnerskap".

HelseDirektoratet

Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering

Kristin Skogeng, tlf.: +4724163039

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helseDirektoratet.no

- Øke bevisstheten om og volumet av innovative anskaffelser og andre innrettinger av konkurranser.

Stimulering for etablering av test- og utprøvningsfasiliteter

De aller fleste aktørene som Helsedirektoratet hadde sonderinger med i arbeidet med IS-2672 fremhevet betydningen av bedre stimulering av infrastruktur for test- og utprøvningsfasiliteter. Med andre ord test og utprøving for ulike produkter og tjenester (teknologiprodukter, utdanningsprodukter, rutiner/arbeidsprosesser, verktøy osv). som møter behov både hos næringslivet, forskningsaktører og tjenestene. Slike fasiliteter vil også kunne ha potensiale til å bli innovasjonsarenaer, slik at innovasjoner kan gi spinn-off effekter for nye innovasjoner.

Helsedirektoratet anbefaler at det etableres en stimuleringsordning som del av eksisterende virkemiddelapparat, der støtteordninger fra Innovasjon Norge, SIVA og Norges forskningsråd sees i sammenheng. Videre må det sikres synergieffekter opp mot allerede etablerte test- og utprøvningsfasiliteter hos bl.a. private aktører, universitetssykehus, universitet og høyskoler. Det bør via Normen etableres en nasjonal veiledende norm for test- og utprøvningsaktivitet. Det bør videre legges til grunn et samarbeid med teknologioverføringsselskapene. Helsedirektoratet har i sine anbefalinger til HOD i IS-2672 foreslått at det i 2018 utredes en slik stimuleringsordning som del av arbeidet med stortingsmeldingen om helsenæringen.

b) Bedre samspill mellom pasienter, akademia, helse- og omsorgstjenestene og næringslivet

I anbefalingene i IS-2672 fremheves det at innovasjon i helse- og omsorgstjenestene ikke kan sees isolert. Ofte vil innovasjon i tjenestene foregå i et nært samspill med forskningsdrevet innovasjon og næringslivsdrivet innovasjon. Det innebærer at helse- og omsorgstjenestene må ivareta tre innovasjonsroller:

- Utvikling av tjenestene gjennom prosess- og tjenesteinnovasjon.
- Utvikling av nye kommersialiserbare produkter, prosesser, tjenester mv. med utgangspunkt i idéer, behov og forskning i egen virksomhet.
- Tilrettelegging og aktiv deltakelse i utviklingen av helsenæringen, blant annet gjennom innovative anskaffelser og tilrettelegging for testing og utprøving.

Utfordringsbildet for offentlig sektor, slik det skisseres i Meld. St. 29 (2016-2017)

"Perspektivmeldingen 2017", vil forutsette nye former for samarbeid og et langt bedre samspill mellom pasienter, akademia, helse- og omsorgstjenestene og næringslivet. Dette gjelder både i fagutvikling, implementering, produksjon og leveranse av helse- og omsorgstjenester, samt systemer og verktøy som skal sikre effektiv og bærekraftig tjenesteyting. Realisering av pasientens helsetjeneste, stimulering av helsenæringen og sikring av bærekraftige helse- og omsorgstjenester, bør samlet være overordnet ramme for omstillingen av sektoren fremover. Gjennom eksisterende utviklings- og stimuleringsordninger bør det i økende grad legges til rette for utprøving av nye samarbeidsformer.

Helsedirektoratet har etablert en policy for samarbeid med næringslivet. Policyen skal gi tydelige og overordnede rammer for dialog, deltagelse og samarbeid i ulike prosesser. Målet er at dette vil gi bedre involvering og samarbeid over tid. En slik topplederforankret policy for statlige virksomheter (direktorat, helseforetak mv.) bør gjøres obligatorisk og legges som grunnlag for et mer operasjonelt og proaktivt samspill med næringslivet.

Økt satsing på helsenæringen bør også inkludere økt samarbeid og stimulering av forskning, utdanning og helsenæringsmiljøer i akademia. Det er her sentralt å stimulere til forskning som

synliggjør barrierer og drivere for næringsutvikling innen helse- og omsorgssektoren. Det vises her til etableringen av et nytt sterkt forskernettverk for innovasjon i offentlig sektor, under ledelse av Høgskolen i Sørøst-Norge.

c) Bedre helhet fra utvikling til implementering og spredning av innovasjoner

Helse- og omsorgssektoren er preget av stort fokus på pilotprosjekter og har mindre oppmerksomhet på implementering og spredning av innovasjoner. Spredningskanalene er ulike alt avhengig om det er kommersielle eller egenutviklede løsninger. Uansett går det i dag for lang tid fra utvikling til at løsninger gis spredning. Dette forsterkes ved fragmenterte utviklingsløp med lite samordning på tvers av kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Dette medfører ofte flere prosjekter med samme formål og løsninger, uten at disse samhandler og synergieffekter realiseres.

Etablering av en vekstbringende helsenæring forutsetter et velfungerende hjemmemarked, men også er hjemmemarked som er tilstrekkelig stort (f. eks. Norden) for en bærekraftig helsenæring. Det bør i større grad tas nasjonale initiativ som raskere sikrer implementering og spredning av løsninger – også der spredning skjer gjennom anskaffelser. Gjennom nasjonalt velferdsteknologi-program er det prøvd ut en tilnærming med nasjonal utprøving, nasjonale anbefalinger og nasjonal spredning av løsninger levert av næringslivet. Erfaringene fra velferdsteknologi-programmet er gode og har gitt en relativt kort tidshorisont fra utprøving til implementering og spredning. Helsedirektoratet anbefaler at velferdsteknologi-programmets modell i større grad følges som ramme for nye utviklingsprosjekter, samtidig som modellen videreutvikles mht. samspill med tjenestemottakere, næringsliv og tjenestene. For å sikre at samfunnsgevinster realiseres, bør det i tillegg til nasjonale initiativ, etableres en effektiv og helhetlig nasjonal infrastruktur for spredning av løsninger som både dekker helseforetak og kommuner, og som fanger opp både næringslivsinnovasjoner, forskningsdrevet innovasjon og tjenesteinnovasjoner. Helsedirektoratet har adressert dette i sin anbefaling til et fremtidig innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene (IS-2672).

Teknologioverføringsselskapene (TTO-systemet) er svært sentrale for forskningsdrevet innovasjon i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet mener at TTOene har et større potensiale og bør gis en utvidet og styrket rolle innenfor næringslivs-drevet innovasjon og innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. TTOene kan bli avgjørende drivmotorer for all type innovasjon i helse- og omsorgstjenestene og sentrale i etableringen av en vekstfremmende helsenæring. Det bør videre vurderes å endre finansieringsordningen for TTOene, slik at de gis en grunnfinansiering.

Vennlig hilsen

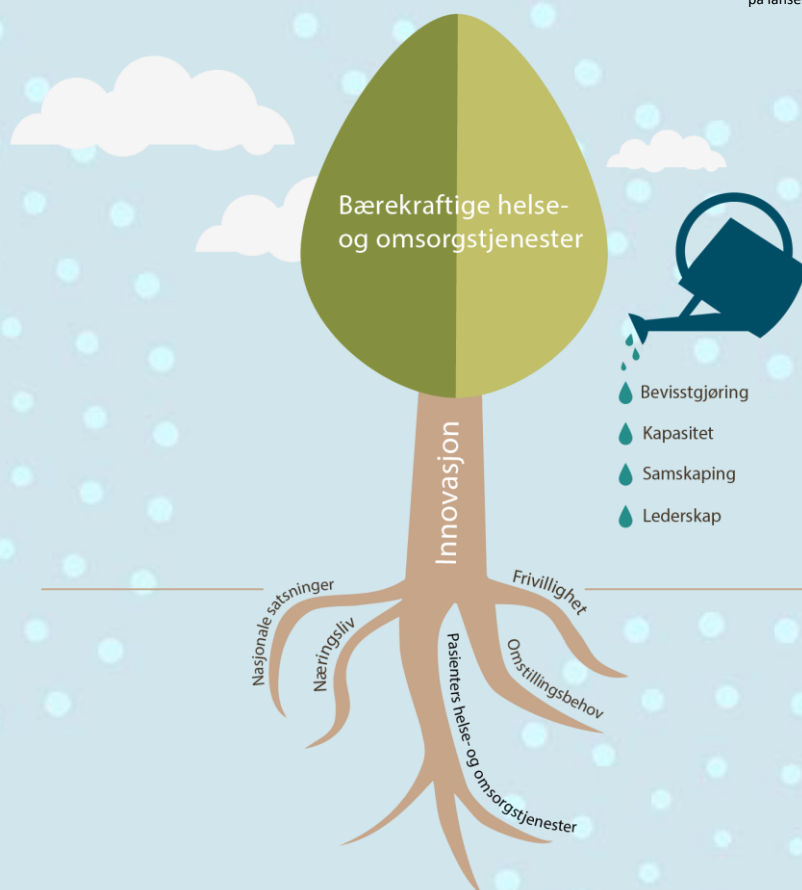
Johan Georg Røstad Torgersen e.f.
Direktør

Kristin Mehre
Avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

«Innovasjon ... Fordi vi må Fordi vi vil»

statssekretær Paul Chaffey
på lanseringen av KS's innovasjonsbarometer 6/2-18



Helhetlig system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene

Helsedirektoratets anbefalinger til organisering og tiltak for økt innovasjonsevne og innovasjonskapasitet

Publikasjonens tittel: Helhetlig system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratets anbefalinger til organisering og tiltak for økt innovasjonsevne og innovasjonsaktivitet

Utgitt: 02/2018

Bestillingsnummer: IS-2672

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling rehabilitering og sjeldne tilstander
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Oppdragsansvarlig Prosjektleder leveranse Bjørnar Alexander Andreassen
Lasse Frantzen

Illustrasjoner: Making Waves AS

FORORD

Helsedirektoratet overleverer med dette sine anbefalinger til et fremtidig helhetlig system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene til Helse- og omsorgsdepartementet.

Innovasjon skapes i møtet mellom utfordringer og muligheter. Utforskning av mulighetsrommet, det å gå på safari i den ukjente mulighetenes verden, er fundamentet for innovasjon. En innovasjon har ikke funnet sted før den er tatt i bruk og gevinster realisert. Samfunnsnyttene realiseres når innovasjoner spres.

Målet for et fremtidig nasjonalt innovasjonssystem er *«å skape nye løsninger i møte med framtidens helse- og omsorgsutfordringer, og mer effektive og brukerorienterte helse- og omsorgstjenester»*. Helsedirektoratet mener at dette gjøres gjennom å øke helse- og omsorgstjenestenes innovasjonsevne og innovasjonsaktivitet.

Kommuner og helseforetak har i dag stor aktivitet og engasjement innenfor innovasjon og faglig utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Det har de senere årene vært en positiv utvikling der bl.a. tjenstedesign og brukerinvolvering har fått større fokus. Statens rolle bør primært begrenses til å fjerne barrierer for innovasjon og stimulere innovasjonsarbeidet, slik at tjenestene stimuleres til å utvikle bærekraftige helse- og omsorgstjenester i tråd med endrede rammebetingelser, slik de bl.a. fremkommer av perspektivmeldingen.

I arbeidet med oppdraget har Helsedirektoratet hatt dialog med en rekke aktører, og mottatt mange og gode innspill. En stor takk til alle som har bistått oss i arbeidet.

Innovasjon i helse- og omsorgstjenestene kan ikke stå alene, men må sees i nært samspill med forskningsdrevet innovasjon og næringslivsdrevet innovasjon. Tjenestene må ta sitt ansvar for å tilrettelegge for bedre samspill med næringslivet og stimulere helsenæringen i Norge. Samtidig må innovasjon være behovsdrevet og aktivt realisere pasientens helse- og omsorgstjeneste.

Oslo, den 27. februar 2018

Johan Georg Røstad Torgersen
Divisjonsdirektør spesialisthelsetjenesten

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
SAMMENDRAG	5
1 Oppdraget	7
1.1 Helsedirektoratets forståelse av oppdraget	7
1.2 Arbeidet med oppdraget	13
2 Økosystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene	16
3 En innovativ helse- og omsorgstjeneste	34
3.1 Dagens innovasjonssystem	34
3.2 Innovasjonsaktivitet i helse- og omsorgstjenestene	37
3.3 Hva mener aktørene kan bli bedre?	40
4 Helsedirektoratets vurderinger og anbefalinger	43
4.1 Omstillings- og innovasjonsbehovet	43
4.2 Statens rolle	47
4.3 Helsedirektoratets anbefalinger	48
5 Administrative og økonomiske konsekvenser	62
5.1 Dagens organisering av nasjonal koordinering	62
5.2 Anbefaling: Fremtidig koordinering av nasjonale innovasjonstiltak	63
5.3 Administrative konsekvenser	66
5.4 Økonomiske konsekvenser med gjennomføringsplan 2018-2021	66
6 Vedlegg 1: Eksterne leveranser	67
7 Vedlegg 2: Dagens aktørbilde og virkemidler	68

7.1	Aktørbildet	68
7.2	Virkemidler	77
8	Vedlegg 3: Nasjonale forventninger til innovasjon i helse- og omsorgstjenestene	88
8.1	Behov for omstilling	88
8.2	Stortingsmeldinger og nasjonale dokumenter	89
9	Litteraturliste	92

SAMMENDRAG

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt oppdrag til Helsedirektoratet om å utrede og anbefale et fremtidig innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene, der «*målet for et fremtidig nasjonalt innovasjonssystem er å skape nye løsninger i møte med framtidens helse- og omsorgsutfordringer, og mer effektive og brukerorienterte helse- og omsorgstjenester*».

Helsedirektoratet mener at målet nås gjennom å øke helse- og omsorgstjenestenes innovasjonsevne og innovasjonskapasitet. I sin vurdering av et fremtidig innovasjonssystem har Helsedirektoratet valgt en modellramme for anbefalingene, som baserer seg på et økosystem for innovasjon i offentlig sektor. Økosystemet består av fire elementer (bevisstgjøring, kapasitet, samskaping og lederskap) som alle må stimuleres og er avhengige av hverandre. Et økosystem er en operasjonell tilnærming, der effekter raskt kan realiseres og modellen kan enkelt transformeres fra nasjonalt til regionalt og lokalt nivå.

Gjennom kunnskapsgjennomgang og bred dialog med aktører, har Helsedirektoratet identifisert 10 forbedringsbehov for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Disse er:

1. Det er få virkemidler for å bygge kunnskap og kompetanse om innovasjon i tjenestene. Det er behov for flere pådrivere for innovasjon.
2. Eventuelle barrierer i lovverk, nasjonale retningslinjer, nasjonale veiledere mv. bør reduseres og formidling av mulighetsrommet for innovasjon og omstilling som ligger i lovverket bør bedres.
3. Innovasjonsaktivitet og innovasjonsnytte med effekter må måles og det bør i strategiske styringsdokumenter settes krav om rapportering. Behov for økt fokus på gevinstrealisering og nyttevurderinger.
4. Finansieringssystemet for innovasjon bør bli bedre og mer helhetlig, der det gis stimulering og risikoavlastning i hele innovasjonsprosessen, dvs. frem til og med implementering, nyttevurdering og gevinstrealisering. Et finansieringssystem bør også ha incentiver for spredning av innovasjoner.
5. Det bør bygges et støtteapparat (prosessveiledning, nyttevurdering, gevinst- og implementeringsarbeid mv.) for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene.
6. Det bør gis stimulering til etablering av utprøvnings- og testfasiliteter, også for tjenesteinnovasjon.
7. Helse- og omsorgstjenestene må ta et større ansvar for stimulering og bygging av en fremtidig helsenæring, og det må tilrettelegges for et bedre og mer innovativt samarbeid med næringslivet, bl.a. gjennom innovative anskaffelser.
8. Det eksisterer mange møtearenaer og nettverk, men disse bør bli mer interaktive og legge bedre til rette for praktisk samarbeid om innovasjon. Det er viktig å åpne opp for bedre samarbeid med ideelle aktører, næringslivet og mellom tjenestenivåene.

9. Staten bør koordinere virkemidler bedre og ta et større ansvar med å stimulere innovasjonsevnen og innovasjonsaktiviteten i kommuner og helseforetak.
10. Toppledere i kommuner og helseforetak må ta et tydelig ansvar for omstillings- og innovasjonsarbeidet. Mellomledere må gis bedre tilgang til kompetanse i innovasjons- og endringsledelse.

Perspektivmeldingen (Finansdepartementet, 2017) synliggjør behov for omstilling av helse- og omsorgstjenestene. Det tillegger kommuner og regionale helseforetak å sørge for at slik omstilling skjer, men der staten har en stimulerings- og tilretteleggerrolle.

Helsedirektoratet anbefaler tiltak for å øke helse- og omsorgstjenestenes innovasjonsevne og innovasjonskapasitet. Nasjonale tiltak bør være helhetlige og rettes både mot kommuner og helseforetak. Det anbefales økt strategisk oppmerksomhet omkring innovasjon, bedre synliggjøring av mulighetsrommet for innovasjon i eksisterende lovgivning og et nytt nasjonalt innovasjonsinitiativ med seks hovedtiltak:

- Bygge kompetanse i tjenestene og øke antall innovasjonspådrivere. Etablere

nasjonalt ressursnettverk med 200 pådrivere for omstilling og innovasjon.

- Nytt finansielt insentivsystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, som er felles for kommuner og helseforetak.
- Bygge infrastruktur av støttemiljøer for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene.
- Innovasjonsrådgivere i TTOene.
- Stimulering av sosial innovasjon i helse- og omsorgstjenestene.
- Utrede ny form for mellomlederopplæring som kan nå frem til mange – det er i dag 20.000 ledere i helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet anbefaler at det i den varslede stortingsmeldingen om helsenæringen vurderes tiltak knyttet til økt bruk av innovative anskaffelser og en stimuleringsordning for test- og utprøvningsarenaer.

Det foreslås at InnoMed erstattes av en ny nasjonal innovasjonssatsing i helse- og omsorgstjenestene, som forvaltes gjennom et operasjonelt samarbeid mellom statlige virkemiddelaktører.

1 OPPDRAGET

Det gis nedenfor en omtale av oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratets forståelse av oppdraget.

Helse- og omsorgsdepartementet ga i september 2016 et oppdrag til Helsedirektoratet om

«å utrede et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell for helse- og omsorgstjenestene, herunder å:

- *Kartlegge dagens innovasjonssystem og på grunnlag av dette foreslå organisering av et helhetlig nasjonalt innovasjonssystem innenfor helse og omsorg. Dette skal ses i sammenheng med organiseringen av øvrig innovasjonsarbeid i offentlig sektor og skje i samarbeid med InnoMed, DIFI, DogA, RHF, Innovasjon Norge, Norges forskningsråd og KS. Målet for et fremtidig nasjonalt innovasjonssystem er å skape nye løsninger i møte med framtidens helse- og omsorgsutfordringer, og mer effektive og brukerorienterte helse- og omsorgstjenester. Det helhetlige nasjonale innovasjonssystemet skal tilrettelegge for et strukturert lokalt, regionalt, nasjonalt, tverrsektorielt, ev. nordisk, samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten, pasient/bruker og pårørende, forsknings, utdannings- og utviklingsmiljøer, næringslivet og frivillige organisasjoner.*
- *Utarbeide en veileder for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene innenfor helse- og omsorgstjenesten.*
- *Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse bør vurdere om og ev. hvordan området e-helse og velferdsteknologi kan være egnet «case» for arbeidet jf. oppdraget til Direktoratet for e-helse i 2014 og leveranser i nasjonalt program for velferdsteknologi.»*

Helse- og omsorgsdepartementet har i ettertid presisert at oppdraget skal knyttes til *innovasjon i helse- og omsorgstjenestene*. Det bemerkes at Direktoratet for e-helse ble opprettet 1. januar 2016, og var før dette en del av Helsedirektoratet.

Dette dokumentet er leveranse på første kulepunkt ovenfor. Kulepunkt to, som er knyttet til en veileder for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, ble levert i september 2017 gjennom publiseringen av «[Verktøy for helseinnovasjon](#)».

Oppdraget følger opp anbefalingene i HelseOmsorg21-strategien om å utrede organisering av et helhetlig nasjonalt system som kan tilrettelegge for tjenesteinnovasjon regionalt og lokalt.

1.1 Helsedirektoratets forståelse av oppdraget

Det gis nedenfor en kort beskrivelse av de rammer som Helsedirektoratet har valgt å se oppdraget innenfor.

1.1.1 Innovasjon

Innholdet i begrepet innovasjon er i Norge og internasjonalt, i det alt vesentligste bygget på Joseph Schumpeter sitt utvidede innovasjonsbegrep. Fra tradisjonelt å være knyttet til oppfinnelser av nye produkter, utvidet Schumpeter innovasjonsbegrepet til å være:

- Nye produkter og tjenester
- Nye produksjonsmetoder (prosessinnovasjon)
- Ny organisering
- Nye markeder
- Utnytting av nye råvarer eller halvfabrikata

Schumpeter la vekt på at innovasjoner sjelden er noe helt nytt, men ofte dreier seg om nye kombinasjoner av gamle og kjente elementer (Teigen H, Ringholm T, & Aarsæther N, 2013). Dette er også lagt til grunn i Oslo manualen (OECD, 2005).

I senere års offentlige dokumenter, er Schumpeters definisjon blitt innarbeidet slik:

Stortingsmelding/NOU	Definisjon av innovasjon
St. meld. nr. 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge (side 13)	En ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier
NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg (side 42f)	Innovasjon er: <ul style="list-style-type: none">– Kjent eller ny viten kombinert på en ny måte eller brukt i en ny sammenheng– Ideer omsatt til en bedre praksis som skaper merverdi– Driftig, dristig og eksperimenterende i formen– En måte å forholde seg til oppgaver på – en kultur– En prosess der resultatet ikke er kjent på forhånd
Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (side 68)	Innovasjon betegner noe som er nytt, nyttig og nyttiggjort.
Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (side 125)	Deler innovasjonsbegrepet inn i tjeneste- eller serviceinnovasjon og kommersialiserbar innovasjon. <i>Tjeneste- eller serviceinnovasjon</i> defineres som: nye, bedre og mer rasjonelle måter å levere helsetjenester på.
Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering (Side 105)	Viser til Norheimutvalget som har følgende omtale: Utvalget pekte på at innovasjon har blitt definert på mange måter. Felles for mange av definisjonene er at en innovasjon karakteriseres som noe nytt og typisk noe som går utover å være ren idé eller teoretisk kunnskap, og at denne innovasjonen er tatt i bruk. Dette nye kan være et produkt eller en tjeneste, en prosess eller en organisasjonsform. For å være en innovasjon må det nye som regel også medføre positiv verdi. I helsetjenesten representerer forbedret helse for brukerne en særlig viktig verdi.
Forskningsrådets strategi for innovasjon i offentlig sektor (2018-2023)	Innovasjon er nye eller vesentlig forbedrede varer, tjenester, prosesser, organisasjons- og styringsformer eller konsepter som tas i bruk for å oppnå verdiskaping og/eller samfunnsnytte.

Helsedirektoratet legger til grunn Schumpeters utvidede forståelse av innovasjonsbegrepet. Videre legges det til grunn at en innovasjon ikke har funnet sted før løsningen er implementert og gevinster realisert. Av dette følger også at den samlede gevinsten for sektoren og samfunnet ikke er realisert før innovasjonen er gitt spredning i tjenestene (Center for Offentlig Innovation, 2015).

Innovasjonsforskere er opptatt av at begrepet innovasjon kun er meningsfylt når man snakker om utvikling med betydelig nyhetsgrad – ikke minst hvis man skal utvikle politikk for å støtte innovasjon. Selv om mange organisasjoner stadig forbedrer prosesser og tjenester, bør slike «hverdagsinnovasjoner» regnes som oppgaver som ansatte, ledere, pasienter/brukere mm utfører som en del av sitt ordinære virke. Det er ikke hensiktsmessig å utvide begrepet for mye, hvis det skal gi en funksjon som virkemiddel i politikken (Thune T, 2018).

1.1.2 Helse- og omsorgstjenestene

Med helse- og omsorgstjenestene menes de aktører som leverer offentlige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Dette omfatter kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, samt ideelle eller private aktører som leverer helse- og omsorgstjenester etter avtale med det offentlige.

1.1.3 Innovasjon i helse- og omsorgstjenestene

Innovasjon i helse- og omsorgstjenestene skal, som all annen innovasjon, være behovsdrivet. Med behovsdrivet menes at innovasjonsprosessen må ta utgangspunkt i de behov som identifiseres av tjenestemottakerne av helse- og omsorgstjenestene, deres pårørende, tjenestenes egne behov og nasjonale mål og reformer. I tillegg må tjenestene ivareta en rolle som tilrettelegger for næringslivsaktører og frivillige- og ideelle aktører.

Innovasjon i helse- og omsorgstjenestene må samspille med:

- *Forskningsdrevet innovasjon* som i hovedsak stimuleres nasjonalt gjennom virkemidler til Norges forskningsråd.
- *Næringslivsdrivet innovasjon* som i hovedsak stimuleres nasjonalt gjennom virkemidler til Innovasjon Norge, SIVA og Norges forskningsråd.

Det bør skilles mellom *kommersialiserbare innovasjoner*, der spredning skjer gjennom salg i ulike markedssegmenter, og *innovasjoner i tjenester der det ikke eksisterer kommersielle markedsmekanismer* for spredning av gode innovasjoner, som er hovedfokus for denne rapporten.

I helsesektoren er det hensiktsmessig å skille mellom tre hovedtyper av innovasjon (Thune T, 2018):

- *Produkt/tjenesteinnovasjoner* innen medisin og helse - dvs utvikling av nye produkter og tjenester – som for eksempel ny teknologi for diagnostikk, utvikling av nye medisiner, utvikling av nye behandlingsopplegg etc.
- *Prosessinnovasjoner inkludert innovasjon i leveranser av produkter/tjenester* – som for eksempel logistikk rundt diagnostikk eller behandlingsopplegg, organisering av tjenester, tilrettelegging av den fysiske infrastrukturen rundt tjenester etc.
- *Administrative og systemorienterte innovasjoner* som ikke er knyttet til produksjon av tjenester – innovasjon i innhenting og bearbeiding av pasientdata, administrative systemer/ IKT-systemer, ansattrotasjoner mm.

Forskning på innovasjon i helsesektoren har nesten utelukkende fokusert på den første kategorien av innovasjoner. Mye av det som handler som «praksisnær» og «ansattnær» innovasjon i helsesektoren handler om de siste to kulepunktene ovenfor (Thune T, 2018).

Innovasjonshøyden, eller nyhetsgrad, er et annet viktig begrep. Ytterpunktene av innovasjonsgrad er «små skrittvis endringer», som ofte omtales som inkrementell innovasjon, og «større gjennomgripende endringer» som omtales som radikal innovasjon (Iversen H. P & Ødegård A, 2015). Små skrittvis endringer fremheves av mange som er de viktigste i tjenesteytingen (Iversen H. P & Ødegård A, 2015). Større og mer gjennomgripende innovasjoner kan skje gjennom f.eks. nasjonale reformer, slik som f.eks. sykehusreformen, Opptappingsplanen for psykisk helse (Iversen H. P & Ødegård A, 2015), nye nasjonale utprøvinger som primærhelseteam, statlig finansiering av omsorgstjenestene og nye nasjonale målsetninger som *pasientens helsetjeneste* mv. For å skape radikale innovasjoner er det ofte behov for å gå veien om inkrementelle innovasjoner (Willumsen E, Sirnes T, & Ødegård A, 2015) – det å bygge stein på stein for større endringer.

Helse- og omsorgstjenestene må ivareta tre innovasjonsroller:

1. Utvikling av tjenestene gjennom prosess- og tjenesteinnovasjon.
2. Utvikling av nye kommersialiserbare produkter, prosesser, tjenester mv. med utgangspunkt i idéer, behov og forskning i egen virksomhet.
3. Tilrettelegging og aktiv deltakelse i utvikling av helsenæringen, blant annet gjennom innovative anskaffelser og tilrettelegging for testing og utprøving.

Innovasjon i helse- og omsorgstjenestene kan ikke sees isolert. Ofte vil innovasjon foregå i et samspill med andre typer innovasjoner, som drives frem av forskningsmiljøer og et innovativt næringsliv. Anbefalingene i denne rapporten vil derfor omfatte tiltak knyttet til alle tre ovennevnte innovasjonsroller. I dette ligger at *innovasjon i helse- og omsorgstjenestene kan være utgangspunkt for utvikling av nye produkter, tjenester, prosesser, organiseringer, systemer, kommunikasjonsmåter mv.*

Tradisjonelt er det innenfor nasjonale innovasjonssystemer stimulert Trippel Helix samarbeid – dvs. innovasjonssamarbeid mellom akademia, næringsliv og offentlige myndigheter (Leydesdorff L & Zawdie G, 2010). Et system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene bør være behovsdrivet og ta utgangspunkt i tjenestenes og tjenestemottakernes behov. Et fremtidig system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene må derfor baseres på en *Quadruple Helix* tilnærming – der samspillet skjer mellom brukere, akademia, næringsliv og offentlige myndigheter (Cavallini S, Soldi R, Friedl J, & Volpe M, 2016). I innovasjonsarbeidet bør det legges til rette for tidlig involvering av ulike aktører, altså *åpne innovasjonsprosesser* (Open Innovation) (Gabriel M, Stanley I, & Saunders T, 2017).

Sosial innovasjon defineres av EU som «*new ideas that work to address pressing unmet needs. We simply describe it as innovations that are both social in their ends and in their means. Social innovations are new ideas (products, services and models) that simultaneously meet social needs (more effectively than alternatives) and create new social relationships or collaborations*» (Willumsen E et al., 2015, s. 28). Sosial innovasjon trekkes frem som et samlende begrep for svært mye av den innovasjonen som fremover vil bli aktuell for helse- og velferdssektoren (Willumsen E & Ødegård A, 2015)

1.1.4 Lovgrunnlaget for innovasjonsarbeid i helse- og omsorgstjenestene

Kommuner og helseforetak har innenfor definerte områder et «sørge-for-ansvar»¹ med leveranse av helse- og omsorgstjenester til befolkningen.

Kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetak skal arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, slik det fremkommer av helse- og omsorgstjenesteloven §4-2 og spesialisthelsetjenesteloven §3-4a, samt av [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Forskning er en av fire hovedoppgaver til helseforetakene, jf. spesialisthelsetjenesteloven §3-8. Dette vil også kunne omfatte forskningsdrevet innovasjon. Kommunene skal etter helse- og omsorgstjenesteloven §8-3 «*medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten*».

Helsetjenester som tilbys befolkningen etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven skal være forsvarlige². Forsvarlighetskravet, som er en rettslig standard, er forankret i anerkjent fagkunnskap, som for eksempel kan komme til uttrykk i faglitteraturen, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger. Det å sørge for forsvarlige tjenester er en kontinuerlig prosess som fordrer at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. Det kan for eksempel komme nye faglige retningslinjer eller annen ny fagkunnskap som virksomheten må ta stilling til og vurdere hvordan de skal implementere. Forsvarlighetskravet forutsetter faglig tjenesteutvikling, men ikke nødvendigvis innovasjonsarbeid.

Det skal mellom kommuner og helseforetak inngås samarbeidsavtaler på helse- og omsorgsområdet, slik dette fremkommer av helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 og spesialisthelsetjenesteloven §2-1e. Om samarbeidsavtalene står det bl.a. at disse skal «*legge til rette for at det utvikles felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetansebygging hos helse- og omsorgspersonell, forskning og innovasjon som understøtter samhandlingsreformens intensjoner*»³. I nasjonal veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak gis det anbefaling om at samarbeidsavtalene «*bør beskrive etablering av forskernettverk/samarbeidsfora for forskning og eventuelt innovasjon mellom aktører*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b, s. 22).

Som det fremgår er ikke innovasjon noen direkte lovpålagt oppgave for aktørene innenfor helse- og omsorgstjenesten, men kan naturlig inngå i tjenestenes arbeid med kvalitetsforbedringer og faglig tjenesteutvikling. Kvalitetsforbedring kan handle om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester (Helsedirektoratet, 2017b, s. 3). På den annen side kan innovasjonsprosesser skape gevinster for tjenestene i form av bl.a. økt kvalitet og økt tjenesteproduksjon gjennom bedre ressursutnyttelse og utsatte kostnader, slik at behov og forventninger hos tjenestemottakere og andre samarbeidspartnere bedre kan ivaretas. I dette ligger at innovasjonsprosesser i seg selv kan gi ønskede gevinster for tjenestene og samfunnet. Tjenestene burde derfor ha en egeninteresse av å øke sin innovasjonsevne og innovasjonsaktivitet.

¹ Kommuner: jf. Helse- og omsorgstjenesteloven §3-1; Helseforetak: jf. Spesialisthelsetjenesteloven §2-1a

² Kommuner: jf. helse- og omsorgstjenesteloven §4-1; Helseforetak: jf. spesialisthelsetjenesteloven §2-2.

³ Helse- og omsorgstjenesteloven §6-2 nr. 7.

1.1.5 Målet for et helhetlig innovasjonssystem

Det fremkommer av oppdraget at «*Målet for et fremtidig nasjonalt innovasjonssystem er å skape nye løsninger i møte med framtidens helse- og omsorgsutfordringer, og mer effektive og brukerorienterte helse- og omsorgstjenester*».

Helsedirektoratet legger til grunn at målet oppnås gjennom å øke helse- og omsorgstjenestenes innovasjonsevne og innovasjonsaktivitet. I dette inngår økt oppmerksomhet på nyttevurderinger og gevinstrealisering.

1.1.6 Innovasjonssystem versus økosystem for innovasjon

Et innovasjonssystem kan i bred forstand omfatte alle sentrale aktører, nettverk og institusjoner som bidrar inn i utvikling, implementering og spredning av innovasjoner (Bergek A, Jacobsson S, Lindmark S, & Rickne A, 2008; Maghe V & Cincera M). Et innovasjonssystem kan også beskrive samspillsformer mellom aktørene (Chang Y-C & Chen M-H, 2004) og virkemidler for å stimulere innovasjonsaktivitet (Lundvall B-Å, 2010).

Innovasjonssystem deles vanligvis inn i tre nivåer: nasjonale, regionale og sektorielle innovasjonssystemer (Teigen H, 2007). Helsedirektoratet går ikke dypere inn i denne inndelingen, men *forutsetter at et system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene skal baseres på virkemidler i det nasjonale innovasjonssystemet*, og der det spesielt skal vises til og foreslås tiltak som stimulerer innovasjonsevnen og innovasjonsaktiviteten i helse- og omsorgstjenestene.

Oppdraget gir føringer for at et helhetlig nasjonalt system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene skal sikre «*lokalt, regionalt, nasjonalt, tverrsektorielt samarbeid*». Helsedirektoratet legger til grunn at et nasjonalt system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene skal bestå av planlagte elementer, mens det lokalt og regionalt vil bli initiert og etablert innovasjonssystemer ut i fra naturlige samarbeidsrelasjoner og aktører basert på løpende behov, såkalte brede eller spontane innovasjonssystemer (Teigen H, 2007).

Helsedirektoratet velger for denne leveransen å ta utgangspunkt i en strukturering av elementene i et nasjonalt helhetlig system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, som følger en kunnskaps- og erfaringsbasert tilnærming, som til hoveddel er basert på Christian Basons bok «*Leading public sector innovation – Co-creating for a better society*» (Bason C, 2010).

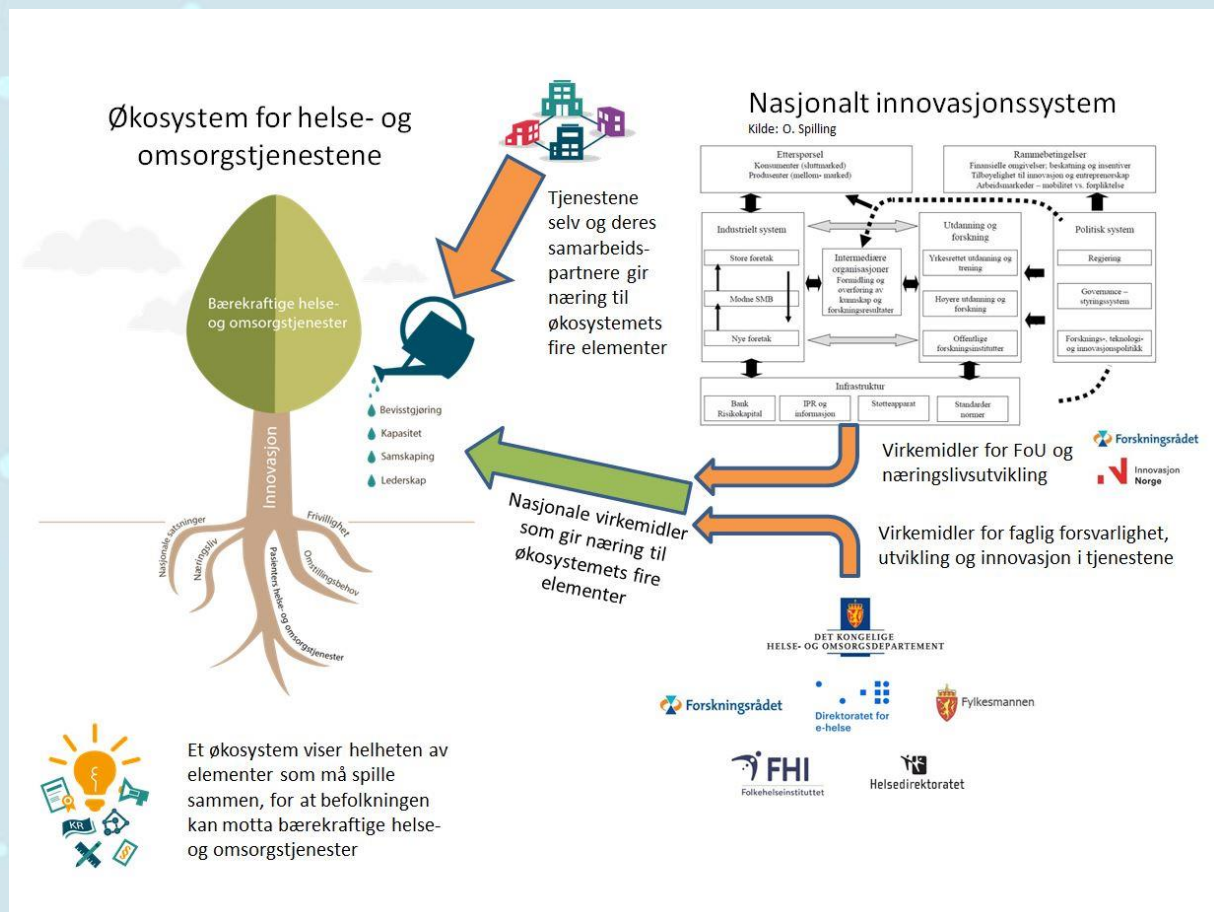
Et innovasjonsøkosystem bygger på en «*analogi til naturlege, biologiske økosystem. I økosystem finn vi ulike arter med ulike roller som til saman danner eit system for overleving og eventuelt vekst*» (Skogseid I, Nesse J. G, & Larsen Ø. H, 2017, s. 25). Bason gir gjennom fire elementer anbefalinger til hvordan et økosystem bør tilrettelegges for å redusere barrierer og fremme drivere for innovasjon i offentlig sektor. Økosystemet kan enkelt operasjonaliseres fra nasjonalt nivå ned til regionalt og lokalt nivå. Basons økosystem for innovasjon er på nasjonalt nivå lagt som grunnlag for handlingsplanen for offentlig innovasjon i Australia (Australian Government, 2011), og på lokalt nivå av bl.a. Østre Toten kommune.

1.1.7 Innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene

Tradisjonelt sett gir et nasjonalt innovasjonssystem virkemidler for å stimulere forskning og næringslivsutvikling. Dette er viktig for å fremme forskningsdrevet innovasjon og for å bygge

helsenæringen. Helse- og omsorgstjenestene er avhengig av virkemidler som gir rammer for faglig forsvarlighet, utvikling og innovasjon i tjenestene. Disse virkemidlene kanaliseres ikke gjennom det nasjonale innovasjonssystemet, men gjennom egen helsefagkanal som spinner ut fra virkemidler som forvaltes av helse- og omsorgsdepartementet. Disse virkemidlene kanaliseres ut til tjenestene bl.a. gjennom Norges forskningsråd, fylkesmannsembetene, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet.

Et økosystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene vil dels gjennom det nasjonale innovasjonssystemet og gjennom helsefagkanalen gi et bilde av hvilke virkemidler som gir næring til økosystemets fire elementer. Ved å sette virkemidler inn i en helhet, kan en få overblikk om virkemidlene er tilstrekkelig for å stimulere innovasjon med mål om bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Dette kan skisseres slik:



1.2 Arbeidet med oppdraget

Helsedirektoratet har i perioden høsten 2015 – februar 2018 prosjektorganisert arbeidet med oppdraget. Arbeidet har blitt fulgt av en intern arbeidsgruppe med tidvis deltakelse fra Direktoratet for e-helse. Det er gjennom flere runder gjennomført sonderinger med KS, innovasjonsansvarlige i de regionale helseforetakene, utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester, flere enkeltkommuner, InnoMed sekretariatet (Sintef) og innovasjonsrådgiverne, de fem

teknologioverføringsselskapene (TTO), Difi, DogA, Universitets- og høgskolerådet (UHR), NHO, Medtek Norge, Leverandørutviklingsprogrammet, Innovasjon Norge og Norges forskningsråd. Det er i avsluttende prosjektfase blitt gjennomført et ekspertmøte med representanter fra Nord universitetet, Høgskolen i Sørøst-Norge, Høgskulen på Vestlandet, UiT Norges Arktiske Universitet, Høgskolen i Innlandet, Universitetet i Oslo, Nordlandsforskning og Dansk Design Center. Helsedirektoratet har også hatt kontakt med representanter for HelseOmsorg21 arbeidsgruppe «helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde» og arbeidsgruppen for «lærende og effektive tjenester». Videre dialog med Kreftforeningen, Nordic Innovation, Norway Health Tech, Center for Connected Care (C3), Norwegian Smart Care Cluster (NSCC), Kind Group AS, Induct Software AS og Excite International. I tillegg er det ført sondering med Helsedirektoratets samarbeidsforum for næringslivet.

Innovasjon Norge, Norges forskningsråd, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet har gjennomført sonderinger omkring anbefalt fremtidig samarbeidsmodell, og i avsluttende fase gitt innspill til rapporten med anbefalinger.

Det er bestilt to eksterne rapporter fra Oxford Research AS - om innovasjonssystemets aktører og utdypende kartlegging av kunnskapsaktører innenfor innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Høgskolen i Sørøst Norge, Universitetet i Oslo og UiT Norges Arktiske universitet har bistått med utdypende kunnskapsinnhenting om elementer i Bason sin økosystemmodell for innovasjon i offentlig sektor. Videre har sekretariatet for InnoMed utarbeidet en rapport om hvordan enkelte andre land har tilrettelagt for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Det er også blitt gjennomført en questbackundesøkelse rettet til RHFenes innovasjonskontakter i helseforetakene.

ØSTRE TOTEN KOMMUNE

Østre Toten kommune (ca. 14.900 innbyggere) har tatt i bruk Bason sitt økosystem for innovasjon. Østre Toten kommune vektlegger å bli en kommune 3.0 hvor hensikten er at innbyggerne skal oppleve mestring, selvstendighet og tilhørighet. Dette gir et paradigmeskifte i måten å tenke kommunale tjenester på framover, og forutsetter fokus på innovasjon innenfor alle tjenesteområder. Østre Toten kommune har følgende verdier: Nytenking, kvalitet og respekt. I tillegg har Østre Toten kommune etablert et forbedringsprogram med mål å frigjøre 40 mill.kr. over 4 år (2017-2020). Status per november 2017 er at kommunen gjennom målrettet arbeid har frigjort ca. 10 mill.kr. Forbedringsarbeidet er rettet mot sykefravær, kvalitet, innkjøp og digitalisering. Gjennom kommunens økosystem for innovasjon har kommunen prioritert å bygge opp kompetanse på gevinstrealisering og tjenstedesign. Kommunen har etablert et samarbeid med nasjonal innovasjonsskole for kommunesektoren ved Høgskole i Innlandet. Kommunen har etablert følgende tiltak i økosystemet:

Bevisstgjøring

- Flere ansatte har gjennomført opplæring ved nasjonal innovasjonsskole for kommunesektoren.
- Bevisst kommunikasjon innad i kommunen om innovasjon og hva kommunen oppnår gjennom innovasjonsarbeid.
- Innfører ny arbeidsmetode for samspill mellom folkevalgte, innbyggerne, næringsliv og administrasjon etter inspirasjon fra Gentofte kommune i Danmark.
- Innovasjon er tema på felles ledersamlinger.
- I praksis å gjennomføre innovasjonsprosesser og ha bevissthet rundt «de smarte grep» underveis.

Kapasitet

- Gjennomført prosess blant folkevalgt om demokratiutøvelse, politiske innovasjonsrolle og kultur for å utprøving og aksept for å kunne feile.
- Bevisst valgt å ikke etablere en innovasjonsstrategi, men bygget innovasjon inn i eksisterende handlingsplaner, mål mv.
- Fleksibel metodetilnærming og ikke bundet seg til én bestemt arbeidsmetode. DIFIs prosjektveiviser og KS gevinstrealiseringskokebok er basisverktøy. Stor bevissthet omkring implementering, gevinstrealisering og måling av resultater.
- Frigitt 1 mill.kr. årlig til risikokapital for innovasjonsprosesser med enkel intern søknadsprosess.

Samskaping

- Aktiv innbyggerinvolvering er blant de største endringene som er gjennomført. Tatt frem ny kommunikasjonsplattform for samspill med innbyggerne. Utprøvd i barnehagene og adoptert til helse- og omsorgstjenester.
- Utvikler et nytt digitalt verktøy for praktisk samarbeid med frivillige.
- Bygd opp kompetanse på tjenstedesign/designtenkning i kommunen. Større bevissthet omkring hvem som involveres i ulike prosesser.

Lederskap

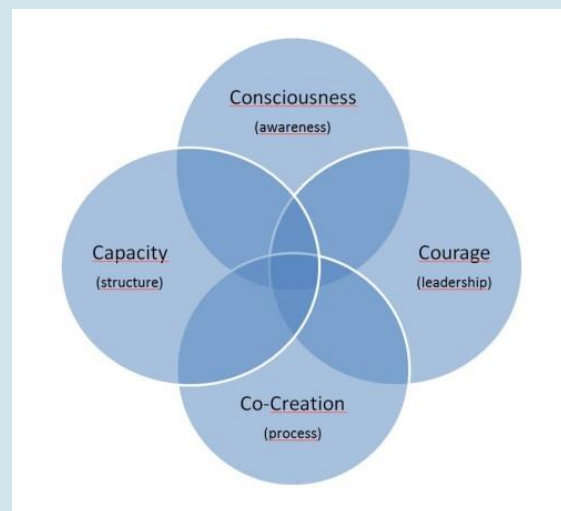
- Arbeider med å endre lederfokus fra drift til utvikling og brukerinvolvering

Kilde: Porteføljeleder André Alves, rådmannens stab

2 ØKOSYSTEM FOR INNOVASJON I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE

Christian Bason (Bason C, 2010) deler et økosystem for innovasjon inn i fire grunnleggende elementer. Et velfungerende økosystem forutsetter at alle fire elementer stimuleres samtidig, da de er avhengig av hverandre. De fire elementene er:

- I. **Bevisstgjøring** (Consciousness): Bevisstgjøring krever et felles kunnskapsgrunnlag om innovasjon. Dette er en forutsetning for å bygge innovasjonskompetanse og stimulere til kunnskapsoverføring.
- II. **Kapasitet** (Capacity): Innovasjon skjer sjeldent av seg selv og forutsetter stimulering og tilrettelegging. Virkemidlene bør bestå av en kombinasjon av strukturelle, strategiske, finansielle og kulturelle stimuleringstiltak.



- III. **Samskaping** (Co-Creation): Innovasjon skapes i samspillet mellom ulike aktører. I et økosystem må det finnes arenaer for samspill. Innovasjon bør bygge på designtenkning med tidlig og aktivt involvering av tjenestemottakere, pårørende og andre aktører. Det må etableres en lærende innovasjonskultur basert på effektmålinger og evalueringer av innovasjonsarbeid.
- IV. **Lederskap** (Courage): Etablering av en kultur for innovasjon, initiere innovativ tenkning, gi retning for innovasjonsarbeidet og gi rom for å prøve og feile er sentrale lederegenskaper.

I et økosystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene vil innovasjonene være styrt av behovet til tjenestemottakerne og pårørende, målsetninger for å etablere en større helsenæring, tilrettelegge for ideelle aktører, tjenestenes egne omstillings- og effektiviseringsbehov og nasjonale føringer. Målet er bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Økosystemets fire elementer vil gi næring for innovasjonen, slik at innovasjonsevnen økes og innovasjonsaktivitet stimuleres.

Helsedirektoratet har bl.a. gjennom et ekspertmøte av innovasjonsressurser fra bl.a. seks universitet og høyskoler belyst om økosystemet bør benyttes. Det har ikke kommet innsigelser, men økosystemet har noen utfordringer. Helsedirektoratet har videre anmodet professor Taran Mari Thune (Universitetet i Oslo), professor Nina Katrine Prebensen (UiT Norges Arktiske Universitet) og førsteamanuensis Jon Hovland Honerud (Høgskolen i Sørøst-Norge) om å vurdere økosystemets elementer ut i fra forskningsbasert kunnskap. Disse har vurderte økosystemet ut i fra et sykehusperspektiv (Thune), samskapingsperspektiv (Prebensen) og et generelt perspektiv (Honerud).

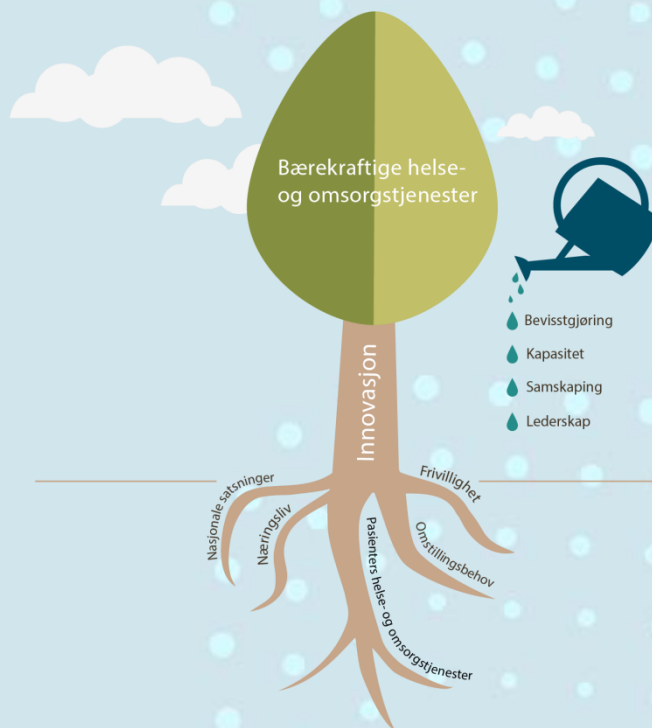
Bason økosystem for innovasjon har enkelte svakheter, blant annet knyttet til:

- I tillegg til faktorer som stimulerer organisasjoner innen helse- og omsorgstjenestene til økt innovasjonsinnsats (som vektlegges av Bason), er det viktig å fremheve at innovasjonsinnsatsen og resultatene ikke kun utføres av organisasjoner som er under kontroll av helsemyndighetene (Thune T, 2018).
- De fire elementene i økosystemet er overlappende og såpass vide at de også er vanskelig å omsette i konkrete termer (Thune T, 2018).
- Økosystemet mangler en tydelig beskrivelse av systemet offentlige organisasjoner inngår i, og hvordan samspillet mellom ulike aktører og funksjoner er det som bidrar til innovasjon over tid. – dvs. en manglende forståelse av systemdynamikk og samspill i innovasjonsprosesser. Mye handler om å skape organisasjon og kultur for innovasjon, og lite handler om å presisere at ulike aktører og organisasjoner bør ha ulike roller for at innovasjonssystemet skal fungere etter hensikt (Thune T, 2018).
- Økosystemet har i liten grad fokus på gevinstrealisering og spredning av innovasjoner.

Det gis nedenfor en kort beskrivelse av de fire elementene i økosystemet

Bevisstgjøring

Innovasjon utføres ikke av organisasjoner, men av menneskene. Skal helse- og omsorgstjenestene få økt innovasjonsevne, må helsepersonell bevisstgjøres betydningen av og mulighetsrommet innovasjon kan skape for tjenestene, tjenestemottakerne, pårørende og andre aktører. Bevisstgjøring skjer gjennom at helsepersonell tilegner seg basiskompetanse om hva innovasjon er og hvordan



innovative prosesser skapes og gjennomføres. Det er ikke nok at noen få har innovasjonskunnskap, da utfordringen er å endre kulturer og holdninger – noe som må skje hos alle ansatte. Kunnskap er livslang læring og må både vedlikeholdes og videreutvikles gjennom yrkeskarrieren.

Kunnskap kan defineres som det et menneske vet, hvilket betyr at kunnskap er en dynamisk og pågående prosess (Nonaka I, 1994). Kunnskap er dynamisk, siden det er laget i sosiale interaksjoner blant enkeltpersoner og i organisasjoner. Kunnskap er kontekstavhengig, da det avhenger av en bestemt tid og rom. Uten å bli satt inn i en sammenheng, er det bare informasjon, ikke kunnskap (Nonaka I, Toyama R, & Konno N, 2000). Informasjon blir kunnskap når det kombineres med erfaring, settes i sammenheng, bearbeides, reflekteres og tolkes. Kunnskap blir kompetanse når en også inkluderer erfaringer og personlige evner (Von Krogh G, Ichijo K, & Nonaka I, 2001).

En grunnleggende forutsetning for økt innovasjonsevne er at ansatte i helse- og omsorgstjenestene har et *felles språk og forståelse* for hva innovasjon er og ikke er, hvilket mulighetsrom innovasjon kan gi og hvordan innovasjoner stimuleres, skapes og implementeres. Det er også en grunnforutsetning at det er et tilstrekkelig antall ansatte i sektoren som har innovasjonskompetanse – altså evne til å omsette kunnskap til handling, gjennom å være pådrivere og prosess-/gjennomføringsansvarlige for innovasjons- og omstillingsarbeid. I tillegg til dette bør helsepersonell også ha kunnskap om hva andre aktører (næringsliv, akademia, frivillig sektor mv.) kan tilføre av verdi i innovasjonsarbeidet.

Bason (Bason C, 2010) peker på tre potensialer for etablering av økt bevisstgjøring. Dette er kunnskap om innovasjonsterminologi, formidle gode eksempler på egne og andres innovasjoner, og å etablere dialog og refleksjon om verdien av egen praksis/arbeid. Forskningsrådets studie fra 2012 peker også på behovet for å synliggjøre hva innovasjon er i offentlig sektor, samt at ansatte må ha kompetanse til å se løsninger utenfor etablerte tjenestestrukturer, det som ofte omtales som «mellomromskompetanse» (Norges forskningsråd, 2012).

Etablering av kunnskap om innovasjon hos ansatte er trolig også en grunnforutsetning for å endre organisasjonskulturer og etablere modenhet for endring og innovasjon. Det å endre kultur og tankesett er trolig helt avgjørende for at helse- og omsorgstjenestene skal kunne omstille seg til fremtidens rammebetingelser. Erfaringer fra innføringen av hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi underbygger behovet for å endre helsepersonells kultur og tankesett. Etablering av medarbeiderdrevet innovasjon som driver for innovasjons- og omstillingsarbeidet, forutsetter også at det eksisterer en vilje og kultur for å tenke annerledes og gi rom for medarbeidere som innovatører i egen organisasjon, såkalte intraprenører.

Samtidig peker noen studier på at dette innebærer at læring om innovasjon ikke nødvendigvis handler om metoder for innovasjon, men metoder for å identifisere institusjonell logikk samt identifisere «disconnects», det vil si der det er brudd i kommunikasjon i systemet (Honerud J. H, 2018).

Direktoratet for e-helse har kartlagt nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet. Rapporten synliggjør behov for tiltak for å bygge kompetanse, noe som også vil gjelde for innovasjon innenfor e-helseområdet (Direktoratet for e-helse, 2017c).

NIFU har undersøkt hvor innovative ansatte selv oppfatter de er i norsk og dansk helsesektor (Støren L. A, 2017). Studien viser at ansattes oppfattelse av egen innovasjonsevne er høyere i dansk helsesektor (21%) enn i den norske (13%). Ansattes oppfattelse av egen innovasjonsevne er målt

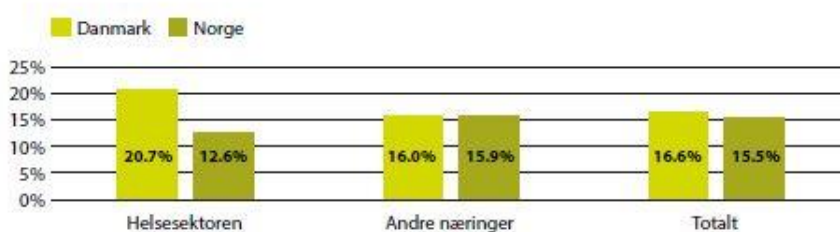
gjennom å sammenstille svar fra tre spørsmål (se figuren nedenfor). Samtidig er det færre ansatte i den norske helsesektoren som det siste året har deltatt i arbeidsrelatert opplæring (se figuren nedenfor). Mens ansatte i helsesektoren i Danmark fremstår som mer innovative sammenlignet med andre næringer, er trenden den motsatte i Norge. Vel 13% av de sysselsatte i helsenæringen er innovative på jobb, sammenlignet med 16% i andre næringer (Støren L. A, 2017). Basert på sitt utvalg og målingsparametere av innovasjonsevnen, tyder undersøkelsen på at det er et stort potensiale i helsesektoren for økt innovasjon. Dette underbygges ved at undersøkelsen viser at kun 13% av de ansatte er innovative på jobb. Dette tyder på at det er behov for økt kunnskaps- og kompetansebygging om innovasjon og innovasjonsprosesser i helsesektoren.

AKTIVITETER FORBUNDET MED INNOVATIVITET. PROSENT.

	Danmark		Norge	
	Helsesektoren	Alle andre næringer	Helsesektoren	Alle andre næringer
A. Holder seg oppdatert på nye produkter og tjenester	43,9	42,9	34,9	36,7
B. Lærer gjennom de oppgavene jeg utfører på jobben	59,9	51,3	67,7	64,6
C. Aktive læringsstrategier*	67,0	61,6	62,1	64,1
A + B + C	25,3	20,9	19,3	20,7
D: Løser ganske ofte komplekse problemer på jobben	62,0	58,1	55,0	59,9
A + B + C + D: Innovativ på jobben («Innovative learners»)	20,7	16,0	12,6	15,9

Ulike innovasjonsaktiviteter i helsesektoren (* Aktivitet C: Liker å komme til bunns i vanskelige ting; Når jeg kommer over noe nytt, forsøker jeg å relatere det til det jeg kan; Liker å finne ut hvordan ting henger sammen.)

INNOVASJONSEVNE («innovative learners»)



Det er ikke tilstrekkelig å bygge kunnskap og kompetanse hos helsepersonell og andre som arbeider i helse- og omsorgstjenestene. Gode løsninger skapes i fellesskap med tjenestemottakere,

pårørende, næringsliv, academia, frivillige mv. I samskapingen må det skje kunnskapsoverføringer, slik at alle aktører kan sette seg inn i og forstå de virkelige behovene og hvilke rammer de ulike aktører kan bidra innenfor.

Kapasitet

Faktorer som fremmer innovasjon i sykehus (av professor Taran Thune)

Fordi det er til dels svært ulike oppgaver og aktører ved sykehusene som er involvert i forskjellige innovasjonsløp, er det vanskelig å trekke fram et enkelt sett med faktorer som ser ut til å være viktige drivere eller faktorer som fremmer innovasjon på sykehus. En viktig innsikt som kommer fra blant annet Salge (Salge T. O, 2012) er at faktorer som fremmer innovasjon varierer med hva slags type innovasjonsaktivitet vi snakker om. Tabellen nedenfor gir en skematisk fremstilling av funn fra forskningen på dette (Thune T, 2015):

	Produkt- og tjenesteinnovasjon (utvikle og ta i bruk nye produkter og tjenester)	Prosess- og organisasjonsutvikling (utvikle rammebetingelser for produksjon av tjenester)
Strukturelle forhold	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomiske ressurser • FoU-intensitet (personale, budsjetter) • Størrelse 	
Funksjoner	<ul style="list-style-type: none"> • universitetssykehus, spesialistfunksjoner, kompetansesenter etc. • rolle som kvalitetssikrer av nye teknologier/tjenester • rolle samspill med eksterne miljøer (inkl. næringsliv) 	
Organisatoriske forhold	<ul style="list-style-type: none"> • Strategisk fokus på innovasjon • Lederoppmerksomhet (flere nivåer) • egen avdeling/ressurser/kompetanse til innovasjon • Kultur for læring, toleranse for feil og eksperimentering • Tverrfaglighet, teamorganisering • Brukerorientering 	<ul style="list-style-type: none"> • Lederoppmerksomhet (flere nivåer) • Kultur for læring • Toleranse for feil og eksperimentering • Medarbeiderinvolvering • Tverrfaglighet, • Teamorganisering • Samspill med eksterne fagmiljøer • Brukerorientering

De faktorene som listes opp under organisatoriske forhold er viktige for alle former for innovasjon: ledelse, kultur for innovasjon, involvering av medarbeidere, tverrfaglighet etc. vil være viktig uansett, og er også i overensstemmelse om det vi vet om innovasjon uavhengig av sektor og organisasjon. Men dette er å regne som nødvendige forhold for prosess- og organisasjonsmessige innovasjoner, er de ikke tilstrekkelige for å forklare mer omfattende produkt- og tjenesteinnovasjoner. Flere studier peker på vesentlige strukturelle forskjeller, ikke minst ressurser, kompetanseprofil og størrelse. Dette er også i tråd med det vi vet om innovasjon i andre sektorer. Bedrifters størrelse, FoU ressurser, personalets kompetanseprofil mm har betydning for innovasjonsgrad.

I sammenheng med dette vil det i helsevesenet være en rekke forskjeller mellom funksjoner som også påvirker – selv om de også har sammenheng med strukturelle forhold. Flere studier viser til at sykehus med universitetsfunksjoner, sykehus med spesialistfunksjoner, nasjonale spisskompetansemiljøer etc. oftere enn andre bidrar til innovasjon i form av nye produkter eller tjenester.

Forskning på faktorer som påvirker innovasjonsevnen peker også på at det ofte er en sammenheng mellom strukturelle og organisatoriske forhold. Organisasjoner som skårer høyt på innovasjon, skårer ofte høyt både på strukturelle forhold og organisatoriske forhold. Denne kombinerte effekten kan man også se når man sammenlikner næringer, men også ulike land (Jensen, Johnson B, Lorenz E, & Lundvall B. Å, 2007).

Spørsmålet om resultater og effekter bør være sentralt på agendaen i utviklingen av en innovasjonspolitik for helsesektoren. Vi bør ha en klar forståelse av hvorfor sykehus og helsevesenet for øvrig bør drive med innovasjon. En nyere kartlegging av innovasjonspolitik i helsesektoren (Farchi T & Salge, 2017) viser også at den politiske oppmerksomheten også i økende grad har blitt rettet mot resultatene av innovasjon. Man forventer at økt innsats på innovasjon skal føre til bedre helsetjenester, mer effektiv bruk av offentlige ressurser samt gjerne også bidra til verdiskaping utenfor helsevesenet.

Enkeltstudier av sykehus eller sammenliknende studier av flere sykehus viser til avkastning i form av bedret pasientbehandling og mer effektiv bruk av ressurser. Salge & Vera (Salge T. O & Vera A, 2009) dokumenterer for eksempel at sykehus som skårer høyt på ulike innovasjonsindikatorer, skårer høyere på både kliniske og administrative resultatmål. Spesifikt viser deres studier fra England at sykehus som skårer høyt på forsknings-drevet innovasjon har bedre kliniske resultater sammenliknet med andre sykehus. I tråd med annen forskning på innovasjonsmoduser kan man også forvente at sykehus som skårer høyt på både forskningsdrevet og praksisdrevet innovasjon oppnår høyere resultater enn andre sykehus. Overordnet sett er ikke evidensen for effekten av investeringer i innovasjon omfattende nok til å trekke vidtrekkende konklusjoner. Det bør derfor være et mål for innovasjonspolitikken og –forskningen å skaffe bedre dokumentasjon om effekter av investeringer i innovasjon i helsesektoren.

Momenter som bør ivaretas i et nasjonalt system for innovasjon i helsesektoren (av førsteamanuensis Jon Hovland Honerud)

Ut fra vår oppsummering av forskningslitteraturen (50 artikler⁴) siden 2010, bør følgende momenter ivaretas i etablering av nasjonalt system for innovasjon i helsesektoren:

- Arenaer for samspill mellom industri og myndigheter for å etablere markedet status.
- Kartlegging av eksisterende nettverk ut fra nasjonal investorstruktur og eierskap i bio-tech.
- Opplæring i innovasjon må ta inn kompetanse i institusjonell antropologi.
- Opplæring i innovasjon må håndtere systemforståelse og tverrinstitusjonell kommunikasjon.
- Innovasjonssystemet må håndtere entreprenørskap og innovasjon parallelt; innovasjon er en demokratisk og åpent orientert praksis, mens entreprenørskap i større grad er lukkede ved å søke markedsoptimering – dette krever ulike strategiske tilnærminger.
- Innovasjonssystemet trenger arena for å kombinere perspektiver på forretningsmodeller, teknologi, praksis og institusjoner.
- Tjenestedesignens rolle i innovasjonssystemet forutsetter, i tillegg til det som fremgår av Bason sin modell, support, promotering og policy, jf. Whicher (Whicher A, 2017)
- Innovasjonssystemet kan designes som dirigent, desentralisert eller fra grassrot. En sentralstyrt løsning, med utgangspunkt i staten, kan ha en utfordring ved at det ofte er problematisk for staten å akseptere uklare utfall, og et vellykket innovasjonssystem må evne kontinuerlig endring av prioritering og bredde i aktivitetene.

⁴ Disse 50 artiklene er et utvalg på ca 1800 artiklene innen innovasjon og offentlig sektor. Artikler som er tatt med i utvalget er empirisk baserte forskningsartikler som omhandler offentlig sektor spesifikt, systemperspektiv på innovasjon spesifikt, og enten helsesektor eller generell offentlig sektor.

Særlig om innovasjonsnytte og gevinstrealisering

Elementene i økosystem for innovasjon (bevisstgjøring, kapasitet, samskaping og lederskap) beskriver hvordan helse – og omsorgstjenesten kan jobbe med ideer, hvilke handlingsrom det er behov for og hvilke barrierer som må bygges ned for å legge til rette for et godt innovasjonsarbeid, men beskriver i liten grad gevinstrealisering og spredning av innovasjoner.

For at en (ny) idé skal bli en innovasjon, må den også være nyttig for den som skal ta den i bruk, samtidig som den må være nyttiggjort, altså tatt i bruk. Effekt/nytte kan fanges opp både gjennom målinger, kompetanseheving og oppfølging av innovasjonene. Vurderinger av slike parametere vil kunne føre til at aktiviteten stimuleres til å oppfylle de behovene en ønsker møte og er derfor en del av hvordan innovasjonsarbeidet utvikles over tid.

Det er gjennom arbeidet med rapporten kartlagt behov for å etablere system der innovasjonsaktiviteten og gevinster måles og rapporteres nasjonalt. Det er også ønske om at det etableres et insentivbasert system for innovasjon i tjenestene, som dekker hele innovasjonsprosessen helt frem til implementering og gevinstrealisering. Det er i tillegg under utprøving et nytt sett med måleindikatorer av innovasjonsaktivitet og – nytte for spesialisthelsetjenesten.

Tjenestene står overfor store og krevende demografi- og bærekraftutfordringer. Det er behov for å etablere digitale tjenester for pasienter; pasientens netthelsetjeneste skal etableres, og helsehjelp skal gis på nye måter, nærmere hjemmet. Det er også behov for å se innovasjon utenom digitaliseringsløp i hvordan helse- og omsorgstjenester samspiller, utvikles, produseres og leveres.

I et nasjonalt omstillingsperspektiv (jf. perspektivmeldingen) er det nødvendig at ideene fører til løsninger som både spres, tas i bruk og også at de oppnår nytte i et større samfunns- og helsepolitisk perspektiv. Hvilke gevinster som er ønskelige å oppnå i et nasjonalt perspektiv og hvordan disse prioriteres i forhold til hverandre, kan også være gode retningspekere for områder der det er størst behov for innovative løsninger. Samtidig må risiko reduseres, der feilaktige utviklingsløp avdekkes så tidlig som mulig.

Bistand til, og krav om, gevinst- og nyttevurderinger med gevinstrealiseringskriterier for innovasjoner er en måte stat og kommune både kan initiere, stimulere og sikre at innovasjoner skjer innenfor aktuelle realiseringsområder for kommunale og nasjonale strategier. Dette kan være med på å sikre rett portefølje med behov i sentrum, der effekten oppleves nyttig og riktig for det området innovasjonen skal bidra på, samt implementering, spredning og adaptering av innovasjonene. Det kan være nyttig å kravstille ut fra behov som skal understøttes, problemer som skal løses, med de rette nøkkelindikatorer, samt gjennom tilpasset metodikk slik at en sikrer å utvikle rette løsninger effektivt. En skal samtidig ikke definere selve løsningene. Til det skjer utviklingen for raskt og planen vil være underambisiøs i det den ferdigstilles.

Løpende evalueringer er viktig for å sikre kunnskap om hvorvidt tjenestene når effektmål på samfunnsnivå og hvorvidt tjenestene skal endres på et tidlig (konsept) nivå.

Generelle betraktninger

Bason (Bason C, 2010) bygger innovasjonskapasitet omkring innovasjonspyramiden, som består av fire elementer: politisk-strukturell kontekst, strategi, organisering, samt mennesker og kultur. Det gir nedenfor en utdypning av disse fire elementene med supplerende forskningsbasert kunnskap.

Det er viktig at offentlig sektors rammebetingelser ikke hemmer innovasjons- og omstillingsevnen (Bason C, 2010). Regelverket i helse- og omsorgstjenestene (lover, forskrifter, nasjonale retningslinjer mv) og faglige veiledere/anbefalinger bør i minst mulig grad hemme utviklingen av nye løsninger. I tillegg til de begrensningene som klart følger av lovverket og faglige veiledere, kan erfaringer fra utlandet tyde på at sektorens *forståelse* av lovverket kan utgjøre en begrensning, også der selve loven ikke gjør det. Det er derfor viktig å formidle mulighetsrommet for innovasjon og omstilling som ligger i lovverket. Dette gjelder også der ytre rammebetingelser, f.eks. EU-regelverk, gir rammer for norsk lovverk.

Enkel tilgang til data fra helse- og omsorgstjenestene er viktig i utviklingen av fremtidens helse- og omsorgstjenester. Det er viktig at sentrale myndigheter bygger ned barrierer og sikrer at aktører gis enkel tilgang til data fra ulike helse- og omsorgsregistre.

Innovasjonsarbeid må strategisk forankres og bidra til at virksomheter legger til rette for innovasjonsarbeid som del av den løpende driften. Etablering av strategi for innovasjon anbefales (Bason C, 2010). Det bør videre etableres innovasjonsincentiver som gir tilstrekkelig risikoavlastning for utforskning av mulighetsrommet for innovasjon. Organisatoriske strukturer som fremmer silotenkning bør reduseres for bedre å tilrettelegge for samarbeid om innovasjon og samhandling på tvers og med eksterne aktører (Bason C, 2010).

Difi lanserte i 2016 en rapport om hemmere og drivere for effektivitet i staten (Difi, 2016). Funnene kan settes inn i en innovasjonssammenheng, der bl.a. budsjettkutt og krav til innsparinger anses som drivere for effektivisering. Regjeringens [avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform](#) er i denne sammenhengen et godt bidrag. Andre drivere er støtte fra overordnet departement og teknologi.

Menon Economics har på oppdrag fra KS sett på innovasjon i offentlig sektor ut i fra et samfunnsøkonomisk perspektiv (Grünfeld L. A, Bugge M, Jensen T. B, Maurseth P. B, & Skogli E, 2017). Rapporten trekker frem tre mekanismer som det offentlige kan ta tak i for å øke satsingen på innovasjon og som i dag er dårlig utviklet:

- Det offentlige (primært staten) kan tilby finansielle ressurser som reduserer den offentlige aktørens sårbarhet for innovasjonsrisiko.
- Det offentlige kan tilby kompetanse og utredningskapasitet for å redusere risikoen i prosjekter. Dette omfatter også f.eks. prosesskompetanse og erfaringsutveksling og kompetansespredning.
- Det offentlige kan tilby at prosjekter gjennomføres i offentlige enheter som har bred og solid erfaring på å gjennomføre innovasjonsprosjekter.

Difi lanserte i 2017 en rapport om innovasjon i offentlig sektor (Difi, 2017). Rapporten konkluderer med at innovasjon i offentlig sektor følges opp av svake virkemidler og tiltak. Videre er aktørbildet stort og der virksomheter som skal innovere er mer opptatt av egne utfordringer enn behovet for en nasjonal pådriver. Det er forventninger til nasjonal pådriver, men forventningene er mange og sprikende. Rapporten peker på behovet for å bygge videre på eksisterende aktører og kompetanse,

men samarbeidet kan bli bedre. Det er viktig at det fra departementene stilles større krav til virkemiddelaktørene for å ivareta rollene som nasjonal pådriver for innovasjon i offentlig sektor. Difi anbefaler blant annet at det etableres et innovasjonslaboratorium.

Hvordan innovasjonsarbeidet organiseres og synliggjøres er viktig, der det må finnes pådrivere i offentlig sektor som kan drive innovasjonsprosesser fremover. Evnen til å se åpninger og skape åpninger for å fange opp gode idéer er avgjørende. Det er en utfordring at innovasjon i offentlig sektor foregår altfor tilfeldig og er personavhengig (Norges forskningsråd, 2012).

Innovasjonsprosesser må gis tilgang på effektive verktøy og test- og utprøvningsarenaer. Etablering av innovasjonslabber fremheves av Bason som et sentralt virkemiddel for å legge til rette for innovasjon i offentlig sektor. Det eksisterer i dag en rekke ulike typer innovasjonslabber, blant annet har EU tilrettelagt for etablering av et stort antall Living Labs, men få i Norge. Det er viktig å ha en strategisk tilnærming til stimuleringen av å etablere ulike typer av labber/test- og utprøvningsarenaer i Norge. Det er trolig behov for en behovsanalyse for å sikre at ulike behov ivaretas. Erfaringer viser at labber har en tendens til å institusjonalisere seg og miste nærheten til tjenestene (Bason C, 2010), det er viktig å motvirke en slik utvikling og aktivt ta lærdom av erfaringer fra utlandet.

Innovasjon skapes av mennesker som gis mulighet til å bruke sine kreative evner, med tid og rom for faglig utviklingsarbeid. Kreativitet skjer ikke i isolasjon, men i grupper (Markman A. B & Wood K. L, 2009). LO definerer medarbeiderdrevet innovasjon til å være «*innovasjoner (nye produkter, prosesser eller tjenester) som er frembrakt gjennom en åpen og inkluderende innovasjonsprosess, basert på en systematisk anvendelse av medarbeidernes ideer, kunnskap og erfaring – som er utviklende for virksomhetens totale innovasjonsevne*» (Amundsen O, Aasen T. M. B, Gressgård L. J, & Hansen K, 2011, s. 4). Det må skapes en innovasjonskultur med bevisst avklaring av risikohåndtering/-vilje. Personalsammensetningen bør preges av en tverrfaglig utdannings- og erfaringsbakgrunn, der det bevisst satses på kompetanseutvikling (Bason C, 2010). En studie blant 40 svenske foretak tyder på at 95% av virksomheters kreative potensial er knyttet til små ideer fra medarbeidere, og at disse ideene har en tendens til å glemmes på grunn av et overdrevet fokus på store ideer som gir mer status. Følgelig går store ressurser tapt ettersom de små ideene samlet kan gi ressursbesparelser, økte inntekter, forenklede arbeidsoppgaver, og ikke minst forbedret kvalitet og kundeopplevelse (Amundsen O et al., 2011, s. 5).

Etablering av strukturer og stimulering av medarbeiderdrevet innovasjoner kan lette og bedre tilrettelegge for innovasjonsprosesser med eksterne aktører (Amundsen O et al., 2011). Rollen til tillitsvalgte for medarbeiderinvolvering og tilretteleggelse for samarbeid mellom tillitsvalgte og ledelse anses viktig (Amundsen O et al., 2011). Tilretteleggelse for ansatte i innovasjonsprosesser (såkalte intraprenører) er derfor et viktig element i et økosystem for innovasjon (Bason C, 2010; Sand T, 2011)

Samskaping

Gode innovasjonsprosesser og gevinster skapes i samskaping mellom mennesker med ulike erfaringer, kunnskap og perspektiv. Et økosystem for innovasjon må legge forholdene til rette for og stimulere til økt samspill mellom ulike aktører og sikre bred systematisk medvirkning fra tjenestemottakere og pårørende. Samtidig må det etableres kompetanse om designtenkning og ta

verktøy for brukerinvolvering, samhandling og innovasjonsprosesser i bruk. Innovasjoner må måles, der erfaringer aktivt brukes til å forbedre innovasjonsarbeidet i organisasjonen.

Perspektiver på verdibasert innovasjon i helsesektoren: Samskaping (co-creation) av verdier – tiltak (av professor Nina Katrine Prebensen)

Forskning knyttet til verdiskaping inkluderer i stadig større grad kunden (her pasienten) som aktiv ressurs i verdiskapingsprosesser (Johnson M. D & Gustasson A, 2003; Prebensen N. K, Vittersø J, & Dahl T. I, 2013; Sandström S, Edvardsson B, Kristensson P, & Magnusson P, 2008). Videre peker nyere forskning på viktigheten av å forstå hvordan og hvorfor kundene deltar i denne prosessen, i motsetning til tidligere studier som fokuserte på resultatene av å delta (Kristensson P, Magnusson P. R, & Matthing J, 2002; Prebensen N. K, Vittersø J, et al., 2013).

I helsevesenet er pasienten vanligvis den eneste personen som opplever et helseproblem fullt ut, fra første symptom til kontakt. En slik prosess kan innebære elementer som for eksempel bestilling av time, undersøkelse, behandling, oppfølging og rehabilitering. Til tross for pasientens sentrale posisjon har helsevesenet tradisjonelt hatt et indre styrt fokus der pasienten i liten grad er sett på som ressurs (Bitner M. J & Brown S. W, 2008). Fokus har vært og er fremdeles i stor grad på teknisk kvalitet, mens funksjonell (opplevd) kvalitet kommer i andre rekke (Grönroos C, 2008). Et sentralt spørsmål er hvordan helseorganisasjoner kan utvikle tjenester fra et pasientperspektiv der både teknisk og funksjonelt kvalitet er inkludert.

Pasientdeltakelse i verdiskaping (samskapingsprosesser), også kalt integrasjon, involvering og felles beslutningstaking i planlegging, utvikling og analyse av helsevesenet har fått økende oppmerksomhet i det siste tiåret (Armstrong N, Herbert G, Aveling E. L, Dixon-Woods M, & Martin G, 2013; Bate S. P & Robert G, 2006). Det meste av litteraturen er likevel basert på tradisjonell forbrukeratferd. Denne litteraturen brukes derfor for å belyse muligheter i helsesektoren. Nedenfor forsøker en å dra opp et perspektiv og noen tiltak knyttet til hvordan helsevesenet kan bedre kvaliteten på tjenestene og samtidig redusere kostander gjennom å motivere, engasjere (involvere), lære opp pasienter i å delta aktivt i å samskape verdier for seg selv og andre.

Tjenesteinnovasjon og nytt serviceperspektiv (service dominant logikk)

Helsesektoren har i stor grad benyttet en tilbyder- og brukertilnærming i sine forståelsesrammer og leveranser. Denne tilnærmingen blir definert som «produktorientert logikk», der noen produserer tjenestene, mens andre nyttiggjør seg, det vil si at de bruker opp verdien som er skapt (Vargo S. L & Lusch R. F, 2004, 2008).

Tradisjonelt har betegnelsen tjeneste blitt betraktet som en type produkt, det vil si "tjenester" som legger til verdi for produktet. Følgelig har det vært betydelig oppmerksomhet mot avgrensning av tjenester som spesielle typer immaterielle produkter eller som verdiskapende forbedringer av materielle varer (Zeithaml V. A et al., 2006). Forretningsmodellutvikling har dermed omhandlet å finne ut nye produktrelaterte tjenester som tillegg til et produkt, eksempelvis støtte, informasjon, nye prototyper, og problemanalyse for å identifisere potensielle forbedringer av produktkonsepter (Parida V, Sjödin D. R, Wincent J, & Kohtamäki M, 2014). Disse tjenestene kan avtales separat eller inngå i produkttilpasningsprosessen som en del av en integrert løsning, og de kan gjøre det mulig å oppnå produkt differensiering ved å tilpasse produkttjenestetilbud for å møte ulike kundebehov (Gebauer H & Fleisch E, 2007). Her legger en gjerne til serviceelementer for å gjøre tjenesten mer attraktiv eller effektiv (Kohtamäki M, Partanen J, Parida V, & Wincent J, 2013).

Vargo, Wieland og Akaka (Vargo S. L, Wieland H, & Akaka M. A, 2015) hevder at tradisjonell innovasjonslitteratur har hatt liten oppmerksomhet mot brukerens rolle i innovasjon. Dette har gitt begrenset innsikt om hvordan markedsforhold utvikles og nye markeder dannes. Vargo og Lusch (Vargo S. L & Lusch R. F, 2004, 2006, 2011) diskuterer hvordan skillet mellom teknologi og marked har bidratt til en produktorientert forståelse av innovasjon; bedriften eller organisasjonen betraktes som «produsenter» av verdi og kunder som "forbrukere" eller ødeleggere av verdi.

Vargo og Lush (Vargo S. L & Lusch R. F, 2004, 2008) foreslår et nytt perspektiv «serviceperspektivet» som innebærer at verdier skapes sammen. Serviceperspektivet tar for seg prosessen med å tilrettelegge samt overføre verdi i en samskapingsprosess.

Serviceperspektivet innebærer en forståelse eller orientering knyttet til ideen om gjensidighet mellom aktørene og refererer til prosesser som gjør det mulig for kunder å samhandle og dele informasjon med selskaper/organisasjoner (Jayachandran S, Sharma S, Kaufman P, & Raman P, 2005). Dette gir også bedrifter og organisasjoner muligheter for å svare på kundebehov på en bedre måte. Jayachandran et al. (Jayachandran S et al., 2005) viser hvordan denne formen for integrering (helsepersonell/pasient) bidrar til positiv samskaping av verdier gjennom innhenting, formidling og integrering av informasjon.

Ti grunnleggende premisser for service dominant logikk	
FP1	Service is the fundamental basis of exchange
FP2	Indirect exchange masks the fundamental basis of exchange
FP3	Goods are a distribution mechanism for service provision
FP4	Operant resources are the fundamental source of competitive advantage
FP5	All economies are service economies
FP6	*The customer is always a co-creator of value <i>Note: *FP6 was originally 'The customer is always a co-producer' (Vargo S. L & Lusch R. F, 2004).</i>
FP7	The enterprise cannot deliver value, but only offer value propositions
FP8	A service-centred view is inherently customer-oriented and relational
FP9	All social and economic actors are resource integrators
FP10	Value is always uniquely and phenomenologically determined by the beneficiary

Institusjonell teori: struktur og kultur for nytenking og pasientdrevet innovasjon

Schein (Schein E. H, 1992) peker på at struktur, koordinering, kultur og makt som viktige dimensjoner i organisasjonsdesign. Mens organisasjonsstruktur beskrives som de formelle linjene for beslutninger og arbeidsformer i en organisasjon, omhandler organisasjonskultur hvordan prosesser og beslutninger foregår, inkludert normer og vaner (Schein E. H, 1992). Selv om forskning peker på viktigheten av interne organisatoriske egenskaper som kultur, struktur og makt som pådrivere for økt effektivitet, eksempelvis måloppnåelse (Daft R. L, 1995; Robbins S. P, 1990), viser nyere forskning til aktørrollen som essensiell for å forstå hvordan verdier samskapes i institusjoner (Besharov M. L & Smith W. K, 2014). Studier viser også hvordan ulike elementer i organisasjoner (Fiss P. C, Cambré B, & Marx A, 2013) og på tvers av underenheter i en organisasjon (Binder A, 2007) påvirker verdiskapningsprosessen. Aktørenes innsats og evne til å "bryte, lage eller vedlikeholde" institusjonelle regler for ressursintegrasjon på flere nivåer (mikro, meso og makro) er avgjørende i den institusjonelle konteksten (Lawrence T. B & Suddaby R, 2006) (Koskela-Huotari K, Edvardsson B, Jonas J. M, Sörhammar D, & Witell L, 2016, s. 215).

Organisasjonskultur refererer generelt til de organisatoriske verdiene som kommuniseres gjennom normer, gjenstander, ofte observert gjennom atferdsmønstre (Homburg C & Pflesser C, 2000; Schein E. H, 1992). Organisasjonskulturen gjenspeiler hvordan kulturell informasjon innen organisasjoner tolkes av enkeltpersoner, det vil si hva man skal fokusere på med hensyn til idegenerering, og hvordan organisasjonen skal prioritere sine ressurser for å bli konkurransedyktige på markedet. Organisasjonskultur er også beskrevet som en sentral driver for innovasjon (Ahmed, 1998; Amabile, 1988). Organisatorisk innovasjonsevne er definert som "en organisasjons overordnede nyskapende evne til å introdusere nye produkter og tjenester til markedet eller åpne nye markeder ved å kombinere strategisk orientering med innovativ oppførsel og prosess" (Wang C. L & Ahmed P. K, 2004). Wang og Ahmed (Wang C. L & Ahmed P. K, 2004) hevder at organisatorisk innovasjonsevne består av tre kategorier: strategisk orientering til innovasjon, innovativ oppførsel og innovative prosesser.

Samskaping (Co-creation) av verdi: nivåer (hvor) og typer (hvordan)

Forskning viser at deltakelse i å skape verdier for seg selv (verdikompetisjon), positivt påvirker tilfredshet og fremtidig oppførsel hos de som deltar (Prebensen N. K, Woo E, Chen J. S, & Uysal M, 2013; Prebensen N. K & Xie J, 2017). Sammen med deltakelse er det vist at aktørene som føler mestring (self-efficacy) opplever verdien av opplevelsen som større enn de med lavere grad av deltakelse og mestringsfølelse (Bandura A, 1993; Prebensen N. K & Xie J, 2017). Verdiskaping er tett knyttet til ulike situasjoner og settinger (value-in-context). Helse er knyttet til motiver og situasjoner, eksempelvis besøk hos tannlege versus å gå på SPA. Sistnevnte handler om selve prosessen og nytelse, mens førstnevnte dreier seg om resultatet (og der tiden og opplevelsen i tannlegestolen ønskes kortest mulig).

Forskning har identifisert to typer av samskaping av verdi: kundens deltakelse, som refererer til adferd for vellykket verdiskaping (inn-rolle) og medsamskaping (samfunn), noe som er frivillig adferd (ekstrarolle) som gir ekstraordinær verdi til bedriften, organisasjonen eller samfunnet (Bove L. L, Pervan S. J, Beatty S. E, & Shiu E, 2008; Groth M, 2005; Yi Y & Gong T, 2008; Yi Y, Natarajan R, & Gong T, 2011). Yi og Gong (Yi Y & Gong T, 2012) tar utgangspunkt i denne forskningen og viser at inn-rolle og ekstern rolle atferd følger forskjellige mønstre og har forskjellige drivere og konsekvenser (Groth M, 2005; Yi Y et al., 2011).

Verdi

Verdi kan sees på som opplevd verdi av samskappingsprosessen. Verdiopplevelsen er individuell og sosialt betinget og handler i stor grad av kundens eller pasientens tolking av omverden ved hjelp av sansene. Sansene påvirker det vi oppfatter i opplevelsesøyeblikket. Verdiopplevelsen tar utgangspunkt i forståelsen eller bildene som oppstår hos kundene gjennom denne sanseprosessen og vurderes videre opp mot de forventinger og motiver som individet selv har. Verdivurdering av opplevelsen er dermed individuell og situasjonsbetinget.

En tradisjonell måte å analysere kundenes opplevelsesverdi på, er å se på opplevelsen av en tjeneste som en vurdering av kvalitet og pris (Zeithaml V. A, 1988). Dette perspektivet er i stor grad nytteorientert. Kunden vurderer om kvaliteten står i forhold til prisen (samt tid og arbeid) som er betalt. Nyere forskning peker på at andre dimensjoner av verdi enn pris- og funksjonell kvalitet, spiller en stor rolle (Sheth J. N, Newman B. I, & Gross B. L, 1991; Sweeney J. C & Soutar G. N, 2001; Woodruff R. B, 1997). Sheth mfl. (Sheth J. N et al., 1991) argumenter for at verdidimensjonene er

gjensidig uavhengige og bidrar til kjøpsbeslutninger. Andre argumenterer for at nytteverdi og nytelsesverdi kan henge sammen (Osgood C. E, Suci G. J, & Tannenbaum P. H, 1957). Eksempelvis kan et bedre måltid innebære verdien av å bli mett, samtidig som en verdsetter smak, lukt og syn av maten. I tillegg kan et måltid selvsagt være en arena for å ha det hyggelig. Verdi kan derfor innebære mange dimensjoner. Disse kan være tilstede i opplevelsen i ulik grad.

Opplevelsesverdi er beskrevet ut fra dimensjoner som emosjonell eller følelsesmessig verdi, sosial verdi, kvalitet/gjennomføringsverdi, pris/valuta for pengene, og epistemisk det vil si kunnskapssøkende eller nyhetsøkende verdi (Sheth J. N et al., 1991). Disse ulike verdidimensjonene er spesielt relevant i møtet mellom kunde og bedrift (bolton R. N & Drew J. H, 1991; Zeithaml V. A, 1988). Ideen er at forbrukeren deltar i å skape verdi for seg selv.

Funksjonell verdi reflekter elementer som valuta for pengene, fysisk kvalitet, holdbarhet, varighet, og pris (Sheth J. N et al., 1991, s. 160). Funksjonell verdi er definert som oppfattet funksjonell, utilitaristisk eller fysisk ytelse (Sheth J. N et al., 1991, s. 160). Disse forfatterne ser den funksjonelle verdien som en primær driver av forbrukernes valg. Hjelpemidler som bidrar til en bedre tilværelse for pasienter er eksempel her.

Emosjonell verdi innebærer produktet eller tjenestens evne til å påvirke følelser og sanser og er spesielt viktig i opplevelsesøkonomien (Sheth J. N et al., 1991; Williams P & Soutar G. N, 2009). Den emosjonelle verdioppfattelsen påvirker kundens evalueringer og tilfredshet i stor grad (Otto J. E & Ritchie J. B, 1996). I tillegg til at innovasjoner kan bidra til fysiske forbedringer, vil disse ofte påvirke oss følelsesmessig. Følelse av mestring bidrar også her.

Sosial verdi dreier seg om fordelene som oppstår som følge av å være tilknyttet en eller flere spesifikke grupper av mennesker (Sheth J. N et al., 1991, s. 161). Denne omfatter ikke bare ønsket om status, beskrevet i litteraturen som "conspicuous consumption" (se for eksempel (Bagwell L. S & Bernheim B. D, 1996), men reflekterer i stor grad også behovet for sosiale tilknytninger og relasjoner (Arnould E. J, Prince L, & Zinkhan G, 2002).

Epistemisk verdi eller søken etter å lære noe eller oppleve noe nytt og annerledes, er svært viktig i opplevelsesbasert forbruk (Weber J. A, 2001). Denne dimensjonen reflekterer interesser, nysgjerrighet og behov for å lære og å tilegne seg ny kunnskap, samt oppleve variasjoner i livet (Sheth J. N et al., 1991; Williams P & Soutar G. N, 2009). Helsesektoren vil kunne nyttiggjøre seg pasientenes egne ønsker om å lære, mestre og takle ulike situasjoner.

Ved å forstå pasienters og andre aktørers verdioppfatninger i hele opplevelsesprosessen, vil helsevesenet kunne tilrettelegge for økt verdiopplevelse gjennom drivere av verdi, som involvering, motivasjon og engasjement i ulike situasjoner (se diskusjonen og figuren nedenfor).

Drivere for samskaping av verdi

Pasientengasjement (også ofte referert til som "deltakelse" eller "involvering") i planlegging, utvikling og analyse av helsevesenet har fått økende oppmerksomhet i det siste tiåret (Armstrong N et al., 2013; Bate S. P & Robert G, 2006).

Når det gjelder mulige faktorer som påvirker deltakelse (eller mangel på) i medsamskaping, skiller Voorberg et al (Voorberg W. H, Bekkers V. J, & Tummers L. G, 2015) mellom organisatoriske og individuelle faktorer. Voorberg et al (Voorberg W. H et al., 2015) refererer til faktorer som riktig

kommunikasjonsinfrastruktur og treningsfasiliteter. En annen viktig faktor er holdningen til administratorer og politikere for å involvere befolkningen som verdifulle partnere. En tredje viktig faktor foreslått av Voorberg et al (Voorberg W. H et al., 2015) er grad av risikovillig kultur i offentlige organisasjoner. Sivilt engasjement anses tradisjonelt som ukontrollerbar og upålitelig. Derfor er det administrative miljøet ofte ikke rettet mot å inkorporere sivile i offentlig tjenesteyting. Når det gjelder lokalbefolkningen refereres det til faktorer som villighet og evne til å delta. Disse involverer utdanningsnivået for befolkningen, familiestruktur og personlige egenskaper. Ved siden av vilje til å delta, må befolkningen være oppmerksom på deres evne og mulighet til faktisk innflytelse på offentlige tjenester. Sosial kapital er nødvendig for å skape bærekraftige forhold mellom offentlige organisasjoner og innbyggerne.

Konsekvenser av samskaping av verdi

Voorberg et al (Voorberg W. H et al., 2015) analyserte også resultatene (konsekvensene) av medskaping / samproduksjon i helsesektoren. Voorberg et al viser til at få studier faktisk bidrar til kunnskap om utfallet av samproduksjon / medskaping i helsesektoren. Forskning fra andre sektorer og næringer, eksempelvis turisme, viser imidlertid at deltakelse (fysisk og mental) bidrar til økt tilfredshet og intensjoner om handlinger (eksempelvis positivt vareprat og gjenkjøp) (Prebensen N. K & Xie J, 2017; Vittersø J, Prebensen N. K, Hetland A, & Dahl T, 2017). Prebensen og Xie (Prebensen N. K & Xie J, 2017) viser også at følt mestring øker grad av tilfredshet.

I en artikkel om samskaping av verdier, påpeker Nysveen og Skard (Nysveen H & Skard S, 2015) viktigheten av tillit mellom aktørene som samskaper. Tillit kan defineres som en parts vilje til å være sårbar overfor en annen parts handlinger basert på forventninger om at den andre parten vil utføre en handling som er viktig for oss (Mayer R. C, Davis J. H, & Schoorman F. D, 1995). Artikkelen viser hvordan elementer som dialog, tilgang, transparens og risikovurdering i samskapingsprosesser bidrar til å bygge tillit mellom bedriften og kundene. Økt tillit bidrar til bedre samskapingsopplevelse ved at økt tillit gir mer åpen dialog, skaper basis for større grad av transparens, skaper vilje til å dele, gir kundene tilgang til mer informasjon og metoder og gir kundene økt forståelse for risikoelementer knyttet til samskapingen. Denne gjensidig positive påvirkningen mellom samskaping og tillit vil i neste trinn bidra til å øke sjansen for at foretakets produkter og tjenester tas i bruk av kunder, og at kundene forblir lojale brukere og kjøpere av produktene og tjenestene. De tiltakene som settes i verk bør da fokusere på øke tillit gjennom dialog, tilgang og transparens (Nysveen H & Skard S, 2015).

Generelle betraktninger

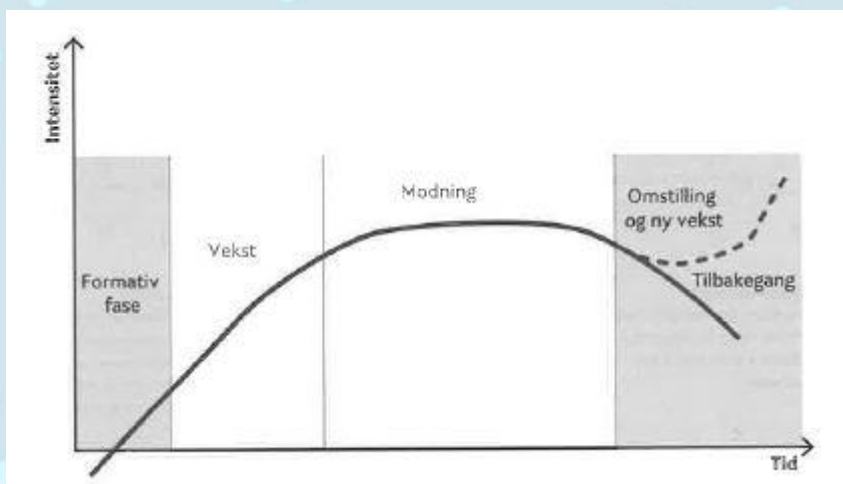
En vesentlig hindring både for innovasjon og for å identifisere risiko, ligger i kommunikasjon mellom institusjoner. Flere studier identifiserer manglende inter-institusjonell forståelse som kritisk for innovasjonsevne, og her er helsesektoren trukket fram som problematisk i flere studier, ved at det er stor avstand mellom institusjonene. Dette skaper risiko og det svekker innovasjonsevnen (Honerud J. H, 2018).

En gjennomgang av 15 offentlige prosjekter i fem land der design ble benyttet, tyder på at designtenkning i praksis særlig knyttes til utforskning av problemrommet, ta frem ulike scenarier og konkretisering av fremtidig ønsket praksis (Bason C, 2017).

Bason legger stor vekt på designtenkning som grunnlag for samskapingen (Bason C, 2010). I tillegg til tjenestedesign er tilgang til støtte, promotering og innovasjonspolitik viktig (Whicher A, 2017).

Nettverk og arenaer er viktig for samskaping, men disse må etableres ut i fra aktørenes egne behov. Det bør vises varsomhet med å initiere en nasjonal infrastruktur av møteplasser og nettverk. Det eksisterer i dag en rekke arenaer og nettverk som det kan bygges videre på med formål å bedre legge til rette for læring, samskaping og spredning.

Nettverk gjennomgår ulike utviklingsfaser og det er viktig å være oppmerksom på livssyklusen, der modningsfasen må gi ny utvikling og kraft i samarbeidet (Skogseid I et al., 2017, s. 41):



En rekke studier tyder på at mellommenn, dvs. aktører som skal bidra til å trekke bånd mellom aktørene i innovasjonssystemet, er avgjørende (Honerud J. H, 2018). Innenfor innovasjonssystemet for helse- og omsorgstjenestene har bl.a. de regionale innovasjonsrådgiverne i InnoMed en slik funksjon i dag.

Erfaringer fra flere land (Australia, Spania og England) peker i retning av at samarbeidsorganer som skal sikre kunnskapsoverføring og samarbeid om forskning og innovasjon, blir institusjonalisert og dermed et mellomliggende styringsledd som kan vanskeliggjøre koordinering av innovasjonsinnsats. Altså kan det å etablere organer som skal håndtere samarbeid mellom sektorer, bidra til at generell koordinering i praksis blir mer krevende (Honerud J. H, 2018). Dette tilsier at innovasjonsinnsats trolig bør kanaliseres gjennom de ordinære styrings- og virkemiddellinjer.

Innenfor bio-tech industrien er samspillet mellom entreprenører, investorer og legemiddelindustrien avgjørende. På et mer generelt grunnlag når det gjelder realisering av potensial for innovasjon, vektlegger de fleste artiklene først og fremst praksisbasert og intensiv samhandling mellom offentlig sektor og industri (Honerud J. H, 2018). Samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenestene og næringslivet er generelt lite utviklet og det er et stort forbedringspotensial – ikke minst for å bygge opp helsenæringen (Bergman E et al., 2017; Thune T, 2015)

Samskaping skjer gjerne gjennom åpne innovasjonsprosesser. Wass & Vimarlund har gjennom en litteraturstudie kartlagt omfanget av åpne innovasjoner (open innovation) i helse- og omsorgstjenestene, og finner at dette fortsatt er en prematur innovasjonsform i tjenestene. Positivt fremheves at når åpne innovasjonsprosesser finner sted skjer det med aktive pasienter gjennom samspill med kunnskapsrike aktører som fremmer innovasjon. Barrierer for åpne innovasjonsprosesser synes å være kompleksiteten i helsetjenesten, reguleringer og lover og at det

ikke eksisterer møteplasser mellom tjenestene og pasienter (Wass S & Vimarlund V, 2016), utover der behandling og konsultasjon skjer.

Spredning av innovasjoner

Spredningsaktivitet er ikke spesielt omtalt i Bason sitt økosystem for innovasjon. Adaptering og adopsjon av gode innovasjoner er viktig og spredning av kunnskap om innovasjoner bør gis sentral plass (Center for Offentlig Innovation, 2015) i et fremtidig system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene.

Danske *Center for offentlig Innovation* publiserte i 2015 en rapport om det vitenskapelige grunnlaget for spredning av offentlige innovasjoner (Center for Offentlig Innovation, 2015). Rapporten tar for seg tre sentrale spredningstilnæringer:

A. Innovasjoner som sprer seg nesten naturlig over tid.

Everet M. Rogers lanserte i 1962 sin diffusjonsteori om hvordan innovasjoner over tid sprer seg i sosiale systemer gjennom kommunikasjon – en prosess som Rogers døpte diffusjon. I følge Rogers avhenger spredningsprosessen av fem faktorer:

- *Innovasjonens egenskap*: Sentrale elementer her er hvilke fordeler implementeringen av innovasjonen vil skape for organisasjonen? Hvor godt passer innovasjonen i den nye konteksten? Hvor kompleks er den? Hvor enkelt er det å prøve den ut? Hvor enkelt eller vanskelig er det å observere innovasjonen og dens effekter?
- *Tiden*: Jo lenger tid som går, jo større sjanse er det for aktørene tar til seg innovasjonen.
- *Adaptorerne*: Aktørene som tar til seg innovasjoner vil gjøre dette i ulik tempo. Rogers deler adaptorerne inn i fem grupper (normalkurven), der de to første er tidlig innovative aktører, så en gruppe som tar til seg innovasjoner når de mest innovative har implementert den. Til slutt en gruppe (laggards) som vil implementere nye løsninger etter at de er blitt vanlig. Fordelingen mellom aktørgruppene er slik:



- *Det sosiale systemet*: Den sosiale konteksten innovasjoner sprer seg i har betydning for spredningshastigheten, m.a.o. om det finnes fremmere eller hindringer gjennom de normer, beslutningsprosesser og sosiale eller formelle strukturer som gjør seg gjeldende.
- *Kommunikasjonskanalene*: Hvilke kommunikasjonskanaler som benyttes, hvem som kommuniserer, intensiteten på kommunikasjonen mv. er viktig for spredningen av innovasjoner.

Flere forskningsresultater underbygger betydningen av hvor viktig formidling og kommunikasjon er for spredningen av innovasjoner, der bl.a. gode eksempler er viktig i kommunikasjonen. Innovasjoner kan også gis drahjelp i spredningen hvis de kommer på møte (Center for Offentlig Innovation, 2015). I Norge kan det her bl.a. vises til den store aktiviteten som skjer på hverdagsrehabiliteringsområdet og velferdsteknologiområdet, der dette har fått stor fokus og kommet på moten i kommuners prioriteringer.

B. Innovasjoner som spres gjennom relasjoner og nettverksarbeid.

Spredning gjennom gode eksempler er ikke nok i seg selv. Spredning av innovasjoner i offentlig sektor er også avhengig av:

- *Aksept for å tilpasse innovasjoner til nye kontekster:* Innovasjon spres ofte gjennom adaptasjonsprosesser, der innovasjoner gjenoppfinnes, re-designes mens de spres. Spredningen er derfor avhengig av en rekke organisatoriske forhold, herunder forandringsledelse.
- *Spredning skjer ikke av seg selv, men via konkret erfaringsutveksling mellom mennesker:* Spredningsarbeidet bør skje gjennom tilrettelagte prosesser med dialog om løsninger og utfordringer. Åpne og lukkede nettverk er sentrale spredningsarenaer, der det bør etableres brobyggere mellom ulike nettverk.
- *Åpne innovasjoner:* Organisasjoner inviterer eksterne deltakere, f.eks. pasienter, næringsliv, frivillige aktivt inn i innovasjonsprosesser. Spredning kan her forstås som effekten av større samarbeidsdrevne innovasjonsfellesskap – en spredningskultur – fremfor enkeltstående aktivitet.

C. Spredning av innovasjoner gjennom bevisst adferd.

Spredning krever ressurser og oppmerksomhet, som ikke kan tas for gitt eksisterer hos beslutningstakere. Spredning av innovasjoner er en atferd som strekker seg over tid og er høykompliserte prosesser med usikkerhet omkring fremtidige gevinster og risiko. Spredningen må derfor avhjelpest gjennom bl.a. planlegging, reduksjon av usikkerhet og større fokus mot gevinstrealiseringsarbeid. Kompetanse i innovasjons- og endringsledelse og prosessverktøy er sentrale suksessfaktor for å lykkes med spredningsarbeid av innovasjoner.

Lederskap

Tydlig og visjonært lederskap fremheves som en driver for innovasjon, hvis dette også avklarer handlingsrommet for innovativt arbeid i virksomheten. Innovasjon betyr endring og evnen til å lede organisasjoner i omstilling er viktig. Dette betyr at organisasjonen vil måtte håndtere interne ulikheter mellom enheter. Bason trekker frem tre lederroller som bør være tilstede i innovative organisasjoner (Bason C, 2010):

- Den visjonære lederen: Politisk lederskap/styrende organer som viser vei med klare prioriteringer og evne til å gi insitamenter for innovasjonsprosesser.
- Gjennomføringslederen: Topplederen som både skal strategisk tilrettelegge for innovasjoner, fronte arbeidet og stimulere innovasjonskulturen.
- 360-graders lederen: Mellomlederen som kan være den største barrieren for innovasjon, men samtidig kan utvikles til å bli navet som 360-graders fasilitator for innovasjoner.
- Kunnskapsingeniøren: Linjelederen som skal lede arbeidet med å pilotere og implementere innovasjoner.

Skal tjenestene utvikles og på en god måte møte fremtidige rammebetingelser og endre seg til å bli pasientens helse- og omsorgstjeneste, krever dette godt lederskap. Ledelse er også en forutsetning for å skape en kultur for endring og innovasjon i sektoren. Ledelse i helse- og omsorgstjenestene er utfordrende og skjer innenfor en 24/7 setting og oftest med lav ledertetthet, dvs. at ledere gis personalansvar for mange ansatte.

Strategisk lederskap er avgjørende for å lykkes med og legge til rette for innovasjon i offentlig sektor, der lederskap må stimulere ansvarlig risikovillighet og åpne opp for ideer fra ansatte (Matthews M, Lewis C, & Cook G, 2009). Samtidig må ledere skape eierskap for innovasjonsprosesser i personalgrupper og synliggjøre gode innovasjonsprosesser og resultater utad.

Norges forskningsråd rapport fremhever at lederskap på ulike nivåer er viktige drivere for innovasjon i offentlig sektor. Særlig mellomledernivået fremheves som viktige pådrivere for innovasjon. Det er også viktig å motvirke en nullfeilsorientert arbeidskultur og gi rom for risiko i innovasjonsarbeidet (Norges forskningsråd, 2012).

Center for offentlig innovation i Danmark har gitt [7 anbefalinger](#) til offentlig innovasjonsledelse:

1. Innovasjon krever spesiell lederkompetanse
2. Gi klare og frie rammer for innovasjonsarbeidet
3. Hold fast i prosessen for å skape noe nytt
4. Ha mot til å utfordre og spill andre gode
5. Gå selv de ekstra skrittene
6. Få det nye til å leve og det gamle til å dø
7. Spre de gode løsningene

I en studie av 15 offentlige prosjekter, der ledere aktivt tok designtenkning i bruk, opplevde at a) egne antagelser ble utfordret, b) at ledere bevisst søker og anvender empatiske data fra etnografisk inspirerte designmetoder for å iverksette endringsprosesser i egen organisasjon, c) evne til å åpne opp tid og rom i organisasjonen for idéskaping, d) navigere i det ukjente, e) å gjøre ønskede fremtidige løsninger konkrete og f) å synliggjøre positive effekter for det offentlige og innbyggerne. Videre ble det gjort funn der ledernes atferd opp mot styringsmodell utviklet seg til å bli mer I) *relasjonell* ved økt bevissthet om den offentlige organisasjons rolle og betydning for samfunnet, II) *nettverksbasert* som mer aktivt forholder seg til og inkluderer eksterne aktører, III) *interaktiv* ved økt bevissthet og mer konkret anvendelse av gjensidig interaksjon mellom organisasjonen, innbyggerne og andre aktører og IV) *refleksiv* omkring organisasjonens evne til å skape sosial forandring (Bason C, 2017).

Difi sin rapport om effektivisering i staten (Difi, 2016) trekker frem en tydelig toppledelse som viktig driver for effektiviseringsarbeidet og manglende endringskultur som hemmer for effektivisering. Rapporten er tydelig i sin anbefaling om at ledere må gå foran og skape en endringskultur. Disse funnene vil også gjelde for innovasjonsarbeid.

3 EN INNOVATIV HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

I dette kapitlet presenteres dagens innovasjonssystem, elementer ved dagens innovasjonsaktivitet og mottatte innspill på hva som kan bli bedre.

3.1 Dagens innovasjonssystem

Aktører som direkte og indirekte kan knyttes til innovasjon i helse- og omsorgstjenestene er mange. Viktige aktører er:



Oversikten over aktører er ikke fullstendig. I vedlegg to gis det en utdypende presentasjon av sentrale aktører.

Vedlegg to gir også en utdypende presentasjon av virkemidler i dagens økosystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Oversikten er ikke fullstendig, da det er vanskelig og tidskrevende å kartlegge alle tiltak og aktivitet som pågår i tjenestene og hos ulike samarbeidspartnere til helse- og omsorgstjenestene. Kartleggingen har gitt følgende hovedfunn:

Bevisstgjøring

Tilbudet av mastergradsutdanninger med innslag av innovasjonsrelaterte fag er godt og finnes i alle landsdeler. Fra studieåret 2020/2021 innføres felles rammeplan for 19 grunnutdanninger innen helse- og sosialfag ved universitet og høyskoler. Innovasjon er tatt inn som et av læringsmålene. Innovasjon er ikke tatt inn i fagplanene for fagskoleutdanningene innen helse og omsorg.

Det er etablert flere kunnskapskilder for innovasjonsprosjekter, dels HelseOmsorg21-monitoren, omsorgsbiblioteket, prosjektkatalogen til InnoMed, KS nye delingsportal komINN.no og den nye innovasjonsportalløsningen for helseforetak.

Kapasitet

På strategisk nivå har regjeringen på grunnlag av HelseOmsorg21-strategien etablert en handlingsplan - Forsking og innovasjon i helse og omsorg (2015–2018). De fleste regionale helseforetak og flere kommuner har etablert innovasjonsstrategier.

Gjennom InnoMed er det etablert en nasjonal overbygning for enkelte tiltak for å fremme innovasjonsarbeid, bl.a. regionale innovasjonsrådgivere. Det er etablert en infrastruktur av teknologioverføringskontorer (TTO) for kommersialisering av forskning. Det er etablert et nasjonalt program for å fremme innovative anskaffelser.

Finansiell stimuleringsstøtte til innovasjon og fagutvikling i helse- og omsorgstjenestene gis primært fra:

- Helsedirektoratet som forvalter en rekke tilskuddsordninger, der minst 180 mill. kr. er knyttet til kommunale prosjekter. I tillegg kommer en rekke fagutviklingsoppdrag, InnoMed-satsingen (12,9 mill. kr.) og tilskudd til utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester (47 mill. kr.).
- Fylkesmannsembetene forvalter skjønnsmidler til kommuner, inkludert prosjektskjønnsmidler til fornyings- og innovasjonsprosjekter. Fylkesmennene forvalter også kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd, der ca. 88 mill. kr. i 2018 er knyttet til innovasjonsprosjekter.
- Alle de regionale helseforetakene disponerer deler av sin rammebevilgning til innovasjonsarbeid. Samlet gav RHFene i 2017 ca. 56,5 mill. kr. i prosjektstøtte – dels til forskningsdrevne prosjekter og dels til tjenesteinnovasjonsprosjekter.

- Norges forskningsråd gir gjennom bl.a. HELSEVEL støtte til tjenesteinnovasjonsprosjekter. Norges forskningsråds samlede innsats for forsknings og innovasjon i helse- og omsorgssektoren, inkludert helsenæringen, var i 2016 på ca. 1,35 mrd. kr.
- Regionale forskningsfond stimulerer tjenesteinnovasjonsprosjekter i ulik grad.

Innovasjon Norge har ikke egne innsatsmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet. En beregning av Menon Economics (Bergman E et al., 2017) viste at det 2016 ble gitt støtte til helsenæringen med ca. 85 mill. kr. i tilskudd og 31 mill. kr. i samlede lån. I tillegg ble det gitt 2 mill. kr. i form av garantier. Utover dette kommer tilskudd til klynger, eksportprogrammer og såkorn- og presåcornkapital.

Kommuner og helseforetak frigir i ulik grad egne midler til innovasjonsarbeid. Det har ikke vært mulig å kartlegge omfanget av dette.

Det er tatt en rekke initiativ for å etablere test- og utprøvningsfasiliteter, men området er preget av manglende finansieringsinsentiver og manglende ivaretagelse av bredde i ulike arenaer for testing og utprøving.

Det er ikke registrert systematiske virkemidler for spredning av gode innovasjoner. To nasjonale initiativ har hovedaktiviteter for spredning – nasjonalt velferdsteknologiprogram og nasjonalt prosjekt for hverdagsrehabilitering. I tillegg arbeider pasientsikkerhetsprogrammet med spredning av kvalitetsarbeidsmetodikk.

Samskaping

Brukermedvirkning er nedfelt i helse- og omsorgslovgivningen og det er etablert strukturer for brukerråd, eldreråd mv. Folkehelseinstituttet har tatt frem «Hva er viktig for deg?»-metodikk som benyttes av en rekke aktører i tjenestene.

Det gjennomføres et stort antall møteplasser og det er etablert mange nettverk som i ulik grad relaterer seg til innovasjons- og fagutviklingsarbeid. Det er publisert en rekke prosessverktøy for innovasjon. Det er under testing et nytt sett med måleindikatorer av innovasjonsaktivitet og -nytte for spesialisthelsetjenesten. KS har i februar 2018 publisert et innovasjonsbarometer. KS har tatt initiativ til å etablere et nasjonalt partnerskap for innovasjon. I spesialisthelsetjenesten er det etablert en nasjonal arbeidsgruppe for innovasjon mellom de regionale helseforetakene. Mange private og offentlige aktører gjennomfører årlig ulike nasjonale møtearenaer med innovasjon på agendaen.

Lederskap

Helse- og omsorgstjenestene består av rundt 20.000 ledere på ulike nivåer. Det er etablert kompetansetiltak for ledere i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Høgskolesystemet tilbyr en rekke lederutdanninger på masternivå. Det synes å være for liten kapasitet i tilbud som retter seg mot mellomledere for bygging av kompetanse om innovasjons- og endringsledelse.

3.2 Innovasjonsaktivitet i helse- og omsorgstjenestene

3.2.1 Kommunale helse- og omsorgstjenester

KS lanserte i februar 2018 et [innovasjonsbarometer for kommunal sektor](#). Innovasjonsbarometeret baserer seg på undersøkelse blant 1.786 enhetsledere i kommunale helse- og omsorgstjenester og kommunale utdannings- og oppveksttjenester. Det er ikke oppgitt hvor mange kommuner som omfattes av undersøkelsen. Undersøkelsen legger en bred forståelse av innovasjon til grunn, dvs. løsningen som er ny for arbeidsplassen og som tilegnes gjennom utvikling av noe nytt, adaptasjon, eller kopiering av eksisterende løsninger.

Innovasjonsbarometeret viser stor innovasjonsaktivitet i kommunene. Hele 74% av virksomhetene innenfor helse- og omsorgstjenestene har innført en eller flere typer innovasjoner de siste to årene. Nye måter å organisere arbeidet på (prosessinnovasjon) og tjenesteinnovasjon er mest utbredt. Det er mest innovasjon i sykehjem og i helsestasjoner- og skolehelsetjenesten. Mellomstore kommuner har størst innovasjonsaktivitet. Det er ingen store forskjeller mellom landsdelene.

Kommunene gjenbraker i stor grad, der kun 10% av innovasjonene er utvikling av nye løsninger som ikke finnes fra før. 51% er løsninger som vesentlig tilpasses egen arbeidsplass og 32% av innovasjonene er kopiering av andres løsninger.

Innenfor helse- og omsorgstjenestene oppgir 45% av virksomhetene at innovasjoner er spredd til andre. De viktigste spredningskanalene er kommunale nettverk, seminarer og konferanser. Nettverk mellom kommuner med liknende utfordringer er viktige.

Medarbeiderdrevet innovasjon er viktig, der 35% av innovasjonene er igangsatt og 85% gjennomført av medarbeiderne. Dette kan indikere at innovasjonsarbeid i kommunene ikke er avhengig av eksperter eller ildsjeler alene. KS fremhever at «*kommunesektoren har ressursene de trenger for å sette i gang og gjennomføre innovasjonsprosesser*⁵».

KS undersøkelsen viser at kommunene i liten grad har innovasjonssamarbeid med FoU-miljøer (9%), privat næringsliv (2%) og frivillige organisasjoner (1%). På den annen side er det utbredt samarbeid med virksomheter i egen kommune (56%) og noe samarbeid med andre kommuner (17%) og arbeidsorganisasjoner/tillitsvalgte (16%).

Informantene oppgir at 72% av innovasjonene har gitt bedre kvalitet, mens 41% har gitt økt medarbeidertilfredshet. 38% av innovasjonene har gitt økt produktivitet, 29% har gitt økt innbyggerinnflytelse og 9% utsatte kostnader. Det må her understrekes at 62% av innovasjonene har gitt mer enn én verdi. Effektene er for 73% av innovasjonene gjort ut i fra arbeidsplassens egne faglige vurderinger. Kun 28% av effektvurderingene er basert på undersøkelser blant

Kjennetegn på en innovativ kommune:

(KS innovasjonsbarometer 2018)

- Mellomstor kommune (10-50.000 innbyggere)
- Middels sentraliseringsgrad
- Lav andel korrigerte frie inntekter
- Har store virksomheter med mange ansatte.
- Ligger hvor som helst i landet

⁵ Sitat hentet 27.02.2018 på <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/innovasjonsbarometeret/ledere-og-medarbeidere-betyr-mest/> under overskriften «Et viktig funn».

tjenestemottakere/innbyggerne. Av innovasjonene er kun 14% testet om målsetningene med innovasjonen er realisert.

Innovasjonsbarometeret viser at 63% av innovasjonene er finansiert over kommunens egne budsjetter, mens 18% har vært avhengig av offentlige støtteordninger/tilskudd. 1 av 5 kommuner har satt av egne innovasjonsmidler som fordeles etter administrative eller politiske beslutninger.

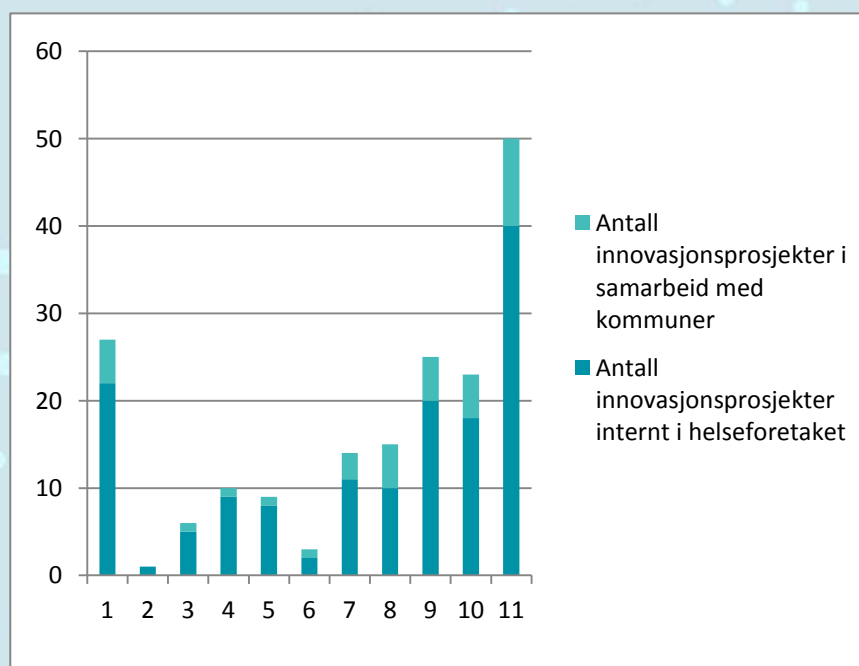
KS har også spurt enhetslederne om hva de mener fremmer og hemmer innovasjon. Enhetslederne trekker spesielt frem samarbeidsmåten internt på arbeidsplassen og medarbeidernes medvirkning som de viktigste forhold som fremmer innovasjon. Det er delt syn på om virksomhetens økonomiske situasjon fremmer eller hemmer innovasjon. En av tre mener at trange økonomiske rammer hemmer innovasjon, mens en av fem mener det fremmer innovasjon. I omsorgsinstitusjoner og i virksomheter med mange ansatte oppgir en av tre at begrensede økonomiske ressurser fremmer innovasjon.

3.2.2 Helseforetak

Helseforetakene regnes som spesielt viktige aktører i helseinnovasjonssystemet fordi de for det første er involvert i nesten alle faser av innovasjonsarbeidet – samt at vi kopler sammen andre aktører. De er også viktige i spredning av innovasjoner utover i helsesystemet i form av kvalitetssikring og ikke minst opplæring av helsepersonale på generell basis. Det som er relativt unikt i innovasjonssammenheng er at sykehusene både er å forstå som organisasjoner som skaper nye innovasjoner, samt organisasjonene som etterpå selekterer og tar i bruk de samme innovasjonene. I de fleste andre settinger (også i offentlig sektor) er det vanlig at ulike organisasjoner hovedsakelig er involvert enten i oppstrøms- eller nedstrømsfasen (Thune T, 2018).

Helsedirektoratet gjennomførte høsten 2017 en questback hos de regionale helseforetakenes innovasjonskontakter i helseforetakene. Undersøkelsen ble sendt ut til 20 helseforetak. Svarprosenten var 60% (12 helseforetak).

2/3 av helseforetakene har en egen innovasjonsstrategi eller innovasjon er del av forskningsstrategien ved helseforetaket. Halvparten av helseforetakene har dedikert mindre enn ett årsverk for tilrettelegging av innovasjonsarbeid i helseforetaket. 25% av helseforetakene har dedikert mellom ett og tre årsverk, mens 25% har dedikert mer enn tre årsverk.



Innovasjonsbudsjettene (prosjektstøtte og finansiering av stillinger som arbeider med å

stimulere/tilrettelegge for innovasjon mv.) varierer fra 0 (50% av helseforetakene) til 4,0 mill. kr. For de som har øremerket egne innovasjonsmidler utgjorde dette i hovedsak 11% av samlet forskningsbudsjett.

11 helseforetak svarte på spørsmålet om hvor mange innovasjonsprosjekter helseforetaket i dag har under arbeid, herav hvor mange som skjer i samarbeid med kommuner. Totalt var 146 innovasjonsprosjekter under arbeid, der 37 (25%) var samarbeidsprosjekter med kommuner. Fordelingen mellom helseforetakene fremkommer av grafen ovenfor.

1/3 av helseforetakene har innovasjon som tema i samarbeidsavtalene med kommunene. Ved 2/3 av helseforetakene er innovasjon *ikke* et tema i samarbeidsmøtene med kommunene. Ved ett av helseforetakene er samarbeidsavtalen operasjonalisert gjennom et eget fagforum for forskning og innovasjon.

42% av helseforetakene har felles prosessverktøy for innovasjonsprosjekter, mens det ved 58% av helseforetakene er tilfeldig hvilke verktøy som benyttes i innovasjonsarbeidet.

Kun 8% av helseforetakene har et fast opplæringsopplegg som tilbys regelmessig til ansatte. Hele 67% av helseforetakene har ingen opplæringsaktivitet på innovasjonsområdet for sine ansatte.

1/3 av helseforetakene oppgir at det arbeides aktivt med medarbeiderdrevet innovasjon. Ved halvparten av helseforetakene gjøres dette ikke. 2/3 av helseforetakene har en egen «idépostkasse» som ansatte kan benytte til å sende inn idéer og innspill til innovasjonsprosjekter.

Universitetet i Oslo publiserte i 2015 en studie om sykehus som innovasjonsarena. Formålet med prosjektet var bl.a. å ta frem kunnskap om sykehusenes roller i helseinnovasjonssystemet. Hovedfunnene kan oppsummeres slik (Thune T, 2015, s. 41-45):

- Sykehusene har et bredt innovasjonsoppdrag og er bidragsytere til mange faser i innovasjonsprosesser, både knyttet til nye medisinske produkter og i tjenesteinnovasjon. Sykehusene er i seg selv viktige arnesteder for nye ideer gjennom forskning, klinisk arbeid og eksperimentell aktivitet. Innføring av ny teknologi avstedkommer tjenesteinnovasjon. Ulike innovasjonsforløp må derfor sees i sammenheng og det kan ikke strengt adskilles mellom ulike typer av innovasjon.
- Forskningsdrevet innovasjonsarbeid skjer i tett samspill mellom sykehus og universiteter, der 75% av idéer kommer fra miljøer som krysser universitet-sykehus linjene. Generelt er det høy grad av samarbeid mellom sykehus og andre helseaktører, f.eks. bedrifter som utvikler medisinsk teknologi, klynger, bransjeorganisasjoner, pasientorganisasjoner mv.
- I et bredere innovasjonsperspektiv (utover forskningsdrevet innovasjon) er sykehusansatte i liten grad involvert i kommersiell utvikling og utnyttelse av idéene sine. Sykehusansatte er mest aktive i idégenerering og implementeringsarbeid.
- En av delstudiene har et lite og skjevt utvalg, men indikerer at sykehus er svært sammensatte organisasjoner, der ansatte som sjeldnest er involvert i innovasjonsaktivitet, opplever barrierer i større grad enn de som oftere er involvert i innovasjonsprosesser. Ansatte som har forskning som hovedoppgave, er hyppigere involvert i innovasjonsprosesser.

- Forskerne konkluderer med at helsesektoren har et uavklart til begrep om innovasjon, men en god forståelse, praksis og virkemidler for forskningsdrevet innovasjon. Det kan videre tyde på at sykehusene ikke i tilstrekkelig grad ser ulike former for innovasjon i sammenheng. Universitetene er de viktigste innovasjonssamarbeidspartnerne, men der samspillet med næringslivet kan bli bedre.

Forskningen viser at samspillet mellom forskningsmiljøer og helseforetak er viktig og velfungerende for innovasjon innen helse, men samtidig er grenseflatene mot andre aktørgrupper – ikke minst næringslivet – mindre dokumentert i norsk setting (Thune T, 2018).

3.3 Hva mener aktørene kan bli bedre?

Helsedirektoratet har i perioden høsten 2016 til og med januar 2018 gjennomført flere sonderingsrunder med sentrale aktører, som er nevnt i avsnitt 1.2 ovenfor. Innovasjonskontaktene i helseforetakene ble gjennom questback høsten 2017 spurt om å komme med innspill på hva som kan bli bedre.

Det gis nedenfor en kort oppsummering av mottatte innspill om hva som kan bli bedre og hva staten kan gjøre for å øke innovasjonsevnen og innovasjonsaktiviteten i helse- og omsorgstjenestene.

Bevisstgjøring

Mange fremhever at behovet for innovasjon og omstilling i tjenestene er underkommunisert og ikke tatt tilstrekkelig opp hos toppledelsen i kommuner og helseforetak. Dette har gitt manglende forståelse for innovasjon og betydningen av kompetanseoppbygging. Mange aktører etterlyser mer systematisk bygging av kompetanse, med behov for å øke antall personer med spisskompetanse, som kan være innovasjonspådrivere i egen organisasjon. Aktørene fremhever viktigheten av at innovasjon kommer inn på læreplaner og at nyutdannede kan bidra inn for å få større forståelse for hva innovasjon er og hvordan omstille tjenestene. Etablering av innovasjons- og endringskultur hos helsepersonell og ledere er helt avgjørende for å lykkes.

Kapasitet

Noen aktører ønsker en nasjonal arena, der problemstillinger, innsatsområder kan løftes frem – slik det er etablert på e-helseområdet. Flere aktører peker på at handlingsrommet i lovgivningen bør tydeliggjøres. Flere aktører fremhever behov for å etablere et system der innovasjonsaktiviteten og gevinster måles og rapporteres nasjonalt. Enkelte aktører fremhever at samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak kan brukes mer aktivt for å etablere bedre innovasjonssamarbeid mellom tjenestenivåene.

Mange har spilt inn at det må rettes mer fokus og gis virkemidler for spredning av gode innovasjoner. Samtidig fremhever aktørene at det er viktig å tilrettelegge for læring og gjenbruk, alle må ikke prøve ut alt selv. Dagens virkemidler gjennom Innovasjon Norge og Norges forskningsråd gir finansiering, men tjenestene må også gis finansiering av sin deltakelse inn i næringsutviklings- og forskningsprosjekter. Mange aktører fremhever at det må etableres et incentivbasert finansieringssystem (risikoavlastning) for tjenesteinnovasjon, som dekker hele innovasjonsprosessen – helt frem til implementering og gevinstrealisering. Med tjenesteinnovasjon menes her innovasjon i tjenestene som ikke har et

kommersialiseringspotensial. Flere aktører fremhever at det også må gis risikoavlastning til innovasjonsarbeid der kostnader og gevinster ligger hos ulike aktører, særlig i forholdet kommuner vs helseforetak. Finansiell risikoavlastning må gi rom for å frikjøpe ansatte fra løpende driftsoppgaver for deltakelse inn i innovasjonsarbeidet. Flere fremhever at mange støtteordninger fra Helsedirektoratet er utfordrende og det legges for sterke føringer for innovasjons- og fagutviklingsaktiviteten i kommunene. Aktører fra helseforetak etterlyser sterkere føringer fra de regionale helseforetakene om at helseforetak *skal* arbeide med omstillings- og innovasjonsarbeid.

Svært mange aktører fremhever behovet for test-, lab- og utprøvingsarenaer, også for tjenesteinnovasjon. Samarbeidet med næringslivet må bli bedre og tjenestene må ta et langt større ansvar for å stimulere bygging av en fremtidig helsenæring. Enkelte aktører har fremhevet at tjenestene bør ta utgangspunkt i at utvikling skjer gjennom kontinuerlig forbedring. Er man ikke god på kontinuerlig, småskala innovasjon, så klarer en ikke å ta de radikale endringene.

Samskaping

Det er i dag veldig mange møteplasser der mange av de samme menneskene møtes. Aktørene fremhever at det er behov for å få mer ut av møteplasser – ikke bare enveis-kommunikasjon, men mer interaktiv dialog for motivasjon og stimulans. Viktig at det kommer konkret samarbeid ut av møteplasser og nettverk. Svært mange aktører fremhever behov for støtte med å fasilitere samskaping, dvs. behov for miljøer som kan bistå med prosessveiledning, støtte i gevinstrealiserings- og implementeringsprosesser. Store, mellomstore og små kommuner har ulike behov som må møtes gjennom nyanserte virkemidler. Samskaping og innovasjonsarbeid blir vanskelig når fokus er rettet mot løpende drift, det er viktig å skape kultur for fristilling av ressurser til tverrfaglig samarbeid og innovasjonsarbeid. Enkelte fremhever at forskjellen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten må dyrkes, men det har også kommet mange innspill på at innovasjonssamarbeidet mellom kommuner og helseforetak må stimuleres. Noen ser på en nasjonal innovasjonsHUB (initiativ, knutepunkt og pådriver) som viktig, for å øke innovasjonsaktiviteten og koordinere virkemidler. En felles HUB som delingsplattform, kunnskapsbank, læringstilbud mv. etterlyses av enkelte aktører. Det anses å være stort potensial for innovasjon i pasientbehandlingen og det er viktig med næringslivssamarbeid.

Lederskap

Ledere må vise større engasjement og ta ansvar for innovasjon, der innovasjonsaktivitet og effekter måles og rapporteres. Ledere på alle nivåer må i større grad gis kompetanse i innovasjons- og endringsledelse. Det må være nettverk for ledere som skaper engasjement og forståelse for hva innovasjon er og kan gi av gevinster. Ledelse er avgjørende for å få økt innovasjonsaktivitet.

I en workshop med utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester ble disse utfordret til å prioritere hvilken rolle utviklingssentrene kan ha i et fremtidig økosystem for innovasjon.

Utviklingssentrene som deltok på workshopen ga følgende tilbakemelding:

- Være knutepunkt og fasilitere samarbeid og nettverksarbeid
- Prosessveiledere og kunnskapsbase for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene
- Fasilitere spredning av innovasjoner og kunnskap

Helse- og omsorgstjenestene



Helse- og omsorgstjenestene utgjør ca. 11,1% av BNP – totalt ca. 346 milliarder kr. ¹



355.000 mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester²
540.000 pasienter med døgnoophold i sykehus³
8.862.000 polikliniske konsultasjoner⁴
13.945.000 konsultasjoner hos fastlege⁵
1.292.000 konsultasjoner hos legevakt⁵
50.000.000 kundebesøk på apotek⁶



325.000 sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning som arbeider i helse- og sosialtjenester⁷



4 regionale helseforetak
20 helseforetak
422 kommuner
900 apotek
4.687 fastleger

1) SSB: [Helseregnskap \(OECD\) 2016](#) 326 mrd + 20 mrd i utgifter til pleie- og omsorgstjenester

2) SSB: IPLOS 2016

3) SSB: [Spesialisthelsestatistikk 2016](#)

4) SSB: [Spesialisthelsestatistikk 2016](#)

5) [SAMDATA kommune 2015](#), s. 111-112

6) Info fra Apotekforeningen om årlig kundebesøk på apotek

7) SSB: [Helse- og sosialpersonellstatistikk per 4. kvartal 2016](#)

4 HELSEDIREKTORATETS VURDERINGER OG ANBEFALINGER

Helsedirektoratet gir nedenfor en vurdering av og tiltak for å øke helse- og omsorgstjenestenes innovasjonsevne og innovasjonskapasitet.

4.1 Omstillings- og innovasjonsbehovet

Omstillingsbehovet som perspektivmeldingen 2017 (Finansdepartementet, 2017) skisserer, bør legges til grunn ved vurdering av dagens innovasjonsevne og –kapasitet i helse- og omsorgstjenestene. Helse- og omsorgsutgifter utgjorde i 2016 rundt 11,1% av BNP – eller rundt 346 milliarder kr. OECD anslår Norges effektiviseringspotensial innenfor helse til i underkant av 6%. Oslo Economics anslår et gap mellom utgifter og tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgstjenestene på om lag 95 milliarder kr. i 2040, dersom standarden på tjenestene holdes på dagens nivå (Eggen, Røtnes R, & Steen J, 2018). Det er i vedlegg tre gitt en oversikt over noen nasjonale forventninger til innovasjon, slik de fremkommer i senere års stortingsmeldinger og andre nasjonale dokumenter.

4.1.1 Helsedirektoratets vurdering av dagens innovasjonsaktivitet

Det er i dag stor innovasjonsaktivitet i helse- og omsorgssektoren og det arbeides godt med innovasjon mange steder, men meget tyder på at forskjellene er for store og at den samlede innovasjonsevnen er for dårlig. Det gis nedenfor en vurdering av dagens innovasjonsaktivitet med blick på forbedringspotensial.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

KS innovasjonsbarometer indikerer en stor innovasjonsaktivitet i kommunale helse- og omsorgstjenester. Undersøkelsen sier ikke noe om hva slags type innovasjoner som gjennomføres, men det er å anta at mye av aktiviteten er knyttet til mindre stegvise innovasjoner, såkalt inkrementell innovasjon. Kun 10% av innovasjonene er nye løsninger som ikke finnes fra før, mens hele 83% er implementering og tilpasning av løsninger som allerede finnes.

Kommunale helse- og omsorgstjenester synes i liten grad å ha et innovasjonssamarbeid med FoU-miljøer (9%), næringsliv (2%) og frivillige (1%). Her ligger det et forbedringspotensial.

Sett i forhold til perspektivmeldingen og det varslede omstillingsbehovet i offentlig sektor, synes dagens effekter av kommunale innovasjoner ikke å være tilstrekkelig, da kun 38% av innovasjonene har gitt økt effektivitet og 9% utsatte kostnader. At 72% av innovasjonene har gitt økt kvalitet er et godt resultat.

Innovasjonsbarometeret indikerer at kun 29% av innovasjonene har gitt økt innbyggerinnflytelse. Sett i lys av etableringen av pasientens helse- og omsorgstjeneste, samt ønsket om åpne innovasjonsprosesser med tidlig involvering av tjenestemottakere, synes dette å være et for dårlig resultat. Her er det et stort forbedringspotensial. På den annen side har mange kommuner innført hverdagsrehabilitering og deltar i pasientforløpsarbeid etter Folkehelseinstituttets metodikk «Hva er viktig for deg?», dette kan bidra til å øke involveringen av tjenestemottakerne i tjenesteytingen. Men det er trolig et stykke frem til at kommunene har etablert pasientens helse- og omsorgstjeneste.

Det er positivt at 63% av innovasjonene finansieres av kommunene selv, og at kun 18% er avhengig av offentlige støtteordninger. Det har trolig vært en svært positiv utvikling de siste syv årene, da en undersøkelse om kommunenes innovasjonsarbeid i 2010 viste at støtteordninger fra fylkesmennene var den viktigste finansieringskilden for kommunale innovasjoner (Teigen H, 2013).

I forbindelse med lanseringen av innovasjonsbarometeret 2018 fremhever KS at «*kommunesektoren har ressursene de trenger for å sette i gang og gjennomføre innovasjonsprosesser*⁶». Dette bør indikere mulighet for å redusere øremerkede statlige stimuleringsordninger rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester, siden kommunene ivaretar innovasjonsarbeidet med egne midler. Helsedirektoratet er enig i at dette trolig gjelder for inkrementelt innovasjonsarbeid. Innspill fra kommunale aktører gir et mer nyansert bilde. Helsedirektoratet registrerer et uttalt behov for mer kompetansebygging, bedre statlige finansieringsordninger og mer effektive samhandlingsarenaer. Videre står kommunale helse- og omsorgstjenester kun i startgropen for det omstillingsarbeidet tjenestene må gjennom, bl.a. innenfor digitalisering av tjenester og arbeidsprosesser, pasientinvolvering og generelle effektiviseringstiltak. Det er også å anta at omstillingsbehovet fremover betinger større og mer radikale innovasjoner, enn det som har funnet sted de siste årene. Helsedirektoratet anbefaler derfor at det fortsatt bør initieres statlige stimuleringsstiltak for å øke innovasjonsevnen og innovasjonsaktiviteten i kommunale helse- og omsorgstjenester, men at disse tiltakene bør rettes mer inn mot kompetansebygging og risikoavlastning for større innovasjonsgrep.

Hovedstyret i KS vedtok i desember 2017 at det i 2018 skal gjennomføres et FoU-prosjekt om å videreutvikle og oppdatere [veikart for tjenesteinnovasjon](#), som bl.a. benyttes av nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Regionale helseforetak og helseforetak

Helsedirektoratet registrerer at trolig halvparten av helseforetakene ikke har avsatt egne budsjettmidler eller personellressurser til innovasjonsarbeid. Det er også å bemerke at 67% av helseforetakene ikke har opplæringsaktivitet knyttet til innovasjonsarbeid og at 58% av helseforetakene ikke har etablert rutiner med felles innovasjonsverktøy.

⁶ Sitat hentet 27.02.2018 på <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/innovasjonsbarometeret/ledere-og-medarbeidere-betyr-mest/> under overskriften «Et viktig funn».

Hele 75% av helseforetakene har ikke innovasjon som tema i samarbeidsavtalene med kommunene. I de innovasjonsprosjekter som pågår, skjer rundt 25% i samarbeid med kommuner. Det hadde vært ønskelig om de regionale helseforetakene i større grad hadde tilrettelagt for innovasjonsarbeid på tvers av helseforetak og kommuner. Samarbeidet med næringslivet, hvis en holder kommersialiserbare innovasjoner utenfor, synes å være lite utviklet.

Det eksisterer trolig et forbedringspotensial for medarbeiderdrevet innovasjon i helseforetakene, samt at dette omfatter flere enn de som er knyttet til forskningsaktivitet.

Samtidig registrerer Helsedirektoratet at de regionale helseforetakene prioriterer innovasjonstiltak ulikt. Samlet sett synes de regionale helseforetakene å undervurdere behovet for å bygge innovasjonsevne i helseforetakene. Det er videre et paradoks at innovasjonsmiljøene i helseforetakene etterlyser sterkere føringer fra de regionale helseforetakene. Dette indikerer at de regionale helseforetakene må ta et sterkere styrings- og ledelsesansvar på innovasjonsområdet. Samarbeidet mellom de regionale helseforetakene kan bli bedre, ikke minst knyttet til forvaltning av tilskuddsordninger.

Helsedirektoratet registrerer for store variasjoner mellom helseforetak i hvordan det tilrettelegges for omstillings- og innovasjonsarbeid. De regionale helseforetakene må legge til rette for at forskjellene utlignes og at innovasjonsevnen og innovasjonsaktiviteten i helseforetakene økes. Dette gjelder både innovasjon i tjenestene og forskningsdrevet innovasjon.

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene videreført avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen med 0,7% i 2018. Dette er et viktig tiltak for å stimulere de regionale helseforetakene til å iverksette nødvendig omstillingsarbeid. Helsedirektoratet er usikker på om de regionale helseforetakene har tatt inn over seg omfanget av omstillingsbehovet, som følger av perspektivmeldingen. Det er ikke registrert organisatoriske grep i de regionale helseforetakene for å legge til rette for og støtte større omstillingsprosesser, utover de nasjonale digitaliseringsprosjektene.

Selv om innovasjon i tjenestene gis økende prioritet av de regionale helseforetakene, er det fortsatt nødvendig med økt innovasjonsinnsats. Innføringen av to innovasjonsindikatorer, en felles innovasjonsløsning og et fremtidig finansielt insentivsystem kan bidra i positiv retning. De regionale helseforetakene bør gjennom de årlige oppdragsdokumentene i større grad ansvarlig gjøres for å legge til rette for økt innovasjon i tjenestene, sett i lys av perspektivmeldingen. Hvis de regionale helseforetakene ikke rigger et omstillingsarbeid innen 2020, bør det tas nasjonalt grep. Helsedirektoratet mener at det nå bør tas et nasjonalt initiativ for å sikre at innovasjonsevnen i helseforetakene bedres.

4.1.2 Hva bør kjennetegne en innovativ helse- og omsorgstjeneste?

Innovasjon er trolig en forutsetning for at helse- og omsorgstjenestene skal kunne møte omstillingen som varsles i perspektivmeldingen. Den demografiske utviklingen vil slå inn ulikt i tid og omfang for kommuner og helseforetak. Omstilling tar tid og arbeidet frem mot endrede rammebetingelser fra ca. 2030 må starte nå.

I avsnitt 1.1.1 er innovasjon knyttet til noe nytt – eller at kjent kunnskap settes sammen på nye måter til nye løsninger. Det å arbeide med innovasjon forutsetter også at en tar risiko og er proaktiv. Med

risiko menes at en gjennom ressursallokering tar moderat risiko ved å avgi ressurser (personellressurser, budsjettmidler mv.) til utforskning av mulighetsrommet for nye fremtidige løsninger, uten garanti for å lykkes. I tillegg er en proaktiv ved at det settes fokus på hva en forventer vil være fremtidige problemer og utfordringer, altså gjennomføre endringer før en tvinges til det (Currie G, Humphreys M, Ucbasaran D, & McManus S, 2008).

Helse- og omsorgsvirksomheter som systematisk arbeider med innovasjon vil være preget av at:

1. Organisasjonen arbeider aktivt med å tilpasse seg til fremtidens rammebetingelser og omstiller seg til pasientens helse- og omsorgstjenester, før en tvinges til det.
2. Organisasjonen tar moderat risiko, gjennom å frigi egne ressurser (personellmessige og økonomiske) til innovasjonsarbeid.
3. Organisasjonen arbeider tverrfaglig med åpne innovasjonsprosesser der tjenestemottakere og andre eksterne aktører involveres tidlig. Organisasjonen rekrutterer aktivt inn ny kompetanse.
4. Toppledelsen tar aktivt initiativ, stimulerer og går i front for å endre kulturer og tilrettelegge for at organisasjonen lærer av andre, tar nye løsninger i bruk og legger til rette for reelle implementerings- og gevinstrealiseringsprosesser. Innovasjoner gis spredning.

4.1.3 10 forbedringsbehov for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene

I prosessen med dette oppdraget har Helsedirektoratet spurt aktørene om hva som bør bli bedre for å stimulere økt innovasjonsevne og innovasjonsaktivitet i helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet vil understreke at det er stor aktivitet og stort engasjement for innovasjons- og fagutviklingsarbeid i helse- og omsorgstjenestene. Dette er et viktig utgangspunkt. Men samtidig vil det alltid være et forbedringspotensial.

Helsedirektoratet har identifisert 10 forbedringsbehov for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene:

Bevisstgjøring

1. Det er få virkemidler for å bygge kunnskap og kompetanse om innovasjon i tjenestene. Det er behov for flere pådrivere for innovasjon.

Kapasitet

2. Eventuelle barrierer i lovverk, nasjonale retningslinjer, nasjonale veiledere mv. bør reduseres og formidling av mulighetsrommet for innovasjon og omstilling som ligger i lovverket bør bedres.
3. Innovasjonsaktivitet, -nytte og -effekt bør måles og det bør i strategiske styringsdokumenter settes krav til rapportering. Det bør videre gis større strategisk fokus mot nyttevurderinger og gevinstrealiseringsprosesser, der det legges til rette for et mer systematisk og transparent arbeid med løpende evaluering og effektmåling av nye tjenester og løsninger. Helhetlige metodevurderinger er nødvendig.
4. Finansieringssystemet for innovasjon bør bli bedre og mer helhetlig, der det gis stimulering og risikoavlastning i hele innovasjonsprosessen, dvs. frem til og med implementering og gevinstrealisering. Et finansieringssystem bør også gi incentiv for spredning av innovasjoner.

5. Det bør bygges en infrastruktur av støttemiljøer (prosessveiledning, gevinst- og implementeringsarbeid, spredningsaktivitet mv.) for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene.
6. Det bør gis stimulering til etablering av utprøvnings- og testfasiliteter, også for tjenesteinnovasjon.
7. Helse- og omsorgstjenestene må ta et større ansvar for stimulering og bygging av en fremtidig helsenæring, og det må tilrettelegges for et bedre og mer innovativt samarbeid med næringslivet, bl.a. gjennom innovative anskaffelser.

Samskaping

8. Det eksisterer mange møtearenaer og nettverk, men disse bør bli mer interaktive og bedre legge til rette for praktisk samarbeid om innovasjon. Viktig med åpne innovasjonsprosesser som sikrer bedre samarbeid med ideelle, næringsliv og mellom tjenestenivåene.
9. Virkemidler fra ulike statlige virkemiddelaktører bør koordineres bedre, slik at de utgjør en helhet og møter behovet i tjenestene.

Lederskap

10. Toppledere i kommuner og helseforetak må ta et tydelig ansvar for omstillings- og innovasjonsarbeidet. Mellomledere må gis bedre tilgang til kompetanse i innovasjons- og endringsledelse.

4.2 Statens rolle

Utgangspunktet for et fremtidig økosystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene må være at initiativ og innovasjonsaktiviteten skjer i kommuner og helseforetak innenfor tjenestenes «sørge-for-ansvar», for leveranse av bærekraftige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Det må tas utgangspunkt i det engasjement og aktivitet som eksisterer i tjenestene. Statens rolle bør være å tilrettelegge for at tjenestene har tilgang på nødvendig innovasjonskompetanse, stimulere til at tjenestene gjennomfører nødvendig omstilling for å møte endrede rammebetingelser, nasjonale mål og for å realisere pasientens helse- og omsorgstjeneste, samt å reduere barrierer for innovasjon.

Kommuner og helseforetak bør stå fritt til å velge hvilke aktører som de finner naturlig å samarbeide med, ut i fra regionale og lokale forhold. Et prinsipp om fri og åpen konkurranse i fordeling av oppdrag, tilskudd og andre stimuleringsordninger bør derfor legges til grunn.

Det anbefales at økt tilrettelegging for innovasjon må skje innenfor sektorens eksisterende økonomiske rammer. Helsedirektoratet har innledningsvis vist til tre innovasjonsroller som helse- og omsorgstjenestene må ivareta. Alle de tre innovasjonsrollene⁷ bør stimuleres.

⁷Tre innovasjonsroller som et system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene må ivareta:

1. Utvikling av tjenestene gjennom prosess- og tjenesteinnovasjon.
2. Utvikling av nye kommersialiserbare produkter, prosesser, tjenester mv. med utgangspunkt i idéer, behov og forskning i egen virksomhet.
3. Tilrettelegging og aktiv deltakelse i utvikling av helsenæringen, blant annet gjennom innovative anskaffelser og tilrettelegging for testing og utprøving.

4.3 Helsedirektoratets anbefalinger

Helsedirektoratet gir kun anbefalinger på virkemidler som ligger under helse- og omsorgsdepartementet sine budsjettkapitler og virkeområde. Avgrensningen gir en svakhet ved anbefalingene, da de store velferdsutfordringene betinger at virkemidler og tiltak bør sees på tvers av ulike sektorer og nivåer.

4.3.1 Anbefalinger – hva tjenestene selv bør løse

Hovedansvaret for å omstille helse- og omsorgstjenestene ligger i kommuner og regionale helseforetak. Dette følger av «sørge-for-ansvaret» av lovpålagte helse- og omsorgstjenester. Innovasjon er ikke en lovpålagt aktivitet, men trolig en forutsetning for å møte omstillingsbehovet som skisseres i perspektivmeldingen.

Kommuner og regionale helseforetak bør derfor aktivt legge til rette for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene med lederengasjement og etablering av en endrings- og innovasjonskultur. I dette ligger å frigi egne midler til innovasjonsarbeid og bygge nødvendig kompetanse i organisasjonen. Kommuner og helseforetak bør aktivt etablere en kultur for å lære av andre og dele erfaringer og innovasjoner. Kommuner og helseforetak bør i større grad søke samarbeid med frivillige, ideelle organisasjoner og næringslivet. Samarbeidet mellom kommuner og helseforetak bør bli bedre.

4.3.2 Anbefalinger – hva staten selv bør gjøre

Staten kan gjennom sine virkemidler både redusere barrierer og fremme innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Det er viktig at staten er aktiv, ikke minst gjennom å redusere barrierer.

På nasjonalt nivå har HelseOmsorg21 gitt oppmerksomhet og konkrete tiltak for å fremme forskning og innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Regjeringen har fulgt opp HelseOmsorg21 arbeidet gjennom en egen handlingsplan. Oppdraget knyttet til HelseOmsorg21 vedvarer ut 2018. Helsedirektoratet anbefaler at en viderefører en nasjonal strategisk tilnærming til områdene som dekkes av HelseOmsorg21 også etter 2018. Dette begrunnes i et vedvarende behov for å ivareta en proaktiv, målrettet, helhetlig og strategisk nasjonal rådgivningsfunksjon for forskning, utvikling og innovasjon innenfor helse og omsorg.

Innovasjonsarbeid med etablering av en endrings- og innovasjonskultur må forankres og strategisk ledes av toppledelsen i kommuner og helseforetak. Det bør i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene gis tydeligere målstyring gjennom rapporteringskrav om helseforetakenes innovasjons- og omstillingsarbeid for å etablere bærekraftige helse- og omsorgstjenester for fremtiden, bl.a. gjennom de nye innovasjonsindikatorene. Videre bør fylkesmannsembetene gis oppdrag, som del av oppdraget om å legge til rette for lokale prosesser, om å etterspørre aktivitet og formidle gode eksempler på innovasjons- og omstillingsarbeid i den løpende dialogen med politisk og administrativ toppledelse i kommunene. Aktivitet bør skje i samarbeid med bl.a. KS regionalt og knyttes til eksisterende møteplasser.

Staten bør gjennom sitt strategiske arbeid sikre etablering av felles løsninger på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenestene. Innenfor e-helseområdet er dette ivaretatt gjennom Direktoratet for e-helse og nasjonale prosjekter. I dialogen med de regionale helseforetakene og KS er det registrert et

uttalt behov for å se spesialisthelsetjenesten og kommunal tjenesteyting særskilt. En slik silotilnærming er beklagelig og bør erstattes av en på-tvers-tilnærming der pasientens helse- og omsorgstjeneste blir styrende. Innenfor bygging av innovasjonskompetanse og innovasjonskapasitet bør det stimuleres til helhetlige virkemidler for helseforetak og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Gjennom sitt strategiske arbeid er det også viktig å sikre en mer systematisk og transparent arbeid for å avklare hvordan en sikrer prioritering ut i fra de viktigste behovene, gjennom relevante nyttevurderinger og gevinstrealiseringsprosesser. Det er behov for å sikre løpende evaluering og effektmåling av nye tjenester og løsninger. Gode helhetlige metodevurderinger er nødvendig.

Barrierer for innovasjon og omstilling identifiseres ikke før en situasjon oppstår og utfordringen er identifisert. Statlige organer med lovfortolkningsansvar bør gis et tydeligere oppdrag om proaktivt arbeid med å formidle mulighetsrommet som ligger i helse- og omsorgslovgivningen knyttet til innovasjons- og omstillingsarbeid. Erfaringer kan tyde på at helsepersonell tolker lovgivningen for strengt, slik at mulighetsrommet i helse- og omsorgslovgivningen ikke utnyttes. Det samme gjelder tjenestenes tolkning av anskaffelsesregelverk o.l. Når barrierer i lovgivningen identifiseres bør det initieres et arbeid med å vurdere eventuelle endringsbehov i lov, forskrifter og veiledningsmateriell.

Veiledningsmaterialet til de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak omhandler i for liten grad samarbeid om innovasjon. Det anbefales at den nasjonale veilederen til forskriften justeres, slik at innovasjon tydeligere fremkommer som et samarbeidsområde mellom kommuner og helseforetak.

4.3.3 Anbefalinger – innspill til varslet stortingsmelding om helsenæringen

Regjeringen har varslet at en stortingsmelding om helsenæringen legges frem vinteren 2019. Stimuleringen av helsenæringen er viktig også for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, der det trolig ligger et uutnyttet potensial i et langt sterkere næringslivsengasjement i helse- og omsorgssektoren.

I arbeidet med anbefalinger for å fremme innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, er det avdekket to sentrale behov som Helsedirektoratet ønsker å spille inn i arbeidet med stortingsmeldingen:

1. Innovative anskaffelser i helse- og omsorgstjenestene

BEHOV: Det er identifisert et behov for økt kunnskap om innovative anskaffelser og bedre tilrettelegging for samarbeid mellom tjenestene og næringslivet. Synliggjøring og eksemplifisering av mulighetsrommet i anskaffelsesregelverket er viktig. De sentrale aktørene på feltet; Leverandørutviklingsprogrammet, Innovasjon Norge, Difi, KS og Norges forskningsråd er i god gang med å kartlegge og utvikle økosystem og virkemidlene for innovative offentlige anskaffelser overfor alle sektorer. Dette er et arbeid som også helse- og omsorgstjenesten bør dra nytte av.





MÅL FOR TILTAK: Det anbefales initiert et tiltak som bør ivareta tre mål:

- Øke antall innovasjonspartnerskap innenfor helse- og omsorgstjenestene.
- Prøve ut andre former for anskaffelser som kan bidra til innovasjon i helse- og omsorgstjenestene enn innovasjonspartnerskap.

- Øke bevisstheten om og volumet av innovative anskaffelser og andre innretninger av konkurranser i helseforetakene. Kommunesektoren anses dekket gjennom arbeidet som både kommunene selv, leverandørutviklingsprogrammet og nasjonalt velferdsteknologiprogram nå initierer.

GJENNOMFØRING: Tiltaket bør ivaretas av dagens aktører De andre to målene bør ivaretas gjennom et tilleggsoppdrag til leverandørutviklingsprogrammet. Sykehusinnkjøp HF er viktig samarbeidspartner. Tiltaket må også sees i sammenheng med Forskningsrådets nye [strategi om innovasjon i offentlig sektor](#).

I et økosystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene vil et slikt tiltak gi næring til:

 Bevisstgjøring
  Kapasitet
  Samskaping
  Lederskap

2. Stimuleringsordning for etablering av test- og utprøvningsfasiliteter




BEHOV: Enkel tilgang på test- og utprøvningsarenaer for helse- og omsorgstjenestene, næringsliv og forskningsaktører, samt etablering av nasjonal veileder for test- og utprøvningsprosesser.

MÅL FOR TILTAKET: Tiltaket bør ivareta to mål:

- Etablere en infrastruktur av test- og utprøvningsfasiliteter som møter etterspørsel av ulike typer testfasiliteter. Tiltaket skal stimulere etablering av kompetanse, fasiliteter, dokumentasjon og forretningsmodeller for utprøving og testing ut i fra behov i innovasjon i tjenestene, forskningsdrevet innovasjon og kommersialiseringsbar innovasjon. I dette inngår også bedre utnyttelse av fasiliteter som allerede eksisterer, f.eks. i utdanningssystemet.
- Etablere en nasjonal veiledende norm for test- og utprøvningsprosesser som ivaretar informasjonssikkerhet, validitet og implementerings- og gevinstrealiseringskriterier for innovasjoner.

GJENNOMFØRING: En ny stimuleringsordning bør etableres som del av virkemiddelapparatet, der tiltak via Innovasjon Norge, inkubatoraktiviteten til SIVA og støtteordninger gjennom Norges forskningsråd og EU må sees i sammenheng. Direktoratet for e-helse bør gis i oppdrag å etablere en nasjonal veiledende norm.

I et økosystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene vil et slikt tiltak gi næring til:

 Bevisstgjøring
  Kapasitet
  Samskaping

UTDYPENDE KOMMENTAR: De aller fleste aktører Helsedirektoratet har hatt sonderinger med, har fremhevet betydningen av nasjonalt initiativ for å etablere en infrastruktur av test- og utprøvningsfasiliteter. Forslaget har større næringspolitisk betydning, enn å legge til rette for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Men også innovasjon i tjenestene har behov for å teste og prøve ut løsninger, prosedyrer mv.

En stimuleringsordning må sikre at alle typer test- og utprøvningsfasiliteter som næringsliv, forskning og tjenestene trenger gis stimulering. Det anbefales derfor at forslaget utredes i 2018 i samspill med bl.a. næringslivet, helse- og omsorgstjenestene, forskningsinstitusjoner, universitet/høgskoler, Innovasjon Norge, Norges forskningsråd og SIVA.






I arbeidet med stortingsmeldingen om helsenæringen bør det vurderes om Helse- og omsorgsdepartementet også bør gå inn med virkemidler for økt verdiskaping i næringslivet. Helsedirektoratet støtter Innovasjon Norge sine vurderinger og anbefalinger i Drømmeløftet 2016: Helse og velferd (Innovasjon Norge, 2016) og Norges forskningsråd nye strategi for innovasjon i offentlig sektor (Norges forskningsråd, 2018). Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere å gi eksisterende virkemiddelaktører i oppdrag å forvalte innovasjonsvirkemidler rettet mot innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet vil være knyttet til å skape bedre offentlig-private innovasjonsprosesser og til å løse ut bedre innovasjonsetterspørsmål i offentlig sektor. Større omstillingsprosesser og innovasjonsprosjekter som krever teknologi og andre helt nye løsninger er særlig aktuelle nedslagsfelt. Det er offentlig sektor som skal styre disse prosessene og det er de offentlige behovene som skal stå i sentrum. Virkemiddelaktørene kan bidra med risikoavlastning i form av tilskudd, innovasjonskompetanse, nettverk mot næringslivet og prosessveiledning. Målet er økt kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgstjenestene, samt verdiskaping i næringslivet som også gir inntektsgrunnlag for samfunnet og offentlig sektor.

4.3.4 Anbefalinger – nytt nasjonalt initiativ

Med utgangspunkt i perspektivmeldingen og det omstillingsbehovet helse- og omsorgstjenestene vil måtte møte fremover, anbefaler Helsedirektoratet at det tas nasjonalt initiativ med sikte på å stimulere innovasjonsevnen og innovasjonsaktiviteten i helse- og omsorgstjenestene.

Innovasjonsbarometeret som KS lanserte i februar 2018 viser tydelig at kommunene selv ivaretar behovet for inkrementelle innovasjoner. Gjennom fylkesmannsembetenes forvaltning av prosjektskjønn gis kommunene finansiell støtte til slike innovasjoner. Prosjektskjønnet er godt tilpasset kommunenes behov for å se tiltak på tvers av sektorer. Pasientsikkerhetsprogrammet gir innenfor sine satsingsområder god støtte til kommuner og helseforetak i operasjonaliseringen av [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#), samt den inkrementelle innovasjonsaktiviteten som avstedkommes av kvalitetsforbedringsarbeidet.

Et nasjonalt initiativ bør rettes mot det langsiktige omstillingsbehovet i helse- og omsorgstjenestene, dvs. frem mot 2040. Målet for tiltakene bør være å stimulere kommuner og helseforetak til å bygge nødvendig innovasjonskompetanse, stimulere til nye samarbeidsløsninger på tvers av tjenestene, sosiale entreprenører og næringslivet, samt gi risikoavlastning til større og mer radikale innovasjoner i tjenestene. Det er satt i verk flere nasjonale prosjekter innenfor e-helse og digitalisering. Dette er ikke tilstrekkelig, da også hvordan tjenestene, i samarbeid med aktuelle aktører utvikles, produseres og leveres må bli gjenstand for omstilling (OECD, 2015). Det foreslås seks tiltak:

<p>Tiltak</p> <p>1</p> <p>Gir næring til:</p>  <ul style="list-style-type: none">  Bevisstgjøring  Kapasitet  Samskaping  Lederskap 	<p>Innovasjonspådrivere – kompetanse, nettverk og verktøy</p> <p><u>Behovet som tiltaket skal møte</u> Bygging av innovasjonskompetanse og stimulere frem pådrivere for innovasjon er nødvendig og etterspørres av kommuner og helseforetak.</p> <p><u>Målet for tiltaket</u> Bygge nødvendig spisskompetanse <i>i tjenestene</i>, gi verktøy og etablere et nasjonalt nettverk av ressurspersoner. I dette inngår også å utvikle nye former for samhandling og mer interaktive lærings- delings- og spredningsarenaer.</p> <p><u>Innhold</u> Kompetansegivende aktiviteter, nettverksarbeid og utviklingsarbeid knyttet til gjennomføring av innovasjonsprosesser, stimulere endrings- og innovasjonskulturer, involvere tjenestemottakere, næringslivet og andre aktører, samt formidling, spredning og verktøy.</p> <p><u>Gjennomføring</u> Målgruppen er gjennomføringsansvarlige, innovasjonspådrivere og andre som har en spesiell rolle i planlegging, gjennomføring, implementering og gevinstrealisering knyttet til innovasjonsprosesser i helse- og omsorgstjenestene. Må sees i sammenheng med tiltak 3 (støttemiljøer for innovasjon) og tiltak 4 (innovasjonsrådgivere).</p>
--	---

Hovedtiltak

Innovasjon i tjenestene forutsetter at det finnes interne drivere og ressurspersoner. Dette er en kompetanse som bør etableres i kommuner og helseforetak som ønsker aktivt og vedvarende å arbeide med innovasjons- og fagutviklingsprosesser. Slike ressurspersoner bør utgjøre et nasjonalt ressursnettverk for å vedlikeholde og videreutvikle kompetanse over tid, samt være ressurs for andre. Det foreslås at det tas et nasjonalt initiativ for å etablere nødvendig kompetanse og bygge opp et nasjonalt ressursnettverk i helse- og omsorgstjenestene. Et slikt nettverk bør i første omgang bygges opp til å omfatte ca. 200 aktive ressurspersoner i helse- og omsorgstjenestene.

Dette tiltaket kommer i tillegg til tiltaket om å bygge støttemiljøer for innovasjon (tiltak 3). Ressurspersoner er nødvendig for kommuner og helseforetak som ønsker å satse aktivt på innovasjon, mens eksterne støttemiljøer vil kunne rettes inn mot kommuner og helseforetak som i mindre grad prioriterer kontinuerlig innovasjonsarbeid. Det er behov for begge løsninger.

Det å bygge ressurspersoner blir også viktig når forslag om et nytt insentivsystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene (tiltak 2) skal implementeres. Innovasjonsrådgiverne i teknologioverføringskontorene (TTO) (tiltak 4) bør inngå i nasjonalt ressursnettverk – både for bygging av kompetanse, avdekke kommersialiseringspotensial og stimulere til at intraprenører blir entreprenører.

Som del av tiltaket vil det skje en videreutvikling av «Verktøy for helseinnovasjon», slik at denne tilpasses ny innovasjonsløsning med indikatorer og et fremtidig finansieringssystem som omtales i tiltak 2 nedenfor. Det vil også skje en videreutvikling av verktøyet bl.a. knyttet til områdene implementering, nyttevurdering, gevinstrealisering og spredning, samt løpende oppdatering av verktøyet.

Behovet for mer effektive og interaktive delings-, koblings- og spredningsarenaer er fremhevet av de fleste aktører som har gitt innspill til Helsedirektoratet. Men ingen har gitt råd om hva som skal til for å etablere bedre og mer interaktive lærings-, delings- og spredningsarenaer. Som en del av arbeidet til nasjonalt ressursnettverk bør det tas frem nye tilnærminger for slike arenaer.

Supplerende tiltak

I tillegg til hovedtiltaket gjennomføres følgende aktiviteter for å legge til rette for økt innovasjonskunnskap:

1a. Innovasjon i grunnutdanningene

- Skal det etableres bevisstgjøring og kunnskap over tid, må innovasjon bli en del av utdanningstilbudet. Det er lagt til rette for dette gjennom ny rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene. Arbeidet med å etablere retningslinjer med læringsutbyttebeskrivelser for rammeplanen bør følges tett, og det bør inntas en proaktiv rolle for å sikre helhetlig innovasjonsfokus som bidrar til å tilrettelegge for et felles innovasjonsspråk i sektoren.
- Det bør tas initiativ for at læringsmål om innovasjon også innarbeides i læreplanene for fagskoleutdanningene innen helse og omsorg.

1b. Innovasjon i videreutdanningsløp

- Universitets- og høgskolesektoren bør selv initiere ulike mastertilbud ut i fra etterspørsel. Innovasjons- og omstillingskunnskap bør inngå som læringsmål i eksisterende masterstudium, f.eks. som valgfag. Det foreslås et initiativ til et samarbeid med universitet og høgskoler om å tilby innovasjonsfag i eksisterende masterutdanninger. Dette kan være masterutdanninger innen helse og omsorg, eller der det er ønskelig å etablere forståelse for og samspill på tvers av fagområder. Det anbefales at masterutdanninger rettet mot personer som er i arbeid (deltidsstudier) gis prioritet.

1c. Innovasjonsskolering av tillitsvalgte

- En viktig kilde til innovasjoner kommer innenfra i kommuner og helseforetak. Det er derfor ønskelig å tilrettelegge for bedre kunnskap om og åpne opp mulighetsrommet i medarbeiderdrevet innovasjon. Tillitsvalgte har en sentral rolle i tjenestene og det er ønskelig å legge til rette for kompetansebygging om innovasjon, innovasjonskultur og endringsprosesser. Det foreslås etablert et samarbeid med arbeidstakerorganisasjoner for å stimulere og gi verktøy, slik at dette tas inn i kompetansetilbudet til tillitsvalgte.

1d. Innovasjon på nasjonale arenaer

- Som ledd i å skape økt bevissthet omkring innovasjon, er aktiviteter for å spre kunnskap om gode eksempler, gevinster og prosesser i tjenestene viktig. Det anses viktig at dette gjøres på ulike arenaer og i ulike former (f.eks. innsalg av innledere, filmsnutter, innovasjonstorg, digital kommunikasjon i forkant og etterkant av arrangement mv.). Det bør tas en rolle der innovasjon selges inn til nasjonale arenaer, slik som helsekonferansen, helsetjenesteforskningkonferansen og EHIN mv. Det bør også inngås et strategisk samarbeid med arrangører av viktige møteplasser, f.eks. KS, Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH), Aldring og helse mfl. Det bør også gis støtte til fylkesmennene.

<p>Tiltak</p> <p>2</p> <p>Gir næring til:</p>  <p>Kapasitet</p>	<p>Nytt insentivsystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene</p> <p><u>Behovet som tiltaket skal møte</u> Kommuner og helseforetak melder om behov for økonomisk risikoavlastning som dekker hele innovasjonsprosessen, samt finansielle stimuleringsmidler til spredning av gode innovasjoner.</p> <p><u>Målet for tiltaket</u> Etablere et felles helhetlig insentivsystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, som dekker hele innovasjonsprosessen og gir insitamenter for spredning av gode innovasjoner. Ny ordning må bidra til at den samlede innovasjonsaktiviteten øker og realisere samarbeid med næringslivet der dette er mulig. Insentivsystemet bør konsentreres om strategisk innovasjon og stimulere større innovasjoner.</p> <p><u>Innhold</u> Basert på indikatorsystemet for innovasjon som er under etablering i spesialisthelsetjenesten, etableres det et finansielt insentivsystem basert på et poengsystem til indikatorene. Insentivsystemet gjøres obligatorisk for helseforetak og frivillig for kommuner.</p> <p><u>Gjennomføring</u> De regionale helseforetakene vil i 2018 teste en av to indikatorer. Det anbefales intensivert pilotering av begge indikatorer og forsøk med finansielt insentivsystem fra 2019. Nytt insentivsystem bør etableres fra 2021.</p> <p>For kommuner foreslås uttesting av begge indikatorer med finansielt insentivsystem i 2019 og 2020. Nytt insentivsystem bør etableres fra 2021.</p> <p>Private aktører som leverer offentlige helsetjenester bør frivillig kunne koble seg til insentivsystemet når dette er implementert.</p>
--	--

Kommuner og helseforetak etterlyser bedre finansieringsordninger som stimulerer økt innovasjonsaktivitet og som samtidig gir insitamenter til å gjennomføre innovasjonsprosesser med vekt på implementering, nyttevurdering, gevinstrealisering og spredning. Dette tiltaket møter ønsket om nytt finansieringssystem.

For innovasjon i tjenestene bør et fremtidig økosystem for innovasjon initiere to typer finansieringskilder:

- Frie innovasjonsmidler der kommuner og helseforetak selv bestemmer formål og bruk. Tilgang til frie innovasjonsmidler anses helt avgjørende for å muliggjøre at kommuner og helseforetak selv initierer innovasjons- og omstillingsprosesser, samt legger til rette for medarbeiderdrevet innovasjon. Slike midler må frigjøres av kommuner og kommuner selv. Dette betyr at frie inntekter og rammefinansieringen av kommuner og helseforetak er finansieringskilde. For kommuner er det også etablert en stimuleringsordning gjennom prosjektskjønnsmidler som forvaltes av fylkesmennene. Frie innovasjonsmidler bør være hovedfinansieringskilden for inkrementell innovasjon. Frie innovasjonsmidler forvaltes utenfor et økosystem for innovasjon.
- Strategiske innovasjonsmidler skal sikre risikoavlastning slik at innovasjonsbasert omstilling initieres, og at nasjonale mål, reformer og satsinger basert på innovasjon realiseres. Slike midler må finansiere hele innovasjonsprosesser og gi initiativ til implementering, gevinstrealisering og spredning av innovasjoner. Strategiske innovasjonsmidler må gi større

handlefrihet til tjenestene, enn dagens øremerkede tilskuddsordninger. Midlene bør særlig stimulere større og radikale innovasjoner som er nødvendig for å møte fremtidsbildet som skisseres i perspektivmeldingen. Et nytt insentivsystem bør baseres på strategiske innovasjonsmidler og forvaltes innenfor et økosystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene.

Et fremtidig insentivsystem for innovasjon for helse- og omsorgstjenestene må sikre ivaretagelse av implementerings-, nyttevurderings- og gevinstrealiseringsarbeidet. Helsedirektoratets «Verktøy for helseinnovasjon» viser bl.a. til [Difi prosjektveiviser](#), som bl.a. omtaler [gevinstrealisering](#) slik:

«Et prosjekt er en arbeidsform som brukes for å nå et mål. Det viktigste med et prosjekt er at det skal være til nytte og gi gevinster. Dessverre er det slik i dag at svært mange prosjektet ikke oppnår, eller ikke kan dokumentere gevinster.

Gevinstrealisering handler om å sørge for at de gevinstene som var forventet av et prosjekt faktisk blir realisert. Gevinstrealisering krever et helhetlig og systematisk arbeid som involverer både prosjekt og linjeorganisasjon.

For å lykkes med gevinstrealisering er det behov for å endre måten virksomheter tenker når man gjennomfører prosjekter. Det må jobbes mer målrettet mot realisering av gevinster, hvilket innebærer å løfte blikket fra leveranser til gevinster.»

For offentlig sektor vil gevinstrealisering både være knyttet til kvalitetsgevinster og effektiviseringsgevinster. Gevinstnyttens måles både ut i fra et virksomhetsperspektiv og gjennom spredning også et sektorperspektiv og et samfunnsperspektiv.

Nytt insentivsystem

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom oppdragsbrev til de regionale helseforetakene bestilt et nytt informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet og innovasjonsnytte i helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF koordinerer arbeidet. Det vil i løpet av våren 2018 bli avgitt rapport med anbefalinger om et fremtidig indikatorsystem for innovasjonsområdet.

Helsedirektoratet er gitt innsyn i foreløpige anbefalinger og gir sin støtte til anbefalingene som medio januar 2018 foreligger. Arbeidet som er utført av de regionale helseforetakene, i samarbeid med NIFU og Induct Software AS, gir et godt beslutningsgrunnlag for etablering av et fremtidig insentivsystem på innovasjonsområdet. Det er likevel et forbedringspotensial til bedre å ivareta insentiv for å møte omstillingsbehovet fremover. Anbefalingene slik de foreligger medio januar 2018 er for basert på dagens innovasjonsaktivitet. Det er dog mindre justeringer som skal til, for å ivareta et fremtidig insentivbehov.

De to nasjonale innovasjonsindikatorerne som er utviklet måler:

- Innovasjonsaktiviteten, dvs hvor mange innovasjonsprosjekter helseforetakene arbeider på i de ulike innovasjonsfasene.
- Innovasjonsnyttens, dvs. nytteverdien av de innovasjonsprosjektene helseforetakene arbeider på i de ulike innovasjonsfasene basert på pasientnytte, økonomisk nytte og organisatorisk nytte.

Det foreslås etablert et poengsystem for hver av indikatorene, som premierer prosjekter som har kommet langt i innovasjonsprosessen og nytten. Helsedirektoratet vurderer systemet til å fange opp innovasjonsarbeid med kommersialiseringspotensial, fast-track prosesser (enklere innovasjoner) og innovasjon i tjenestene uten kommersialiseringspotensial (tjenesteinnovasjon). For tjenesteinnovasjoner bør det dog vurderes en styrking av insentiveffekten. Det bør videre gjøres justeringer i poengsystemet, slik at insentivsystemet særlig stimulerer nødvendig omstilling gjennom innovasjon, slik perspektivmeldingen forutsetter. Et poengsystem, slik det foreligger medio januar 2018, vil være utgangspunkt for en ny finansieringsmodell og insentivsystem for innovasjon i helseforetakene.

Helsedirektoratet anbefaler rask uttesting av et finansielt insentivsystem med spredning av innovasjonsplattformen til helseforetak, som er vedtatt implementert i alle helseforetak. Det må også etableres et forvaltningsregime for insentivsystemet. Et nytt insentivsystem for innovasjon med nasjonale indikatorer bør innføres fra og med 2021. For helseforetak bør incentivordningen finansieres gjennom en omfordeling av rammefinansieringen (frie midler) til de regionale helseforetakene. Omfanget av omfordelingen bør fremgå av de årlige oppdragsbrevene og være forholdsmessig lik i alle regionale helseforetak.

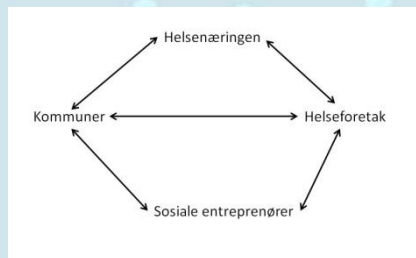
Helsedirektoratet anbefaler videre at insentivsystemet med indikatorer gjøres tilgjengelig for hele helse- og omsorgstjenestene, da dette møter behovet for en helhetlig finansieringssystem for innovasjon som stimulerer alle faser i innovasjonsprosessen, og som samtidig gir insentiver for implementering, gevinstrealisering og spredning.

Insentivsystemet bør for kommunale helse- og omsorgstjenester være frivillig, da systemet forutsetter en grunnstruktur og et bevisst innovasjonsarbeid. Det bør i 2019 – 2020 gjennomføres uttesting av begge indikatorer med finansielt insentivsystem. Det er her viktig å fange opp nødvendige justeringer for bedre å stimulere innovasjon i tjenestene som ikke har kommersialiseringsverdi. Videre bør insentivsystemet stimulere nødvendig omstilling gjennom innovasjon, slik perspektivmeldingen varsler. Et frivillig insentivsystem for innovasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester bør innføres fra og med 2021.

For kommuner bør en incentivordning etableres som et tillegg til hovedprinsippet om rammefinansiering, og realiseres gjennom en omdisponering av eksisterende øremerkede tilskuddsordninger. Indirekte vil dette gi større handlingsrom for kommuner og gi mulighet til å prioritere innsats på de helse- og omsorgsutfordringene som er strategisk viktig for den enkelte kommune.

Selv om de to innovasjonsindikatorene som insentivsystemet bygger på vil gi statistikk, vil dette ikke erstatte innovasjonsundersøkelser – som f.eks. KS sitt innovasjonsbarometer.




I løpet av 2018 vil alle helseforetak ha innført en ny innovasjonsløsning for idéfangst, prosjektstyring og deling mv. Samme tekniske løsning ligger også til grunn for KS sin komINN-løsning. Over 40 kommuner har også implementert tilsvarende innovasjonsløsning. Det er i tillegg påstartet et arbeid i regi av Norway Health Tech for å utvikle delingsplattform for helsenæringen. Helse- og omsorgssektoren har aldri vært nærmere å etablere en helhetlig innovasjonsløsning. Et fremtidig digital delings- og samspillsarena vil kunne omfatte fire aktørløsninger som samhandler:



Helsedirektoratet understreker betydningen av å etablere et *nasjonalt insentivsystem* med indikatorer som dekker hele helse- og omsorgstjenesten og som gir likhet i insentiver til kommuner og helseforetak uten regionale forskjeller. Det må videre sikres en nasjonal videreutvikling av systemet.

Supplerende tiltak

Staten har på lik linje med helse- og omsorgstjenestene ansvar for å utvikle egne tjenester gjennom fornyelse og innovative tilnærminger. Helsedirektoratet er gitt en rekke oppdrag om faglig utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester og forvalter mange tilskuddsordninger. I lys av bl.a. perspektivmeldingen og anbefalingene til ekspertutvalget som har vurdert øremerkede tilskudd til kommunesektoren, bør det iverksettes et arbeid med å vurdere hvilken rolle Helsedirektoratet bør ha i omstillingen av helse- og omsorgstjenestene fremover, samt hva som bør løses av andre aktører. I dette ligger også en vurdering om hvordan et nytt insentivsystem for innovasjon kan danne rammer for fremtidig fagutviklings- og tilskudsarbeid. Det bør gis et oppdrag om dette til direktoratet. Det vises her til det arbeidet som Direktoratet for e-helse har ledet med å ta frem anbefalinger om nasjonal rolle og samspillet med tjenestene og andre aktører innenfor e-helseområdet (Direktoratet for e-helse, 2017a, 2017b).

<p>Tiltak</p> <p>3</p> <p>Gir næring til:</p>  <ul style="list-style-type: none">  Kapasitet  Samskaping 	<p>Bygge støttemiljøer for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene</p> <p><u>Behovet som tiltaket skal møte</u> Kommuner og helseforetak peker på behovet for støttemiljøer som kan bistå i prosessveiledning i ulike innovasjonsfaser, designtenkning og gevinstrealisering. Helsedirektoratets erfaringer fra ulike satsinger tilsier også behov for å bygge opp slike miljøer.</p> <p><u>Målet for tiltaket</u> Støtteordningen skal bygge kompetanse, forretningsmodeller og kapasitet til å gi kommuner og helseforetak støtte i innovasjonsprosesser. Åpen utlysning der både kommuner, helseforetak, ideelle og private miljøer kan søke om midler. Det bør bygges opp miljøer i alle landsdeler.</p> <p><u>Innhold</u> Finansielt virkemiddel, tilskudd.</p> <p><u>Gjennomføring</u> Rammene for utlysningen av slike midler blir viktig og bør tas frem i samarbeid med KS og RHFene. Tiltaket sees i sammenheng med miljøstøtteordninger gjennom Norges forskningsråd.</p>
---	--





Helsedirektoratet har mottatt innspill om behov for å bygge miljøer som kan gi støtte til kommuner og helseforetak i deres innovasjonsarbeid. Spesielt er behovet for prosessveiledning,

tjenestedesignkompetanse, og støtte i innovasjonskulturbygging og implementerings- og gevinstrealiseringsarbeid blitt trukket frem.

Dette tiltaket har som formål å bygge miljøer som kan gi støtte til kommuner og helseforetak. Det kan ikke forventes at alle kommuner og helseforetak inntar en innovativ vedvarende aktiv rolle og bygger opp permanent kompetanse i egen organisasjon. Det bør stimuleres og bygges miljøer i alle landsdeler. Kommuner og helseforetak må stå fritt til selv å kunne velge støttemiljøer for samarbeid. Det anbefales derfor åpen konkurranse, der både kommuner, interkommunale konstellasjoner, helseforetak, academia, ideelle og private miljøer kan søke. Tiltaket bør sees i sammenheng med Norges forskningsråd støtteordninger til etablering av kompetanse- og kunnskapsmiljøer. Det gis støtte over en tidsbegrenset periode (f.eks. tre år), der det bl.a. må bygges kompetanse, tverrfaglig samarbeid og etableres en forretningsmodell.

Dette tiltaket må sees i sammenheng med tiltak 1 om bygging av innovasjonspådrivere og et nasjonalt ressursnettverk – men tiltak 1 har som formål å bygge kompetanse internt i kommuner og helseforetak som ønsker å ha en aktiv vedvarende innovasjonsaktivitet. Tiltak 3 bygger kompetanse hos eksterne aktører som tilbyr sine tjenester til kommuner og helseforetak.

Hensikten med dette tiltaket er også å bygge en infrastruktur for støtte- og spredningsaktivitet. Helsedirektoratet ser i dag utfordringer ved at det mangler en nasjonal infrastruktur. Dette gir som resultat at mye av spredningsarbeidet ikke koordineres og det brukes midler på å bygge kompetanse som ikke brukes etter at de ulike prosjektene har avsluttet sitt spredningsarbeid. Helsedirektoratet forvalter en rekke fagutviklingsoppdrag, der også spredning inngår. Det er ønskelig å etablere en infrastruktur som i større grad kan flytte spredningsoppgaver fra Helsedirektoratet og over til miljøer som kommuner og helseforetak selv velger. Dette kan gi et langt mer effektivt spredningsarbeid og en infrastruktur som kan benyttes generelt til spredningsarbeid, og som ivaretar kommuners og helseforetaks behov. For staten er det viktigste at innovasjoner spres og at samfunnsgevinster realiseres, men det må være opp til tjenestene selv å velge aktørene for spredningsarbeidet.

Tiltak	Innovasjonsrådgivere i TTOene
4	<u>Behovet som tiltaket skal møte</u> Nasjonalt behov for regional koblerfunksjon mellom tjenesteinnovasjon og kommersialisering. Etablere ressurser som kan operasjonalisere nasjonale tiltak regionalt.
Gir næring til:	<u>Målet for tiltaket</u> Videreføre et nettverk av regionale innovasjonsrådgivere som kan ivareta en koblerfunksjon i en nasjonal satsing og bringe frem innovasjoner til spredning. Videre tilrettelegge og være brobygger mellom ulike møtes-, delings- og spredningsarenaer. Rådgivning knyttet til kommersialisering.
	<u>Innhold</u> Finansielt virkemiddel.
 Bevisstgjøring	<u>Gjennomføring</u> Innovasjonsrådgivere ved de fem TTOene som er etablert i helseregionene gjennom eget oppdrag og finansiering. Stimulere til at TTOene også kan serve kommersialisering fra kommunale helse- og omsorgstjenester. Innovasjonsrådgiverne inngår i nasjonalt ressursnettverk (tiltak 1) og gis nasjonal koordinering fra nasjonal tilretteleggerfunksjon (se kapittel 4).
 Kapasitet	
 Samskaping	

Helsedirektoratet foreslår en videreføring av regionale innovasjonsrådgivere med plassering i teknologioverføringskontorene (TTOene). Innovasjonsrådgiverne gis et nytt og utvidet oppdrag.

Forankringen i TTOene anses som viktig og gir en god koblingsfunksjon mellom nasjonalt initiativ for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene og innovasjoner med kommersialiseringspotensial. Dette kan skape synergieffekter for forskningsbasert innovasjon, stimulering av entreprenørskap, gjøre intraprenører til entreprenører og for tjenestene. Et regionalt nettverk av innovasjonsrådgivere vil også kunne legge til rette for møteplasser og regional kompetanseoppbygging, ikke minst i økt innsats for spredning av innovasjoner. Innovasjonsrådgiverne vil inngå i nasjonalt ressursnettverk og gis koordinering fra nasjonal myndighet. Innovasjonsrådgiverne får også en viktig liaisonfunksjon mellom nasjonal myndighet, TTOene, nasjonalt ressursnettverk, fylkesmenn, regionskontorene til Innovasjon Norge, regionale forskningsfond, [kompetansemejlere](#) i FORREGION, regionale helseforetak, helseforetak og kommuner mv.

Spesialisthelsetjenesten har i dag et godt system knyttet til kommersialisering gjennom systemet med teknologioverføringskontorer (TTO), mens for kommunale helse- og omsorgstjenester er dette nærmest fraværende. Det bør derfor fra TTOene inngås sonderinger med kommunal sektor om å utvide TTOenes arbeidsområde til også å omfatte kommersialiseringer fra kommunale helse- og omsorgstjenester. Det kan for eksempel gjennom en forsøksperiode avdekkes hvor stort kommersialiseringspotensial det er i løsninger med utgangspunkt i kommunale helse- og omsorgstjenester. Et slikt arbeid kan også bidra til å styrke kommunenes rolle som krevende kunde i innovasjonsprosesser.

En ny ordning med innovasjonsrådgivere bør etableres ved alle de fem TTOer fra 2019.

Tiltak	Sosial innovasjon i helse- og omsorgstjenestene
5	<u>Behovet som tiltaket skal møte</u> Omstillingsbehovet fremover betinger at det må tenkes nytt og utenfor tradisjonelle tjenestenivåer og sektortilnærminger.
Gir næring til:	<u>Målet for tiltaket</u> Sosialt innovasjonssamarbeid mellom frivillige, ideelle organisasjoner, næringsliv og helse- og omsorgstjenestene kan bringe frem nye måter å utvikle, produsere og levere helse- og omsorgstjenester.
	<u>Innhold</u> Tilskuddsordning rettet mot samarbeidskonstellasjoner mellom frivillige, ideelle, private, kommuner og helseforetak.
 Bevisstgjøring	<u>Gjennomføring</u> Åpen utlysning der en forsøker å ta ut synergieffekter ved å se støtteordninger gjennom Innovasjon Norge og Norges forskningsråd i sammenheng med dette tiltaket.
 Kapasitet	
 Samskaping	
 Lederskap	

Omstillingsbehovet fremover forutsetter at det tenkes utenfor tradisjonelle tjenestenivå og sektortilnærminger. Helse- og omsorgstjenestenes samspill og arbeidsdeling med frivillige, ideelle og private må bli bedre og ny måter å samarbeide, utvikle, produsere og levere offentlige helse- og omsorgstjenester.

omsorgstjenester må stimuleres. Det anbefales derfor at det etableres en stimuleringsordning for å fremme sosial innovasjon i helse- og omsorgstjenestene med et tverrsektorielt perspektiv.


Sosialt entreprenørskap defineres ofte som det å skape sosial verdi gjennom innovasjon, med høy grad av deltakerorientering, ofte med deltakelse fra det sivile samfunn og med økonomisk betydning. Ofte skjer innovasjonen på tvers av de tre sektorene: stat – marked – sivilsamfunnet (Hulgård L & Andersen L. L, 2015).

NOU 2011:11 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a) fremhever frivillige som en viktig ressurs for helse- og omsorgstjenestene og ny arbeidsdeling mellom kommunale tjenester og frivillige fremheves som en forutsetning for å etablere bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Dette er i mindre grad blitt adressert i HelseOmsorg21-strategien.

Nordisk ministerråd gjennomførte i 2014 en kartlegging av sosial innovasjon og sosialt entreprenørskap i Norden (Nordisk ministerråd, 2015). I Norge har fremveksten av sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon primært vært drevet frem av enkeltpersoner, virksomheter og investorer. I 2011 ble det etablert en offentlig tilskuddsordning til sosiale entreprenører rettet inn mot bekjempelse av fattigdom og sosial eksklusjon. Offentlige myndigheter tilbyr i begrenset grad virkemidler som skal stimulere sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon (Nordisk ministerråd, 2015). I 2017 lanserte Kommunal- og moderniseringsdepartementet inspirasjonsheftet «[Veier til samarbeid](#)» rettet mot innovativt samarbeid mellom offentlig sektor og sosiale entreprenører. KS lanserte i desember 2017 et [verktøy for sosial innovasjon](#).

Etablering av et nytt nasjonalt insentivsystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene er beskrevet i tiltak 2 ovenfor. Tiltak 2 retter seg inn mot helse- og omsorgstjenestene og vil ikke i tilstrekkelig grad stimulere og gi risikoavlastning for sosial innovasjon. Sosial innovasjon vil kunne stimulere større og mer radikale grep, som kan gå på tvers av ulike sektorer. Helsedirektoratet anbefaler derfor at det etableres et supplerende tiltak. Det er også viktig å etablere en stimuleringsordning som kan fange opp prosjekter der kostnader ligger på et nivå og gevinster på et annet, f.eks. i forholdet mellom kommuner, helseforetak og andre aktører.

Gjennom tiltaket må det legges til rette for samspill med virkemidler, som forvaltes av Norges forskningsråd og Innovasjon Norge, dvs. sosiale innovasjoner som både kan ha i seg innovasjon i tjenestene, forskningsdrevet innovasjon og næringslivsinnovasjon.

<p>Tiltak</p> <p>6</p> <p>Gir næring til:</p>  <p>Lederskap</p>	<p>Mellomlederopplæring - utviklingstiltak</p> <p><u>Behovet som tiltaket skal møte</u> Helse- og omsorgstjenestene består av mange tusen ledere på ulike nivåer. Det er i dag mange tiltak for lederopplæring, men disse når ut til et begrenset antall mellomledere. Behovet for omstilling og etablering av fremtidsrettede og bærekraftige helse- og omsorgstjenester forutsetter et større lederengasjement i etablering av innovasjons- og endringskultur i kommuner og helseforetak.</p> <p><u>Målet for tiltaket</u> Utviklingsarbeidet knyttes til innovasjons- og endringsledelse, der det skal tas frem en mellomlederopplæring som tar i bruk ny kunnskap og virkemidler, slik at den kan nå ut til mange mellomledere innenfor begrensede økonomiske rammer.</p> <p><u>Innhold</u> Utviklingsarbeid med pilotering.</p> <p><u>Gjennomføring</u> Gjennomføres 2019-2020. KS og Nasjonal ledelsesutvikling er viktige samarbeidsaktører.</p>
--	--

I helse- og omsorgstjenestene er det rundt 20.000 ledere, de fleste på mellomledernivå. Etablerte tiltak vil kun i begrenset grad kunne nå ut til alle ledere som bør ha kompetanse på innovasjons- og endringsledelse. Det bør derfor tas frem et nytt virkemiddel, som innenfor begrensede økonomiske rammer, kan gi nødvendig kompetansehevning til et stort antall mellomledere i helse- og omsorgstjenestene. Bruk av digitale verktøy, e-læring, webinar, fysiske samlinger, avstandsveiledning mv. er eksempler på mulige tilnærminger.

Supplerende tiltak

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøte 16. januar 2018 bedt de regionale helseforetakene inngå samarbeid med KS, om et felles topplederprogram fra 2019 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Det forutsettes at dette initiativet realiseres og at det etableres et felles topplederprogram for helseforetak og kommuner. Et fremtidig topplederprogram bør bedre tilrettelegge for at ledere tar initiativ og ansvar for omstillings- og innovasjonsarbeidet. Det bør derfor gjennomføres følgende supplerende tiltak:

6a RHFenes topplederprogram

- RHFenes topplederprogram bør videreutvikles og i større grad inkludere innovasjons- og endringsledelse og hva som skal til for å skape en innovasjons- og endringskultur i helsetjenesten.

5 ADMINISTRATIVE OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Helsedirektoratet gir her anbefalinger til organisering av en nasjonal tilretteleggerrolle. Anbefalinger knyttet til økonomiske konsekvenser unntas offentlighet pga. regler om budsjettinnspill.

5.1 Dagens organisering av nasjonal koordinering

Det gis nedenfor en nærmere vurdering av hovedlinjer ved dagens organisering av nasjonal koordinering knyttet til nasjonal samarbeidsavtale om innovasjon og næringsutvikling, samt «Nasjonalt program og kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helse- og omsorgssektoren» (InnoMed).

5.1.1 Nasjonal samarbeidsavtale om innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgstjenestene

I 2007 ble det iverksatt en nasjonal ti-årig satsing på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgstjenestene. Som en oppfølging av den nasjonale satsingen ble det inngått en samarbeidsavtale mellom KS, de regionale helseforetakene, Norges forskningsråd, Innovasjon Norge og Helsedirektoratet. Målsetningen for samarbeidet var å *«bidra til betydelig økt fokus og satsing på innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgstjenestene og utnytte offentlige ressurser best mulig»*. Til den første avtalen (2007-2011) ble det etablert en nasjonal tiltaksplan for behovsdrevet innovasjon og næringslivsutvikling. Et nasjonalt koordineringsutvalg har fulgt opp samarbeidsavtalen.

Helsedirektoratet har hatt ansvaret for å følge opp avtalen. Det er Helsedirektoratets oppfatning at intensjonene i avtalen ikke i god nok grad har blitt operasjonalisert og mulighetsrommet realisert. Avtalen er for generell og for lite forpliktende for partene. Samtidig ser en også behov for andre virkemidler for å sikre og stimulere til bedre samspill mellom virkemiddelaktørene. Samarbeidsavtalen bør derfor ikke fornyes, men erstattes av andre virkemidler.

5.1.2 InnoMed

InnoMed er etablert på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og Helsedirektoratet er ansvarlig for InnoMeds virksomhet. Målsettingen til InnoMed er å bidra til økt effektivitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene gjennom utvikling av nye produkter og tjenester (Helse og omsorgsdepartementet, 2017, s. 236). Fra 2006 har [InnoMed tre prioriterte hovedaktiviteter](#):

1. Forankring og stimulering. InnoMed skal iverksette tiltak for å forankre, skape engasjement og etablere nettverk og møteplasser for økt satsing på behovsdrevet innovasjon i helse- og omsorgstjenestene.
2. Behovsdrevet prosjektutvikling Innovasjonsrådgiverne har som oppgave å stimulere til nye InnoMed forprosjekter med fokus på forankring, behovskartlegging og konseptutvikling innen viktige behovsområder, og bistå i gjennomføring og videreføring av forprosjektene, samt gi tips og veiledning.
3. Kunnskapsutvikling og –formidling. InnoMed skal jobbe systematisk med kunnskapsutvikling gjennom utprøving og tilpasning av metoder og verktøy til støtte for behovsdrevet innovasjonsarbeid. InnoMed har også fokus på formidling av utviklet kunnskap, både gjennom publisering av verktøy og retningslinjer, samt arrangement av møteplasser som den årlige nasjonale innovasjonskonferansen.

InnoMed er organisert med et sekretariat og fem regionale innovasjonsrådgivere.

Fire av innovasjonsrådgiverne er frikjøpt i ca. 30% stillingsressurs og én i 80% stillingsressurs (Helse Sør-Øst). Fire av innovasjonsrådgiverne er ansatt i teknologioverføringselskaper (TTO), og én i stiftelsen Sintef.

Sekretariatsfunksjonen og ansvaret for innovasjonsrådgiverne er etter anbuds konkurranse lagt til stiftelsen Sintef. Oppgavene er bl.a. nasjonal ledelse av programmet og nettverket, utvikling og oppfølging av InnoMeds strategi og årlig virksomhetsplan, gjennomføring av årlig innovasjonskonferanse, og drift og videreutvikling av web-sider. I tillegg koordinerer sekretariatet nettverket med de fem innovasjonsrådgiverne.

5.2 **Anbefaling: Fremtidig koordinering av nasjonale innovasjonstiltak**

Organisere betyr å *ordne, innrette hensiktsmessig, få forskjellige deler eller individer til å virke som en helhet*⁸. HelseDirektoratet fremmer nedenfor forslag til organisering av en fremtidig nasjonal tilretteleggerrolle, som tar utgangspunkt i dagens samfunnsoppdrag til virkemiddelaktører og i målsetningen for oppdraget om «å skape nye løsninger i møte med framtidens helse- og omsorgsutfordringer, og mer effektive og brukerorienterte helse- og omsorgstjenester». Det registreres et departementalt ønske om å videreføre InnoMed som et «permanent virkemiddel».

5.2.1 **Ny nasjonal innovasjonssatsing i helse- og omsorgstjenestene**

Dagens nasjonale innovasjonssatsing (InnoMed) ble etablert for over 20 år siden. Tiltakene har i hovedsak vært uforandret, med unntak av at det i 2013 ble tilført nye midler til oppfølging av Omsorgsplan 2015, nå Omsorg2020.

En videreføring av InnoMed som nasjonal satsing vil ikke gi noen merverdi i forhold til å legge ansvaret direkte til statlige virkemiddelaktører – slik det gjøres for andre oppdrag. Erfaringer fra andre land (Australia, Spania og England) peker i retning av at samarbeidsorganer som skal sikre kunnskapsoverføring og samarbeid blir institusjonalisert og dermed et mellomliggende styringsledd som kan vanskeliggjøre koordinering og innovasjonsinnsats (Honerud J. H, 2018). HelseDirektoratet

⁸ Store norske leksikon

mener at nasjonal koordinering bør forankres i ordinære styrings- og virkemiddellinjer. Det viktigste er å sikre at statlige virkemiddelaktører samarbeider bedre, og at kommuner og helseforetak gis frihet til velge samarbeidspartnere, ut i fra regionale og lokale forhold. Forbedringsbehovet som er identifisert i denne rapporten tilsier et behov for fortsatt nasjonal stimulering for økt innovasjonsevne og innovasjonsaktivitet i helse- og omsorgstjenestene. InnoMed bør erstattes av en ny nasjonal satsing. Hvis InnoMed likevel videreføres, bør dette skje gjennom nytt mål, nye virkemidler og ny organisering.

InnoMed står i dag for «Nasjonalt program og kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i Helse- og omsorgssektoren». En ny satsing bør gis et forenklet navn og der virkemidler ikke inngår i navnet. Det foreslås: «*Nasjonal innovasjonssatsing i helse- og omsorgstjenestene*».

Kjerneaktiviteten i en ny nasjonal satsing bør være knyttet til et økosystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, med mål om å øke innovasjonsevnen og innovasjonsaktiviteten i tjenestene. Dette betyr følgende roller:

- Forvalte nasjonale oppdrag som tildeles Helsedirektoratet innenfor innovasjonsområdet, herunder å ivareta bestillerfunksjon av oppdrag og anskaffelser.
- Forvalte incentivordninger som legges til Helsedirektoratet innenfor innovasjonsområdet, herunder tilskuddsforvaltning.
- Initiere samspill om virkemidler med Norges forskningsråd, Innovasjon Norge, Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og RHFene, slik at synergieffekter mellom ulike virkemidler kan realiseres og et mer helhetlig statlig virkemiddelapparat realiseres.
- Tilrettelegge for at fylkesmannsembetene gis støtte i sine roller knyttet til innovasjon og omstilling i helse- og omsorgstjenestene.
- Stimulere til økt samspill mellom næringsliv, academia, frivillige/ideelle aktører, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Utøve Helsedirektoratets «følge-med-funksjon» innenfor innovasjonsområdet.

Basert på prinsippene om fri konkurranse, bør en ny nasjonal satsing kun være en tilrettelegger, der aktiviteter ivaretas av samarbeidspartnere gjennom oppdrag og anskaffelser. Regelverkene for [offentlig støtte](#) og [offentlige anskaffelser](#) må følges.

En ny satsing – *nasjonal innovasjonssatsing i helse- og omsorgstjenestene* bør gis følgende målsetning: «*Gjennom tiltak for økt innovasjonsevne og innovasjonsaktivitet stimulere utviklingen av bærekraftige tjenester som realiserer pasientens helse- og omsorgstjenester*».

Hvis InnoMed videreføres, bør det gis følgende mål: «*InnoMed skal gjennom samspill med virkemiddelaktører, stimulere til økt innovasjonsevne og innovasjonsaktivitet i helse- og omsorgstjenestene, med mål om å utvikle bærekraftige tjenester som realiserer pasientens helse- og omsorgstjeneste.*»

Helsedirektoratet foreslår i tiltak 2 at et nytt insentivsystem basert på indikatorer for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Forvaltningen av insentivsystemet bør være en del av *nasjonal innovasjonssatsing i helse- og omsorgstjenestene*. Det anbefales en nasjonal bestillerfunksjon, som kan sikre helhetlig utvikling av insentivsystemet for kommuner og helseforetak.

Virkemidler i ny nasjonal satsing må over tid forvaltes fleksibelt og tilpasses de løpende behov i tjenestene. Det er ønskelig med større fleksibilitet i innsats og prioritering, enn hva som har funnet sted de siste 20 årene. Virkemiddelaktørene må gis mulighet til å utøve en viss grad av fleksibilitet i sin bruk og innretning av virkemidler, slik at synergieffekter mellom ulike virkemiddelaktører kan realiseres. Det er derfor ønskelig å dreie en nasjonal satsing fra å være tilbudsdrivet til å bli etterspørselsdrivet, slik at behovet i tjenestene bedre fanges opp.

Stiftelsen Sintef har hittil ivaretatt sekretariatsfunksjonen med nasjonal ledelse for InnoMed. Helsedirektoratet ser utfordringer ved at en ikke-statlig aktør ivaretar en slik rolle, samtidig som Sintef er en aktiv mottaker av statlige støtteordninger og selger tjenester i det åpne markedet. Kompetansen som er bygget opp i Sintef er primært knyttet til designfaglig kompetanse. Norge er blant de land som bruker tjenstedesign i størst grad i offentlig sektor (Service Design Network, 2016). Det har de siste årene vokst frem mange aktører som har bygget kompetanse og tilbyr behovsdrivet designtjenester for offentlig sektor. Hensynet til upartiskhet og uheldig konkurransevridding tilsier at dagens ordning må opphøre. Dette er samme konklusjon som Helsedirektoratet kom til i sin anbefaling til departementet i 2003 (Helsedirektoratet, 2003). Forholdet knyttet til konkurransevridding er siden 2003 blitt betydelig forsterket. Dagens avtale med Sintef går ut 2018. Ny ordning bør derfor etableres fra og med 2019.

Helsedirektoratet ser ikke behov for en egen sekretariatsfunksjon for en nasjonal satsing. Hvis InnoMed videreføres, kan det likevel etableres en nasjonal koordinatorfunksjon. Denne bør legges til en statlig aktør som kan ivareta en samlet bestillerrolle, tilskuddsforvalterrolle og gjennom virkemiddelbruk en pådriverrolle. Det anbefales at Helsedirektoratet ivaretar koordinatorfunksjonen med nasjonal ledelse, da de fleste tiltak vil ligge innenfor Helsedirektoratets samfunnsoppdrag.

Gjennom mange år er det i InnoMed-systemet blitt bygd opp kompetanse, dels i Sintef og dels hos innovasjonsrådgiverne. Ordningen med innovasjonsrådgivere foreslås videreført med ny innretning i TTOene, dette vil sikre kompetansen som er bygget opp. Norges forskningsråd har tildelt Sintef en 5-årig miljøstøtte til klynge for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene og bruk av tjenstedesign i innovasjonsprosesser i helse- og omsorgstjenestene. Klyngesatsingen ivaretar på en god måte videreføring av den kompetanse som Sintef har bygget opp gjennom InnoMed.

InnoMed sitt kompetansenettverk består av sekretariatet i Sintef og de fem regionale innovasjonsrådgiverne. Kompetansenettverket ivaretar behovet for å bygge kompetanse i Sintef og hos innovasjonsrådgiverne. Helsedirektoratet mener at kompetansenettverket bør erstattes av et nytt nasjonalt ressursnettverk, som er beskrevet nærmere i tiltak 1 ovenfor. Det foreslås at innovasjonsrådgiverne inngår i nasjonalt ressursnettverk. Det er nødvendig å dreie ressursbruk fra å bygge kompetanse i Sintef til å bygge kompetanse i tjenestene.

Helsedirektoratet vil gjennom den nasjonale koordinatorfunksjonen utøve nasjonal ledelse av *nasjonal innovasjonssatsing i helse- og omsorgstjenestene*. I dette inngår koordinering av innovasjonsrådgiverne og aktører som involveres i ulike tiltak. En slik koordinatorfunksjon har ikke til hensikt å bygge opp kompetanse sentralt, men bygge kompetanse i tjenestene.

5.2.2 Operasjonelt samarbeid mellom virkemiddelaktører som styringssystem for *Nasjonal innovasjonssatsing i helse- og omsorgstjenestene*

Det anbefales etablert et nytt styringssystem for en ny *nasjonal innovasjonssatsing i helse- og omsorgstjenestene*, som tar utgangspunkt i statlige virkemiddelaktører. Dette for bedre å legge til rette for samhandling og realisering av synergieffekter mellom virkemidler.

Partnere i *nasjonal innovasjonssatsing i helse- og omsorgstjenestene* kan være Innovasjon Norge, Norges forskningsråd, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Det er innledet samtaler mellom de nevnte virkemiddelaktørene om hvordan et operasjonelt samarbeid kan etableres og hvordan aktørene i sektoren kan involveres. Samarbeidsform avklares i løpet av 2018, der ny modell etableres fra 2019.

5.3 Administrative konsekvenser

Forslagene til tiltak medfører ikke større administrative endringer. *Nasjonal innovasjonssatsing i helse- og omsorgstjenestene* foreslås etablert fra 2019 og det bør i 2018 gis oppdrag om å forberede en slik overgang. I forslag til gjennomføringsplan (avsnitt 6.4 nedenfor) er det gitt en oversikt over tiltak som kan gjennomføres i 2018 og forslag til gjennomføringsplan for 2019-2021.

5.4 Økonomiske konsekvenser med gjennomføringsplan 2018-2021

Unntatt offentlighet jf. offl. §22 - budsjettsaker.

6 VEDLEGG 1: EKSTERNE LEVERANSER

Helsedirektoratet har bestilt følgende eksterne leveranser:

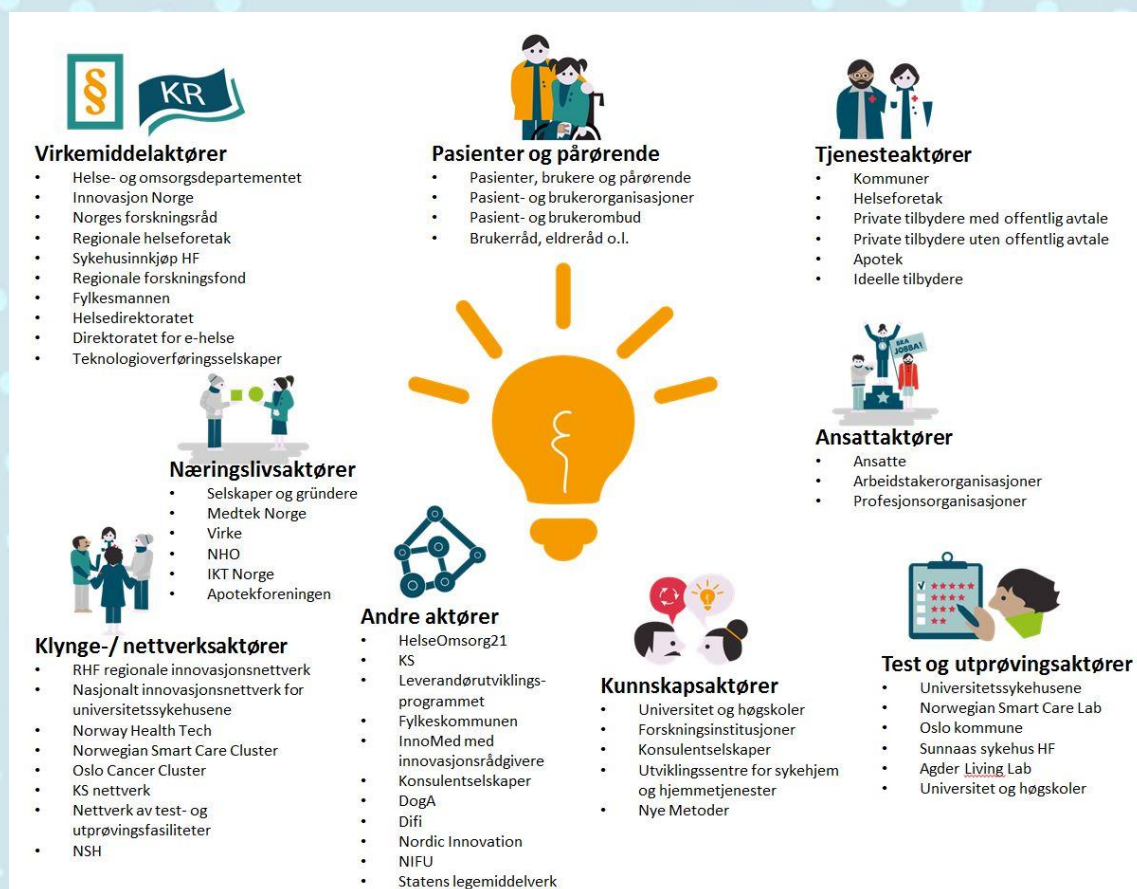
- Aspnes E. H. (2018). *Tilrettelegging for tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren. Eksempler fra noen utvalgte land*. InnoMed (Stiftelsen Sintef).
- Hauge E S, Grund E H, & Weigel B. (2016). *Innovasjonssystem innen helse og omsorg*. Oxford Research AS.
- Hauge E S, Khan S, & Grønås-Werring M. (2017). *Kartlegging av kompetansemiljøer på tjenesteinnovasjon*. Oxford Research AS.
- Honerud J. H. (2018). *Rapport fra litteratur-review om innovasjonssystemer i offentlig sektor*. Høgskolen i Sørøst-Norge, Handelshøyskolen.
- Prebensen N. K. (2018). *Perspektiver på verdibasert innovasjon i helsesektoren: Samskaping (co-creation) av verdi - tiltak*. UiT Norges Arktiske Universitet.
- Thune T. (2018). *Bidrag til notat til Helsedirektoratet om innovasjon i helsesektoren*. TIK Senter for teknologi, innovasjon og kultur. Universitetet i Oslo.

7 VEDLEGG 2: DAGENS AKTØRBILDE OG VIRKEMIDLER

Det gis nedenfor en oversikt over sentrale aktører og virkemidler i dagens økosystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Det har vært utfordrende å kartlegge all aktivitet som pågår i tjenestene og hos samarbeidsaktører til tjenestene. Oversikten er derfor ikke komplett. Det er innhentet to eksterne rapporter fra Oxford Research AS (Hauge E S, Grund E H, & Weigel B, 2016; Hauge E S, Khan S, & Grønås-Werring M, 2017).

7.1 Aktørbildet

Aktører som kan knyttes til innovasjon i helse- og omsorgstjenestene er mange. Viktige aktører er:



Regulatoriske myndigheter er nevnt under virkemiddelaktører. I tillegg til de aktører som er nevnt i figuren ovenfor vil flere departementer initiere virkemidler som vil ha betydning for helse- og omsorgstjenestene, tildømmes kommunal- og moderniseringsdepartementet, kunnskapsdepartementet og nærings- og fiskeridepartementet. Utenlandske aktører, f.eks. EU (inkl. Horizon 2020) og internasjonale institusjoner (f.eks. OECD, Nordens Velfærdscenter) er ikke tatt med i oversikten. Det er i teksten nedenfor lagt inn lenker til ulike aktører.

7.1.1 Pasienter, pårørende og frivillige

Pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester er sentrale aktører og viktige samarbeidspartnere når pasientens helse- og omsorgstjenester skal realiseres. I et primærforebyggende helseperspektiv vil innbyggerne som sådan være viktig. Pårørende og frivillige er også viktige aktører for tjenestene. Det eksisterer en rekke [interesse- og pasient- og brukerorganisasjoner/-foreninger](#), der mange er knyttet til de store paraplyorganisasjonene [Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon](#) (FFO), [Samarbeidsforumet for funksjonshemmede](#) (SAFO), [Norsk Forbund for Utviklingshemmede](#) (NFU), [Pårørendealliansen](#) og [Frivillighet Norge](#). I tillegg vil en rekke [interesseorganisasjoner](#) i varierende grad være viktige for ulike typer helse- og omsorgstjenester.

[Pasient- og brukerombud](#) skal arbeide for å ivareta pasienters og brukers behov, interesser og rettsikkerhet overfor helse- og omsorgstjenestene.

Det vises til omtale under punkt 7.2.3 om bruker-/pasientråd og- utvalg i helse- og omsorgstjenesten.

7.1.2 Tjenesteaktører

Helse- og omsorgstjenesten består av bl.a. [4 regionale helseforetak](#), [20 helseforetak som yter spesialisthelsetjenester til befolkningen](#), [4 sykehusapotekforetak](#), ca. [4.668 fastleger](#) og [422 kommuner](#). Det er flere [private sykehus i Norge](#) og [rehabiliteringsinstitusjoner](#) som dels yter offentlige helsetjenester etter avtale med de regionale helseforetakene, eller tilbyr private helsetjenester til befolkningen. Enkelte kommuner har konkurranseutsatt deler av sine helse- og omsorgstjenester til private aktører. Det eksisterer også stort antall private aktører som tilbyr ulike typer helse- og omsorgstjenester. De 18 fylkeskommunene har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Antall kommuner, fylker (regioner) og fylkesmannsembeter vil i tiden fremover bli redusert, noe som vil gi større og mer robuste forvaltningsenheter.

Ved inngangen til 2018 var det 900 apotek, herav 868 private. [Apotekforeningen](#) organiserer alle apotek i Norge. Apotekene skiller seg fra de fleste andre private aktører ved at de utvikler innovative helsetjenester selv. Nye tjenester i apotek (f.eks. inhalasjonsveiledning for personer med astma/kols, oppstartveiledning medisinbruk, drop-in-vaksine mv.) er innovasjoner ved at de representerer nye, bedre og mer rasjonelle måter å levere helsetjenester på. Dersom slike tjenester skal gjennomføres nasjonalt og ha offentlig finansiering, forutsetter dette samarbeid mellom apotek og nasjonale helsemyndigheter.

Flere av tjenestetilbyderne er medlemmer av ulike næringsorganisasjoner, slik som [Spekter](#), [Virke](#), [MedtekNorge](#) og [NHO](#). [KS](#) er interesseorganisasjon for kommuner og fylkeskommuner. Fastlegene er knyttet til [Legeforeningen](#).

7.1.3 Ansattaktører

Mange ansatte er fagorganisert i en arbeidstakerorganisasjon, som er knyttet til de store arbeidstakersammenslutningene, dvs. [LO](#), [Unio](#), [Akademikerne](#) og [YS](#). Det eksisterer også en rekke profesjons- og interesseforeninger/stiftelser/organisasjoner/nettverk innenfor spesifikke fagområder.

7.1.4 Virkemiddelaktører

Sentrale virkemiddelaktører er:

Virkemiddelaktør	Samfunnsoppdrag	Roller/hovedoppgaver
Helse- og omsorgs-departementet (HOD)	Departementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester.	HOD er øverste strategiske og politiske aktør på helse- og omsorgsområdet. Statsråden er konstitusjonelt ansvarlig for departementets fagområde overfor Stortinget.
Helsedirektoratet	Helsedirektoratet skal styrke hele befolkningens helse gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå. Dette skal gjøres med utgangspunkt i rollen som fag- og myndighetsorgan.	Direktoratet har tre roller: faglig rådgiver, iverksetter av vedtatt politikk og lovfortolker. I tillegg har direktoratet helhetlig ansvar for nasjonal helseberedskap. Iverksetterrollen av vedtatt politikk medfører at direktoratet initierer, stimulerer og gjennomfører ulike utviklings- og innovasjonsprosesser i tjenestene, bl.a. gjennom tilskuddsordninger og faglige retningslinjer.
Direktoratet for e-helse	Direktoratets skal definere nasjonal arkitektur for e-helse og realisere digitale, nasjonale e-hesløsninger som bidrar til en effektiv helsetjeneste med høy kvalitet. Direktoratets visjon er å skape et enklere helse-Norge. Den nasjonale arkitekturen skal redusere barrierene for å ta i bruk nye innovative løsninger i tjenesten, og gjennom dette stimulere til innovasjon og næringsutvikling.	Direktoratet har to hovedoppgaver: <ul style="list-style-type: none">• Å sørge for nasjonal styring og koordinering i samarbeid med helseforetak, kommuner, fagmiljøer og interesseorganisasjoner• Å realisere og forvalte digitale løsninger som forbedrer og forenkler helse- og omsorgstjenestene Samfunnsoppdraget består i én helhetlig og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som utnytter de teknologiske mulighetene og involverer innbyggere. Målet er å skape bedre resultat av helsehjelp, bedre utnyttelse av kapasitet og ressurser - og med dette bidra til bedre helse.
Fylkesmannsembeter	Dagens 17 fylkesmenn er statens representant i fylkene og har ansvar for å følge opp vedtak, mål og retningslinjer fra	Fylkesmennene har fire roller: Iverksetter av vedtatt politikk , oppgaver gitt i lov og forskrift , samordningsrolle og informasjonsrolle .

	Stortinget og regjeringen.	
Regionale helseforetak	De regionale helseforetakene har ansvar for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester i regionen.	De regionale helseforetakenes hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.
Sykehusinnkjøp HF	Sykehusinnkjøp HF har et ansvar for å gjennomføre anskaffelser på vegne av alle helseforetak.	Innovative anskaffelser inngår i arbeidsområdet. Sykehusinnkjøp HF er partner i Anskaffelsesakademiet .
Teknologioverføringskontorer (TTO)	Teknologioverførings-selskapene har som hovedoppgave å kommersialisere idéer som kommer fra forskning. Flere TTO har også inkubatoroppgaver, tilrettelegger for næringsnettverk og administrerer kliniske studier.	Det er fem teknologioverføringsselskaper i Norge som har avtale med RHFene: <ul style="list-style-type: none"> • Inven2 AS dekker Helse Sør-Øst. • Bergen Teknologioverføring AS dekker store deler av Helse Vest. • Validè AS dekker primært Rogaland. • NTNU Technology Transfer AS dekker Helse Midt. • Norinnova Technology Transfer AS dekker Helse Nord.
Norges forskningsråd (NFR)	Norges forskningsråd er myndighetenes sentrale rådgiver i forskningspolitiske spørsmål og er virkemiddelaktør som fordeler årlig vel ni milliarder til forskning og innovasjon.	Forskningsrådets hovedstrategi for perioden 2015-2020 , «Forskning for innovasjon og bærekraft», tar utgangspunkt i to overordnede samfunnsutfordringer: Samfunnet må bli mer innovativt, både i privat og offentlig sektor, og mer bærekraftig på alle områder. Gjennom åpne arenaer og tematiske satsinger finansierer Forskningsrådet prosjekter i hele spekteret fra grunnleggende forskning til innovasjonsprosjekter i næringslivet og offentlig sektor. Prosjekter rettet mot helse- og omsorgstjenestene utgjør 10-15 % av Forskningsrådets portefølje.
Regionale forskingsfond	De syv regionale forskingsfondene skal mobilisere til økt FoU-innsats og styrke forskning for regional innovasjon og utvikling.	Forskningsfondene har fire hovedformål: <ul style="list-style-type: none"> • Styrke forskning for regional innovasjon og regional utvikling. • Mobilisere til økt FoU-innsats i regionene • Bidra til økt forskningskvalitet og utvikling av gode og konkurransedyktige FoU-miljøer i regionene • Skape utviklings- og læringsarenaer der regionale erfaringer kan drøftes i relasjon til nasjonale og internasjonale kunnskap og aktiviteter.
Innovasjon Norge (IN)	Innovasjon Norges formål er å være statens og fylkeskommunenes virkemiddel for å realisere	Innovasjon Norge har tre hovedarbeidsområder: <ul style="list-style-type: none"> • Entreprenørskap: sikre at nye bedrifter kan overleve og utvikle seg. • Vekst i bedrifter: bidra til at bedriftene kan vokse

verdskapende næringsutvikling i hele landet.

- og bli konkurransedyktige
- **Innovasjonsmiljøer:** Bidra til økt verdiskaping og konkurransekraft ved å skaffe gode miljøer for innovasjon

Innovasjon Norges virksomhet er finansiert via syv departementer, men ikke Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse og omsorg er pekt på som et av seks mulighetsområder for omstilling og vekst i næringslivet (drømmeløftet.no) der Innovasjon Norge aktivt stimulerer næringslivsutvikling.

7.1.5 Kunnskapsaktører

På oppdrag fra Helsedirektoratet leverte Oxford Research AS (Hauge E S et al., 2017) i desember 2017 en oversikt over kunnskapsaktører knyttet til innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Rapporten og andre kilder trekker frem følgende kjerneaktører:

Helseforetak

En rekke helseforetak har etablert struktur for innovasjonsarbeid, her er noen eksempler:

- [Akershus universitetssykehus HF](#) har integrert innovasjon i løpende FoU-arbeid.
- Haukeland universitetssykehus, som er del av [Helse Bergen HF](#) har etablert et eget fagsenter for innovasjon.
- [Oslo universitetssykehus HF](#) har etablert en innovasjonsavdeling med overordnet strategisk ansvar for innovasjon. Helseforetaket har en egen innovasjonsstrategi. Det er etablert et innovasjonsutvalg, en idépoliklinikk, et intervensjonsenter og flere sentre for forskningsdrevet innovasjon. Helseforetaket har stor forskningsaktivitet, herunder forskningsdrevet innovasjonsaktivitet. I 2016 hadde helseforetaket ca. 17 mill. kr. i inntekter fra innovasjoner, det ble etablert 25 nye lisensavtaler og 3 nye bedriftsetableringer. Helseforetaket tilrettelegger aktivt testarena, med over 30 samarbeidsavtaler med næringslivsaktører.
- [St. Olav Hospital HF](#) har egne ressurser for å tilrettelegge for innovasjonsløsninger, bl.a. gjennom forskningsinfrastrukturen «Fremtidens operasjonsrom» (FOR) og Regionalt senter for helsetjenester og utvikling (RSHU).
- Stavanger universitetssykehus, som er del av [Helse Stavanger HF](#) har opprettet et eget innovasjonsteam på tvers av avdelinger, og et idémottak.
- [Sunnaas sykehus HF](#) har etablert en egen innovasjonsenhet.
- [Sykehuset Østfold HF](#) har dedikerte personellressurser til innovasjonsarbeid og har som ambisjon om å bli ledende i Europa på innovasjon i helse- og omsorgstjenestene.
- [Universitetssykehuset Nord-Norge HF](#) har etablert et kvalitets- og utviklingsenter som også dekker innovasjonsaktivitet.
- [Helse Nord-Trøndelag HF](#) har etablert en egen innovasjonsklinikk.
- [Sørlandets sykehus HF](#) har gjennom forskningsenheten etablert kvalitetssikrings- og innovasjonsarbeid.

Samarbeidsprosjekter kommuner, helseforetak, academia mv.

[Helsecampus Årstadvollen i Bergen](#) har som ambisjon å bli en helseklynge med ambisjon om å skape fremtidens helsevesen sammen med flere offentlige aktører inkludert legemiddelindustrien.

Utbyggingen er planlagt ferdig 2019. Samarbidspartnere er Bergen kommune, Helse Bergen HF, Universitetet i Bergen, Høgskolen på Vestlandet, Folkehelseinstituttet m.fl.

[FOUSAM](#) – i Fonna regionen. Gjennom prosjektet «Helsetorgmodellen» ble det etablert et samarbeidsprosjekt mellom Helse Fonna, Høgskolen på Vestlandet og 18 kommuner. Fra 2014 er samarbeidet videreført gjennom en felles FoU-enhet (FOUSAM).

Kommunale miljøer

Flere kommuner har utviklet egne innovasjonsmiljøer. Mange av disse har hovedaktivitet innenfor velferdsteknologiområdet. Blant kommuner som fremheves i Oxford rapporten er Trondheim, Oslo, Fredrikstad, Drammen, Stavanger, Tromsø, regionsamarbeidet i Agder og Bærum.

[Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund](#) samarbeider med 12 kommuner i ORKidé nettverket. Senteret har i hovedsak fokus mot velferdsteknologiområdet.

Det er 20 [utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester](#), som skal bidra til at kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennomfører faglig omstilling, fornyelse og innovasjonsarbeid.

Akademia

En rekke universitet og høgskoler har etablert innovasjonsmiljøer, bl.a:

- Handelshøyskolen BI – [Senter for helseledelse](#).
- Høgskolen i Innlandet – [Senter for innovasjon i tjenesteytingen](#) (SIT).
- Høgskolen i Sørøst-Norge – [Vitensenteret for Helse og Teknologi](#) med egen simuleringslab og innovasjonsleilighet, [Senter for Sosialt Entreprenørskap og Samskapende Sosial Innovasjon](#) (SESAM) og [Senter for innovasjon og ledelse](#).
- Høgskolen på Vestlandet – [Mohnsenteret for innovasjon og regional utvikling](#), [Senter for helseforskning](#) og [Senter for omsorgsforskning vest](#).
- Nord universitet – [Senter for velferdsinnovasjon](#).
- UiT Norges Arktiske universitet – [forskningsgruppe «Innovasjon i helsefaglig profesjonsutøvelse»](#).
- Norges handelshøyskole – [Senter for tjenesteinnovasjon](#).
- Universitetet i Agder – [Senter for eHelse](#) og [forskningsgruppe for tjenesteutvikling](#). Senteret har egen eHelselab.
- Universitetet i Oslo – [Senter for teknologi, innovasjon og kultur](#) (TIK).
- Universitetet i Stavanger – [Senter for innovasjonsforskning](#).

Landets fem [sentre for omsorgsforskning](#) er knyttet til hhv. UiT Norges Arktiske universitet, Nord universitet, Høgskolen på Vestlandet, Universitetet i Agder og NTNU i Gjøvik. Det er en rekke [nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre](#) innen helse- og omsorgstjenestene som i ulik grad arbeider med faglig utvikling og innovasjon.

Norges forskningsråd har gitt midler til etablering av en ny infrastruktur for forskningsnettverk i primærhelsetjenesten. Bak prosjektet står Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo, UiT Norges Arktiske universitet, Uni Research og universitetssykehuset i Nord-Norge.

Andre kunnskapsaktører

[Center for Connected Care \(C3\)](#) er finansiert bl.a. gjennom Norges forskningsråd støtte til Senter for forskningsdrevet innovasjon (SFI). Senterets hovedmål er å etablere nye innovative servicemodeller i helse- og omsorgstjenestene.

[SINTEF](#) er tildelt 5-årig klyngesatsing: Cluster for Co-Creative Service Design and Innovation (CCSDI) - Klyngen for samskapende tjenestedesign og innovasjon er en tverrfaglig og intersektorell klynge etablert for å oppnå et nasjonalt ledende forsknings- og utviklingsmiljø som tar tak i utfordringer på området. Det overordnede målet er å utforske, dokumentere og evaluere samskapende tjenestedesign som tilnærming til innovasjon i helse- og omsorgstjenestene.

[Nasjonalt senter for e-helseforskning](#) skal samle, produsere og formidle kunnskap myndighetene trenger for å utvikle og iverksette en kunnskapsbasert politikk på e-helsefeltet.

[Nye Metoder](#) ble fra 2018 overført til Helse Sør-Øst RHF. Formålet med virksomheten er å gi en mer enhetlig og kunnskapsbasert prosess før innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

7.1.6 Næringslivsaktører

Mange av selskapene som direkte eller indirekte leverer tjenester og løsninger til helse- og omsorgstjenestene, er organisert i en av de tre store næringslivsammenslutningene: [Virke](#), [NHO](#) og [Medtek Norge](#). Innenfor digitalisering har bl.a. [IKT Norge](#) aktiviteter særlig rettet mot helse- og omsorgstjenestene.

7.1.7 Test- og utprøvningsaktører

[Nordic Innovation](#) publiserte i 2017 en oversikt over aktører for test og tilrettelegging i Norden (Nordic Innovation, 2017). Rapporten identifiserer 10 norske aktører:

- [Bergen Technology Transfer AS](#), se omtale under 8.2.2
- [InnoMed](#), se omtale under 8.1.9
- [Innovasjonssenteret](#) og [Idépoliklinikken](#) ved Oslo Universitetssykehus HF, se omtale 8.1.5. Helseforetaket har over 30 samarbeidsavtaler med næringslivsaktører og har høy aktivitet som testarena.
- [Helseetaten i Oslo kommune](#), prøver ut LivingLab metodikken i velferdsteknologiarbeidet.
- [Norway Health Tech](#), se omtale under pkt. 8.1.8
- [Norwegian Smart Care Lab](#), se omtale under pkt. 8.1.8 og 8.2.2
- [Fremtidens operasjonsrom](#) ved St. Olavs Hospital HF, se omtale under 8.1.5 og 8.2.2
- [Center for Connected Care](#) (3C), se omtale under 8.1.5
- [Sunnaas sykehus HF](#), se omtale under 8.1.5

Utover ovennevnte er det bl.a. etablert et Living Lab i Grimstad ([Agder Living Lab](#)) og en [e-helselab](#) ved Universitetet i Agder. [Asker kommuner](#) har etablert en [velferdsfabrik](#), som er nærmere omtalt i OECD sin trendrapport for 2018 (OECD, 2018).

Innholdet i de ulike test- og utprøvningsstilbudene er ulikt. Av prinsipp bør alle test- og utprøvningsfasiliteter inkludere utprøving av hvordan løsninger implementeres og gevinster realiseres i løpende drift. Dette bør inkludere tjeneteinnovasjon.

7.1.8 Klynge-/nettverksaktører

Sentrale klynger/nettverk er bl.a.:

Nettverk/klynge	Beskrivelse
Norway Health Tech	Helseteknologiklyngen har over 200 medlemmer og har en tilretteleggerrolle bl.a. gjennom mentorordning, informasjon om finansieringskilder, faglige forum, programmer, arrangementer mv.
Norwegian Smart Care Cluster (NSCC)	Klyngen har mer enn 110 bedrifter og 40 kommuner/offentlige aktører som deltakere. Klyngen har fokus på velferdsteknologi. NSCC har utviklet verktøyet Smart Care Match som en møteplass mellom offentlige aktører og bedrifter, studenter, forskning og akademia, slik at en kan nå raskere ut i markedet med nye og bedre tjenester og produkter. NSCC etablerer nå en Smart Care Lab, som er en testarena i fasen før man implementerer nye teknologiske løsninger.
Oslo Cancer Cluster	Klyngen har rundt 90 medlemmer og arbeider innenfor kreftområdet.
RHF regionale innovasjonsnettverk	Alle RHFer har i sin region etablert innovasjonsnettverk: <ul style="list-style-type: none">• Innovasjonsnettverket i Helse Sør-Øst som bl.a. består av innovasjonskontaktene i helseforetakene.• I Helse Vest er det to regionale nettverk: ett strategisk bestående av innovasjonsansvarlige i alle helseforetak og ett operasjonelt nettverk (innovasjonsforum).• I Helse Midt er det et uformelt innovasjonsnettverk av innovasjonsrådgiverne i helseforetakene og innovasjonsrådgiver på fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU.• I Helse Nord ivaretas innovasjonsområdet av det regionale forskningslederforumet.
RHFenes arbeidsgruppe innovasjon	På tvers av RHFene er det etablert et rådgivende organ og kontaktforum innenfor innovasjonsområdet. Arbeidsgruppen har medlemmer fra alle RHFer og observatører fra Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Norges forskningsråd, Innovasjon Norge, InnoMed og NIFU.
Nasjonalt innovasjonsnettverk for universitetssykehusene	Det er etablert et arbeidsnettverk for innovasjon i universitetssykehusene. Sentrale oppgaver for nettverket er å bidra til å finne, vise, bevise og dele gode innovasjonsprosjekter og spre kunnskap. Videre å utnytte tilgjengelig innovasjonskompetanse gjennom økt samarbeid og bidra til nasjonal forankring av gode innovasjoner.
KS-nettverk	KS har initiert en rekke nettverk innenfor kommunal sektor, bl.a. effektiviseringsnettverkene.
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)	Alle RHFer, rundt 100 kommuner og en rekke institusjoner og interesseorganisasjoner er medlemmer av NSH, som gjennom konferanser og tverrfaglige møteplasser arbeider med nettverksbygging mellom helsesektoren, kommuner, politikere og frivillige organisasjoner.
Difi nettverk for innovasjon	Difi har etablert et innovasjonsnettverk for å bidra til å styrke innovasjonsarbeidet i offentlig sektor. 17 statlige virksomheter deltar i nettverket.

Nordic Innovation har gjennomført et utviklingsprosjekt for kommuner og sykehus, med mål å etablere tre nordiske nettverk av test- og utprøvningsaktører (Nordic Innovation, 2017):

- [Nordic Business and Living Lab Alliance](#) der bl.a. Oslo kommune og Agder Living Lab i Grimstad inngår.
- [Nordic Test Beds](#) der bl.a. Oslo universitetssykehus HF inngår.
- [Nordic Network of Test Beds](#) der bl.a. Oslo Norway Health Tech (tidligere Oslo Med Tech), Oslo universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF inngår.

Utover ovenstående finnes det en rekke regionale og lokale nettverk og råd som i ulik grad omfatter innovasjons- og fagutviklingsarbeid.

7.1.9 Andre aktører

Av andre aktører, som ovenfor ikke er nevnt, nevnes særlig:

Aktør	Beskrivelse
HelseOmsorg21	HelseOmsorg21 skal legge til rette for en målrettet, helhetlig og koordinert nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon innenfor helse og omsorg. Rådet har en strategisk rådgivningsfunksjon og arbeider proaktivt med å ta frem kunnskap og satsinger.
Leverandørutviklingsprogrammet	Programmet er etablert av NHO, KS og Difi med formål å øke innovasjonseffekten av offentlige anskaffelser. Innovative anskaffelser handler om å utnytte mulighetene som ligger i anskaffelsesregelverket og virkemiddelapparatet til å kjøpe bedre produkter og tjenester
InnoMed	InnoMed er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. InnoMed har tre virksomhetsområder: <ul style="list-style-type: none"> • Forankring og stimulering, bl.a. nettverksarbeid • Tilskudd til innovasjonsprosjekter (forprosjekter) • Kunnskapsutvikling og – formidling, bl.a. gjennom metoder/verktøy og arrangering av en årlig innovasjonskonferanse. InnoMed nettverk av fem innovasjonsrådgivere er knyttet til Sintef, Inven2, Norinnova, Bergen teknologioverføring og Validé.
KS	Kommunesektorens organisasjon (KS) har alle kommuner og fylkeskommuner som medlemmer. KS er dels arbeidsgiverorganisasjon, politisk interesseorganisasjon og driver rådgivnings-, utviklings- og dokumentasjonsarbeid.
Nordic Innovation	Nordic Innovation er underlagt Nordisk ministerråd og skal stimulere til handel og innovasjon på tvers av landegrensene, bl.a. ved å stimulere innovasjon, bygge relasjoner og bryte ned hindringer.
Fylkeskommunen	Fylkeskommunen vil bl.a. gjennom arbeidet med regional utvikling indirekte ha betydning for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Fylkeskommunen er tjenesteleverandør av offentlige tannhelsetjenester.
NIFU	Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) publiserer hvert år statistikk om forskning og innovasjon i helseforetakene.

DogA	Design og arkitektur Norge (DogA) skal være pådriver for bærekraftig verdiskaping gjennom design og arkitektur. Administrerer flere program og støtteordninger.
Difi	Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) har en rekke aktiviteter innenfor innovasjonsområdet, bl.a. nettverk, lederutdanning, KMDs innovasjonspris og stimuleringsordning for innovasjon og tjenstedesign i staten.
Statens legemiddelverk	Legemiddelverket fikk fra nyttår overført tilsynsansvaret og ansvar for produktregelverket for medisinsk utstyr. Legemiddelverk skal sikre god kvalitet ved behandling med legemidler og at legemidler har lavest mulig pris. Vi skal sørge for at befolkningen får likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler og medisinsk utstyr samt legge til rette for forskning og innovasjon.

I tillegg eksisterer det en rekke konsulent- og rådgivingselskaper med tjenester innenfor innovasjonsområdet rettet mot offentlig sektor.

7.2 Virkemidler

De viktigste virkemidlene for å fremme innovasjon i helse- og omsorgstjenestene i helse- og omsorgstjenestene er følgende:

7.2.1 Virkemidler for å oppnå bevissthet

Det ble i 2017 vedtatt ny forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger som er akkreditert etter lov om universiteter og høyskoler §1-2 og §3-1, som trer i kraft fra og med studieåret 2020-2021. Dette omfatter 19 grunnutdanninger, der åtte utdanninger i dag har egne rammeplaner (barnevernspedagog, bioingeniør, ergoterapeut, fysioterapeut, radiograf, sosionom, sykepleier og vernepleier). I tillegg gjelder forskriften også de elleve utdanningene som ikke har egne rammeplaner (audiograf-, ernærings-, farmasøyt (provisor- og reseptar-), medisin-, odontologi-, optiker-, ortopediingeniør-, psykolog-, tannpleier- og tannteknikkutdanningen). I forskriftens §2 om læringsutbytte heter det i punkt 12 at kandidaten «*kjenner til nytenkning og innovasjonsprosesser og kan bidra til innovasjon i helse- og omsorgstjenestene og systematiske og kvalitetsforbedrende arbeidsprosesser.*» Det utarbeides nå retningslinjer med læringsutbyttebeskrivelser for de enkelte utdanningene.

For fagskoleutdanningene har fagplanene i dag ikke samme vektlegging av innovasjon som den nye forskriften for helse- og sosialfagutdanningene ved universitet og høyskoler.

[Nasjonal innovasjonsskole for kommunesektoren](#) er etablert gjennom et samarbeid mellom Høgskolen i Innlandet (Senter for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene) og NTNU (Gjøvik) på oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Målgruppen for studiet er personer med nøkkelfunksjoner i kommunene, ledere og folkevalgte på områder der det er behov for systematisk arbeid med endring/forbedring og innovasjon.

[Helseinnovatørskolen](#) er etablert gjennom et samarbeid mellom NTNU, Universitetet i Oslo og Karolinska Institutet i Stockholm. Studietilbudet skal bidra til at forskning omsettes til produkter og løsninger og er hovedsakelig et tilbud til ph.d-stipendiater og post doktorer fra universitetene.

Ved en rekke universitet og høyskoler er det etablert mastertilbud (utdanninger og valgfag) på innovasjonsområdet. På www.utdanning.no er det registrert 57 mastertilbud innen innovasjon. Mange av disse er aktuelle for ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Difi har utviklet [designprinsipper](#) for offentlig sektor. Disse er sentrale også for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene.

Det pågår et ISO standardiseringsarbeid på innovasjonsområdet (ISO/NP 50500, ISO/AWI 50501, ISO/NP 50502, ISO/CD 50503, ISO/AWI 50504 og ISO/AWI 50505) som vil dekke områder som begrepsdefinisjoner, metodikk, ulike ledelsesperspektiver mv. Norsk speilkomité reetableres trolig av Standard Norge i løpet av 2018. Det er også tre andre standardiseringsarbeider som pågår innenfor ulike områder (ISO/TC 176/SC1, ISO/TC 266 og ISO/TC 286), men med innovasjonstilknytning.

OECD har etablert en egen [Oslo manual](#) for innhenting og tolkning av innovasjonsdata.

Norges forskningsråd har på oppdrag fra HelseOmsorg21-rådet utviklet et helhetlig monitoreringssystem ([HelseOmsorg21-monitor](#)) som skal være en kunnskapsbase, som gir kunnskapsgrunnlag for prioritering av og satsing på forskning og innovasjon innen helse og omsorg. I forbindelse med etableringen av monitoren er alle nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten som har forskningsaktivitet pålagt å rapportere relevant aktivitet til CRISStin (Current research information system in Norway).

Som en del av helsebiblioteket.no er det etablert et [omsorgsbibliotek](#) hvor forskning og utviklingsarbeid blir samlet og oppsummert for kommunale helse- og omsorgstjenester. InnoMed publiserer årlig en [prosjektkatalog](#).

KS har etablert delingsportalen komINN.no der kommuner kan dele kunnskap, få erfaringer og hente inspirasjon. KS lanserte i februar 2018 et [innovasjonsbarometer](#) for kommunal sektor.

De regionale helseforetakene har etablert en innovasjonsportalløsning som er under implementering i helseforetakene. Portalen benyttes bl.a. i idemyldring, prosjektstyring og informasjonsdelingsnettverk mv.

7.2.2 Virkemidler for å oppnå kapasitet

Politisk-strukturell kontekst

Helse- og omsorgsdepartementet er overordnet strategisk styringsorgan for helse- og omsorgstjenestene. Strategisk styring skjer dels gjennom lovverk, stortingsmeldinger, reformer og handlingsplaner som operasjonaliseres bl.a. gjennom oppdrags- og tildelingsbrev til regionale helseforetak, Folkehelseinstituttet, Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, Norges forskningsråd mv. I årlige [kommuneproposisjoner](#) presenterer regjeringen sin politikk for kommunesektoren og det økonomiske opplegget for det kommende året.

Det er etablert en [lov om forsøk i offentlig forvaltning](#), men denne er i svært begrenset grad blitt tatt i bruk innenfor helse- og omsorgstjenestene. Helse- og omsorgslovgivningen er formålsbasert og gir i

utgangspunktet stor frihet til kommuner og helseforetak om hvordan tjenestene organiseres. Det er innenfor flere fagområder etablert [nasjonale faglige retningslinjer](#).

[Lov om planlegging og byggesaksbehandling](#) gir føringer for å fremme befolkningens helse, motvirke sosiale helseforskjeller mv. Loven har

Enkel tilgang til data fra helse- og omsorgstjenestene er viktig i utviklingen av fremtidens helse- og omsorgstjenester. Direktoratet arbeider gjennom prosjektet «[helseanalyseplattformen](#)» for å forenkle tilgangen til helsedata og legge til rette for analyser på tvers av helseregistre, grunndata, journaler og andre kilder til helseopplysninger. Helsedirektoratet arbeider med etablering av [Kommunalt pasient- og brukerregister](#) (KPR) som skal gi enklere tilgang til data fra ulike datakilder, f.eks. KUHR, IPLOS, NPR mv.

Direktoratet for e-helse har ansvar for en rekke nasjonale digitaliseringsprosjekter og bedre bruk av IKT-systemer i helse- og omsorgstjenestene. Sentrale prosjekter er bl.a. «Én innbygger – én journal», E-resept, Kjernejournal og driftsansvaret for hels norge.no

I helse- og omsorgstjenestene er det etablert flere konkurransestimulerende elementer, som f.eks. fritt behandlingsvalg, byttemulighet av fastlege og konkurranseutsetting av tjenester. Etter innovasjonsteorien er slike konkurranselementer viktig for å stimulere til økt innovasjonsevne og innovasjonsaktivitet (Bason C, 2010) i helseforetak og kommuner.

Det er flere finansielle virkemidler som direkte eller indirekte støtter opp under innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Nedenfor nevnes de viktigste:

Virkemiddelaktør	Støtteordninger	Omfang/kommentar
Helsedirektoratet	Tilskuddsordninger til faglig utvikling av tjenestene, primært kommunale helse- og omsorgstjenester	Ca. 180 millioner fordelt på ca. 20 tilskuddsordninger.
	Finansiering av InnoMed aktivitet og driftsstøtte til utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Det er i 2017 også gitt tilskudd til Innovasjonssenteret i Kristiansund.	I tillegg forvaltes 12,9 mill. kr. til InnoMed aktivitet. Det gis 47,0 mill. kr. i tilskudd til utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester.
Fylkesmannsembetene	Kompetanse- og innovasjonstilskudd til kommuner	Av kompetanse- og innovasjonstilskuddet er ca. 87 mill. kr. knyttet til innovasjon og 20,7 mill. kr. til spredning av velferdsteknologi.
	Deler av skjønnsmidlene tildeles til kommunale fornyings- og innovasjonsprosjekter. Formålet med prosjektskønnsmidlene er å gi kommunene støtte til å prøve ut nye løsninger på sine utfordringer. Midlene fungerer som risikoavlastning for kommunene for å kunne jobbe med fornying og innovasjon.	

Regionale helseforetak	Alle RHFer tildeler midler til innovasjonsprosjekter.	Innovasjonsbudsjett for RHFens direkte aktivitet i 2017: Helse Sør-Øst: 30 mill. kr. Helse Vest: 8 mill. kr. Helse Midt: 15 mill. kr. + finansiering av 4 innovasjonsPhD'er Helse Nord: 3,5 mill.kr. Totalt > 56,5 mill. kr.
Norges forskningsråd	<p>Program for gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HELSEVEL) skal bidra til at forskning og innovasjon gir økt kvalitet, kompetanse og effektivitet i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Programmet fokuserer spesielt på tjenesteforskning og innovasjon i helse- og omsorgstjenestene.</p> <p>Bedre helse og livskvalitet (BEDREHELSE) skal fremme forskning og forskningsbasert innovasjon av høy kvalitet som kan bidra til bedre folkehelse, økt livskvalitet og redusert sosial ulikhet i helse.</p> <p>God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (BEHANDLING) skal fremme klinisk forskning og forskningsbasert innovasjon av høy kvalitet, som bidrar til god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering av pasienter gjennom hele sykdomsforløpet.</p> <p>Brukerstyrt innovasjonsarena (BIA). BIA er en åpen arena for innovasjon i næringslivet uten tematiske prioriteringer. Helse- og omsorg er således ikke et prioritert område, men innovasjon knyttet til helse- og omsorgstjenestene utgjør en stor del av porteføljen.</p> <p>FORNY2020 er Forskningsrådets program for å bringe resultater fra offentlig finansierte forskningsinstitusjoner frem til markedet. Programmet gir støtte til kommersialiseringsaktører (TTOer) og nystartede bedrifter innen blant annet sykehus- og helsesektoren.</p>	I 2016 gav Norges forskningsråd støtte til prosjekter innenfor helse- og omsorgstjenestene inkludert helsenæringen med ca. 1.350 mill. kr, pluss 426 mill. i budsjetterte skattefradrag gjennom SKATTEFUNN. Av bevilgningene ble 330 mill. kr. finansiert over budsjettet til Helse- og omsorgsdepartementet.

Ordningen med **Senter for forskningsdrevet innovasjon** (SFI) er åpent næringsrettet program som skal stimulere innovasjonsevnen og internasjonaliseringen i norsk næringsliv, og skal også kunne bidra til å fremme kvalitet og effektivitet i offentlig sektor.

Andre ordninger inkluderer **FORKOMMUNE** som skal bidra til innovasjon ved å utvikle ny kunnskap som er relevant for kommunesektoren, **FORREGION** som skal bidra til økt verdiskaping, konkurransekraft og omstillingsevne i næringslivet og **OFFPHD** som gir støtte til offentlig sektor for at ansatte kan gjennomføre en doktorgrad. Teknologiprogrammene (BIOTEK2021, NANO2021 og IKTPLUSS) er også relevante, og spesielt **IKTPLUSS** som skal bidra til IKT-løsninger som fremmer produktivitet og effektivitet i næringslivet og offentlig sektor.

Regionale forskingsfond

De syv [regionale forskingsfondene](#) forvalter seks ulike søknadstyper, der særlig to er aktuelle for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene:

Regional kvalifiseringsstøtte skal utvikle FoU-prosjekter som kan kvalifisere til videre støtte. Målgrupper for kvalifiseringsstøtten er bedrifter, offentlig virksomheter, enkeltforskere og FoU-institusjoner.

Regionale offentlige prosjekter skal utløse og styrke FoU-aktivitet i offentlige virksomheter innenfor de enkelte fondenes prioriterte satsingsområder.

Direktoratet for e-helse

Virkemidler som Direktoratet for e-helse rår over i dag er de normative (fagrollen), juridiske (ansvar for deler av helselovgivningen og standardisering) og organisatorisk (nasjonal styringsmodell for e-helse). Direktoratet har også via premiss- og pådriverrollen mulighet for å legge rammer for innovasjonsarbeid ved å bidra til lovendringer i takt med digitalisering av

Direktoratet for e-helse har ansvar for en rekke nasjonale digitaliseringsprosjekter og bedre bruk av IKT-systemer i helse- og omsorgstjenestene. Sentrale prosjekter er bl.a. «Én innbygger – én journal», E-resept, Kjernejournal, FIA-prosjektet og Helsedata-

	helsetjenesten, personvern og informasjonssikkerhet, samt utføre arbeid for å definere ulike type standarder og kodeverk.	programmet. I tillegg har Direktoratet for e-helse driftsansvaret for den nasjonale plattformen helsenorge.no, der de i tett samarbeid med helsetjenesten selv utvikler digitale innbyggertjenester. Direktoratet for e-helse inngår også i samarbeid med Helsedirektoratet om nasjonalt velferdsteknologi-program.
Innovasjon Norge	<p>For oppstartsselskaper:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilskudd til markedsavklaring • Tilskudd til kommersialisering • Risikolån • Kompetansetjenester <p>For etablerte selskaper med vekstpotensial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innovasjonskontrakter (tidl. OFU) • Risikolån • Internasjonaliseringstjenester • Kompetansetjenester <p>For innovasjonsmiljøer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klyngeprogrammene Arena, GCE og NCE • Bedriftsnettverk 	Innovasjon Norge har ikke egne innsatsmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet, men gir støtte til helsenæringen gjennom ordinære virkemidler.

Helseforetak og kommuner står fritt til å disponere deler av rammebevilgningene til innovasjonsarbeid.

Difi forvalter i samarbeid med DogA *en stimuleringsordning for innovasjon og tjenestedesign*, denne er fra 2018 etablert som en fast ordning under navnet [#Stimulab](#). Rammen for 2018 er 10 mill. kr. Fra 2018 er denne ordningen også åpen for kommuner. DogA forvalter også *Designdrevet innovasjonsprogram* (DIP) som gir støtte til idéfasen av innovasjonsprosjekter som skal øke konkurransekraften i næringslivet. Denne er ikke lengre åpen for helse- og omsorgstjenestene. Det er tidligere gitt midler til to helseprosjekter.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet og KS har inngått [samarbeidsavtale om Digihjelpen](#). Det er også inngått et samarbeid mellom Kommunal- og moderniseringsdepartementet om [medfinansieringsordning for digitaliseringsprosjekter](#), der staten finansierer inntil 125 mill. kr. fordelt over to år, og er basert på et 50/50 spleiselag mellom statlig og kommunal sektor. Disse tiltakene vil ha betydning for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Strategi

Helse- og omsorgstjenestene er gitt en rekke føringer, mål og anbefalinger på innovasjonsområdet gjennom flere stortingsmeldinger. I tillegg er de etablert en nasjonal strategi gjennom

HelseOmsorg21-strategien og regjeringens handlingsplan for å følge opp strategien. HelseOmsorg21-strategien går ut 2018.

HelseOmsorg21-rådet har i samarbeid med KS nedsatt «[Kommunenes strategiske forskningsorgan](#)», der både kommunerepresentanter og universitets- og høgskolerepresentanter skal foreslå en regionalisert struktur for styrket forskning, utdanning og innovasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester. Anbefaling til HelseOmsorg21-rådet gis høsten 2018.

Direktoratet for e-helse har vedtatt en nasjonal strategi for e-helse for perioden 2017-2022. Ett av innsatsområdene er "Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføring". I november 2017 leverte E-helse to rapporter til Helse- og omsorgsdepartementet med forslag om [finansieringsmodeller](#) og [organisering av e-helseområdet](#). En sentral anbefaling fra disse to rapportene er å opprette en nasjonal tjenesteleverandør som skal bli helsesektorens felles leverandørfunksjon og tjenesteintegrator for nasjonale løsninger. En slik fremtidig nasjonal tjenesteleverandør kan etter etablering bli en relevant og viktig aktør i et fremtidig økosystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Direktoratet må bidra til at premissene for et slikt økosystem spesielt stimulerer til innovasjon innenfor vedtatte fokusområder i den [nasjonale strategien for e-helse](#).

De fleste regionale helseforetak, [Helse Vest](#), [Helse Midt](#) og [Helse Nord](#), har etablert innovasjonsstrategier, eller innarbeidet innovasjon som del av forskningsstrategien. Flere kommuner, bl.a. [Bærum](#), [Asker](#), [Jevnaker](#), [Lillehammer](#) og [Gran](#) har utviklet egne innovasjonsstrategier, mens andre kommuner (f.eks. Østre Toten) har valgt å innarbeide innovasjon i eksisterende planverk.

Nordisk ministerråd har etablert et «[Nordisk samarbeidsprogram för närings- och innovationspolitik 2018-2021](#)», bl.a. med mål om økt omstillingsevne, sterk innovasjons- og konkurransekraft og økte globale markedsmuligheter for næringslivet i Norden. Dette vil også kunne omfatte helse- og omsorgstjenestene.

Organisering

[InnoMed](#) er etablert på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet er ansvarlig for virksomheten, der sekretariatsfunksjonen og innovasjonsrådgiverfunksjonen er konkurranseutsatt, og ivaretas f.t. av Sintef. I kompetansenettverket til InnoMed inngår sekretariatet og fem regionale innovasjonsrådgivere, som organisatorisk er plassert i hhv. Inven2, Validé, Bergen teknologioverføring, Sintef og Norinnova. Innovasjonsrådgiverne gir innovasjonsrådgivning og oppfølging av prosjekter i helseregionene.

RHFene har avtaler med fem teknologioverføringsselskaper (TTO):

- [Inven2 AS](#) dekker Helse Sør-Øst. Inven2 er Helse Sør-Øst og Universitetet i Oslo sitt profesjonelle innovasjonsselskap. Inven2 gjør idéer fra forskning om til business og samfunnsnyttige produkter. Inven2 betjener alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, alle instituttene på UiO samt noen samarbeidspartnere av disse. Inven2 har lagt spesielt mye kompetanse inn i idéutvelgelse, utvikling av gode prosjekter og vellykkede avtaler. Inven2 oppretter selskaper når det er beste måten å ta idéen til markedet, og har i dag en portefølje på 50 oppstartsselskaper. Totalverdien av alle selskapene har økt fra 1 til 9 milliarder kroner de siste 4 år. En viktig del av arbeidet vårt er å sikre patentbeskyttelse og ivareta rettighetene

for våre eiere og deres ansatte. Inven2 hjelper til å skaffe finansiering av innovasjoner i ulike faser fra Forskningsrådet, Innovasjon Norge, kommersielle aktører og investorer. Inven2 er mye ute i forskningsmiljøene og på helseforetakene for å bidra med kompetanse i søket etter gode innovasjoner. Inven2 er også med på å gjøre ny behandling tilgjengelig for norske pasienter ved å forhandle avtaler om kliniske studier mellom biotekselskaper, legemiddelindustri og avdelinger i Helse Sør-Øst og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Inven2 kobler også forskningsmiljøer og industri som har felles interesse for forskning og utvikling.

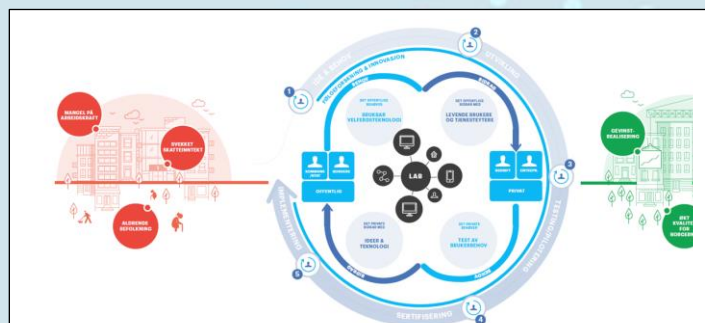
- **Bergen Teknologioverføring AS** dekker deler av Helse Vest (fra Boknafjorden i sør til og med Sogn og Fjordane). BTO har som mål å være en operasjonell drivkraft innen innovasjon og nyskaping i regionen som selskapet betjener. Selskapet har tre hovedforretningsområder: 1) Innovasjon ut fra forskning, 2) Inkubasjon og innovasjonsprogram (inkludert akselerator og samarbeid med kommuner og helseforetak om innovasjon i helse- og omsorgstjenestene eller utfordringsdrevet innovasjon) og 3) Administrasjon av kliniske studier. BTO har evaluert rundt 1200 forskningsbaserte ideer, landet ca. 200 avtaler og bidratt til etablering av over 70 selskaper. Disse selskapene er tilført i overkant av 1.300 mill. kr. i ekstern kapital. Mer enn 500 eksterne bedriftsideer er evaluert, der 250 har deltatt i ulike inkubasjonsprogram. I tillegg har selskapet de siste årene jobbet med en rekke utfordringsdrevne prosesser inn mot spesielt helsefeltet – slik som innovasjonscamp og prosesser rundt ny primærhelseklynge på Årstadvollen i Bergen). I 2017 vil BTO evaluere ca. 300 ideer fra forskning og annet næringsliv. Akkurat nå har BTO 185 innovasjonsprosjekt under utvikling, 80 bedrifter i inkubasjon, og 115 kliniske studier under administrasjon. BTO har en strategi om å knytte seg tett til klyngene, og er samlokalisert med 5 av 7 næringsklynger i regionen – og jobber for å få på plass de resterende to. BTO sin største suksess så langt er børsnoteringen av BergenBio samt salg av en cellelinje til et internasjonalt bioteknologiselskap. BTO sitt innovasjonsprogram Accel har i løpet av de 6 årene gjennomført 23 ulike program i en variert bredde av nedslagsfelt.
- **Validé AS** Validé er Rogaland sin innovasjonsaktør med 20 års fartstid innen tjeneste og produktutvikling i samspill mellom akademia, offentlig og privat sektor. Validé sine premissgivere og eiere er Universitetet i Stavanger, Stavanger Universitetssjukehus, SIVA, Rogaland fylkeskommune, Statoil, IRIS med flere. Validé AS dekker deler av Helse Vest, primært Rogaland. Ansvarsområder i dag er inkubatorvirksomhet, teknologioverføring gjennom kommersialisering (TTO), innovasjon i helse- og omsorgstjenestene via InnoMed, PreSå Korn-fond samt utvikler klynger og nettverk. Validé har blant annet klyngeledelse i Norwegian Smart Care Cluster. Validé mottar og evaluerer over 500 ideer per år og tar videre over 70 prosjekt/selskaper inn i videre utviklingsprogram. Validé har så langt bidradd med egenkapital i 100+ selskaper og selskapene representerer 1,5 milliarder i investeringsverdi. Validé er fremover lent og utvikler nye arbeidsmetoder og kunnskap og har utviklet akseleratorprogrammet ITSA hvor bedrifter innen ulike fagfelt (energi, helse, sosialt entreprenørskap) deltar. Validé har også utviklet et regionalt «dugnadsprosjekt» Prosjekt Plogen på 18 mill. kr. som har løftet frem 125 ideer fra forskere og studenter. Dette er utviklet i samarbeid med SUS, UiS, HVL, IRIS, NOFIMA, NMBU, NIBIO, SR-Bank, Stavanger kommune, Rogaland fylkeskommune og Universitetsfondet. Validé har også samarbeid med SAFER (Lærdal, UiS, SUS, Norsk luftambulans) og SEARCH (NMBU, SUS og UiS), sistnevnte hvor det blir samlokalisert humanmedisin og veterinærmedisin i et felles nybygg.

- [NTNU Technology Transfer AS](#) dekker Helse Midt. NTNU TTO er kommersialiseringsaktør som sikrer, forvalter, foredler, markedsfører og selger bruks- og eiendomsrett til kunnskap, idéer, oppfinnelser og andre immaterielle verdier som skapes ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Helse Midt-Norge RHF (HMN). Selskapets oppdrag er å medvirke til at fremragende forskning og ny kunnskap utnyttes som grunnlag for bærekraftig videreutvikling av nærings- og samfunnsliv i Norge. Selskapet har siden oppstart vurdert 1675 ideer, sendt 622 patentsøknader og kommersialisert 262 prosjekt. Målet er å sikre stor utbredelse av kunnskap fra NTNU og HMN.
- [Norinnova Technology Transfer AS](#) dekker Helse Nord. Norinnova er et innovasjonsselskap for teknologi- og forskningsbaserte innovasjoner med forretningskontor i Tromsø. Norinnova er kommersialiseringsaktør for forskningsideer som spinner ut fra UiT Norges arktiske universitet, Universitetssykehuset Nord-Norge, Finnmarkssykehuset og Norut. UiT har virksomhet i Troms og Finnmark, i tillegg til at UNN har virksomhet i Nordland (UNN Narvik). Dette medfører at Norinnova har virksomhet i alle de tre nordnorske fylkene. Kjernevirksomheten til Norinnova er å bringe teknologibaserte ideer ut i markedet. Det kan være ideer fra forskere, gründere eller eksisterende næringsliv. I tillegg leier Norinnova ut kompetanse og har der igjennom ansvar for flere nasjonale og regionale programmer og prosjekter. Norinnova drifter blant annet MABIT, Siva Innovasjonssenter Tromsø, Næringslivsdagen Nord, Tromsø Forskningsstiftelse og Barents Biocentre Lab. Norinnova har bidratt til etablering av over 80 nye selskaper. Disse selskapene er tilført ca. 1.000 mill. kr. i ekstern privat kapital, og har bidratt til over 700 nye arbeidsplasser.

I tillegg til TTO som har avtaler med RHFene eksisterer det også andre TTO aktører, f.eks. [Sintef TTO](#) og [Kjeller Innovasjon](#).

[Nasjonalt program for leverandørutvikling](#) gir veiledning, råd, tilrettelegger møteplasser og formidler læring og erfaringer om innovative anskaffelser. Leverandørutviklingsprogrammet har inngått strategisk samarbeid med Innovasjon Norge om innovasjonspartnerskap.

Tre nasjonale satsinger har for tiden særlig fokus mot spredningsarbeid: [Pasientsikkerhetsprogrammet](#), [nasjonalt velferdsteknologiprogram](#) og [nasjonalt prosjekt for hverdagsrehabilitering](#).



Et eksempel på testlab er [Norwegian Smart Care Lab](#) som arbeider for å få på plass et nasjonalt innovasjonssystem. De ønsker å utvikle og teste ut konseptet gjennom et felles rammeverk i kombinasjon med lokal forankring rundt lab-satsingen. Foreløpig er det miljøene i Rogaland og Hordaland som samarbeider om å få på plass følgende:

- En testlab som fungerer som en matchmaker mellom bedrifter som trenger brukerkunnskap, brukere som trenger bedre teknologiske virkemidler og kommunale/offentlige aktører som trenger et mer bæredyktig tjenestetilbud for sine borgere i fremtiden.
- En testlab som har verktøy og metoder som bidrar til samhandling og innovasjon mellom brukere, tjenesteytere og teknologileverandører.
- En testlab som kobler på den rette kompetansen til riktig tid i en tjeneste/produkt utviklingsprosess, gjennom testlabens tilgang til ekspertisen i klynge økosystemet.
- En testlab som har verktøy og metoder som involverer sluttbruker i alle tester som gjennomføres.
- En testlab som har tilgang på mange potensielle testkandidater og verktøy for å følge opp ulike tester på en effektiv måte.
- En testlab som har systemer og avtaler som gjør det mulig å teste nye produkter og tjenester inne på en fysisk lokasjon eller hjemme hos reelle brukere.
- En testlab som vil akkumulere kunnskap som gjør det raskere å ta en ide/behov frem til en anskaffelsesprosess.
- En testlab som har verktøy og avtaler som ivaretar personvern, juridiske forpliktelser og ansvar relatert til ulike testforløp.

Flere steder i landet er det etablert og under etablering ulike typer test- og utprøvningsarenaer. Aktørbildet er beskrevet under punkt 7.1.7. Test- og utprøvningsarenaer av særlig interesse er:

- [Agder Living Lab](#) er et tilbud til leverandører av velferdsteknologiske løsninger om å prøve ut nye løsninger i en reell driftssituasjon.
- [Senter for e-helse](#) ved Universitetet i Agder har etablert en [eHelse lab](#) som gir store muligheter for simulering og uttesting, bl.a. innenfor IT-infrastruktur som i et helsenett.
- [Norwegian Smart Care Lab](#) har som hovedmål å etablere en internasjonal testarena for innovasjon og produkt- og tjenesteutvikling.
- St. Olav Hospital – [Fremtidens operasjonsrom](#) er en tverrfaglig satsing og arena for klinisk forskning og medisinsk teknologiutvikling, hvor nye prototyper utvikles og prøves ut i trygge og kontrollerte omgivelser.
- Oslo universitetssykehus har over 30 samarbeidsavtaler med næringslivsaktører.

Ved de aller fleste sykepleierutdanningene er det etablert fasiliteter for utprøving og læring (f.eks. sengeposter). Dette er arenaer som store deler av døgnet står ubrukt og kan være gode test- og utprøvningsarenaer. Blant disse er [Vitensenteret helse og teknologi](#) ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Ved Høgskolen i Innlandet, Elverum er det etablert slik arena gjennom et samarbeid mellom høgskolen og NAV Hjelpemiddelsentral Hedmark.

7.2.3 Virkemidler for å oppnå samskaping

I [Regjeringens fornyingsstrategi](#) fra 2007 står det at «*alle statlege etatar og verksemder som har stor grad av samhandling med innbyggjarane, skal som hovudregel etablere brukarråd eller brukarpanel. Kommunane blir oppfordra til å gjere det same*». Alle helseforetak og mange kommuner har etablert brukerråd.

Kommunene skal etter [lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd](#) etablere eldreråd. I tillegg skal det etableres [representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne](#) m.m.

Innenfor kommunal sektor er det etablert en rekke nettverk og møteplasser, både av KS, ulike regionsamarbeid og enkeltkommuner. KS har initiert [effektivitetsnettverk](#), der om lag 180 kommuner deltar hvert år. KS har tatt initiativ til etableringen av et nasjonalt partnerskap for innovasjon.

Det er etablert flere innovasjonsnettverk i spesialisthelsetjenesten, se omtale under punkt 7.1.8.

Helsedirektoratet publisert i september 2017 første versjon av «[Verktøy for helseinnovasjon](#)», som omfatter hele innovasjonsprosessen fra forberedende fase, gjennom utviklingsfasen til innovasjonen er implementert og gevinster realisert. «Verktøy for helseinnovasjon» er utviklet for alle typer helse- og omsorgstjenester. Dette er et av svært mange prosessverktøy. Både KS, TTOene og spesialisthelsetjenestens har utviklet egne løsninger – som alle bygger på felles prosessforståelse for innovasjon, men med ulike vektlegginger og faser.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse Sør-Øst HF i oppdrag å ta frem en modell for måling og stimulering av innovasjon i helseforetakene (Sivertsen G, 2015). Det arbeides med to innovasjonsindikatorer. Dette omtales nærmere i kapittel 4 (tiltak 2).

Innovasjon er også tema på en rekke nasjonale og regionale møtearenaer, f.eks. InnoMed sin årlige innovasjonskonferanse, Helsekonferansen, helseforskningskonferanser, EHiN, KlinIKT mv. KS nasjonalt og regionalt er initiativtaker/arrangør av en rekke møteplasser.

Folkehelseinstituttet har i samarbeid med KS etablert læringsnettverk med mål å utvikle gode pasientforløp i kommunene. Metodikken, «[Hva er viktig for deg?](#)», er utviklet av Folkehelseinstituttet. Metodikken brukes av mange aktører i tjenestene, bl.a. [pasientsikkerhetsprogrammet](#).

7.2.4 Virkemidler for å oppnå lederskap

KS anslår at det finnes over 12.000 ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Lederspennet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er stort, og kan i noen avdelinger i omsorgstjenesten i blant omfatte opp mot 200 ansatte i små deltidsstillinger. Samtidig øker kravene til lederne innenfor områder som kunnskapsledelse, samhandlingsledelse og oppbygging av gode styringssystemer. Mye tyder på at lederspennet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke er tilpasset disse «nye» oppgavene. Dette kan vanskeliggjøre implementering av nye oppgaver og ny kunnskap (Helsedirektoratet, 2017a, s. 20).

I spesialisthelsetjenesten er det rolig et sted mellom 7.000 og 8.000 ledere på ulike nivåer⁹. Halvparten av disse arbeider i Helse Sør-Øst RHF.

Som en del av «Verktøy for helseinnovasjon» har Helsedirektoratet publisert første versjon av anbefalinger til [hvordan ledere kan bygge en innovasjonskultur](#).

Kompetanseløft2020 har tiltak for å styrke lederkompetansen i primærhelsetjenesten, bl.a. gjennom et 30 studiepoengs [lederutviklingsprogram på masternivå](#) i helseledelse. Dette tilbudet omfatter også lederrollen i endrings- og innovasjonsprosesser. Over 400 studenter har siden høsten 2015 gjennomført eller gjennomfører studiet. En nylig gjennomført evaluering av studietilbudet viser gode resultater og der lederne bl.a. har tilegnet seg økt endringsorientering (Rambøll Management Consulting, 2017).

Det [nasjonale topplederprogrammet i spesialisthelsetjenesten](#), i regi av [Nasjonal ledelsesutvikling](#) (NLU) i RHFene, har eksistert siden 2006 og 660 ledere har gjennomført programmet. Det er utviklet en [nasjonal plattform for ledelse i helseforetak](#). Det er også etablert et ledermobiliseringsprogram for å få flere gode interne kandidater til lederstillinger i helseforetak. KS og NLU gjennomfører for tiden en felles pilot rettet mot samarbeidsutvalgene mellom kommuner og helseforetak. Disse utvalgene representerer ledere som er sentrale i innovasjons- og utviklingsarbeid.

[Toppledergruppeprogrammet](#) i regi av Difi er rettet mot toppledergrupper i staten og er et tiltak i [regjeringens program for bedre styring og ledelse i staten](#). Difi arrangerer årlig en topplederkonferanse.

En rekke kommuner har initiert interne ledelsesopplæringsprogrammer av ulik art og innretning.

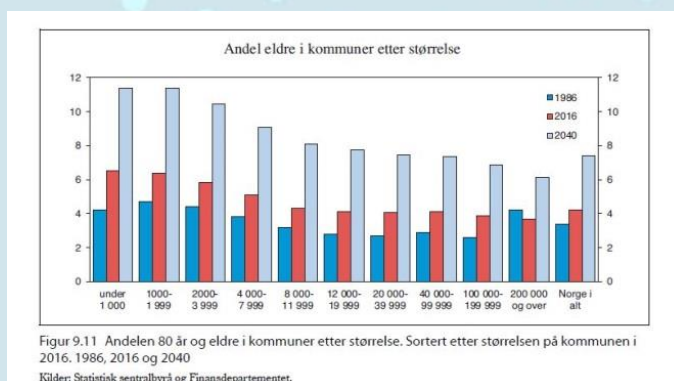
⁹ Tall fra 2014 innhentet fra Nasjonalt topplederprogram

8 VEDLEGG 3: NASJONALE FORVENTNINGER TIL INNOVASJON I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE

Helse- og omsorgsutgifter utgjorde i 2016 ca. 11,1% av BNP – rundt 346 milliarder kr. Totalt ca. 325.000 personer med helse- og sosialfaglig utdanning arbeider i tjenestene. Disse gav tjenester til bl.a. ca. 355.000 mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester, 540.000 personer med døgnopphold i sykehus og over 8,8 millioner polikliniske konsultasjoner.

8.1 Behov for omstilling

Meld. St. 29 (2016-2017) «*Perspektivmeldingen 2017*» (Finansdepartementet, 2017) varsler at handlingsrommet i finanspolitikken de neste 10-15 årene vil bli «langt mindre» enn det en er vant med. Petroleumsproduksjonen har passert toppen, oljeprisen ser ut til å bli liggende lavere enn nivået før 2014 og landet får en økende andel personer over 80 år (øker fra 4% av befolkningen i dag til nesten 10% i 2060), men med variasjon i andelen eldre over 80 år i kommuner med ulik størrelse. Bedre helse blant eldre kan dempe, men ikke fjerne, det økte behovet for helse- og omsorgstjenester.



Fremskrivingene innebærer at offentlige utgifter vil øke raskere enn offentlige inntekter fra rundt 2030, også med en svært begrenset utbygging av velferdsordningene.

Helse- og omsorgstjenestene utgjør vel 11,1% av BNP. Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester var i 2015 på rundt 32,5% av kommunenes samlede utgifter. Fylkeskommunenes utgifter til tannhelsetjenester utgjorde i 2015 ca. 4% av de samlede utgiftene.

OECD anslår Norges effektiviseringspotensial innenfor helse til i underkant av 6%, noe som er blant de høyeste i OECD. Tallene bør tolkes med varsomhet, men synliggjør at helsetjenestene har et betydelig effektiviseringspotensial sammenlignet med mange andre land.

Oslo Economics anslår et gap mellom utgifter og tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgstjenestene på om lag 95 milliarder kr. i 2040, dersom standarden på tjenestene holdes på dagens nivå. I 2060 øker differansen til ca. 200 milliarder kr. (Sæther E. M, Bugge C, Bråten R H, & Kristiansen I. S, 2017, s. 6). Helsedirektoratet lanserte tidligere i år en scenariorapport om mulige veivalg for helse- og omsorgstjenesten og hvilken betydning ulike scenarier vil ha for behovet for helsepersonell fremover (Eggen et al., 2018). Denne rapporten viser tydelig at det eksisterer et mulighetsrom, der en gjennom innovasjon, nytenkning og bedre samspill med næringslivet kan redusere gapet mellom forventede tilgjengelige ressurser og forventede utgifter. Rapporten tydeliggjør samtidig at helse- og omsorgstjenestene har behov for radikale innovative grep.

8.2 Stortingsmeldinger og nasjonale dokumenter

I St. meld. nr. 7 (2008-2009) «*Et nyskapende og bærekraftig Norge*» er Innovasjon i helse- og omsorgssektoren fremheves som et sentralt område. I meldingen pekes det på at større innovasjonsevne i helse- og omsorgstjenestene vil gi økt verdiskaping gjennom bedre løsninger for pasientene og bedre ressursutnyttelse. I tillegg pekes det på at økt innovasjonsevne i sektoren kan gi økt privat verdiskaping i mange tilfeller.

NOU 2011:11 «*Innovasjon i omsorg*» ble overlevert regjeringen i juni 2011. Utvalget fremhever innovasjon som viktig for å kunne omstille omsorgstjenestene, der «*innovasjonspolitikken innebærer å utvikle en lærende offentlig sektor*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a, s. 43). Utvalget peker på betydningen av å etablere press på omsorgstjeneste til å innovere, skape holdningsmessig og økonomisk rom som gjør det legitimt å drive med innovasjon, etablere en innovasjonskultur med rom for å eksperimentere, tydelig lederskap, samt sikre risikoavlastning til omsorgstjenestene. Utvalget fremhevet betydningen av frivillig sektor med mål om at 25 % av den samlede omsorgssektoren i 2020 skulle være organisert og drevet som ideell virksomhet. I dag er denne andelen knapt 5%» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a, s. 54). NOU 2011:11 er fulgt opp gjennom Meld. St. 29 (2012-2013) «*Morgendagens omsorg*».

Meld. St. 13 (2011-2012) «*Utdanning for velferd*» fremhever utdanning, forskning og innovasjon som nøkkelfaktorer for økonomisk vekst og for samfunnsutviklingen generelt. Samspillet mellom utdanninger, forskning og innovasjon (kunnskapstriangelet) fremheves som sentralt, men der virksomhetenes og institusjonenes evne til å finne, etterspørre, forstå og gjøre bruk av forskning er av stor betydning for at samfunnet skal gjøre seg nytte av kompetanse og forskning. Effektene av forskning kan ikke bare reduseres til ideer, oppfinnelser, patenter og lisenser. En må også se på hvordan kulturen og organiseringen av arbeidet oppmuntrer til nye arbeidsformer, kunnskapsutveksling og endringer i bruk av utstyr og teknologiske løsninger (Kunnskapsdepartementet, 2012, s. 40).

Meld. St. 7 (2014-2015) «*Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015-2024*» fremheves et ønske om at offentlig sektor skal være en pådriver for og bruker av innovasjon for å legge til rette for fornyelse i offentlig sektor og bedre og mer effektive velferds-, helse- og omsorgstjenester (Kunnskapsdepartementet, 2014).

Meld. St. 19 (2014-2015) «*Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*» peker spesielt på innovasjonspartnerskap mellom offentlige myndigheter og næringslivet som virkemiddel i EU

sysselsettingsstrategi som skal bidra til flere jobber, bedre liv og samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 86). Meldingen peker videre på at «*ubenyttede ressurser og innovasjonspotensial må tas i bruk for å få bedre produktiviteten og få mer ut av felles ressurser*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 86). Innovasjon nevnes videre i koblingen mellom kunnskap og næringslivets utvikling av produkter innenfor ernæringsområdet.

Meld. St. 26 (2014-2015) «*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*» omhandler de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen ønsker å skape pasientens helsetjeneste, der «*pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. «Ingen beslutninger om meg, tas uten meg.» For å oppnå dette kreves endringer*». (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 9). Meldingen fremhever behovet for innovasjon og utviklingen av tjenestene i tråd med endrede behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 14). Meldingen fremhever videre at «*det stiller store krav til ledelse og til lederne. Tjenesten trenger et lederløft. Det er behov for å styrke ledelsen på alle nivåer. Det er behov for flere ledere, men fremfor alt for ledere med god lederkompetanse og tilgang på solid helse- og sosialfaglig kompetanse*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 20). Stortingsmeldingen legger til grunn samme forståelse av innovasjonspolitikken som NOU 2011:11, dvs at innovasjonspolitikken «*innebærer å utvikle en lærende offentlig sektor. Samspill mellom ulike aktører skaper grunnlag for utvikling av ny kunnskap som kan omsettes til nye produkter, tjenester eller arbeidsmetoder. Jo bedre de offentlige aktørene er til å skape nettverk som gir aktørene tilgang til ulike partnere, kunnskap og kompetanse, jo større er mulighetene for å lykkes*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 68-69). Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020, der «*fornyelse og innovasjon*», er en av fem satsingsområder.

Meld. St. 28 (2014-2015) «*Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse*» har å legge til rette for forskning og innovasjon som en av fire legemiddelpolitiske målsetninger: «*Å legge til rette for innovasjon skal også bidra til bedre folkehelse og bedre kvalitet og pasientsikkerhet, i tillegg til at det også kan bidra til å legge et grunnlag for næringsutvikling. Innenfor legemiddelområdet vil omfattende næringsutvikling gjerne avhenge av innovasjon på ett eller flere felt. Innovasjon kan være alt fra innovative metoder for å bedre brukermedvirkning, det kan være utvikling av elektroniske løsninger som for eksempel kjernejournal og ulike apper for pasienter, til utvikling av et nytt virkestoff som kan bli et kommersielt legemiddel*» (Helse og omsorgsdepartementet, 2015, s. 15).

Meld. St. 11 (2015-2016) «*Nasjonal helse- og sykehusplan*» retter seg mot spesialisthelsetjenestene. Meldingen gjentar primærhelsemeldingens mål om å bygge pasientens helsetjeneste, der dette beskrives slik: «*I pasientens helsetjeneste er pasient og helsepersonell likeverdige samarbeidspartnere. For å realisere pasientens helsetjeneste må makt og innflytelse flyttes fra systemet til pasienten. Pasientene skal ha tilgang til kvalitetssikret informasjon om egen helse slik at de kan delta i beslutninger om egen behandling, og de skal være aktivt med i utformingen av helsetjenesten*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c, s. 28). Meldingen stadfester at innovasjon ikke er en lovpålagt oppgave, men et viktig virkemiddel for å videreutvikle tjenester og sikre at forskningsresultater blir tatt i bruk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c, s. 125).

Regjeringen lanserte i 2015 *HelseOmsorg21-handlingsplanen*, som er en oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Handlingsplanen omhandler forskning og innovasjon, der regjeringens mål er formulert slik: «*Regjeringa har som mål å auke innovasjonsgraden i helse-, omsorgs- og velferdstenestene – og at offentlig sektor skal vere ein pådrivar for og aktiv brukar av innovasjon.*»

Monitorering av eiga helse, heimebaserte tenester og teknologi som kan hjelpe folk til å bu heime lengst mogleg, vil bli viktig for berekraftig utvikling, førebygging av sjukdom, auka livskvalitet og aktiv aldring» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015d, s. 14). Det heter vidare at «innovasjon innanfor helse- og omsorg kan til dømes skje gjennom bruk av teknologi, endringar i organisering og styring, utviklingsarbeid i tenestene, politiske reformer eller endringar i regelverket» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015d, s. 14). Regjeringen skisserer tiltak innanfor:

- Økt brukermedvirkning
- Utvikle de menneskelige ressursene i utdanningene og hos helsepersonell
- Strategisk og kunnskapsbasert styring
- Møte de globale helseutfordringene
- Helsedata som nasjonalt fortrinn
- Bedre klinisk behandling
- Kunnskapsløft for kommunene
- Effektive og lærende tjenester
- Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde

Oppdraget som denne rapporten omhandlar er nedfelt i anbefalingene fra HelseOmsorg21-rådet om å 1) Tilrettelegge for bedre systematikk i innovasjonsarbeidet i tenestene, inkludert metodikk for behovskartlegging, brukermedvirkning, ide, evaluering, implementering og spredning. 2) Styrke kompetansen på innovasjon i helse- og omsorgstjenestene gjennom et helhetlig, nasjonalt system med regionale sentra, som dekkjer både kommunene og helseforetakenes behov. 3) Bidra til at kunnskap blir formidlet og brukt i tenestene. 4) Styrke forsknings- og innovasjonssamarbeid mellom helseforetak, academia, kommuner og næringsliv for å skape mer effektive og brukerorienterte tjenester.

9 LITTERATURLISTE

- Ahmed, P. K. (1998). Culture and climate for innovation. *European journal of innovation management*, 1(1), 30-43.
- Amabile, T. M. (1988). A model of creativity and innovation in organizations. I: Staw B. M & Cummings L. L (red.), *Research in Organizational Behavior* (Vol. 10, s. 123-167). Greenwich: JAI Press.
- Amundsen O, Aasen T. M. B, Gressgård L. J, & Hansen K. (2011). *Medarbeiderdrevet innovasjon - en kunnskapsstatus* (2011/175). Iris - International Research Institute of Stavanger. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/NHD/Vedlegg/Rapporter2011/medarbeiderdrevetinnovasjon_kunnskapsstatus_des2011.pdf
- Armstrong N, Herbert G, Aveling E. L, Dixon-Woods M, & Martin G. (2013). Optimizing Patient Involvement in Quality Improvement. *Health Expectations*, 16(3), 36-47.
- Arnould E. J, Prince L, & Zinkhan G. (2002). River magic: extraordinary experience and the extended service encounter. *Journal of Consumer Research*, 20(1), 24-45.
- Australian Government. (2011). *Australian Public Service Innovation Action Plan*. Department of Industry, Innovation and Science. Hentet fra https://www.industry.gov.au/innovation/publicsectorinnovation/Documents/APS_Innovation_Action_Plan.pdf
- Bagwell L. S, & Bernheim B. D. (1996). Veblen effects in a theory of conspicuous consumption. *The American Economic Review*, 349-373.
- Bandura A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bason C. (2010). *Leading public innovation. Co-creating for a better society*: Policy Press.
- Bason C. (2017). *Leading Public Design. How Managers Engage with Design to Transform Public Governance* (PhD). Copenhagen Business School, Copenhagen.
- Bate S. P, & Robert G. (2006). Experience-Based Design: From Redesigning the System Around the Patient to Co-Designing Services with the Patient. *Quality & Safety in Health Care*, 15(5), 307-310.
- Bergek A, Jacobsson S, Lindmark S, & Rickne A. (2008). Analyzing the functional dynamics of technological innovation systems: A scheme of analysis. *Research Policy*, 37(3), 407-429.
- Bergman E, Flateland L, Jakobsen E. W, Nellemann R. G, Skogli E, & Theie M. G. (2017). *Helsenæringens verdi* (Menon-publikasjon nr. 29/2017). M. Economics. Menon Economics. Hentet fra <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2017-29-Helsenæringens-Verdi-1.pdf>
- Besharov M. L, & Smith W. K. (2014). Multiple institutional logics in organizations: Explaining their varied nature and implications. *Academy of Management Review*, 39(3), 364-381.
- Binder A. (2007). For love and money: Organizations' creative responses to multiple environmental logics. *Theory and society*, 36(6), 547-571.
- Bitner M. J, & Brown S. W. (2008). The service imperative. *Business Horizons*, 51(1), 39-46.
- bolton R. N, & Drew J. H. (1991). A multistage model of customers' assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*, 17(4), 375-384.
- Bove L. L, Pervan S. J, Beatty S. E, & Shiu E. (2008). Service worker role in encouraging customer organizational citizenship behaviors. *Journal of Business Research*, 62, 698-705.
- Cavallini S, Soldi R, Friedl J, & Volpe M. (2016). *Using the Quadruple Helix Approach to Accelerate the Transfer of Research and Innovation Results to Regional Growth*. E. U. C. o. t. Regions.

- Consortium Progress Consulting S.r.l. & Fondazione FORMIT). Hentet fra <https://cor.europa.eu/en/documentation/studies/Documents/quadruple-helix.pdf>
- Center for Offentlig Innovation. (2015). *Spredning af offentlig innovation. Hvad kan vi lære af forskningen?* Hentet fra <http://coi.dk/media/7006/rapport-om-spredning.pdf>
- Chang Y-C, & Chen M-H. (2004). Comparing approaches to systems of innovation: the knowledge perspective. *Technology in Society*, 26, 17-37.
- Currie G, Humphreys M, Ucbasaran D, & McManus S. (2008). Entrepreneurial leadership in the English Public Sector: Paradox og Possibility. *Public Administration*, 86(4), 987-1008.
- Daft R. L. (1995). *Organizational theory and design*. St. Paul: West Publishing.
- Difi. (2016). *Nøkklene til handlingsrommet. Hva fremmer og hemmer effektivitet i staten?* (Difi-rapport 2016:6). Direktoratet for forvaltning og IKT. Hentet fra https://www.difi.no/sites/difino/files/difi-rapport_2016-6_noklene_til_handlingsrommet_hva_fremmer_og_hemmer_effektivisering_i_staten.pdf
- Difi. (2017). *Innovasjon i offentlig sektor - både helhet og mangfold* (Difi-rapport 2017:01). Difi. Direktoratet for forvaltning og IKT. Hentet fra https://www.difi.no/sites/difino/files/innovasjon_i_offentlig_sektor_-_bade_helhet_og_mangfold_difi-rapport_2017_1.pdf
- Direktoratet for e-helse. (2017a). *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak* (IE-1011). Direktoratet for e-helse. Hentet fra <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/13/Rapport%20-%20Finansieringsmodeller%20for%20nasjonale%20e-helsetiltak.pdf>
- Direktoratet for e-helse. (2017b). *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren*: Direktoratet for e-helse.
- Direktoratet for e-helse. (2017c). *Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet*. Direktoratet for e-helse. Hentet fra <https://ehelse.no/Documents/E-helsekunnskap/Rapport%20Nasjonale%20kunnskapsbehov%20p%C3%A5%20e-helseomr%C3%A5det.pdf>
- Eggen, F. W., Røtnes R, & Steen J. (2018). *Helse-Norge 2040 - Hvordan vil framtiden bli?* (Rapport 79-2018). S. a. AS. Samfunnsøkonomisk analyse AS.
- Farchi T, & Salge, T. O. (2017). Shaping innovation in health care: A content analysis of innovation policies in the English NHS 1948-2015. *Social science and medicine*, 192(2017), 143-151.
- Finansdepartementet. (2017). *Perspektivmeldingen 2017*. (Meld. St. 29 (2016-2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/aefd9d12738d43078cbc647448bbeca1/no/pdfs/stm201620170029000dddpdfs.pdf>.
- Fiss P. C, Cambré B, & Marx A. (2013). *Configurational theory and methods in organizational research*.: Emerald Group Publishing.
- Gabriel M, Stanley I, & Saunders T. (2017). *Open innovation in health. A guide to transforming healthcare through collaboration*. Nesta. Hentet fra https://www.nesta.org.uk/sites/default/files/open_innovation_in_health_0.pdf
- Gebauer H, & Fleisch E. (2007). An investigation of the relationship between behavioral processes, motivation, investments in the service business and service revenue. *Industrial Marketing Management*, 36(3), 337-348.
- Groth M. (2005). Customers as good soldiers: Examining citizenship behaviors in internet service deliveries. *Journal of Management*, 31, 7-27.
- Grünfeld L. A, Bugge M, Jensen T. B, Maurseth P. B, & Skogli E. (2017). *Innovasjon i offentlig sektor og samfunnsøkonomisk lønnsomhet. En guide, utvalgte eksempler og en kartlegging av effektstudier* (Menon publikasjon nr. 72/2016). M. Economics. Hentet fra <http://www.ks.no/globalassets/innovasjon-i-offentlig-sektor.pdf>

- Grönroos C. (2008). Service logic revisited: who creates value? And who co-creates? *European business review*, 20(4), 298-314.
- Hauge E S, Grund E H, & Weigel B. (2016). *Innovasjonssystem innen helse og omsorg*. Oxford Research AS.
- Hauge E S, Khan S, & Grønås-Werring M. (2017). *Kartlegging av kompetansemiljøer på tjenesteinnovasjon*. Oxford Research AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* (Meld. St. 11 (2015–2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015d). *Regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Forskning og innovasjon i helse og omsorg (2015-2018)* (I-1168).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF. Krav og rammer m.v. for 2018.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2015). *Legemiddelmeldingen. Riktig bruk - bedre helse*. (Meld. St. 28 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1e17b19947224def82e509ca5f346357/no/pdfs/stm201420150028000dddpdfs.pdf>.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2017). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2018*. (Prop. 1 S (2017-2018)). Helse- og omsorgsdepartementet,: Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f2a804efb5444456b68c47baf567f8df/no/pdfs/prp201720180001hoddddpdfs.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2003). *Nasjonalt nettverk for kommersialisering av helseinnovasjon* (IS-1121). Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017a). *Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenestene 2016. Utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren* (IS-2613). Helsedirektoratet. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1340/2016_Analyse%20av%20Utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren%20.pdf
- Helsedirektoratet. (2017b). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (IS-2620). Helsedirektoratet, Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Ledelse%20og%20kvalitetsforbedring.pdf>.
- Homburg C, & Pflessler C. (2000). A multiple-layer model of market-oriented organizational culture: Measurement issues and performance outcomes. *Journal of marketing research*, 37(4), 449-462.
- Honerud J. H. (2018). *Rapport fra litteratur-review om innovasjonssystemer i offentlig sektor*. Høgskolen i Sørøst-Norge, Handelshøgskolen.

- Hulgård L, & Andersen L. L. (2015). Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon. I: N. ministerråd (red.), *Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon. Kartlegging av innsatser for sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon i Norden* (Vol. TemaNord 2015:502): Nordisk ministerråd.
- Innovasjon Norge. (2016). *Drømmeløftet 2016: Helse og velferd. En rapport fra Innovasjon Norge om utfordringer og muligheter innenfor mulighetsområdet helse- og velferd*. Innovasjon Norge. Hentet fra <http://www.drømmeløftet.no/wp-content/uploads/2016/08/Helseogvelferd.pdf>
- Iversen H. P, & Ødegård A. (2015). Hverdagsinnovasjon - et kompleksitetsteoretisk perspektiv. I: Willumsen E & Ødegård A (red.), *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling* (s. 135-152). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jayachandran S, Sharma S, Kaufman P, & Raman P. (2005). The role of relational information processes and technology use in customer relationship management. *Journal of Marketing*, 69(4), 177-192.
- Jensen, M. B., Johnson B, Lorenz E, & Lundvall B. Å. (2007). Forms of knowledge and modes of innovation. *Research Policy*, 36(5), 680-693.
- Johnson M. D, & Gustasson A. (2003). *Competing in a service economy: how to create a competitive advantage through service development and innovation* (Vol. 37): John Wiley & Sons.
- Kohtamäki M, Partanen J, Parida V, & Wincent J. (2013). Non-linear relationship between industrial service offering and sales growth: The moderating role of network capabilities. *Industrial Marketing Management*, 42(8), 1374-1385.
- Koskela-Huotari K, Edvardsson B, Jonas J. M, Sörhammar D, & Witell L. (2016). Innovation in service ecosystems—Breaking, making, and maintaining institutionalized rules of resource integration. *Journal of Business Research*, 69(8), 2964-2971.
- Kristensson P, Magnusson P. R, & Matthing J. (2002). Users as a hidden resource for creativity: Findings from an experimental study on user involvement. *Creativity and innovation management*, 11(1), 55-61.
- Kunnskapsdepartementet. (2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. (Meld. St. 13 (2011-2012)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>.
- Kunnskapsdepartementet. (2014). *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015-2024*. (Meld. St. 7 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/e10e5d5e2198426788ae4f1ecbbbc20/no/pdfs/stm201420150007000dddpdfs.pdf>.
- Lawrence T. B, & Suddaby R. (2006). Institutions and Institutional Work. I: Clegg S. R., Hardy C, Lawrence T. B, & Nord W (red.), *Handbook of Organization Studies*
- Leydesdorff L, & Zawdie G. (2010). The Triple Helix Perspective of Innovation Systems. *Technology Analysis & Strategic Management*, 22(7), 789-804.
- Lundvall B-Å. (2010). *National system of Innovation. Toward a Theory of Innovation and Interactive Learning*: Anthem Press.
- Maghe V, & Cincera M. *Implementation of innovation policy in a national innovation system perspective - a typology*. OECD. Université Libre de Bruxelles.
- Markman A. B, & Wood K. L. (2009). *Tools of innovation*: Oxford University Press.
- Matthews M, Lewis C, & Cook G. (2009). *Public Sector Innovation: A Review of the Literature. Report on a project carried out to support the preparation of an ANAO Better Practice Guide on public sector innovation*. Australian National Audit Office (ANAO).
- Mayer R. C, Davis J. H, & Schoorman F. D. (1995). An Integrative Model of Organizational Trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.

- Nonaka I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5(1), 14-37.
- Nonaka I, Toyama R, & Konno N. (2000). SECI, Ba and Leadership: a Unified Model of Dynamic Knowledge Creation. *Long Range Planning*, 33(1), 5-34.
- Nordic Innovation. (2017). *Nordic infrastructure of test facilities*. Hentet fra <http://www.nordicinnovation.org/Documents/Programmes/Innovative%20Nordic%20Welfare%20Solutions/Nordic%20Infrastructure%20of%20Test%20Facilities.pdf>
- Nordisk ministerråd. (2015). *Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon. Kartlegging av innsatser for sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon i Norden* (TemaNord 2015:502). Nordisk ministerråd.
- Norges forskningsråd. (2012). *Innovasjon i offentlig sektor. Kunnskapsoversikt og muligheter*. Norges forskningsråd og Damvad.
- Norges forskningsråd. (2018). *Innovasjon i offentlig sektor. Forskningsrådets strategi 2018-2023*. Hentet fra https://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Taktskifte_for_innovasjon_i_offentlig_sektor/1254032730694?lang=no
- Nysveen H, & Skard S. (2015). Samskaping og tillit. *MAGMA. ECONAS tidsskrift for økonomi og ledelse*, 4, 31-39.
- OECD. (2005). *Oslo Manual. Guidelines for collecting and interpreting innovation data* (3rd Edition). OECD & European Commission. Hentet fra <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/9205111e.pdf?expires=1518616168&id=id&accname=guest&checksum=71A619F87A54CA3650EB730A71201638>
- OECD. (2015). *The innovation Imperative in the Public Sector: Setting an Agenda for Action*. Paris: OECD. Hentet fra https://books.google.no/books?id=-FxiCgAAQBAJ&pg=PT8&lpg=PT8&dq=Governments+are+seeking+to+innovate:+in+how+they+work,+in+the+services+they+provide+and+how+they+provide+them,+and+in+how+they+interact++with+their+citizens,+business+and+civil+society&source=bl&ots=QiPw_nU7jp&sig=cGrc1XOI0yUXhYizM0axB_BaM2M&hl=no&sa=X&ved=0ahUKewiKi6yzirzZAhULKVAKHcaMA90Q6AEINTAB#v=onepage&q=Governments%20are%20seeking%20to%20innovate%3A%20in%20how%20they%20work%2C%20in%20the%20services%20they%20provide%20and%20how%20they%20provide%20them%2C%20and%20in%20how%20they%20interact%20%20with%20their%20citizens%2C%20business%20and%20civil%20society&f=false
- OECD. (2018). *Embracing Innovation in Government. Global Trends 2018*. OECD. Hentet fra <http://www.oecd.org/gov/innovative-government/embracing-innovation-in-government-2018.pdf>
- Osgood C. E, Suci G. J, & Tannenbaum P. H. (1957). *The Measurement of Meaning*. Urbana IL: University of Illinois Press.
- Otto J. E, & Ritchie J. B. (1996). The service experience in tourism. *Tourism Management*, 17(3), 165-174.
- Parida V, Sjödin D. R, Wincent J, & Kohtamäki M. (2014). Mastering the transition to product-service provision: Insights into business models, learning activities, and capabilities. *Research-Technology Management*, 57(3), 44-52.
- Prebensen N. K, Vittersø J, & Dahl T. I. (2013). Value co-creation significance of tourist resources. *Annals of Tourism Research*, 42, 240-261.
- Prebensen N. K, Woo E, Chen J. S, & Uysal M. (2013). Motivation and involvement as antecedents of the perceived value of the destination experience. *Journal of Travel Research*, 52(2), 253-264.
- Prebensen N. K, & Xie J. (2017). Efficacy of co-creation and mastering on perceived value and satisfaction in tourists' consumption. *Tourism Management*, 60, 166-176.

- Rambøll Management Consulting. (2017). Evaluering av utdanningstilbudet "Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten".
- Robbins S. P. (1990). *Organization theory: structure, design, and application*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Salge T. O. (2012). The temporal trajectories of innovative search: insights from public hospital services. *Res. Policy*, 41(4), 720-733.
- Salge T. O., & Vera A. (2009). Hospital innovativeness and organizational performance: evidence from English public acute care. *Health Care Manage*, 34(1), 54-67.
- Sand T. (2011). *5 spilleregler for innovasjonspraksis*. Brand Management Group. Hentet fra <http://www.brandmanagement.no/files/2011/09/Fem-spilleregler-for-innovasjonspraksis.pdf>
- Sandström S, Edvardsson B, Kristensson P, & Magnusson P. (2008). Value in use through service experience. *Managing Service Quality: An International Journal*, 18(2), 112-126.
- Schein E. H. (1992). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Service Design Network. (2016). *Service Design Impact Report. Public Sector 2016*. Service Design Network.
- Sheth J. N, Newman B. I, & Gross B. L. (1991). *Consumption values and market choice*. Cincinnati, OH: South Western Publishing.
- Sivertsen G. (2015). *Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene. En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren* (16/2015). NIFU - Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/1085610/NIFUarbeidsnotat2015-16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Skogseid I, Nesse J. G, & Larsen Ø. H. (2017). Innovasjonøkosystem - ei teoretisk overbygning. I: Nesse J. G (red.), *Innovasjonøkosystem* (s. 23-48): Fagbokforlaget.
- Støren L. A. (2017). Medarbeidere i norsk helsesektor: bak sine danske kolleger når det gjelder læring og innovasjon? *Forskningspolitikk*, 40(3/4), 30-32.
- Sweeney J. C, & Soutar G. N. (2001). Consumer perceived value: the development of a multiple item scale. *Journal of Retailing*, 77(1), 203-220.
- Sæther E. M, Bugge C, Bråten R H, & Kristiansen I. S. (2017). *Fremtidens helse- og omsorgstjeneste - Hvilke helsepolitiske veivalg står vi foran?* Oslo Economics. Hentet fra <http://osloeconomics.no/wp-content/uploads/Fremtidens-helse-og-omsorgstjeneste.pdf>
- Teigen H. (2007). Innovativ forvaltning. Abrensningar og omgepsbruk. I: Rønning R & Teigen H (red.), *En innovativ forvaltning?* (s. 13-43): Fagbokforlaget.
- Teigen H. (2013). Kommunane som innovatørar. I: Ringholm T, Teigen H, & Aarsæther N (red.), *Innovative kommuner* (s. 31-52): Cappelen Damm AS.
- Teigen H, Ringholm T, & Aarsæther N. (2013). Innovatør frå alders tid. I: Ringholm T, Teigen H, & Aarsæther N (red.), *Innovative kommuner*: Cappelen Damm AS.
- Thune T. (2015). *Sykehus som innovasjonsarena*. U. i. Oslo. Senter for teknologi, innovasjon og kultur. Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/48995/Sykehus+som+innovasjonsarena.pdf?sequence=1>
- Thune T. (2018). *Bidrag til notat til Helsedirektoratet om innovasjon i helsesektoren*. TIK Senter for teknologi, innovasjon og kultur. Universitetet i Oslo.
- Vargo S. L, & Lusch R. F. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of marketing research*, 68(1), 1-17.

- Vargo S. L, & Lusch R. F. (2006). Service-Dominant Logic: What It Is, What It Is Not, What It Might Be. I: Lusch R. F & Vargo S. L (red.), *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate and Directions*. New York: M. E. Sharpe.
- Vargo S. L, & Lusch R. F. (2008). Service-Dominant Logic: Continuing the Evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 1-10.
- Vargo S. L, & Lusch R. F. (2011). Its All B2B...and Beyond: Toward a Systems Perspective of the Market. *Industrial Marketing Management*, 40, 181-187.
- Vargo S. L, Wieland H, & Akaka M. A. (2015). Innovation through institutionalization: A service ecosystems perspective. *Industrial Marketing Management*, 44, 63-72.
- Vittersø J, Prebensen N. K, Hetland A, & Dahl T. (2017). The emotional traveler: Happiness and engagement as predictors of behavioral intentions among tourists in Northern Norway. I: Chen J (red.), *Advances in Hospitality and Leisure*: Emerald Publishing Limited.
- Von Krogh G, Ichijo K, & Nonaka I. (2001). *Slik skapes kunnskap. Hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenking i organisasjoner*: NKS Forlaget.
- Voorberg W. H, Bekkers V. J, & Tummers L. G. (2015). A systematic review of co-creation and co-production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17(9), 1333-1357.
- Wang C. L, & Ahmed P. K. (2004). The development and validation of the organisational innovativeness construct using concompanyatory factor analysis. *European journal of innovation management*, 7(4), 303-313.
- Wass S, & Vimarlund V. (2016). Healthcare in the age of open innovation - A literature review. *Health Information Mangament Journal*, 45(3), 121-133.
- Weber J. A. (2001). Partnering with resellers in business markets. *Industrial Marketing Management*, 30(2), 87-99.
- Whicher A. (2017). Design ecosystems and innovation policy in Europe. *Strategic Design Research Journal*, 10(2), 117-125.
- Williams P, & Soutar G. N. (2009). Value, satisfaction and behavioral intentions in an adventure tourism context. *Annals of Tourism Research*, 36(3), 413-438.
- Willumsen E, Sirnes T, & Ødegård A. (2015). Innovasjon innen helse og velferd - sosial innovasjon. I: Willumsen E & Ødegård A (red.), *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling* (s. 26-44). Bergen: Fagbokforlaget.
- Willumsen E, & Ødegård A. (2015). *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Woodruff R. B. (1997). Customer value: the next source for competitive advantage. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25(2), 139.
- Yi Y, & Gong T. (2008). If employees "go the extra mile", do customers reciprocate with similar behavior? *Psychology and Marketing*, 25, 961-986.
- Yi Y, & Gong T. (2012). Customer value co-creation behavior: Scale development and validation. *Journal of Business Research*, 66(9), 1279-1284.
- Yi Y, Natarajan R, & Gong T. (2011). Customer participation and citizenship behavioral influences on employee performance, satisfaction, commitment, and turnover intention. *Journal of Business Research*, 64, 87-95.
- Zeithaml V. A. (1988). Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 52(3), 2-22.
- Zeithaml V. A, Bolton R. N, Deighton J, Keiningham T. L, Lemon K. N, & Petersen J. A. (2006). Forward-looking focus: can firms have adaptive foresight? *Journal of Service Research*, 9(2), 168-183.



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helseDirektoratet.no