

Nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet i helseforetak og private, ideelle sykehus

Rapport fra nasjonal arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet

Januar, 2025

Innhold

1. Sammendrag og tilrådninger.....	3
2. Innledning.....	5
2.1. Formål	5
2.2. Bakgrunn	5
2.3. Mandat for arbeidet.....	7
2.4. Gjennomføring av arbeidet	7
2.5. Avgrensning av arbeidet.....	8
2.6. Liste over forkortelser brukt i dokumentet.....	8
3. Hva menes med innovasjon?	9
3.1. Helseforetakenes innovasjonsaktivitet	10
3.1.1. Innovasjon og annet tilgrensende arbeid	10
4. Hensyn i løsning av oppdraget	11
4.1. Hva kjennetegner en god indikator?	12
4.2. Prinsipper og konsekvenser for valg av modell.....	12
5. Etablering av datagrunnlaget for en indikator	14
5.1. utfordringer ved gjeldende datagrunnlag	14
5.2. Hva finnes av datakilder for innovasjon?	18
6. Revidert modell for måling av innovasjon – vurderinger og anbefalinger.....	25
6.1. Hva skal ny innovasjonsindikator vise?	25
6.2. Foreløpig om poengberegning	26
6.3. Særskilt om nytte og personellbesparende innovasjoner.....	27
7. Veien videre	28
7.1. Avklaring av datagrunnlag.....	28
7.2. Strukturert og harmonisert rapportering.....	28
7.3. Poengberegning og simulering.....	28
7.4. Vurderinger ved en ev. innfasing i det statlige, delvis resultatbaserte tilskuddet til forskning i helseforetakene.....	28
8. Økonomiske, administrative og personellmessige konsekvenser.....	29
Referanser	30
Vedlegg	31
1. Nasjonalt system for måling av forskning og innovasjon i helseforetakene	31
Måling av forskningsresultater	31
Arbeidet som ledet frem til en nasjonal innovasjonsindikator	31
2. Uttrekk av data fra felles informasjonsdelingssystem for innovasjon.....	33

1. Sammendrag og tilrådninger

Formålet med måling av innovasjonsaktivitet ved bruk av egen indikator er å øke synligheten av og skaffe oversikt over innovasjonsaktivitet, samt å fremme kvalitet og ønsket utvikling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene og private ideelle sykehus.¹ Det er konsensus i arbeidsgruppen om at datagrunnlaget for den eksisterende innovasjonsindikatoren og tilhørende rapporteringspraksis ikke er av god nok kvalitet. Å etablere et datagrunnlag av høy kvalitet er en forutsetning dersom en innovasjonsindikator på et senere tidspunkt skal virke inn på fordelingen av det statlige øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene på linje med den nasjonale forskningsindikatoren.

Arbeidet har identifisert flere svakheter ved dagens modell. Det er utfordrende å skaffe oversikt over innovasjonsaktiviteten i helseforetakene på en objektiv og strukturert måte, dersom man skal inkludere både aktivitetsregistrering og nyttevurdering i en og samme indikator. Arbeidsgruppen vurderer derfor at indikatoren må begrenses til data som kan verifiseres og som kan samles inn på en enkel og ensartet måte. Det er behov for en utfyllende rapporteringsinstruks i tillegg.

I valg av ny modell for rapportering av innovasjonsaktivitet har arbeidsgruppen lagt vekt på følgende prinsipper: i) innovasjonsindikatoren skal gjenspeile mangfoldet i aktiviteten i helseforetakene, ii) innovasjonsindikatoren skal baseres på objektive og etterprøvbare data, iii) innovasjonsindikatoren skal stimulere til implementering og spredning, iv) regionalt initierte satsninger innenfor teknologi og digitalisering holdes utenfor og v) indikatoren bør stimulere til at gode lokale prosjekter tas i bruk.

Arbeidsgruppen foreslår en modell som består av tre delindikatorer; tildeling av midler fra regionale, nasjonale og internasjonale konkurransearenaer, antall lokale innovasjonsprosjekter som kan dokumentere oppnådd regional og nasjonal spredning og antall kommersielle innovasjonsløp. Flere datakilder med objektive krav til kvalitet og nytte bidrar til å styrke indikatorens robusthet. Forslaget til ny modell innebærer at det ikke lenger vil være relevant med en faseinndelt indikator. En tredelt innovasjonsindikator som baserer seg på ulike kilder har fellestrekk med forskningsindikatoren som består av indikatorer for vitenskapelige publikasjoner, avlagte doktorgrader, uttelling for tildeling av ekstern finansiering og indikator for kliniske behandlingsstudier. Hvordan de ulike indikatorene i innovasjonsindikatoren skal vektes vil utredes nærmere og simuleres.

Implementering er en svært viktig del av innovasjonene. Det har lenge vært et mål at flere av innovasjonsprosessene som starter i fagmiljøene skal resultere i løsninger som blir tatt i bruk og/eller blir anskaffet. Imidlertid viser erfaringene fra pilotering at systematisk nyttevurdering av innovasjonsaktiviteten er omfattende og vanskelig å gjennomføre på en strukturert måte som del av en indikator. For å ivareta behovet for å vurdere nytteverdien på en systematisk måte, foreslår arbeidsgruppen at det ses på muligheten for at de årlige aktivitetsindikatorene kombineres med systematiske evalueringer etter modell fra evalueringene av norsk forskning i regi av Forskningsrådet, gjerne med 5-10 års intervaller mellom evalueringene. Internasjonalt er det bred erfaring med å kombinere enklere aktivitetsindikatorer med systematiske evalueringer, som gir bedre innblikk i kvalitet og nytteverdi.

Arbeidsgruppen har vurdert hvordan hensynet til personellbesparende innovasjoner kan ivaretas gjennom en indikator, jf. føringer i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Det er arbeidsgruppens anbefaling at dette hensynet best kan ivaretas gjennom andre virkemidler, som for eksempel føringer for utlysning av innovasjonsmidler nasjonalt og regionalt. Arbeidsgruppen mener at indikatoren på en indirekte måte kan ivareta dette hensynet, ved at tildelinger av innovasjonsmidler

¹ Gjelder private ideelle sykehus som inngår som en del av det nasjonale målesystemet for forskning.

synliggjøres og gis uttelling og ved at det gis uttelling for prosjekter som adopteres ved andre helseforetak.

For å bidra til mer strukturert, harmonisert og enhetlig rapportering foreslår arbeidsgruppen at det utarbeides en rapporteringsinstruks som klargjør formål, definisjoner, avgrensninger, hva som inngår som tellende aktivitet og hvordan rapporteringen skal gjennomføres. Dette blir en sentral oppfølging av dette arbeidet.

2. Innledning

Helsetjenesten har alltid lett etter nye og bedre løsninger enn de som allerede finnes. Noen av løsningene fører til store endringer som kan innebære et brudd med tidligere praksis. Slike større endringer omtales ofte som innovasjoner. Innovasjon i helsetjenesten er både et samfunnsmessig behov og et politisk mål, og kan være et viktig virkemiddel for å utvikle og forbedre tjenestene, og for å styrke tjenestenes bærekraft. Økt innovasjonsaktivitet i helsetjenestene kan komme pasienter, pårørende, ansatte, organisasjonene og samfunnet til gode.

Innovasjon kan gi økt intern verdiskaping i form av bedre pasientforløp, mer smidige arbeidsprosesser og bedre bruk av personellens kompetanse, eller mer effektive driftsmodeller. Samtidig representerer utfordringene i helsesektoren en mulighet for å bidra til ekstern verdiskaping i samfunnet, gjennom kommersialisering av forskning og innovasjon, bedriftsetableringer og utvikling av ny og banebrytende medisin og teknologi. Samarbeid med norske oppstartsbedrifter og etablerte selskaper i forsknings- og innovasjonsprosjekter og innovative anskaffelser er viktig for å oppnå ekstern verdiskaping. Det er ofte en gjensidig påvirkning mellom den interne og den eksterne verdiskapingen som til sammen utgjør den innovasjonskraften som dette arbeidet søker å finne et uttrykk for gjennom en innovasjonsindikator.

2.1. Formål

Formålet med måling av innovasjonsaktivitet ved bruk av en egen indikator er å øke synligheten av og skaffe oversikt over aktiviteten, samt å fremme kvalitet og ønsket utvikling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene og private ideelle sykehus.² Informasjonen indikatoren gir kan brukes som grunnlag for styring og prioritering av aktiviteten lokalt og regionalt, og for sammenlikning mellom helseforetak og private ideelle sykehus.

Det er et politisk ønske å styrke virkemidlene for innovasjon i spesialisthelsetjenesten. En ev. økonomisk uttelling i det statlige, delvis resultatbaserte finansieringssystemet for forskning i helseforetakene vil først vurderes når det er oppnådd tilstrekkelig god kvalitet i målingen. Formålet med en aktivitetsindikator er ikke å dokumentere nytte og/eller effekter av innovasjoner.

2.2. Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har over tid lagt til rette for innovasjonsaktivitet i helsesektoren gjennom styring, organisering og finansiering. Innovasjon er ikke en lovpålagt oppgave for helseforetakene slik forskning er, men det er likevel stilt ulike krav og føringer om innovasjon i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet siden 2007.³

Det er siden 2011 utviklet ulike modeller og indikatorsett for dokumentasjon og måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene.^{4 5} For å forstå bakgrunnen for og begrensningene ved dagens modell, se omtale i punkt 5.1, er det verdt å merke seg at innovasjonsindikatoren i utgangspunktet skulle representere tjenesteinnovasjon i helseforetakene. I rapporten *Forslag til nye nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren* (2011) fra de regionale helseforetakene ble det gjort en gjennomgang av innovasjonsindikatorerne som det til da ble rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet etter. Målet

² Gjelder private ideelle sykehus som inngår som en del av det nasjonale målesystemet for forskning.

³ [Oppdragsdokument - regjeringen.no](http://Oppdragsdokument-regjeringen.no)

⁴ De regionale helseforetakene (2011): Rapport: Forslag til nye nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

⁵ NIFU (2015): Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene. En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren. Arbeidsnotat 16/2015

var å dekke «endringer som resultat av prosess- og tjenesteinnovasjoner slik at indikatorene på en adekvat måte fanger opp både kommersiell og ikke-kommersiell innovasjonsaktivitet». Ideen om å hente data fra faseindelte innovasjonsprosjekter ble lansert da: «Arbeidsgruppen anbefaler en god organisering av innovasjonsprosjekter, og legger frem forslag om samlet oversikt i en database både internt i foretakene og nasjonalt. En slik database vil lette samhandling og deling av innovasjonsprosjekter mellom helseforetakene.»

Dette ble utgangspunktet for konkretiseringen i rapporten *Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene* (2015), som dagens rapportering bygger på, og for anskaffelsen av felles informasjonsdelingssystem mellom helseforetakene. Formålet med gjeldende innovasjonsindikator var å måle og stimulere til økt gjennomføring, implementering og spredning av innovasjon på bakgrunn av et nytt datagrunnlag.⁶ Selv om denne består av to komponenter, den faseindelte aktivitetskomponenten og en nyttekomponent, har rapporteringen i det nasjonale systemet for måling av forskning og innovasjon i helseforetakene hittil vært avgrenset til den faseindelte aktivitetskomponenten.⁷ Det er gjennomført en pilot for nyttekomponenten som er oppsummert i en rapport fra de regionale helseforetakene i 2017.⁸ Arbeidsgruppens vurderinger fra piloten er omtalt i punkt 5.1.2.

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 ble det varslet at det på sikt skulle vurderes om den nasjonale innovasjonsindikatoren skulle utløse økonomiske insentiver, innenfor rammen av det statlige øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene, under forutsetning av at dataene holdt tilstrekkelig kvalitet.⁹

På bakgrunn av erfaringene med rapportering av innovasjonsresultater etter gjeldende modell, ønsket departementet å gjøre opp status, få økt innsikt i erfaringene og hvilke behov de regionale helseforetakene og helseforetakene har for data om innovasjonsaktivitet. Dette var bakgrunnen for at den nasjonale arbeidsgruppen ble nedsatt høsten 2023.

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 legger regjeringen frem sin politikk for å ruste den samlede helse- og omsorgstjenesten for fremtiden. Hovedgrepene i meldingen dreier seg blant annet om å prøve ut og innføre nye organisasjonsformer. Planen omtaler behovet for personellbesparende innovasjoner med bakgrunn i blant annet NOU 2023:4 *Tid for handling, Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.¹⁰ Innovasjon omtales som et viktig virkemiddel for å håndtere knapphet på personell, og i møte med tjenestenes omstillingsbehov. Arbeidet med å vurdere justeringer i nasjonal indikator for innovasjon er omtalt i meldingen: «Indikatoren skal stimulere til økt oversikt, implementering og spredning av innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten. Økt behov for personellbesparende innovasjoner vil være et sentralt hensyn i arbeidet.»¹¹ I regjeringens ventetidsløfte er innovasjon ett av tiltakene som fremheves i arbeidet med å redusere ventetider i spesialisthelsetjenesten, og som partene gjennom avtalen vil jobbe sammen om.¹²

⁶ NIFU (2015): Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene. En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren. Arbeidsnotat 16/2015

⁷ [Nasjonalt system for måling av forsknings- og innovasjonsaktivitet i helseforetakene og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

⁸ De regionale helseforetakene (2017): Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsnytte. Statusrapport pr. 18.12.2017. Videreutvikling av nasjonale innovasjonsindikatorer for helsesektoren

⁹ Meldt. St. 11 (2015-2016) *Nasjonalt helse- og sykehusplan (2016-2019)*

¹⁰ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

¹¹ Meld St. 9 (2023-2024) *Nasjonalt helse- og samhandlingsplan 2024-2027 – Vår felles helsetjeneste*

¹² Regjeringen, Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund, Den norske legeforening, Delta, Psykologforeningen, Spekter, Virke, NHO Geneo, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. Se

2.3. Mandat for arbeidet

Med utgangspunkt i utfordringsbildet omtalt over ble det i 2023 nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe, ledet av Helse- og omsorgsdepartementet, for å vurdere justeringer i nasjonal indikator for innovasjon. Arbeidsgruppen har bestått av deltakere fra de regionale helseforetakene, helseforetakene, NIFU og Forskningsrådet, se sammensetning under.

Formålet med dette arbeidet har vært å utforme en oppdatert modell for hvordan innovasjonsaktivitet i helseforetakene kan dokumenteres og inngå i det nasjonale målesystemet for forskning og innovasjon. I henhold til mandatet skulle arbeidsgruppen på bakgrunn av erfaringer og tilgjengelig dokumentasjon av indikatoren og arbeidet med innføringen av den:

1. Vurdere faseinndelingen og vektingen av disse
2. Avklare indikatorens faktor for nyttevurdering
3. Harmonisere og forbedre registrering og rapportering
4. Simulere fordelingen av statlig, øremerket tilskudd basert på tall fra 2023
5. Diskutere fordeler og ulemper ved å innføre en femte indikator i departementets nasjonale, delvis resultatbaserte finansieringssystem for forskning

2.4. Gjennomføring av arbeidet

Det er gjennomført tre fysiske og fire digitale møter i arbeidsgruppen. Arbeidsgruppens medlemmer har bidratt med kartlegginger, vurderinger og skriftlige bidrag til sluttrapporten. De regionale helseforetakene ved fag-/forskningsdirektører er orientert om status og har gitt innspill til arbeidet i møter høsten 2023, våren 2024 og har fått en presentasjon av rapporten vinteren 2025. Det er gitt en presentasjon av arbeidet i Spekters sektorråd for helse høsten 2024. Rapporten ble høsten 2024 sendt for en uformell innspillsrunde i helseforetakenes innovasjonsnettverk.

Arbeidsgruppen har disponert arbeidet etter mandatet. Utgangspunktet for arbeidet var en justering i gjeldende modell for måling av innovasjonsaktivitet. På bakgrunn av arbeidsgruppens diskusjoner og vurderinger av datagrunnlag og rapporteringspraksis har arbeidsgruppen vurdert at det er behov for større endringer i hvordan helseforetakene rapporterer innovasjonsaktivitet. Det varierer derfor i hvilken grad oppgavene i mandatets punkt 1-3 er fulgt opp. Hvilke vurderinger og valg som er tatt i arbeidet begrunnes. Dette utdypes i kap. 4 og 6.

Som en følge av at arbeidsgruppen foreslår større endringer i rapportering av innovasjonsaktivitet, vil mandatets punkt 4 og 5 gjennomføres som en oppfølging av denne rapporten. Datagrunnlaget må avklares og arbeidsgruppen foreslår at det etableres en rapporteringsinstruks for å sikre lik rapportering. Deretter kan det gjennomføres poengberegning og simulering. Dette omtales nærmere i kap. 7. En diskusjon av fordeler og ulemper ved å innføre en femte indikator i det nasjonale delvis resultatbaserte finansieringssystemet vil gjennomføres når det foreligger et nytt datagrunnlag og erfaringer med gjennomføring av rapportering.

Selv om arbeidet er gjort med utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten, kan modellen med enkelte tilpasninger også være relevant for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og innenfor folkehelsearbeid.

Arbeidsgruppen har hatt følgende sammensetning:

Helse- og omsorgsdepartementet	Nils Olav Refsdal (leder)
NIFU	Marianne van der Wel (sekretær)
De regionale helseforetakene	Gunnar Sivertsen (rådgiver)
	Lena Forgaard (HV)
	Marit Skyrud Bratlie (HMN)
	Magnus Engeset (HN)
	Christian Skattum (HSØ)
Universitetssykehus	Erlend B. Smeland (OUS)
Ikke-universitetssykehus	Rikke Aune Asbjørnsen (SiV)
Forskningsrådet/HelseOmsorg21-monitor	Katrine Rolid (observatør)

2.5. Avgrensning av arbeidet

Informasjonsdeling, læring på tvers av helseforetakene og tiltak som stimulerer til en kultur for innovasjon er viktig for å få til en nødvendig omstilling og en bærekraftig ressursbruk i helseforetakene, inkludert bruk av personellet. Deling av informasjon og læring på tvers var et selvstendig formål ved gjeldende innovasjonsindikator, se vedlegg for nærmere omtale. Arbeidsgruppen har vurdert at slike formål ivaretas best gjennom andre virkemidler enn en indikator.

2.6. Liste over forkortelser brukt i dokumentet

DOFI – disclosure of invention (oppfinnelser basert på forskning)

HOD – Helse- og omsorgsdepartementet

HV – Helse Vest regionalt helseforetak

HMN – Helse Midt-Norge regionalt helseforetak

HN – Helse Nord regionalt helseforetak

HSØ - Helse Sør-Øst regionalt helseforetak

IN – Innovasjon Norge

KI – kunstig intelligens

NFR – Norges forskningsråd

NIFU – Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning

OUS – Oslo universitetssykehus

RHF – regionale helseforetak

SiV – Sykehuset i Vestfold helseforetak

TTO – teknologioverføringskontor

3. Hva menes med innovasjon?

Oprinnelsen til innovasjon som begrep spores gjerne til leveranser av varer eller tjenester til et marked. Bruken av begrepet varierer mellom og innad i sektorer, men selv med variasjon så finnes det definisjoner som har god forankring og som kan bidra til felles forståelse. I dette kapittelet gjengis relevante definisjoner av innovasjon, brukt i nasjonale og internasjonale sammenhenger.

Eurostat definerer innovasjon som bruken av nye ideer, produkter eller metoder på områder de tidligere ikke er tatt i bruk.¹³ Vektleggingen av ny for virksomheten er sentral. Definisjonen omfatter her både kommersielle innovasjoner, som er introduksjon til markedet av en ny og signifikant forbedret vare eller tjeneste, og ikke-kommersielle innovasjoner, som er implementering av en ny eller signifikant forbedret produksjonsprosess, distribusjonsmetode eller tjenestestøtte (prosessinnovasjon eller tjenesteinnovasjon). Eurostats omtale av innovasjon retter seg i stor grad mot bedrifter, men for dette arbeidets formål brukes innovasjonsbegrepet innenfor rammen av offentlige tjenester.

Oslomanualen (OECD, 2018) legger til grunn at innovasjon kan og bør bli målt.¹⁴ Innovasjon innebærer en praktisk bruk av eksisterende eller nylig utviklet informasjon eller kunnskap. Det er et uttalt ønske at innovasjoner skal implementeres, det vil si at den tas i bruk eller gjøres tilgjengelig for at andre kan bruke den. Fordi innovasjon også kan være å anvende en prosess eller et produkt som allerede brukes i en annen kontekst, er spredning (engelsk: diffusion) sentralt.¹⁵

Stortingsmelding om innovasjon i offentlig sektor (2020) legger til grunn OECDs definisjon av innovasjon, hentet fra Oslomanualen: «*Innovasjon i offentlig sektor kan være en ny eller vesentlig endret tjeneste, produkt, prosess, organisering eller kommunikasjonsmåte. At innovasjonen er ny, betyr at den er ny for den aktuelle virksomheten, den kan likevel være kjent for og iverksatt i andre virksomheter*».¹⁶

En mye brukt forståelse av innovasjon er at den skal være «*ny, nyttig og nyttiggjort*», en forståelse som ble lagt til grunn for utarbeidelsen av innovasjonsindikatoren og som brukes i sykehusenes innovasjonsstrategier og av KS.¹⁷ Innovasjon innebærer brudd med tidligere praksis.¹⁸

Utgangspunktet for en innovasjonsprosess er ofte et erkjent behov, eller en idé til hvordan tjenestene kan leveres eller organiseres på andre måter. Utfallet av en innovasjonsprosess er gjerne åpent og i endring.

Verdiskaping, og realiseringen av denne verdien, er et mål ved innovasjonsprosesser. Realisering av en innovasjonsprosess sin verdi, eller nytte, er usikker, den kan utvikle seg over tid og kan i utgangspunktet først evalueres etter implementering.¹⁹

Oppsummert kan innovasjonsbegrepet sies å både vise til en aktivitet som har til hensikt å resultere i en innovasjon, og til de konkrete resultater og effekter av aktivitetene. Måling av innovasjon kan innebære å dokumentere en aktivitet, for eksempel ved at en lovende innovasjon dokumenteres tidlig i et innovasjonsforløp når prosjektet tildeles konkurranseutsatte innovasjonsmidler. Måling av innovasjon kan videre dokumentere faktisk oppnådde resultater senere i et innovasjonsforløp, som verifiseres gjennom forskning eller evalueringer.

¹³ [Glossary: Innovation - Statistics Explained \(europa.eu\)](#)

¹⁴ OECD/Eurostat (2018): *Oslo Manual 2018, Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation*, 4th Edition.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Meld. St. 30 (2019-2020): En innovativ offentlig sektor – Kultur, ledelse og kompetanse

¹⁷ Se for eksempel OUS innovasjonsstrategi (2018-2022)

¹⁸ Meld. St. 30 (2019-2020): En innovativ offentlig sektor – kultur, ledelse og kompetanse

¹⁹ Ibid

Effekter av en innovasjon viser til endringer i praksis, eller til en bredere samfunnsnytte av en innovasjon. I dette arbeidet er det søkt å tydeliggjøre hvilke sider av aktiviteten som vektlegges, se nærmere omtale i kapittel 6.

3.1. Helseforetakenes innovasjonsaktivitet

Hva skal defineres som innovasjonsprosesser i helsesektoren og hvor går grensen til andre aktiviteter innenfor helseforetakenes virksomhet? Disse spørsmålene er mye drøftet, også i dette arbeidet.

Innovasjonsaktiviteten ved helseforetakene er mangfoldig og inkluderer ulike aktiviteter. Forskningsbasert innovasjon innebærer en videreføring av resultater fra forskningsprosjekter til utvikling av nye produkter, tjenester eller metoder. Aktiviteten inngår ofte i et kommersialiseringsløp som kan gi økonomisk gevinst ved salg- eller lisensinntekter. Dette krever som regel at det søkes om rettighetsbeskyttelse som for eksempel patentering, og det kan føre til en bedriftsetablering.

Tjenesteinnovasjon, eller prosessinnovasjon, innebærer en ny eller signifikant bedre organisering eller måte en tjeneste leveres på. Tjenesteinnovasjoner kan ha et utgangspunkt i identifiserte behov hos pasienter, ansatte, pårørende eller i organisasjonen. Innovasjoner kan også oppnås gjennom samarbeid med næringsliv, og gjennom å legge til rette for innovative anskaffelser og investeringer.

3.1.1. Innovasjon og annet tilgrensende arbeid

Innovasjon og forskning henger ofte tett sammen i spesialisthelsetjenesten og det kan være vanskelig å trekke en klar grense mellom aktivitetene. Forskning kan lede til innovasjon og innovasjoner kan følges av forskning. Alle de regionale helseforetakene lyser ut øremerkede midler til både forsknings- og innovasjonsprosjekter. I praksis vil et innovasjonsprosjekt også kunne motta midler fra forskningspotten i RHF-ene.

I forskningsprosjektet «*Holo CTO PCI proktoring*» ved Sørlandet sykehus Arendal og OUS Rikshospitalet ble det utført komplekse hjerteinngrep ved hjelp av hologrammer. I alt 14 komplekse prosedyrer, fire testprosedyrer og to inngrep på pasienter ble gjennomført ved hjelp av såkalt blandet virkelighet, hvor virtuelle komponenter plasseres i de virkelige omgivelsene. Prosjektet har vært et trepartssamarbeid mellom to helseforetak og bedriften Holocare AS. Prosjektet er omtalt som et forskningsprosjekt i nasjonal rapport om forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten for 2023 og illustrerer den nære koblingen mellom innovasjon og forskning.

De regionale helseforetakene (2024): Forskning og innovasjon til pasientens beste. Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2023

Større regionale prosjekter innenfor digitalisering og IKT kan gi betydelige innovasjonseffekter i form av endringer i sykehusenes praksis. Prosjektene er ofte koblet til en regional eller nasjonal anskaffelsesprosess. Eksempler på dette er satsinger på mer brukerstyrt poliklinisk aktivitet og digital avstandsoppfølging av pasienter. Endringene forutsetter gjerne anskaffelse av plattformer for de nye digitale løsningene fra eksterne leverandører. Slike prosjekter kan være innovative, men for dette formålet vil slike prosjekter ekskluderes da de ofte er styrt utenfra og inn i helseforetakene.

Helseforetakene jobber systematisk med kvalitetsforbedringsarbeid. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder. Det innebærer å teste ut tiltak og

justere praksis inntil resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer.²⁰ Kvalitetsforbedring omfatter alt fra mindre justeringer av praksis, til å teste ut innovative ideer og tjenester. Det kan være uklart når et kvalitetsforbedringsarbeid ev. går over til å bli et innovasjonsprosjekt. Arbeidsgruppen foreslår at dette defineres nærmere i rapporteringsinstruksen som skal utarbeides.

Stadig flere innovasjonsprosjekter er en integrert del av kliniske behandlingsstudier, spesielt ved utprøving av ny teknologi. Resultatet kan både være vitenskapelige publikasjoner og kommersialiseringsløp. Denne typen prosjekter kan i tillegg ha fått ekstern finansiering. Dette gjør at ett og samme prosjekt rapporteres gjennom flere indikatorer i det nasjonale målesystemet for forskning og innovasjon. Hvordan innovasjonsaktivitet skal telles vil presiseres i en rapporteringsinstruks for indikatoren.

Hvilke avgrensninger som er gjort og hvordan en innovasjonsindikator skal operasjonaliseres drøftes nærmere i hhv. kapittel 4 og kapittel 6.

4. Hensyn i løsning av oppdraget

Et overordnet hensyn har vært at det er et behov for en nasjonal oversikt over innovasjonsaktiviteten i helseforetakene. Departementet har vurdert at en god innovasjonsindikator vil kunne spille en sentral rolle for å bidra til en slik oversikt, jf. oppdrag gitt til de regionale helseforetakene om å utarbeide innovasjonsindikatorer.

Et mål for dette arbeidet har vært å utvikle en modell som er solid og basert på valide data, og som i størst mulig grad gjenspeiler mangfoldet i innovasjonsaktiviteten i helseforetakene, jf. punkt 3.1. Videre har det vært et ønske fra arbeidsgruppen å stimulere til innovasjoner som oppstår i fagmiljøene i helseforetakene, og ikke primært ledelsesstyrte innovasjonsprosesser som koordineres fra ledelsen i helseforetak og regionale styringsorgan/strukturer. Begrunnelsen for dette er at helseforetakene mangler tydelige insentiver for å stimulere til nytenkning og innovasjon i fagmiljøene. Her skiller innovasjon seg fra forskning, som meritteres på flere måter.

Det er konsensus i arbeidsgruppen om at eksisterende datagrunnlag og rapporteringspraksis for innovasjon ikke er av god nok kvalitet til at gjeldende innovasjonsindikator kan brukes for å utløse økonomiske insentiver for helseforetakene. Å etablere et datagrunnlag av høy kvalitet er en forutsetning dersom en innovasjonsindikator på et senere tidspunkt skal virke inn på fordelingen av det statlige øremerkede tilskuddet på linje med den nasjonale forskningsindikatoren. For en nærmere omtale av det nasjonale måle- og finansieringssystemet og det øremerkede, delvis resultatbaserte tilskuddet til forskning, se vedlegg 1.

Viktige hensyn i arbeidet har vært å enes om:

- hva kjennetegner en god indikator
- hvilke prinsipper legger arbeidsgruppen til grunn for valg av modell for måling av innovasjonsaktivitet

²⁰ Kommentarer til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, se [Formål og virkeområde - Helsedirektoratet](#)

4.1. Hva kjennetegner en god indikator?

En god indikator er dekkende for den aktiviteten man ønsker å måle og stimulere. Indikatoren bør være klart definert og sammenlignbar over tid og mellom virksomheter. En god indikator er relevant, gyldig og pålitelig.²¹

Det er en fordel hvis indikatoren bygger på data som allerede finnes, for å gi minst mulig registrerings- og rapporteringsbyrde. Kildene til datagrunnlaget må være robuste og åpent tilgjengelige, for å sikre transparens. I tillegg til å måle og skape oversikt kan indikatoren gi innblikk i aktiviteten gjennom tilgang til underliggende data.

En god indikator kan bidra til å skape oppmerksomhet mot aktiviteten og et beslutningsgrunnlag på organisasjonsnivå. Slik kan for eksempel en innovasjonsindikator bidra til å fremme de aktivitetene som måles. Derfor bør grunndata som indikatoren bygger på være åpent tilgjengelige. Dette er mulig for aktiviteter i offentlig sektor. Som eksempel er norske grunndata for indikatoren for vitenskapelig publisering åpent tilgjengelig i Cristin. Noen vellykkede innovasjonsprosjekter kan ha offentlig interesse utover å gjenfinnes i grunndata. De kan velges ut og formidles som illustrerte narrativer publisert på åpne nettsider. Dette vil kunne gi både spredning og oppmerksomhet til innovasjonsarbeidet generelt i sykehusene.

Ved innføring av nye indikatorer, eller ved endring i eksisterende indikatorer, bør det gjennomføres en simulering og diskusjon med relevante miljøer for å synliggjøre effektene og avdekke eventuelle utilsiktede virkninger.

4.2. Prinsipper og konsekvenser for valg av modell

Arbeidsgruppen har i arbeidet sett på hvordan forskningsindikatoren er utformet og hvilken informasjon denne gir. Videre er det drøftet hvilke sider ved innovasjonsaktiviteten det er ønskelig å stimulere og som er mulige og enkelt lar seg dokumentere, og hva som skal til for å kunne verifisere dataene. Vi har utledet følgende prinsipper basert på disse drøftingene:

4.2.1. Innovasjonsindikatoren må gjenspeile mangfoldet i aktiviteten i helseforetakene

Forskningsindikatoren gir en samlet oversikt over forskningsaktiviteten i helseforetakene ved at den dokumenterer vitenskapelig publisering, tildeling av eksterne midler, internasjonalt samarbeid, avlagte doktorgrader og antall kliniske behandlingsstudier og pasienter som inngår.²² Indikatoren gir nyttig styringsinformasjon på nasjonalt nivå, regionalt nivå og for det enkelte sykehus.

Som vist i 3.1 er innovasjonsaktiviteten i helseforetakene mangfoldig. Det er ønskelig at dette mangfoldet ivaretas i en indikator som oppleves som gyldig og relevant. Et førende prinsipp for arbeidet har derfor vært at indikatoren bør være mer dekkende for den faktiske innovasjonsaktiviteten som pågår i sykehusene, og at man evner å skille innovasjonsaktiviteten fra annet tilgrensende arbeid. Dette for å gi en tilsvarende oversikt og styringsinformasjon som forskningsindikatoren gir.

²¹ Se avsnittet What Makes a Good Indicator? i *Science & Engineering Indicators*, som utgis av National Science Board i USA: <https://ncses.nsf.gov/indicators/about>.

²² Se nærmere omtale i vedlegg 1.

4.2.2. Innovasjonsindikatoren må baseres på mest mulig objektive og etterprøvbare data

Forskningsindikatoren er robust og etterprøvbar, og den har tillit i miljøene. Forskningsindikatoren benyttes som grunnlag for å fordele den aktivitetsbaserte delen av det statlige, øremerkede tilskuddet til forskning mellom regionene. I tillegg benyttes komponenter av forskningsindikatoren i inntektsmodellene internt i RHF-ene, som del av fordeling av budsjettene mellom sykehusene. Arbeidsgruppen mener innovasjonsindikatoren i størst mulig grad bør basere seg på data som finnes, og at det er mulig å ettergå datakildene for å sjekke deres kvalitet og objektivitet. Et eksempel på dette er prosjekter som tildeles midler fra nasjonale eller regionale konkurransearenaer, da dette innebærer at prosjektets kvalitet og relevans er vurdert av eksterne eksperter. Et annet eksempel er innovasjonsprosjekter som er blitt kopiert og implementert i flere sykehus, og der flere sykehus har gått gode for prosjektets kvalitet og implementert det. Det må være mulig å ettergå dataene som brukes for å gi indikatoren tilstrekkelig pålitelighet.

4.2.3. Implementering og spredning

Forskningsindikatoren gir ikke mye informasjon om kvaliteten på forskningsarbeidet, selv om inndeling av vitenskapelige publikasjoner på nivå 1 og nivå 2,²³ og tildeling av ekstern finansiering av forskningsmidler kan si noe indirekte om kvalitet. Forskningsindikatoren gir ingen informasjon om nytteverdi eller videre bruk av forskningsresultatene i helsetjenesten. For å dekke dette formålet, må forskningsindikatoren suppleres med regelmessige evalueringer, som gir et rikere bilde av aktiviteten, jf. for eksempel evaluering av helse- og medisin fag (EVAMEDHELSE) som 2023-2025 blir gjennomført i regi av Forskningsrådet.

For innovasjon har realisering av gevinster, i form av implementering og spredning av innovasjoner, stor betydning. Innovasjonsprosesser pågår som regel over flere år, og ofte i en iterativ prosess der prosjektet over tid beveger seg frem og tilbake mellom de ulike fasene i et forløp, også etter at løsningen er tatt i bruk. Å finne en metode for å dokumentere når en innovasjon faktisk er tatt i bruk, og når den er tatt i bruk flere steder, har derfor vært ønskelig, men vanskelig å implementere i en robust og enkel modell. Dataene bør kunne enkelt dokumenteres og sammenlignes fra et år til neste år.

På samme måte som for forskningsindikatoren, bør innovasjonens samfunnsbidrag (impact) derfor dokumenteres gjennom andre virkemidler enn en indikator.

4.2.4. Regionalt initierte satsninger innenfor teknologi og digitalisering holdes utenfor

Digitalisering og teknologi, som kunstig intelligens (KI), får en stadig større betydning for innovasjon og teknologisk utvikling og KI er viktige satsningsområder i helsetjenesten som følges opp gjennom egne regionale planer og strategier. Det kan være vanskelig å plassere opphavet til slike satsninger, i tillegg til at prosjektene ofte initieres regionalt med utgangspunkt i nasjonale satsninger, og ofte er underlagt eget styringssystem. Arbeidsgruppen vurderer at en viktig føring for arbeidet er å dokumentere innovasjonsaktivitet som starter i fagmiljøene, og regionalt initierte satsninger foreslås derfor holdt utenfor.

²³ Nivå 2 tidsskrifter representerer de 20 prosent beste tidsskriftene innen hvert fagfelt.

4.2.5. Indikatoren bør stimulere til at gode lokale prosjekter tas i bruk

Det har lenge vært et mål at flere av innovasjonsprosessene som starter i fagmiljøene skal resultere i løsninger som blir tatt i bruk og/eller anskaffet i helseforetaket og i andre helseforetak innad og på tvers av helseregionene, framfor å forbli en pilot. For å inkludere de viktigste lokale innovasjonsprosjektene, som ikke har mottatt finansiering fra RHF, eller eksterne kilder, ønsker arbeidsgruppen at indikatoren omfatter lokale prosjekter med dokumentert regional eller nasjonal spredning.

Arbeidsgruppen ønsker å rette økt oppmerksomhet mot sammenhengen mellom forskning og innovasjon, og at kvaliteten på lokale innovasjoner verifiseres, gjerne gjennom forskning, for å kunne vise til konkrete resultater. Et slikt kvalitetselement anses som viktig for å sikre god innovasjon, men arbeidsgruppen vurderer at det blir vanskelig å ta dette med i en nasjonal indikator.

4.3. Konsekvenser for valg av modell

På bakgrunn av en vurdering av de ulike prinsippene og hensynene har arbeidsgruppen vurdert at det er behov for større endringer i hvordan innovasjonsaktiviteten i helseforetakene rapporteres. Dette underbygges av gjennomført kartlegging av dagens rapporteringspraksis og vurderinger av hvordan datagrunnlaget etableres, se kap. 5.

5. Etablering av datagrunnlaget for en indikator

For å få en bedre innsikt i utfordringene ved gjeldende indikator har arbeidsgruppen gjort en vurdering av datagrunnlaget for gjeldende indikator basert på et uttrekk fra systemet som brukes i rapporteringen. Arbeidsgruppen har i tillegg gjennomført en kartlegging av hvordan helseforetakene rapporterer basert på data fra 2023, for å styrke det empiriske grunnlaget for arbeidet.

Arbeidsgruppen konkluderer at det er behov for å etablere et mer relevant datagrunnlag og har derfor vurdert hvilke data og datakilder som finnes, som er åpent tilgjengelige og som vurderes som mer robuste.

5.1. Utfordringer ved gjeldende datagrunnlag

Arbeidsgruppen har både vurdert hvordan dagens datagrunnlag etableres og kvaliteten ved dataene. Arbeidsgruppens funn og vurderinger presenteres under.

5.1.1. Bruk av informasjonsdelingssystem

RHF-ene har anskaffet et felles informasjonsdelingssystem for registrering, oppfølging og deling av innovasjonsprosjekter. Systemet omtales også som idémottak og har vært i bruk siden 2015. Datagrunnlaget for gjeldende indikator skulle etableres i løsningen som en del av helseforetakenes oppfølging av innovasjonsprosjektene. Et slikt felles informasjonsdelingssystem for oppfølging av innovasjon var en helt sentral forutsetning for modellen utviklet i 2015, og det var da enighet om at modellen «*neppe vil fungere uten et felles informasjonsdelingssystem*».²⁴

Alle helseforetak har nå tilgang til denne løsningen for å rapportere på indikatoren (den faseinddelte aktivitetskomponenten). Det er imidlertid stor variasjon mellom de ulike helseforetakene hvordan, og i hvilken grad informasjonssystemet brukes. Løsningen brukes i liten grad av prosjektlederne selv, men i større grad til porteføljestyling, for å holde oversikt over innovasjonsaktiviteten, internkontroll av prosjekter med ekstern finansiering og prosjekter som innebærer håndtering av personvern.

²⁴ NIFU (2015): Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene: En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren, Arbeidsnotat 16/2015

Informasjonsdelingssystemet er ikke et åpent tilgjengelig system der en kan gjøre søk og ha innsyn, slik dagens Cristin-system for forskning er, og slik den nye Cris/NVA-løsningen vil bli.²⁵ Løsningen gir til en viss grad oversikt over innovasjonsaktiviteten ved andre helseforetak og i andre helseregioner. Det forutsetter at en er registrert som bruker og kjenner systemet, samt at «eieren» av innovasjonsaktiviteten aktivt har valgt å dele informasjonen for at andre skal få innblikk i denne.

5.1.2. Svak datakvalitet og ulik registreringspraksis

Gjeldende innovasjonsindikator ble utviklet av de regionale helseforetakene på bakgrunn av et forslag til en fremtidig modell for rapportering av innovasjonsaktivitet. Indikatoren ble utarbeidet av NIFU i samarbeid med spesialisthelsetjenesten i 2015. Innovasjonsindikatoren skulle bestå av to komponenter: aktivitetskomponenten og nyttekomponenten.

Helseforetakene har rapportert på aktivitetskomponenten i det nasjonale målesystemet for forskning og innovasjon siden 2020, mens nyttekomponenten er pilotert i et utvalg helseforetak i en periode på tre år. Uttrekk av data fra informasjonsdelingssystemet, og som utgjør datagrunnlaget for indikatoren, er gjort tilgjengelig for arbeidet. Dette gir en oversikt over antall innovasjonsprosjekter og utløste indikatorpoeng fordelt på helseforetak og helseregion for perioden 2015-2023, se vedlegg 2. Det er beregnet indikatorpoeng for nytte for et fåtall helseforetak i årene 2020-2023 (pilotperioden).

For enkelte helseforetak viser dataene enten en stor økning eller nedgang i antall aktivitetspoeng fra et år til et annet i perioden. Dataene viser videre store forskjeller i poeng mellom sammenliknbare helseforetak. Det er usikkert om dette er reelle variasjoner og forskjeller, eller om det er et utslag av uklare definisjoner og ulik registreringspraksis. Datagrunnlaget gir ikke informasjon om type prosjekter, eller størrelsen på prosjektene.

Aktivitetskomponenten måler hvor mange innovasjonsprosjekter i helseforetaket som har fullført en innovasjonsfase i løpet av året målingen omfattet. Der er definert fem innovasjonsfaser: i) idémottak, ii) forprosjekt, iii) pilot, iv) implementering og v) spredning. For hver fase er det angitt krav som skal innfris for at et innovasjonsprosjekt kan flyttes videre til neste fase og utløse poeng i systemet. Fasene ii – v utløser poeng.

Arbeidsgruppen vurderer at faseinndelingen utfordrer indikatorens kvalitet. En grunn til dette er at det er vanskelig å etterprøve i hvilken grad kriteriene for hver fase er oppfylt. En annen grunn er kompleksiteten. Arbeidsgruppen har funnet flere eksempler på at ett og samme prosjekt er registrert i flere innovasjonsløp enten ved samme helseforetak eller ved flere helseforetak. Dette gir feil i poengfordelingen, noe som svekker indikatorens pålitelighet. Arbeidsgruppen stiller spørsmål ved om dagens akkumulering av poeng er formålstjenlig, og i hvilken grad den bidrar til å øke innsikten i og gi styringsinformasjon om aktiviteten. Hensikten med akkumulering av poeng var å stimulere til implementering og videre spredning av innovasjoner, men dokumentasjonen av dette i dagens indikator er ikke tilstrekkelig solid.

For å få en bedre innsikt i datakvaliteten er det som ledd i arbeidet gjort en gjennomgang av hva som er registrert og rapportert av innovasjonsaktivitet basert på data fra 2023. Gjennomgangen viser at helseforetakene registrerer og rapporterer innovasjonsprosjekter ulikt. Noen eksempler nevnes her:

- Innovasjonsaktivitet finansiert fra RHF-enes forskningsmidler og større prosjekter finansiert av eksterne kilder som NFR, Innovasjon Norge (IN) eller EU-prosjekter, blir sjeldent registrert i informasjonsdelingssystemet, men her er det noe variasjon mellom helseforetakene.

²⁵ Nasjonalt vitenarkiv (NVA) er en nasjonal fellestjeneste som samler vitenskapelige publikasjoner og andre forskningsresultater og gjør de åpent tilgjengelig i en felles, nasjonal løsning. Se [Nasjonalt vitenarkiv \(NVA\) \(sikt.no\)](https://www.nva.no)

- Helseforetakene har ulik praksis for om ideer som munner ut i en DOFI (oppfinnelser basert på forskning) registreres i idémottaket eller ikke.
- Det er varierende praksis med hensyn til hvorvidt helseforetakene definerer et prosjekt som et forbedrings- eller et innovasjonsprosjekt. Tjenesteinnovasjoner med lav innovasjonshøyde er registrert i systemet, prosjekter som arbeidsgruppen vurderer egentlig er et forbedringsprosjekt, og ikke skulle vært rapportert som innovasjon. Dette tyder på at det er ulik fortolkning av hva som skal rapporteres inn som aktivitet.
- Når det gjelder innovasjon knyttet til IKT og digitalisering varierer det i hvilken grad helseforetakene rapporterer slike prosjekter inn som en del av rapporteringen på innovasjonsindikatoren. Tendensen er at store felles nasjonale satsinger, som for eksempel pasientens legemiddelliste ikke blir registrert.²⁶ Det samme gjelder utfallet av prosesser som bygger på langsiktig forsknings- og innovasjonsaktivitet og som resulterer i en anskaffelse; lokal, regional eller nasjonal. Eksempler på dette er anskaffelser relatert til digital hjemmeoppfølging og digitale behandlingsprogram, som for eksempel eBehandling (tidligere eMeistring).²⁷
- Det er også ulik praksis for registrering av innovasjonsprosjekter i forbindelse med byggeprosjekter.

Registreringspraksis kan variere også på grunn av innovasjonsprosjektenes natur. Som omtalt i punkt 4.2 er innovasjonsprosjekter ofte en iterativ prosess. Gjennomgangen av registreringspraksis viser at et innovasjonsprosjekt kan forgrene seg og i noen tilfeller ende med å bli registrert i flere løp, eller som «nye» innovasjonsprosjekt. Bakgrunnen for dette kan være at det oppstår behov for å forbedre teknologi, brukergrensesnitt og/eller målgruppe for å realisere gevinstene, og dersom det søkes om ny finansiering, blir prosjektet som regel registrert som et nytt prosjekt i informasjonsdelingssystemet.

Erfaringer fra utvikling og pilotering av nyttekomponenten er sammenfattet i en rapport utarbeidet av de regionale helseforetakene i 2017. I dette arbeidet ble det vist til de ulike rammeverkene for vurdering av nytte, men at ingen av disse hadde som mål å sammenlikne nytten av prosjekter på tvers i et nasjonalt system. Det ble foreslått en nytteindikator som bestod av tre hovedkategorier av nytte – nytte for pasient, økonomisk nytte og nytte for organisasjonen. Vurdering av nytte ble gjennomført internt ved det aktuelle helseforetaket. Det ble forsøkt en modell der hvert RHF validerte nytteskåren ved et annet RHF. Arbeidsgruppen vurderer likevel at det er krevende å sikre objektivitet i vurderingene av nytte, krevende å finne ensartet dokumentasjon, tildeling av poeng blir en omtrentlig øvelse og det er krevende med sammenlikninger på tvers av helseforetak. I tillegg har arbeidsgruppen lagt vekt på at det krever mye ressurser i form av tid og personell.

5.1.3. Arbeidsgruppens vurderinger av datagrunnlaget

Arbeidsgruppen vurderer at det er flere svakheter ved gjeldende modell for rapportering av innovasjonsaktivitet. Det handler både om måten dataene genereres på og måten de rapporteres på.

Informasjonsløsningen som i gjeldende modell er tillagt stor vekt, har et annet formål enn å fungere som datagrunnlag for en indikator. Informasjonsdelingssystemet er ikke satt opp for å være en datakilde for en nasjonal innovasjonsindikator. Det er lite transparent, og det er krevende å kvalitetssikre dataene som rapporteres inn. Arbeidsgruppen mener data om innovasjon bør følge samme prinsipper om åpenhet i registrering og publisering av resultater fra forskning, av hensyn til etterprøvbarhet og skalering. Data om innovasjonsaktivitet bør på lik linje som data om forskningsaktivitet være tilgjengelig på åpne nasjonale plattformer, slik som HelseOmsorg21-monitor. Selv om løsningen ikke skulle fungere som et

²⁶ [Pasientens legemiddelliste - ehelse](#)

²⁷ [Kva er eBehandling? - Helse Bergen HF \(helse-bergen.no\)](#)

datagrunnlag for en innovasjonsindikator, kan den likevel være et nyttig verktøy for prosjektoppfølgning, og et bidrag til informasjonsutveksling og delingskultur mellom helseforetak.

Arbeidsgruppen stiller spørsmål ved dataenes kvalitet og begrunner dette med at de vurderes å være lite objektive, konsistente og i liten grad etterprøvbare. Gjennomgang av registreringspraksis avdekket flere uklarheter og det er lite systematikk i hva som registreres. Lik forståelse av hva som skal registreres og en enhetlig registreringspraksis er sentralt når informasjonen skal brukes som datagrunnlag i en nasjonal indikator, og særlig dersom det skal knyttes finansiering til indikatoren. Behovet for bedre innregistrering kan møtes med utarbeidelse av en rapporteringsinstruks, se omtale i kap. 7.

Arbeidsgruppen foreslår at nyttevurdering ivaretas på en annen måte enn som en selvstendig indikator, dette omtales nærmere i kap. 6.3.

5.2. Hva finnes av datakilder for innovasjon?

Hvilke relevante datakilder er tilgjengelige og kan inngå som datagrunnlag for en indikator som svarer ut de ulike hensynene beskrevet i kap. 4? Arbeidsgruppen har vurdert hvilke data og datakilder som finnes, som er åpent tilgjengelige og som vurderes som mer robuste.

I kapittel 6 presenteres arbeidsgruppens forslag til hvordan disse datakildene kan brukes som datagrunnlag for en ny innovasjonsindikator.

5.2.1. De regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene bruker flere kilder til data om innovasjonsaktivitet i helseforetakene. Sentrale kilder er felles informasjonsdelingssystem for innovasjon anskaffet av RHF-ene, eRapport, teknologioverføringskontorene (TTO) og InnoMed.

Felles informasjonsdelingssystem for innovasjon

Gjeldende innovasjonsindikator baserer seg på data om den faseinddelte aktivitetskomponenten slik den registreres i felles informasjonsdelingssystem anskaffet av RHF-ene, og som utløser aktivitetspoeng. Indikatoren omtales overordnet på regjeringen.no. Data på nasjonalt nivå inngår i årlig rapport om forsknings- og innovasjonsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet.

Aktivitetspoeng basert på rapporterte data fra 2023 vises i figur 1. Figuren viser en sterk vekst i aktiviteten fra 2022 til 2023. Denne økningen er noe av bakgrunnen for arbeidsgruppens spørsmål ved rapporteringsrutiner og følgelig datakvalitet. Arbeidsgruppen antar at den markante økningen i aktivitetspoeng kan forklares med noe større innovasjonsaktivitet i foretakene enn tidligere, men at det også kan forklares med at foretakene har brukt mer ressurser på selve registreringen enn tidligere.

Figur 1: Innovasjonsindikator aktivitetspoeng – utvikling de siste fem årene



Figuren viser utvikling i innovasjonsaktivitet for perioden 2019-2023. 16 helseforetak leverte data til indikatoren i 2019, mens 19 helseforetak leverte data i 2023. Indikatoren består av fem faser: 1) ideen skal videreføres, 2) gjennomført forprosjekt, 3) gjennomført pilot, 4) gjennomført iverksetting og 5) dokumentert spredning av ideen. Det er fasene 2-5 som utløser innovasjonspoeng.

Kilde: Forskning og innovasjon til pasientens beste, rapport fra de regionale helseforetakene (2024), data fra felles informasjonsdelingssystem for innovasjon mellom helseforetakene

Regionale innovasjonsmidler (eRapport)

En annen kilde til data om innovasjonsaktiviteten er tildeling av regionale innovasjonsmidler. Alle de regionale helseforetakene har egne innovasjonsmidler som tildeles innovasjonsprosjekter i underliggende helseforetak. Dette skjer årlig og er basert på regional konkurranse. Ordningene er relativt like og er godt beskrevet på de regionale helseforetakenes hjemmesider. Det er to-tre hovedkategorier som er relevante datakilder for en innovasjonsindikator. De benevnes litt ulikt i de regionale helseforetakene.²⁸ Midlene fordeles til innovasjonsprosjekter som har basis i de regionale helseforetakenes strategiske satsingsområder og prioriterte pasientgrupper.

211 regionale prosjekter leverte årsrapport for 2023, samlet har disse prosjektene fått 135,7 millioner kroner i regionale innovasjonsmidler. 49 prosjekter leverte sluttrapport i 2023. Data fra eRapport viser hvordan prosjekter avsluttet i perioden 2021-2023 er videreført, se tabell 1.

Tabell 1 Videreføring av innovasjonsprosjekt etter avsluttet finansiering fra regionale innovasjonsmidler

Prosjekter med avsluttet finansiering fra regionale innovasjonsmidler	Antall 2021	Antall 2022	Antall 2023
Prosjektet har ført til melding om oppfinnelse (DOFI)	4	4	7
Prosjektet har ført til samarbeid med næringslivet	9	9	7
Prosjektet skal videreføres som et innovasjonsprosjekt	11	20	26
Prosjektet har ikke ført til noen form for innovasjonsrealisering	8	5	9
Prosjekter som har levert sluttrapport	32	38	49

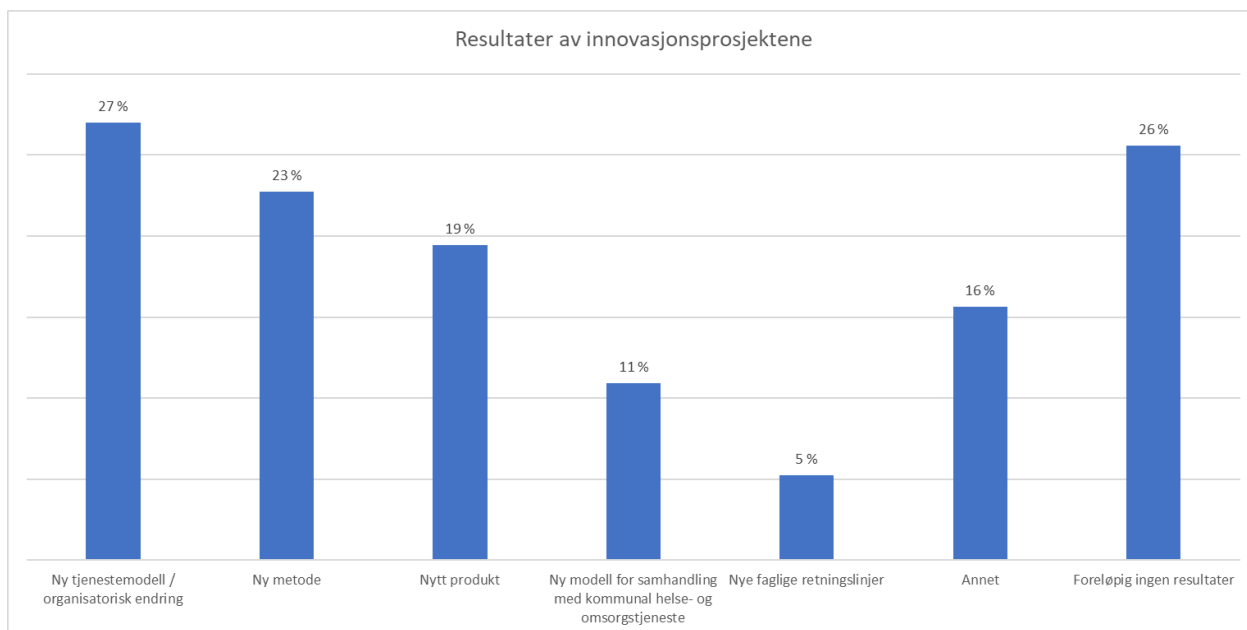
Kilde: Forskning og innovasjon til pasientens beste, rapport fra de regionale helseforetakene (2024), data fra eRapport

I tillegg kan det hentes ut data fra eRapport som gir informasjon om samarbeidspartnere i innovasjonsprosjekter finansiert av regionale innovasjonsmidler (andre helseforetak i egen region, UH-sektoren, kommunale helse- og omsorgstjenester, helseforetak i andre regioner, næringsliv, internasjonale aktører eller andre aktører).

I eRapport registreres informasjon om resultater av innovasjonsprosjekter finansiert av regionale innovasjonsmidler. Prosjektansvarlig har mulighet til å velge flere alternativer for hvilke resultater prosjektene har hatt. Se figur 2.

²⁸ I HV skiller det kun mellom innovasjoner med og uten et kommersielt løp.

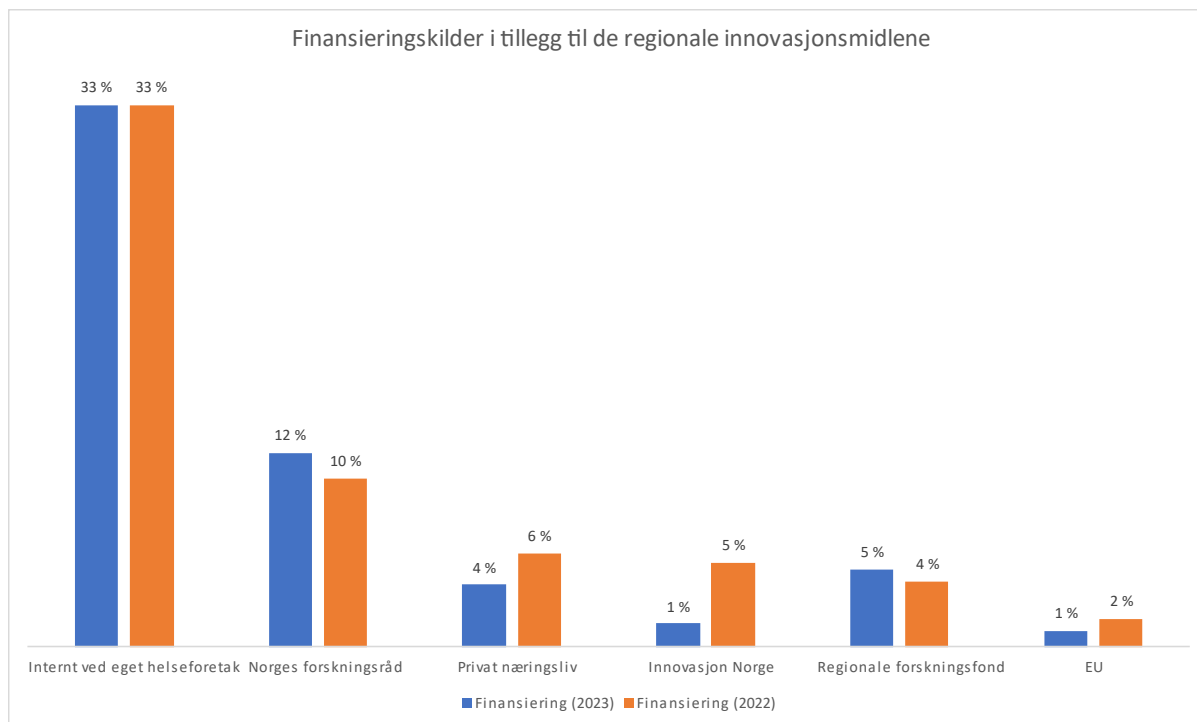
Figur 2: Resultater av innovasjonsprosjektene



Kilde: Forskning og innovasjon til pasientens beste, rapport fra de regionale helseforetakene (2024), data fra eRapport for 2023

Det finnes også data fra eRapport på finansieringskilde utover de regionale innovasjonsmidlene.

Figur 3 Finansieringskilder i tillegg til de regionale innovasjonsmidlene



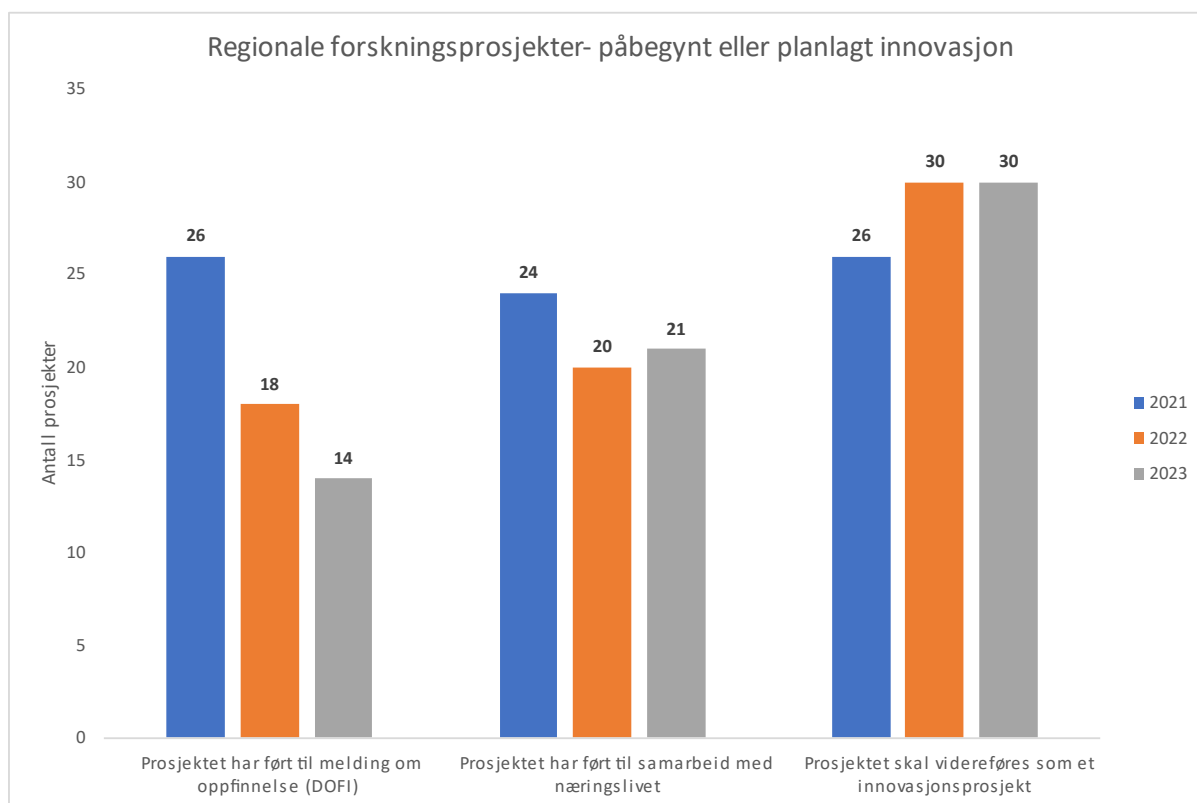
Oversikt over finansieringskilder til innovasjonsprosjekter utover de regionale innovasjonsmidlene. Figuren sammenlikner fordelingen i 2023 og 2022, og viser at det er små forskjeller mellom de to årene. Prosjektansvarlig har hatt mulighet til å velge flere alternativer. Vel halvparten av prosjektene oppgir at det har annen finansiering i tillegg til regionale innovasjonsmidler.

Kilde: Forskning og innovasjon til pasientens beste, rapport fra de regionale helseforetakene (2024), data fra eRapport for 2023

Regionale forskningsmidler som kilde

Data fra eRapport inneholder også informasjon om forskningsbasert innovasjon, vist som påbegynt eller planlagt innovasjon i forskningsprosjekter finansiert av de regionale helseforetakenes forskningsmidler. Forskeren skal gi et sammendrag av oppnådde resultater og beskrive hvilke konsekvenser forskningsresultatene har for helsetjenesten, herunder om det har ført til realisering av innovasjon. 24 prosent av 268 sluttrapporter mottatt i 2023 rapporterte om påbegynt eller planlagt innovasjonsprosess på bakgrunn av forskningsresultatene.

Figur 4 Påbegynt eller planlagt innovasjon i prosjekter finansiert av RHF-enes forskningsmidler i perioden 2021-2023



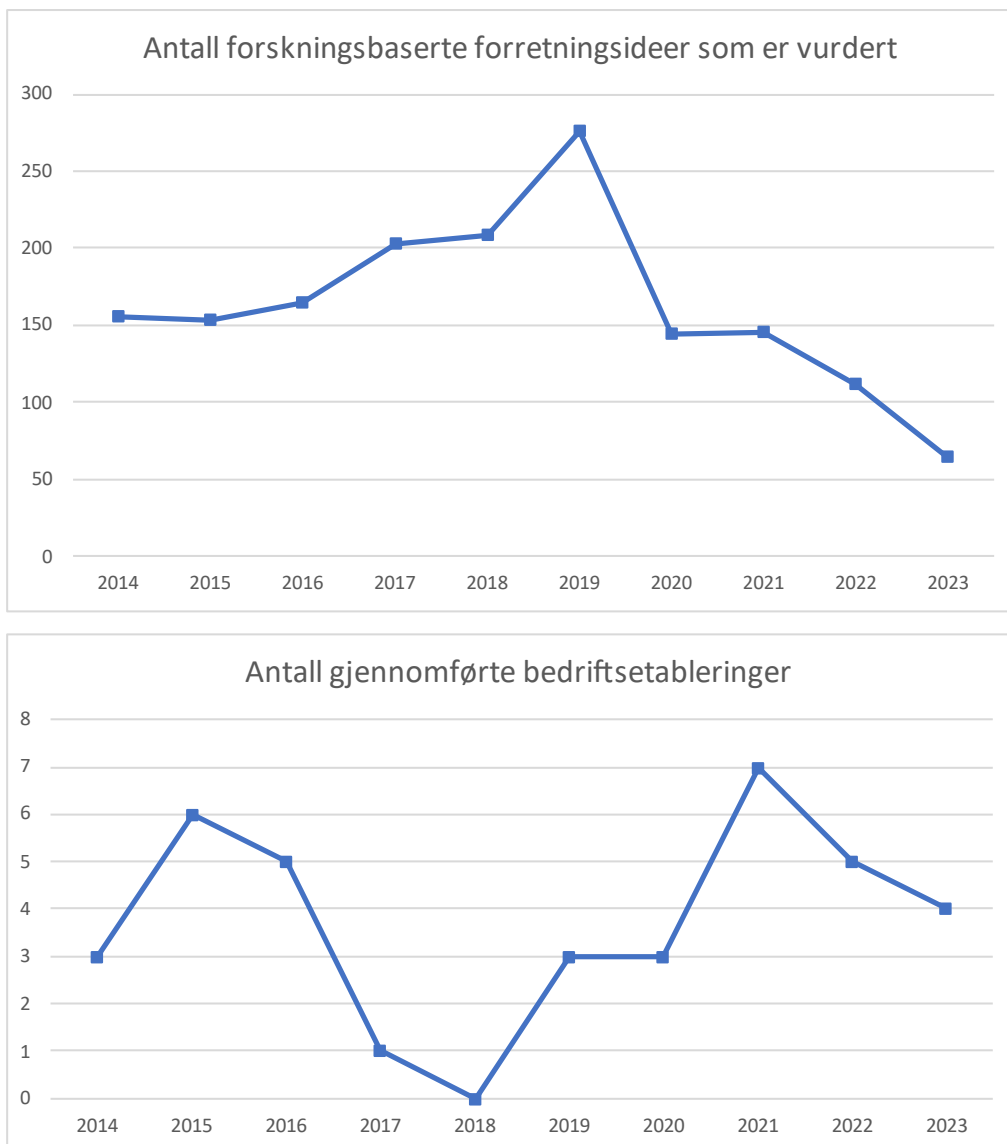
Kilde: RHF-enes årlige rapport om forskning og innovasjon 2024

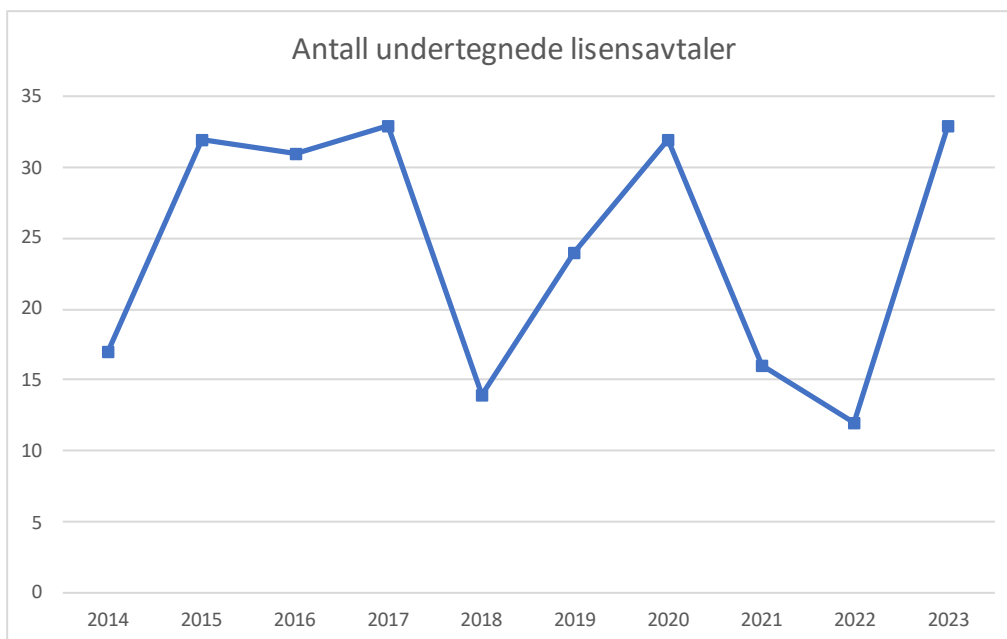
Teknologioverføringskontorene som kilde

En kilde til data om kommersialisering er teknologioverføringskontorene, som ofte eies av helseforetak og universiteter i fellesskap. Disse måler innovasjon gjennom kommersialisering av ideer vist som antall

forskningsbaserte forretningsideer som er vurdert, antall gjennomførte bedriftsetableringer og antall undertegnede lisensavtaler.

Figur 5: Kommersialisering av ideer fra helseforetakene gjennom TTO-ene 2014-2023





Kilde: Forskning og innovasjon til pasientens beste, rapport fra de regionale helseforetakene (2024), data fra Norges forskningsråd

5.2.2. Norges forskningsråd

Forskningsrådet har flere virkemidler og søknadstyper for innovasjon der helseforetakene kan søke om midler, enten som prosjektleder eller som samarbeidspartner, og som er relevante for dette arbeidet. Enkelte av kildene gjengis i HelseOmsorg21-monitor, andre er å finne gjennom rådets prosjektbank.

Relevante søknadstyper er helseinnovasjon, herunder *Pilot Helse*, som finansierer innovasjonsløp rettet mot en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og til verdiskaping i næringslivet gjennom offentlig-privat samarbeid.

I tillegg er *Sentre for forskningsdrevet innovasjon (SFI)* relevant, med mål om å styrke innovasjonsevnen i næringslivet gjennom forskningssamarbeid med FoU-institusjoner, herunder helseforetak.

Eksempler på søknadstyper der helseforetakene kan være samarbeidspartnere, men ikke prosjektledere, er *innovasjonsprosjekter i offentlig sektor*, som skal bidra til innovative tjenester, infrastruktur og forvaltning i offentlig sektor og *innovasjonsprosjekter i næringslivet* som er rettet mot bedrifter og skal gå til innovasjonsprosjekter med betydelig innhold av forskning og utvikling.

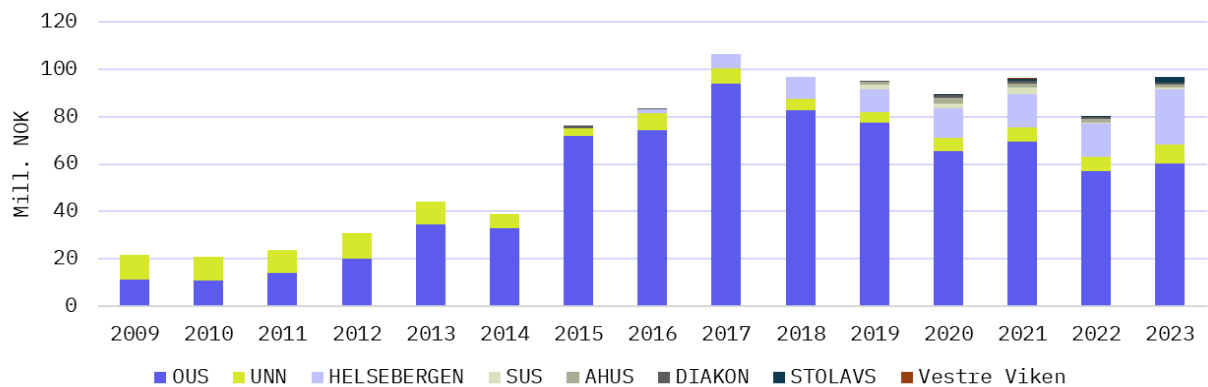
Søknadstypen *Kvalifisering – Kommersialisering fra offentlig finansiert forskning*²⁹ har som formål å bidra til økt kommersiell bruk av offentlig finansiert forskning. Et kvalifiseringsprosjekt kan tildeles midler for å undersøke mulige anvendelsesmuligheter og danne grunnlag for hvordan prosjektene kan føres videre. Et kvalifiseringsprosjekt kan benyttes for å søke om midler i virkemiddelet *Verifisering- Kommersialisering fra offentlig finansiert forskning*.³⁰ Formålet med verifiseringsstøtten er å avklare usikkerheter og stille de mest kritiske spørsmålene slik at prosjektet er modent nok til å utløse neste steg i kommersialiseringsprosessen.

Utlysningene og mer informasjon om de ulike virkemidlene og søknadstypene er tilgjengelig på NFR sine nettsider.

²⁹ [Kvalifisering - Kommersialisering fra offentlig finansiert forskning 2024 \(forskingsradet.no\)](https://forskingsradet.no/kvalifisering-kommersialisering-fra-offentlig-finansiert-forskning-2024)

³⁰ [Verifisering – Kommersialisering fra offentlig finansiert forskning 2024 \(forskingsradet.no\)](https://forskingsradet.no/verifisering-kommersialisering-fra-offentlig-finansiert-forskning-2024)

Figur 6 Finansiering fra Forskningsrådets innovasjonsaktiviteter (ulike virkemidler) 2009-2023



Kilde: Norges forskningsråd

5.2.3. Innovasjon Norge

Innovasjon Norge kan være en kilde til data om innovasjonsaktivitet som gjennomføres i samarbeid med næringslivet.

5.2.4. Europeisk og annen internasjonal finansiering av innovasjonsaktivitet

Det er flere aktuelle europeiske utlysninger innenfor forskning og innovasjon med mulighet for deltakelse for norske partnere. EU4Health programmet er et initiativ som er dedikert til innovasjon og utvikling av nye løsninger og tjenester innenfor helsesektoren. EU4Health koordineres av Helsedirektoratet ([EU4Health – Helsedirektoratet](#)) I Horisont Europa er det en egen helseklynge og ulike partnerskap som er pådrivere for innovasjon i helsesektoren gjennom forskning og innovasjonsaktiviteter. European Innovation Council (EIC) (https://eic.ec.europa.eu/index_en) er et eget program innenfor Horisont Europa som støtter skalering av banebrytende teknologier fra grunnforskning til oppskalering (bedrifter)

6. Revidert modell for måling av innovasjon – vurderinger og anbefalinger

I vurderingen av behov for endringer i modell for rapportering av innovasjonsaktivitet er det tatt hensyn til erfaringer fra rapportering så langt, hva som kjennetegner en god indikator, prinsipper for etablering av en ny indikator og hvordan et nytt datagrunnlaget kan etableres. Det er sett hen til hvordan forskningsaktivitet måles og om deler av forskningsindikatorens oppbygning kan overføres til måling av innovasjonsaktivitet.

6.1. Hva skal ny innovasjonsindikator vise?

En avklaring av hva slags innovasjonsaktivitet indikatoren skal synliggjøre vil bidra til at aktiviteten enklere lar seg rapportere på en ensartet måte.

Arbeidsgruppen anbefaler at indikatoren dokumenterer mangfoldet i innovasjonsaktiviteten i sykehusene, samt resultater av innovasjonsaktiviteten, jf. kapittel 3 og 4. Den må basere seg på data som kan verifiseres. Det foreslås at indikatoren splittes i tre delindikatorer, som til sammen dokumenterer innovasjonsaktivitet og -resultater i sykehusene:

1. Tildelte midler fra regionale, nasjonale og internasjonale konkurransearenaer

Arbeidsgruppen foreslår at delindikatoren dokumenterer innovasjonsaktivitet gjennom å registrere tildelte innovasjonsmidler fra regionale, nasjonale eller internasjonale kilder for finansiering av innovasjon. Tildeling av innovasjonsmidler innebærer en positiv evaluering av innovasjonsprosjektets kvalitet og forventede nytte, vurdert av eksterne eksperter. Tildeling av midler fra regionale, nasjonale eller internasjonale konkurransearenaer kan sies å fungere som en kvalitetssikret aktivitetsmåler i en innovasjonsprosess.

Fra hvilke kilder til finansiering det skal gjøres uttrekk av data fra og som skal rapporteres som tellende aktivitet vil spesifiseres nærmere i en rapporteringsinstruks og med utgangspunkt i prinsippene omtalt i punkt 4.2.

2. Antall lokale innovasjonsprosjekter som kan dokumentere oppnådd regional og nasjonal spredning

Det er ønskelig at indikatoren imøtekommer behovet for spredning av lokale innovasjoner som har gitt gode gevinster/nytte lokalt. Det må kunne dokumenteres på en enkel og ensartet måte at prosjektet har oppnådd en spredning til andre helseforetak eller privat ideelt sykehus i samme region, eller i annen helseregion. Det vil i forbindelse med arbeid med en rapporteringsinstruks ses på hvordan dette kan løses.

3. Antall kommersielle innovasjonsløp

Det foreslås en egen delindikator som samler data om kommersielle innovasjonsløp, vist gjennom resultater som antatte DOFI, lisensavtaler og oppstartsbedrifter. For kommersialiseringsprosesser vil disse resultatene være en kvalitetssikret aktivitetsmåler.

For kommersielle innovasjonsløp gis poeng for innovasjonsprosessen når det kan dokumenteres at det er igangsatt et kommersialiseringsforløp. Nærmere beskrivelse av uttrekk av data vil komme i rapporteringsinstruks.

Tabell 2 Forslag til ny innovasjonsindikator for helseforetakene

	Kvalitetssikret aktivitetsmåler i en innovasjonsprosess	Datakilde
<i>Delindikator 1</i> Tildelte midler fra regionale, nasjonale og internasjonale kilder	Tildeling av konkurranseutsatte midler	RHF (eRapport), NFR, EU og ev. andre kilder
<i>Delindikator 2</i> Antall lokale innovasjonsprosjekter som kan dokumentere regional eller nasjonal spredning	Bekreftelse fra annet helseforetak om at innovasjonen er adoptert	Vurderes nærmere
<i>Delindikator 3</i> Kommersialisering	Oppnådde resultater som antatte DOFI, lisensavtaler	TTOene, ev. felles rapport fra spesialisthelsetjenesten

Flere datakilder med objektive krav til kvalitet og nytte bidrar til å styrke indikatorens robusthet. Forslaget til ny modell innebærer at det ikke lenger vil være relevant med en faseinndelt indikator. Det kan likevel være nyttig på prosjekt- eller foretaksnivå å registrere innovasjonsprosjekter etter ulike faser av hensyn til prosjektstyring og -oppfølging.

6.2. Foreløpig om poengberegning

I den nye indikatoren vil det gjøres uttrekk av data og rapporteres aktivitet i henhold til de tre nevnte delindikatorene. En innovasjonsaktivitet vil kunne få poeng i flere av indikatorene, avhengig av oppnådde resultater. Poeng beregnes når rapportering er gjennomført, og før frist for utarbeidelse av nøkkeltalldelen av årlig rapport fra RHF-ene om forskning og innovasjon og i henhold til departementets frister for omtale i statsbudsjettet.

For delindikator 1 vil data om tildeling av innovasjonsmidler hentes fra finansieringskildene. En mulig tilnærming for poengberegning er en vektning etter finansieringskilde. Til sammenlikning gis det i forskningsindikatoren en uttelling på 10 forskningspoeng per tildelte million av EU-midler, og 1 forskningspoeng per tildelte million fra Norges forskningsråd.

For delindikator 2 gis det poeng dersom det kan dokumenteres at et lokalt innovasjonsprosjekt med lokal finansiering er adoptert ved et annet, eller flere andre, helseforetak i samme region eller de andre regionene. Det gis en mindre poengsum til helseforetaket som tar i bruk løsning utviklet ved annet HF i samme region, eller annen region. Rapporteringsinstruksen må avklare hvordan et lokalt innovasjonsprosjekt skal defineres og hvordan spredningen kan dokumenteres på en enkelt og ensartet måte uten å legge for stor rapporteringsbyrde på helseforetakene.

For delindikator 3 vil data hentes fra teknologioverføringskontorene, alternativt fra Forskningsrådet eller fra arbeidsgruppen som utarbeider felles rapport om forsknings- og innovasjonsaktiviteten i helseforetakene. Innovasjonspoeng utløses når det kan dokumenteres resultater, jf. tabell 2. Disse dataene samles allerede inn og vil dermed ikke innebære mer administrasjon.

En tredelt innovasjonsindikator som baserer seg på ulike kilder har fellestrekk med forskningsindikatoren som består av indikatorer for vitenskapelige publikasjoner, avlagte doktorgrader, uttelling for tildeling av ekstern finansiering og indikator for kliniske behandlingsstudier. I forskningsindikatoren vektet de fire indikatorene ulikt i en samlet forskningsindikator. De tre første utgjør 85 prosent og den siste utgjør 15 prosent av de regionale helseforetakenes endelige prosentfordeling av poeng.³¹

Arbeidsgruppen vurderer at den tredelte innovasjonsindikatoren, på samme måte som indikator for kliniske behandlingsstudier, bør utgjøre en gitt prosentandel av totale forsknings- og innovasjonspoeng. Hva prosentandelen vil være vil besluttes av HOD. Hvordan de ulike indikatorene i den samlede innovasjonsindikatoren skal vektet bør utredes nærmere og simuleres.

6.3. Særskilt om nytte og personellbesparende innovasjoner

Som tidligere omtalt i rapporten vil en ev. realisering av nytten av en innovasjon være usikker, den kan endre seg over tid og først vurderes etter implementering.

Det er utviklet metoder for nyttevurderinger av innovasjonsprosjekter i tjenestene, blant annet ved senter for fremtidig helse ved Oslo universitetssykehus (tidligere senter for forskningsdrevet innovasjon). Deres forskningsbaserte modell for tidlig metodevurdering, kalt «Step-up», legger til rette for vurdering av nytte underveis i et prosjekt. Det gir mulighet for justering av kursen og avvise ineffektive løsninger på et tidlig tidspunkt.

<https://c3connectedcare.org/innovasjonsverktoy/step-up>

Arbeidsgruppen vurderer at nyttevurderinger kan være relevant og formålstjenlig på prosjektnivå, men at det er krevende å inkludere nyttevurderinger på en systematisk måte i en nasjonal indikator. Dette understøttes av erfaringene fra pilotering av nytteindikator at systematisk nyttevurdering av innovasjonsaktiviteten er omfattende og vanskelig å gjennomføre på en systematisk måte som del av en indikator. For å ivareta behovet for å vurdere nytteverdien på en systematisk måte, foreslår arbeidsgruppen at det ses på muligheten for at de årlige aktivitetsindikatorene kombineres med systematiske evalueringer etter modell fra evalueringene av norsk forskning i regi av Forskningsrådet, gjerne med 5-10 års intervaller mellom evalueringene. Internasjonalt er det bred erfaring med å kombinere enklere aktivitetsindikatorer med systematiske evalueringer, som gir bedre innblikk i kvalitet og nytteverdi. Å rendyrke indikatoren som en aktivitetsindikator vil bidra til en forenkling og redusere behovet for manuell rapportering.

Arbeidsgruppen har vurdert hvordan hensynet til personellbesparende innovasjoner kan ivaretas gjennom en indikator, jf. omtale i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Det er arbeidsgruppens anbefaling at dette hensynet best kan ivaretas gjennom andre virkemidler, som for eksempel føringer for utlysning av innovasjonsmidler nasjonalt og regionalt. Arbeidsgruppen har funnet flere eksempler på utlysninger der det gis prioritet til prosjekter som retter seg mot blant annet innovasjoner som gir personellbesparelser. På samme måte som det er gitt føringer for brukermedvirkning i forskningsprosjekter, kan føringer om personellbesparelser ivareta hensynet. Arbeidsgruppen mener at

³¹ [Nasjonalt system for måling av forsknings- og innovasjonsaktivitet i helseforetakene og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/tema/innovasjon/innstilling-til-nasjonalt-system-for-maling-av-forsknings-og-innovasjonsaktivitet-i-helseforetakene-og-kompetansesentre-utenfor-spesialisthelsetjenesten-/doc1141114)

indikatoren på en indirekte måte kan ivareta dette hensynet, ved at tildelinger av innovasjonsmidler synliggjøres og gis uttelling og ved at det gis uttelling for prosjekter som adopteres ved andre helseforetak. Til grunn for en adopsjon av en løsning utviklet et annet sted vil det ligge en vurdering av mulige gevinster, enten om bedret kvalitet eller mer effektiv bruk av ressursene, herunder personellressurser.

I lys av knapphet på helsepersonell og behovet for å redusere belastningen på personellet, vurderer arbeidsgruppen det som et viktig hensyn for alle nye og innovative løsninger, produkter og tjenestemodeller at disse primært bør erstatte tidligere løsninger, produkter og tjenestemodeller. En erstatning av tidligere løsninger må være forsvarlig og gi god behandling, og ikke påføre tjenestene økte personellbehov.

7. Veien videre

7.1. Avklaring av datagrunnlag

En rekke mulige datakilder ble omtalt i kapittel 5.2. Disse må gjennomgås i samarbeid med de som skal levere data. Konkrete spørsmål må avklares om kvalitetssikring og verifisering og om når data kan leveres i løpet av et år og i hvilket format. Samtidig må det skaffes data til simulering.

7.2. Strukturert og harmonisert rapportering

For å bidra til mer strukturert, harmonisert og enhetlig rapportering foreslår arbeidsgruppen at det utarbeides en rapporteringsinstruks, på samme måte som det er utviklet rapporteringsinstruks for andre indikatorer i departementets nasjonale målesystem.³² En rapporteringsinstruks kan tydeliggjøre formål, definisjoner, avgrensninger, hva som inngår som tellende aktivitet og hvordan rapporteringen skal gjennomføres. Dette blir en sentral oppfølging av dette arbeidet, og bør skje i dialog med nettverket for innovasjonsrådgivere i helseforetakene og RHF-enes strategigruppe for forskning. Instruksen bør foreligge som utkast før simulering.

Videre forslås det å etablere en vurderingskomité som i en innkjøringsfase vil få som oppgave å vurdere innrapporterte data og drøfte tvilstilfeller, på samme måte som det er etablert komiteer for rapportering av kliniske behandlingsstudier og et tvisteutvalg for publiseringsindikatoren. Vurderingskomiteen bør ha deltakere fra flere regioner. Dette vurderes å være et viktig kvalitetssikringstiltak.

7.3. Poengberegning og simulering

Ved simuleringen brukes et konkret datasett som dekker alle aktuelle datakilder til å undersøke hvordan tallene fra datakildene bør vektas i forhold til hverandre for å gi balanserte incentiver. Gjennom denne vektingen inngår tallene fra alle typer aktiviteter i samlede i innovasjonspoeng. I forbindelse med denne simuleringen kan det være aktuelt å justere utkastet til rapporteringsinstruks. Når dette er gjort, bør det gjøres en simulering av hvordan innovasjonsaktiviteten målt i poeng fordeler seg mellom RHF-ene.

7.4. Vurderinger ved en ev. innfasing i det statlige, delvis resultatbaserte tilskuddet til forskning i helseforetakene

Arbeidsgruppen har drøftet hva som bør være på plass før en ev. innlemmelse av innovasjonsindikatoren i det nasjonale delvis resultatbaserte finansieringssystemet for forskning. Indikatoren må holde

³² I 2023 ble det etablert en rapporteringsinstruks for indikator for kliniske behandlingsstudier: [2023_06_03_kbs-rapporteringsinstruks_hod.pdf \(regjeringen.no\)](#)

tilstrekkelig god kvalitet, lett kunne måles, registreres og rapporteres, gi et representativt bilde av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene og bør kunne brukes til nasjonal benchmarking.

Som ved alle indikatorer som inngår i det nasjonale målesystemet vil det vurderes behov for justeringer når det er innhentet noe erfaring med rapportering av indikatoren.

8. Økonomiske, administrative og personnlemessige konsekvenser

Ny modell for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene og private, ideelle sykehus som inngår i målingen vil i så langt det er mulig basere seg på eksisterende data.

For delindikator 1 vil data hentes fra finansieringskilden. For Forskningsrådets del vil dette medføre noe administrativt arbeid, ettersom dette ikke gjøres systematisk for helseforetakene i dag. For de regionale helseforetakenes del inngår disse dataene allerede i den årlige rapporten fra spesialisthelsetjenesten om forskning og innovasjon (vedlegg til årlig melding).

For delindikator 2 vil det i arbeidet med rapporteringsinstruks vurderes hvordan denne kan rapporteres på en ensartet og enkel måte på tvers av helseforetakene. Delindikator 2 vil medføre noe manuell rapportering for helseforetakene, men det vil være et mål å holde dette til et minimum.

Delindikator 3 vil basere seg på eksisterende data som samles inn i forbindelse med årlig rapport fra spesialisthelsetjenesten om forskning og innovasjon, og vil ikke medføre mer administrasjon fra helseforetakene.

Prøverapporteringen som gjennomføres i 2025 vil ta utgangspunkt i delindikator 1 og delindikator 3 for å redusere rapporteringsbyrden. Det jobbes parallelt med hvordan det kan rapporteres på delindikator 2.

Det må settes av ressurser i helseregionene og ev. Forskningsrådet til å vurdere rapporteringen, jf. omtale av en nasjonal vurderingskomité i punkt 7.2. Erfaringer fra indikator for kliniske behandlingsstudier tilsier at det i en oppstartsfasen vil være behov for 2-4 møter årlig à ca. 1 time. Sammensetning av komitéen vil vurderes i samråd med RHF-ene.

Sammenstilling av data, simuleringer og beregning av innovasjonspoeng gjennomføres av NIFU, og inngår som en oppgave i avtalen mellom NIFU og HOD om nasjonalt måle- og finansieringssystem for forskning i helseforetakene.

Referanser

Eurostat, Statistics Explained: *Glossary, Innovation* [Glossary:Innovation - Statistics Explained](#)

De regionale helseforetakene (2011): *Rapport: Forslag til nye nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren*. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

De regionale helseforetakene (2017): *Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsnytte*. Statusrapport pr. 18.12.2017. Videreutvikling av nasjonale innovasjonsindikatorer for helsesektoren

De regionale helseforetakene (2024) *Forskning og innovasjon til pasientens beste*, Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten for 2023

Helsedirektoratet, *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

Meldt. St. 11 (2015-2016) *Nasjonalt helse- og sykehusplan (2016-2019)*

Meld. St. 30 (2019-2020): *En innovativ offentlig sektor – Kultur, ledelse og kompetanse*

Meld St. 9 (2023-2024) *Nasjonalt helse- og samhandlingsplan 2024-2027 – Vår felles helsetjeneste*

National Science Board (2018), *What Makes a Good Indicator?*, Science & Engineering Indicators

NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

NIFU (2015): *Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene. En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren*. Arbeidsnotat 16/2015

OECD/Eurostat (2018): *Oslo Manual 2018, Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation*, 4th Edition.

Oslo universitetssykehus HF, *Innovasjonsstrategi (2018-2022)*

Regjeringen.no, [Nasjonalt system for måling av forsknings- og innovasjonsaktivitet i helseforetakene og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten - regjeringen.no](#)

Regjeringen.no, Instruks for rapportering av kliniske behandlingsstudier, [2023 06 03 kbs-rapporteringsinstruks_hod.pdf \(regjeringen.no\)](#)

Senter for fremtidig helse, beskrivelse av Step Up-modellen, se [Step Up \(c3connectedcare.org\)](#)

1. Nasjonalt system for måling av forskning og innovasjon i helseforetakene

Måling av forskningsresultater

Helse- og omsorgsdepartementet har siden 2003 registrert forskningsresultater i helseforetakene og private ideelle sykehus basert på publiseringsanalyse. Siden 2020 er det også registrert forskningsresultater fra forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Formålet med det nasjonale målesystemet er behovet for å kunne dokumentere forskningsaktiviteten i helseforetakene og private ideelle sykehus, og som grunnlag for fordeling av et statlig øremerket tilskudd til forskning i de regionale helseforetakene (kap. 732, post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester). Den resultatbaserte delen utgjør 70 pst. og fordeles etter en beregning at et flytende gjennomsnitt av de siste tre årenes forskningsresultater, basert på forskningsresultater aggregert på RHF-nivå.

Helseforetakene og private ideelle sykehus rapporterer årlig på fire indikatorer; vitenskapelig publisering, avlagte doktorgrader, tildeling av forskningsmidler fra EU og NFR og kliniske behandlingsstudier. Se nærmere omtale av de ulike indikatorene på regjeringen.no.³³ Relevant for dette arbeidet er blant annet poengberegningen av tildeling av ekstern finansiering.

Arbeidet som ledet frem til en nasjonal innovasjonsindikator

Det ble i perioden 2014-2016 utarbeidet en nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet i regi av de regionale helseforetakene, på oppdrag fra HOD. Indikatoren ble utviklet av innovasjonsnettverket i universitetssykehusene i samarbeid med NIFU, og i samspill med Nasjonal strategigruppe for forskning, Helse Sør-Øst og Inven2.

Arbeidet tok utgangspunkt i rapporten *Forslag til nye nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren* (2011), som ble utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet av de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Sør-Øst RHF med utgangspunkt i oppdragsdokumentet for 2011: *“Målinger av innovasjonsaktivitet i helseforetakene bør fange opp alle sider ved innovasjon – også endringer som resultat av prosess- og tjenesteinnovasjoner slik at indikatorene på en adekvat måte fanger opp både kommersiell og ikke-kommersiell innovasjonsaktivitet.”* Det nye var at man også ville dekke prosess og tjenesteinnovasjon.

Siden 2007 hadde RHF-ene rapportert på seks indikatorer som nå skulle suppleres: Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene, antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensiale, antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed, antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk, antall nye patentsøknader, og innovasjonskulturtiltak (tekstlig omtale).

Arbeidet som ledet frem til en nasjonal innovasjonsindikator i 2015 var ment å supplere indikatorene for kommersiell innovasjon, og var inspirert av hvordan man fulgte opp innovasjon i TTO-ene. Fokus var nå på å understøtte, måle og stimulere tjenesteinnovasjon i sykehusene. Dette skulle skje på en måte som tilfredsstilte åtte kriterier som var formulert i rapporten fra 2011. Arbeidet var motivert ut ifra et ønske om å skaffe oversikt, stimulere til deling av ideer og økt aktivitet, samt å bidra til implementering og spredning ved å registrere og rapportere innovasjon på en enkel måte. Lav rapporteringsbyrde var et viktig hensyn. Dette skulle ivaretas ved at datagrunnlaget ble til i et felles informasjonssystem, og at også

³³ [Forskning i helseforetakene: organisering og nøkkeltall - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning-og-innovasjon/forskning-i-helseforetakene-organisering-og-nokkeltall)

målingen og rapporteringen skulle være en integrert del av systemet. Et felles informasjonsdelingssystem for oppfølging av innovasjon var derfor en helt sentral forutsetning for modellen, da det var enighet om at den «*neppe vil fungere uten et felles informasjonsdelingssystem*». ³⁴

To dimensjoner inngikk i modellen. I den ene dimensjonen registreres innovasjonsaktivitet basert på årlig aktivitet gjennom definerte faser i innovasjonsprosessen, mens den andre dimensjonen skulle omhandle en vurdering av innovasjonens forventede nytte, verdi eller kommersielle potensiale. Data fra begge dimensjoner skulle benyttes og kombineres til en samlet framstilling av innovasjonspoeng per innovasjon, som videre ble akkumulert til samlet innovasjonspoeng per helseforetak og helseregion.

Sentrale ambisjoner for modellen var å måle, registrere og rapportere alle former for innovasjon med utspring i sykehusene på en enkel, transparent måte ved å synliggjøre og belønne innovasjoner som «steget» til senere faser i en innovasjonsprosess, og etter en vurdering av forventet nytte/kommersiell verdi. ³⁵ Fordi modellen baserte seg på et felles informasjonsdelingssystem, var en hensikt også å unngå duplisering og fremme kunnskapsdeling, samarbeid og spredning. Modellen skulle erstatte en modell der resultater av innovasjon ble talt opp enkeltvis gjennom en årlig rapportering.

På oppdrag fra HOD gjennomførte de regionale helseforetakene i 2017 en pilotering av nytteindikatoren. ³⁶ Dette arbeidet vurderte ulike rammeverk for vurdering av nytte og baserte sitt arbeid på erfaringer fra tidligere senter for fremtidig helse – Centre for Connected Care (C3), et senter for forskningsdrevet innovasjon ved Oslo universitetssykehus HF. Nytteindikatoren som ble foreslått bestod av tre hovedkategorier, med tilhørende, beskrivende underkategorier. Hovedkategoriene var pasientnytte (pasienttilfredshet, redusert klinisk risiko), økonomisk nytte (reduserte kostnader, økte inntekter) og organisatorisk nytte (medarbeidertilfredshet, enklere/bedre arbeidsprosesser og reduksjon i flaskehals).

Erfaringer fra piloten på nyttevurdering viser at det er få helseforetak som rapporterer på nytteindikatoren, det er kun Oslo universitetssykehus (OUS) som har deltatt i hele perioden.

³⁴ NIFU (2015): Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene: En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren, Arbeidsnotat 16/2015

³⁵ Ibid.

³⁶ [Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsnytte \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

2. Uttrekk av data fra felles informasjonsdelingssystem mellom HF-ene

	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N
HELSE NORGE TOTALT	80	-	208	-	269	-	700	-	715	-	855	185	1028	150	943	85	2020	0
HELSE SØR ØST	48		73		205		460		357		286	130	671	55	590	85	1106	0
OUS	28		41		167		311		101		66	45	69	25	34	30	56	-
AHUS	20		32		0		0		0		0	0	272	0	284	30	467	-
SUNNAAS SYKEHUS	0		0		0		3		43		33	10	20	15	22	0	37	-
SYKEHUSET I VESTFOLD	0		0		31		96		93		87	0	69	0	45	15	112	-
SØRLANDET SYKEHUS	0		0		7		11		38		2	30	35	0	42	0	42	-
VESTRE VIKEN	0		0		0		39		38		41	45	64	15	112	0	293	-
SYKEHUSET INNLANDET	0		0		0		0		44		0	0	99	0	51	10	37	-
SYKEHUSET ØSTFOLD (manuell rapportering)	0		0		0		0		0		50	0	43	0	0	0	59	-
SYKEHUSET TELEMARK (manuell rapportering)	0		0		0		0		0		7	0	0	0	0	0	3	-
HELSE VEST	32		135		52		180		235		290	40	224	40	218	0	239	0
HELSE FØRDE	28		7		0		7		52		10	0	4	0	55	0	53	-
HELSE BERGEN	4		114		36		160		132		174	40	170	30	95	0	126	-
HELSE FONNA	0		3		0		1		12		28	0	4	10	40	0	12	-
HELSE STAVANGER	0		11		16		12		39		78	0	46	0	28	0	48	-
HELSE MIDT-NORGE	0		0		12		44		104		217	0	90	0	63	0	555	0
ST.OLAVS HOSPITAL	0		0		9		23		82		133	0	55	0	30	0	539	-
HELSE MØRE OG ROMSDAL	0		0		3		1		10		18	0	17	0	0	0	0	-
HELSE NORD-TRØNDELAG	0		0		0		20		12		66	0	18	0	33	0	16	-
HELSE NORD	0		0		0		16		19		62	15	43	55	72	0	120	0
FINNMARKSSYKEHUSET	0		0		0		0		4		0	0	0	0	3	0	12	-
UNN	0		0		0		16		12		51	0	9	0	22	0	50	-
NORDLANDSSYKEHUSET	0		0		0		0		3		9	15	30	55	32	0	45	-
HELGELANDSSYKEHUSET	0		0		0		0		0		2	0	4	0	15	0	13	-

A viser til aktivitetskomponenten, mens N viser til nyttekomponenten. Tallene angir totale innovasjonspoeng tildelt HF for et år. Data fra felles informasjonsdelingssystem anskaffet av RHF-ene.