

Rapport:

Forslag til nye nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren



På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, september 2011

1.	Sammendrag	3
2.	Innledning.....	4
2.1.	Mandat	4
2.2.	Arbeidsgruppen.....	4
2.3.	Behov for innovasjonskultur innenfor helse	4
3.	Innovasjonsindikatorer	5
3.1.	Innovasjonsindikatorer i offentlig sektor er i startfasen	5
3.2.	Innovasjon sentralt i Europas 2020 strategi	5
3.3.	Innovasjonsbegrepet	6
3.4.	Innovasjonskultur	7
3.5.	Behov for nye indikatorer.....	8
3.6.	Utfordringer ved dagens indikatorer	9
3.7.	Forslag til nye indikatorer	10
3.7.1.	INNOVASJONSPROSJEKTER.....	11
3.7.2.	SAMARBEID I INNOVASJONSPROSJEKTER.....	13
3.7.3.	RESSURSER TIL INNOVASJON	14
3.7.4.	ANTALL NYE PATENTSØKNADER	15
4.	Arbeidsgruppens konklusjon	16
5.	Referanser	18
6.	Vedlegg 1	22
7.	Vedlegg 2	24
8.	Vedlegg 3	25
9.	Vedlegg 4	26

1. Sammendrag

Innenfor EU og OECD blir innovasjon sett på som en avgjørende faktor for å imøtekomme helsetjenestens kontinuerlige behov for økt kvalitet og produktivitet innenfor akseptable økonomiske rammer. Innovasjonsmeldingen og Samhandlingsreformen påpeker et urealisert potensial for økt innovasjon fra medisinsk og helsefaglig forskning og fra de kliniske behandlingsmiljøene sammenlignet med andre land. I tråd med nasjonal strategi og gjennom samarbeidet mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, er økt verdiskaping gjennom innovasjon en uttalt målsetting i Norge.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-øst RHF, blitt bedt om å vurdere dagens indikatorer og foreslå nye, som også dekker prosess og tjenesteinnovasjon. Rapporten oppsummerer dette arbeidet og inneholder et forslag til nye nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren. Arbeidet har hatt til hensikt å utvide dagens indikatorsett til å favne helseforetakenes samlede aktiviteter innenfor innovasjon; både av kommersiell og ikke-kommersiell karakter. Det er liten tradisjon for å formidle og dele gode kliniske løsninger eller å synliggjøre den samfunnsmessige betydningen av all god forskning som pågår. Gode indikatorer bør bidra til å skape en kultur for kreativitet og nytenkning blant ansatte og brukere av helsetjenestene, med mål om å identifisere og utvikle gode løsninger som kan øke kvalitet, effektivitet og bidra til bedre ressursutnyttelse.

De nye forslagene til nasjonale innovasjonsindikatorer skal fange opp milepæler og samarbeidsrelasjoner i innovasjonsforløpet og inkludere helsetjenestens satsning på så vel produkt- som prosess- og tjenesteinnovasjoner i helseforetakene. Dagens innovasjonsindikatorer beholdes og det er i tillegg innført noen nye. Helse- og omsorgsdepartementet bør øremerke ressurser til innovasjonsarbeid i helseforetakene. Rapporteringsrutiner og ansvar foreslås endret og oppsummeres nedenfor:

Helseforetakene:

Arbeidsgruppen foreslår at helseforetakene rapporterer følgende innovasjonsindikatorer til de regionale helseforetak (RHF) halvårlig:

1. Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk
2. Antall nye patentsøknader
3. Innovasjonskultur-tiltak

De regionale helseforetakene:

Arbeidsgruppen foreslår at RHF-ene har ansvar for å innhente og rapportere følgende indikatorer til HOD:

- Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene
- Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges Forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed
- Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial
- Innovasjonsindikatorene fra helseforetakene

Arbeidsgruppen foreslår at informasjon om antall oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer innhentes direkte fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene som er knyttet til helseforetakene og at antallet kommersialiseringsaktiviteter finansiert gjennom Norges Forskningsråd, Innovasjon Norge og InnoMed rapporteres direkte til helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet

Øremerker innovasjonsressurser direkte til helseforetakene og Nærings- og handelsdepartementet instruerer Innovasjon Norge, Norges Forskningsråd og InnoMed om å rapportere sine tildelinger direkte til de regionale helseforetakene halvårlig.

2. Innledning

2.1. Mandat

Oppdragsdokument 2011:

”Det er behov for å vurdere og videreutvikle dagens sett med indikatorer for innovasjon i helsesektoren. 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. Dagens indikatorsett må gjennomgå med tanke på at rapportering hovedsaklig skal skje basert på etablerte datakilder.” (s. 16)

”Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, innen 30. september 2011 utarbeide forslag til et sett med nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren. Forslaget skal vurdere dagens indikatorer, samt foreslå nye indikatorer som dekker prosess og tjenesteinnovasjon.” (s. 16)

2.2. Arbeidsgruppen

De respektive regionale helseforetakene meldte inn representanter til arbeidsgruppen som skal vurdere og videreutvikle dagens sett med indikatorer for innovasjon i helsesektoren, jf. oppdragsdokumentet for 2011.

Arbeidsgruppens sammensetning:

- | | | |
|-----------------------------|---|------------------|
| - Bjørn Grønli, gruppeleder | Innovasjonssjef | Helse Sør-Øst |
| - Tove Klæboe Nilsen | Fagansvarlig for forskning og utdanning | Helse Nord |
| - Arild Pedersen | IT- sjef | Helse Midt-Norge |
| - Johnny Heggstad | Prosjektdirektør | Helse Vest |

Sekretariat:

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - Kari Kværner | Innovasjonsdirektør | Oslo universitetssykehus |
| - Maria Frøyland | Innovasjonsrådgiver/forsker | Oslo universitetssykehus |
| - Mona Rønningsen | Innovasjonsrådgiver | Oslo universitetssykehus |

2.3. Behov for innovasjonskultur innenfor helse

Målinger i privat sektor viser at Norge skårer lavt på innovasjon i europeisk sammenheng (1)¹. Foreløpig finnes det ikke nok informasjon til å konkludere om offentlig sektor, verken nasjonalt eller internasjonalt. Men dette understreker betydningen av å etablere et felles sett av mål for innovasjonsaktivitet, for komparative formål. De regionale helseforetakene representerer fire av Norges største kunnskapsorganisasjoner med et budsjett på ca 100 mrd kr og 97 777 årsverk i 2010. Vi har gode forutsetninger for å bidra til innovasjon og næringsvirksomhet, men det må igangsettes tiltak for å skape og kommunisere en slik kultur. Det er nylig fremhevet at en virksomhet ofte trenger et visst press for å innovere, og at målet må være en nasjonal kultur for nyskaping i helsesektoren (2).

¹ Det er verdt å merke seg at det er en diskusjon om dette i Norge hvor det reises tvil om denne form for måling treffer den spesielle næringsstrukturen vi har i Norge med en tung offshoresektor og petroleumsvirksomhet.

3. Innovasjonsindikatorer

3.1. Innovasjonsindikatorer i offentlig sektor er i startfasen

Historisk sett har OECD's arbeidsgruppe NESTI (National Experts on Science and Technology Indicators) hatt en internasjonal ledende rolle. De har utviklet et rammeverk for å definere og måle innovasjon i privat sektor innenfor områdene vitenskap og teknologi. Oslo Manualen anvendes i dag av privat sektor i alle OECD land (3). Det mangler tilsvarende kunnskap og brukermanual for offentlig sektor (4). Det er i dag ønske om å utnytte kunnskapen fra 20 års erfaring med "business innovation surveys" fra privat sektor til å utvikle et godt system for å definere, måle, og ikke minst stimulere innovasjon innenfor offentlig sektor (3).

Globalt er arbeidet med innovasjonsindikatorer i offentlig sektor i startfasen. De første pilotarbeidene på området ble påstartet i 2008 og ferdigstilt i begynnelsen av 2011. Av arbeider verdt å nevne er: MEPIN pilotstudier i Nordiske land, EU Innobarometer 2010 og NESTA's Public Sector Innovation Index i Storbritannia (3). Målet med slike undersøkelser rettet til enkeltpersoner innenfor større organisasjoner, har vært å få informasjon om innovasjonssatsing i offentlig sektor. Slik kunnskap gir et grunnlag for å utvikle et internasjonalt rammeverk for måling av innovasjon, på samme måte som Oslo Manualen og Innovation Union Scoreboard 2010 fungerer for privat sektor. Erfaringer fra disse pilotarbeidene er benyttet i arbeidet med dette dokumentet.

3.2. Innovasjon sentralt i Europas 2020 strategi

"Tradisjonelt har offentlig sektor blitt sett på som et statisk rammeverk for dynamikk og innovasjon i privat sektor. I dag er det en stadig sterkere anerkjennelse av at innovasjon like gjerne finner sted innenfor offentlig sektor som ledd i produktivitetsforbedringer og bedre ressursutnyttelse internt eller for å skape et mer dynamisk og brukervennlig grensesnitt mot brukere av offentlige tjenester." (5). Innenfor offentlig sektor er det viktig å bruke ressursene optimalt, og det er et betydelig potensial for forbedret yteevne og et konstant behov for tilpasning til krav og behov i samfunnet. Offentlig sektor skal innfri krav knyttet til demografiske endringer, miljømessig press og globalisering samtidig som velferdsnivået skal opprettholdes (3). Offentlig sektor må gjøre mer for mindre, dette gjelder også helsesektoren. I likhet med andre vestlige land står Norge overfor store helseutfordringer. Vi eldes og utvikler sykdom som følge av vår livsstil (6). Utgiftene stiger, medisinske tekniske utstyr foreldes og informasjonsteknologi utfordrer kommunikasjonen innad i sykehus, mot pasienter og i forhold til samarbeidende industri. Økt fokus på pasientsikkerhet og kvalitet stiller krav til kontinuerlig fornying innen helsesektoren (7).

Europas 2020 strategi har innovasjon sentralt (8). For å møte utfordringene som er nevnt ovenfor, blir innovasjon i offentlig sektor sett på som en avgjørende faktor (5). Som følge av helseøkonomiske utfordringer knyttet til en betydelig kostnadsvekst innenfor helsesektoren har innovasjon vært på den politiske helseagenda i mange land (9). I tråd med nasjonal strategi er økt verdiskapning gjennom innovasjon en uttalt målsetting i Norge (7, 10-12).² Det nasjonale samarbeidet mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet om behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling er et eksempel på dette.

Norges forskningsråd har påpekt at det er et urealisert potensial i Norge for økt innovasjon fra medisinsk og helsefaglig forskning sammenlignet med andre land. Helseforetakene, som er førende innen medisinsk forskning og utvikling i Norge, kan bidra til å skape merverdi gjennom innovasjon.

² "Regjeringens innovasjonssatsning er forankret i Soria Moria-erklæringen, Nasjonal helseplan (2007-2010), St. meld. nr 30 (2008-2009) Klima for forskning (Forskningsmeldingen), HODs forskningsstrategi (2006-2011), St.meld. nr 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge (Innovasjonsmeldingen), St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen (Samhandlingsmeldingen) og meldingen om offentlige innkjøp (St.meld. nr 36 (2008-2009))." (6: s.7)

Med sin store samlede forskningsproduksjon og kliniske fagmiljøer har helsesektoren de beste forutsetninger for å ta et slikt ansvar. Helseforetakene har allerede lang og bred erfaring i utvikling av ideer med et kommersielt potensial.

3.3. Innovasjonsbegrepet

Helsedirektoratet definerer innovasjon som "En ny eller forbedret vare, tjeneste, produksjonsprosess, eller organisasjonsform som er tatt i bruk i helsesektoren." Innovasjon betyr at noe, for eksempel en rutine, en prosess eller et produkt, er nytt. For at det skal være en innovasjon, må det som er nytt, både utvikles og tas i bruk (13). I tillegg til utvikling av idéer med et kommersielt potensial, omfatter begrepet utvikling av idéer knyttet til tjenester og prosesser (jf. Oppdragsdokument 2011). Implementering av denne type innovasjoner har som målsetting å optimalisere behandlingsforløp, og bidra til helsetjenester som gir best mulig ressursutnyttelse.

Det finnes ulik fortolkning av innovasjonsbegrepet (14), som er i stadig utvikling. I internasjonal litteratur blir det eksempelvis beskrevet som et multidimensjonalt system av vekselvirkende effekter, prosesser og agenter (14, 9). NIFU omtaler innovasjon som en endring, men forutsetter at endringen innebærer en form for nyhet. Graden av nyhet kan imidlertid variere: innovasjonen kan være radikal eller inkrementell (15). Radikale innovasjoner innebærer noe helt nytt, mens inkrementelle innovasjoner er små, stegvise forbedringer innenfor en virksomhet (2). Sistnevnte er den vanligste formen for innovasjon innen offentlig sektor og tjenestesektoren: kun 1 av 5 som innføres i offentlig sektor er radikal innovasjon (16-18). Den verdi inkrementelle innovasjoner har for den enkelte virksomhet er ofte undervurdert (15). I stedet for å presisere grad av innovasjon, bør fokus være på hvor stor betydning endringen får, dvs. den verdi innovasjonen potensielt bidrar til. I en av tre store nybrottsundersøkelser innen innovasjon i offentlig sektor, ble det til spørsmål om formålet bak virksomhetenes innovasjonsaktivitet vist at 83 prosent mente at det viktigste formålet er å forbedre kvalitet i leverte varer og tjenester, 73 prosent - forbedret effektivitet i organisasjonen, og 72 prosent - forbedret brukertilfredshet (4). Fokuset på innovasjon i norsk helsesektor bør derfor være iverksettelse av både store og små innovasjonsprosjekter som har til hensikt å oppnå slike effekter.

Det finnes flere kilder til innovasjon. I Stortingsmelding nr. 16 (2010-2011) står det skrevet at "Innovasjon kan ta utgangspunkt i erfaringsbasert kunnskap, brukerbehov, ny teknologi, eller ideer fra bedrifter, helsepersonell eller enkeltpersoner. Denne typen innovasjon betegnes som behovsdrivet innovasjon. Men innovasjonen kan også ta utgangspunkt i forskning. Innovasjon er viktig for å sikre at forskningsbasert kunnskap omdannes til nye tjenestetilbud og at dette også omfatter tiltak for å endre organisasjonskultur og organisering." (19). I MEPIN-undersøkelsen ble interne drivkrefter til innovasjonsaktivitet oppgitt å være de viktigste, med 75 prosent som mente at ledelsen var svært viktig som drivkraft og 52 prosent som mente at ansatte var svært viktig (4).

Norske sykehus har tradisjonelt hatt fokus på produktinnovasjon. I dag er internasjonal oppmerksomhet i stor grad også rettet mot driftsgevinster knyttet til prosess- og tjenesteinnovasjoner, ikke minst i USA, Danmark og England. I USA er innovasjon fremhevet i den nye helsereformen som et virkemiddel som skal være med å løse helseutfordringene, og helseorganisasjonen Kaiser Permanente følger blant annet en vidstrakt, tjenestefokusert versjon av begrepet innovasjon (20). Danmark har også satset på tjenesteinnovasjon, der blant annet Region Hovedstaden har etablert et Center for Sundhetsinnovation. Dette er et kunnskaps- og rådgivningssenter som skal forbedre kvalitet og effektivitet i helsevesenet gjennom anvendelse av nye tjenester, produkter og organisasjonsformer (21). Videre har NHS i England en uttalt målsetting om å spare 30-50 % av helsekostnadene gjennom innføringen av nye radikale innovasjoner (22). Som et eksempel viser NHS til en prosessforbedring ved akuttmottaket i Nottingham der behandlingstid er redusert med 23 % hos voksne og 33 % hos barn. Det vil utvilsomt være interessant å regne på hva det innebærer for både pasienttilfredshet og produktivitet.

Norge har også fokus på prosess- og tjenesteinnovasjoner. Som beskrevet i Helsedirektoratets definisjon, RHFenes handlingsplan, og RHFenes oppdragsdokument for 2011, dreier innovasjon i helsesektoren seg om å utvikle og innføre nye og bedre produkter og tjenester, og om virksomhetsforbedringer i form av bedre og mer kostnadseffektive prosesser, organisatoriske løsninger og pasientforløp (23). I litteraturen har innovasjon blitt delt inn på mange ulike måter. I tillegg til de tre nevnte, inneholder begrepet blant annet organisasjonsinnovasjon, kommunikasjonsinnovasjon, sosial innovasjon, markedsføringsinnovasjon, lederinnovasjon, relasjonell innovasjon, systemisk innovasjon, konseptuell innovasjon og administrativ innovasjon. Ikke bare er det svært mange å holde oversikt over, men de er også i stor grad overlappende. I tillegg er det i tjenestenæringene svært problematisk å skille prosesser, produkter og tjenester fra hverandre i praksis (24-25), fordi de påvirker hverandre og fordi produksjon og leveranse ofte skjer samtidig med bruken av dem (26, 4). For eksempel er et nytt medisinsk-teknisk instrument som øker presisjonen ved biopsi-taking eller et engangs fødelaken med økt evne til å absorbere væske utvilsomt *produktinnovasjoner* som kan øke kvaliteten ved behandlingen, men disse vil ved innføring også påvirke rutiner og prosesser ved avdelingen. De vil derfor også kunne omtales som *prosessinnovasjoner*, da de medfører prosessendringer som potensielt kan øke de ansattes effektivitet. Et eksempel på en *tjenesteinnovasjon* kan være tiltak som forbedrer logistikken ved blodprøve-taking samtidig som pasientenes behov bedre ivaretas. Slike innovasjoner påvirker både prosesser og kommunikasjon mellom ansatte, og krever at nye produkter designes og implementeres for å øke brukergrensesnittet; her vil kommunikasjonsinnovasjon, prosessinnovasjon og produktinnovasjon bli en del av tjenesteinnovasjonen. Målinger av innovasjon bør operere med en helhetlig tilnærming slik at alle aspekter ved innovasjon favnes, derfor er målet å øke verdi i og rundt tjenester og behandlingsforløp.

3.4. Innovasjonskultur

Den nasjonale samarbeidsavtalen om innovasjon (Behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren 2007-2011) understreker betydningen av at det utøves innovasjonsledelse og utvikles en kultur for innovasjon i helsesektoren (6). En sterk innovasjonskultur legger til rette for nyskaping og god kunnskapshåndtering internt i organisasjoner og fremmer innovasjonsprosesser (2, 17, 22). Ved å stimulere og premiere tiltak som gir kultur for innovasjon i landets helseforetak legger man til rette for at innovasjon blir en akseptert og integrert virksomhet i helseforetakene. Dette vil bidra til verdiskaping på kort og lang sikt (6). Organisasjonskulturen gjenspeiler organisasjonens verdier, atferdsnormer, forventninger og prioriteringer; risiko- og endringsvilje, insentivstrukturer, innovasjonsbarrierer og samarbeid innad i organisasjonen (27-29).

Innovasjonsløpets langsiktige natur, og de mange uforutsette barrierer som dukker opp underveis fra en idé til implementering eller kommersialisering, gjør arbeidet med innovasjon vanskelig. Det er en kjensgjerning at mange gode innovasjonsprosjekter stopper opp før de får faktisk verdi. Det er derfor nødvendig å sørge for at innovasjon blir lagt godt til rette og at innovasjonsaktivitet blir stimulert. Det kreves en kultur for innovasjon, der kreativ tenkning og initiativ er høyt verdsatt, og der menneskelig og finansiell bistand i innovasjonsprosjekter blir en naturlig del av virksomhetens aktivitet. Dette forutsetter at innovasjon har en toppforankring, både gjennom nasjonale føringer fra styrende helseorganer og gjennom topplerforankring innenfor de enkelte helseinstitusjoner. I en nordisk undersøkelse om innovasjon i offentlig sektor viste norske tall at kun 12 % hadde en egen enhet for utvikling og nyskaping. Dette er lavere enn øvrige skandinaviske land (Sverige, Danmark og Island) (30). Samme undersøkelse viste at kun 26 % av samtlige land hadde en innovasjonsstrategi i organisasjonens overordnede målsetting. Resultatene fra undersøkelsen tyder på at organisasjoner med innovasjonsstrategier er mer innovative (på tvers av alle indikatorene) enn organisasjoner uten (31). Studien konkluderte med at flertallet av undersøkte organisasjoner bør ha en mer systematisk tilnærming til å håndtere innovasjon. En nasjonal satsing på innovasjon skal imøtekomme

helsetjenestens kontinuerlige behov for økt kvalitet og produktivitet innenfor akseptable økonomiske rammer. Dette kan oppnås dersom innovasjon blir en integrert og tydelig del av sykehusenes virksomhet. Innovasjon må bli en del av måten vi arbeider på – en del av organisasjonskulturen i norske helseorganisasjoner.

En måte å få innovasjon til å bli en del av kulturen og måten vi arbeider på, er å igangsette innovasjonsopplæring rundt i landets helseorganisasjoner. Dette fordi innovasjonsarbeidet vil avhenge av en kritisk masse av ledere og ansatte innenfor offentlig sektor som besitter vilje og forståelse for innovasjon. Det å kunne identifisere og bidra til å skape muligheter innenfor eksisterende problemområder krever en helhetlig prosjektforståelse og et aktivt, reflekterende engasjement (32). Dette krever tilretteleggelse for kunnskapstilegnelse og muligheter til å utveksle god praksis (7). Betydningen av dette er fremhevet på EU nivå. Arbeidsgruppen mener derfor det vil være svært nyttig å iverksette innovasjonsopplæring lokalt og regionalt, for å spre kreativ tankegang i helsesektoren. Arbeidsgruppen legger frem forslag til hvordan helseforetakene kan samle tekstlige beskrivelser om fremgangen av slikt arbeid i forbindelse med sin årlige rapportering (se vedlegg 4).

3.5. Behov for nye indikatorer³

Hva er hensikten med indikatorer for innovasjon? Målet er å øke forekomsten av innovasjon i helseforetakene, slik at helsetjenestene blir i stand til å tilpasse seg kontinuerlige endringskrav fra brukere og beslutningstakere. Helsetjenesten må øke sin evne til fornyelse. For å få dette til er det nødvendig med en oversikt over hvilke innovasjonsaktiviteter som foregår for å stimulere til økt forståelse og interesse for innovasjon og kunne bidra til bedre helsetjenester.

I dag er det mangel på gode data på innovasjonsaktivitet innenfor offentlig sektor (31). For å bidra til nyskaping og næringsvirksomhet, er det behov for gode og lett håndterbare registrerings- og rapporteringsdata av helseforetakenes innovasjonsaktiviteter slik at rapporteringen ikke kun omfatter sluttresultatene av innovasjoner, men også lykkes i å fange opp milepæler og tiltak for å øke kunnskapsdeling i forbindelse med innovasjon. I 2010 etterspurte OECD mer kunnskap og bedre måleverktøy for offentlig sektor (2). Det er fremhevet både av OECD og NESTA undersøkelsen (2011) at manglende tilgang til aktivitetsdata fra offentlig sektor er en viktig innovasjonbarriere og at måling av innovasjon kan ha en viktig rolle for å bidra til økt næringsutvikling (2, 31). Samme undersøkelse peker på mangelfull systematisk tilnærming til innovasjonshåndtering. Utviklingen av et felles indikatorsett for innovasjon, som også fanger opp prosess- og tjenesteinnovasjoner og virksomhetsforbedringer i helsetjenesten som er av innovativ karakter, vil gjøre det mulig å lære av hverandres suksesshistorier, og befordre samarbeid på tvers av tjenestenivåer og mellom helseforetak. Nye indikatorer skal bidra til å gi et mer korrekt bilde på omfanget av innovasjon i helsesektoren.

³ *Hva er indikatorer?* Sagt på en enkel måte, er innovasjonsindikatorer statistikk som beskriver ulike aspekter ved innovasjon. Individuelle indikatorer er generelt sett delvis, det vil si at de ikke måler alle aspekter ved innovasjon. Samlinger av valgte indikatorer blir brukt til å måle innovasjon mer bredt. Innovasjonsindikatorer er ofte indirekte, fordi det underliggende fenomenet av interesse, innovasjon, er ulemmelig eller ikke direkte observerbart (Grupp and Schubert 2009).

3.6. utfordringer ved dagens indikatorer

Dagens innovasjonsrapportering til Helse- og omsorgsdepartementet omfatter følgende parametre i 2011 (vedlegg 2):

- Antall løpende og nye offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (OFU) (eventuelt industrielle forsknings- og utviklingskontrakter (IFU), samlet prosjektverdi og helseforetakets bruk av ressurser målt i kroner på de to kategorier
- Antall FORNY prosjekter (kommersialisering av FoU- resultater)
- Antall BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter)
- Antall KBM prosjekter (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning)
- Tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter
- Antall registrerte oppfinnelser
- antall innleverte og videreførte patentsøknader (Patient Cooperation Treaty (PCT) - fase)
- Antall bedriftsetableringer
- Antall lisensavtaler
- Antall forprosjekter finansiert av InnoMed
- Antall og andel av alle innkomne elektroniske forskningssøknader som omtaler innovasjonspotensial

Svakheten ved *innsamlingen* av dagens indikatorer er manglende infrastruktur og tilgjengelig nødvendig informasjon. Arbeidsgruppen påpeker derfor at ansvaret for å utarbeide slike oversiktlig systemer og gjøre dem tilgjengelige for offentligheten, bør gis de instanser som deler ut midler. Det vil si at antall OFU, IFU, FORNY, BIP, KBM og midler fra Norges forskningsråd, Innovasjon Norge og Innomed bør kunne innhentes fra de instanser som deler ut slike midler og sendes RHFene direkte. HOD og NHD må derfor gi instruks til de aktuelle institusjoner om oppfølging av dette. Videre bør kommersialiseringsaktører ha ansvaret for å synliggjøre sine oversikter over eget TTO arbeid, slik som antall registrerte oppfinnelser, innleverte og videreførte patentsøknader, bedriftsetableringer og lisensavtaler. Antall og andel elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial beholdes, registreres og rapporteres av de regionale helseforetakene.

I forbindelse med forslaget om å gjøre dagens rapporteringssystem enklere og tildele de opprinnelige instanser ansvar for rapportering av egne tall, vil gruppen også foreslå at man reduserer hyppigheten av rapportering. I dag rapporteres det tre ganger i året fra helseforetakene til de regionale helseforetakene, som rapporterer videre til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) to ganger årlig. Vi foreslår at de nye indikatorene rapporteres til de regionale helseforetakene to ganger årlig.

I brev sendt Helse- og omsorgsdepartementet november 2010 fra Helse Sør-Øst, understrekes at dagens indikatorsett ikke dekker innovasjonsbegrepet slik det er definert i dag (jf. Helsedirektoratets definisjon på innovasjon). Disse indikatorene er i hovedsak "sluttindikatorer" knyttet til kommersialisering av innovasjonsaktiviteter, som først og fremst beskriver produktinnovasjoner, er kvantitative og sier ikke noe om kvaliteten i form av helsetjenestens og den næringsmessige verdi av oppfinnelsen. Det er for eksempel fullt mulig å etablere et antall bedrifter, men dersom de forblir enmannsbedrifter uten omsetning er næringspotensialet begrenset. I tillegg til kvalitet er det viktig å fange opp viktige milepæler i innovasjonsaktiviteter. Det er ofte lang vei fra idé til løsningen er implementert. Derfor er det behov for indikatorer som kan styre innovasjonsarbeidet i helseforetakene slik at nyskaping innenfor ønskede områder får prioritet. Alle som arbeider med innovasjon ønsker å melde fra om oppnådde milepæler underveis framfor å vente inntil flere år på sluttindikatoren. Dette gjelder ikke minst i oppstart av innovasjonsvirksomhet og videreutvikling av gode ideer. En begrensning ved dagens indikatorsett er at den ikke favner tjeneste- og

prosessinnovasjoner eller ulike former for samarbeid. Dette medfører at verdifull informasjon i pågående innovasjonsaktiviteter ikke blir dokumentert. Det er derfor behov for *gradering* av innovasjonsarbeidet og å legge til rette for indikatorer som kan beskrive ulike kvalitative aspekter ved ideene som identifiseres og utvikles.

3.7. Forslag til nye indikatorer

Måling av innovasjon er utfordrende, både grunnet kompleksiteten og spennvidden av begrepet slik det er beskrevet i litteraturen, og på grunn av de mangfoldige tolkninger det tillegges i praksis. Ulike tolkninger bærer preg av liten grad av forståelse for utviklingen begrepet har vært gjenstand for de senere år, og den verdi inkrementelle endringer har for kvalitet på helsetjenester som tilbys. Som understreket i oppdragsdokumentet 2011 bør målinger av innovasjonsaktivitet fange opp alle sider ved innovasjon. I tillegg til oppfinnelser med kommersielt potensial, bør endringer som resultat av prosess- og tjenesteinnovasjoner også registreres og måles, jamført Helsedirektoratets definisjon (23).

Det er hevdet at innovasjonsresultater i tjenestenæringen ofte er av kvalitativ art, og derfor vanskelig å måle (24). Økt kunde verdi, strategiske effekter (33), økt kunnskap og bedret samarbeid er eksempler på vanskelige målbare effekter (24). Statistisk sentralbyrå har videre påpekt at man skal være forsiktig med å spesifisere for detaljerte mål fordi de kan være vanskelig å etterprøve i forhold til måloppnåelse (34). Samtidig fremhever OECD viktigheten av både å benytte eksisterende indikatorer på et mer detaljert nivå og utvikle nye indikatorer for å få et handlingsorientert kunnskapsgrunnlag som gir grunnlag for sammenlikning. Slike indikatorer krever imidlertid systematisk utviklingsarbeid og datainnhenting, og det må erkjennes at det ikke er mulig å ha indikatorer som dekker alle problemstillinger (35). Det sett av indikatorer som legges frem i dette dokumentet regnes som nybrottsarbeid, og skal hovedsakelig legge til rette for å stimulere økt forståelse for innovasjon og muliggjøre sammenlikning av innovasjonsaktivitet mellom landets helseforetak.

Arbeidsgruppen legger til grunn følgende kriterier for etableringen av indikatorene:

1. Skal lett kunne måles, registreres og rapporteres
2. Bør fange opp store og små "milepæler" i innovasjonsforløpet; det er nødvendig å registrere aktiviteter i tidlig fase så vel som endepunkter for å stimulere innsats.
3. Stimulere til økt innovasjon, herunder å øke fokus på og forståelse for innovasjon (skape innovasjonskultur).
4. Stimulere til økt samarbeid og kunnskapsdeling om innovasjon i ulike deler/sektorer av samfunnet
5. Bør kunne gi et nyansert bilde av foretakenes fokus og innsats på innovasjon
6. Favne flere sider av innovasjonsbegrepet enn dagens, så som prosess- og tjenesteinnovasjon, samt flere nivåer av nyskaping.
7. Bør kunne hjelpe oss å nå målene som er satt for innovasjon innen helse (se f.eks. OUS' innovasjonsstrategi).
8. Bør kunne brukes til nasjonal benchmarking

Arbeidsgruppen foreslår at helseforetakene rapporterer følgende innovasjonsindikatorer:

INNOVASJONSPROSJEKTER

Fase 1: Forprosjekt

Fase 2: Pilotering/verifisering

Fase 3: Implementering/lisensiering

SAMARBEID OM INNOVASJONSPROSJEKTER

a. Helsetjenesten utover eget helseforetak

b. Næringliv og industri

c. Pasientorganisasjoner

RESSURSER TIL INNOVASJON

Antall personer som er aktive i innovasjonsprosjekter

Antall prosjekter med ekstern finansiering

ANTALL NYE PATENTSØKNADER

Nordiske pilotstudier av innovasjon i offentlig sektor, MEPIN 2011, har påpekt at undersøkelsen de gjennomførte er så ny for offentlige etater, at begreper og definisjoner enda ikke er innarbeidet. Videre påpekte Kaiser Permanente i 2010 at ledere som blir holdt ansvarlig for å øke innovasjon og rapportere sin aktivitet, aktivt vil søke mer informasjon – som igjen vil øke deres kunnskap og dermed evne til å rapportere (36). Nedenfor er indikatorene nærmere beskrevet. Forslag til tabell for helseforetakenes rapportering til de regionale foretak ligger i vedlegg 3, og internregistrering innad i helseforetaket i vedlegg 4.

3.7.1. INNOVASJONSPROSJEKTER

Til tross for at det i litteraturen understrekes at innovasjon innen offentlig sektor, som i øvrige sektorer, er av både radikal og inkrementell karakter (f.eks. Innobarometer 2010), bør måling registrere dette som et samlet mål som beskriver all satsning på nyskaping. Resultatene i den nordiske pilotstudien MEPIN viste at mange forbedringstiltak ble rapportert som innovasjon, men kun 47 prosent rapporterte at innovasjonsaktiviteten deres var organisert som prosjekter (4). En mulig årsak til dette er manglende forståelse for innovasjon, som kommer av at rapportering på området er helt nytt. Gruppen foreslår at det å formalisere innovasjonsaktivitet som et prosjekt (i.e. prosjektetablering), bør bli en naturlig del av innovasjonsaktiviteten. Det vil kreve økt forståelse for hva innovasjon innebærer.

Statistisk Sentralbyrå påpeker at en innovasjon skal være ny for organisasjonen, selv om den kan ha blitt utviklet av andre (4). De tenkte forbedringer kan være radikale eller inkrementelle, så lenge de har til hensikt å bedre behandlingen, redusere kostnader, øke funksjonalitet, kvalitet, effektivitet, verdi (eller liknende) i eller ved helsetjenesten. Erfaringer fra MEPIN undersøkelsen viser at terskelen for å rapportere tiltak som innovative har vært lav, som tolkes dit hen at det bør understrekes at forbedringer kun bør registeres dersom de har vesentlig nyhetsverdi for enheten. Et eksempel på en radikal innovasjon kan for eksempel være oppfinnelse av en substans med egenskaper som kan redusere smitte i intensivavdeling, mens et eksempel på en inkrementell innovasjon kan være å utvikle et konsept hvor helsepersonell effektivt kan tilrettelegge og produsere individtilpasset, kvalitetssikret pasientinformasjon.

Måleparameteret innovasjonsprosjekter har en viktig avgrensning. Det er kun de innovasjonstiltak som etableres som *prosjekter* som det skal rapporteres på. Dette fordi "en forutsetning for at en ønsket innovasjon skal finne sted [...] er at det tas en beslutning om å utvikle ideen." (14). Et tiltak skal anses som et prosjekt når dens igangsettelse er godkjent av et styre eller ledelse (med

budsjettansvar), hvilket innebærer godkjenning til å bruke ressurser (tid og/eller kr) i videre prosess. Også prosjekter som er etablert under et annet område (samhandlingsprosjekter, forskningsprosjekter, kvalitetsforbedrende tiltak el.l), som viser seg å være innovative ved et senere stadium, kan rapporteres som et innovasjonsprosjekt. Det viktige her er at forbedringen skal ha tilstrekkelig nyhetsverdi, hvilket innebærer at det til leders kjennskap ikke har eksistert i avdelingen tidligere. Iverksettelse av ideer eller prosjekter som er implementert eller under utvikling ved andre helseforetak er like viktig som prosjektetablering av egne ideer så lenge hensikten er å øke nytteverdien for sykehus og pasienter. Arbeidsgruppen ser det videre hensiktsmessig å sammenstille alle ulike typer innovasjon under denne indikatoren (jf. punkt 3.3.). Slik vil alle typer innovative tiltak her anses som verdifulle så lenge leder har gitt sin tilslutning. Registrering av innovasjonsprosjekter vil skape økt forståelse for innovasjon og følgelig gi insentiv til å prioritere innovasjonsarbeid i helseforetakene.

Det kan være nyttig å påpeke at innovasjon ikke er synonymt med utvikling og endring. Endring foregår kontinuerlig og naturlig innenfor enhver organisasjon (37). Rene omstillingsprosesser eller mindre endringer som ikke har en viss grad av nyhet i seg (for din avdeling) skal ikke telles med. En forbedring er en innovasjon først når den tas i bruk av andre (jf. Helsedirektoratets definisjon), altså må iverksettelse være intensjonen bak ethvert innovasjonsprosjekt.

Innovasjonsprosjekter kan være introduksjon av en vare eller tjeneste som er ny eller vesentlig forbedret, innføring av en metode for framstilling og levering av varer og tjenester som er ny eller vesentlig forbedret i forhold til eksisterende prosesser, innføring av ny metode for organisering eller ledelse, nye metoder for å promotere organisasjonen eller dens varer eller tjenester, eller nye metoder for å påvirke atferden eller kunnskapen til individer eller organisasjoner. Slike innovasjoner må skille seg vesentlig fra eksisterende varer, tjenester eller metoder for organisering, kommunikasjon osv. i organisasjonen. Et produkt eller tjenesteinnovasjon omfatter for eksempel vesentlige forbedringer i dets egenskaper, i tilgang for brukerne eller i måten det blir brukt. Innovasjon i helsetjenesten har også blitt operasjonalisert i form av medisinske terapier, kirurgiske prosedyrer, innretninger og tester, nye former for helseprofesjonell trening, pasient undervisning og ledelses-, finansierings- og tjenesteleveranse modeller (38).

Fase 1: Forprosjekt

En idé eller tiltak anses som et innovasjonsprosjekt når det etter en første vurdering er besluttet utredet videre i en forprosjekt fase. Beslutningen innebærer godkjenning av et styre eller ledelse (med budsjettansvar), hvilket innebærer godkjenning til å bruke ressurser (tid og/eller kroner) i en videre prosess. Et innovasjonsprosjekt kan være forskningsbasert, patenterbart og med en kommersiell anvendelse, eller radikale eller inkrementelle forbedringer av typen produkt-, prosess eller tjenesteinnovasjon, som har til hensikt å bedre behandlingen, redusere kostnader, øke funksjonalitet/kvalitet/effektivitet/verdi i helsetjenesten.

Fase 2: Pilotprosjekter/verifisering

Uttesting av konseptet gjennom pilotering og/eller verifisering er en viktig milepæl på vei mot en implementering eller kommersiellisering. Dette innebærer blant annet en evaluering av prosjektets nytteverdi og mulighet for gjennomføring, og vil kunne avgjøre om prosjektet skal videreføres.

Fase 3: Implementering/utlisensiering

Et overordnet mål er å øke antallet implementerte innovasjonsprosjekter. Derfor er det nyttig å få en oversikt over dette. Det er verdt å nevne at det ikke bare bør fokuseres på implementering av ideer fra egen organisasjon, men at det bør oppfordres til å nyttiggjøre seg innovasjoner som har vist seg verdifulle fra andre helseforetak. Slik kan vi lykkes i å skalere og spre innovasjon i Norge, noe det er stort behov for (17). For teknologi- og kommersialiseringselskapene innebærer ikke denne fasen

nødvendigvis implementering, men salg (lisensiering), bedriftsetablering knyttet til kommersialiserbare prosjekter.

For alle fasene:

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.

3.7.2. SAMARBEID I INNOVASJONSPROSJEKTER

Helsesektoren har svært mange interessenter (stakeholdere), og det er viktig å åpne for dialog og samarbeid, også når det gjelder innovasjonsarbeid. I utviklingen av ideer bør både ansatte, pasienter, leverandører, ulike institusjoner og virkemiddelapparatet involveres og bidra med kunnskap og kapital (14). Med innovasjonssamarbeid menes prosjektrelaterte aktiviteter mellom helseforetakene og førstelinjetjeneste, privat spesialisthelsetjeneste, annenlinjetjeneste eller andre offentlige helseinstitusjoner, mot industri, næringsliv og pasientorganisasjoner.

Relasjoner og kunnskapsdeling bør ha en betydelig og sentral plass i innovasjonsarbeid (39). Kogut og Zander (1992) argumenterer for at organisasjoner vil være bedre i stand til å innovere ved å kombinere eksisterende og ny kunnskap (40). Ved å fokusere på økt samarbeid med relevante aktører vil det trolig bidra til økt kunnskapsdeling og økt innsikt i og forståelse for hverandres mål og prosesser. Dette vil potensielt kunne øke relevansen av ideer som genereres og innovasjoner som utvikles. Innovasjon kan således ses på som resultatet av innovasjonsprosesser innenfor et dynamisk system, formet av en rekke aktører og institusjoner (14).

Det finnes i dag lite dokumentasjon om betydningen av samarbeid for innovasjon i offentlig sektor, men dette er et område som har fått mye oppmerksomhet innenfor privat sektor. Innovasjonssamarbeid har i økende grad blitt en viktig del av private organisasjoners innovasjonsaktivitet og vekst, og har følgelig vist å bli en stadig mer sentral del av bedrifters strategier (41). Litteraturen som dokumenterer økende relevans, mangfold og fordeler ved innovasjonssamarbeid for næringslivets innovasjonsaktivitet er solid dokumentert (42-49).

Hvordan skal man rapportere samarbeid?

I tabellen i vedlegg 3 er det lagt opp til at man skal krysse av for prosjektrelatert samarbeid med en eller flere av de tre samarbeidstypene (helsetjeneste, industri og næringsliv og pasientorganisasjoner). Det vil gjelde samarbeid i alle faser i utviklingen av innovasjonsprosjekter. Samarbeidet skal være i form av aktiv deltakelse i innovasjon. Rent kontraktsamarbeid uten aktivt samarbeid i forhold til innovasjon skal derfor utelates (jf. MEPIN). Hyppig og samarbeidende kommunikasjon, som krever en kombinasjon av deling, spørring og lytting – der man deler ideer, tanker og taus kunnskap og finner løsninger i fellesskap – ser ut til å være tillittsskapende (50), en forutsetning for innovativt samarbeid (51). I hvilken grad partene er involvert i innovasjonsprosjektene vil selvsagt variere ut fra hva som utvikles (14), derfor legger denne indikatoren til rette for måling av flere typer samarbeid. Det er med andre ord ønskelig å stimulere til samarbeid på tvers av regionale helseforetak, sykehus, sykehjem, førstelinjetjeneste, mot bedrifter og pasientorganisasjoner i håp om for å øke idétilfanget og gjøre det lettere å prioritere innovasjoner som gir størst samlet nytteverdi for pasient, sykehus og samfunn.

1. Samarbeid innenfor helsetjenesten (samhandling)

Innenfor samhandlingsarenaer er det viktig å tenke nytt. Målet om å skape optimale løsninger for kommunikasjon og bedre behandlingsforløp vil støttes av gode relasjoner og kunnskapsdeling

mellom instansene. Her er nytenkning kritisk. I Nasjonal Helseplan (2007-2010) fremheves mangelen på samhandling i og mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, og i Samhandlingsreformen understrekes behovet for å legge bedre til rette for samarbeid (52).

Arbeidsgruppen forventer at denne indikatoren vil stimulere til å øke innovasjonstankegang, samtidig som det vil øke forekomsten av samarbeid i tenkte innovasjonsprosjekter. Registreringen av denne indikatoren vil kreve at enhver klinikk har god oversikt over de innovasjonsprosjekter som settes i gang på sine avdelinger. Det kan oppnås ved at det lages gode helhetlige registreringsskjemaer som distribueres til avdelingene (Se vedlegg 4).

2. Samarbeid med næringsliv og industri

Ifølge NHO-direktør Petter H. Brubakk kan samarbeid mellom offentlig og privat sektor styrke norsk næringsetablering og gjøre samfunnet i bedre stand til å håndtere utfordringer knyttet til miljø, en aldrende befolkning og mer innovasjon (53). Offentlig og privat sektor deltar i Norge i ulike former for samarbeid. Viktige positive resultater fra samarbeid er markedsekspanasjon, økt kvalitet i produkter og tjenester og samlet sett styrket innovasjonskultur (54). Enkelte industrisamarbeidsavtaler registreres allerede i sykehusene, og kan lett rapporteres inn i ovenstående indikator.

3. Samarbeid med pasientorganisasjoner

Brukerdrevet innovasjon er et nytt begrep innen samarbeid. Det er en kjensgjerning at innovasjon ikke bare oppstår fra forsknings- og utviklingsavdelingene i bedrifter og organisasjoner, men at samspillet mellom partnere, leverandører og kunder er viktig i utviklingen av nye produkter og løsninger (55). Nordic Innovation Centre's rapport om brukerdrevet innovasjon har som utgangspunkt at brukerdrevet innovasjon er en svært viktig kilde til gjennombruddsinnovasjoner i bedrifter og organisasjoner (56). En brukerdrevet innovasjonsprosess er basert på en forståelse av reelle brukerbehov og en mer systematisk involvering av brukerne i innovasjonsprosessen (57-58). Ved å arbeide sammen med brukerne og involvere dem i innovasjonsprosessen, får man tak i verdifull taus kunnskap og økt forståelse for behov og utfordringer (56). Ettersom det ikke er lett å gjøre tilgjengelig kunnskap om bevisste og ubevisste brukerbehov innenfor den lukkede sektoren helsetjenesten representerer, er det behov for kontakt med relevante pasientorganisasjoner. Innenfor diabetesomsorgen er det for eksempel både nyttig og nødvendig å involvere og kommunisere åpent med relevante pasientorganisasjoner før innføringen av nye behandlingsmetoder. St. melding nr. 16 fremheves et ønske fra departementene om at helsetjenesten skal synliggjøre tiltak som tar utgangspunkt i brukernes (pasienter, pårørende, helsepersonell) behov, og at den skal utvikle og sette i verk nye løsninger som gir bedre kvalitet for brukerne (19). Målet med denne indikatoren er at det foregår økt samarbeid med pasientorganisasjoner i forbindelse med nyskaping innenfor de områdene der det er relevant.

3.7.3. RESSURSER TIL INNOVASJON

Mange studier viser små innovasjonsbudsjetter. Lite avsatt tid til innovasjon begrenser nyskapingen. Den nordiske innovasjonsundersøkelsen MEPIN (2011) viste at en av de viktigste hemmende faktorene for innovasjon var mangel på budsjettmidler, hele 30 % av etatene oppga dette som en barriere (30). Innobarometer (2010) oppga tilsvarende barriere innenfor EU; så mye som 78 % av alle organisasjonene oppga at de manglet ressurser til å utvikle sine innovative ideer (18).

Mangel på tid og insentiver for ansatte til innovasjon er også rapportert som en negativ faktor (4). Fagpersoners initiativ og engasjement er viktig for å utvikle og utøve gode helsetjenester (59). Ansatte og ledere er både verdifulle ressurser i innovasjonsarbeid (4), og ettersom de også

representerer potensielle barrierer mot innovasjon gjennom aktiv motstand mot endringer, er det særdeles viktig å stimulere ansattes deltakelse i, og eierskap til innovasjon.

Undersøkelsene både i Norden og EU beskriver at mangel på finansielle og menneskelige ressurser er viktige barrierer mot innovasjon (8, 61). Det bør avsettes både mer tid og flere midler til innovasjon; ikke til innkjøp alene, men først og fremst midler direkte til utvikling av innovasjonsprosjekter. Pedersens rapport om tjenesteinnovasjon i servicesektoren har beskrevet risikoen ved kun å øremerke virkemidler mot teknologi- og FoU-basert innovasjon alene, fordi tjenesteinnovasjoner på denne måten kan bli forbigått fullstendig (61). Innovasjonsaktivitet skal med andre ord ikke måtte konkurrere med midler avsatt til forskning, men vurderes separat og øremerkes spesielt. Det må bli mulig å prioritere innovasjon i helseforetakene. Arbeidsgruppen foreslår at Helse- og omsorgsdepartementet årlig øremerker ressurser til innovasjon, for å bistå helseforetakene i sitt forsøk på å øke omfanget av produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjon i helsesektoren.

a. Interne ressurser

Interne ressurser vil si antall personer som deltar aktivt eller bistår i planlegging og gjennomføring av innovasjonsprosjekter. Ved å registrere antall sentrale deltakere vil man få et bilde av omfanget av innovasjonsaktiviteten i foretakene (4). Det vil fortelle noe om enkeltavdelingens og sykehusenes samlede innsats på innovasjon, og er en god milepæl i innovasjonsforløpet. En viktig spesifisering er at antall ansatte ikke innebefatter de ansatte som blir berørt av innovasjonen, slik som ved pilotering eller implementering.

b. Eksterne innovasjonsmidler

I helseforetakenes rapportering til de regionale helseforetakene skal det kan krysses av for antall innovasjonsprosjekter som har fått ekstern finansiering (vedlegg 3). Hensikten med denne indikatoren er å få en oversikt over hvor stor andel prosjekter som har mottatt ekstern finansiering. I tillegg foreslår arbeidsgruppen at man internt i helseforetakene registrerer prosjektenes finansiering i kroner (vedlegg 4).

3.7.4. ANTALL NYE PATENTSØKNADER

Patentsøknader er et godt mål på antallet oppfinnelser med nyhetsverdi og oppfinnerhøyde innenfor fagområder der patentbeskyttelse er mulig og der oppfinnelsen har et kommersielt potensial. Det er grunn til å tro at teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene helseforetakene samarbeider med, ikke fanger opp det totale antallet patentsøknader fra ansatte i organisasjonen. Dette er en indikator som også er forbundet med akademiske meritter, og ønskelig å ha samlet oversikt over.

4. Arbeidsgruppens konklusjon

Tidligere innovasjonsindikatorer beholdes og det er i tillegg innført noen nye i helseforetakenes rapportering. I tillegg foreslås rapporteringsrutinene endret.

Den nylig gjennomførte evalueringen av behovsdrevet innovasjon, har understreket viktigheten av egne midler til innovasjon. Disse bør ikke konkurrere med forskningsmidler. Arbeidsgruppen ber om at Helse- og omsorgsdepartementet øremerker ressurser direkte til innovasjonsarbeid i Helseforetakene.

Helseforetakene:

Innovasjonsindikatorene som helseforetakene rapporterer til de regionale helseforetak (RHF) halvårlig:

1. Antall innovasjonsprosjekter:

En idé eller tiltak anses som et innovasjonsprosjekt når det etter en første vurdering er besluttet utredet videre i en analysefase. Beslutningen innebærer godkjenning av et styre eller ledelse (med budsjettansvar), hvilket innebærer godkjenning til å bruke ressurser (tid og/eller kroner) i en videre prosess.

Innovasjonsprosjektet kan være forskningsbasert, patenterbar med en kommersiell anvendelse, eller radikale eller inkrementelle forbedringer av typen produkt-, prosess eller tjenesteinnovasjon, som har til hensikt å bedre behandlingen, redusere kostnader, øke funksjonalitet, kvalitet, effektivitet og/eller verdi i helsetjenesten.

Prosjektfase:

- Fase 1: Forprosjekt
- Fase 2: Pilotering/verifisering
- Fase 3: Implementering/utlisensiering

Samarbeid:

Antall innovasjonsprosjekter som innebærer samarbeid med:

- Helsetjenesten utover eget foretak (Førstelinetjenesten, praktiserende spesialister, spesialisthelstjeneste innenfor annet helseforetak eller helsforvaltning mfl)
- Næringsliv og industri
- Pasientorganisasjoner

Ressursbruk:

I alle innovasjonsprosjektene er det godkjent bruk av interne ressurser. I tillegg ønsker man en oversikt over hvor mange av innovasjonsprosjektene som har mottatt eksterne midler.

2. Antall nye patentsøknader:

Patentsøknader er et godt mål på antallet oppfinnelser med nyhetsverdi og oppfinnerhøyde innenfor fagområder der patentbeskyttelse er mulig og der oppfinnelsen har et kommersielt potensial.

3. Innovasjonskultur-tiltak:

En kort, kvalitativ beskrivelse fra helseforetakene om hvilke tiltak som er iverksatt innenfor innovasjonsopplæring

De regionale helseforetakene:

Arbeidsgruppen foreslår at RHF-ene har ansvar for å innhente og rapportere følgende indikatorer til HOD:

- Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene
- Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges Forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed
- Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial
- Innovasjonsindikatorene fra helseforetakene

Tabell 1: Forslag til rapporteringsskjema for et helseforetak (som sendes til RHFet).

Innovasjonsprosjekter	Antall:
Fase 1: Forprosjekt	
Fase 2: Pilotering/ verifisering	
Fase 3: Implementering/ utlisensiering	
Totalt antall innovasjonsprosjekter	
Samarbeidspartnere	Antall:
Antall innovasjonsprosjekter som innebærer samarbeid med:	
Helsetjenesten	
Næringsliv og industri	
Pasientorganisasjoner	
Ressurser	Antall:
Antall personer aktive i innovasjonsprosjekter	
Antall prosjekter som har mottatt ekstern finansiering	
Patentsøknader	Antall:
Antall nye patentsøknader	
Innovasjonskultur-tiltak: <i>Beskrive iverksatte innovasjonskulturtiltak</i>	

5. Referanser

- (1) European Innovation Scoreboard 2010 (2011). The Innovation Union's performance scoreboard for Research and Innovation. prepared by the Maastricht Economic and social Research and training centre on Innovation and Technology (UNU-MERIT) with the contribution of DG JRC G3 of the European Commission. [Hentet 10.06.11 fra: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/iu-scoreboard-2010_en.pdf].
- (2) NOU 2011:11 (2011). Innovasjon i omsorg. Norges offentlige utredninger, regjeringen.no
- (3) DSTI/EAS/STP/NESTI (2010). Creating guidelines for the measurement of public sector innovation. Working Party of National Experts on Science and Technology Indicators. Directorate for science, technology and industry committee for scientific and technological policy. OECD, Paris 8-10 November 2010
- (4) The Oslo Manual (2005). The measurement of scientific and technological activities. Proposed guidelines for collecting and interpreting technological innovation data. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Commission and Eurostat.
- (5) Statistisk Sentralbyrå (2011). Innovasjon i offentlig sektor. Forfattet av Frank Foyn, juli 2011.
- (6) St.meld. nr. 20 (2004-05). Vilje til forskning. Det kongelige utdannings- og forskningsdepartement, mars 2005.
- (7) Nasjonal Samarbeidsavtale. Behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011). Nasjonal Tiltaksplan.
- (8) European Commission (2010). Innovation union, turning ideas into jobs, green growth and social progress. Innovation union. [Hentet 13.06.2011 fra: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm]
- (9) Mina, A., Ramolgan, R., Tampubolon, G., og Metcalfe, J.S.(2007). Mapping evolutionary trajectories: Applications to the growth and transformation of medical knowledge. *Research Policy*, 36: 789-806.
- (10) Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Oppdragsdokument til de regionale helseforetakene 2011. [Hentet 13.11.10 fra: http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/oppdragsdok_2011/HelseSorost.pdf].
- (11) HMS (Helse Medisin Sikkerhet) (2010). Styrker innovasjon og kommersialisering. [Hentet 13.11.10 fra: <http://www.helsemedisinteknikk.no/default.asp?menu=6&id=4573>].
- (12) Helse Sør-Øst. Handlingsplan for innovasjon 2008-2011 (2010). Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av adm.dir. i Helse Sør-Øst RHF. [Hentet 12.11.10 fra: http://old.helse-sorost.no/stream_file.asp?iEntityId=2897].
- (13) Haugen Gausdal (2008). Hvordan skape innovative nettverk? MAGMA Econas tidsskrift for økonomi og ledelse. [Hentet den 02.09.2011 fra: <http://www.econa.no/hvordan-skape-innovative-nettverk>]
- (14) Innovation Vital Signs Project (2007). Prepared by ASTRA – the Alliance for Science and Technology Research in America. Investigators: Burk Kalweit, Egils Milborgs, Robert S. Boege, J. D. Technology Department US Department of Commerce
- (15) Røste, R. og H. Godø (2005). Notat om innovasjon i offentlig sektor – til utvikling av kompetansegrunnlaget for VIOS. NIFU STEP Arbeidsnotat 3/2005.
- (16) John, A. og Storey, C. (1998). New Service development: a review of the literature and annotated bibliography. *European Journal of Marketing*, 32, 184-251 i Pedersen, P.E. (2005). Tjenesteinnovasjon og tjenestekategorisering. Variasjon i tjenesteegenskaper og betydning for innovasjonsprosesser og innovasjonstyper. SNF-Report, No. 24/05. Institute for Research in Economics and Business Administration, Bergen, Norway. (Tilgjengelig fra [SNF](#)).
- (17) Carter Bloch. 2011. Measuring public innovation in the Nordic countries (MEPIN). Final report, Februar 2011.
- (18) Innobarometer 2010 (2011). Analytical report: Innovation in public administration. Conducted by The Gallup Organization upon the request of DG Enterprise and Industry [Tilgjengelig fra: <http://cordis.europa.eu/innovation/en/policy/innobarometer.htm>]

- (19) St.meld. nr. 16 (2010–2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. [Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>]
- (20) Harvard Business Review (2010). Kaiser Permanente's Innovation on the Front Lines. Forfatter: Lew McCreary. [Hentet 12.05.11 fra: <http://hbr.org/2010/09/kaiser-permanentes-innovation-on-the-front-lines/ar/1>]
- (21) Center for Sundhedsinnovation (2010). [Hentet 14.11.10 fra <http://www.regionh.dk/CenterforSundhedsinnovation/Menu/>]
- (22) NHS (National Health Services) Northwest England (2009). Paper to the July 2009 Board meeting. Innovation quality and productivity a business critical framework. [Hentet 13.11.10 fra http://www.northwest.nhs.uk/document_uploads/Board_Papers- July09/11.InnovationFund.pdf].
- (23) Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Oppdragsdokument til de regionale helseforetakene 2011. [Hentet 13.11.10 fra: http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/oppdragsdok_2011/HelseSorost.pdf]
- (24) Tether, B. (2003). The sources and aims of innovation in services: Variety between and within sectors. *Econ. Innov. New Techn.*, 12(6), 481-505 - i Pedersen, P.E. (2005). Tjenesteinnovasjon og tjenestekategorisering. Variasjon i tjenesteegenskaper og betydning for innovasjonsprosesser og innovasjonstyper. SNF-Report, No. 24/05. Institute for Research in Economics and Business Administration, Bergen, Norway. (Tilgjengelig fra [SNF](#)).
- (25) Djellal, F., Gallouj, F. (1999). Services and the search for relevant innovation indicators: a review of national and international surveys, *Science and Public Policy*, 26 (4): 218-232.
- (26) Salazar, M. and Holbrook, J.A.D. (2004) A Debate on Innovation Surveys. *Science and Public Policy*, 31 (4): 254-266.
- (27) Verbeke, W., Volgering, M. og Hessels, M. (1998). Exploring the conceptual expansion within the field of organizational behaviour: organizational climate and organizational culture. *Journal of Management studies*, 35 (3): 305-329 - i Carlfjord, S., Andersson, A., Nilsen, P., Bendtsen, P. og Lindberg, M. (2010). The importance of organizational climate and implementation strategy at the introduction of a new working tool in primary health care. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16 (2010) 1326–1332.
- (28) Jensen, K.E., Jensen J.P., Digmann, A. Og Bendix H.W. (2008) Principper for offentlig innovasjon. Fra best practice til next practice. Børsen Forlag. - i NOU 2011:11 (2011). Innovasjon i omsorg. Norges offentlige utredninger, regjeringen.no.
- (29) Rousseau, D. (1990). Quantitative assessment of organizational culture: the case for multiple measures. In B. Schieder (Eds.), *Frontiers in industrial and organizational psychology* (Vol. 3, pp. 153-192). San Fransisco: Jossey-Bass. - i Kimberly, J. and Cook, J.M. (2008). Organizational Measurement and the Implementation of Innovation in Mental Health Services. *Adm Policy Ment Health*, 35: 11-20.
- (30) Bugge, M.M., Mortensen, P.S. og Bloch, C. (2011). Measuring public innovation in nordic countries (MEPIN). Report on the Nordic pilot studies – analyses of methodology and results. Samarbeidsprosjekt: NIFU Nordic Institute for studies in Innovation, Research and Education og The Danish Centre for Studies in Research and Research Policy (CFA), University of Aarhus
- (31) NESTA (2011). Innovation in public sector organisations. A pilot survey for measuring innovation across the public sector. Forfattet av Alastair Hughes, Kyla Moore and Nimesh Kataria [Tilgjengelig fra: http://www.nesta.org.uk/publications/reports/assets/features/innovation_in_public_sector_organisations]
- (32) Johansen, A., Jermstad, O. Og Ekambaram, S. (2011). Muligheter i prosjekter – del II. *Prosjektledelse*. Norsk forening for prosjektledelse (NFP). Nr. 1 – Mars 2011. [tilgjengelig på www.prosjektledelse.org]
- (33) De Jong J.P.J., Bruins, A., Dolfsma, W. Og Maijgaard, J. (2003). Innovation in service firms explored: what, how and why? Strategic study B200205, *EIM Business & Policy Research*, Zoetermeer, Holland - i Pedersen, P.E. (2005). Tjenesteinnovasjon og tjenestekategorisering. Variasjon i tjenesteegenskaper og betydning for innovasjonsprosesser og innovasjonstyper. SNF-Report, No. 24/05. Institute for Research in Economics and Business Administration, Bergen, Norway. [Tilgjengelig fra [SNF](#)].
- (34) Statistisk Sentralbyrå (2007). Kommentarer til Stortingsmelding om Innovasjon: Høringsuttalelse til Nærings- og handelsdepartementet. [Hentet 11.11.10 fra www.ssb.no/omssb/horing/2007/2007-01-22-01.html].

- (35) NIFU STEP (2010). Det norske forsknings- og innovasjonssystemet - statistikk og indikatorer. Norges Forskningsråd. Oslo: 07 Gruppen AS.
- (36) Schilling, L., Chase, A., Hehrli, S., Liu, A.Y., Stiefel, M og Brentari, R. (2010). Kaiser Permanente's performance improvement system, Part 1: From benchmarking to executing on strategic priorities. *The joint commission journal on quality and patient safety*, 36 (11): 484-498
- (37) Cunningham, Paul (2005). Innovation in the health sector – case study analysis. Publin Report no. D19.
- (38) Dixon-Woods, M., Amalberti, R., Goodman, S., Bergman, B. and Paul Glasziou. 2011. Problems and promises of innovation: why healthcare needs to rethink its love/hate relationship with the new. *British Medical Journal, Quality & Safety*, 20: 47-51.
- (39) Levin, D.Z. og Cross, R. (2004) The Strength of Weak Ties You Can Trust: The Mediating Role of Trust in Effective Knowledge Transfer, *Management Science*, 50(11): 1477–1490. - i Haugen Gausdal (2008). Hvordan skape innovative nettverk? *MAGMA Econas tidsskrift for økonomi og ledelse*. [Hentet den 02.09.2011 fra: <http://www.econa.no/hvordan-skape-innovative-nettverk>]
- (40) Kogut, B. and Zander, U. (1992). Knowledge of the firm, combinative capabilities, and the replication of technologies. *Organisation Science*, 3: 383–397, in Eriksson, R., and U. Lindgren. 2008. Localized mobility clusters: impacts of labour market externalities on firm performance. *Journal of Economic Geography*, 1-21.
- (41) Powell, W.W., og S. Grodal (2005). Networks of innovators. In J. Fegerberg, D.C. Mowery and R.R. Nelson (eds.), *The Oxford Handbook of Innovation*. Oxford: Oxford University Press. S.56-85 - i Jaklic, A., Damijan, J.P., og Rojec, M. (2006). Innovation cooperation and innovation activity: the impact on the case of Slovenian enterprises. [Hentet 01.09.11: http://iweb.cerge-ei.cz/pdf/gdn/RRCVII_52_paper_01.pdf]
- (42) Veugelers, R. (1997). Internal R&D Expenditure Report 2005: Transnational Corporations and the internationalization of R&D. New York and Geneva: United Nations. - i Jaklic, A., Damijan, J.P., og Rojec, M. (2006). Innovation cooperation and innovation activity: the impact on the case of Slovenian enterprises. [Hentet 01.09.11: http://iweb.cerge-ei.cz/pdf/gdn/RRCVII_52_paper_01.pdf]
- (43) Veugelers, R. og B. Cassiman (1999). Make and buy in innovation strategies: Evidence from Belgian manufacturing firms. *Research Policy*, 28: 63-80 - i Jaklic, A., Damijan, J.P., og Rojec, M. (2006). Innovation cooperation and innovation activity: the impact on the case of Slovenian enterprises. [Hentet 01.09.11: http://iweb.cerge-ei.cz/pdf/gdn/RRCVII_52_paper_01.pdf]
- (44) Hagedoorn, J. (2001). Inter-firm R&D partnership – an overview of major trends and patterns since 1960. Strategic Research Partnerships: Proceedings from a national science foundation workshop, Arlington, VA, August. <http://www.nsf.gov/statistics/nsf01336/p1s3.htm>. - i Jaklic, A., Damijan, J.P., og Rojec, M. (2006). Innovation cooperation and innovation activity: the impact on the case of Slovenian enterprises. [Hentet 01.09.11: http://iweb.cerge-ei.cz/pdf/gdn/RRCVII_52_paper_01.pdf]
- (45) Hagedoorn, J. og G. Duysters (2002). External Sources of innovative capabilities: The preference for strategic alliances or mergers and acquisitions. *Journal of management studies*, 39(2): 167-88. - i Jaklic, A., Damijan, J.P., og Rojec, M. (2006). Innovation cooperation and innovation activity: the impact on the case of Slovenian enterprises. [Hentet 01.09.11: http://iweb.cerge-ei.cz/pdf/gdn/RRCVII_52_paper_01.pdf]
- (46) Narula, R. (2003). Understanding the growth of international R&D alliances. In Cantwell and J. Molero (eds.), *Multinational Enterprises. Innovative strategies and systems of innovation*. Cheltenham: Edward Elgar. pp.: 129-152. - i Jaklic, A., Damijan, J.P., og Rojec, M. (2006). Innovation cooperation and innovation activity: the impact on the case of Slovenian enterprises. [Hentet 01.09.11: http://iweb.cerge-ei.cz/pdf/gdn/RRCVII_52_paper_01.pdf]
- (47) Powell, W.W. og S. Grodal (2005). Networks of innovators. In Fegerberg, D.C. Mowery and R.R. Nelson (eds.), *The Oxford Handbook of Innovation*. Oxford: Oxford University Press. P.p.: 56-85 - i Jaklic, A., Damijan, J.P., og Rojec, M. (2006). Innovation cooperation and innovation activity: the impact on the case of Slovenian enterprises. [Hentet 01.09.11: http://iweb.cerge-ei.cz/pdf/gdn/RRCVII_52_paper_01.pdf]
- (48) Commission of the European Communities (2005). The EU Economy 2005 Review: Rising international economic integration – opportunities and challenges. ECFIN (2005) REP 55229-EN (11 November). Brussels: Directorate General Economic and Financial Affairs: Part III – Chapter 1: The internationalisation of R&D: Trends and Drivers, p.p. 215-234. - i Jaklic, A., Damijan, J.P., og Rojec, M. (2006). Innovation cooperation and innovation activity: the

impact on the case of Slovenian enterprises. [Hentet 01.09.11: http://iweb.cerge-ei.cz/pdf/gdn/RRCVII_52_paper_01.pdf]

- (49) Bughin J., Chui, M. og Johnson, B. (2008) The next step in open innovation. The McKinsey Quarterly. June 2008. - i Jaklic, A., Damijan, J.P., og Rojec, M. (2006). Innovation cooperation and innovation activity: the impact on the case of Slovenian enterprises. [Hentet 01.09.11: http://iweb.cerge-ei.cz/pdf/gdn/RRCVII_52_paper_01.pdf]
- (50) Abrams, L.C., Cross, R., Lesser, E., and Levin, D.Z. (2003). Nurturing interpersonal trust in knowledge-sharing networks. *Academy of management executive* 14 (4).
- (51) Keeble, D. (2000). Collective learning processes in European high-technology milieux, in Keeble, D. and Wilkinson, F. (eds) *High-technology clusters, networking and collective learning in europe*, Ashgate, Aldershot, 1999-229.
- (52) St. meld nr. 47 (2008 – 2009) Rett behandling på rett sted til rett tid (Samhandlingsreformen- Sammendrag av høringsgrunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015): Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle). Regjeringen.no
- (53) nho.no (2009). Offentlig-privat samarbeid gir merverdi. Publisert 25.11.09. [Hentet 28.08.11 fra: <http://www.nho.no/offentlige-anskaffelser/offentlig-privat-samarbeid-gir-merverdi-article21402-82.html>]
- (54) Nordic Council of Ministries (NORDEN) (2010). Health Economics in the Nordic Countries. Public Private Collaboration, Copenhagen 2010. Osloeconomics.no [Tilgjengelig fra: <http://www.osloeconomics.no/resources/Health%20Innovation%20in%20the%20Nordic%20countries.pdf>]
- (55) Innovation Zen. User-driven innovation. Innovation Management, Business Strategy, Technology and more. [Hentet 02.09.2011 fra: <http://innovationzen.com/blog/2006/10/07/user-driven-innovation/>]
- (56) Bisgaard, T. og Høgenhaven, C. (2010). Creating new concepts, products and services with user driven innovation. Danmark: Nordic Innovation Centre, publisert 03.03.2010.
- (57) Røtnes, Rolf and Dybvik Staalesen, Pia. 2009. New methods for user driven innovation in the health care sector. Nordic Innovation Centre project number: 07193. This report can be downloaded for free at: www.nordicinnovation.net
http://www.nordicinnovation.net/img/07193_user_driven_innovation_in_the_health_care_sector_final_report_web.pdf
- (58) Wise, E. og Høgenhaven, C. (2008). User-driven innovation. Context and cases in the nordic region. Nordic Innovation Centre. June, 2008.
- (59) Sammendrag av høringsgrunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle [Tilgjengelig fra: <http://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no>]
- (60) Pedersen, P.E. (2005). Tjenesteinnovasjon og tjenestekategorisering. Variasjon i tjenesteegenskaper og betydning for innovasjonsprosesser og innovasjonstyper. SNF-Report, No. 24/05. Institute for Research in Economics and Business Administration, Bergen, Norway. (Tilgjengelig fra [SNF](http://www.snf.no)).

6. Vedlegg 1

Brev sendt fra Helse Sør-Øst til Helse-og omsorgsdepartementet 2010:

Innovasjonsindikatorer i Offentlig Sektor

Bakgrunn og status for innovasjonsmåling og rapportering

I likhet med andre vestlige land står Norge overfor store helseutfordringer. Vi eldes og utvikler sykdom som følge av vår livsstil (1). Utgiftene stiger og informasjonsteknologi utfordrer dialogen innad i sykehus og mot pasienter, helsetjeneste og samarbeidende industri. En nasjonal satsing på innovasjon skal imøtekomme helsetjenestens kontinuerlige behov for økt kvalitet og produktivitet innenfor akseptable økonomiske rammer. Det kan oppnås dersom innovasjon blir en integrert og tydelig del av sykehusenes virksomhet.

I tråd med nasjonal strategi og gjennom samarbeidet mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helsedepartementet på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i spesialisthelsetjenesten, er økt verdiskaping gjennom innovasjon en uttalt målsetting (2-4). Innovasjonsmeldingen og samhandlingsreformen peker på det urealiserte potensialet for økt innovasjon fra medisinsk og helsefaglig forskning og de kliniske behandlingsmiljøene sammenlignet med andre land (5,6). Det er liten tradisjon for å formidle og dele gode kliniske løsninger eller å synliggjøre den samfunnsmessige betydningen av all god forskning som pågår.

Helsedirektoratet definerer innovasjon som "En ny eller forbedret vare, tjeneste, produksjonsprosess, eller organisasjonsform som er tatt i bruk i helsesektoren." For å oppfylle denne definisjonen av innovasjon må sykehusene i tillegg til å utvikle idéer med et kommersielt potensial, også fokusere på utvikling av idéer knyttet til tjenester og prosesser. Implementering av denne type innovasjon skal gi bedre pasientbehandling, og helsetjenester som gir optimal ressursutnyttelse. For å få dette til er det nødvendig med gode indikatorer for innovasjonsrapportering, både nasjonalt og internasjonalt. Slike er ikke tilgjengelige i dag. Det finnes mye informasjon om innovasjonsaktiviteter i offentlig sektor, men det er ikke utviklet gode resultatmål i form av innovasjonsrelaterte indikatorer som dokumenterer innovasjonsaktivitet og -effekter (7). Utviklingen av et felles indikatorsett for innovasjon som også fanger opp prosess- og tjenesteinnovasjon som kan dokumentere virksomhetsforbedringer i helsetjenesten, vil gjøre det mulig å lære av hverandres suksesshistorier og befordre samarbeid på tvers av tjenestenivåer og mellom helseforetak.

Begrepet innovasjon er vidt definert og rommer både produkt, tjeneste og prosessforbedringer. Målinger av innovasjonsaktivitet bør fange opp alle sider ved innovasjon – også endringer som resultat av prosess- og tjenesteinnovasjoner. Norske sykehus har tradisjonelt hatt fokus på produktinnovasjon. I dag er internasjonal oppmerksomhet i stor grad også rettet mot driftsgevinster knyttet til prosess- og tjenesteinnovasjoner, ikke minst i USA, Danmark og England. I USA er innovasjon fremhevet i den nye helsereformen som et virkemiddel som skal være med å løse helseutfordringene, og helseorganisasjonen Kaiser Permanente følger blant annet en vidstrakt, tjenestefokusert versjon av innovasjon (8). Danmark har også satset på tjenesteinnovasjon, der blant annet region hovedstaden har satt i gang et Center for Sundhetsinnovation. Dette er et kunnskaps- og rådgivningssenter som skal forbedre kvalitet og effektivitet i helsevesenet gjennom anvendelse av nye tjenester, produkter og organisasjonsformer (9). Videre har NHS i England en uttalt målsetting om å spare 30-50 % av helsekostnadene gjennom innføringen av nye radikale innovasjoner (10). Som et eksempel viser NHS til en prosessforbedring ved akuttinntaket i Nottingham der behandlingstid er redusert med 23% hos voksne og 33% hos barn. Det vil utvilsomt være interessant å regne på hva det innebærer for produktivitet og pasienttilfredshet.

Utover forståelsen av selve innovasjonsbegrepet, er det vanskelig for helseforetakene å tallfeste sin innovasjonsvirksomhet, herunder investeringer i innovasjonsrettede aktiviteter og tallfestet effekt av innovasjon. Statistisk sentralbyrå har påpekt at man skal være forsiktig med å spesifisere for detaljerte mål som det kan være vanskelig å etterprøve er oppnådd eller ikke (11). På samme tid

fremheves av OECD at for å få et handlingsorientert kunnskapsgrunnlag som gir internasjonalt sammenligningsgrunnlag, er det både viktig å utvikle og benytte eksisterende indikatorer på et mer detaljert nivå og å utvikle nye indikatorer. Slike indikatorer krever imidlertid systematisk utviklingsarbeid og datainnhenting, og det må erkjennes at det ikke er mulig å ha indikatorer som dekker alle problemstillinger (12).

Problemstillinger knyttet til dagens indikatorsett som brukes til å måle innovasjon i RHF'ene i oppdragsdokumentene

Dagens indikatorer er i hovedsak "sluttindikatorer" knyttet til kommersialisering av innovasjonsaktiviteter; antall patenter, OFU-kontrakter, lisenser og bedriftsetableringer. Slike indikatorer beskriver først og fremst produktinnovasjoner, er kvantitative og sier ikke noe om kvaliteten i form av helsetjenestens og den næringsmessige verdi av oppfinnelsen. Det er for eksempel fullt mulig å etablere et antall bedrifter, men dersom de forblir enmannsbedrifter uten omsetning er næringspotensialet begrenset.

I tillegg til kvalitet er det viktig å fange opp viktige milepæler i innovasjonsaktiviteter. Det er ofte lang vei fra idé til løsningen er implementert. Derfor er det behov for å finne indikatorer som kan være til hjelp i å styre innovasjonsarbeidet i helseforetakene slik at riktige oppgaver prioriteres. Alle som arbeider med innovasjon vil både ønske og ha behov for å melde fra om oppnådde milepæler underveis framfor å vente inntil flere år på sluttindikatoren. Dette gjelder ikke minst i oppstart av innovasjonsvirksomhet og videreutvikling av gode ideer.

En ytterligere begrensning ved dagens indikatorsett er at den ikke favner tjeneste- og prosessinnovasjon eller ulike former for samarbeid. Dette medfører at verdifull informasjon i pågående innovasjonsaktiviteter ikke blir dokumentert. Det er derfor behov for *gradering* av innovasjonsarbeidet og å legge til rette for indikatorer som kan beskrive ulike kvalitative aspekter ved ideene som identifiseres og utvikles. Ettersom dagens indikatorsett ikke dekker innovasjonsbegrepet slik det er definert idag (jf. Helsedirektoratets definisjon på innovasjon), foreslår Innovasjonsseksjonen ved Oslo universitetssykehus, i samarbeid med de regionale helseforetakene gjennom RHFenes felles handlingsplan for innovasjon og næringsutvikling, å utarbeide et forslag til et nytt indikatorsett.

Helse Sør-Øst har satt innovasjon på dagsorden, og Oslo universitetssykehus har gjennom sin regionale rolle som innovasjons-nav for Helse Sør-Øst startet arbeidet med å utvikle et forbedret sett innovasjonsindikatorer. Gode indikatorer må være av en slik karakter at de lett kan måles, registreres og rapporteres. De må kunne brukes av ledere på ulike nivåer for å se resultatet av tiltakene som iverksettes, og derved være styrende i prioriteringene av videre innovasjonsarbeid. Indikatorene må fange opp store og små "milepæler" i innovasjonsforløpet, og ikke bare sluttresultatet. Ikke minst, de bør fange opp dimensjoner knyttet til samhandling slik at samarbeid på tvers av regioner, tjenestenivåer og helseforetak kan fanges opp og stimuleres. Indikatorene bør samlet sett kunne gi et nyansert bilde av hvilket fokus helseforetakene har på innovasjon, fra kulturaktiviteter og insentiver til å tenke nytt til antall og type ideer generert, samt grad av implementering og dokumentasjon av gevinster ved kommersialisering av produkter og innføring av tjeneste- og prosessinnovasjoner. Optimalt bør innovasjonsmål knyttet til virksomhetsforbedringer også gjenspeile hovedutfordringene fremover; befolkningens sammensetning og behov, økte krav til dokumentasjon av kvalitet, ansatte som en knapphetsfaktor innefor helse og at innenfor spesialisthelsetjenestens kostnadsvekst må bremses til fordel for omsorgsprioriteringer.

7. Vedlegg 2

Dagens styringsparametre (fra Oppdragsdokumentet 2011):

Rapporteringsområder	Datakilde	Kommentar
Antall OFU (evt. IFU) løpende og nye kontrakter i 2011, samlet prosjektverdi og helseforetakets bruk av ressurser målt i kroner på de to kategorier.	Innovasjon Norge/ Interne kilder	Skriftlig tilbakemelding
Antall FORNY (kommersialisering av FoU-resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter i 2011.	Norges forskningsråd /interne kilder	Skriftlig tilbakemelding
Antall registrerte oppfinnelser i 2011.	DOFI	Skriftlig tilbakemelding
Antall innleverte, i 2011, og videreførte patentsøknader (PCT).	Interne kilder	Skriftlig tilbakemelding
Antall bedriftsetableringer i 2011.	Brønnøysu	Skriftlig
Antall lisensavtaler i 2011.	Interne kilder	Skriftlig tilbakemelding
Antall forprosjekter finansiert av InnoMed.	InnoMed	Skriftlig tilbakemelding
Antall og andel av alle innkomne e-søknader som omtaler innovasjonspotensial i 2011.	http://forskningsprosjekter.ihe-lse.net..	Skriftlig tilbakemelding

8. Vedlegg 3

Forslag til rapporteringsskjema for innovasjonsindikatorer som sendes fra helseforetaket til det regionale helseforetak:

Innovasjonsprosjekter	Antall:
Fase 1: Forprosjekt	
Fase 2: Pilotering/ verifisering	
Fase 3: Implementering/ utlisensiering	
Totalt antall innovasjonsprosjekter	
Samarbeidspartnere	Antall:
Antall innovasjonsprosjekter som innebærer samarbeid med:	
Helsetjenesten	
Næringsliv og industri	
Pasientorganisasjoner	
Ressurser	Antall:
Antall personer aktive i innovasjonsprosjekter	
Antall prosjekter som har mottatt ekstern finansiering	
Patentsøknader	Antall:
Antall nye patentsøknader	
Innovasjonskultur-tiltak: <i>Beskrive iverksatte innovasjonskulturtiltak</i>	

9. Vedlegg 4

Forslag til internt registreringsskjema for innovasjonsprosjekter i eget helseforetak:

Klinikk/avdeling: Medisinsk klinikk

Prosjektnummer:	1	2	3
Prosjektnavn	Smittevern	Køsystem	ASAP-laken
Innovasjonsprosjekter (kryss av for hvilken fase prosjektet er i)			
Fase 1: Forprosjekt	X		
Fase 2: Pilotering/ verifisering			X
Fase 3: Implementering/ utlisensiering		X	
Kontaktperson	Per Persson	Ola Olsen	Nina Nilsen
Kontaktinformasjon (tlf.)	99 88 77 66	99 22 11 44	99 33 55 77
Samarbeidspartnere			
Helsetjenesten		Aker sykehjem	
Næringsliv og industri	Bakteriefritt		ASAP Norway
Pasientorganisasjoner			
Ressurser			
Interne ressurser (antall personer)	2	4	3
Ekstern finansiering (i kroner)	1.2 mill	320 000	2.5 mill
Antall nye patentsøknader:			
Innovasjonskultur-tiltak: (beskrivelse av tiltak for å sette i gang innovasjonsopplæring og/ andre tiltak)			