

Åpen innovasjon i norske helseforetak

-en kvalitativ studie av fremmere og hemmere

Tore Haslemo

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

30 studiepoeng, Vår 2023

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo



Sammendrag

Bakgrunn Helsevesenet må framover håndtere en aldrende befolkning, mangel på helsepersonell og økt press på kostnadseffektivitet. Innovasjon kan ved å ta i bruk nye tjenester og produkter, redusere personellbehov, kostnadsøkning og bedre kvaliteten på pasientbehandlingen. Innovasjonsfeltet har historisk endret seg fra prosjekter internt i organisasjonen (lukket/intern innovasjon) til også å involvere ulike samarbeidspartnere (åpen innovasjon). Som del av den offentlige helsetjenesten bør helseforetakene delta i åpen innovasjon med andre offentlige og private aktører. Dette kan gi merverdi for innbyggerne, og samtidig bidra til næringsutvikling for norsk privat helsesektor. Åpen innovasjon vurderes derfor som en ønsket tilstand for innovasjonsprosjekter i helsesektoren. Tidligere funn fra Norge konkluderer at helsesektorens grenseflate mot universitetene er den viktigste samarbeidsarenaen for innovasjon.

Formålet med studien var å identifisere opplevd grad av åpen innovasjon i norske helseforetak, og identifisere fremmere og hemmere for dette.

Materiale og metode Studien er en kvalitativ intervjustudie med informanter fra ni helseforetak organisert under samme regionale helseforetak. Individuelle semistrukturerte ekspertintervjuer ble gjennomført, med informanter som til daglig jobber med helseinnovasjon. Intervjumaterialet ble analysert tematisk for å identifisere fremmere og hemmere for åpen innovasjon i helseforetakene. Kategoriene samarbeid, koordinering, organisering og finansiering ble benyttet til å analysere materialet, med subkategoriene internt (i helseforetaket) og eksternt (utenfor helseforetaket) for hver av disse.

Funn De viktigste fremmerne for åpen innovasjon var et virkemiddelapparat som stimulerer til åpen innovasjon, lokal organisering som sikrer samarbeid internt og eksternt, arenaer og kultur for innovasjonssamarbeid og kompetanse til å understøtte ulike prosjekter. De viktigste hemmerne var intern siloorganisering, varierende tilslutning til nasjonalt prosjektverktøy for deling og samarbeid, samt uklare roller, avtaler og finansiering av åpne innovasjonsnettverk.

Konklusjon Det ble rapportert varierende evne til å gjennomføre åpen innovasjon internt i helseforetakene og mot private og offentlige aktører. På tross av stedvis begrensede personalressurser til innovasjonsarbeid, rapporterer noen helseforetak å drive åpen innovasjon mot en rekke aktører, og at de utnytter virkemiddelapparatet godt. Studiens kvalitative design knytter ikke graden av åpen innovasjon til kvantitative markører på innovasjonsaktivitet. Dette kan være gjenstand for videre forskning gjennom å studere sammenhengen mellom grad av åpen innovasjon opp mot ulike aktivitetsmarkører, spesielt graden av bredning og nytte for aktørene.

Forord

Nihil simul inventum est et perfectum

Ikkje noko er funne opp og perfektionert samstundes, heller ikkje masteroppgåver. Tusen takk til veileder Gloria Traina for stødig navigasjon på den svingete vegen mellom *inventum* og *perfectum*. Som førstereis på kvalitativ metode blir fort nokre idear *imperfectum* eller ufullendt, men veiledninga var perfekt og oppgåva til slutt fullendt. Slik Schumpeter definerte innovasjon for hundre år sidan kan eg definera skriveprosessen no, her har det vore både kreativ destruksjon og kreativ akkumulasjon.

Open nettverksinnovasjon i Regionalt innovasjonsnettverk

Ein stor takk til informantane i Regionalt innovasjonsnettverk Helse Sør-Øst! Utan dykk hadde eg nok ikkje fått ideen til studien, og ved hjelp av dykk har eg fylt sidene med sitat og unik innsikt i helseinnovasjonsfeltet.

Eg må òg få takka det fine kullet og gruppa på MHA-studiet for to flotte år og gode diskusjonar.

Om ein vil gå raskt, gå åleine; om ein vil gå langt, gå saman

Dette er eit av Unni sine favorittsitat, men kunne like gjerne vore tittelen på denne studien. Det er saman ein kjem seg langt her i verda. Tusen takk til Unni, Iver og Mons for all støtte og bidrag til å gjennomføra MHA-studiet og masteroppgåva. Eg har hatt frie tøylar til å gå raskt til skrivestova åleine, no skal me gå langt saman!

Oslo, mai 2023

Tore Haslemo

Innhold

Sammendrag	1
Forord	2
1 Innledning.....	5
2 Bakgrunn.....	5
2.1 Definisjon av innovasjon.....	5
2.2 Utvikling fra lukket til åpen innovasjon – fra individ til nettverk	6
2.3 Innovasjon i den offentlige helsetjenesten	7
2.4 Ulike typer innovasjon i norske helseforetak	9
2.4.1 Tjenesteinnovasjon	10
2.4.2 Teknologidrevet innovasjon	11
2.4.3 Forskningsdrevet innovasjon.....	11
2.4.4 Organisasjonsutvikling.....	11
2.4.5 Produktinnovasjon	12
2.5 Ledelse og organisering av helseinnovasjon	12
2.5.1 Hvordan tilrettelegge for helseinnovasjon fra systemnivå til enkeltindivid	12
2.5.2 Toppstyrt helseinnovasjon – retning og finansiering	14
2.5.3 Medarbeiderdrevet innovasjon.....	14
2.5.4 Åpen innovasjon – samarbeid med eksterne aktører	14
2.5.5 Digitale plattformer for deling av innovasjonsprosjekter – Samarbeidskanal og database	15
2.6 Internasjonal kontekst.....	16
2.7 Kunnskapsgrunnlag fra norske helseforetak	19
3 Målsetning og forskningsspørsmål.....	20
4 Materiale og metode.....	20
4.1 Studiedesign	20
4.2 Utvalg og rekruttering	20
4.3 Datainnsamling og gjennomføring av intervjuer.....	22
4.4 Dataanalyse og analytisk rammeverk.....	22
4.5 Metodologiske begrensninger.....	24
4.6 Personvern og forskningsetikk	25
5 Funn.....	26
5.1 SAMARBEID – Krevende og givende.....	27
5.1.1 Samarbeid med andre helseforetak	27
5.1.2 Samarbeid med andre offentlige aktører.....	27
5.1.3 Samarbeid med private aktører og næringsliv	28
5.1.4 Samarbeid internt i helseforetaket	29

5.2 KOORDINERING – Styrings signaler for åpen innovasjon	30
5.2.1 Nasjonale premissleverandører for helseinnovasjonsarbeidet	30
5.2.2 Koordinering fra det regionale helseforetaket.....	30
5.2.3 Intern koordinering av innovasjon i helseforetaket	31
5.2.3 Nasjonal koordinering av prosjekter – Deling og rapportering av helseinnovasjon	32
5.2.4 Helseforetakenes rolle som koordinator og leder av åpen innovasjon	32
5.3 ORGANISERING – Hvor organiseres og forankres innovasjon i helseforetaket?.....	33
5.3.1 Innovasjonsressurser som del av teknologimiljøet – «Alt» blir digitalt	33
5.3.2 Innovasjon samlokalisert i med forsknings- eller fagavdelinger – Lettere å drive utvikling der man ikke konkurrerer med driftsoppgaver.....	33
5.3.3 Siloorganisering	34
5.3.3 Innovasjonsdirigertene i siloer, samlet eller diffundert?	34
5.3.4 Innovasjonsorganisering utenfor helseforetaket	35
5.4 FINANSIERING – Noe lavhengende frukt, men også høyhengende sure epler	36
5.4.1 Intern prosjektfinansiering	36
5.4.2 Ekstern finansiering	37
5.4.3 Rammefinansiering og øremerkede midler til innovasjon	37
6 Diskusjon	39
6.1 Norske helseforetak driver åpen innovasjon	39
6.2 Hvordan bygge kultur for innovasjon og samarbeid i organisasjonen?	40
6.3 Hvor skal innovasjonsressursene best plasseres?	41
6.4 Økosystemet for åpen innovasjon utenfor helseforetaket	42
6.5 Skjult innovasjon og synlig mangel på informasjon	44
6.6 Felles nasjonale satsingsområder, flere samarbeidspartnere.....	43
6.7 Er funnene i samsvar med eksisterende kunnskapsgrunnlag?	45
6.8 Svakheter/styrker metodediskusjon	46
6.9 Behov for videre forskning	47
7 Oppsummering.....	48
8 Referanser	49
9 Vedlegg	52
9.1 Vedlegg 1: Intervjuguide	52
9.2 Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	54
9.3 Vedlegg 3: Vurdering av behandling av personopplysninger SIKT	57

1 Innledning

Helsesektoren står overfor store utfordringer på flere fronter, blant annet knyttet til en aldrende befolkning, mangel på helsepersonell, krav om økt samhandling, digitalisering og kostnadseffektivitet. Framskrivning av befolkningsgrunnlaget predikerer en raskt økende andel eldre, antall personer over 80 år vil frem mot 2040 doubles og utgjøre en halv million mennesker. Parallelt forventes en absolutt reduksjon i antall yrkesaktive. Helse og omsorgssektoren i Norge sysselsetter i dag 350 000 personer, 15% av arbeidsstokken, noe som er høyt sammenlignet med resten av Europa. Hverken helsebudsjettene eller tilgangen på kvalifisert arbeidskraft tillater dermed en vekst i helsesektoren tilsvarende den vi har hatt de siste tiårene. Helsepersonellkommisjonen antyder at det må gjennomføres betydelige grep knyttet til organisering, bemanning og effektivisering av helsesektoren for å kunne møte denne utviklingen (NOU 2023:4, 2023).

Innovasjon blir nevnt som en av løsningene for en bærekraftig offentlig sektor i møte med eldrebølgen, og er i tillegg viktig for næringsutvikling i privat sektor (Meld. St. 14 (2020–2021)). Det siste tiåret har innovasjonsbegrepet tatt plass i dagligtalen via ord som, gründer, oppstartsselskaper og entreprenørskap. Innovasjon går også hyppig igjen i strategidokumenter og handlingsplaner for helsesektoren. Det er etablert insentiv- og støtteordninger for å stimulere prosjekter som kan bidra til å løse samfunnsutfordringene. Med forventninger om at helseinnovasjon kan gi gevinster for privat næringsutvikling og et bedre offentlig helsesystem for pasienter, ansatte og samfunnet.

2 Bakgrunn

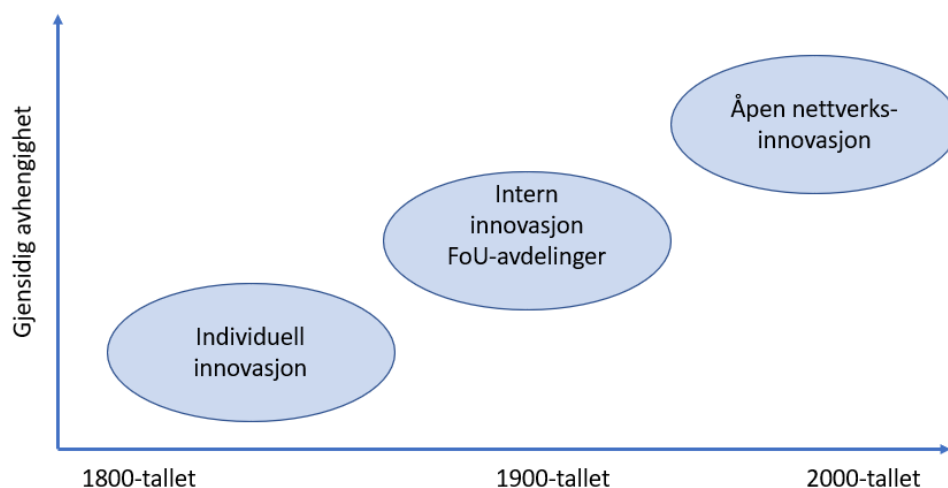
2.1 Definisjon av innovasjon

Innovasjon stammer fra det latinske ordet *innovare* som betyr å fornye, fra grunnstammen *novus* som betyr ny. Konseptet innovasjon ble beskrevet i økonomisk teori blant annet av Joseph Schumpeter i «The Theory of Economic Development» (Schumpeter, 1912). Han omtalte her innovasjon som en *kreativ destruksjon*, transformasjoner som medfører konkurransefortrinn, økonomisk utvikling og noe som fortrenger det eksisterende. Schumpeter mente at dette forekom i bølger, gjerne som følge av nedgangstider og utfordrende perioder. I sine tidlige arbeid attribuerte han dette til en entreprenør, som før eller senere også ville bli fortrent av en ny bølge (Schumpeter and Poulsson, 2017). I senere verk endret Schumpeter innovasjonsteorien sin til en prosess som utvikles av flere parter i et system, som en *kreativ akkumulasjon* (Schumpeter, 1942).

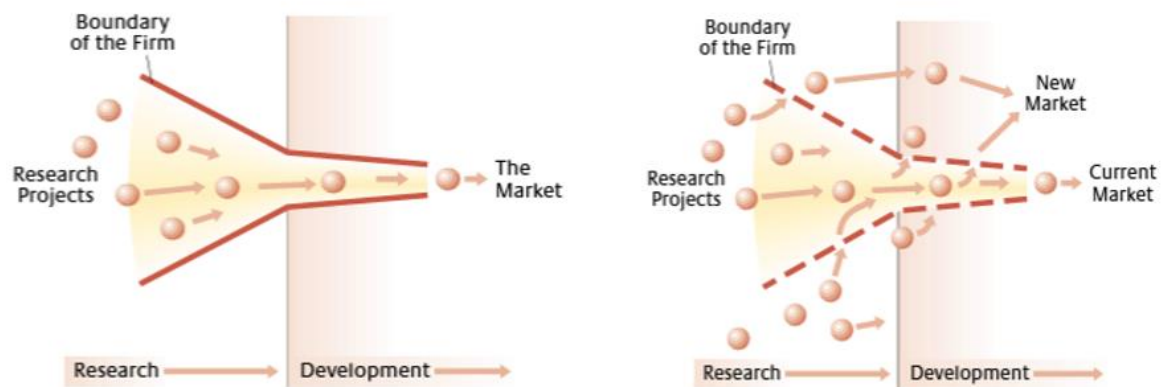
Innovasjon er dermed ikke bare en idé, men også noe som løser et behov og leder til ny og forbedret praksis. Dette er kjernen i mange definisjoner av ordet som «novelty in action» og «new ideas that work» (Hartley, 2005). «Nytt, nyttig og nyttiggjort» er en lignende norsk kortdefinisjon (Meld. St. 29 (2012–2013)).

2.2 Utvikling fra lukket til åpen innovasjon – fra individ til nettverk

Historisk har innovasjonsarbeid gradvis utviklet seg i faser (se figur 1), fra *entreprenøren/individet*, videre via *lukket innovasjon* i interne organisasjoner og til slutt til *åpen innovasjon* mellom samarbeidende parter (Dodgson et al., 2005). Schumpeter var i 1912 opptatt av oppfinneren eller entreprenøren, men etter at han flyttet til USA observerte han at det var organisasjonen (eller nasjonen) som samlet drev innovasjon (Śledzik, 2013). Dette var samtidig som USA startet massiv investering i forskning og utvikling (FoU), ledet an av forsvarssektoren og senere romfartsindustrien. Dette førte med seg en rekke produkter og firmaer som spant ut av utviklingsprosjektene, og bidro til USAs dominerende økonomiske posisjon globalt i tiårene etter andre verdenskrig (Mowery and Rosenberg, 1993). I denne perioden ble innovasjonsarbeid basert på store og kunnskapstunge FoU-avdelinger, som utførte all forskning og utvikling innenfor organisasjonens rammer. Dette er omtalt som lukket eller intern innovasjon (Chesbrough, 2003). De siste tiårs endringer i informasjonsutveksling og globalisering har medført at mye innovasjon gjennomføres via samarbeid med andre aktører, omtalt som åpen innovasjon. Teknologiutviklingen skjer så raskt, og kompetansen er så lett tilgjengelig, geografisk spredt og flyktig at samarbeid blir helt nødvendig for å være konkurransedyktig. Lukket og åpen innovasjon er illustrert i figur 2. En definisjonen av åpen innovasjon er «*a mode of innovation in which companies look outside their organisational boundaries in order to leverage internal and external sources of knowledge*» (Chesbrough, 2003). Ved å lete utenfor organisasjonens grenser utveksles ideer og kompetanse, og behov løses til gjensidig nytte for partene.



Figur 1 Historisk utvikling fra individuell innovasjon (individualized), via lukket innovasjon internt i organisasjonen (corporatized) og til åpen innovasjon (distributed). Tilpasset fra (Dodgson et al., 2005)



Figur 2 Illustrasjon av prinsippene for intern/lukket innovasjon (venstre) der hele innovasjonsprosessen holdes innenfor organisasjonens grenser, og åpen innovasjon (høyre) der ideer utveksles dynamisk med eksterne parter gjennom alle faser av innovasjonsprosjektet (Chesbrough, 2003).

2.3 Innovasjon i den offentlige helsetjenesten

For å kunne forstå innovasjonsarbeid ved norske helseforetak er det viktig å være bevisst på forskjellene mellom innovasjon i privat- og offentlig sektor. Videre er det viktig å forstå organiseringen av den norske helsesektoren som premis for hva som styrer helseforetakenes arbeid og samarbeid med andre aktører.

Mye av innovasjonslitteraturen tar utgangspunkt i privat sektor, og omtaler ofte utelukkende produktinnovasjon og tjenesteinnovasjon. Tjenesteinnovasjon i privat sektor omtaler ofte forbedringer i framstilling av produkter og organisatorisk innovasjon (Bason, 2018). Målet er å øke profitt gjennom ulike konkurransefortrinn, enten i form av nye produkter (teknologi) eller via effektivisering av produksjonsmetoder og/eller organisering av produksjonsapparatet. I privat sektor defineres organisasjonen entydig av firmaets grenser, og selv ved samarbeid utenfor firmaet er motivet å oppnå fordeler internt for organisasjonen. Offentlig sektor må i stedet sees på som et nasjonalt økosystem der målet er å utnytte de samlede ressursene til best mulig nytte for alle innbyggerne (Chen et al., 2020). Chen uttaler at selv om det finnes likheter mellom privat og offentlig innovasjon, baseres mye litteratur rundt offentlig innovasjon på premisser utledet fra privat sektor. Dette farger mange tidligere forsøk på definisjoner, klassifisering og beskrivelse av innovasjon i offentlig sektor.

Organisering av helsevesenet på tvers av land varierer også betydelig, fra nesten fullt privatiserte systemer og til offentlige monopol. Sykehus kan dermed også være privateide kommersielle enheter, enten enkeltstående eller som sykehuskjeder. Dette må hensyntas når man vurderer litteraturen på innovasjon i helsevesenet. Norges helsevesen klassifiseres som et Beveridge-system, der

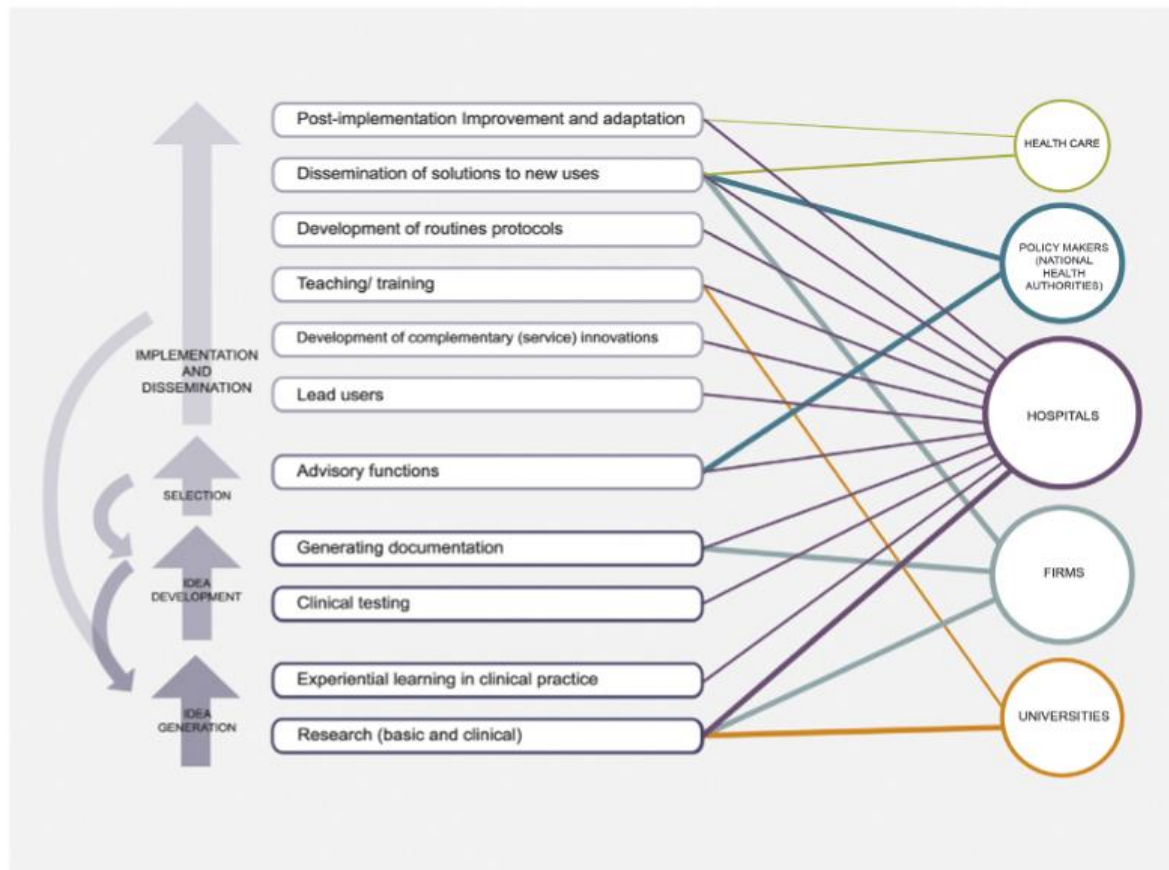
skatteinntekter finansierer helsetjenester for alle innbyggerne (Blank et al., 2017). Siden 2002 har spesialisthelsetjenesten i Norge vært organisert ved staten, ved Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), eier de fire regionale helseforetakene (RHF). RHFene eier igjen de lokale helseforetakene (HF). Departementet styrer RHFene gjennom økonomiske tildelinger, oppdragsbrev og krav til tjenestene. RHFene skal ivareta nasjonale krav om for eksempel forskning, spesialisthelsetjenester og andre tjenester i sin region. Helseforetakene som selvstendige organisasjoner er dermed styrt fra både regionalt og nasjonalt hold. Reguleringene følger av spesialisthelsetjenesteloven og tilliggende lovverk (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Kommunene er gitt ansvaret for et omsorgs- og primærhelsetjenestetilbud for alle som oppholder seg i kommune, regulert av helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dermed er helseforetakene selvstendige enheter, men også knyttet sammen med hele den offentlige helse- og omsorgssektoren og andre sektorer via staten som en felles eier.

Beskrivelser av innovasjon i offentlig sektor har en mye kortere tidslinje enn det vi finner fra privat sektor, og begrenser seg stort sett til de siste tiårene (Bloch and Bugge, 2013). Det tok hundre år fra Schumpeters første beskrivelser av innovasjonsbegrepet, til det for alvor ble tatt inn i norsk offentlig sektor. I 2003 ble Innovasjon Norge etablert som et offentlig organ for næringsutvikling, og i 2008 kom stortingsmeldingen «Et nyskapende og bærekraftig Norge» (St.meld. nr. 7 (2008-2009)). Programmet «Verdiskapende innovasjon i offentlig sektor 2005-2016» (VIOS) ble opprettet, og i et notat om VIOS nevnes regionale sykehus som en *mulig* arena for innovasjon. Det ble stilt spørsmål rundt helseforetakenes forutsetninger: «*Overlatt til seg selv er imidlertid ikke den institusjonaliserte organisasjonen nødvendigvis egnet til å fange opp og utvikle innovasjonsprosesser i offentlig sektor*» (Røste and Godø, 2005). De første helseforetakene viste seg likevel å respondere med etablering av systematisk innovasjonsarbeid fra 2010 og utover (Eide et al., 2018, Sunnaas sykehus HF, 2018)

Frem mot 2020 kom flere stortingsmeldinger og styringsdokumenter som videre vektla helseinnovasjon, «Morgendagens omsorg» (Meld. St. 29 (2012–2013)) og «Helsenæringsmeldingen» (Meld. St. 18 (2018–2019)). Disse stortingsmeldingene beskriver samlet hvorfor helseinnovasjon har en verdi, og de oppfordrer til offentlig-privat samarbeid. Slik kan nemlig Norge oppnå bedre offentlige helsetjenester og samtidig bidra til utvikling og vekst av privat norsk helsenæring.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helseinnovasjon som «*a new or improved solution with the transformative ability to accelerate positive health impact*» (WHO, 2023). I dette inkluderer WHO forbedret effektivitet, kvalitet, bærekraft, sikkerhet og/eller pris av helsetjenester. Dette oppnås gjennom forbedret helsepolitikk, praksis, systemer, produkter & teknologi, tjenester og leveranser som resulterer i et forbedret helsevesen.

Sykehusene er dermed en viktig arena for mange ulike typer innovasjon, i samtlige faser av prosessen fra idegenerering, via utvikling, testing, validering og til implementering/spredning (se figur 3) (Thune and Mina, 2016). Figuren viser også andre aktørers roller i denne prosessen, og identifiserer dermed viktige samarbeidspartnere og premissleverandører for sykehusenes innovasjonsarbeid.



Figur 3 Sykehus og andre aktørers rolle i ulike faser av helseinnovasjonsprosesser fra ideer til implementering (Thune and Mina, 2016)

2.4 Ulike typer innovasjon i norske helseforetak

En internasjonal litteraturgjennomgang av sykehusenes roller i innovasjonssystemet har identifisert tre hoveddomener for sykehusinnovasjon. i) Helsepersonells bidrag til innovasjon ii) Sykehusene som innovative organisasjoner og iii) Sykehusene som deltakere i innovasjonsprosesser og innovasjonssystemer (Thune and Mina, 2016). Disse områdene kan stilles opp mot de tre omtalte stegene i utviklingen fra lukket til åpen innovasjon (figur 1). I form av hhv entreprenøren, sykehusene som internt innovasjonssystem og sykehus som del av et åpent innovasjonsnettverk. En utvikling i retning av åpen innovasjon betyr ikke en erstatning av de to første domene, siden helseforetakene også utfører mye innovasjonsarbeid internt i organisasjonen. Åpen innovasjon deles inn i ulike varianter der organisasjonen primært i) henter ting utenfra (outside-in), ii) deler fra egen organisasjon (inside-out) eller iii) en kombinasjon av disse som innovasjonsnettverk

(coupled/network) (Pundziene et al., 2023). Punzdiene beskriver sykehus som så komplekse og rike organisasjoner at interne prosjekter på tvers av organisasjonen også klassifiseres som en fjerde type av åpen innovasjon (inside-in).

En entydig klassifisering av ulike typer innovasjonsarbeid i sykehus er ikke definert. Det forekommer en rekke varianter og klassifiseringer i litteraturen (Hartley, 2005). Hartley kommer selv med forslag til typologi for offentlig sektor, men presiserer at de fleste innovasjonsprosjekter har elementer av flere typer og at innovasjon er multidimensjonalt. Det kan for eksempel skilles på grad av nyvinning (novelty) fra inkrementell forbedring (sammenlignbart med sykehusenes kvalitets- og forbedringsarbeid) og til radikal innovasjon (Hartley, 2005).

Den norske rapporten «Sykehus som innovasjonsarena» nevner fem ulike innovasjonstyper: tjenesteinnovasjon, forskningsdrevet innovasjon, teknologidrevet innovasjon, produktinnovasjon og organisasjonsutvikling (Thune, 2015). Disse fem er dekkende for de fleste typene Hartley omtaler, og benyttes i denne oppgaven til å gi en kort presentasjon av innovasjonstyper slik de ofte omtales ved norske helseforetak i dag.

2.4.1 Tjenesteinnovasjon

Tjenesteinnovasjon i sykehus har gått fra tradisjonelt å utvikle nye interne arbeidsprosesser og flyt, til å se på tjenester i et mye bredere perspektiv. Her vektlegges pasientene (brukersentrert innovasjon) og samhandling (åpen innovasjon) (Guarcello and De Vargas, 2020). Dette gjenspeiles i den gjeldende definisjonen av tjenesteinnovasjon fra Helse Sør-Øst RHF:

«Målet med Helse Sør-Øst sin satsning er å utvikle tjenester som er bedre for pasienter og for ansatte, og som ivaretar behovet for bærekraft. Det inkluderer bedre og lettere tilgjengelige tjenester for pasientene, bedre bruk av samlede ressurser, at klinisk personale får mer tid til pasientbehandling, bedre bruk av ansattes kompetanse og ikke minst bedre samhandling både innad i sykehus, mellom sykehus og mellom helseforetak og kommunene.» (Helse Sør-Øst RHF, 2023)

Å bygge helsetjenester rundt pasienten, og ikke etter helseforetakets eller de ansattes ståsted isolert, er i tråd med metoder som designdrevet innovasjon, people-centric innovation og design thinking. I Norge har aktører som Innomed og Design og arkitektur Norge (DOGA) utviklet rammeverk for brukerstyrt tjenesteinnovasjon for helsesektoren, og bidrar også med direkte bistand og opplæring i disse metodene i sykehus og kommuner. Skillet mellom produkter og tjenester i den digitale tidsalderen viskes ut (Guarcello and De Vargas, 2020), og alle pasientens kontaktpunkter mot helsesektoren er i dag relevante områder for tjenesteinnovasjon. Det kan altså argumenteres for at det meste av sykehusinnovasjon i dag er tjenesteinnovasjon, der teknologi (programvare og fysiske produkter) er verktøy for å utvikle tjenestene.

2.4.2 Teknologidrevet innovasjon

Selv om tjenstedesignere vil kunne hevde at digitalisering egentlig er tjenesteinnovasjon, har likevel den store majoriteten av helseinnovasjonsprosjekter i dag en teknologikomponent. WHO lanserte i 2019 en global strategi for digital helse 2020-2024 der definisjonen var forbedret helse for alle, overalt, gjennom økt adopsjon av tilpassede digitale helsetjenester. (Dhingra and Dabas, 2020). Dette kan ta form av produkter (sensorer) eller ulike programvareløsninger. Teknologidrevet innovasjon kan ha mål om å erstatte eller støtte manuelle og arbeidskrevende prosesser i sykehus, eller forbedre kommunikasjon mellom aktører eller mellom helsevesenet og pasientene. Kommunesektorens organisasjon (KS) omtaler det siste som kommunikasjonsinnovasjon, for eksempel via løsninger for avstandsoppfølging av pasienter. Sammenlignet med digitalisering i privat sektor kan utvikling av digitale løsninger i helsevesenet kreve langt mer omfattende validering og vurdering av datasikkerhet og personvern. Arbeidet med å validere innovasjon kan involvere et tredje viktig område for helseinnovasjon, forskningsdrevet innovasjon.

2.4.3 Forskningsdrevet innovasjon

Forskningsdrevet innovasjon kan involvere næringsutvikling og kommersialisering av forskningsfunn fra akademia eller helseforskning. I OECDs rammeverk «National Innovation System» blir det uttalt at *«The research system's ultimate goal is innovation, and that the system is part of a larger system composed of sectors such as government, university, and industry and their environment.»* (Godin, 2009). En annen funksjon for dette området kan være validering av funn fra innovasjonsprosjekter. Resultater fra innovasjonsprosjekter bør ofte studeres systematisk for å vise at en ny tjeneste eller produkt er trygt, robust eller kostnadseffektivt for helsetjenesten. Slik kan innovasjonsprosjekter lede til forskningsprosjekter for å dokumentere løsningene, og forskningsfunn bane vei for nye innovasjonsprosjekter. Forskningsrådet er gitt nasjonalt mandat til å støtte satsingen på virkemidler som skal fremme forskningsdrevet innovasjon og omstilling i Norge, for både etablert og nytt næringsliv (Nærings- og fiskeridepartementet, 2022).

2.4.4 Organisasjonsutvikling

Endret intern organisering av helseforetaket, som kan omhandle blant annet organisering, arbeidsprosesser og administrative rutiner, kan også defineres som innovasjon (Bason, 2018). Dette skiller seg fra tjenesteinnovasjon gjennom å adressere interne forhold og organisering av ansatte, heller enn prosjekter som direkte påvirker pasientene. Offentlig sektor (kommuner) benytter uttrykket «Prosess- og organisasjonsinnovasjon» (Rønning, 2021), og i helseforetak er dette ofte bare omtalt som organisasjonsutvikling (OU). Det kan for eksempel være omorganiseringsprosesser styrt av HR-avdelingen ved sykehusene. Innovasjon på dette feltet vil definitivt kunne utgjøre en forskjell for kostnader og kvalitet på tjenesten i helseforetak. Denne typen innovasjon kan også være avgjørende for samarbeid, ledelse og koordinering av øvrige innovasjonstyper ved helseforetaket.

2.4.5 Produktinnovasjon

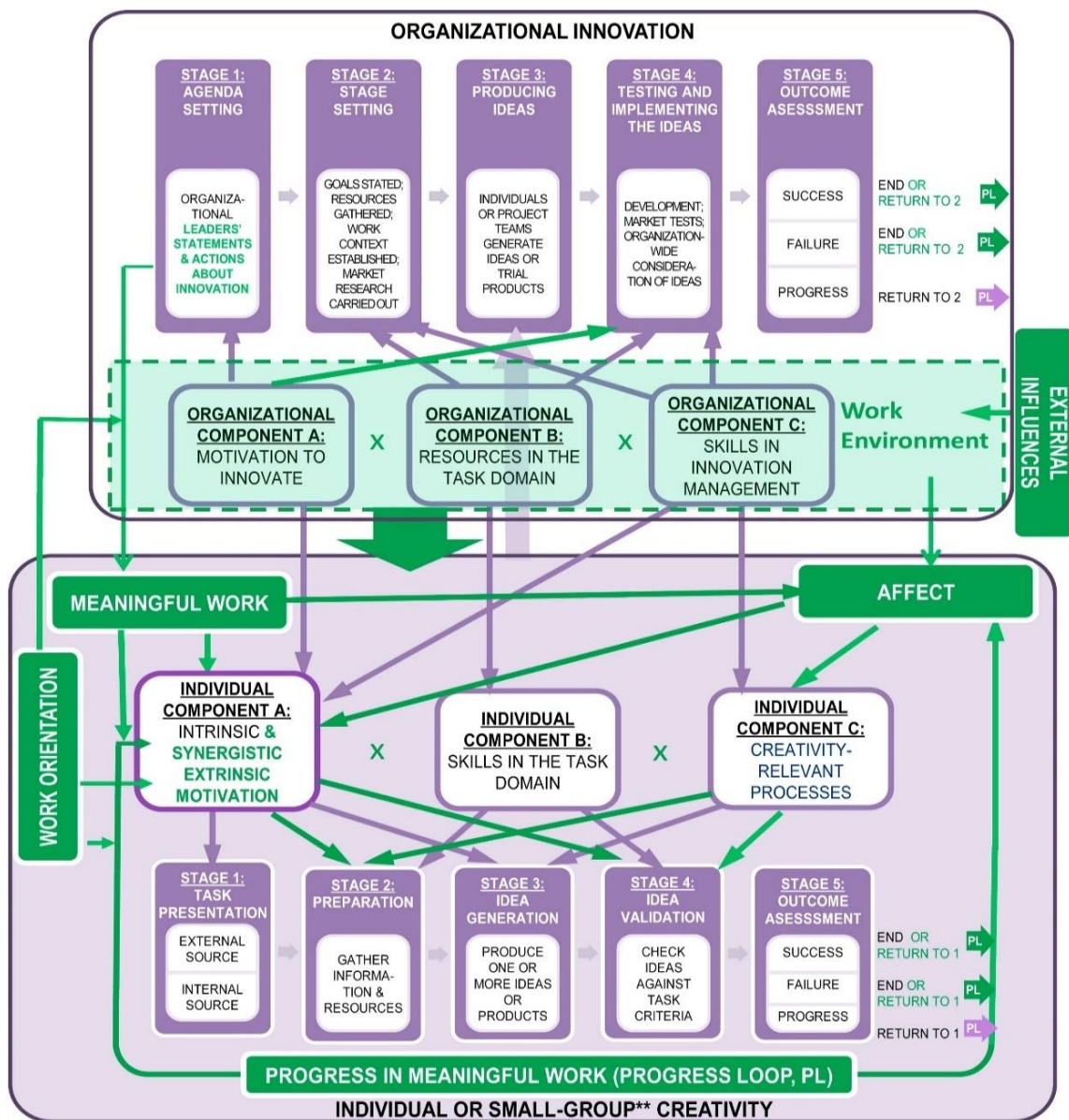
Produktinnovasjon har vært et viktig område for helseinnovasjon, og en rekke forbedringer i blant annet medisinsk utstyr har blitt utviklet av sykehuspersonell (Chatterji et al., 2008). En gjennomgang av innovasjonslitteraturen konkluderer likevel med at sykehus i begrenset grad driver egen produktinnovasjon, men omtales heller som arena for å tilpasse og ta i bruk produkter utviklet av andre (Thune and Mina, 2016). I Norge forklares dette dels av lovendringer fra 2003-2004 som regulerer at arbeidstakere ved universitet og helseforetak plikter å melde inn mulige oppfinnelser, og at disse eies av arbeidsgiver. Det ble samtidig opprettet teknologioverføringskontorer (TTO) som har avtaler med norske universitet og helseforetak. Disse kontorene overtar ansvaret for videreutvikling, etablering av bedrifter og kommersialisering av patenterbare produkter (Inven2, 2023). Eventuell produktinnovasjon flyttes dermed formelt ut av helseforetakene etter innmelding av immaterielle rettigheter (IPR). Et annet forhold er at skillet mellom produkter og tjenester gradvis blir mer uklart, og at utvikling av medisinsk utstyr i dag krever et apparat og ressurser man ikke kan forvente å finne i helseforetakene. Produktinnovasjon vil dermed i begrenset grad bli omtalt videre i denne oppgaven.

2.5 Ledelse og organisering av helseinnovasjon

2.5.1 Hvordan tilrettelegge for helseinnovasjon fra systemnivå til enkeltindivid

Det er ønskelig med innovasjonsarbeid som involverer alt fra enkeltansatte og helt opp til systemnivå i alle deler av helse- og omsorgssektoren. Det er vist at sykehus som driver variert innovasjonsarbeid, og rapporterer en kultur for dette, over tid scorer bedre på ulike markører som arbeidsmiljø og pasienttilfredshet (Damanpour et al., 2009). Bred tilnærming til innovasjon i hele organisasjonen og varierte prosjekter bidrar til en kultur blant de ansatte som øker bevissthet og ideskaping i organisasjonen. Dette krever at det legges til rette for innovasjon i alle ledd, og oppfordrer til samarbeid med både interne og eksterne partnere. Innovasjonsprosjekter og ideer kommer som et resultat av ulike prosesser, «nedenfra-og-opp» (bottom-up), «ovenfra-og-ned» (top-down) og «innspill-fra-siden» (sideways in-out) (Sandford, 2006). Entreprenører (ansatte) uten formelt innovasjonsansvar er viktige for innovasjon i helsesektoren. Tidligere var det legene som ofte ble omtalt som entreprenørene, men nyere litteratur beskriver innsatsen til en bredere gruppe ansatte (Cadeddu et al., 2023). Samtidig er koordinert og strategisk satsing på enkelte fagområder helt nødvendig. Et miljø som tilrettelegger og utvikler ideer fra de ansatte, og et apparat for samarbeid i og utenfor egen organisasjon, er dermed en viktig faktor for å bidra til innovasjonsaktivitet i sykehus. Samspillet mellom innovasjon blant enkeltindivider og organisasjonen er vist i figur 3 (Amabile and Pratt, 2016). Modellen oppsummerer komponentene som kan hemme og fremme innovasjon på organisasjons- og individnivå. Ansatte styres av komponentene A) motivasjon (indre og ytre), B) kunnskaper/ferdigheter/ressurser og C) kreativitet for å bidra i de ulike stegene av et

innovasjonsprosjekt (hvite bokser nederst i figuren). Helseforetaket (organisasjonen) styres av komponentene A) motivasjon via føringer og insentiver (eksternt og internt), B) ressurser (mottar og fordeler ressurser) og C) ferdigheter og organisering til å håndtere prosessene (grønne bokser øverst i figuren). Komponentene trengs i varierende grad for de fire stegene fra å koordinere en satsing eller portefølje, legge til rette for prosjektene, få inn ideer, pilotere disse og til slutt utvikle og teste løsninger. Selv om organisasjonens komponenter (hemmere/fremmere for innovasjon) er fokuset for denne oppgaven, viser modellen hvordan organisasjonen stimuleres og stimulerer til innovasjon. Både via de ansattes komponenter (innovasjonskulturen) og mot eksterne parter (samarbeid/politiske føringer).



Figur 4 The dynamic componential model of creativity and innovation in organizations (Amabile and Pratt, 2016) Komponenter for fremmere og hemmere for organisasjonens innovasjon i grønne bokser øverst.

2.5.2 Toppstyrt helseinnovasjon – retning og finansiering

Top-down tilnærmingen gjør seg gjeldende via satsingsområder og føringer for helseinnovasjon fra nasjonalt, regionalt og lokalt hold. Utredninger og nasjonale strategier lanseres fra departementet og definerer satsingsområder. Dette kombineres med målretting av virkemiddelapparatet og insentivordninger. Nasjonal finansiering av helseinnovasjon har dermed betydelig påvirkningskraft på retning og hastighet av innovasjonsarbeidet (Katila, 2002). Regionale aktører innretter seg etter dette, og gir videre retning for hvordan lokale helseforetak og andre institusjoner skal løse mandatet knyttet til innovasjon. Helseforetakene forholder seg til nasjonale og regionale føringer, men innovasjonsporteføljen preges også av hvilke spesialfunksjoner og kompetanse som finnes lokalt samt hvilke aktører man har kontaktflater mot. Hvert enkelt helseforetak styrer også innovasjonsarbeidet via bevilgninger til personell, egenfinansiering og styringsdokumenter.

2.5.3 Medarbeiderdrevet innovasjon

Andelen medarbeiderdrevet innovasjon (*frontline innovation, bottom-up*) er vanskelig å estimere, men er beskrevet for mange bransjer inkludert sykehus, ofte omtalt som *work place innovation eller employee driven innovation* (Cadeddu et al., 2023). Pasientene kan også være viktige deltagere i slik innovasjon. Helsearbeidere og deres ledere er viktige brikker i å forbedre helsetjenesten, siden de sitter tett på prosedyrer og pasienter og fortløpende observerer muligheter og mangler. Det lokale miljøet er med å bygge en kultur for å drive innovasjon, og organisasjonen bør derfor ha et godt kommunisert system for idemottak, og sørge for støtte og utvikling av denne typen innovasjonsarbeid. Det er vist at sykehus som rapporterer om en kultur som en lærende organisasjon scorer høyere på markører for innovasjon (Dias and Escoval, 2015). Flere norske helseforetak har innført initiativet *Råbra*, med inspirasjon fra «*GREAT-IX*» og «*Learning from Excellence*» initiativene i Storbritannia, der det å fange opp innovasjon og ny praksis i organisasjonen er en av pilarene (Sinton et al., 2016).

2.5.4 Åpen innovasjon – samarbeid med eksterne aktører

Siden helseforetakene kan bidra i samtlige trinn av innovasjonsprosessen fra idegenerering til implementering er de viktige samarbeidspartnere for akademien, private leverandører og offentlige aktører. Eksterne parter har behov for relevante data, testmiljøer, pasienter og fagkompetanse som kreves for å gjennomføre forskning og utviklingsarbeid innen helse. Slikt arbeid må likevel gjennomføres slik at begge parter i prosjektet får nytte av hverandre. Offentlig-privat innovasjon (OPI) inkluderer offentlige insentivordninger som *innovasjonspartnerskap* for offentlige anskaffelser og *innovasjonskontrakt* fra Innovasjon Norge (Innovasjon Norge, 2023). Her kan det gis tilskudd til at en privat leverandør gjennomfører forpliktende utviklingsarbeid i samarbeid med pilotkunde, for eksempel et helseforetak. Slike prosesser blir ofte omtalt som økosystemisk (ecosystemic) eller koblet (coupled) åpen innovasjon (Pikkarainen et al., 2020). Leverandøren velges etter en regulert

utlysning eller konkurranse. Deretter går prosjektet gjennom faser av læring, pilotering, skalering og videreutvikling. Leverandøren eier sluttprodukter og kan selge den ferdige løsningen tilbake til både pilotkunden og andre. Potensielle problemer knyttet til samarbeid mellom det offentlige og private leverandører er beskrevet, gjennom ulik kulturforståelse og arbeidsmetodikk i møtet mellom offentlige forsknings- og utviklingsmiljøer og privat sektor (Njøs et al., 2014).

Arbeid mot eksterne samarbeidspartnere har gjennom åpen innovasjon blitt en stadig viktigere del av innovasjonsarbeidet i helsesektoren, både knyttet til offentlig-privat samarbeid og samhandling med andre offentlige partnere. Eksterne aktører besitter ofte kritisk kunnskap, teknologi og produkter som er avgjørende for å gjennomføre prosjektene. Helsektoren har en rekke spesifikke reguleringer og lovverk, spesielt knyttet til pasientdata og deling av informasjon.

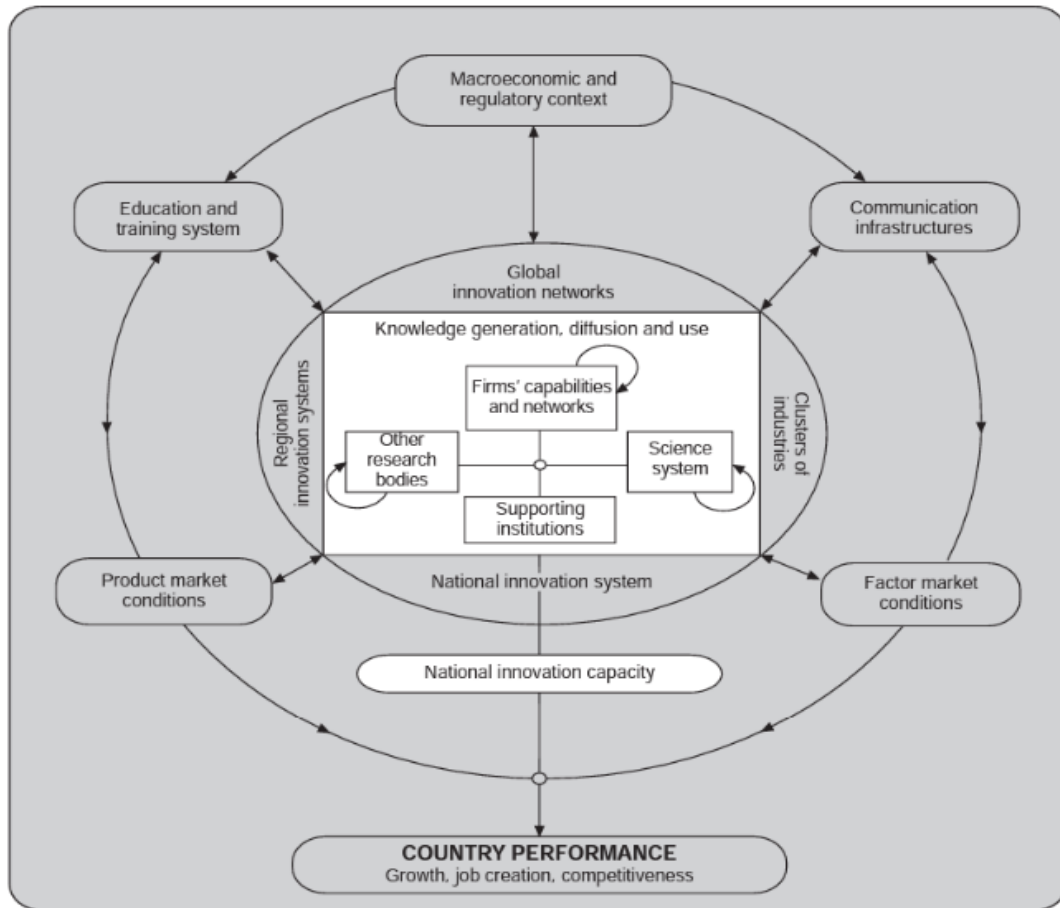
Helseinnovasjonsprosjekter kan involvere aktører som mangler tilstrekkelig forståelse og erfaring med dette, for eksempel små oppstartsbedrifter eller leverandører langt utenfor helsesektoren. De senere år har enkelte helseforetak lagt til rette for samarbeid via etablering av såkalte «testbed» fasiliteter, et uttrykk som er brukt i ulike bransjer over lang tid. Navnet spiller ikke på pasientsenger, men på et testmiljø for fysiske eller digitale produkter eller tjenester (Jabin et al., 2022). Her kan samarbeidsprosjekter og uttesting av ny teknologi gjennomføres i simuleringsomgivelser i stedet for direkte inn i produksjonen. Slike arenaer sikrer en tilgjengelig og ensrettet vei inn i helseforetak for utviklingsprosjekter, uten å direkte involvere pasienter, der de private betaler for tilgang og helseforetakenes egeninnsats.

2.5.5 Digitale plattformer for deling av innovasjonsprosjekter – Samarbeidskanal og database Prosjektledelse og oversikt over initiativer i feltet er kritisk for innovasjonsarbeidet.

Programvareleverandøren Induct AS utviklet i 2007 en digital plattform for åpen innovasjon, løsningen samler funksjoner for idemottak, prosjektledelse, framdrift og rapportering av innovasjonsprosjekter (Induct, 2023). En rekke offentlige aktører har tatt i bruk løsningen, som tilbys helseforetak i alle helseregionene. Induct er en åpen løsning der man kan søke og orientere seg om pågående prosjekter innenfor et tema. Induct er ikke den eneste leverandøren av slike systemer, og det er ikke et krav at alle helseforetak skal benytte løsningen. Bred nasjonal oppslutning om en slik plattform kan bidra til at det blir lettere å orientere seg i lignende prosjekter nasjonalt, og kan være en bidragsyter for å identifisere samarbeidspartnere og aktivitet innenfor helseinnovasjonsfeltet.

2.6 Internasjonal kontekst

Internasjonale initiativer som EUs forsknings og innovasjonsprosjekt Horizon 2020 har et eget programområde (inDemand) som arbeider for behovsrevet åpen innovasjon for offentlig sektor (EU-Horizon, 2017). I stedet for den vanlige praksisen med intern utvikling og salg av teknologi fra privat sektor (technology-push), som kan resultere i løsninger som ikke er tilpasset brukernes behov, stimulerer man i stedet til innovasjonsprosjekter i form av behovsrevet samskaping mellom leverandør og sluttbrukere (Di Stefano et al., 2012). Sammen med nyere litteratur på innovasjon i offentlig sektor (Chen et al., 2020) og norske myndigheters føringer i strategidokumenter kan det utledes at åpen innovasjon er en ønsket tilstand for helsesektoren. Dette fordi det er formålstjenlig for både privat og offentlig sektor, og er vist å være en nødvendig og fordelaktig måte å drive innovasjon på i dagens samfunn (Pikkarainen et al., 2020). Modeller og rammeverk i litteraturen kan brukes til å identifisere kategorier som er avgjørende for åpen innovasjon i sykehus, og hvilke samarbeidspartnere og koordinerende aktører som er sentrale. Siden norske sykehus er del av et nasjonalt innovasjonssystem er det relevant å bruke modellen Managing National Innovation Systems (se figur 3) (OECD, 1999). Chen og medarbeidere kritiserer denne modellen for å være utviklet for privat sektor (Chen et al., 2020), men den inneholder flere relevante dimensjoner som også kan forklare relasjoner i spennet fra det enkelte helseforetaket og opp til innovasjonskapasiteten til det norske offentlig finansierte helsevesenet. Helseforetaket (hvit boks i sentrum) har sine interne ressurser til forskning og utvikling, sitt lokale nettverk (helseforetak kan ofte bestå av flere sykehus) som samlet gir organisasjonen en evne til å skape innovasjon og ta dette i bruk. Utenfor støttes og styres dette på regionalt nivå (RHF), nasjonalt nivå (stat) og internasjonalt (EU og internasjonale aktører). Hvilke samarbeidende private aktører (clusters of industries) som finnes er også avgjørende for samlet produksjon. Nasjonal innovasjonsaktivitet avhenger også av hvilket tilliggende marked som eksisterer, leverandørindustri, tilgjengelig personell/kunnskap, utdanningsinstitusjoner, infrastruktur for deling/kommunikasjon og andre politiske/makroøkonomiske forhold. Modellen viser også samspillet mellom ulike private aktører, akademika og resten av offentlig sektor.



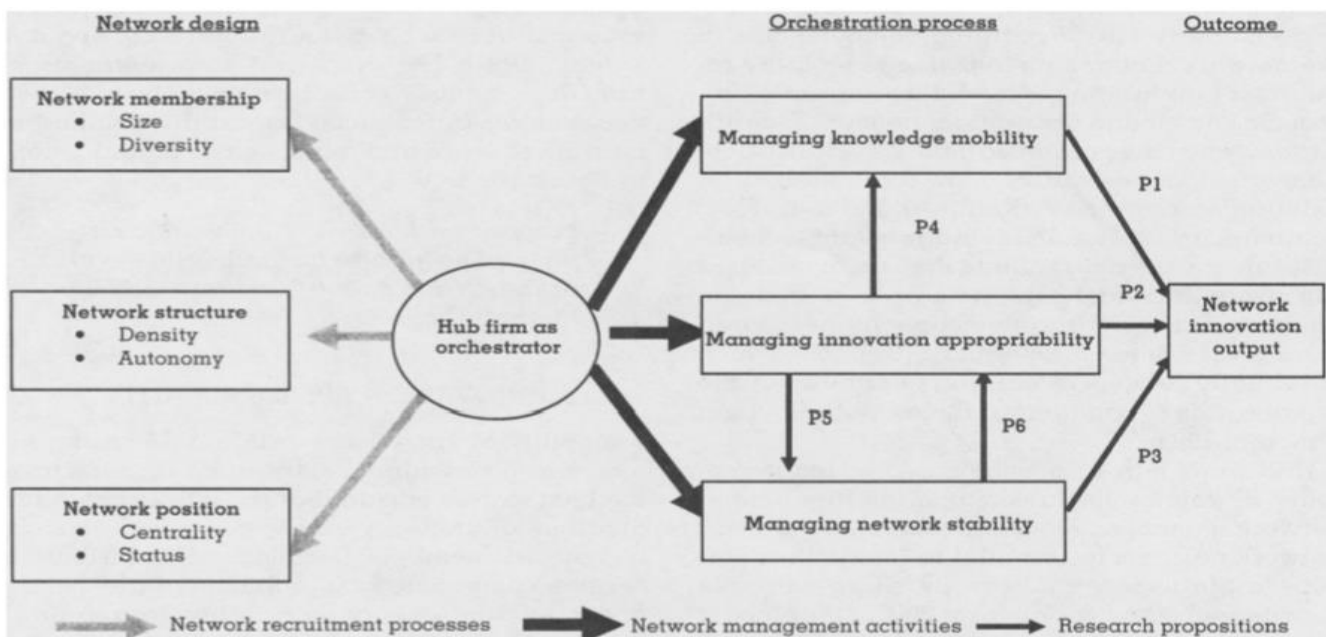
Figur 5 Modell for nasjonal kapasitet for innovasjon, lokal organisasjon (helseforetaket) i sentrum omgitt av private og offentlige aktører. Managing National Innovation Systems (OECD, 1999)

Modeller for åpen innovasjon i sykehus

Gjennomgangen av modellene beskrevet over peker på fire viktige dimensjoner for å forstå hemmere og fremmere for åpen innovasjon i norske helseforetak: 1) Samarbeid (OECD, 1999). Videre identifiseres ytterligere tre kategorier fra figur 4 (Amabile and Pratt, 2016): 2) Koordinering (motivation), 3) Organisering (innovation management) og 4) Finansiering (resources). Chen og medarbeidere beskriver en svakhet med svært mange publiserte typologier for innovasjon i offentlig sektor, nemlig at de ikke tar høyde for graden av samarbeid (lukket til åpent). Basert på dette foreslår Chen en ekstra dimensjon, ved først å dele inn i ulike *innovasjonsfokus* (områder/«hva») og deretter dele hvert område/kategori inn i to *innovasjonslokus* (sted/«hvor»): 1) intern og 2) ekstern (Chen et al., 2020). Dette vurderes er relevant for å besvare problemstillingen for denne oppgaven, og vil bli benyttet som subkategorier. Det er dermed identifisert fire kategorier som kan påvirke helseforetakenes innovasjonsarbeid, og en subkategori som kan knytte dette til arbeid internt i organisasjonen og eksternt samarbeid. Det gjenstår å identifisere en modell som beskriver hvordan åpne innovasjonsprosjekter best kan ledes og organiseres.

Nettverksorkestrering av innovasjon

Et foreslått rammeverk for dette er open innovation network orchestration, nettverksorkestrering av åpen innovasjon beskriver organisering og ledelse av innovasjonsprosjekter i ulike bransjer, også helsesektoren (Dhanasai and Parkhe, 2006). Rammeverket bruker orkestrering som beskrivelse av måten å styre åpne innovasjonsnettverk, med dirigenten (orchestrator) som et bilde på den koordinerende parten eller prosjektlederen. Avhengig av størrelse på prosjektene kan dirigenten være en person eller en aktør. Målet er at slike nettverket skal være dynamiske heller enn rigide. Det forutsettes at alle parter ivaretar sine egne interesser, og lederskapet er nedtonet heller enn hierarkisk. Dirigenten kan styre sammensetningen av nettverket etter prosjektets behov. Tanken er at en slik dynamisk organisering kan være i stand til å utkonkurrere adskillig større aktører og prosjekter med en mer lukket og rigid organisering (Dhanasai and Parkhe, 2006). Tre hovedpunkter kan oppsummere dirigentens roller i dette rammeverket: i) Administrering av kunnskapsflyten mellom aktører, ii) Administrering av innovasjonsideene (innovation appropriability) og iii) Sikre nettverkets stabilitet over tid. Med andre ord må dirigenten håndtere rollene som fasilitator, kurator og sosialt lim. I originallitteraturen er dirigenten et stort firma med en rekke sentrale og perifere samarbeidspartnere eller leverandører rundt seg. I helseforetak kan dette være overlatt til de ansatte som jobber med innovasjonsprosjekter, alene eller i små grupper, å være dirigentene.



Figur 6 A Framework for Orchestration in Innovation Networks (Dhanasai and Parkhe, 2006)

Organisering av innovasjonsnettverk i helsesektoren krever en klar tanke om eierskap og roller, hva som kreves for å få gjennomført og iverksatt innovasjon, og hva som til enhver tid er neste steg i prosjektet. Dette krever en forankring og anerkjennelse av innovasjonsprosjekter i ulike deler av organisasjonen, og tydelige krav og forventninger til hvilke ressurser som må stilles til disposisjon. Slik prosjektledelse er krevende, og uklar rolleavklaring kan gå ut over progresjon og resultater.

2.7 Kunnskapsgrunnlag fra norske helseforetak

Forskning rundt organisering og gjennomføring av helseinnovasjon i den norske

spesialisthelsetjenesten foreligger, men innovasjonsarbeid i helseforetakene har kort historie og er trolig et felt i betydelig endring. Senter for teknologi, innovasjon og kultur ved Universitetet i Oslo publiserte i 2015 rapporten «Sykehus som innovasjonsarena» (Thune, 2015). Denne rapporten er en sentral kilde for denne oppgaven, fordi den kombinerer ulike forskningsmetoder for å beskrive innovasjon i helseforetak/sykehus i norsk kontekst. Internasjonal litteratur kan være vanskelig å applisere til norske forhold på grunn av ulik organisering av helsetjeneste på tvers av land, og ulik grad av privatisering. Det foreligger også flere masteroppgaver på tematikken, Courivaud intervjuet ansatte (leger og sykepleiere) ved Oslo Universitetssykehus om deres forhold til helseinnovasjon (Courivaud 2013), men diskuterer i liten grad hva som gjøres, hvilke aktører som inngår, og hvordan arbeidet er organisert og ledet. Courivaud studerer her mikronivå, altså de ansattes holdninger, heller enn organisasjonens innovasjon og samarbeid. Informantene til Courivaud var altså ikke direkte involvert i innovasjonsprosjekter eller organisering. Thune gjennomførte en kvalitativ spørreundersøkelse med 50 deltakere fra fire helseforetak, der flertallet var ledere. Deltakerne skulle ha praktisk erfaring med innovasjon, og det ble spurt om personlige drivere og barrierer for innovasjonsarbeid (Thune, 2015). Thune uttaler at dette utvalget ble mindre enn forventet, og det ble stilt spørsmål om hvorvidt man hadde klart å rekruttere riktig personell. Selv om sykehusenes samarbeid og grenseflater mot andre aktører beskrives i rapporten er ikke dette et hovedfokus. Det er ikke identifisert andre publikasjoner som studerer graden av åpen innovasjon i norske sykehus.

Det må antas at innovasjonsarbeid i spesialisthelsetjenesten har endret seg betydelig de siste 5-10 årene, noe som bekreftes av rapporten Helseinnovasjon i Drammensregionen (Eide et al., 2018). Regionen var en nasjonal pioner på helseinnovasjonsarbeid i perioden rundt 2010, Eide uttaler at dette feltet var «*svært umodent i 2009 og fremdeles er umodent i 2018*». Litteraturen som omhandler innovasjon i offentlig sektor begrenser seg til de siste tiårene, baserer seg på premisser fra privat sektor, og fokuserer i liten grad på åpen innovasjon (Chen et al., 2020).

Gitt den korte tidshorizonten for organisert innovasjon ved norske helseforetak er det et identifisert et kunnskapshull knyttet til hvorvidt norske helseforetak driver åpen innovasjon og hvordan de samarbeider med andre private og offentlige aktører.

3 Målsetning og forskningsspørsmål

Målsetningen med denne masteroppgaven var å gjennomføre en kvalitativ studie, med intervjuer av ansatte med inngående kunnskap om innovasjonsarbeidet i helseforetak innenfor det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst.

Formålet med studien var å studere fremmere og hemmere av åpen innovasjon i norske helseforetak.

Problemstillingen i oppgaven var å identifisere i hvilken grad informantene (eksperter) opplever at det gjøres åpen innovasjon i sine helseforetak og hvilke fremmere og hemmere de oppgir for dette.

4 Materiale og metode

4.1 Studiedesign

Kvalitativ metode med semistrukturerte ekspertintervjuer, analysert med tematisk analyse.

4.2 Utvalg og rekruttering

Det regionale helseforetaket (RHF) Helse Sør-Øst RHF (HSØ) står for spesialisthelsetjenester for cirka 60% av Norges befolkning, 3,1 millioner mennesker. HSØ består av 11 helseforetak (HF), som inkluderer Sykehuspartner HF og Sykehusapotekene HF. I tillegg har HSØ forpliktende samarbeid med fem private ideelle sykehus, Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Sykehus, Martina Hansen Hospital og Revmatismesykehuset.

Med tanke på størrelsen til Helse Sør-Øst RHF vurderes dette som et tilstrekkelig utvalg å rekruttere intervjuobjekter fra. Det kan antas at helseforetak i de andre helseregionene organiserer innovasjonsarbeid på lignende måter. Fordelen ved å rekruttere fra samme RHF er at utvalget forholder seg til identiske nasjonale og regionale føringer. Videre har de stort sett identisk tilgang til ekstern innovasjonsfinansiering (virkemiddelapparatet) og støttefunksjoner, noe som er relevant for denne studien. Størrelsen på helseforetakene som informantene er rekruttert fra er i spennet fra de aller største til de minste i Norge.

Helse Sør-Øst har et regionalt innovasjonsnettverk for tjenesteinnovasjon der alle helseforetak er invitert til å delta, og dette nettverket ble utgangspunkt for rekruttering av informanter til denne studien. Målsetningen med studien var å studere helseforetak og sykehus som driver ordinær sykehusdrift. Sykehuspartner HF og Sykehusapotekene HF ble dermed ikke inkludert, da deres rolle i helseforetakenes innovasjonsprosjekter stort sett er som støtteforetak, samarbeidspartnere og/eller leverandører på hhv teknologi og legemiddelområdet.

Medlemmene i det regionale innovasjonsutvalget har roller i helseforetakene som for eksempel innovasjonssjefer/avdelingsledere, innovasjonsrådgivere eller spesialrådgivere. Enkelte har helsefagbakgrunn, mens andre har innovasjonsutdanning eller teknologibakgrunn. Samtlige har

sentrale roller knyttet til helseinnovasjon i sitt helseforetak og dette blir dermed betraktet som ekspertintervjuer. Siden innovasjonsaktiviteten er spredt i så mange grupper og deler av helseforetakene kan inklusjon fra et nettverk for *tjenesteinnovasjon* føre til seleksjonsbias. Dette ble likevel vektlagt i utarbeidelse av intervjuguiden og diskutert som en metodesvakhet. Intervjuguiden var ikke lagt opp til å identifisere fremmere eller hemmere av åpen innovasjon hos informantene personlig (motivasjon, ferdigheter, tidsbruk etc.), men hvordan de som innovasjonsmedarbeidere vurderer helseforetakenes organisering og samarbeid med andre parter.

Det ble altså rekruttert et strategisk utvalg (purposive sampling) sammensatt ut fra en målsetning om at materialet best mulig skal belyse problemstillingen. Her vektlegges intern validitet, gjennom å skaffe tolkninger og funn som lærer oss noe nytt om feltet. Videre skal relevansen, for forståelsen rundt problemstillingen, sikres ved at det samles data om fenomenet i tilstrekkelig bredde og dybde (Malterud, 2017).

Det ble informert om studien på et av møtene i Regionalt innovasjonsnettverk HSØ forut for rekrutteringen. Det er totalt 14 helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst RHF, ekskludert Sykehuspartner HF og Sykehusapotekene HF. I innovasjonsnettverket var det ved inklusjonstidspunktet representanter fra ni helseforetak, som fikk forespørsel om å delta på e-post. Totalt åtte representanter fra HF/private ideelle sykehus ble rekruttert på denne måten. De resterende helseforetak ble forsøkt kontaktet via aktuelle ansatte i organisasjonene og via personer i nettverket til masterstudenten. Ett helseforetak ble rekruttert på denne måten. Invitasjoner som ikke ble besvart ble purret to ganger, men det lyktes ikke å rekruttere representanter fra de gjenstående til studien. To av disse helseforetakene oppga i dialog at de på det aktuelle tidspunktet manglet formell organisering rundt helseinnovasjonsarbeid eller at det ikke var et prioritert område. De ble likevel tilbudt å delta, men takket nei til dette.

De ni informantene var i aldersspennet 30-56 år, 6 kvinner og 3 menn. Seks hadde helsefaglig grunnutdanning, 3 informanter hadde formell innovasjonsutdanning. Ellers oppga de variert fagbakgrunn og utdanning fra teknologi, humaniora og ledelse/administrasjon. Stillingstitler var fordelt med fem ledere (avdelingsleder, innovasjonssjef, fagansvarlig) og fire rådgivere (innovasjonsrådgiver/spesialrådgiver). Sitatene er ikke merket med kjønn, alder eller eksakt stillingstittel for å redusere faren for identifikasjon av informantene. Dette vurderes ikke kritisk for leserens fortolkning. Det ble ikke vurdert at fagbakgrunn, tittel, kjønn eller alder separerte informantene på noen systematisk måte, alle hadde inngående kunnskap om lokale forhold ved helseforetaket spesielt og innovasjonsfeltet generelt.

4.3 Datainnsamling og gjennomføring av intervjuer

Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer, alle disse ble gjennomført av masterstudenten. Det ble foreslått å gjennomføre intervjuene på arbeidsplassen til informantene, og dette ble gjort for syv av intervjuene. De resterende to intervjuene ble gjennomført digitalt, av praktiske hensyn etter ønske fra informant.

Totalt åtte intervjuer ble gjennomført i perioden mai-juni 2022, og det niende intervjuet ble gjennomført i april 2023 for å sikre et tilstrekkelig stort utvalg. Deltakerne fikk tilsendt semistrukturert intervjuguide og samtykkeskjema på forhånd, og samtlige signerte samtykkeskjema. Intervjuguiden ble utarbeidet for å innhente deltagerens erfaringer med innovasjonssamarbeid med ulike aktører, hvordan helseforetaket organiserer innovasjonsarbeidet og hvordan de jobber med ulike typer innovasjon, samt hvordan de forholder seg virkemiddelapparat og insentivordninger. Intervjuene hadde en varighet mellom 45 og 70 minutter. Intervjuene ble gjennomført på norsk og tatt opp med diktafon. Notater og intervjumateriale ble transkribert, avidentifisert og lagret på passordbeskyttet område ved utdanningsinstitusjonen (UiO). Under de siste intervjuene ble det observert metning, med overlapp opp mot svar fra tidligere intervjuer.

4.4 Dataanalyse og analytisk rammeverk

Åpen innovasjon vurderes som en ønsket tilstand for innovasjonsarbeid i norske helseforetak. For å studere potensielle hemmere og fremmere ble det beskrevet temaer som ble lagt til grunn for intervjuguiden.

Basert på modellene beskrevet i kapittel 2, «Managing National Innovation Systems» (OECD, 1999) og «The dynamic componential model of creativity and innovation in organizations» (Amabile and Pratt, 2016) tilpasset norsk kontekst, ble det utledet følgende fire kategorier (detaljer i kapittel 2.6):

Samarbeid

Denne kategorien rommer utsagn som knyttes til samarbeid mellom og på tvers av aktører i det nasjonale innovasjonssystemet for helsesektoren. Dette inkluderer samarbeid internt i helseforetaket, mot andre helseforetak, det regionale helseforetaket samt andre offentlige aktører og private aktører. Dette kan også inkludere digitale samarbeidsplattformer.

Koordinering

Denne kategorien brukes til å identifisere i hvilken grad føringer fra andre aktører påvirker graden av åpen innovasjon, dette inkluderer nasjonale-, regionale- og lokale ordninger som bidrar til samarbeid. Helseforetakets ordninger for å håndtere og koordinere ideer, forslag og forespørsler om samarbeid rommes også av denne kategorien.

Organisering

Denne kategorien beskriver plassering og eventuell samorganisering/samløkalisering av innovasjonsressursene, videre hvorvidt det er andre innovasjonsnettverk og hvordan åpen innovasjon ledes, forankres og organiseres.

Ressurser/finansiering

Sitater om hvordan åpen innovasjon finansieres og hvilke ressurser som avsettes inkluderes i denne kategorien. For eksempel innretning av virkemiddelapparatet, kostnadsdeling i prosjekter, egeninnsats etc., knyttet opp mot hvordan dette påvirker graden av åpen innovasjon.

De fire kategoriene vurderes hver mot en subkategorier på to nivåer, utledet fra «Public service innovation: a typology» (Chen et al., 2020): i) Internt – innenfor helseforetaket og ii) Eksternt - Utenfor helseforetaket

Tabell 1 Analytisk rammeverk med kategorier og subkategorier.

Kategori	Subkategori
Samarbeid	Internt og eksternt
Koordinering	
Organisering	
Finansiering	

4.5 Metodologiske begrensninger

Validitet

Det valgte materialet og metoden vil legge føringer for hvordan vi kan konkludere i et kvalitativt forskningsprosjekt, altså i hvilken grad prosjektets funn er gyldige. Dette tilrettelegger man for gjennom å redegjøre for hvorfor og hvordan resultatene ble til, altså hvilke valg som ble gjort i prosessen fra planlegging, gjennomføring og analyse av dataene. Det er viktig å være bevisst både intern validitet og ekstern validitet, altså hhv i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget som er undersøkt (relevans) og i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg (kontekst) (Malterud, 2017). Intervjuguiden og temaene ble utarbeidet i samarbeid med veileder, og ble gjennomgått og testet i samarbeid med en kollega ved eget helseforetak. Masterstudenten gjennomførte alle intervjuer, syv av ni ble gjennomført fysisk på informantenes arbeidsplass, de to siste digitalt. Fysiske intervjuer reduserer risikoen for feiltolkninger, siden dette gir mulighet til å følge med på non-verbal kommunikasjon. Masterstudenten har kjennskap til terminologi og lokale forhold knyttet til fagfeltet, og ba om avklaringer der det var nødvendig. Dette for å sikre at enkelte sitater ble forstått riktig. Utvalget som informantene er rekruttert fra er et regionalt nettverk for *tjenesteinnovasjon*. Det er en viktig faktor når man skal fortolke resultatene og intervjuene. Et utvalg rekruttert for eksempel fra miljøer som driver forskningsdrevet innovasjon, organisasjonsutvikling eller teknologidrevet innovasjon ville kunne gi et annet bilde av internt og eksternt samarbeid og innovasjonsfokus. Utvalget av informanter vurderes likevel som dekkende for å beskrive problemstillingen i oppgaven.

Reliabilitet

Reliabilitet sier noe om etterprøvbareheten til en studie. Indre reliabilitet refererer til i hvilken grad andre kan nyttiggjøre seg av dataanalysen som er utført av forskeren. Ytre reliabilitet refererer til i hvilken grad andre vil kunne gjenskape funn fra studien i et lignende utvalg. Trusler mot dette kan være at forskeren selektivt har samlet og tatt med seg enkelte deler av datamaterialet for å besvare et forskningsspørsmål (Green et al., 2018). Det fremgår derfor hvem som har gjennomført studien, hvilken type informanter som har inngått og hvordan innsamling og dataanalyse er gjennomført. Utvalget i denne studien vurderes som heterogent, særlig med tanke på helseforetakenes varierende størrelse. Ulik tilknytning til akademia (for eksempel universitetssykehusene) og svært varierende forskningsaktivitet og spissfunksjoner vil også prege helseforetakenes innovasjonsfokus og evne. Det må dermed forventes at det er en spredning i utvalget i hvilken grad de driver strukturert innovasjon, hvilke typer innovasjon som prioriteres og om de driver åpen innovasjon. Enkelte informanter kan dermed tenkes å kunne gi rikere innsikt i problemstillingen og prege datamaterialet. For å bidra til reliabiliteten inkluderes data fra hele utvalget, og det antas at hele ekspertutvalget vil kunne bidra til å belyse fremmere og hemmere av åpen innovasjon.

Forskerens rolle og bakgrunn

Jeg går inn i dette masterprosjektet med bakgrunn fra medisinsk forskning (kvantitative metoder), men også med erfaring som prosjektleder av innovasjonsprosjekter og organisering av innovasjonsarbeid ved eget helseforetak. De siste to årene har jeg selv vært medlem i innovasjonsnettverket informantene er rekruttert fra. Jeg tar med erfaringer fra både forskning og innovasjon inn i arbeidet med masteroppgaven, noe som gir relevant kunnskap rundt helseinnovasjon i sykehus og tilleggende områder. Mitt forhold til informantene er ikke personlig eller tett, intervjuene var stort sett mitt første fysiske møte med de andre medlemmene i nettverket (grunnet videomøter gjennom pandemien). Alle resultater og analyser har vært styrt av informantenes syn og opinioner. Min rolle har i alt arbeid vektlagt å kun formidle informantenes svar. Det har vært bevissthet rundt egen rolle, meninger og forkunnskaper, da dette ville kunne påvirke forarbeid, utforming av forskningsspørsmål gjennomføring av intervjuer og analyse av dataene.

4.6 Personvern og forskningsetikk

Vurdering av behandling av personopplysninger er gjennomført av Sikt (tidligere Norsk senter for forskningsdata (NSD)), datert 08.03.2022, referanse 482758 (se vedlegg 3). Datahåndteringsplan, intervjuguide, informasjons-skriv og samtykkeskjema ble lagt ved søknaden til NSD/Sikt. Alle intervjuobjekter signerte samtykkeskjema for å delta i studien etter å ha lest informasjonskrivet. Lydfilene fra intervjuer og transkriberingsfiler har vært lagret på passordbeskyttet enhet fra Universitetet i Oslo.

Deltagelse i studien var frivillig, og ble informert at de når som helst, og uten å oppgi grunn, kunne trekke seg. Deltagelse i studien ble ikke sett på som negativ eller skadelig for informantene, belastninger begrenser seg til oppgitt tidsbruk for intervjuene. Data ble aidentifisert slik at enkeltpersoner eller helseforetak kunne gjenkjennes. Sitater ble, når det ble vurdert nødvendig, justert for å bidra til at enkeltpersoner eller institusjoner ikke skulle identifiseres.

5 Funn

Det ble gjennomført ni semistrukturerte ekspertintervjuer med representanter fra ni ulike helseforetak eller private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst RHF. Problemstillingen i oppgaven var å identifisere i hvilken grad informantene (eksperter) opplever at det gjøres åpen innovasjon i sine helseforetak og hvilke fremmere og hemmere de oppgir for dette. Hovedfunnene er oppsummert i tabell 2, fordelt etter de analytiske kategoriene og underkategoriene som ble benyttet i studien. Samtlige funn er gitt i detalj med henvising til intervjumaterialet i avsnittene under.

Tabell 2 Fremmere og hemmere for kategoriene samarbeid, koordinering, organisering og finansiering, delt inn i subkategoriene internt og eksternt.

SAMARBEID	Fremmere	Hemmere
Eksternt	Testbedfasiliteter og simuleringsmiljøer Kompetanse og erfaring med eksternt samarbeid	Manglende erfaring med samarbeid blant nettverksaktører: Kulturforskjeller, kjennskap til regelverk og uklare samarbeidsavtaler
Internt	Innovasjonskultur/lærende organisasjon Godt kommuniserte finansieringsordninger, bistand og ressurser internt i helseforetaket	Innovasjonsressursene spredt i organisasjonen og ikke koordinert
KOORDINERING	Fremmere	Hemmere
Eksternt	Tydelige nasjonale satsingsområder gir større økosystem for samarbeid	Manglende koordinering fra eget RHF Varierende tilslutning til nasjonalt prosjektverktøy hindrer deling og oversikt på innovasjonsarbeid
Internt	Felles mottaksapparat for interne eksterne ideer og henvendelser	Manglende eller kun stedvis koordinering innad i HF
ORGANISERING	Fremmere	Hemmere
Eksternt	Klynger og innovasjonsutvalg i RHF HF som dirigent i åpne nettverksprosjekter	Manglende og uklar organisering i RHF Manglende kontakt mot andre RHF
Internt	Interne prosjektledere som styrer fleksible innovasjonsnettverk	Siloorganisering Konkurranse med drift
FINANSIERING	Fremmere	Hemmere
Eksternt	Nasjonalt virkemiddelapparat Regionale innovasjonsmidler	NFR og IN: Omfattende søknadsprosesser og ikke finansiering av helseforetakets egeninnsats Ikke ressurser til å utnytte virkemiddelapparatet Uklar kostnadsdeling i åpne innovasjonsnettverk
Internt	Interne midler hjelper med å bygge innovasjonskultur blant ansatte	Manglende lokal avsetning til driftsmidler Lite øremerkede midler til innovasjon Begrensede personalressurser

5.1 SAMARBEID – Krevende og givende

Gitt størrelsen til flere av helseforetakene i utvalget bør både større interne innovasjonsprosjekter og eksterne samarbeidsprosjekter kunne defineres som åpen innovasjon. Helseforetakene består ofte av flere sykehus/lokalisasjoner stedvis med stor geografisk spredning. Dermed blir utsagn som omhandler samarbeid internt i HF, mellom HF, internt i RHF, mot offentlige og/eller privat sektor omtalt i denne delen, for å beskrive graden av åpen innovasjon. Videre hvordan informantene omtaler fremmere og hemmere for slikt samarbeid internt og eksternt. Oppsummert foregår det mange typer åpen innovasjon på ulike arenaer i helseforetakene. For eksempel i form av strukturerte offentlig-private prosjekter som innovasjonspartnerskap, testbed-fasiliteter som en arena for private aktører i helseforetaket, og store utviklingsprosjekter med flere private og offentlige aktører.

5.1.1 Samarbeid med andre helseforetak

Med stort sett små innovasjonsmiljøer i de enkelte helseforetakene fremhever mange det gode samarbeidet, delingskulturen og «kollegaene» som driver innovasjonsarbeid ved andre helseforetak som en viktig motivasjon til samarbeid. Det regionale innovasjonsnettverket fremheves her som en arena for deling av erfaringer, problemer og som en katalysator for samarbeid. En av informantene oppgir også at samarbeid med andre helseforetak kan være vanskelig, spesielt knyttet til eierskap og behov i prosjektene.

«Det å faktisk gå litt ned og lære av hverandre på ting som har vært vanskelig, ting som har fungert, og erfaringer fra der noen har hatt et tettere samarbeid. Der har vi god nytte av innovasjonsnettverket i regionen vår.» (Informant 8, innovasjonsrådgiver)

«Det er kjempegodt samarbeid og delingsklima mellom ulike HF, helt supert. Alle samarbeider og alle deler.» (Informant 2, innovasjonsleder)

«[I felles utviklingsprosjekt med privat leverandør] så tror jeg at det har skapt en god dynamikk at du har hatt et helseforetak som har jobbet med en del av produktet og et annet helseforetak som har jobbet mye med hjemmeoppfølgingsdelen.» (Informant 2, innovasjonsleder)

«Det [felles prosjekter med andre HF] kan være vanskelig i praksis fordi at man kan ha motstridende krav eller motstridende behov når man begynner å gå ned i dybden. Hvem eier hva?» (Informant 3, innovasjonsleder)

5.1.2 Samarbeid med andre offentlige aktører

Med bakgrunn i samhandlingsreformen har prosjekter mellom ulike aktører i helse og omsorgssektoren vært et prioritert område. Samhandlingsmidler er tilgjengelige, og mange innovasjonsprosjekter forsøker å løse utfordringer på tvers av behandlingsnivåer. Her er det både formelle og mer uformelle samarbeidsformer, og respondentene uttaler at dette kan være krevende. Her nevnes betydelige forskjeller i aktørenes erfaring og ressurser de kan bidra inn med i prosjekter.

«Vi prøver å ha med alle interessenter i prosjektene: Praksiskonsulenter, kommuner, fastleger, brukere og brukerorganisasjoner. Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Samarbeid med kommunene varierer veldig, noen er med i mange innovasjonsprosjekter og har egne midler. Stor forskjell på ønske, vilje og kompetanse. Samarbeid med både fastleger og kommuner blir vanskelig på grunn av en mengde ulike systemer og praksis.» (Informant 8, innovasjonsrådgiver)

«Det er absolutt utfordringer mot kommuner, som har lite kapasitet til innovasjonsarbeid, ulike plattformer etc., men når folk møtes løses problemene godt. En ekstern konsulent hjalp til å få opp samarbeid med akademia og andre aktører, klynger. Dette ga først mye kaos, nye ideer og ikke noe struktur og strategi bak arbeidet. Den siste perioden har dette gått over i strukturert og etablert samarbeid med eksterne.» (Informant 7, innovasjonsrådgiver)

«Om vi skal få til et godt hjemmesykehus er vi helt nødt til å samarbeide med kommunene.» (Informant 5, innovasjonsleder)

5.1.3 Samarbeid med private aktører og næringsliv

Samarbeid mot private aktører og bedrifter er hovedfokuset til noen av informantene og mindre sentralt for andre. De fleste oppfatter dette som krevende i starten, og signalene er at det også kan oppleves vanskelig for samarbeidspartnerne. Flere opplevde at «en vei inn» for ideer, samarbeidsforespørsler og leverandører hjelper til å ensrette arbeidet og ressursbruken knyttet til slike forespørsler. Testbed-fasiliteter og simuleringsmiljøer nevnes også som en måte å strukturere samarbeid med privat sektor kontrollerte omgivelser. Erkjennelsen fra flere er at samarbeid med privat sektor er avgjørende for å få gjennomført mange av prosjektene, men samtidig at det er krevende å følge regelverk rundt for eksempel offentlige anskaffelser og være i stand til å bruke virkemiddelapparatet på dettet feltet. Flere nevner verdien av å utarbeide gode samarbeidsavtaler og sørge for at alle parter får nytte av innsatsen som blir lagt inn.

«Vi er nødt til å tillate oss å være radikale på trygge ikke-kliniske teststeder sammen med leverandørene.» (Informant 2, innovasjonsleder)

«Vi har satt opp testbed der kommersielle aktører kan teste ut ting i tidlig fase. Både legemiddelstudier og startups. Det er armer og bein i starten, men vi jobber oss inn i en form. Vi velger ut fra behov og våre prioriterte områder. Rene «salg» tar vi ikke lenger inn.» (Informant 5, innovasjonsleder)

«Vi er helt i startgropen med samarbeid med kommersielle aktører. Vi er avhengige av gode avtaler i bunnen. Vi stoler på de veletablerte og er litt mer usikre på oppstartsbedriftene. Noen [ansatte og samarbeidspartnere] har mange hatter og vi prøver å få det på det rene.» (Informant 8, innovasjonsrådgiver)

«Vi har en ganske hard definisjon av hva vi ser på som innovasjon, og kategoriserer prosjektene våre med et sterkt fokus på OPIer [offentlig privat innovasjonssamarbeid]. Innovasjon har vi først og fremst av definert som et

samarbeid med næringslivet. Det må man hvis man skal ha leverandørsamarbeid, så det å bli mer spisset er en typisk trend. Vi sitter ikke og tar så mye henvendelser fra leverandører. Vi får mye henvendelser, men det er sjelden at de munner ut i noe. Vi er ikke så åpne som vi kanskje var tidligere.» (Informant 3, innovasjonsleder.)

«Vi har erfart at det er noen helt få som får den kompetansen med å samarbeide med næringslivet og virkemiddelapparatet. Og at det er et ganske krevende stykke arbeid. Det er fortsatt personavhengig selv etter minst 10 år.» (Informant 5, innovasjonsleder)

«Som offentlige er vi litt «redde» for de private. Slike henvendelser kan bli liggende i innboksen min til de slutter å ta kontakt.» (Informant 7, innovasjonsrådgiver)

5.1.4 Samarbeid internt i helseforetaket

Flere av informantene oppgir at de i økende grad ser behovet for å styrke samarbeid internt i organisasjonen for å hjelpe eksterne prosjekter. Det nevnes at eksisterende og kommende lovverk rundt validering krever at nytte og risiko i prosjektene dokumenteres. Dette involverer i økende grad samarbeid internt med for eksempel mot forskningsmiljøer, teknologi, personvern og andre. Flere oppgir at det er vanskelig å drive åpne prosjekter med digital innovasjon uten å ha med intern teknologiavdeling, eller samarbeide med academia uten å involvere lokal forskningsorganisasjon.

En rådgiver jobber nå med å bygge bro fra forskning mot innovasjon. Det er en svakhet at vi ikke forsker på evidens av innovasjonsprosjektene våre. Vi jobber også med at innovasjon skal spres i HF gjennom kompetanseheving på å arbeide kreativt. Spredning og kompetanseheving på innovasjon er helt i tråd med stortingsmelding om innovasjon i offentlig sektor.» (Informant 7, innovasjonsrådgiver)

5.2 KOORDINERING – Styrings signaler for åpen innovasjon

Føringer fra andre aktører og nettverk påvirker graden av åpen innovasjon, dette inkluderer nasjonale-, regionale- og lokale ordninger som bidrar til samarbeid. Det finnes krav om samarbeid for å søke både regionale og nasjonale innovasjonsmidler. Lokalt er et felles mottak og håndtering av henvendelser nevnt som viktig, både eksterne og interne. Selv om ikke alle forslag blir tatt videre er det viktig at samarbeidspartnere og ansatte opplever å bli møtt på en god måte.

5.2.1 Nasjonale premissleverandører for helseinnovasjonsarbeidet

Flertallet av informantene oppgir at satsingsområdene som kommer fra nasjonalt hold er styrende for innovasjonsporteføljen. Siden helseforetakenes strategier og utviklingsplaner innrettes etter de samme føringene, og likeledes virkemiddelapparatet, blir det naturlig å innrette spesielt større prosjekter etter dette. Informantene oppgir flere fordeler med tydelige nasjonale satsingsområder, blant annet at de gir økt mulighet for å finne offentlige og private samarbeidspartnere i prosjektene. Siden nasjonale føringer deles med resten av offentlig sektor, vil andre aktører i helse og omsorgssektoren arbeide med lignende utfordringer og behov. Privat sektor vil også rette sitt utviklingsarbeid mot de samme temaene. Dette vil dermed kunne styrke økosystemene for innovasjon lokalt og nasjonalt innenfor prioriteringsområdene.

«Man ser at man har parallelle behov og ser at om løsninger som kan brukes av flere i regionen har større relevans for helsetjenesten og for næringslivet.» (Informant 2, innovasjonsleder)

Nasjonale og regionale aktører gir også føringer og incentiver til å drive samarbeid. Flere nasjonale ordninger fordrer offentlig-privat samarbeid og regionale tildelinger til innovasjon har over tid gitt økende incentiver til å drive samarbeidsprosjekter mellom helseforetak i regionen.

«Men også nå gjennom at RHF via sine utlysninger øker sjansene for tildeling ved et samarbeid, eller nå sist settes det som krav at flere HF skal samarbeide om prosjekter. Det har gradvis gått fra at samarbeid ikke var et krav, videre at samarbeid ga tilleggs poeng i aktivitetsmarkøren og til nå at det er en forutsetning. Det er lurt.» (Informant 4, innovasjonsleder)

5.2.2 Koordinering fra det regionale helseforetaket

Det regionale helseforetaket må kunne regnes som en kombinasjon av styrende/politisk part, men også en aktør i innovasjonsnettverket til de enkelte helseforetakene. Der de har en støtterolle som koordinator og kompetansepartner. Informantene opplever ikke at RHF har ivaretatt denne rollen godt nok. Samarbeid, implementering og spredning av innovasjon vektet stadig høyere fra nasjonalt og regionalt hold, men informantene peker på at historisk har virkemiddelapparatet i liten grad bidratt til dette. Regionalt har det blitt støttet mange prosjekter fram til pilotfase, men deretter har det manglet støtteordninger for implementering og spredning. Dette er en mulig hemmer for

samarbeid med privat sektor, som kan ha lagt ned betydelige ressurser i prosjekter som ikke realiseres. Her savner flere informanter klarere organisering, oppfølging og koordinering fra det regionale helseforetakets side. De kunne bidratt til å realisere slutføring og løftet vellykkede prosjekter til regionalt/nasjonalt nivå. Dette ville gitt flere helseforetak tilgang på nye løsninger, og gitt leverandørsiden et stort nok marked for den utviklede løsningen.

«Samarbeid/koordinering mellom aktører i HSØ utfordres av manglende plassering i RHF. Innovasjonssjef ble ikke erstattet etter 2018, og RHF kommer ofte med forespørsler som vitner om manglende oversikt. De ber om oppsummeringer i mangel av informasjon, dette gjør det vanskelig å koordinere. Man burde hatt en innovasjonssjef i RHFet som ledet arbeidet. Koordinere og legge til rette for arbeid med prioriterte områder.»
(Informant 5, Innovasjonsleder)

«Vi utviklet en løsning som i etterkant seks andre sykehus spør om vi kan hjelpe de med å implementere. Vi gikk til RHF og spurte om de kunne overta et slags opplæringsansvar på løsningen. Det kom ikke svar. Vi gjorde det likevel, og sendte vår prosjektleder rundt. Slike ting koster penger. Vi spør RHF igjen: Da tar vi en regional opplæringsrolle på dette, vi bredder det ut. Kan vi søke penger om det? Svaret var nei.» (Informant 2, Innovasjonsleder)

5.2.3 Intern koordinering av innovasjon i helseforetaket

Informantene har ulikt syn på intern koordinering av innovasjon fra helseforetakets side. Manglende eller varierende koordinering mellom ulike søyler i organisasjonen nevnes som et problem. Det mangler oversikt over alt som foregår, og innovasjonsarbeidet organiseres desentralisert. Dette gjør det vanskelig å koordinere innovasjon og samarbeid internt og eksternt. Det er behov for systematisk opplæring og informasjon om innovasjon, for å bygge en innovasjonskultur i helseforetaket. Enkelte rapporterer å lykkes med dette, mens andre har utfordringer med å holde oversikt og koordinere innovasjon i egen organisasjon.

«Vi planlegger nå et internt nettverk, et innovasjonsteam, med medlemmer fra både teknologi, stab, forskning og tjenesteinnovasjon. For å skaffe bedre oversikt over pågående prosjekter og stimulere til samarbeid.»
(Informant 9, Innovasjonsleder)

«En annen satsing er at innovasjon skal spres i HF gjennom kompetanseheving på å arbeide kreativt.»
(Informant 7, innovasjonsrådgiver)

5.2.3 Nasjonal koordinering av prosjekter – Deling og rapportering av helseinnovasjon

Som del av nasjonal koordinering tilbys prosjekt og rapporteringsverktøyet Induct til norske helseforetak og andre offentlige aktører. Informantene oppgir i varierende grad å bruke Induct, men overordnet sier informantene at manglende nasjonal oppslutning samt svært varierende praksis rundt bruken er et problem.

«Det diskuteres anskaffelse av [felles nasjonal] prosessplattform, for å tenke nytt rundt hvordan man kan dele innovasjon og utviklinger. Jeg tenker at den eneste fornuftige veien å gå.» (Informant 4, innovasjonsleder.)

«Induct gir et visst bilde, men brukes så forskjellig at det er vanskelig å sammenligne det som registreres der. Induct er en plattform kommunene kan bruke til å samarbeide i prosjekter med sykehusene. Noen prosjekter bruker det aktivt, andre bruker det ikke i det hele tatt.» (Informant 5, innovasjonsleder)

«Jeg føler ikke at Induct brukes spesielt aktivt. Vi får ikke informasjon strukturert fra de andre regionene, det er helt avhengig av personlig nettverk. Det finnes ikke noe publiseringskanal eller strategi. Det er per i dag en blackbox.» (Informant 8, innovasjonsrådgiver)

5.2.4 Helseforetakenes rolle som koordinator og leder av åpen innovasjon

Informantene beskriver helseforetakenes rolle i innovasjonsnettverk, og opplever varierende grad av samarbeidsevne mellom aktørene. En av informantene beskriver hvordan de forvalter sin egen rolle i åpne innovasjonsnettverk på en måte som peker i retning av orkestrering. Samarbeid gjennomføres mellom selvstendige parter, og rollen som dirigent består også i å ivareta behovene til helseforetaket. Andre opplever i større grad å måtte hjelpe andre aktører i nettverket.

«Det handler litt om å være en brobygger, skaffe kapital, være samarbeidsorientert og kanskje også ivareta en oversetterrolle. Det var mye samarbeidskompetanse, det å spille hverandre gode og samtidig jobbe mye med vårt behov. Vi skal være likeverdige partnere, det har vært mye av fokuset, ikke det vanlige kunde-leverandørforholdet, det har vært veldig det vi hatt veldig, veldig glede av.» (Informant 3, innovasjonsleder).

«Helseforetaket styrer prosjekter som involverer private leverandører og offentlige partnere, vi har for eksempel prosjekter på digital hjemmeoppfølging. Der mangler kommunene noe erfaring og kompetanse, det mangler ikke på vilje. Vi støtter derfor med å utvikle ideer, sette opp protokoller og andre ting.» (Informant 9, innovasjonsleder)

5.3 ORGANISERING – Hvor organiseres og forankres innovasjon i helseforetaket?

Denne kategorien beskriver plassering og eventuell samlokalisering av innovasjonsressursene i helseforetaket, videre deltagelse i andre grupper/nettverk og hvordan åpen innovasjon ledes, forankres og organiseres.

Informantene rapporterer svært ulik organisering av helseinnovasjonsressursene, både over tid og mellom helseforetakene. Flere nevner omorganiseringer eller midlertidig prosjektorganisering som en utfordring, og rapporterer at helseforetaket «leter» etter en god måte å organisere arbeidet på. Dette fører til varierende rapporteringslinjer, bemanning og plassering av innovasjonsressurser i organisasjonen over tid. Felles for flere er likevel at innovasjonsressursene er svært begrensede sammenlignet med de andre man er samorganisert med, det være seg forskning, teknologi, fag/kvalitet eller sentral stab. I tillegg kompliseres dette av at ressursene kan være spredd i flere deler av organisasjonen, bevisst eller ubevisst. Overordnet går noen modeller igjen, særlig at innovasjonsressursene samles med hhv forskning, teknologi, fag/kvalitet eller andre stabsavdelinger. Hver med sine fordeler og ulemper for å fremme åpen innovasjon, gjennom hvilke forutsetninger dette gir for samarbeid internt og videre eksternt. Åpen innovasjon krever involvering av flere «søylor» i helseforetaket, og en hensiktsmessig intern organisering er en forutsetning for dette.

5.3.1 Innovasjonsressurser som del av teknologimiljøet – «Alt» blir digitalt

Informanter fra helseforetak som har innovasjon samlokalisert med teknologimiljøet argumenterer med at dette er hensiktsmessig fordi mye innovasjon er helt avhengig av teknologistøtte. Disse oppgir at nærhet til teknologimiljøet forenkler samarbeid om digital innovasjon og utvikling av IT-løsninger internt, og letter videre samarbeid med eksterne aktører i teknologifeltet. Å være tett på teknologene bidrar dermed til åpen innovasjon. Informantene uttaler likevel at samlokalisering med teknologimiljøet gir mindre kontakt med andre interne miljøer som er sentrale i innovasjonsarbeidet.

«Det er teknologidirektør som har ansvar for innovasjon, det henger jo sammen med at 70-80% av våre innovasjonsprosjekter er e-helserelatert. Det er veldig fint at fagansvarlig for innovasjon [informant] sitter i e-helseseksjon. Dette kan likevel gå ut over annen type innovasjon, det gjør det jo at mitt fokus er veldig teknologitungt. ... Innovasjonssjef er del av ledergruppen på teknologi og e-helse og vi har tett kontakt. Mindre kontakt med andre enheter som driver innovasjon, selv om det er kort vei. Snakker ikke en gang månedlig med forskning, men med teknologi daglig.» (Informant 2, Innovasjonsleder)

5.3.2 Innovasjon samlokalisert i med forsknings- eller fagavdelinger – Lettere å drive utvikling der man ikke konkurrerer med driftsoppgaver

Informantene fra foretak der innovasjonsressursene er organisert under forskningsdirektør eller fagdirektør, har ulike innspill rundt det. En informant mener at selv om prosjektene er

teknologitunge er det ikke teknologien som er innovasjon. Teknologien er et verktøy for å drive innovasjon for bedre helsetjenester. Flere omtaler at der man konkurrerer med driftsoppgaver kan det være vanskelig å prioritere innovasjon. Samlokalisert med fag/kvalitet eller forskningsavdelinger er man sammen med kollegaer som i større grad driver utviklingsarbeid.

«Jeg tenker at det er naturlig at vi er under fagdirektør og ikke teknologi. Vi utvikler faget. Det er lite teknologiutvikling, selv om det er en del av prosjektet. Det er som regel eksterne aktører som bidrar inn med teknologi.» (Informant 5, innovasjonsleder)

«Fokuset har gått fra å ha utgangspunkt i teknologi til å ha fokus på behov. Det er knyttet til omorganiseringen vi gjorde, gjennom flytt fra teknologi over til forskning og innovasjon. Det jobbes lite med utvikling i teknologiavdelingen, som blir slukt av driftsoppgaver. Nå drives vi i større grad av designdrevet innovasjon.» (Informant 7, innovasjonsrådgiver)

5.3.3 Siloorganisering

Silobasert organisering nevnes som en hemmer for åpen innovasjon, likeledes opplever noen utfordringer rundt det å være et fåtall innovasjonsansatte organisert sammen med andre store miljøer. Spesielt om disse har sin aktivitet knyttet tett opp til produksjonsoppgaver eller kun er involvert ett delområde for innovasjon. Synligheten av innovasjon mot ledelsen og samarbeidet i organisasjonen kan hemmes av dette.

«Forskningsdirektør overtok for 6 år siden innovasjonsarbeidet fra teknologiavdelingen, men [organiseringen] er fortsatt silobasert» (Informant 7, innovasjonsrådgiver)

«Vi har tidligere vært organisert sammen med forskning, men vi syntes ikke det fungerte noe bra. Vi driver med tjenesteinnovasjon.» (Informant 3, innovasjonsleder)

5.3.3 Innovasjonsdirigertene i siloer, samlet eller diffundert?

Flere informanter rapporterer at innovasjonsressursene organiseres spredt i flere deler av helseforetaket. Ulike enheter tar eierskap til visse typer innovasjonsarbeid. Noen peker på klare fordeler og suksessfaktorer med en slik organisering. Ved å spre de som organiserer innovasjonsarbeidet ut i organisasjonen har de spesialiserte fagnettverk tett på seg. Informantene mener likevel at dette som oftest ikke er noen bevisst holdning fra organisasjonen for å fremme samarbeid. Dette rapporteres å hemme samarbeid og læring mellom enhetene.

«Dette er komplisert, og vi burde hatt en strategisk tilnærming for hele helseforetaket. Vi hadde trengt en gruppe av dedikerte ressurser for å drifte innovasjonsarbeidet. Både ute i klinikkene og en sentral gruppe med rett kompetanse, innovasjonskompetanse, til å bistå med rådgivning, søknader og prosjektstøtte.» (Informant 1, innovasjonsrådgiver)

Motsatt vil samling av alle innovasjonsressurser ett sted kunne være negativt fordi man mister kontakt med sentrale miljøer i klinikk, forskning og teknologi. Noe som oppgis å være sentralt for ideskaping, da miljøene besitter avgjørende kompetanse for å gjennomføre prosjekter. For tette bånd til en enkelt av disse miljøene kan svekke andre grenseflater og være en hemmer for åpen innovasjon. Noen informanter rapporterer derimot at de har tatt et bevisst grep for å «diffundere» innovasjonsressursene fra en samlet enhet og ut i hele helseforetaket. Ressursene kan være organisatorisk samlet, men jobber fleksibelt og prosjektbasert i stedet for å være låst til en del av organisasjonen. Disse beskrivelsene er i god overenstemmelse med rammeverket innovasjonsorkestrering Det rapporteres at mange prosjekter trenger nærhet og samarbeid med både teknologi, forskning, stabsavdelinger og klinikk.

«Før lå innovasjonsporteføljen i innovasjonsenheten der vi rekrutterte folk inn, men vi jobber nå med å flytte den ut i organisasjonen. Dagens innovasjonsenhet jobber allerede i stor grad ut i organisasjonen og vi jobber med å gjøre om dagens innovasjonsteam til et tjenesteteam. Vi ser for oss i denne modellen at det opprettes tjenesteteam ut fra behov og ikke ut fra linjen.» (Informant 4, innovasjonsleder)

«Vi jobber med integrere innovasjon ut i hele organisasjonen. Jobben min så langt har vært å bli kjent og synlig for de ulike miljøene i HFet. Minimum vil jeg ha innovasjonsressurser i alle divisjoner ved helseforetaket.» (Informant 7, innovasjonsrådgiver)

5.3.4 Innovasjonsorganisering utenfor helseforetaket

Med tanke på å få til åpen innovasjon oppgir informantene innovasjonsorganisering utenfor helseforetaket som viktig. Noen oppgir at det regionale innovasjonsnettverket har vært viktig, spesielt i oppstartsfasen som kanskje den eneste dedikerte innovasjonsressursen ved helseforetaket. Andre fremhever ulike klynger eller arenaer som kobler offentlige- og private aktører og/eller akademia.

«Vi er heldige som har klyngen. Den har blant annet mange av kommunene i regionene som medlemmer. Det er en god koblingsboks som en nøytral samhandlingsarena.» (Informant 7, innovasjonsrådgiver)

5.4 FINANSIERING – Noe lavhengende frukt, men også høyhengende sure epler

De fleste fremhever at de aller fleste innovasjonsprosjektene er helt avhengig av ekstern finansiering. Overordnet forholder de fleste seg positivt til virkemiddelapparatet, både nasjonalt og regionalt. Det er likevel flere som fremhever at ordningene til Forskningsrådet og Innovasjon Norge, som fordrer eksterne samarbeidspartnere, i varierende grad treffer helseforetakenes behov og aktivitet. Søknadsprosessene er krevende og det stilles dessuten betydelige krav til intern finansiering av egeninnsats i prosjektene. Noen av informantene oppgir ikke å være i stand til å søke eller utnytte disse ordningene, og knytter det dels til manglende kompetanse og erfaring. De som har erfaring, sier at gjennomføringen innebærer stor økonomisk og personellmessig innsats fra det lokale helseforetaket. Flere informanter oppgir at kompetansen som trengs for å utnytte virkemiddelapparatet må bygges over tid, og at terskelen i starten er høy for å få finansiert åpne nettverksprosjekt. Andre har skaffet seg erfaringen til å utnytte virkemiddelapparatet og får betydelige tildelinger og rapporterer å ha mange parallelle prosjekter gående. Disse informantene rapporterer om en positiv spiral der dette over tid også styrker lokal organisering. Intern finansiering er for de fleste begrenset til mindre prosjekter. Dette fremheves som viktig for å bygge kultur og ivareta brukerdrevet innovasjon.

«I perioden 2011-2017 søkte vi en del prosjekter som ga oss mye kompetanse på innovasjon. Vi hadde hele tiden 15 prosjekter, og da snakker jeg OPI-prosjekter [offentlig-privat innovasjon]. Samarbeidsprosjekter som er krevende, deretter spisset vi oss litt mer, og hadde lyst til å prøve innovative anskaffelser som form. Og da får man midler til å lønne leverandør, få opp konsepter og løsninger. Vi har hatt to slike prosjekter.» (Informant 3, innovasjonsleder)

5.4.1 Intern prosjektfinansiering

Noen av informantene oppgir at helseforetaket har interne utlysninger av midler til innovasjon, men ofte av begrenset størrelse og helst ment å hjelpe lokale prosjekter frem mot ekstern finansiering. Dette nevnes ikke spesifikt som en hemmer eller fremmer for åpen innovasjon, men flere oppgir dette som sentralt for å bygge en innovasjonskultur. Det at innovasjonsarbeidet blir synlig og eies av hele organisasjonen blir sett på som en viktig faktor for å stimulere brukerdrevet innovasjon, som kan bli til større prosjekter.

«Grasrotprosjekter er avhengig av klinikk/avdelingssjefer. Dette er i stor grad ildsjelbasert, og drives på egen vilje. Vi prøver å sette opp team rundt slike prosjekter og hjelpe til med søknader.» (Informant 7, innovasjonsrådgiver)

«Noen prosjekter er vanskelige, og interne midler bidrar til innovasjonskulturen, derfor prøver vi å hjelpe.» (Informant 5, innovasjonsleder)

«Det å få de ansatte med på tanken om at forbedring og innovasjon er gøy og ikke bare hazzle, min opplevelse er at det å ha den inngangsporten [lokalt] idemottaket er, det skaper en positivitet. Men vi dreper positiviteten med at vi ikke har driftsmidler til å realisere noen av de små initiativene. Det å sørge for at stemningen er god og at de ansatte er motiverte for å gjøre endringer, uten at det føles presset på, er ekstremt viktig. Det blir ingenting gjort uten at det er menneskene som står i en sånn situasjon er motiverte.» (Informant 2, innovasjonsleder)

5.4.2 Ekstern finansiering

Informantene peker på innovasjonsmidler fra det regionale helseforetaket og nasjonale ordninger som viktige kilde til finansiering. Selv om Innovasjon Norge og Norges forskningsråd (NFR) lyser ut betydelige midler til innovasjon er tilbakemeldingen at disse to aktørene i varierende grad retter seg mot prosjektene i helseforetakene. Begge aktørene prioriterer næringsutvikling av hhv innovasjonsprosjekter og forskningsfunn, og fordrer dermed privat samarbeidspartnere. Innovasjonsprosjekter som involverer forskning, utvikling og anskaffelser treffer slike utlysninger.

«Problemet er at Forskningsrådet og Innovasjon Norge baserer på egeninnsats og da har du stengt av de fleste avdelinger i sykehus. Egeninnsats må tas av avdelingenes eget driftsbudsjett.» (Informant 2, innovasjonsleder)

Helseforetakene som i størst grad rapporterer å drive prosjekter mot privat sektor oppgir å få tilslag og betydelig ekstern finansiering, men sier at disse prosjektene likevel krever mye innsats fra helseforetakets side. Ordningene er dermed isolert sett fremmere for åpen innovasjon, men innretningen av ordningen rapporteres å være vinklet mer mot den private heller enn den offentlige parten i prosjektene. Kompetansen og midlene som kreves til offentlige ordninger oppleves dermed som en terskel for å utnytte virkemiddelapparatet.

«Vi fikk 10 millioner i støtte av Innovasjon Norge til innovasjonspartnerskap, men HFet har sikkert brukt like mye i tillegg. Innovasjonspartnerskap er rigid for helseområdet. Det er en stor jobb, og vår prosjektleder jobbet dobbelt opp i klinikk og på prosjektet.» (Informant 5, innovasjonsleder)

«Forskningsrådet har krevende søknadsprosesser og krever frikjøp for å få inn en søknad. Tanken er på sikt å inngå innovasjonspartnerskap, men vi har ikke kompetanse på dette p.t.» (Informant 7, innovasjonsrådgiver)

5.4.3 Rammefinansiering og øremerkede midler til innovasjon

Flere av informantene uttaler at innovasjon nevnes i stor grad i strategidokumenter og handlingsplaner, og at forventningene til innovasjon er store. De savner derimot konkret satsing og finansiering av helseinnovasjon lokalt, regionalt og nasjonalt.

«Selv om det er dristig så burde man sette av noe penger til det initiale forbedringsarbeidet. Det settes av 2% til forskning. At hvert HF hadde i hvert fall en promille av budsjettet sitt til innovasjonsarbeid, jeg har en hypotese om at vil skape masse forbedring. Driftskostnader til innovasjonsarbeid. Det er veldig mye enklere for helseforetakene å sette av investeringsmidler, men det er driftsmidler vi trenger. Du kan ikke bruke investeringsmidler for frikjøp av en sykepleier for eksempel.» (Informant 2, innovasjonsleder)

«Å styrke det regionale apparatet for innovasjon hadde vært vel anvendte penger! Med en bedre koordinering kunne RHF og det enkelte HF fått til mye mer. Man kunne multiplisert resultatene. Kunnskapen inn i RHF har blitt svekket med tapet av innovasjonsdirektør. Forskning er storebroren og har en logisk organisasjonslinje. Innovasjonen i RHF er definert slik at innovasjonen tilhører alt og alle. Det kan være en god modell, men oppleves ikke slik.» (Informant 5, innovasjonsleder)

Oppsummering

Informantene opplever i varierende grad at helseforetaket driver åpen innovasjon. Noen oppgir å drive åpen innovasjon mot en rekke parter i offentlig og privat sektor, mens andre i mindre grad opplever at helseforetaket driver åpen innovasjon. De viktigste fremmerne for åpen innovasjon er et virkemiddelapparat som stimulerer til åpen innovasjon, tydelige nasjonale satsingsområder, lokal organisering som sikrer samarbeid internt og eksternt, arenaer og kultur for innovasjonssamarbeid og rett kompetanse til å understøtte ulike prosjekter. De viktigste hemmerne er intern siloorganisering, varierende tilslutning til nasjonalt prosjektverktøy for deling og samarbeid, samt uklare roller, avtaler og finansiering av åpne innovasjonsnettverk.

6 Diskusjon

Helseforetakene skal bidra til å løse alt fra enkle til svært komplekse problemstillinger, og som del av en nasjonal helsetjeneste skal ambisjonen være at arbeidet skal komme hele samfunnet til gode. Det nasjonale systemet består ikke bare av offentlig sektor, men skal også bidra til næringsutvikling i privat sektor. Dette løftes ytterligere ett nivå gjennom krav til å ivareta globale bærekraftsmål. Til sammen er dette premisser for at åpen innovasjon mot ulike aktører er både hensiktsmessig og helt nødvendig innretting av sykehusenes innovasjonsarbeid.

6.1 Norske helseforetak driver åpen innovasjon

Funn fra denne studien viser at norske helseforetak driver åpen innovasjon innenfor alle de fem omtalte innovasjonstypene tjenesteinnovasjon, teknologidrevet innovasjon, forskningsdrevet innovasjon, organisasjonsutvikling og produktinnovasjon (kap. 2.4). I følge en klassifisering kan av åpen innovasjon deles i fire kategorier (Pundziene et al., 2023). Kategorien «outside-in» (import) kan inkludere prosjekter der man tilpasser og tar i bruk produkter eller tjenester sammen med leverandør (teknologidrevet innovasjon), men også samarbeid om bredding av løsninger utviklet ved andre helseforetak. Kategorien «inside-out» (eksport) kan inkludere forskningsdrevet innovasjon som fører til patentering eller næringsutvikling. Dette er ideer som organisasjonen selv ikke kan utnytte eller videreutvikle, også omtalt som «spillover ideas», men som kan gi stor verdi og nytte utenfor helseforetaket. Kategorien åpen nettverks-innovasjon «coupled/network» kan inkludere større utviklingsprosjekter med flere selvstendige parter. For eksempel digital hjemmeoppfølging (tjenesteinnovasjon) eller offentlig-privat samarbeid finansiert av Innovasjon Norge. Mye av innovasjonen som skjer internt ved sykehuset rommes av kategorien «inside-in», som kobler kompetanse eller bedrer flyt mellom enheter/søyler i helseforetaket (organisasjonsutvikling).

Fra enmannsorkester til innovasjonsfilharmoni på fem år

Informantene opplever i varierende grad at sitt helseforetak klarer å drive åpen innovasjon.

Helseforetakene i utvalget spenner fra de minste til de største i Norge. De som i stor grad oppgir å drive åpen innovasjon representerer likevel både små, mellomstore og store helseforetak. Ifølge informantene, ser innovasjonsarbeidet i helseforetak i økende grad ut til å rette blikket ut av organisasjonen mot åpen innovasjon. Noen helseforetak rapporterer å ha løftet innovasjonsarbeidet fra et ikke-eksisterende nivå og til et svært kompetent og aktivt miljø i løpet av de siste fem årene. Enkelte av informantene er eneste dedikerte innovasjonsressurs i sitt helseforetak. Andre er del av et stort miljø av innovasjonsmedarbeidere, med høy aktivitet og stor bredde i sitt arbeid. Informantene bidrar dermed med et rikt materiale som beskriver fremmere og hemmere i ulike steg mot åpen innovasjon.

Selvforsterkende stillstand og selvforsterkende vekst av innovasjonsarbeid

Helseinnovasjonsarbeid er ungt og umodent (Eide et al., 2018), beskrevne fremmere og hemmere av åpen innovasjon vil derfor i varierende grad være relevante for de ulike helseforetakene. Det antydes flere synergistiske effekter mellom fremmerne, og at flere hemmere gjensidig kan hindrer utvikling. Et eksempel kan være at når helseforetak først lykkes med å utnytte virkemiddelapparatet kan dette finansiere nye innovasjonsressurser. Dette forsterker kapasitet og erfaring, og legger til rette for videre vekst. Tilsvarende vil organisasjoner der hemmerne dominerer ikke klare å utnytte en del av fremmerne. Nasjonalt virkemiddelapparat omtales derfor som lite tilgjengelig og relevant blant noen, mens andre informanter oppgir å utnytte det samme virkemiddelapparatet svært godt.

6.2 Hvordan bygge kultur for innovasjon og samarbeid i organisasjonen?

Både informantene og litteraturen fremhever innovasjon- og samarbeidskultur som en viktig fremmer. Organisasjonens evne til samlet å utføre innovasjon er vist å korrelere med egenrapportert grad av kultur og rom for læring i organisasjonen (Dias and Escoval, 2015). En rekke faktorer bidrar til å bygge en slik kultur blant de ansatte. Innovasjonskultur på mikronivå (ansatte) er knyttet til tre komponentene blant medarbeiderne a) indre/ytre motivasjon, b) ferdigheter og c) kreative prosesser (Amabile and Pratt, 2016). Dette har ikke vært fokus for denne oppgaven, men er beskrevet i en studie utført i et norsk helseforetak (Erichsen, 2021). Her foreslås det at ledere inkluderer alle ansatte, særlig de utenfor tradisjonelle utviklingsmiljøer, i innovasjonsarbeidet. Videre at det etableres et godt kommunisert system for å sende inn ideer. Dette samsvarer med funn i denne oppgaven der informantene oppgir å bygge samarbeids- og innovasjonskultur gjennom systematisk opplæring, informasjonsarbeid, idemottak og lokale støtteordninger for brukerdrevet innovasjon.

Eksternt samarbeid fordrer samarbeid mellom interne miljøer

Innovasjonskultur bygges også på organisasjonsnivå, for eksempel gjennom å legge til rette å bringe sammen intern kompetanse. Dette er beskrevet som «inside-in» åpen innovasjon (Pundziene et al., 2023). Dette omtales av informantene under flere av kategoriene, for eksempel at bidrag fra interne kompetansemiljøer er avgjørende også for kvalitet og utfall av eksterne prosjekter. Flere etterlyses tettere samarbeid med miljøer for teknologi og forskning. Dette kan trolig forklares av økt behovet for validering av innovasjon, det kan nå stilles krav til å vise nytte og sikkerhet for å ta i bruk nyutviklede løsninger i helsesektoren. Et eksempel er regelverk knyttet til CE-merking og klassifisering som medisinsk utstyr, som kreves for visse typer programvare og medisinske tester (Helsedirektoratet, 2023). Her kan forskningsmiljøene bidra med sin kompetanse for å validere og dokumentere funn fra innovasjonsprosjekter. Forskningsmiljøene blir på sin side i bedt om å belyse nærings- og innovasjonspotensiale av sine forskningsfunn, blant annet som egne kapitler i forskningssøknader. Samlet er dette faktorer som gjensidig stiller større krav til samarbeid mellom miljøer innad i helseforetakene, og som videre åpner for eksterne samarbeid.

6.3 Hvor kan innovasjonsressursene best plasseres i organisasjonen?

Gitt helseforetakenes varierende og komplekse organisasjonskart er det ikke intuitivt å foreslå en modell for plassering av innovasjonsressursene som stimulerer til åpen innovasjon. Helseforetakene har en organisering tilsvarende et profesjonelt byråkrati, med mange enheter, desentralisert makt og autonomi til mange høyt utdannede arbeidstagere (Mintzberg, 1979). Informantene i studien rapporterer varierende innovasjonsorganisering, mellom helseforetakene og over tid. Det observeres tre ulike tilnærminger til hvor innovasjonsressursene plasseres i organisasjonen og hvordan de oppgir å jobbe. I starten virker ressursene å være tilfeldig distribuert, som enkeltpersoner eller små grupper som jobber alene ute i organisasjonen uten samlet koordinering. Videre observeres en tendens til å samle ressursene, gjerne når de er mange nok til å utgjøre en egen organisatorisk enhet. Denne tilstanden beskrives av en konsolidering av felles ressurser og vekt på å bistå egen organisasjon. Til slutt ser man tendenser til en systematisk/villet distribuert innovasjonsorganisering. I form av fleksibel prosjektorganisering som koordinerer interne og eksterne aktører. Helseforetakene i utvalget ser ut til å spre seg blant disse tre foreslåtte tilstandene. En rekke ulike utsagn knyttet til intern plassering og omorganisering av innovasjonsressursene i helseforetakene tolkes her som et uttrykk for organisatoriske mellomstadier.

Nettverksorkestrering av åpen innovasjon

Et alternativ til å prøve å plassere innovasjon i organisasjonskartet, ett eller flere steder, er å vurdere organisering og innovasjonsarbeid i helseforetak med utgangspunkt i rammeverket open innovation network orchestration (Dhanasai and Parkhe, 2006). Her er nettopp prinsippet at åpen innovasjon best stimuleres via en fleksibel prosjektorganisering, ledet av innovasjonsressurser i form av en dirigenter. Gitt helseforetakenes kompleksitet og størrelse kan slik prosjektorganisering være relevant for både interne og eksterne prosjekter. Et mindretall av utvalget kommer med utsagn som tyder på en organisering som tar form av nettverksorkestrering. For eksempel det å gå fra en innovasjonsenhet og over til fleksibel prosjektorganisering, altså fra konsolidert til distribuert arbeidsform. Andre refererer til porteføljestyling og prosjektkontor, med rene prosjektledere og koordinatorene. Andre beskriver også hvordan de leder innovasjonsprosjektene med utsagn som har støtte i rammeverket. Informant 3 bruker ord som: *likeverdige partnere* (nedtonet lederstil heller enn hierarkisk), *brobygger* (sikre kunnskapsflyt), *samarbeidsorientert* (sikre nettverkets stabilitet) og *jobbe med vårt behov* (styre nettverket etter behov/demand driven) (Dhanasai and Parkhe, 2006). En slik prosjektorganisering av innovasjonsarbeidet krever tydelig koordinering og kommunikasjon, samt god kjennskap til ressursene som finnes i organisasjonen. Dette fordrer trygge og fleksible «innovasjonsdirigenter» som kan gå inn i ulike prosjekter, med visshet om at de får bistand og ressurser når det trengs. Noen få av de undersøkte helseforetakene virker altså å følge grunnprinsippene for open innovation network orchestration.

6.4 Økosystemet for åpen innovasjon utenfor helseforetaket

Etter å ha sett på forhold internt ved helseforetaket beveger vi oss nå til helseforetakenes eksterne innovasjonspartnere. Disse fordeler seg blant tilliggende aktører som academia og andre helseforetak, via resten av helse- og omsorgssektoren og til en rekke private aktører.

Samarbeid med privat sektor - Innovasjonskultur, men også kulturforskjeller

I privat sektor har helseforetakene et spenn av samarbeidspartnerne fra store aktører med bred erfaring med offentlig helsevesen, til små oppstartsselskaper med svært begrenset kjennskap til sektoren. Det kan eksistere store kulturforskjeller mellom partene i offentlig-private samarbeid. De private er for eksempel nødt til å vekte kommersialiserings-hensyn, noe som ikke er agendaen til helseforetaket. Dette er nevnt som en gjensidig hemmer av åpen innovasjon i offentlig-private samarbeidsprosjekter (Njøs et al., 2014). Det er lett starte uformelle samarbeidsprosjekter, men her kan manglende avklaringer og ulik agenda øke risikoen for at prosjektene mislykkes. Informantene vektlegger her verdien av tidlige og tydelige avtaler som regulerer juridiske forhold (eierskap, immaterielle rettigheter, datahåndtering) og enighet rundt bidrag og finansiering fra partene i prosjektet. For at åpen innovasjon skal kunne fungere må det legges til rette for at alle parter bidrar og får noe igjen for felles utviklingsarbeid. For sykehusene er det sentralt at slikt arbeid er behovsdrevet, og at de underveis sørger for at prosjektene ikke drifter bort dette behovet. For leverandørene er det sentralt at de sitter igjen med et produkt som kan selges, og ikke bare til pilotkunden i prosjektet. Flere informanter beskriver at dette vektlegges i prosjektene, i form av orkestrering ut mot andre parter. I litteraturen beskrives et skifte fra «technology-push» ferdigutviklet teknologi fra leverandør til helseforetaket, til en «demand-pull» behovsdrevet utvikling mellom helseforetaket og leverandøren (Pikkarainen et al., 2020). Slike samarbeid oppleves som givende og krevende blant informantene. Detaljerte regelverk og avtaler regulerer formelle OPI-prosjekter (offentlig-privat innovasjon). Et alternativ som flere av helseforetakene omtaler er å opprette simuleringsmiljøer og testbed-fasiliteter som en arena for åpen innovasjon inne i sykehusene. Her tillates leverandører å drive utvikling i kontrollerte miljøer separert fra pasientbehandlingen, og betaler tilgang og tjenester. Det å gjøre utviklingsarbeid tettere på ansatte og pasienter er identifisert som en viktig fremmer for åpen helseinnovasjon for privat sektor (Wass and Vimarlund, 2016). Testbed og simuleringsmiljøer gir dermed en ny arena for trygg og strukturert samskaping inne i helseforetakene.

6.5 Felles nasjonale satsingsområder, flere samarbeidspartnere

Helseforetakenes arbeid virker overordnet å respondere godt på nasjonale strategidokumenter, satsingsområder og et virkemiddelapparat ment å stimulere til åpen innovasjon og samarbeid. Det er godt belegg for at felles nasjonale, regionale og lokale satsingsområder er hensiktsmessig. Det er vist at uansett nivå av innovasjonsaktivitet i ulike organisasjoner, klarer man vanligvis ikke å lykkes på mange fronter samtidig. Det foreslås å satse på “clusters of industries connected through vertical and horizontal relationships” (Porter, 1990). Porters modell hevder at nasjonale føringer til offentlig sektor skaper etterspørsel etter løsninger fra privat sektor og dermed økt tilbud på leverandørsiden. Slik kan noen få satsingsområder danne større økosystemer som samlet utretter mer. De nasjonale satsingsområdene er en driver for økt åpen innovasjon i samarbeid mellom helseforetak og parter fra offentlig og privat sektor. Dette samsvarer med funnene fra intervjuene, der flere rapporterer at slik politikk bidrar med større nettverk av mulige samarbeidspartnere i privat og offentlig sektor.

Virkemiddelapparatet treffer, men treffer ikke alle

Det rapporteres også utfordringer knyttet til å utnytte nasjonale finansieringsordninger for offentlig-privat samarbeid. For enkelte helseforetak oppleves terskelen for å søke og internfinansiere OPI-prosjekter som høy. Søknadsprosessen isolert oppgis ofte å kreve frikjøp av personell, noe som i seg selv kan være vanskelig å skaffe. Og ved tilslag på ekstern finansiering dekkes stort sett ikke driftsmidler til helseforetakenes ressursbruk i prosjektene. Ordningene krever kjennskap til et omfattende regelverk rundt finansiering og gjennomføring. Flere av informantene oppgir at dette er kompetanse og erfaring noen få personer i norske helseforetak besitter. Dette kan forklares av manglende personalressurser med rett erfaring og kompetanse. Innovasjonsmiljøene i enkelte helseforetak virker ikke å være store nok til at flere får denne kompetansen. Dette bekreftes av informanter som oppgir at innovasjonsarbeidet ved helseforetaket fortsatt er svært personavhengig. Større prosjekter som involverer offentlig-privat samarbeid oppleves derfor ikke innenfor rekkevidde for en noen av de undersøkte helseforetakene. Likevel lykkes også flere helseforetak med å finansiere og gjennomføre mange slike prosjekter. Dette kan peke i retning av at virkemiddelapparatet er innrettet på en hensiktsmessig måte, men at enkelte av helseforetakene mangler erfaring, kunnskap og apparat til å nyttiggjøre seg ordningene. Dette kan teoretisk forklares av mangler i organisasjonens komponenter som styrer graden av innovasjon a) motivasjon, b) ressurser allokert og/eller c) kunnskap/ferdigheter i organisasjonen (Amabile and Pratt, 2016). Her bør det nevnes at man kan se på organisasjonen som noe mer helseforetaket isolert sett, og bør også inkludere det regionale helseforetaket som den utvidede organisasjonen som skal kunne bistå og støtte arbeidet. Informantene opplever at det regionale samarbeidet fungerer, men savner oversikt på det som skjer utenfor regionen.

6.6 Skjult innovasjon og synlig mangel på informasjon

Ved hjelp av internasjonale forskningsdatabaser er det relativt lett å sette seg inn i forskningsfronten i ulike fagfelt. Dette er langt fra like enkelt på innovasjonsområdet, der det ikke er krav til at prosjekter skal tilgjengeliggjøres eller publiseres. Informantene oppgir gjennomgående at deres personlige nettverk er viktigste informasjonskilde, og at de har varierende kjennskap til helseinnovasjon i resten av Norge. Saidi og medarbeidere omtaler dette fenomenet som «hidden innovation» (Saidi et al., 2021). Skjult innovasjon er et aspekt, men dette relaterer seg også til selve innovasjonsmetodikken. Noen innovasjonsprosjekter kan være vanskelige å dokumentere og reproducere. Helseforetak og andre offentlige instanser har mulighet til å ta i bruk plattformen Induct Innovation management (Induct, 2023). Denne plattformen er ment brukt som et verktøy for å dokumentere, rapportere og forenkle kunnskapsdeling av innovasjonsprosjekter. Utbredelsen og etterlevelsen til bruk av dette verktøyet varierer likevel betydelig i utvalget. Informantene virker å være delt i sitt syn på Induct, enkelte bruker det aktivt, noen har ikke anskaffet det og andre har slutte å bruke det fordi det var for krevende å forløpende oppdatere. Dette gjelder i rollen som administrator, men spesielt for lokale prosjektmedarbeidere som skal oppdatere status og framdrift i sine prosjekter. Det foreligger ikke noe krav om at alle norske helseforetak skal anskaffe eller bruke Induct. Nasjonal oppslutning og systematisk bruk av et felles rapporterings- og prosjektverktøy kunne bidra til økt nasjonalt samarbeid om innovasjon.

Nasjonale aktivitetsmarkører for innovasjon er fortsatt ikke fullt implementert, og er så langt ikke knyttet opp mot virkemiddelapparatet. Markørene består av en aktivitets- og en nyttekomponent, og gir økt uttelling når prosjektene kommer til fasene for implementering og bredding (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Nyttekomponenten ble pilotert i 2019, men for å gjennomføre gode nyttevurderinger er man helt avhengig av dokumentasjon og data på dette. Det er her informantene ønsker tettere samarbeid med forskningsmiljøene som har erfaring med slikt arbeid, i form av strukturert innsamling og analyse av nytteedata. Innmelding av antall DOFI-skjemaer, patenter og kommersialisering kan mye lettere dokumenteres, men utgjør bare en del av den totale innovasjonsaktiviteten ved norske helseforetak. Manglende nasjonal oppslutning rundt et prosjektverktøy for innovasjon, samt begrenset oversikt på helseinnovasjonsprosjekter nasjonalt, vurderes dermed som en hemmer for åpen innovasjon. Etter å ha diskutert helseforetakets interne og eksterne organisering av innovasjonsarbeidet, og det nasjonale økosystemet for samarbeid og deling, gjenstår det å vurdere funnene fra studien opp mot det eksisterende kunnskapsgrunnlaget nasjonalt og internasjonalt.

6.7 Er funnene i samsvar med eksisterende kunnskapsgrunnlag?

Resultatet fra dette masterprosjektet bekrefter ikke følgende konklusjon fra rapporten Sykehus som innovasjonsarena: «Disse resultatene bekrefter at innovasjonsaktivitet ved sykehus ofte skjer i et tett samspill mellom universiteter og sykehus, men at det i begrenset grad involverer bedrifter og kommersielle aktører» (Thune, 2015). Informantene i denne masterstudien oppgir ikke på langt nær akademia som en like sentral innovasjonspartner. Majoriteten av dagens innovasjonsprosjekter involverer en teknologikomponent som ofte betyr mer samarbeid mot privat sektor. Samarbeid mellom akademia og helseforetak er tilsynelatende også et annet ved universitetssykehusene. Disse har egne avdelinger som utelukkende jobber i grenseflaten mellom sykehusdrift og teknologi og forskning. Det finnes likevel bare seks universitetssykehus i Norge, og sykehusene ellers varierer betydelig i sin forskningsaktivitet og tilknytning til akademia. Thunes utvalg kan tenkes å ha vært mer rettet mot forskningsbasert innovasjon og helseledere enn utvalget i denne studien. Omfanget av offentlig-privat innovasjon har trolig også økt siden Thunes intervjuer rundt 2015.

Det er gjennomført flere studier på innovasjon i norske sykehus de siste årene, både kvantitative og kvalitative, med informanter fra ansatte i sykehus og helseledere på ulike nivåer som (Courivaud, 2013, Hjelmeland, 2019, Rafaelsen LT, 2021). Flere av disse studiene diskuterer varierende begrepsforståelse av innovasjon som en svakhet. Rafaelsen viste at ledere på ulike nivåer har svært ulik kjennskap til innovasjonsaktivitet og innovasjonsstrategi ved sitt helseforetak. Og at informantene hadde begrenset forhold til begrepet innovasjon (Rafaelsen LT, 2021). Thune diskuterer også at respondenter i sykehus definerer innovasjonsbegrepet ulikt (Thune, 2015). Erichsen vektlegger her informasjonsarbeid rundt muligheter for å melde inn innovasjon, for å bygge kunnskap, bevissthet og innovasjonskultur (Erichsen, 2021). Dette bekreftes av informantene i denne masteroppgaven. Hjelmeland studerte designdrevet innovasjon i helsevesenet og finner at struktur, kultur og omgivelser er organisatoriske faktorer som påvirker innovasjon. Videre at siloorganisering er en hemmer, likeledes konkurranse mot sterke profesjoner, forskning og samtidige driftsoppgaver (Hjelmeland, 2019). Majoriteten av disse punktene bekreftes også av funn fra denne studien.

Internasjonalt har en litteraturgjennomgang identifisert hemmere for åpen innovasjon i helsesektoren, sett fra helsesektorens og private aktørers ståsted (Wass and Vimarlund, 2016). Hemmere som nevnes er i) komplekse interne organisasjonsstrukturer, ii) spesifikt lovverk for helsesektoren knyttet til personvern og pasientdata som hindrer digitale prosesser (datadeling) og forsinker prosjekter iii) utfordringer rundt etablering av samarbeidsavtaler og gode forretningsmodeller mot private bedrifter og iiiii) manglende arenaer for å samhandle med klinisk personell/pasientnært (sett fra privat side). Alle nevnte hemmere bekreftes i denne oppgaven.

6.8 Svakheter/styrker metodediskusjon

En svakhet med studien er de glidende overgangene mellom det som forstås som åpen innovasjon og annet innovasjonsarbeid ved helseforetakene, dette gjør emnet vanskeligere å studere. Det har blitt omtalt uklarerhet rundt typologier og begrepsapparatet som benyttes, både nasjonalt og internasjonalt. Kategoriene ble utledet for å forsøke å gjøre dette tydeligere, for å lage et analytisk rammeverk som kunne benyttes til å systematisere innholdet knyttet til åpen innovasjon.

En annen svakhet med intervjuguiden er at den ikke adresserer hvordan helseforetakene samarbeider med pasienter og helseforetakets ansatte i innovasjonsprosjekter. Innovasjon initiert fra ansatte (brukerdrevet innovasjon) dekkes, men hvordan pasientene og ansatte involveres inn i åpen innovasjon er ikke inkludert. Dette ville vært ønskelig å inkludere siden innovasjonsprosjekter i stor grad kan påvirke pasientenes behandling og samhandling med helseforetakene, samt de ansattes arbeidshverdag. Nyere innovasjonslitteratur inkluderer disse gruppene som en stadig viktigere ressurs i prosjektene, omtalt som verdibaserte helsetjenester. «*Value-based healthcare delivers value to patients ... different types of value can be created, including the patient and physician experience and the clinical and economic value*» (Pundziene et al., 2023). Dette gjenspeiles også av flere definisjoner i denne oppgaven (WHO, 2023, Helse Sør-Øst RHF, 2023).

Informantene i studien fordeler seg likt mellom innovasjonsledere og innovasjonsrådgivere, representerer et stort spenn i alder/erfaring og har en tilstrekkelig balanse mellom kjønn. Deres fag- og profesjonsbakgrunn dekker også bredt over områdene teknologi, forskning, innovasjon, helsefaglig bakgrunn og ledelse. En styrke er at de ikke er hentet fra et ledernivå uten direkte tilknytning til praktisk drift av innovasjonsarbeidet, men heller ikke blant ansatte som mangler oversikt på aktiviteten og samarbeidet som helseforetaket gjennomfører med andre. Gjennom utforming av intervjuguiden utfordres også informantene på å kommentere åpen innovasjon på ulike innovasjonsområder, og ulike typer av samarbeid internt og eksternt. Utvalget i studien omfatter informanter fra helseforetak i spennet fra Norges minste til de aller største, som samlet står for spesialisthelsetjenester for mer enn 60% av Norges befolkning. Dette kan være en styrke for validitet og reliabilitet av funnene.

6.9 Behov for videre forskning

Denne studiens kvalitative design kan ikke svare ut i hvilken grad åpen innovasjon samvarierer med de nasjonale aktivitetsmarkørene for innovasjon i sykehus. Den nasjonale aktivitetsmarkøren deles i en aktivitetskomponent og en nyttekomponent. Andre kvantitative mål på innovasjonsaktivitet inkluderer tildelinger av innovasjonsmidler til helseforetak fra RHF og nasjonale ordninger. Antall DOFI-meldinger til er også en relevant kilde. Videre forskning kunne oppsummert flere av disse kildene for å sammenligne tildelinger og aktivitetsmarkører i helseforetakene nasjonalt og regionalt over tid.

Gitt den korte historikken med rapportering av helseinnovasjon via nasjonale markører, især nyttekomponenten, er det likevel usikkert i hvilken grad de nasjonale dataene alene egner seg til en kvantitativ studie. Spesielt utfordrende som en longitudinell studie.

Nyttekomponenten er lite studert og et interessant felt for fremtidig forskning på åpen innovasjon i helsesektoren. Altså i hvilken grad innovasjonsprosjektene tas i bruk, breddes og kan vise dokumentert effekt knyttet til innsparing, bedre tjenester eller verdi for pasienter eller ansatte.

Videre forskning kan også følge opp ulike offentlige og private aktørers opplevelse av å være del av åpen innovasjon med helsevesenet. Det kan også studeres i hvilken grad pasienter og ansatte ved helseforetakene involveres i innovasjonsprosjektene.

Et annet område for videre forskning kan være å studere fremmere og hemmere for åpen innovasjon gjennom kvantitativ metode. I form av for eksempel medarbeiderundersøkelser.

Politikkutforming

Rammene for åpen innovasjon i norske helseforetak fungerer, med adekvate støtteordninger på nasjonalt og regionalt nivå. Dette bekreftes av at enkelte helseforetak rapporterer å utnytte ordningene godt. De som rapporterer å mangle erfaring og ikke utnytter virkemiddelapparatet kunne trolig hatt god nytte av mer faglig støtte og koordinering fra regionalt nivå.

Ordningene rundt nasjonal deling av informasjon og erfaringer på tvers av helseregionene virker til å være et savn. Høy tilslutning til en felles nasjonal plattform for deling og rapportering av innovasjon, som inkluderer helseforetakene og andre relevante offentlige aktører, kan bidra til mer åpen innovasjon. En slik ordning vil også kunne knyttes tettere opp mot de nasjonale aktivitetsmarkørene, og sørget for strukturerte data på aktivitet og nytte av helseinnovasjon.

Med bakgrunn i offentlige føringer som samhandlingsreformen og helsenæringsmeldingen har helseforetakene en rolle i å styrke sitt samarbeid mot private og offentlige aktører. Dette vil kunne føre til bedre helsetjenester og bistå til utvikling av norsk helsenæring. Et viktig område for helsesektoren blir også å lære opp ansatte til å bygge lærende organisasjoner med kultur for innovasjon.

7 Oppsummering

Problemstillingen i denne studien var å identifisere i hvilken grad informantene opplever at det gjøres åpen innovasjon i sine helseforetak, og hvilke fremmere og hemmere de oppgir for dette.

Det ble gjennomført en kvalitativ studie med ni individuelle semistrukturerte ekspertintervjuer. Informantene var ansatt ved ni ulike helseforetak i samme helseregion, og med innovasjonsarbeid som en sentral del av sin stilling.

Overordnet observeres det at innovasjonsarbeidet ved de undersøkte helseforetakene i varierende grad gjøres som åpen innovasjon, i form av nettverk med andre private og offentlige aktører. Noen helseforetak omtaler et bredt samarbeid og rapporterer å organisere innovasjonsarbeidet etter prinsippene i nettverksorkestrering av åpen innovasjon. De viktigste fremmerne for åpen innovasjon er et virkemiddelapparat som stimulerer til åpen innovasjon, tydelige nasjonale satsingsområder, lokal organisering som sikrer samarbeid internt og eksternt, arenaer og kultur for innovasjonssamarbeid og rett kompetanse til å understøtte ulike prosjekter. De viktigste hemmerne er intern siloorganisering, varierende tilslutning til nasjonalt prosjektverktøy for deling og samarbeid, samt gjensidig uklar rolleforståelse, bidrag, avtaler og finansiering blant aktørene i åpne innovasjonsnettverk.

Framover er det viktig at vellykkede innovasjonsprosjekter i helseforetakene dokumenterer nytte for ulike parter for å kunne bli tatt i bruk systematisk nasjonalt. Bedre regional og nasjonal koordinering rundt spredning av slike prosjekter vil være nødvendig. I dag er inntrykket at samarbeidet mellom ulike helseregioner på innovasjonsfeltet er begrenset. Det er behov for innovasjon som kan bidra til å redusere helsepersonellmangel, både gjennom arbeidsbesparende løsninger og kanskje nye løsninger for å tenke nytt mellom profesjoner og nivåer i helse- og omsorgstjenesten.

Nyttevurderinger bør i større grad brukes for å vise effekt av tiltakene. Dette vil kunne identifisere prosjekter som gir økt verdi for pasienter og ansatte og/eller reduserte kostnader. Gjennom å dokumentere dette kan også de ansattes kunnskap, bevissthet og ønske om å bidra inn i innovasjonsarbeidet øke. Innovasjon skjer i alle grenseflater, derfor blir åpen innovasjon mot nye fagområder, nye profesjoner og aktører i privat og offentlig sektor viktig for å gi et bedre helsetilbud til befolkningen.

8 Referanser

- AMABILE, T. M. & PRATT, M. G. 2016. The dynamic componential model of creativity and innovation in organizations: Making progress, making meaning. *Research in organizational behavior*, 36, 157-183.
- BASON, C. 2018. *Leading public sector innovation : co-creating for a better society*, Bristol, Policy Press.
- BLANK, R. H., BURAU, V. & KUHLMANN, E. 2017. *Comparative health policy*, Basingstoke, Hampshire, Palgrave Macmillan.
- BLOCH, C. & BUGGE, M. M. 2013. Public sector innovation—From theory to measurement. *Structural change and economic dynamics*, 27, 133-145.
- CADEDDU, S., DARE, L. O. & DENIS, J.-L. 2023. Employee-Driven Innovation In Health Organizations: Insights From A Scoping Review. *International Journal of Health Policy and Management*.
- CHATTERJI, A. K., FABRIZIO, K. R., MITCHELL, W. & SCHULMAN, K. A. 2008. Physician-Industry Cooperation In The Medical Device Industry. *Health Aff (Millwood)*, 27, 1532-1543.
- CHEN, J., WALKER, R. M. & SAWHNEY, M. 2020. Public service innovation: a typology. *Public management review*, 22, 1674-1695.
- CHESBROUGH, H. W. 2003. The era of open innovation. *MIT Sloan management review*, 44, 35.
- COURIVAUD, F. A. A. 2013. *Innovasjonskultur i sykehus: En ledelsesutfordring? : En kvalitativ studie av innovasjonskultur ved Oslo universitetssykehus*. Master, Universitetet i Oslo.
- DAMANPOUR, F., WALKER, R. M. & AVELLANEDA, C. N. 2009. Combinative Effects of Innovation Types and Organizational Performance: A Longitudinal Study of Service Organizations. *Journal of management studies*, 46, 650-675.
- DHANASAI, C. & PARKHE, A. 2006. Orchestrating Innovation Networks. *The Academy of Management review*, 31, 659-669.
- DHINGRA, D. & DABAS, A. 2020. Global Strategy on Digital Health. *Indian Pediatrics*, 57, 356-358.
- DI STEFANO, G., GAMBARDELLA, A. & VERONA, G. 2012. Technology push and demand pull perspectives in innovation studies: Current findings and future research directions. *Research policy*, 41, 1283-1295.
- DIAS, C. & ESCOVAL, A. 2015. Hospitals as learning organizations: fostering innovation through interactive learning. *Qual Manag Health Care*, 24, 52-59.
- DODGSON, M., GANN, D. M. & SALTER, A. J. 2005. *Think, play, do : technology, innovation, and organization*, Oxford, Oxford University Press.
- EIDE, H., ELVEKROK, I. & DUGSTAD, J. H. 2018. Helseinnovasjon i Drammensregionen: En forstudie om interesse og grunnlag for samskaping. Høgskolen i Sørøst-Norge.
- ERICHSEN, A. K. 2021. *Employee creativity and innovation activity – a case study of Sunnaas University Hospital*. Master, Universitetet i Oslo.
- EU-HORIZON. 2017. *inDemand - Demand driven co-creation for public entities* [Online]. Available: <https://cordis.europa.eu/project/id/763735> [Accessed 08.04 2023].
- GODIN, B. 2009. National Innovation System: The System Approach in Historical Perspective. *Science, technology, & human values*, 34, 476-501.
- GREEN, J., GREEN, J. & THOROGOOD, N. 2018. *Qualitative methods for health research*, Thousand Oaks, California, SAGE.
- GUARCELLO, C. & DE VARGAS, E. R. 2020. Service Innovation in Healthcare: A Systematic Literature Review. *Latin American Business Review*, 21, 353-369.
- HARTLEY, J. 2005. Innovation in Governance and Public Services: Past and Present. *Public money & management*, 25, 27-34.
- HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET. 2023. *Nasjonalt system for måling av forsknings- og innovasjonsaktivitet i helseforetakene og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten* [Online]. Available: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nasjonalt-system-for-maling-av-forsknings-og-kompetansesentre->

- [utenfor-spesialisthelsetjenesten/id446980/#Innovasjon_maaling](#) [Accessed 20.04.2023 2023].
- HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. In: HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET (ed.). Lovdata.
- HELSE SØR-ØST RHF. 2023. *Tjenesteinnovasjon* [Online]. Available: <https://helse-sorost.no/helsefaglig/innovasjon/tjenesteinnovasjon> [Accessed 14.02 2023].
- HELSEDIREKTORATET. 2023. *Medisinsk utstyr og CE-merking* [Online]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kunstig-intelligens/regelverk/medisinsk-utstyr-og-ce-merking> [Accessed 15.04 2023].
- HJELMELAND, I. M. S. 2019. *Designdrevet innovasjon i helsevesenet - En studie av organisatoriske faktorerers påvirkning på designmetodikk*. Master, Universitetet i Oslo.
- INDUCT. 2023. *Induct Innovation management* [Online]. Available: <https://www.web.induct.net/nb/innovation-management> [Accessed 12.03 2023].
- INNOVASJON NORGE. 2023. *Tilskudd til innovasjonskontrakter* [Online]. Available: <https://www.innovasjonnorge.no/no/tjenester/innovasjon-og-utvikling/finansiering-for-innovasjon-og-utvikling/innovasjonskontrakter/> [Accessed 14.04 2023].
- INVEN2. 2023. *MANDAT OG EIERE* [Online]. Available: <https://www.inven2.com/om-oss/mandat-og-eiere/> [Accessed 15.02.2023].
- JABIN, M. S. R., NILSSON, E., NILSSON, A.-L., BERGMAN, P. & JOKELA, P. 2022. Digital Health Testbeds in Sweden: An exploratory study. *Digit Health*, 8, 20552076221075194-20552076221075194.
- KATILA, R. 2002. New Product Search over Time: Past Ideas in Their Prime? *Academy of Management journal*, 45, 995-1010.
- MALTERUD, K. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*, Oslo, Universitetsforl.
- MELD. ST. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen* [Online]. Finansdepartementet,. Available: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/> [Accessed 19.02 2023].
- MELD. ST. 18 (2018–2019). *Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester*, [Online]. Nærings- og fiskeridepartementet,. Available: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20182019/id2639253/> [Accessed 15.04 2023].
- MELD. ST. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg* [Online]. Helse- og omsorgsdepartementet,. Available: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/> [Accessed 14.02 2023].
- MINTZBERG, H. 1979. *The structuring of organizations : a synthesis of the research*, Englewood Cliffs, N.J, Prentice-Hall.
- MOWERY, D. C. & ROSENBERG, N. 1993. The US national innovation system. *National innovation systems: A comparative analysis*, 29-75.
- NJØS, R., JAKOBSEN, S.-E., FOSSE, J. K. & ENGELSEN, C. 2014. Challenges to Bridging Discrepant Knowledge Bases: A Case Study of the Norwegian Centre for Offshore Wind Energy. *European planning studies*, 22, 2389-2410.
- NOU 2023:4. 2023. *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, [Online]. Helse- og omsorgsdepartementet, . Available: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/> [Accessed 24.04 2023].
- NÆRINGS- OG FISKERIDEPARTEMENTET. 2022. *Norges forskningsråd (NFR) – tildelingsbrev 2022* [Online]. Nærings- og fiskeridepartementet,. Available: <https://www.regjeringen.no/contentassets/9eb1a0edbec34416aa063aedcc215dbd/nfr-tildelingsbrev-for-2022-.pdf> [Accessed 18.03 2023].
- OECD 1999. *Managing National Innovation Systems*, Paris, Paris: OECD Publishing.
- PIKKARAINEN, M., HYRKÄS, E. & MARTIN, M. 2020. Success Factors of Demand-Driven Open Innovation as a Policy Instrument in the Case of the Healthcare Industry. *Journal of open innovation*, 6, 39.

- PORTER, M. E. 1990. *The competitive advantage of nations*, London, Macmillan.
- PUNDTZIENE, A., SERMONTYTE-BANIULE, R., RIALP-CRIADO, J. & CHESBROUGH, H. 2023. Indirect effect of open innovation on clinical and economic value creation in digital healthcare: A comparative study of European countries. [New York, NY] .:
- RAFAELSEN LT, S. R. 2021. *Hvilket klima har vi for innovasjon på seksjonsnivå i sykehus?* . Master, Universitetet i Sørøst-Norge
- RØNNING, R. 2021. *Innovasjon i offentlig sektor - innover eller bli innover*, Universitetsforlaget.
- RØSTE, R. & GODØ, H. 2005. *Notat om innovasjon i offentlig sektor - til utvikling av kompetansegrunnlaget for VIOS*, Oslo, NIFU STEP, Norsk institutt for studier av forskning og utdanning. Senter for innovasjonsforskning.
- SAIDI, T., THUNE, T. M. & BUGGE, M. 2021. Making 'hidden innovation' visible? A case study of an innovation management system in health care. *Technology Analysis & Strategic Management*, 33, 729-741.
- SANDFORD, B. 2006. *The Challenge of Innovating in Government*, The Business of Government, IBM.
- SCHUMPETER, J. A. 1912. *The Theory of Economic Development.*, Harvard Economic Studies.
- SCHUMPETER, J. A. 1942. *Socialism, capitalism and democracy*, Harper and Brothers.
- SCHUMPETER, J. A. & POULSSON, P. H. 2017. *Teorien om økonomisk utvikling : en undersøkelse av profitt, kapital, kreditt, renter og konjunktursykluser*, Oslo, Scandinavian Academic Press.
- SINTON, D., LEWIS, G. & ROLAND, D. 2016. EXCELLENCE REPORTING (GREATIX): CREATING A DIFFERENT PARADIGM IN IMPROVING SAFETY AND QUALITY. *Emergency Medicine Journal*, 33, 901-902.
- ŠLEDZIK, K. 2013. Schumpeter's view on innovation and entrepreneurship. *Management Trends in Theory and Practice*, (ed.) Stefan Hittmar, Faculty of Management Science and Informatics, University of Zilina & Institute of Management by University of Zilina.
- SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN 2001. Lov om spesialisthelsetjenesten. In: HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET (ed.). Lovdata.
- SUNNAAS SYKEHUS HF. 2018. *Langtidsplan for innovasjon 2019 - 2022* [Online]. Available: https://www.sunnaas.no/Documents/Langtidplan%20Innovasjon%202019_2022.pdf [Accessed 12.01 2023].
- THUNE, T. & MINA, A. 2016. Hospitals as innovators in the health-care system: A literature review and research agenda. *Research policy*, 45, 1545-1557.
- THUNE, T. M. 2015. Sykehus som innovasjonsarena. *URN:NBN:no-52862*. Universitetet i Oslo TIK Senter for Teknologi, Innovasjon og Kultur,.
- WASS, S. & VIMARLUND, V. 2016. Healthcare in the age of open innovation - a literature review. *Health Inf Manag*, 45, 121-133.
- WHO. 2023. Available: <https://www.who.int/teams/digital-health-and-innovation/health-innovation-for-impact> [Accessed March 23 2023].

9 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide

Dato/sted:

Klokkeslett start:

Klokkeslett slutt:

Individuelt, semistrukturert intervju. Varighet 45-60 minutter.

Samarbeid og organisering av helseinnovasjon blant helseforetak innad i Helse Sør-Øst RHF

- 1) Innledning, informasjon og bakgrunn (5 min):

Formål: Gjennom et eliteintervju (personer med god kjennskap til feltet) undersøke hvordan ulike helseforetak innad i Helse Sør-Øst RHF organiserer sitt helseinnovasjonsarbeid og hvordan det samarbeides med andre.

Praktisk gjennomføring: Intervjuet er planlagt gjennomført i løpet av 45-60 minutter. Hoveddelen blir tatt opp, deretter transkribert og opptaket vil deretter slettes. Intervjuteksten blir tematisk kodet og dekonstruert. Intervjunotater og navnelister blir lagret separat. Dine meninger er anonyme og taushetsplikten overholdes.

Samtykke: Ved å signere samtykker du til å delta i studien, samtykket kan trekkes uten grunn senere.

Spørsmål før opptaket starter:

Hva er din utdanningsbakgrunn?

Alder?

Kjønn?

Stilling?

Er noe uklart eller spørsmål før vi starter hoveddelen?

Start opptak.

Hoveddel (45 minutter):

Organisering, samarbeid, definisjoner og tilgrensende områder til innovasjonsarbeid

- 1) Hvordan ledes og organiseres innovasjonsarbeidet ved ditt helseforetak?
- 2) Hvilke av de følgende begrepene inkluderer du i din definisjon av helseinnovasjon, og hvordan trekker du eventuelt opp grensene mot tilstøtende områder til innovasjonsarbeid i helseforetaket?
 - Tjenesteinnovasjon
 - Organisering og organisasjonsutvikling
 - Teknologibasert innovasjon
 - Forskningsbasert innovasjon
 - Produktinnovasjon/kommersialisering/patentering
- 3) Hvordan løses grenseoppgangen og samarbeid mellom innovasjonsarbeid, teknologi og forskning ved ditt helseforetak? Hvordan fungerer organiseringen og samarbeidet?
- 4) Omtrent hvor mange årsverk er involvert i koordinering og organisering av innovasjonsarbeidet ved helseforetaket?

Portefølje, prioritering, føringer og samarbeid

- 5) Jobbes det med overordnede temaer for innovasjon, og i så fall hvordan velges disse (innovasjonsportefølje)?
- 6) Hvilke endringer i innovasjonsarbeidet har du sett den siste fireårsperioden, hvilke trender ser inn i den neste fireårsperioden for ditt helseforetak?
- 7) Hvordan tas nasjonale og regionale føringer inn i innovasjonsarbeidet?
- 8) Hvordan påvirkes ditt HF av innovasjonsarbeidet som gjøres sentralt i Helse Sør-Øst?
- 9) Hvordan påvirkes ditt HF av innovasjonsarbeidet som foregår ved andre helseforetak?
- 10) Hvordan er samarbeidet med andre offentlige aktører i innovasjonsarbeidet (primærhelsetjeneste, kommuner eller andre offentlige etater)?

Deling, finansiering

- 11) Hvordan kan samarbeid mellom ulike aktører i Helse Sør-Øst bidra til å få mer ut av ressursene som brukes på innovasjon (støttefunksjoner, aktiv oppgavedeling, løfte prosjekter til RHF-nivå, aktiv deling)?
- 12) Hvordan arbeides det med å dele innovasjon med andre helseforetak? Er det pågående samarbeid med andre HF eller RHF?
- 13) Hvordan stiller du deg til kommersialisering, patentering eller at private aktører får del av innovasjonsprosjekter som utgår fra helseforetaket?
- 14) Hvordan samarbeides det med eksterne/private aktører i innovasjonsprosjektene, i så fall hvilken type aktører (leverandør eller partnere)?
- 15) Hvordan finansieres hhv større innovasjonsprosjekter og innovasjonsideer fra organisasjonen?
- 16) Hvordan ser du på finansieringsmulighetene og støtteordningene for helseinnovasjon i Norge (for eksempel InnoMed, Innovasjon Norge, Norges Forskningsråd)?

Oppsummering (5 min)

- Oppsummere funn
- Har jeg forstått deg riktig?
- Er det noe du vil legge til?

Vil du delta i forskningsprosjektet «Rammebetingelser og organisering av helseinnovasjon innad i et regionalt helseforetak. En kvalitativ studie.»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan helseinnovasjonsarbeid nå organiseres i ulike helseforetak innen Helse Sør-Øst. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studien er del av graden Erfaringsbasert master i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo. Målet er å gjøre såkalte «elite-intervjuer» med personer som er sentrale i innovasjonsarbeidet ved de ulike helseforetakene i Helse Sør-Øst. Studien vil undersøke faktorene som påvirker organiseringen og innovasjonsporteføljene, for eksempel nasjonale og regionale føringer for innovasjon og hvordan innovasjon fra egen organisasjon løftes opp og breddes.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet utgår fra Universitetet i Oslo, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Som del av Regionalt innovasjonsnettverk i Helse Sør-Øst får du spørsmål om å delta. Representanter i alle helseforetak i Helse Sør-Øst får henvendelsen. Kontaktopplysninger er hentet fra e-postliste i nettverket.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du intervjues. Det vil ta deg ca. 45-60 minutter. Intervjuet omhandler hvordan ditt helseforetak organiserer og arbeider med helseinnovasjon. Hvordan nasjonale og regionale føringer påvirker innovasjonsarbeidet, hvordan dere ivaretar innovasjonsprosjekter fra ansatte i egen organisasjon og hvordan dere arbeider for å dele helseinnovasjon. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun student og veileder vil ha tilgang til dine opplysninger.
- Opptaket vil bli lagret på tilgangsstyrt mappe ved Universitetet i Oslo og slettes etter prosjektslutt.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 31.12.2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet, opptak og personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- student Tore Haslemo (Tore.Haslemo@medisin.uio.no) eller veileder Gloria Traina (Gloria.Traina@hod.dep.no)
- Vårt personvernombud: Personvernombudet ved UiO er Roger Markgraf-Bye. Personvernombudet kan nås via e-post: personvernombud@uio.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Tore Haslemo
(Forsker)

Gloria Traina
(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Rammebetingelser og organisering av helseinnovasjon innad i et regionalt helseforetak. En kvalitativ studie», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

9.3 Vedlegg 3: Vurdering av behandling av personopplysninger SIKT

5/3/23, 4:35 PM

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Rammebetingelser og organisering av helseinnovasjon innad i et regio...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
482758

Vurderingstype
Standard

Dato
08.03.2022

Prosjekttittel

Rammebetingelser og organisering av helseinnovasjon innad i et regionalt helseforetak. En kvalitativ studie.

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig

Tron Anders Moger

Student

Tore Haslemo

Prosjektperiode

01.04.2022 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17),

<https://meldeskjema.sikt.no/61fe8afb-3404-4c72-982c-3a944f1b5ede/vurdering>

1/2

begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaløyper, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!