



Fra lokale ideer til nasjonale løsninger?

InnoMed sin rolle for innovasjoner i helse- og omsorgssektoren

Svein Erik Moen, Arne Martin Fevolden og Inge Ramberg

Rapport 48/2013

Fra lokale ideer til nasjonale løsninger?

InnoMed sin rolle for innovasjoner i helse- og omsorgssektoren

Svein Erik Moen, Arne Martin Fevolden
og Inge Ramberg

Rapport 48/2013

Rapport 48/2013

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
Adresse PB 5183 Majorstuen, NO-0302 Oslo. Besøksadresse: Wergelandsveien 7, 0167 Oslo

Oppdragsgiver HelseDirektoratet
Adresse Pb 7000 St. Olavs plass. Besøksadresse: Universitetsgata 2, 0130 Oslo

Trykk Link Grafisk

ISBN 978-82-7218-971-5
ISSN 1892-2597 (online)

www.nifu.no

Forord

Denne rapporten er en evaluering av InnoMed - Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren. InnoMed har til formål å bidra til kvalitet og effektivitet i helsesektoren gjennom utvikling av løsninger forankret i nasjonale behov og som kan ha internasjonale markedsmuligheter.

Formålet med evalueringen har vært å undersøke i hvilken utstrekning InnoMeds innovasjoner blir bredt implementert i helse- og omsorgssektoren, hvordan veien fra ideer blir fanget opp til de blir implementert fungerer, og hensiktsmessigheten i hvordan InnoMed er regulert og finansiert.

Evalueringen har blitt gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet, og er utført av NIFU ved Svein Erik Moen (prosjektleder), Arne Martin Fevolden og Inge Ramberg, og med støtte fra Kyrre Lekve.

Vi takker for muligheten til å gjennomføre denne evalueringen. Arbeidet har gitt et interessant innblikk i innovasjonsprosjektene til InnoMed. Vi takker også alle informanter som har vært involvert i evalueringen.

Oslo, desember 2013

Sveinung Skule
Direktør

Olaf R. Spilling
Forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Introduksjon	9
1.1 InnoMed.....	9
1.2 Opplegg for evalueringen.....	12
1.2.1 InnoMeds resultater.....	12
1.2.2 Organisering av innovasjonsprosjektkjeden.....	13
1.2.3 InnoMeds rammebetingelser.....	13
1.3 Metodisk tilnærming.....	14
2 InnoMeds resultater	15
2.1 Fra forprosjekt til nasjonal løsning.....	15
2.2 Nasjonale løsninger.....	16
2.3 Vurdering av InnoMeds portefølje.....	17
2.3.1 Andre resultater.....	17
2.3.2 InnoMeds resultater – samlet vurdering.....	18
3 Organisering av innovasjonsprosjektkjeden	19
3.1 Idéfase med forstudie og søknadsarbeid.....	19
3.2 Søknadsbehandling.....	20
3.3 Forprosjekt.....	20
3.4 Hovedprosjekt.....	21
3.5 Innovasjon, implementering og nasjonal løsning.....	21
3.6 Innovasjonsprosjektkjeden – samlet vurdering.....	22
4 InnoMeds rammebetingelser	23
4.1 Organisering av nettverket.....	23
4.1.1 Eksternt sekretariat ved SINTEF.....	23
4.1.2 Avtale om innovasjonsrådgiverfunksjonen.....	24
4.2 Regelverket for tilskuddsordningen.....	24
4.3 Strategiplan, virksomhetsplan og budsjett.....	25
4.4 Finansiering av innovasjonsprosjektene.....	26
4.5 Samlet vurdering av rammebetingelsene.....	27
5 Konklusjon	28
5.1 Innovasjoner.....	28
5.2 Innovasjonsprosjektkjeden.....	28
5.3 Rammevilkårene.....	29
5.4 Betrakninger om veien videre.....	29
Referanser	31

Sammendrag

InnoMed er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren, og er etablert på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet er ansvarlig for InnoMeds virksomhet. Målet til InnoMed er å bidra til økt effektivitet og kvalitet i helse- og omsorgssektoren gjennom utvikling av nye produkter og tjenester. Et sentralt virkemiddel for dette er InnoMeds innovasjonsprosjekter, der InnoMed spiller en viktig rolle i tidlig-fase for rekruttering og gjennomføring av forprosjekter. Disse er i sin tur ment å videreføres som hovedprosjekter med støtte fra andre deler av virkemiddelapparatet som f.eks. Innovasjon Norge, med sikte på å skape innovasjoner som skal bidra økt effektivitet og kvalitet i helse- og omsorgssektoren.

Følgende problemstillinger stilles i denne evalueringen:

1. I hvilken utstrekning blir prosjektinnovasjoner bredt implementert i helse- og omsorgssektoren?
2. Hvordan er veien fra ideer blir fanget opp til de blir implementert i helse- og omsorgssektoren, og hva er det som fungerer eller ikke fungerer?
3. Hvordan er InnoMed regulert og finansiert, og er dette hensiktsmessig? (i forhold til formålet med ordningen)

Samlet sett har InnoMed levert flere nasjonale løsninger og har en aktiv portefølje med potensial for å levere flere viktige resultater. InnoMed har i perioden 2006-2012 håndtert en portefølje på i alt 77 forprosjekter. I slutten av 2012 var 28 av disse aktive forprosjekter. Av de forprosjektene som ikke lenger er aktive har 8 blitt skrinlagt. I slutten av 2012 var det 23 aktive hovedprosjekter, mens 18 av hovedprosjektene hadde blitt til en «lokal innovasjon». En gruppe på 9 av disse har blitt betegnet av informanter som «nasjonale løsninger», ut ifra at de har blitt til et produkt eller tjeneste som har blitt implementert i helse- og omsorgssektoren noe bredere enn den lokale konteksten de sprang ut fra. Av disse ni nasjonale løsningene kan syv spores tilbake til et InnoMed forprosjekt, mens to har fått prosjektstøtte fra InnoMed på andre måter. Med bakgrunn i InnoMeds ambisjon om behovsdrevet innovasjon forankret i nasjonale og reelle behov, kan denne suksessraten på 9 nasjonale innovasjoner virke beskjeden. En forklaring på dette kan være at det tar lang tid å frembringe nasjonale innovasjoner og at man dermed kan forvente at flere av prosjektene utvikler nasjonale innovasjoner i fremtiden.

Seleksjonen og rekrutteringen av forprosjekter er målrettet, og forprosjektene har gått gjennom en omfattende prosess. Flere informanter påpeker at det er i overgangen fra forprosjekt til hovedprosjekt, og videre til implementering av innovasjon de største utfordringene ligger. Dette ser ut til å ha sin årsak i flere forhold: I overgangen fra forprosjekt til hovedprosjekt er finansieringen fra Innovasjon

Norge og andre virkemidler avgjørende – i likhet med forankringen av hovedprosjektet hos de relevante aktørene. Når det gjelder implementering og spredning av innovasjon er det et poeng at mange av aktørene i helse- og omsorgssektoren foretrekker å satse på internt utviklede og innarbeidede løsninger, samtidig som at det er motvilje til implementering av eksternt utviklede løsninger. En annen viktig faktor er at innovative innkjøp har blitt brukt i liten grad, der innovasjoner ikke rulles ut i sektoren gjennom større innkjøp av prosjekteier selv, eller andre tjenesteeiere.

Forvaltningen av InnoMed gjennom mandat, avtaler og regelverk har fungert bra, men ressursmessig er det et tankekors at vellykkede forprosjekter er svært avhengig av egeninnsats og dugnadsarbeid for at de på sikt kan oppnå videreføring i form av hovedprosjekt og eventuelt resultere i innovasjoner. Nettverksorganisasjonen InnoMed er kjennetegnet ved å ha et ambisiøst formål – behovsrettede innovasjoner som bidrar til kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgssektoren – samtidig som statlige myndigheter stiller relativt beskjedne midler til rådighet for utviklingsarbeidet. Man kan derfor hevde at ordningen har generelt for lite ressurser ut fra det potensialet ordningen har. Samtidig som finansieringen av InnoMeds organisasjon og aktiviteter bør sikres framover fra statlig hold, er det naturlig at de regionale helseforetakene og kommunesektoren blir forpliktet til å bidra sterkere til finansieringen av innovasjonsprosjektene som de selv ser behov for.

1 Introduksjon

I dette kapitlet oppsummeres først målsettingen for InnoMed og hvordan InnoMed er organisert og finansiert. Deretter følger en gjennomgang for evalueringsopplegget med hensyn til konkrete problemstillinger og datagrunnlag for evalueringen.

1.1 InnoMed

InnoMed har gjennomgått flere faser fram til dagens *Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren*. I 1998 vedtok Sosial- og Helsedepartementet og Nærings- og handelsdepartementet en offentlig satsing på daværende *Nasjonalt senter for innovasjonsbistand og næringsutvikling i helsesektoren* – InnoMed¹. Sintef Unimed fikk i oppdrag å etablere, drive og lede InnoMed med intensjon om å styrke verdiskapingen og konkurransekraft i norsk helseindustri samt forbedre helsevesenet ved å bidra til produksjon av flere, bedre og billigere produkter og tjenester i helsesektoren (Sand og Nesheim 2001, Sosial og Helsedirektoratet 2003). Dagens InnoMed har imidlertid formelt sett opphav i opprettelsen av *Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren* (InnoMed) fra 2006. Forut for denne opprettelsen nedsatte Sosial- og helsedirektoratet i 2002 en arbeidsgruppe (på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet) som skulle foreslå ny organisering for en videre satsing på innovasjon i helsesektoren, med utgangspunkt i InnoMed og tilpasset nye rammebetingelser.

InnoMeds målsetting, prioriterte aktiviteter og behovsdrivet innovasjon

InnoMed har siden 2006 hatt «helsebasert verdiskaping til beste for pasienter og samfunnet...» som visjon. InnoMed har som mål å:

«bidra til kvalitet og effektivitet i helsesektoren gjennom utvikling av løsninger forankret i nasjonale behov og som kan ha internasjonale markedsmuligheter. Løsningene utvikles i et samarbeid mellom brukerne i helsesektoren, forskere, norsk næringsliv og internasjonale partnere.»²

Målgruppen for InnoMeds virksomhet er bredt sammensatt: Pasienter, pårørende, ledere og personell i helse- og omsorgssektoren, FoU-/innovasjonsmiljø, bedrifter, myndigheter og virkemiddelaktører. InnoMed skal bygge opp et nasjonalt kunnskapsmiljø og være en nasjonal pådriver for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren gjennom å prioritere tre aktiviteter (www.innomed.no):

¹ InnoMed (2006). Mandat for styringsgruppen. [Sosial- og helsedirektoratet (2003): Innovasjon HelseNorge – Nasjonalt nettverk for helseinnovasjon. Rapport IS 1121].

² InnoMed (2006). Mandat for styringsgruppen. InnoMed (2012a) InnoMeds strategi 2012-2014.

1. *Forankring og stimulering:* InnoMed skal iverksette tiltak for å forankre, skape engasjement og etablere nettverk for økt satsing på behovsdrevet innovasjon i helse- og omsorgssektoren.
2. *Innovasjonsprosjekter:* InnoMed skal være en aktiv pådriver for etablering av nye innovasjonsprosjekter gjennom iverksetting av forprosjekter med fokus på forankring, behovskartlegging og konseptutvikling. Målsettingen er å identifisere viktige områder som har et potensial for videreføring gjennom hovedprosjekter. InnoMed skal også bidra til nasjonal koordinering av strategisk viktige områder gjennom møteplasser for informasjons- og kunnskapsutveksling og nettverksbygging.
3. *Kunnskapsutvikling og formidling:* InnoMed skal jobbe systematisk med kunnskapsutvikling gjennom utprøving og tilpasning av metoder og verktøy til støtte for behovsdrevet innovasjonsarbeid. InnoMed har også fokus på formidling av utviklet kunnskap, både gjennom utgivelse av retningslinjer og møteplasser

I InnoMeds strategi for 2012-2014 (InnoMed 2012a) er disse tre hovedaktivitetene reformulert og delt inn i fire prioriterte hovedaktiviteter: Forankring og stimulering, behovsdrevet prosjektutvikling, nasjonal koordinering, og kunnskapsutvikling og formidling. Punktet om nasjonal koordinering presiserer at InnoMed skal ha en aktiv koblerrolle, mens punktet om behovsdrevet prosjektutvikling refererer til nettverkets tilnærming til innovasjonsprosessen. InnoMed har utviklet en metodikk for initiering og utvikling av behovsdrevne innovasjoner. I denne metodikken er tre dimensjoner viktige (www.innomed.no).

Behov: Brukerne er eksperter og er verdifulle i innovasjonsprosessen. Med 'bruker' menes alle som har befattning med den ferdige løsningen, både direkte og indirekte brukere. InnoMed bruker informasjon fra brukerne systematisk i utviklingen av nye løsninger. I en behovsdrevet prosess starter man alltid med kartlegging av behovet til brukerne, og dette kan skje gjennom workshops, intervjuer, observasjoner etc.

Marked: Her menes både kommersielt marked og verdiskapingen en ikke-kommersiell løsning kan gi gjennom effektivisering og kvalitetsforbedring. Det viktige her er å etablere kunnskap om dagens markedssituasjon for å kunne vurdere markedsmessig potensial og plan for implementering. Blant sentrale problemstillinger er hvilke produkter eller løsninger som finnes fra før, hvem som har markedsandelene, hvilke trender man forventer i framtiden, forutsetninger for at løsningen skal være levedyktig i forhold til markedets størrelse, og hvilke innsparinger vil den nye løsningen kunne gi.

Løsning: Potensielle løsninger må identifiseres, og løsningens hensiktsmessighet ligger i det at brukernes behov innfris.

InnoMeds tilnærming til innovasjon kan dermed karakteriseres som «demand pull/demand and user-driven» der løsningene utvikles med sikte på brukernes behov. Denne tilnærmingen står i kontrast til en rekke andre tilnærminger, der teknologiutvikling og kommersialisering av forskningsresultater tillegges større betydning for initieringen, utvikling av innovasjon («technology push»). Metodikken til InnoMed beskrives nærmere i brukerhåndboken «Behovsdrevet innovasjon: 10 steg til innovasjon i helsesektoren» (Sintef mfl, 2011)³. InnoMeds prosjekter har tidligere blitt beskrevet som relevante for satsingen på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren som ble lansert av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Nærings- og handelsdepartementet (NHD) i 2007 (Damvad og Oslo Economics 2011).

³ Behovsdrevet innovasjon handler om å: «forstå brukerens eksisterende og fremtidige behov, for å sikre utvikling av løsninger som er forankret i reelle behov. Brukerne er de beste ekspertene på sin egen situasjon, og all deres kunnskap er svært verdifull i en innovasjonsprosess. Informasjon fra brukeren bør derfor benyttes systematisk for utvikling av de riktige løsningene. I en behovsdreven innovasjonsprosess defineres alle interessenter som brukere.» (Sintef, 2011 s. 20).

Organisasjon

Helsedirektoratet er ansvarlig for InnoMeds virksomhet, og Innovasjon Norge er en sentral samarbeidspartner og bidragsyter, spesielt gjennom sin delfinansiering av innovasjonsprosjekter. Helsedirektoratet har ansvaret for tilskuddsordningen etter anbefaling fra styringsgruppen i InnoMed. Helsedirektoratet oppretter og leder styringsgruppen, setter dens mandat, og innstiller InnoMeds leder (sekretariatsleder).

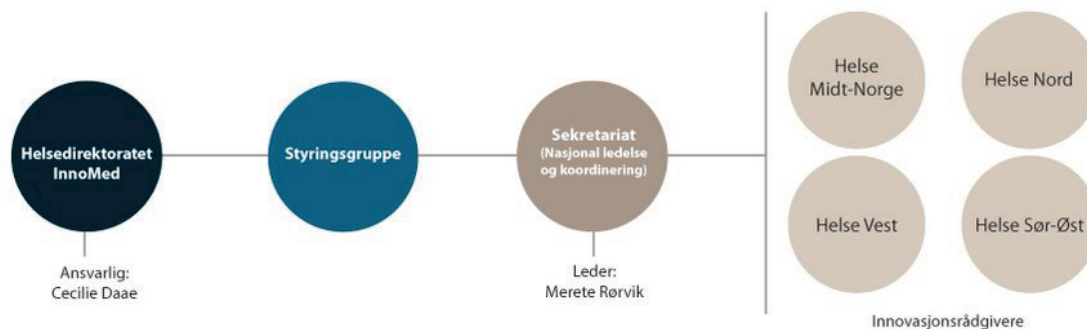
Styringsgruppen består av representanter fra de regionale helseforetakene, Helseforetakenes innkjøpsservice AS, Innovasjon Norge og Forskningsrådet, Helsedirektoratet og styringsgruppen, KS, kommunesektoren og NAV. Styringsgruppen utformer blant annet strategi, resultatmål og kvalifiserer forprosjekter, og deltar i prosjektutviklingsarbeidet der dette er hensiktsmessig.

Nasjonal ledelse (sekretariatet) er lagt til SINTEF Teknologi og Samfunn, som arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet og styringsgruppen. Sekretariatets oppgaver er prosjektledelse for InnoMeds aktivitet nasjonalt (f.eks budsjett og langsiktig strategi), innovasjonsrådgiverforum, profilering og markedsføring av nettverket, Innovasjonskonferansen, og andre utviklingsoppgaver.

InnoMed har fem innovasjonsrådgivere fordelt på helseregionene Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. En innovasjonsrådgiver arbeider i Stavangerregionen. Rollen til disse er særlig knyttet til InnoMeds resultatmål om behovsdrivet prosjektutvikling.

InnoMed finansieres hovedsakelig over statsbudsjettet⁴. Helsedirektoratet finansierer driften av sekretariatet, regionale innovasjonsrådgivere, møteplassaktiviteter, kunnskapsutvikling og formidling, og deler av prosjektaktiviteten i tidlig fase innovasjoner. Budsjett for 2013 er 9,4 mill. kr hvorav 7,4 mill. kr tildeles av Helsedirektoratet og 2,0 mill. kr av Innovasjon Norge jf. årets virksomhetsplan⁵. Ut over dette behandler og bevilger Innovasjon Norge søknader om delfinansiering til forprosjekter med kommersielt potensial.

Figur 1: InnoMeds organisasjon (Kilde: InnoMed)



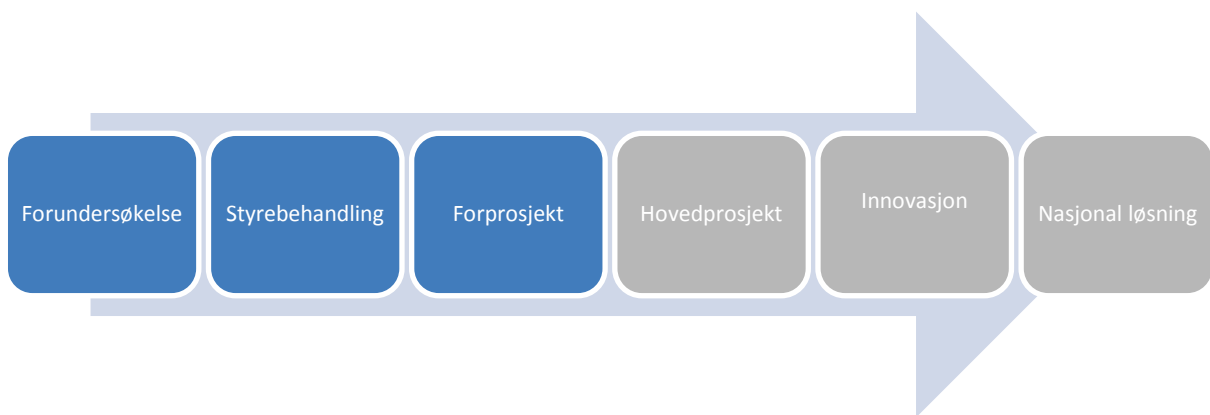
⁴ St.prp.nr. 1. Helse og omsorgsdepartementet, kapittel 728, post 21 i tillegg til bevilgninger fra Nærings- og handelsdepartementet over Innovasjon Norge.

⁵ InnoMed (2013a): Virksomhetsplan.13. februar 2013.

1.2 Opplegg for evalueringen

Denne evalueringen fokuserer på InnoMeds innovasjonsprosjekter. *InnoMeds hovedrolle er i startfasen av innovasjonsprosjektene.* Disse innovasjonsprosjektene videreutvikling kan illustreres i en verdikjede med behovskartlegging, arbeid med ideer og innovative løsninger i nettverket og på møteplasser, til gjennomføring av forprosjekter og videreføring som hovedprosjekter. I de siste to fasene inngår implementering av innovasjon og utrulling av innovasjonen i større skala på nasjonalt nivå (se fig. 2). Faser som er farget blått (forundersøkelse, styrebehandling og forprosjekt) er arbeid hvor InnoMed har ansvar og finansiering, mens faser som er merket grått er arbeid hvor InnoMed ikke har noen formell rolle. Dette gjelder hovedprosjektene og påfølgende innovasjoner som kan få en nasjonal spredning. Ser man på InnoMeds målsetning om utvikling av nye produkter og tjenester forankret i nasjonale behov, er det naturlig å spørre hvorvidt InnoMed sine forprosjekter bygger opp under dette. InnoMeds innovasjonsprosjektkjede vil i denne evalueringen derfor også bli analysert i relasjon til andre virkemidler og finansieringskilder.

Figur 2: InnoMeds innovasjonsprosjektkjede



Følgende problemstillinger stilles i denne evalueringen:

1. I hvilken utstrekning blir prosjektinnovasjoner bredt implementert i helse- og omsorgssektoren?
2. Hvordan er veien fra ideer blir fanget opp til de blir implementert i helse- og omsorgssektoren, og hva er det som fungerer eller ikke fungerer?
3. Hvordan er InnoMed regulert og finansiert, og er dette hensiktsmessig i forhold til formålet med ordningen?

I det følgende redegjør vi for de tre problemstillingene.

1.2.1 InnoMeds resultater

I hvilken utstrekning blir prosjektinnovasjoner bredt implementert i helse- og omsorgssektoren?

InnoMed er ment å bidra til utvikling av nye produkter og tjenester forankret i nasjonale behov, og med internasjonale markedsmuligheter. Dette arbeider InnoMed med gjennom å gi støtte til forprosjekter. Forprosjektene har som hensikt å kartlegge behov og indentifisere potensielle partnere, teknologi og mulige løsninger. Hvis forprosjektet identifiserer en løsning som både fyller et behov og har et tilstrekkelig kommersielt potensial, vil forprosjektet tas videre i et hovedprosjekt, med sikte på utvikling av det aktuelle produktet eller tjenesten. Hovedprosjektene finansieres imidlertid via andre virkemidler

enn InnoMed. I første instans måles dermed resultatene av InnoMed sine innovasjonsprosjekter ut fra i hvilken grad man klarer å skape forprosjekter som blir videreført som hovedprosjekter. InnoMeds rolle er dermed i tidlig fase, der InnoMed skal identifisere behov for innovasjon, forankre disse i sektoren, og finne prosjekteiere og bedrifter for å ta prosjektene videre. Hovedprosjektene, innovasjoner og implementering av disse kan imidlertid følge etter InnoMeds forprosjektaktivitet sammen med andre virkemiddelaktører og finansieringskilder. Som InnoMed selv skriver: *Resultater av InnoMeds prosjektvirksomhet måles gjerne ved at kommuner og helseforetak, ofte i samarbeid med bedrifter og FoU-miljø, tar prosjektene videre gjennom hovedprosjekter som kan resultere i innovasjoner* (InnoMed 2012b).

Det er viktig å presisere at *resultater fra hovedprosjekt og frem til implementering av innovasjoner er utenfor InnoMeds definerte arbeidsområde og kontroll*, men at for å fange opp forprosjektene relevans for sektoren, må vi se på de ulike fasene fra der ideer fanges opp og forprosjekter starter, til implementeringen av innovasjoner i større nasjonal skala.

1.2.2 Organisering av innovasjonsprosjektkjeden

Hvordan er veien fra ideer blir fanget opp til de blir implementert i helse- og omsorgssektoren, og hva er det som fungerer eller ikke fungerer?

Hovedidéen er at nettverket skal forstå og fange opp behovene i helse- og omsorgssektoren så man kan bidra til økt effektivitet og kvalitet i helse- og omsorgssektoren gjennom utvikling av nye produkter og tjenester. Rekrutteringen av forprosjekter skjer mye gjennom innovasjonsrådgivernes arbeid i alle helseregionene og støtte fra den bredt sammensatte styringsgruppen. Slik skal aktiviteten være forankret i de mest sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren. Her er det relevant å undersøke kritiske faktorer for oppstart av forprosjekter og videreføring til hovedprosjekter, innovasjon og spredning av innovasjon. Her ser vi spesielt på rekruttering og godkjenning av forprosjekter, forprosjektene forankring hos relevante aktører, og arbeid med prosjektene for videreføring til hovedprosjekt. I tillegg er det relevant å undersøke prosesser senere i innovasjonsprosjektkjeden. Vi ser derfor også på kritiske faktorer i hovedprosjektfasen og for spredning/utrudding av innovasjoner fra det enkelte hovedprosjekt i større skala.

1.2.3 InnoMeds rammebetingelser

Hvordan er InnoMed regulert og finansiert, og er dette hensiktsmessig i forhold til formålet med ordningen?

Helsedirektoratet har ansvar for tilskuddsforvaltning av midlene over Helse- og omsorgsdepartementet etter anbefaling fra InnoMeds styringsgruppe. Helsedirektoratet leder styringsgruppen og fastsetter dens mandat. Styringsgruppen skal kvalifisere forprosjekter og delta i prosjektutviklingssamarbeidet der dette er hensiktsmessig. Innovasjon Norge delfinansierer på sin side forprosjekter med kommersielt potensial, den årlige innovasjonskonferansen, møteplasser og en innovasjonsrådgiver. Ett regionalt helseforetak bidrar i tillegg med forprosjektfinansiering.

Innovasjonsrådgiverne har innovasjonsstimulering og tidlig prosjektutvikling som sin hovedoppgave. De mottar grunntilskuddet for sine InnoMed-aktiviteter gjennom sin ordinære arbeidsgiver. Midlene som bevilges til InnoMed kan nærmere spesifiseres som:

- Anskaffelse av drift av sekretariatet og aktiviteter i sekretariatets regi
- Finansiering av innovasjonsrådgivernes aktivitet med forankring i InnoMeds virksomhet i helseregionene, møteplasser, identifisering av forprosjekter og utvikling av forprosjektsøknader
- Tilskudd til prosjekter (forstudier og forprosjekter) som gjennomføres med egen prosjektledelse i regi av InnoMed (herunder frikjøp av helsepersonell).

1.3 Metodisk tilnærming

Evalueringen benytter seg av intervjuer, dokumentanalyse og møteobservasjon.

Dokumenter er analysert for å gi svar på evalueringens tre problemstillinger. Blant annet har vi samlet inn og systematisert dokumentasjon om InnoMeds resultater, strategier og årsrapporter, regelverk og avtaler, budsjett og økonomi. Referanselisten (s. 30) gir en oversikt over dokumentene som er benyttet i analysen. Et sentralt dokument for evaluering av InnoMeds resultater er InnoMeds prosjektportefølje (InnoMed 2012b). På basis av InnoMeds prosjektportefølje og informasjon fra informanter har vi satt opp en oversikt i hvilken utstrekning prosjektinnovasjoner blir bredt implementert⁶. En svakhet ved prosjektporteføljen som InnoMed har publisert (InnoMed 2012b) er at den ikke gir entydig informasjon om når prosjektene utviklet seg fra forprosjekt til hovedprosjekt og videre til innovasjoner. Den gir derfor ikke sikkert grunnlag for å si noe om framdriften i prosjektporteføljen. Vi har mottatt supplerende informasjon⁷ fra InnoMed v/Sekretariatet som viser status for alle prosjekter per 31.12.12 som inngikk i InnoMeds portefølje ved utgangen av 2012. Denne informasjonen er benyttet for å illustrere prosjektfremdriften i perioden 01.01.2006 - 31.12.2012. En svakhet med den metodiske tilnærmingen er at siden et antall innovasjoner ikke kan spores tilbake som forprosjekter, kan vårt begrep prosjektinnovasjon virke misvisende. Vi har likevel valgt å ta med disse tilfellene inn i vår oversikt. Alle innovasjonene har vært gjennom en hovedprosjektfase.

Vi har intervjuet InnoMeds sekretariat, innovasjonsrådgivere og representanter i styringsgruppen og ansatte i Helsedirektoratet (til sammen 13 intervjuer). Vi har benyttet en halvstrukturert intervjuguide med fokus på evalueringens tre problemstillinger. Intervjuene ble ført ansikt til ansikt og dels som telefonintervjuer i perioden oktober-desember 2013. Intervjuene hadde varighet fra 50 min til 2 timer.

NIFU har deltatt som observatør i et InnoMed-styremøte⁸. Formålet med vår deltakelse var å få oversikt over hvordan innovasjonsprosjekter blir presentert ovenfor styringsgruppen og godkjent av styringsgruppen. NIFU har også deltatt som observatør på Innovasjonskonferansen 2013, der flere innovasjonsprosjekter ble presentert og sentrale aktører fra helse- og omsorgssektoren og næringslivet var representert⁹.

⁶ Ut ifra at prosjektinnovasjonene har blitt til et produkt eller en tjeneste som har blitt implementert i helse- og omsorgssektoren noe bredere enn den lokale konteksten de sprang ut fra.

⁷ Informasjon mottatt fra Sekretariatet 11. desember 2013.

⁸ Møte 3-13-InnoMeds styringsgruppe, den 18. oktober 2013, Gardermoen.

⁹ Innovasjonskonferansen 2013 den 20. november, Værnes.

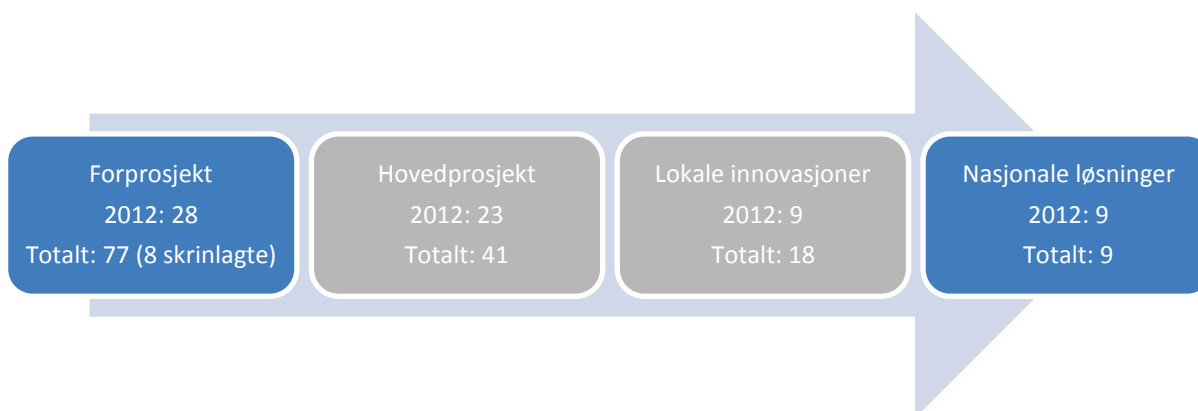
2 InnoMeds resultater

I hvilken utstrekning blir prosjektinnovasjoner bredt implementert i helse- og omsorgssektoren? I dette kapitlet ser vi på hvilke resultater InnoMed har skapt i perioden 2006-2012. Som nevnt i forrige kapittel, blir forprosjektene primært vurdert opp imot om de har resultert i innovasjoner som har blitt bredt implementert i helse- og omsorgssektoren – såkalte «nasjonale løsninger».

2.1 Fra forprosjekt til nasjonal løsning

InnoMed har i perioden 2006-2012 håndtert en portefølje på i alt 77 forprosjekter¹⁰. Nedenfor følger en oversikt over InnoMeds portefølje fra 2006-2012¹¹. I slutten av 2012 var det 28 aktive forprosjekter, mens det har vært gjennomført totalt 77. Av de forprosjektene som ikke lenger er aktive, har 8 blitt skrinlagt. 41 prosjekter (35 støttet med forprosjektmidler og 12 prosjekter med annen støtte) har blitt til hovedprosjekter. I slutten av 2012 var det 23 aktive hovedprosjekter, mens 18 av hovedprosjektene hadde blitt til en «lokal innovasjon». 9 av disse innovasjonene har blitt betegnet av informanter som «nasjonale løsninger», ut ifra at de har blitt til et produkt eller en tjeneste som har blitt implementert i helse- og omsorgssektoren noe bredere enn den lokale konteksten de sprang ut fra. Av disse 9 nasjonale løsningene kan 7 spores direkte tilbake som InnoMed forprosjekter (støttet med forprosjektmidler fra InnoMed), mens 2 har fått støtte på andre måter, som for eksempel behovskartlegging i tidlig fase eller veiledning i hovedprosjektet.

Figur 3: InnoMeds prosjektportefølje 2012:



¹⁰ En mindre gruppe prosjekter har kommet inn i porteføljen som «prosjekt initiert med støtte fra InnoMed».

¹¹ Analysen bygger på InnoMeds prosjektportefølje fra 2006-2012 (InnoMed 2012b) og informasjon mottatt fra Sekretariatet 11. desember og 12. desember 2013.

2.2 Nasjonale løsninger

Det er ni prosjekter som har utviklet seg til det flere informanter betegnet som «nasjonale løsninger». Disse innovasjonene består av fem IKT løsninger, et næringsmiddel og tre tekniske innretninger. Ingen av innovasjonene er spesielt teknologisk komplekse, men svarer likevel på viktige behov.

Tabell 2.2 Nasjonale løsninger (kilde: Prosjekter i InnoMed, 2006-2012, informasjon fra Sekretariatet og informantintervjuer)

«Nasjonal løsning»	Oppstart	Kort beskrivelse	Utbredelse
Checkware	2009	Web-baserte kartleggings- og rapporteringsverktøy for enkel og effektiv innsamling, analyse og rapportering av helseinformasjon	Bedriften har nå kunder over hele landet
E-pluss	2010	Næringsmiddel tilpasset personer med svelgevansker	Bergen kommune har tatt det inn i sine budsjetter for 2013
Mobilalarm	2008	Mobilalarm for hørselshemmede	Inngått en rekke avtaler med store norske eiendomsforvaltere
Pacentric	2010	Web-basert kommunikasjonsløsning for overføring av røntgenbilder	Ved starten av 2013 hadde man blant annet to referansesites i drift i Tyskland
SCORE EEG	2010	Programvare for overføring av anonymiserte EEG data til en internasjonal database, for å styrke diagnostikk samt forskning og utvikling innen EEG	Testet ut ved Haukeland universitetssykehus og ved to sykehus i Danmark
Sykepleierhåndboka for smarttelefon	2009	Digitalt oppslags- og prosedyreverk spesielt tilpasset hjemmesykepleien og sykehjem	I 2013 var produktet i drift i 2 kommuner samt en legevakt
Lavtrykks vanntåkeanlegg¹²	2009	Brannslukningsutstyr basert på vanntåkedyser som fungerer ved ordinært vanntrykk og som er rimeligere enn høytrykksanlegg	Produktene er i dag installert i over 150 bygg i Norge
Maestro – Et hørselsteknisk hjelpemiddel	2007	Mottaker som via en halsslynge forsterker signal fra opptil 8 enheter som samtale, telefon, TV/radio, MP3, PC og varslingsanlegg inn på høreapparat eller CI	Produktet har vært solgt i over 30 land
Integralift¹³	2008	Pasientløfter integrert i innredningen	Det er solgt ca. 100 produkter

¹² Ikke støttet med forprosjektmidler, men med annen støtte.

¹³ Ikke støttet med forprosjektmidler, men med annen støtte.

Selv om ni av prosjektene betegnes som nasjonale løsninger, hadde få av dem en utbredelse ved utgangen av 2012 som kunne kalles «fullt ut» nasjonal. De fleste var tatt i bruk i et begrenset område av landet, og én (Pacentric) var tatt i bruk i utlandet. I tillegg har to av bedriftene bak to av de nasjonale løsningene gått konkurs, noe som har satt en begrensning på videre utvikling og salg av produktene¹⁴. Til tross for dette hadde alle innovasjonene blitt implementert i helse- og omsorgssektoren på et bredere grunnlag enn den lokale konteksten de sprang ut fra, og flere informanter påpekte at noen av produktene hadde et stort potensial for videre utbredelse.

2.3 Vurdering av InnoMeds portefølje

41 prosjekter¹⁵ har blitt til hovedprosjekter, av disse har 24 fått støtte fra andre virkemidler for innovasjon (InnoMed 2012b). Dette betyr at andre institusjoner utenfor InnoMed – som Innovasjon Norge, Forskningsrådet og Regionale Forskningsfond – gjennom en ny og uavhengig ekspertvurdering har funnet 24 prosjekter som så lovende at de har skutt inn betydelige midler for å videreføre dem.

InnoMeds prosjektportefølje (InnoMed 2012b) inneholder nasjonale løsninger som svarer på viktige behov og som har potensial for videre utbredelse. Målt på antall nasjonale løsninger, kan dette synes som en lav suksessrate – ved at kun 9 av 77 forprosjekter og annen prosjektstøtte¹⁶ har resultert i nasjonale løsninger. Det er imidlertid vanskelig å vurdere hva som er en optimal suksessrate for InnoMeds prosjektportefølje. Det finnes ingen sammenliknbare virkemidler for innovasjon. De fleste lignende aktørene på helseområdet driver primært med forskningsdrevet og ikke behovsdrevet innovasjon slik som InnoMed. De har dermed andre forutsetninger og muligheter for å drive frem innovasjon og kan ikke direkte sammenlignes med InnoMed.

At kun 9 løsninger har blitt nasjonale, kan forklares med at mesteparten av InnoMeds prosjekter fremdeles er under utvikling. 28 prosjekter er på forprosjektstadiet; 23 på hovedprosjektstadiet; og 9 har blitt til lokale innovasjoner. Dermed er det et stort potensial for at InnoMeds eksisterende portefølje kan frembringe flere nasjonale løsninger i årene fremover. Dette er et syn som flere av informantene har gitt uttrykk for.

2.3.1 Andre resultater

I tillegg til at InnoMed skaper resultater gjennom igangsetting av innovasjonsprosjekter, er det viktig å oppsummere andre sentrale resultater som InnoMed har produsert, og som har blitt poengtert av informantene:

- Noen informanter påpekte at lokale innovasjoner var verdifulle, selv om de ikke ble til nasjonale løsninger. InnoMed har frembrakt ni slike lokale innovasjoner, og de har så langt skapt positive resultater på lokalt nivå og flere av dem har potensial for å bli nasjonale løsninger.
- InnoMed har skapt et større engasjement for innovasjon i helse- og omsorgssektoren, blant annet gjennom møteplasser og innovasjonskonferanser som har blitt arrangert av innovasjonsrådgivere og sekretariatet.
- InnoMed har vært en driver for kunnskapsutvikling om behovsdrevet innovasjon i helse- og omsorgssektoren.

¹⁴ Basert på informasjon som vi har mottatt fra Sekretariatet 12. desember 2013 og InnoMed (2012b).

¹⁵ Inkludert prosjekter initiert med annen støtte fra InnoMed.

¹⁶ Der støtten ikke har bestått i forprosjektmidler, men annen støtte.

2.3.2 InnoMeds resultater – samlet vurdering

Samlet sett har InnoMed levert flere interessant nasjonale løsninger og har en aktiv portefølje med potensial for å levere flere viktige resultater. InnoMeds innovasjonsprosjekter har så langt resultert i ni innovasjoner som har bred utbredelse. Denne suksessraten kan virke beskjeden, men en forklaring på dette kan være at det tar lang tid å frembringe nasjonale innovasjoner og at man dermed kan forvente at flere av prosjektene utvikler nasjonale løsninger i fremtiden. Flere informanter påpekte at utviklingen av innovasjoner kan ta flere år, og utviklingens varighet avhenger også av hvilke typer innovasjoner det er snakk om.

3 Organisering av innovasjonsprosjektkjeden

Hvordan er veien fra ideer blir fanget opp til de blir implementert i helse- og omsorgssektoren, og hva er det som fungerer eller ikke fungerer?

Innovasjonsprosjektkjeden er ikke et begrep som brukes av InnoMed, men som vi har benyttet for å analysere de ulike fasene i virkemiddelapparatet fra utviklingen av idéer til innovasjon og implementering. Inndelingen er til dels stilistisk, med dette mener vi at noen faser er overlappende. For eksempel kan fasen fra forstudie til forprosjekt gå frem og tilbake, i tillegg inneholder overgangen fra forprosjekt til hovedprosjekt aktiviteter som kan kalles søknadsarbeid og søknadsbehandling av hovedprosjekter. Figur 2 på s. 12 gir likevel en god oversikt over hvor i kjeden InnoMed har sin formelle rolle.

3.1 Idéfase med forstudie og søknadsarbeid

Et relativt lite antall ideer til innovasjonsprosjekter kommer som direkte henvendelser fra aktører i helse- og omsorgssektoren til innovasjonsrådgiverne. De fleste innovasjonsrådgiverne har mange års (fra 2006 og tidligere) erfaring i InnoMed, og jobber gjennom sine etablerte nettverk opp mot spesialisthelsetjenesten, kommunalhelsetjenesten og industrien. Det strategiske utvalget/tema på forprosjektene defineres gjennom InnoMeds strategi og avtalene Helsedirektoratet har med innovasjonsrådgiverne¹⁷. Rekruttering av forprosjekter skjer i all hovedsak som følge av innovasjonsrådgiverens oppsøkende arbeid og dialog med disse aktørene, ofte gjennom såkalte møteplasser. På møteplassene samles aktører fra foretakssektoren, kommunehelsetjenesten og industrien. Der diskuteres utfordringer og problemer brukerne står ovenfor, og mulige løsninger diskuteres. Innovasjonsrådgiverne tar ofte initiativ til det konkrete prosjektet, og kan i denne fasen bli prosjektledere for det tiltenkte innovasjonsprosjektet, og er sentrale for drive frem søknadsarbeidet sammen med ildsjeler i helse- og omsorgssektoren. Ikke minst er de viktige for å koble sammen de relevante aktørene i søknaden.

Arbeidet med å sette sammen en dedikert prosjektgruppe og søknad er omfattende, der flere parter legger inn mye arbeid og dugnadsinnsats. Informantene påpeker at i denne fasen er det kritisk at man sikrer forankring hos tiltenkt prosjekteier (både i ledelsen og hos medarbeiderne). Formelt sett gjøres dette ved at prosjekteier og partnerne i det tiltenkte prosjektet forplikter seg i søknaden, og gjennom

¹⁷ Innovasjonsrådgivernes arbeider med oppstart av forprosjekter, ferdigstilling av forprosjekter, søknader til hovedprosjekt, markedsføring av InnoMed nasjonale møteplasser m.m. Mål for forprosjekter er fra år til år spesifisert i de årlige avtalene mellom Helsedirektoratet og innovasjonsrådgiverne (f.eks. Helsedirektoratet 2013c, 2013d, 2013e, 2013f, 2013g).

forankringsbrev fra prosjektdeltakerne som legges ved prosjektsøknaden. Søknadene er basert på *felles søknadsmal* med krav om å redegjøre for prosjektets målsetting, detaljert prosjektbeskrivelse, leveranser, organisering, og tidsplan og budsjett¹⁸. Det kan være tungt å skape god forankring hos prosjekteier, selv om det er stort potensial for en behovsrettet løsning. Ifølge mange av informantene er dette en kritisk faktor for å drive prosessen frem med tanke på et forprosjekt, selv om flere faktorer (blant annet er marked, aktører/konkurrenter, idé til ny behovsrettet løsning) også viktige¹⁹.

Søknadene kvalitetssikres hovedsakelig av innovasjonsrådgiveren selv før de sendes til styringsgruppen, men innovasjonsrådgiverne har også egne rådgiverforum seks ganger i året sammen med sekretariatet der de diskuterer pågående prosjektsøknader.

På den ene siden er idétilfanget i rekrutteringsfasen og dermed prosjektporteføljens sammensetning målrettet og ikke tilfeldig, men avhengig av innovasjonsrådgiverens kompetanseområde, erfaring, nettverk og organisasjonstilknytning. I tillegg er målrettede møteplasser som innovasjonsrådgiverne arrangerer, viktige for rekruttering av forprosjekter. På den andre siden er en del av idétilfanget tilfeldig, for eksempel i de relativt få tilfellene innovasjonsrådgiverne kontaktes av aktører med sine ideer.

3.2 Søknadsbehandling

Søknader om forprosjekter sendes til styringsgruppen og til Helsedirektoratet som sakspapirer i forkant av styremøtene. I Helsedirektoratet gir relevante fagavdelinger sine kommentarer til leder for styringsgruppen. Alle i styringsgruppen skal også i forkant ha forberedt seg gjennom å lese prosjektsøknaden. Representant(er) for prosjektsøker og representant for prosjekteier presenterer forprosjektsøknaden på styremøtet. Etter presentasjonen diskuterer styringsgruppen søknadens styrker og svakheter, og følger opp med avklaringsspørsmål til prosjektsøker. På basis av dette foretar styringsgruppen en beslutning om å godkjenne, avslå eller å be om at søknaden revideres i henhold til styringsgruppens anbefalinger²⁰. Formell forankring av forprosjektene i Helsedirektoratet skjer ved at leder for styringsgruppen har beslutningsmyndighet på vegne av Helsedirektoratet. Forankring av prosjektene i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skjer formelt sett gjennom forankringsbrev vedlagt prosjektsøknaden, og gjennom den bredt sammensatte styringsgruppens anbefaling (der representanter fra foretakssektoren og kommunesektoren sitter).

Kvalitet i søknadsbehandlingen er avhengig av styringsgruppen. Vi opplevde stort engasjement og faglige diskusjoner i styringsgruppen da tre forprosjektsøknader ble presentert på styringsgruppemøte.

Generelt har flere informanter pekt på at selv om behovet for en ny behovsdrevet løsning er godt beskrevet i søknaden, er typiske ankepunkter fra styringsgruppen til søkerne at prosjektet ikke er godt nok forankret i prosjektgruppen, at innovasjonspotensialet er lite, at prosjektet ikke er unikt, eller at ikke riktige aktører er koblet inn.

3.3 Forprosjekt

Forprosjektene skal danne grunnlaget for etablering av hovedprosjekter som realiserer selve produktet eller tjenesten (med kommersielt eller ikke-kommersielt markedspotensial). Fra InnoMed er innovasjonsrådgiverne sentrale drivere for iverksetting og gjennomføring av forprosjektene. Prosessene som har forløpt under søknadsarbeidet, fortsetter inn i forprosjektet. Her konkretiseres prosjektaktivitetene, særlig med hensyn til mulig løsning gjennom behovskartlegging, involvering av brukere og forankring hos de involverte partene.

¹⁸ NIFU har fått tilgang til søknadsmal gjennom styringsgruppens sakspapirer 18. oktober 2013. (InnoMed, 2013b)

¹⁹ Fremgangsmåte og viktige faktorer for å lykkes med innovasjonsprosjekter er beskrevet i «Behovsdrevet innovasjon: 10 steg til innovasjon i Helsesektoren» (Sintef mfl, 2011).

²⁰ NIFU var tilstede som observatør på styremøte den 18 oktober 2013.

Innovasjon Norge, som har en sentral rolle i finansieringen for en rekke forprosjekter, er vanligvis ikke involvert i arbeidet med søknaden. Dette kan medføre uklarheter mht. oppstart og fremdrift for flere forprosjekter ifølge flere informanter.

Informantene peker på at den mest kritiske faktoren er å *forankre* innovasjonsprosjektet i organisasjonen. Selv om de formelle forankringsbrevene er på plass i forprosjektsøknaden, sikrer ikke dette nødvendigvis reell forankring videre, dette krever forankring fra toppledelse, mellomleder og medarbeidere. Særlig har mange informanter presisert at hvis ikke ledelsen aktivt involverer seg i prosjektet, er sannsynligheten for at prosjektet ikke blir videreført eller mislykkes, høy. Årsakene til utilstrekkelig forankring er ofte motstand mot endring i deler av prosjekteiers organisasjon, eller at personell ikke har tilstrekkelig tid. Flere informanter etterspør derfor økte ressurser til frikjøp av helsepersonell, men meningene her er delte. Innvendingen mot økt bruk av frikjøp er at prosjekteier/tjenesteeier selv burde frikjøpe de nødvendige ressursene.

Prosjektgruppen holdes i gang ved forprosjektets avslutning til eventuell oppstart av hovedprosjekt, og opplegg for videre finansiering må på plass. Dette er en arbeidskrevende jobb, ofte mer komplisert enn hva som er tilfellet for forprosjektsøknaden. Innovasjonsrådgiverne kan være med å støtte arbeidet med hovedprosjektsøknaden, men midlene er da ofte brukt opp, noe som i stor grad begrenser videre ressursinnsats. Prosessen med å få finansiering til hovedprosjekt på plass er komplisert og arbeidskrevende, spesielt å knytte bedriftene sammen i en OFU-kontrakt. Dette er en vanlig grunn til at forprosjekter ikke blir videreført til hovedprosjekter.

InnoMed har et omfattende opplegg for iverksetting og gjennomføring av forprosjekter, og her er innovasjonsrådgiverne sentrale. Når det kommer til overgangen fra forprosjekt til hovedprosjekt og iverksetting av dette, blir det ofte ressurskrevende for både innovasjonsrådgiver og aktuelle partnere i prosjektet. Kontaktarbeidet som kreves for å få til et godt hovedprosjekt, er krevende, og finansieringsmodellene er kompliserte. Sluttførte forprosjekter som har et videre innovasjonspotensial, sikres ikke nødvendigvis fortsatt finansiering

3.4 Hovedprosjekt

InnoMed har ikke et ansvar for hovedprosjektene, men har en *støttefunksjon* knyttet til å få på plass hovedprosjekter. I denne fasen er det RHF'ene, HF'ene og/eller kommunene som tar over ansvaret for prosjektene. Prosjektene finansieres her gjennom andre deler av virkemiddelapparatet, som Innovasjon Norge (OFU), Forskningsrådet (BIA) og Regionale forskningsfond. Hovedprosjektene retter seg inn mot å arbeide med og realisere konkrete behovsrettede løsninger.

Hovedprosjektene utgjør ofte et helt nytt terreng for mange av de involverte partene. Forankringsprosessene er også sentrale for en god utvikling i i hovedprosjektet. Kritiske utfordringer i hovedprosjektet er motstand i organisasjonen(e) både i foretakssektoren og i kommunesektoren som skal utvikle og implementere en teknologisk løsning eller tjeneste. En annen utfordring som informantene har pekt på, er at man ikke klarer å gjøre bruk av innovative anskaffelser – noe som er viktig for spredning av innovasjonen.

Selv om InnoMed ikke har en noen formell rolle i hovedprosjektene, er det viktig å presisere at InnoMeds arbeid med iverksetting og gjennomføring av forprosjekter er avgjørende for at en rekke hovedprosjekter blir iverksatt.

3.5 Innovasjon, implementering og nasjonal løsning

Det finnes gode eksempler på at InnoMeds innovasjonsprosjekter leder fram mot implementering av innovasjon som vi har sett i kapittel 2 om InnoMeds resultater. Mange informanter har imidlertid pekt på at InnoMed har initiert flere gode innovasjonsprosjekter, men at når man kommer lengre ut i kjeden,

er det foreløpig for liten grad av bred implementering og bruk på nasjonalt nivå. Ifølge informantene er følgende faktorer spesielt utfordrende:

- Det er sterk motstand mot endring i store deler av helse- og omsorgssektoren. Oppfinnelser og innovasjoner som utvikles ett sted, møter sterk motstand når innovasjonen skal implementeres et annet sted.
- Teknologiske løsninger som skal tas i bruk under/etter hovedprosjektet, er ikke tilpasset sosiale og organisatoriske dimensjoner ved de ulike avdelingene. Teknologiske løsninger er tilsynelatende funksjonelle i seg selv, men organisasjon er ikke rigget for å ta teknologien i bruk.
- Tjenesteprodusentene i helse- og omsorgssektoren som har vært med på å utvikle innovasjonene gjennom prosjektet, ruller ikke ut innovasjonene gjennom sine innkjøpsrutiner/anskaffelser.
- Innovasjonsprosjektene gir ikke tilstrekkelig dokumentasjon på hva som er virkningene av løsningen, dermed kan heller ikke foretakene ta den i bruk. Dette gjelder hovedsakelig for de teknologiske løsningene.

3.6 Innovasjonsprosjektkjeden – samlet vurdering

Seleksjonen og rekrutteringen av forprosjekter er målrettet, og forprosjektene har gått gjennom en omfattende prosess fra forstudier frem til eventuelt oppstart av hovedprosjekt. Det er i overgangen fra forprosjekt til hovedprosjekt, og videre til implementering av innovasjon vi finner de store utfordringene for innovasjonsprosjektene. Dette ser ut til å ha sin årsak i flere forhold: I overgangen fra forprosjekt til hovedprosjekt er finansieringen fra Innovasjon Norge og andre virkemidler avgjørende – i likhet med forankringen av hovedprosjektet hos de relevante aktørene. Når det gjelder innovasjon og implementering er det et poeng at mange av aktørene i helse- og omsorgssektoren foretrekker å satse på internt utviklede og innarbeidede løsninger, samtidig som at det er motvilje til implementering av eksternt utviklede løsninger. Dette har sin årsak både i det at endringsviljen er svak, men også at en del løsninger ikke er tilpasset organisasjonen hvor dette skal tas i bruk. En annen viktig faktor som informantene påpeker er at innovative innkjøp har blitt brukt i liten grad, der innovasjoner som utvikles lokalt ikke rulles ut i sektoren gjennom større innkjøp av prosjekteier selv eller andre tjenesteeiere.

4 InnoMeds rammebetingelser

Hvordan er InnoMed regulert og finansiert, og er dette hensiktsmessig?

I dette kapitlet ser vi først på eierens forvaltning av nettverksorganisasjonen gjennom mandat, avtaler og regelverk før vi vektlegger finansieringen for InnoMeds hovedrolle i stimulering og iverksetting av behovsdrevne prosjekter i en tidlig innovasjonsfase.

4.1 Organisering av nettverket

InnoMed ble etablert på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, og Helsedirektoratet er ansvarlig for virksomheten. Det eksterne sekretariatet i nettverksorganisasjonen er tillagt nasjonale oppgaver mens en innovasjonsrådgiver i hver av de fire helseregionene og i Stavangerregionen, utgjør grunnstammen i InnoMed. Innovasjonsrådgiverfunksjonen i Stavangerregionen ble etablert i 2009, mens de andre regionene har vært representert siden starten.

Styringsgruppen for InnoMed har videre en sentral rolle i organisasjonen. Styringsgruppen skal ifølge mandatet fra 2006 fastlegge rammene for nettverkets virksomhet og ha en aktiv rolle i nettverkets arbeid for å oppnå resultater i tråd med mål og strategier²¹. Samarbeidspartnerne i nettverket er representert i styringsgruppen.

Direktoratet oppretter og leder styringsgruppen, fastsetter dets mandat og innstiller nettverkets daglige leder (sekretariatsleder). Direktoratet har ansvar for tilskuddsforvaltning av midlene som skal overføres til tredjepart - i forbindelse med forprosjekter etter vedtak i styringsgruppen. Divisjonsdirektøren for spesialisthelsetjenestene i Helsedirektoratet leder i dag styringsgruppen der også én representant fra Innovasjon Norge, én fra hvert av de regionale helseforetakene, to fra kommunesektoren, én fra Helseforetakenes Innkjøpsservice AS, og én person med erfaring fra næringslivet skal inngå. Styringsgruppens sekretær er nettverkets daglige leder (sekretariatslederen).

4.1.1 Eksternt sekretariat ved SINTEF

I avtalen om ledelse av InnoMeds sekretariat heter det at SINTEF skal forestå ledelse av InnoMeds sekretariat med ansvaret for:

- Prosjektledelse for InnoMeds aktivitet nasjonalt.
- Utvikling og oppfølging av InnoMed-nettverket gjennom rådgiverforum

²¹ InnoMed (2006): Nasjonalt nettverk for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren (InnoMed) Mandat for styringsgruppen. 14. november 2006.

- Profilering og markedsføring av nettverkets virksomhet
- Utvikling og oppfølging av en større årlig innovasjonskonferanse i helsesektoren samt andre utviklingsoppgaver

Avtalen forutsetter videre at SINTEF samarbeider med Helse Midt-Norge RHF for å sikre forankring av InnoMeds virksomhet i spesialisthelsetjenesten. Denne avtalen mellom Helsedirektoratet og SINTEF om sekretariatsfunksjon er forlenget ut 2014²². For perioden 2010-2012 finansierte Helsedirektoratet den nasjonale sekretariatsfunksjonen 2,8 mill. kr årlig mens SINTEF forpliktet seg til en egeninnsats knyttet til sekretariatledelsen på 280.000 kr årlig.

4.1.2 Avtale om innovasjonsrådgiverfunksjonen

I tillegg til selve sekretariatsfunksjonen har SINTEF avtale om å ivareta innovasjonsrådgiverfunksjonen i Helse-Midt-Norge med spesielt resultatmål innenfor behovsdrevet prosjektutvikling. Innovasjonsrådgiverfunksjonen i de øvrige helseregionene ivaretas i tilsvarende avtaler med regionale teknologioverføringsorganisasjoner (TTO) og et helseforetak. Grunnfinansieringen for funksjonen varierer fra 0,5 mill. - 1. mill. årlig (til innovasjonsstimulering og tidlig prosjektutvikling).²³

Vurdering av nettverksorganiseringen: Styringsgruppen bidrar til kvalifiseringen av forprosjektene. Den representerer samarbeidspartnere i nettverket og gir et nødvendig, men tilsynelatende begrenset inngrep med spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Helseforetakene og kommunene er sentrale i forprosjektene og utgjør kundegruppen for innovasjonene som utvikles. Styrerepresentasjonen har imidlertid hatt mindre betydning for deres innkjøp av innovasjoner som er utviklet i de ulike regionene. Styrket innsats er nødvendig for å oppnå bedre spredning av innovasjoner i helse- og omsorgssektoren. Målrettede tiltak mot lederutviklingstilbud i RHF har vært prøvd, noe som kan være virkningsfylt for å styrke utviklingsarbeidet og innovasjonskulturen i sektoren.

Innovasjonsrådgivere – InnoMeds styringsgruppe og de regionale helseforetakene engasjerte eksisterende rådgivere i regionen som innovasjonsrådgivere i nettverket på deltid. Deres ansettelsesforhold i relaterte virksomheter (teknologioverføring/innovasjon) gir god tilgang til opparbeidede regionale kontaktnett. Samtidig kan andre arbeidsoppgaver/forhold komme i konkurranse med InnoMed-engasjementet.

4.2 Regelverket for tilskuddsordningen

Foreliggende regelverk for tilskuddsordningen ble godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet i 2012²⁴. Regelverket beskriver innledningsvis målet for ordningen, organisasjonstilknytning samt grunnfinansiering og prosjektbaserte tilskudd for innovasjonsrådgiverne i helseregionene.

Regelverket stiller videre *krav til måloppnåelse for ytelsen til innovasjonsrådgiverfunksjonen* – i form av a) grunntilskudd: et antall kvalifiserte forprosjekter (spesifisert i oppdraget for den enkelte innovasjonsrådgiveren) og b) forprosjekttilskudd: oversendte søknader om hovedprosjekt til virkemiddelapparatet for vurdering til hovedprosjekt/offentlig utviklingskontrakt (OFU). Regelverket krever at tilskuddsmottaker gir sluttrapport/årsrapport og årsregnskap.

Målgruppen for utvikling av løsninger er helseforetak, kommuner og bedrifter. Dagens regelverk beskriver videre krav til søknad og søknadsbehandlingen. Det er Helsedirektoratet ved leder av

²² Helsedirektoratet (2012a): Forlengelse av avtale mellom Helsedirektoratet og SINTEF om drift av InnoMeds sekretariat. Brev datert 12. september 2012.

²³ Innovasjonsrådgiverfunksjonen i Helse-Nord er finansiert med 0.5 mill.kr, innovasjonsrådgiverfunksjonen i Helse-Midt-Norge er finansiert med 0.5 mill.kr, innovasjonsrådgiverfunksjonen i Helse Vest er finansiert med 0.85 mill.kr (500.000 til Innovest og 350.000 til Prekubator), og innovasjonsrådgiverfunksjonen i Sør-Øst er finansiert med 1.0 mill.kr.

²⁴ Helsedirektoratet (2012b): Regelverk for tilskuddsordning: Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Kapittel 781 post 79. Helsedirektoratet/ Helse- og omsorgsdepartementet 21. juni 2012.

styringsgruppen som fatter vedtak for direktoratets andel av finansieringen. Regelverket vurderes for øvrig fortløpende i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet. Tilskuddsordningen er øremerket InnoMeds innovasjonsrådgivere. Kun de skal kunne søke om forprosjektmidler.

Vurdering: Våre informanter oppfatter i utgangspunktet ikke dagens regelverk for tilskuddsordningen som begrensende for InnoMeds aktiviteter. Intervjuene ga et inntrykk av at regelverket som sådan er lite kjent. Samtidig virker kravene til f.eks. måloppnåelse og rapportering innarbeidet, men innovasjonsrådgivernes kontrakter og nettverksorganisasjonens egne plandokumenter har trolig vel så stor betydning for de faglige aktivitetene som regelverket.

4.3 Strategiplan, virksomhetsplan og budsjett

InnoMeds plandokumenter konkretiserer hovedaktivitetene i nettverket; forankring og stimulering, behovsdrevet prosjektutvikling, nasjonal koordinering samt kunnskapsutvikling og formidling. Sistnevnte hovedaktivitet er vektlagt gjennom en egen avtale om strategisk samarbeid – «Program for kunnskapsutvikling og kunnskapsformidling knyttet til behovsdrevet innovasjon i helsesektoren» for perioden 2008-2012²⁵.

InnoMeds prioriterte satsinger som skal videreføres for perioden 2012-2014 er ifølge strategiplanen²⁶:

- Sektor – Primærhelsetjenesten, Spesialisthelsetjenesten og Samhandling
- Hovedsatsningsområde – «Eldrebølgen»
- Behov – Viktige behovsområder som helsesektoren peker på og prioriterer
- Innovasjon – Nye teknologiske løsninger og nye organisatoriske løsninger

Omsorg og velferdsteknologi betones i planen i likhet med nye organisatoriske løsninger ved innføringen av samhandlingsreformen. InnoMed forventer økt vektlegging av innovasjonsvirksomhet i kommunesektoren og av samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Virkemidlene for nettverksorganisasjonen er i hovedsak todelt: finansiering av innovasjonsprosjekter og finansiering av videreutvikling av InnoMed som nasjonalt kompetansenettverk. I virksomhetsplanen for 2013 vektlegges forankring og stimulering gjennom økt involvering av InnoMed-nettverket for å sikre finansiering og stimulere til økt innovasjonssatsing i helsesektoren. Videre trekkes møteplasser som bidrar til innovasjonsstimulering, forprosjekter med vektlegging av kvalitet og resultater samt innovasjonsrådgivernes rolle i forprosjektene fram som viktige strategiske grep i planen.

Finansiering - InnoMeds budsjett

Bekreftet budsjett for 2013 er 9,4 mill. kr hvorav 7,4 mill. kr tildeles fra Helsedirektoratet og 2,0 mill. kr fra Innovasjon Norge jf. årets virksomhetsplan²⁷. Ut over dette behandler og bevilger Innovasjon Norge søknader om delfinansiering til forprosjekter med kommersielt potensial.

InnoMeds bekreftede budsjett ble redusert med 1 mill. kroner etter avslutningen av den strategiske femårige avtalen om «Program for kunnskapsutvikling og kunnskapsformidling knyttet til behovsdrevet innovasjon i helsesektoren» i fjor. InnoMed forventer imidlertid i sin virksomhetsplan en budsjettøkning gjennom ekstrabevilgninger fra Helsedirektoratet, og bidrag til forprosjekter fra regionale helseforetak. Innovasjon Norges bidrag til finansieringen av aktiviteten var både i 2009 og 2010 over 5 mill. kroner jf. årsrapportene.

²⁵ I perioden 2008-2012 har SINTEF Helse og Helsedirektoratet finansiert Program for kunnskapsutvikling og kunnskapsformidling knyttet til behovsdrevet innovasjon i helsesektoren (Helsedirektoratet 2008). Målsettingen var å utvikle kunnskap og gode verktøy for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren som skal gjøres fritt tilgjengelig innenfor sektoren. Årlig budsjetttramme 1,0 mill. kr der Helsedirektoratet dekker 0,5 mill. kr og SINTEF Helse dekker 0,5 mill. kr.

²⁶ InnoMed (2012a): InnoMeds strategi 2012-2014. 1. januar 2012.

²⁷ InnoMed (2013a): Virksomhetsplan. 13. februar 2013

Vurdering: Virksomhetsplanen for 2013 knytter totalt 21 resultatmål til årets budsjett fordelt og på et høyt antall tiltak med basis i InnoMeds fire hovedaktiviteter. Ut fra et totalbudsjett på totalt 9,4 millioner og deltidsansatte innovasjonsrådgivere virker dette ambisiøst. Man kan spørre om ikke færre og mer strategiske mål burde settes i stedet. Resultatmålene i InnoMeds virksomhetsplan er samtidig trolig styrende for aktiviteten da ansvarlige for ulike tiltak navngis i planen.

4.4 Finansiering av innovasjonsprosjektene

Der er ulike finansieringsutfordringer i prosjektforløpet for innovasjonsprosjektene som InnoMed befatter seg med.

To elementer er sentrale på idéstadiet i innovasjonsprosjekter: Møteplassene finansieres av Innovasjon Norge og er i innværende år typisk i størrelsesorden 200.000 kr år per tiltak. Møteplassene har potensielt en sentral funksjon for hele innovasjonskjeden fram til implementering og spredning av en innovasjon – ved at de i de vellykkede tilfellene sikrer en sterk problem- og løsningsforankring allerede før forstudien er igangsatt. *Forstudie-stadiet* finansieres gjennom innovasjonsrådgiverordningen – og er en sentral del av rådgivernes aktiviteter fram til en forprosjektsøknad presenteres for styringsgruppen i InnoMed.

Vurdering: Oppstarten av prosjektforløpet har fastlagte finansieringskilder. InnoMeds organisasjon gjennom styringsgruppe, sekretariat og rådgivere i regionene avklarer sammen hvordan utvalgte tjenesteytere i helse- og omsorgssektoren inviteres og involveres innledningsvis. Det er få eksempler på at ildsjeler først henvender seg til rådgiverne eller sekretariatet. Avgrensningen er likevel trolig nødvendig ut fra dagens kapasitet i det regionale leddet. Samtidig kan dette være en begrensende faktor for bredden i idétilfanget. Organisasjonen får trolig et snevrere utgangspunkt å arbeide ut fra når muligheten for å få gode råd fra innovasjonsrådgivere eller forprosjektmidlene for den del ikke utlyses offentlig, men kanaliseres gjennom målrettede aktiviteter fra rådgivernes side.

Forprosjektsøknad, kvalifisering og bevilgning

Når kimen til et innovasjonsprosjekt har oppnådd en viss modningsgrad og er kjent for InnoMeds rådgivere, kan det være aktuelt å utvikle en forprosjektsøknad. Innovasjonsrådgiverordningen er her finansiert, mens vesentlig *egeninnsats* forutsettes av prosjekteiere og -partnere (f.eks. til forankring, behovskartlegging, konseptutvikling og markedsvurdering), fram til forprosjektsøknaden er utformet og presentert for Helsedirektoratet og InnoMeds styringsgruppe. Kvalifisering/søknadsbehandlingen i InnoMeds styringsgruppe krever dessuten egeninnsats fra de involverte samarbeidspartnerne/ medlemmene i styringsgruppen. Styringsgruppen har samlet sett et budsjett på 50.000 kr til rådighet for sine fire møter i 2013. 12 innvilgede forprosjektsøknader er måltallet innværende år og dette krever betydelig tidsressurser fra medlemmene.

Hvis ikke forprosjektsøknaden blir kvalifisert i styringsgruppens første møte, vil ytterligere egeninnsats være nødvendig fra prosjekteiers side for å kunne oppnå forprosjektstøtte gjennom InnoMed. Dersom forprosjektet *oppnår* støtte fra InnoMed (bevilgning fra Helsedirektoratet), gjenstår fortsatt behandlingen av søknaden for den delen av forprosjektmidlene som det aktuelle regionskontoret til Innovasjon Norge dekker.

InnoMed hadde i sitt bekreftede budsjett på 9,4 mill. kr avsatt 1,4 mill. kr (fra Helsedirektoratet) for 12 nye forprosjekter. Dette utgjør omkring 40 prosent av finansieringen fra forprosjektene. Innovasjon Norges andel av utgiftene til forprosjekter med kommersielt potensial er høyere og bevilges gjennom OFU/IFU-ordningen.

Det kreves en betydelig egeninnsats (finansiering) fra prosjekteiers (og evt. partnernes) side i søknadsfasen for et forprosjekt. Omfanget av denne egeninnsatsen er uvurderlig og samtidig vanskelig å estimere ut fra foreliggende data. Når et prosjekt oppnår prosjektstøtte fra InnoMed og/eller Innovasjon Norge, er konseptet finansielt sett inne i smulere farvann. Egeninnsats fra

prosjektpartnerne er også her en nødvendighet siden ildsjelene som hovedregel sjelden kan fristilles fra sine ordinære arbeidsoppgaver i helsevirksomheten.

Dugnadsjobbing etter fullført forprosjekt fram mot et hovedprosjekt

InnoMeds organisasjon avsetter ikke midler til utvikling av hovedprosjektsøknader – og det videre arbeidet med «innovasjoner» fram til kommersialisering og implementering må finansieres av andre kilder enn InnoMed med mindre det er mulig å finne rom for dette innenfor forprosjektet.

Innovasjonsrådgiverne har for øvrig ikke avsatt midler for å følge opp forprosjekter etter at disse er ferdigstilt. De gir like fullt i mange tilfeller betydelig rådgivning for hovedprosjektsøknader.

4.5 Samlet vurdering av rammebetingelsene

Det er vår vurdering at styringsdokumentene sikrer en hensiktsmessig regulering av nettverkets virksomhet uten å bli for detaljstyrende. Tilskuddsbrevene fra Helsedirektoratet krever imidlertid en detaljert rapportering for tiltakene som mottar støtte.

Våre informanter oppfatter ikke dagens regelverk for tilskuddsordningen som begrensende for InnoMeds aktiviteter. Det er imidlertid vårt inntrykk at regelverket for tiltaksordningen er lite kjent. Kravene til måloppnåelse og rapportering virker derimot innarbeidet. Innovasjonsrådgivernes kontrakter og nettverksorganisasjonens egne plandokumenter har trolig vel så stor betydning for de faglige aktivitetene som direktoratets regelverk for tilskuddsordningen.

Det er et tankekors at gode ideer og vellykkede forprosjekter er svært avhengig av egeninnsats (eller andre eksterne finansieringskilder) for at de på sikt kan oppnå videreføring i form av hovedprosjektmidler f.eks. gjennom OFU/IFU-ordningen i regi av Innovasjon Norge eller Norges forskningsråds programmer. Potensielt sett kunne begrensede midler fra InnoMed bidra til å utløse flere vellykkede hovedprosjekt med ekstern finansiering og slik sett bidratt til å utløse viktig innovasjoner i sektoren.

5 Konklusjon

Denne evalueringsrapporten har tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger:

1. I hvilken utstrekning blir prosjektinnovasjoner bredt implementert i helse- og omsorgssektoren?
2. Hvordan er veien fra ideer blir fanget opp til de blir implementert i helse- og omsorgssektoren, og hva er det som fungerer eller ikke fungerer?
3. Hvordan er InnoMed regulert og finansiert og er dette hensiktsmessig i forhold til formålet med ordningen?

Finansieringen av InnoMed er relativt beskjeden, tatt i betraktning formålet for ordningen. Samtidig kan man si at med den beskjedne finansieringen har InnoMed utløst høy innovasjonsaktivitet gjennom sine forprosjekter, og av andelen forprosjekter som hittil har blitt videreført, har dette resultert i 18 lokale innovasjoner, hvorav 7 av disse har blitt bredt implementert.

5.1 Innovasjoner

InnoMed har som mål å bidra til kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgssektoren gjennom utvikling av løsninger forankret i nasjonale behov og som kan ha internasjonale markedsmuligheter. Evalueringen har vist at ni prosjekter (av 77 forprosjekter) og andre prosjekter initiert med støtte fra InnoMed (f.eks. behovskartlegging) har resultert i ni nasjonale løsninger. Andelen nasjonale løsninger kan virke beskjeden, men vi mener at en forklaring på dette er at det tar lang tid å frembringe nasjonale innovasjoner og at man dermed kan forvente at flere av prosjektene utvikler nasjonale innovasjoner i fremtiden. Utviklingen av innovasjoner kan ta flere år, og utviklingens varighet avhenger også av hvilke typer innovasjoner det er snakk om.

5.2 Innovasjonsprosjektkjeden

InnoMeds innovasjonsrådgivere i samarbeid med sekretariatet og styringsgruppen genererer høy innovasjonsaktivitet gjennom møteplasser, forstudier, og rekruttering av utvikling av forprosjekter. Deres drivkraft sammen med ildsjeler i sektoren utløser også avgjørende innsats fra de involverte sektoraktørene. Idétilfanget og rekrutteringen av forprosjekter er i stor grad avhengig av innovasjonsrådgivernes kompetanseområde, nettverk og organisasjonstilknytning. Det er derfor en utfordring på nasjonalt nivå å sikre rutiner for at de mest lovende ideene og innovasjonsprosjektene blir satset på og får tilskudd. Gitt dagens rammevilkår har ordningen en fornuftig innretning av rekrutteringsfasen og utviklingen av forprosjektene. Seleksjonen og rekrutteringen av forprosjekter er

målrettet, og forprosjektene går gjennom en omfattende prosess fra forstudier frem til eventuelt oppstart av hovedprosjekt.

Det er i overgangen fra forprosjekt til hovedprosjekt, og videre til implementering av innovasjon vi finner de store utfordringene for innovasjonsprosjektene. Dette ser ut til å ha sin årsak i flere forhold: I overgangen fra forprosjekt til hovedprosjekt er finansieringen fra Innovasjon Norge og andre virkemidler avgjørende – i likhet med forankringen av hovedprosjektet hos de relevante aktørene. Videre er det et poeng at mange av aktørene i helse- og omsorgssektoren foretrekker å satse på internt utviklede og innarbeidede løsninger, samtidig som at det er motvilje til implementering av eksternt utviklede løsninger. Dette har sin årsak både i det at endringsviljen er svak både i ledelsen og blant medarbeiderne, men også at en del løsninger ikke er tilpasset organisasjonen og arbeidsprosessene hvor dette skal tas i bruk. En annen viktig faktor som informantene påpeker, er at innovative innkjøp har blitt brukt i liten grad, der innovasjoner som utvikles lokalt ikke rulles ut i sektoren gjennom større innkjøp av prosjekteier selv eller andre tjenesteeiere. Selv med en bredt sammensatt styringsgruppe som har inngrep med store deler av helse- og omsorgssektoren, er dette forhold som ligger utenfor InnoMeds kontroll.

5.3 Rammevilkårene

InnoMeds virksomhet reguleres gjennom mandatet for styringsgruppen, regelverket for tilskuddsordningen, avtalen med SINTEF om sekretariatsfunksjonen, årlige avtaler til SINTEF og de øvrige organisasjonene som utfører innovasjonsrådgiverfunksjonene og/eller leder forprosjektene – i tillegg til nettverkets egne strategi- og plandokumenter. Det er vår vurdering at de nevnte dokumentene sikrer en hensiktsmessig regulering av nettverkets virksomhet uten å bli for detaljstyrende. Avtalene fra Helsedirektoratet krever imidlertid en detaljert rapportering for tiltakene som mottar støtte. Våre informanter oppfatter ikke dagens regelverk for tilskuddsordningen som begrensende for InnoMeds aktiviteter. Det er imidlertid vårt inntrykk at regelverket for tilskuddsordningen er lite kjent. Kravene til måloppnåelse og rapportering virker derimot innarbeidet. Innovasjonsrådgivernes kontrakter og nettverksorganisasjonens egne plandokumenter har trolig vel så stor betydning for de faglige aktivitetene som direktoratets regelverk for tilskuddsordningen.

Nettverksorganisasjonen InnoMed er kjennetegnet ved å ha et ambisiøst formål – behovsrettede innovasjoner som bidrar til kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgssektoren – samtidig som statlige myndigheter stiller relativt beskjedne midler til rådighet for utviklingsarbeidet. Den sterke vektleggingen av innovasjon og kvalitetsutvikling i en tid med store pågående organisatoriske endringer innenfor helse- og omsorgssektoren, kan tilsi at finansieringen av InnoMeds organisasjon og aktiviteter bør sikres framover fra statlig hold. Samtidig vil det være naturlig at de regionale helseforetakene og kommunesektoren bidrar sterkere til finansieringen av innovasjonsprosjektene som de selv ser behov for. Regional medfinansiering kan i tillegg være med på å sikre forankringen av innovasjonsprosjektene i de ulike organisasjonene, og dermed bidra til økt implementering og forankring av innovasjonene.

5.4 Betraktninger om veien videre

For å videreutvikle InnoMed bør overgangen fra forprosjekt til hovedprosjekt strømlinjeformes, samtidig som at løsningene i form av produkter og tjenester som utvikles gjennom hovedprosjektet i større grad bringes videre til andre relevante brukere nasjonalt. Dette forutsetter sterkere forankring i alle faser av innovasjonsprosjektkjeden hos prosjektaktørene selv, men også langt større engasjement for å kjøpe og ta i bruk nye utviklede løsninger i helse- og omsorgssektoren generelt. Nettverket InnoMed, andre virkemidler for innovasjon i helse- og omsorgssektoren sammen med sektoren selv kan stimulere og bidra til dette.

Prosjekter med stort innovasjonspotensial må sikres finansiering, gjerne ved å kombinere finansiering og annen ressursbruk fra virkemiddelapparatet og tjenestetilbyderne selv. Tilstrekkelig finansiering for

aktuelle funksjoner/aktiviteter underveis i innovasjonskjeden kan øke framdriften ved at de involverte aktørene (deriblant ildsjelene for innovasjonsarbeidet i større grad kan fristilles fra sine ordinære arbeidsoppgaver i organisasjonen) og bruke mer av sin tid til innovasjonsarbeid i det aktuelle InnoMed-prosjektet.

InnoMeds organisasjon gjennom styringsgruppe, sekretariat og rådgivere i regionene avgrensner selv hvordan utvalgte tjenesteytere i helse- og omsorgssektoren inviteres og involveres i behovsdrivet innovasjon. Denne avgrensningen er trolig nødvendig ut fra dagens kapasitet i det regionale leddet. Samtidig kan dette være en begrensende faktor for bredden i idétilfanget. Dagens tildeling av midler lyses ikke ut offentlig – noe som kan bidra til en redusert virkning av den behovsdrivne innovasjonsmodellen. Offentlig utlysning av innovasjonsprosjektene forutsetter imidlertid økt dimensjonering av aktiviteten i tidlig fase.

Referanser

- Damvad og Oslo Economics (2011) Behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. Evaluering utarbeidet av Damvad og Oslo Economics.
- Helsedirektoratet (2008): Avtale om strategisk samarbeid mellom Helsedirektoratet og Sintef Helse for gjennomføring av Program for kunnskapsutvikling og kunnskapsformidling knyttet til behovsdrevet innovasjon i helsesektoren. 19. mai 2005.
- Helsedirektoratet (2009): Avtale mellom Helsedirektoratet og SINTEF ved sin avdeling Medisinsk Teknologi (SINTEF) angående ledelse av InnoMeds Sekretariat datert 24.juni 2009.
- Helsedirektoratet (2012a): Forlengelse av avtale mellom Helsedirektoratet og SINTEF om drift av InnoMeds sekretariat. Brev datert 12. september 2012.
- Helsedirektoratet (2012b): Regelverk for tilskuddsordning: Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Kapittel 781 post 79. Helsedirektoratet/ Helse- og omsorgsdepartementet 21. juni 2012.
- InnoMed (2013a): Virksomhetsplan.13. februar 2013.
- InnoMed (2013b) Sakspapirer styringsgruppen, 18.oktober. Styremøte på Gardermoen.
- Helsedirektoratet (2013c) Avtale mellom Helsedirektoratet og Innovest AS for oppdraget 2013. Innovasjonsrådgiver i Helse Vest.
- Helsedirektoratet (2013d) Avtale mellom Helsedirektoratet og Inven2 AS for oppdraget 2013. Innovasjonsrådgiver i Helse Sør-Øst.
- Helsedirektoratet (2013e) Avtale mellom Helsedirektoratet og Norinnova for oppdraget 2013. Innovasjonsrådgiver i Helse Nord.
- Helsedirektoratet (2013f) Avtale mellom Helsedirektoratet og Prekubator TTO AS for oppdraget 2013. InnoMed-satsing i Stavangerregionen / Helse Stavanger.
- Helsedirektoratet (2013g) Avtale mellom Helsedirektoratet og SINTEF Teknologi og samfunn for oppdraget 2013. Innovasjonsrådgiver i Helse Midt-Norge.
- InnoMed (2006): Nasjonalt nettverk for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren (InnoMed) Mandat for styringsgruppen. 14. november 2006.
- InnoMed (2012a) Strategi for 2012-2014.
- InnoMed (2012b) Prosjekter i InnoMed 2006-2012.
- Sand, R., Nesheim, T. (2001) Innovasjon i Norsk helseindustri. En evaluering av Nasjonalt senter for innovasjonsbistand og næringsutvikling i helsesektoren – InnoMed. Nord-Trøndelagsforskning, Steinkjer.
- SINTEF, InnoMed, Helsedirektoratet, Helse Midt-Norge (2011) Behovsdrevet innovasjon. 10 steg til innovasjon i helsesektoren.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003): Innovasjon HelseNorge – Nasjonalt nettverk for helseinnovasjon. Rapport IS 1121. ISBN nr. 82-8081-028-5.

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no