

# Helseinnovasjon i Drammensregionen

- En forstudie om interesse og grunnlag for samskaping

Hilde Eide  
Ingunn Elvekrok  
Janne Dugstad



© 2018 Hilde Eide, Ingunn Elvekrok og Janne Dugstad  
Universitetet i Sørøst-Norge  
Vitensenteret Helse og teknologi  
Drammen, 2018

Skriftserien fra Universitetet i Sørøst-Norge nr. 6

ISSN: 2535-5325 (Online)

ISBN: 978-82-7860-338-3 (Online)



Utgivelser i publiseres som Creative Commons\* og kan kopieres fritt og videreformidles til andre interesserte uten avgift. Navn på utgiver og forfatter(e) angis korrekt. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.no>

## **Forord**

Denne rapporten er et resultat av et arbeid gjennomført fra høsten 2017 frem til sommeren 2018.

Buskerud Fylkeskommune har støttet arbeidet.

Grunnlaget for anbefalingene i denne rapporten er basert på a) en spørreundersøkelse til bedrifter i regionen, b) individuelle intervjuer og c) deltakelse i andre parallelle aktiviteter i regionen våren 2018.

Takk til alle som har bidratt med innspill, kunnskap og synspunkter. Den store interessen lover godt for fremtidig samarbeid om helseinnovasjon i Drammensregionen!

Drammen 20.september 2018

Hilde Eide, Ingunn Elvekrok og Janne Dugstad

# Innhold

<b>INNHold</b> .....	<b>4</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUKSJON</b> .....	<b>6</b>
BAKGRUNN .....	6
<i>Helsenæringens potensial</i> .....	7
<i>Tidligere helseklyngeutvikling i Drammensregionen</i> .....	7
<i>Klyngeutvikling er krevende</i> .....	8
<i>Noen regionale fortrinn</i> .....	9
<b>INNOVASJON I OFFENTLIG SEKTOR OG NÆRINGSUTVIKLING</b> .....	<b>10</b>
NASJONALE INNOVASJONSSYSTEMER (NIS). PROBLEMORIENTERT (MISSION-ORIENTED) INNOVASJON .....	11
REGIONALE INNOVASJONS-SYSTEMER (RIS). REGIONALE NETTVERK .....	12
SEKTORIELLE INNOVASJONSSYSTEMER (SIS). INNOVASJONSSYSTEMET I HELSE .....	13
<b>METODE</b> .....	<b>15</b>
<b>RESULTATER</b> .....	<b>16</b>
UTVALG .....	16
SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSEN .....	16
<i>Kjennskap til klynger</i> .....	16
<i>Hva er viktig for å vurdere medlemskap</i> .....	17
<i>Bidrag fra virksomheten</i> .....	18
«Lim» i klyngesamarbeid - infrastruktur .....	18
«Lim» i klyngesamarbeid – aktiviteter .....	18
Ønske om deltakelse i klyngevirksomhet .....	19
OPPSUMMERING AV RESULTATENE I SPØRREUNDERSØKELSEN .....	20
UTDYPENDE PROBLEMSTILLINGER BASERT PÅ INTERVJUER .....	21
<b>GRUNNLAG FOR FREMTIDIG SAMARBEID OM HELSEINNOVASJON</b> .....	<b>23</b>
MØTEPlass OG MARKEDSPlass I EN SAMARBEIDSMODELL .....	23
<i>Prosjekt «Helsehub»– navet i utvikling av person-orienterte helsetjenester</i> .....	23
<b>MULIGE FINANSIERINGSKILDER</b> .....	<b>24</b>
<b>KONKLUSJON OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>25</b>
<b>REFERANSER</b> .....	<b>25</b>
<b>OM USN FORSKERNE</b> .....	<b>26</b>

## Sammendrag

Bygging av nytt sykehus på Brakerøya i Drammen innebærer en gyllen mulighet for helseinnovasjon og regional utvikling, for å gå sammen om å finne gode svar hvordan "pasientens helsevesen" kan realiseres i Drammensregionen; svar som også kan bidra til bærekraftig utvikling av helse- og velferdssystemet nasjonalt og internasjonalt.

Hensikten med denne forstudien er

- Å identifisere aktørenes interesse for og mulighet til å være med og delta aktivt i en helseklynge i Drammensregionen,
- Å identifisere hva interesserte aktører selv ønsker og tror de vil få ut av det å delta i en slik klynge og
- Å identifisere hva interesserte aktører ser for seg som viktig felles interesse i en slik klynge, og hvordan samspillet i en slik klynge kan koordineres?

En spørreundersøkelse med 48 bedrifter og dybdeintervjuer med 9 sentrale aktører ble gjennomført. Spørreundersøkelsen viste at

- kjennskapen til eksisterende helseklynger er gjennomgående lav
- viktigste motivasjon for klyngedeltakelse er tilgang til ny kunnskap, muligheter for å lære av andre, nye markeder, tettere kontakt med andre virksomheter samt omdømmebygging
- respondentene kan bringe inn kunnskap, erfaring og ideer til (felles) prosjekter
- viktigste aktiviteter/fasiliteter i et klyngesamarbeid er en dyktig koordinator og felles mål, samt prosjektsamarbeid og kortere mingle-/temamøter
- halvparten av respondentene mener det er aktuelt eller svært aktuelt å delta i et klyngesamarbeid, 4 av 10 svarer det samme om en regionavdeling av en nasjonal klynge
- for nesten like mange er samlokalisering i forbindelse med helseparken aktuelt eller svært aktuelt.

Intervjuundersøkelsen avdekket dilemmaer og utfordringer som det kan bli viktig å utrede og ta stilling til i det videre arbeidet. Dilemmaene knytter seg særlig til:

- Felles faglig fundament: Grunnlaget for samarbeid og samskaping må være et felles overordnet mål, som å bidra til å realisere tanken om pasientens helsevesen. Dette vil kreve samarbeid på tvers av fagområder og sektorer, som er krevende.
- Behovsdrevet innovasjon: Det er behov for å utvikle "pasientens helsevesen", men (de offentlige og private) helsetjenestene har begrenset kapasitet for å gjennomføre utprøvinger av innovasjoner samtidig som tjenestene er i full drift.
- Det regionale versus det nasjonale og internasjonale. Ideer som kan bryte gjennom teknologi- og kunnskapsfronten kan utvikles og implementeres regionalt, men vil ofte kreve samarbeid nasjonalt og/eller internasjonalt for å nå sitt fulle potensiale.
- Samlokalisering versus regionalt område: Hvor stor bør omkretsen i den geografiske sirkelen være for å skape best mulig dynamikk for samskaping?
- Nettverk versus klynge: Hvordan samarbeide med andre gode miljøer som kan gi nye muligheter i det videre arbeidet?

Konklusjon: Det synes å være et godt grunnlag for å utvikle videre samarbeid om helseinnovasjon i Drammens-regionen. Det er fortsatt uklart hvem som skal samle næringslivet (og hvordan) som vil bidra til utvikling av helsenæring i regionen. Det trengs også en aktør som tenker «utenfor boksen» som kan heve innovasjonshøyden. Fylkeskommunen og det offentlige partnerskapet har lagt et godt grunnlag for å invitere til prosjektutvikling og samarbeid med næringslivet via det treårige prosjektet «Helsehub – navet i utvikling av person-orienterte helsetjenester».

## Introduksjon

Vitensenteret helse og teknologi ved Universitetet i Sørøst-Norge har fått i oppdrag av Buskerud Fylkeskommune, Innovasjonsprogrammet, å gjennomføre en forstudie tilknyttet satsningen rundt en Helseklynge i Drammen. Forstudien er knyttet opp mot pågående prosesser i regionen, som sykehusbyggingen, utbygging av Drammen Helsepark i regi av Bane NOR, Eidos og Fjordbyen i Lier kommune, fylkeskommunens prosess og næringsforeningens arbeid med Verdiskapning 2020.

Hensikten med forstudien er

- Å identifisere aktørenes interesse for og mulighet til å være med og delta aktivt i en Helseklynge i Drammensregionen,
- Å identifisere hva interesserte aktører selv ønsker og tror de vil få ut av det å delta si en slik klynge og
- Å identifisere hva interesserte aktører ser for seg som viktig *felles* interesse i en slik klynge, og hvordan samspillet i en slik klynge kan koordineres?

På bakgrunn av dette vil vi foreslå modeller for organisering og ledelse av samarbeid om helseinnovasjon og peke på noen finansieringsmuligheter.

## Bakgrunn

Det skal stå et nytt sykehus klart på Brakerøya utenfor Drammen i 2024. Mange ønsker å ta del i utviklingen, som innebærer mye mer enn å flytte dagens sykehusdrift inn i et nytt bygg. Brakerøya skal omreguleres og konsepter skal utvikles for sykehus, helsetjenester, næringsliv, utdanning, offentlige tjenester og ulike boligformål.

Vedtaket om nytt sykehus har trigget aktørene i det etablerte regionale partnerskapet til å sette fart på arbeidet seg imellom for å fremme vekst i helsenæringen i Drammensregionen og regionen forøvrig, og konkret blir området på Brakerøya beskrevet som «Drammen Helsepark». Et intensivt samarbeid er satt i gang mellom Næringsforeningen i Drammensregionen, Drammen kommune, Lier kommune, Vestre Viken Helseforetak, Universitetet i Sørøst-Norge, Buskerud Fylkeskommune, innovasjonsselskap, virkemiddelapparatet og bedrifter.

Mye ligger til rette for et godt samarbeid mellom disse partene, basert på felles målsetting om å styrke den regionale verdikjeden og lang tradisjon for å samarbeide. Det er etablert et forprosjekt for å utvikle et helseklyngesamarbeid knyttet til de muligheter som bygging av nytt drammen sykehus på Brakerøya og Helsepark Drammen vil gi.

Fylkesrådmann og utviklingssjef i Buskerud fylkeskommune har i dialog med Vestre Viken Helseforetak tatt på seg å samordne interesser knyttet til en mulig etablering av helseklynge på Brakerøya med nytt sykehus som utløsende faktor. Forprosjektet som er etablert tar sikte på å koordinere de ulike initiativene og rydde i roller og oppgaver.

Styringsgruppen for forprosjektet består i dag av offentlige aktører: Fylkesrådmann i Buskerud fylkeskommune, prosjektdirektør Nytt Vestre Viken sykehus, rådmann i Drammen, rådmann i Lier og rektor ved Universitetet i Sørøst-Norge. Gøril Brodahl, BFK er prosjektleder.

Det er etablert en arbeidsgruppe med deltakere fra de ulike offentlige aktørene supplert med Næringslivsforeningen i Drammen, Kongsberg innovasjon og kompetansemegler for helsenæring i Buskerud, som arbeider med å skissere et innhold og mulig fokus i en klynge-satsning basert på brukerdrevet innovasjon, der kommunene og sykehuset som tilbyr pasienter helsetjenester fra «hjem til hjem» er premissleverandører. En annen arbeidsgruppe utreder utdanningsinstitusjonenes ambisjoner og ønsker.

### *Helsenæringens potensial*

Nasjonalt er helsenæringen spådd en stor vekst. Menon Economics (Jakobsen, Lind, Skogli, & Theie, 2018) peker i sine rapporter i 2017 og 2018 om helsenæringens verdi på at helsenæringen innebærer en dobbel mulighet for Norge: *"Mens inntekter fra flere andre store næringer vil avta, kan denne næringen vokse til å bli en nøkkelnæring i Norge da mulighetene globalt for denne næringen er store og i vekst. Samtidig kan næringen bli et viktig svar på helse- og omsorgsutfordringene i Norge de neste tiårene"* (s 3). Helsenæring er forskningsintensiv, og for mindre bedrifter er tilgang på FOU kompetanse viktig. Det er stor vilje til nyskaping, men det må tilrettelegges for tilgang til risikokapital. Det er stort potensial for produktivitetsvekst i helsesektoren, men samtidig opplever helseindustrien at offentlig helsevesen ikke stimulerer til innovasjon. Næringsvekst tilknyttet helse kan gi store eksportinntekter og kan samtidig skape store samfunnsgevinster.

Alt dette innebærer muligheter for helsenæringsutvikling og vekst tilknyttet nytt sykehus på Brakerøya.

### *Tidligere helseklyngeutvikling i Drammensregionen*

Tilbake til 2005-2006 vurderte et stort partnerskap i Drammensregionen at helsenæring hadde et vekstpotensial i regionen. Gode samarbeidsrelasjoner mellom kommunesektor, sykehuset og universitetet (daværende Høgskolen i Buskerud) og deres virksomhet og kompetanse muliggjorde en større satsing på næringsutvikling tilknyttet helse. Samtidige prosjekter som campusutvikling på Papirbredden og byutviklings- og infrastrukturtiltak var en klar styrke. Partene bak Papirbredden-utbyggingen, Drammen kommune, Høgskolen i Buskerud og Papirbredden Eiendom etablerte et felles innovasjonsselskap, Papirbredden Innovasjon, og DRIV inkubator ble flyttet fra Kongsberg for å tilrettelegge en verdikjede for innovasjon i helsenæring. Partnerskapet samarbeidet godt gjennom blant annet scenariotekning, og Arena Helseinnovasjon ble etablert som et klyngeprosjekt i perioden 2009 til 2012. Arena Helseinnovasjon hadde finansiering fra Innovasjon Norges klyngeprogram (Arenafinansiering). VRI midler fra NFR og Buskerud Fylkeskommune finansierte en rekke samskapende prosesser som fremmet innovasjon. Både sykehus/helseforetak og kommuner la fram en rekke ulike brukerbehov, og det ble klart at kommunene ville utgjøre markedet for Arena Helseinnovasjons-bedriftenes teknologiutvikling. Dette markedet var svært umodent tilbake i 2009 og velferdsteknologi-markedet er fremdeles umodent i 2018. Den *samskapende arbeidsmetodikken* som partnerskapet utarbeidet gjorde det imidlertid mulig for alle parter å delta og utvikle seg ved aktiv, strategisk bruk av flere virkemidler. Høgskolens forskere deltok i prosessene og høgskolen tilrettela en del tiltak: For bedriftene kontorplasser i forskningsmiljøene og for kommunene ny utdanning innen helse- og velferdsteknologi. I 2012 åpnet Vitensenteret helse og teknologi, som en felles arena for partnerskapets virksomhet. Vitensenteret er således et direkte resultat av den regionale utviklingen.

Da Arenafinansieringen var avsluttet, dannet bedriftene et salgsselskap som videreførte Arena Helseinnovasjon-navnet. Det store partnerskapet videreførte klyngeaktivitetene under navnet Arena Helse Forskning og Innovasjon. Dette innebar flere OFU-prosjekter, der en del av teknologiutviklingen ble flyttet ut i kommunene, og forsøk på å etablere en større klynge ved å samarbeide med IT næring (Østfold) og med byggenæring (Agder). VRI finansiering fra Buskerud og Agder var gode bidrag i disse prosessene, og om lag 60 bedrifter deltok i forpliktende samarbeid over tid. En del av kommunene som hadde deltatt i partnerskapet gjennom disse årene besluttet å implementere velferdsteknologi utviklet av Arena Helseinnovasjon. Kommunene valgte i fellesskap et tjenesteområde der de mente teknologi ville bidra til økt sikkerhet og kvalitet: tilsyn av personer med demens som er såkalte nattevandrere. Digital tilsynsteknologi fra Arena Helseteknologi AS, senere Caretech AS, ble implementert i 8 kommuner og den omfattende prosessen med å digitalisere, innovere og designe nye tjenester ble gjennomført. Deltakere fra Buskerud har vært Drammen, Lier, Nore og Uvdal, Kongsberg og Øvre Eiker, og for øvrig har Risør, Grimstad og Holmestrand medvirket. Teknologien er også implementert i Hallingdal og i dag er det 15 kommuner som bruker løsningen til Caretech aktivt eller som pilot i Buskerud, Vestfold, Agder, Rogaland, Oslo, Stockholm og Västerås (Sverige). Vitensenteret helse og teknologi etablerte følgeforskning i samarbeid med Universitetet i Agder, med finansiering fra Regionale forskningsfond over 4 år (2013-2017) (Dugstad, Nilsen, Gullslett, Eide, & Eide, 2015; E. Nilsen & Gausdal, 2017; E. R. Nilsen, Dugstad, Eide, Gullslett, & Eide, 2016). Den felles innsatsen over tid medførte at høgskolen fikk tildelt studieplasser øremerket helse og IKT. Høgskolen har nå blitt universitet, og tilbyr den unike masterutdanning «Digitalisering og innovasjon i helse- og velferdstjenester» fra 2018<sup>1</sup>. Utdanningen er utviklet i tett samarbeid med partnerskapet.

### *Klyngeutvikling er krevende*

Næringsutvikling er krevende i seg selv, og klyngeutvikling er omfattende. Flere klynger som allerede samarbeider seg imellom på helsenæringsområdet er NCE [Norway Health Tech](http://www.norwayhealthtech.com/nb/)<sup>2</sup>, NCE Systems Engineering (nå omstillingsmotor innen [Kongsberg Innovasjon](https://kongsberginnovasjon.no/tjenester/kongsbergklyngen/)) på Kongsberg<sup>3</sup>, [Smart Innovation](https://www.smartinnovationnorway.com/) klyngen i Østfold<sup>4</sup> og [Norwegian Smart Care Cluster](https://www.smartcarecluster.no/) i Stavanger<sup>5</sup>.

Utfordringene knyttet til (manglende) sammenhengende informasjonsflyt i helse- og omsorgskjeden er en regional, internasjonal og internasjonal problemstilling. Aktører i en helseklynge med sete i Drammen kan gjennom klyngeaktiviteter bidra til å løse behovet for en søm-løs (informasjons)flyt i omsorgskjeden fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten og omsorg/rehabilitering.

Det nasjonale arbeidet ledet av Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse setter fokus på utvikling av standarder for informasjonsutveksling. Norge har vært tidlige ute med dette gjennom etableringen av Norsk Helsenett som sikker infrastruktur og PLO 1.7 og PLO 2.0 som formater for meldingsutveksling. Arbeidet er beskrevet i Meld.St 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal*. Stortingsmeldingen beskriver en ambisjon om bruk av data, men ikke noen konkrete løsninger.

---

<sup>1</sup> <https://www.usn.no/studier/finn-studier/helse-og-sosialfag/master-i-klinisk-helsearbeid/digitalisering-og-innovasjon-i-helse-og-velferdstjenester/>

<sup>2</sup> <http://www.norwayhealthtech.com/nb/>

<sup>3</sup> <https://kongsberginnovasjon.no/tjenester/kongsbergklyngen/>

<sup>4</sup> <https://www.smartinnovationnorway.com/>

<sup>5</sup> <https://www.smartcarecluster.no/>



Det er nå store nasjonale prosjekt ledet fra e-hesledirektoratet for å ta frem åpne integrasjonsplattformer både i sykehus-sektoren og i kommune-sektoren. Ambisjonen er å sikre informasjonsflyten i en kompleks og sårbar hverdag. Ofte misforstås denne ambisjonen som at alle skal bruke samme system.

Arbeidet bærer preg av høye ambisjoner og domineres av spesialister. Det prosjektene i liten grad tar for seg er brukerens kompetanse, styringsmodeller i helse- og omsorgstjenesten, samhandlingen mellom pasient, pårørende, ansatt, ledelse og politikere. Etter som tiden i prosjektene går avdekkes det også en kompleksitet i informasjonsmodeller og datasystemer som skal samhandle med komplekse organisasjons- og styringsmodeller.

Denne rapporten har ikke som mål å gi en oversikt over de initiativene som pågår; men [Innomed](http://innomed.no)<sup>6</sup> og [Nasjonalt Senter for e-helseforskning](https://www.ehealthresearch.no/)<sup>7</sup> i Tromsø har store nasjonale oppgaver på dette området.

### *Noen regionale fortrinn*

Vår region skiller seg fra Oslo med en kommunestruktur med alt fra en stor bykommune til svært små distriktskommuner. Norske kommuner uavhengig av størrelse er pålagt å levere de samme tjenester til sine brukere. Erfaringene fra tidligere nettverks- og klyngeprosjekter og den eksisterende basen av teknologi i kommuner som har vært piloter og som har velferdsteknologi implementert i sine tjenester, muliggjør en større satsing hvor vi bygger videre på de erfaringer partnerskapet har og setter dette inn i et større utfordrings – og mulighetsbilde.

Samtidig er det store endringer både på fylkesnivå; der det etableres nye fylker fra 2020 (for Buskerud: Viken), samt endringer i kommunesammensetninger. Dette gir også gode muligheter for samarbeid og reorganisering både av infrastruktur og tjenestetilbud.

Regionen får et nytt sykehus som kan bidra til å redefinere pasientflyten mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette er en unik mulighet til å gripe tak i reorganiseringen av pasientstrømmen mellom kommunene og det nye sykehuset.

---

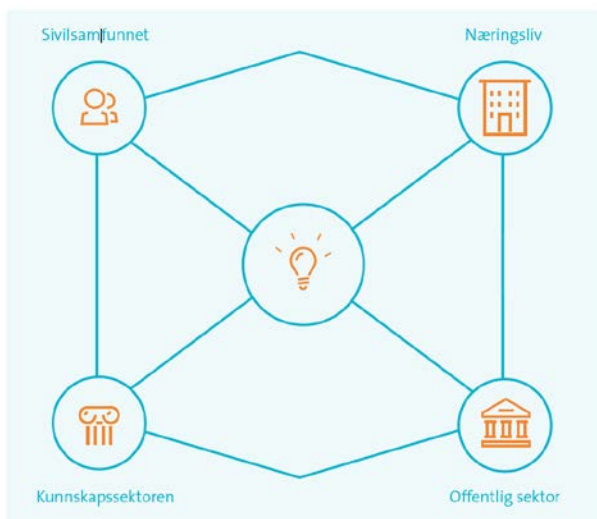
<sup>6</sup> <http://innomed.no/om-innomed>

<sup>7</sup> <https://www.ehealthresearch.no/>

## Innovasjon i offentlig sektor og næringsutvikling

Innovasjon er i det statlige systemet definert som «nye eller vesentlig forbedrede varer, tjenester, prosesser, organisasjons – og styringsformer eller konsepter som tas i bruk for å oppnå verdiskaping og/eller samfunnsnytte» (Forskningsrådet, 2018)<sup>8</sup>. Det legges vekt på at innovasjonene samskapes mellom de ulike aktørene i sivilsamfunnet, kunnskapssektoren, offentlig sektor og næringslivet basert på gjensidig tillit til hverandre. Denne samskapingsprosessen er illustrert i figur 1 under.

Figur 1. Aktører som er sentrale for Innovasjon i offentlig sektor



(Forskningsrådet, 2018)

Det store behovet for innovasjon i offentlig sektor er sentralt for utviklingen av helseinnovasjon i Drammensregionen. Dette behovet vil også kunne drive næringslivet og skape nye arbeidsplasser innen helsenæringen, hvis vi fremover skal kunne ha et bærekraftig helse- og sosialvesen i Norge sett i lys av samfunnsendringer som er forventet.

Utfordringene er globale. FNs mål for en bærekraftig utvikling særlig på de tre områdene klimaendringer, befolkningens helse og velferd og de kommende demografiske utfordringene danner rammen om behovet for innovasjon og kunnskapsbasert utvikling (Forskningsrådet, 2018).

Et viktig element i samordningen av offentlige og private initiativ for fremme av innovasjon har vært et tiltakende fokus på innovasjonssystemer. En systemtilnærming til innovasjon innebærer dermed å identifisere de viktigste aktørene som bidrar til kunnskapsutvikling, hvordan disse er koblet til hverandre, hvilke roller de ulike aktørene har og hva de bidrar med, samt hvordan sosiale mekanismer i samfunnet fungerer som insentiver eller barrierer for kunnskapsdeling og utvikling av nyskapende løsninger. En setter med andre ord fokus på hvordan nyskappings- og læringsprosesser finner sted i en helhetlig og flerfaglig kontekst (Edquist, 2005). I en slik sammenheng utvikles ny kunnskap og nye innsikter gjennom langsiktige utviklingsprosesser der nettverk av gjensidig avhengige parter medvirker til nyskaping. Slike læringsprosesser finner også sted innenfor institusjonelle rammer som varierer fra samfunn til samfunn.

---

<sup>8</sup> Forskningsrådet. (2018). Innovasjon i offentlig sektor. Forskningsrådets strategi 2018-2023.

Teorier om innovasjon og næringsøkonomiske systemer forklarer på ulike måter hvorfor og hvordan innovasjon skjer. Et innovasjonssystem kan i bred forstand omfatte alle sentrale aktører, nettverk og institusjoner som bidrar inn i utvikling, implementering og spredning av innovasjoner (Bergek , Jacobsson, Carlsson, Lindmark, & Rickne, 2008; Maghe & Cincera, 2016). Et innovasjonssystem kan også beskrive samspillsformer mellom aktørene (Chang & Chen, 2004) og virkemidler for å stimulere innovasjonsaktivitet der særlig læring er sentralt (B. Å. Lundvall, 2010).

Innovasjonssystem deles vanligvis inn i tre nivåer: nasjonale, regionale og sektorielle innovasjonssystemer (Teigen H, 2007).

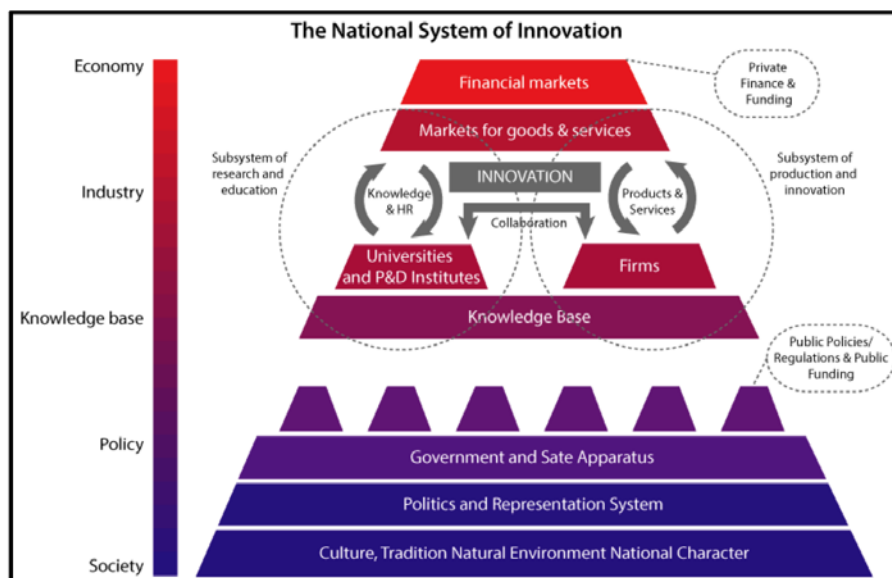
## **Nasjonale innovasjonssystemer (NIS). Problemorientert (mission-oriented) innovasjon**

De første studiene av (nasjonale) innovasjonssystemer (NIS) fokuserte på teknologi- og kunnskapsutvikling innenfor en nasjons grenser (Freeman, 1987; B.-A. Lundvall, 1992). Studiene var blant annet opptatt av bedriftsorganisering, samarbeidsrelasjoner i dyader og nettverk, det offentliges rolle i tilrettelegging for utvikling og spredning av kunnskap, herunder kapitaltilgang og organisering av FoU sektoren.

Nyere tenkning om nasjonale innovasjonssystemer som er førende både internasjonalt og nasjonalt er inspirert av arbeidet av professor i økonomi og innovasjon Marianna Mazzucato ved University College London (Mazzucato, 2017). Det er vesentlig at innovasjon tar utgangspunkt i de store samfunnsutfordringene, og at staten har en sentral rolle i å legge til rette for innovasjon og samskaping. I tillegg til utfordringene som alt er nevnt i omgivelse (som klimaendringer), demografi og helse og velferd, er det utfordringer knyttet til å generere bærekraftig inkluderende utvikling og velstand; særlig fattigdomsproblemer, utenforskap og ungdomsarbeidsløshet. Selv om staten bør ha et sentralt ansvar for å tilrettelegge for og forme «markedet» mener Mazzucato at det er behov for desentraliserte, nettverksbaserte og entreprenørielle offentlige organisasjoner. Dette fordrer samarbeid mellom det offentlige og det private næringsliv.

Innovasjon er usikkert – det er ingen garanti for å lykkes; og for hver vellykket innovasjon er det alltid mange som har mislykkes. Derfor mener Mazzucato at offentlig finansiering bør være grunnleggende i prosessen det er å drive frem de innovasjoner samfunnet trenger samt bære risiko i tidlige faser. Hun fremstiller et nasjonalt innovasjonssystem på følgende måte:

Figur 2. «Representation of a national system for innovation.»



Source: figure created by Mazzucato and Penna (2016) based on diagram prepared by the Japanese Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology (MEXT, 2002).

I denne rapporten vil vi skissere en modell for regional helseinnovasjon med dette perspektivet som utgangspunkt.

## Regionale Innovasjons-systemer (RIS). Regionale nettverk

Begrepet regionale innovasjonssystemer (Bjørn T Asheim & Isaksen, 1997; Cooke, 1992; Cooke, Uranga, & Etxebarria, 1997) ble utviklet i forlengelsen av Freeman og Lundvalls analyser av nasjonale innovasjonssystemer, og har følgelig flere likhetstrekk. Begge perspektiver legger vekt på at læring skjer i aktivitet med andre, at det er nødvendig å legge til rette for samhandling, betydningen av institusjonelle rammer og at utviklingen av og i systemet skjer gradvis. Men der de nasjonale systemene er opptatt av overordnede systemer, er RIS – perspektivet opptatt av bedriftsnivået, og innovasjoner i bedrifter, og legger vekt på fysisk nærhet og vedvarende samhandling i en region. Den geografiske nærhet forventes å i stor grad legge til rette for de nødvendige læringsprosessene (Storper & Harrison, 1991; Storper & Scott, 1995). Dette er på flere måter en parallell til tidligere teorier om industrielle distrikter og klynger (M. E. Porter, 1998; Rosenthal & Strange, 2004), som beskriver den spontane dynamikk som oppstår innenfor bestemte næringer og geografiske områder. Porter definerer klynger som geografiske konsentrasjoner av inter-relaterte bedrifter og institusjoner, og hevder at faktisk nærhet og personlig interaksjon er grunnleggende for å bygge den tilliten som er nødvendig i utvikling av (felles) prosjekter (M. E. Porter, 1998; Michael E Porter, 2000).

RIS-teorien anerkjenner således at klynger er viktige, men det legger også vekt på en rekke andre faktorer for å fremme og diffundere innovasjon i en region. Der studier av agglomerasjoner (lokal fortetning av bedrifter) og klynger er opptatt av markedsstyrte kjøper- leverandørrelasjoner, fokuserer studier av regionale innovasjonssystemer på utvikling av nettverksrelasjoner og kunnskapsdeling innenfor rammen av nettverket. Der Porter og Krugman er opptatt av at samlokalisering skjerper bedriftene og gjør dem mer konkurransedyktige, legger RIS isteden vekt på hvordan samarbeid mellom ulike aktører i et større nettverk av private og offentlige aktører bidrar til kunnskapsutvikling og læring.

RIS – tilnærmingen fokuserer på dynamiske, hensiktsmessige samfunn med sterke relasjoner basert på samarbeid, tillit og medvirkning av verdi, og deling av komplementære teknologier eller kompetanser (Durst & Poutanen, 2013). Innovasjonssystemer opprettes vanligvis rundt et sentral knutepunkt - teknologiplattform, sosiale eller økonomiske forhold - som setter sentrale agenter sammen for å samhandle. Systemet forstås gjennom å fokusere på helhet, ikke ved å fokusere på aktivitetene til enkelt-komponenter i isolasjon (Bjorn T Asheim, Smith, & Oughton, 2011).

Avhengig av utviklingsstadiet har det vært en felles forståelse at klynger må motta tilsvarende skreddersydd støtte gjennom passende klyngepolitiske tiltak. Det er ingen "one-size-fits-all" -politikk eller -program, men et behov for å utvikle og implementere ulike politikker eller programmer som adresserer de ulike gruppene.

## **Sektorielle innovasjonssystemer (SIS). Innovasjonssystemet i helse**

Utgangspunktet for avgrensingen av et sektorielt innovasjonssystem er ikke et spesifikt geografisk område, men de aktørene som medvirker til å utvikle spesifikke produkter og/eller produksjonsteknologier, gjerne spesielt tilpasset en spesifikk næring. Elementene som inngår i et sektorielt perspektiv er tilsvarende som i det nasjonale og regionale systemet, og det er forskjeller mellom sektorene som skaper et behov for en næringsmessig avgrensning. I studier av sektorielles innovasjonssystemer er ikke det altså ikke det territorielle som er rammen, men bransjen.

Helsedirektoratet forutsetter i sin rapport (2018) at et system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene skal baseres på virkemidler i det nasjonale innovasjonssystemet, og der det spesielt skal vises til og foreslås tiltak som stimulerer innovasjonsevnen og innovasjons-aktiviteten i helse- og omsorgstjenestene. Et helhetlig nasjonalt system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene skal sikre «lokalt, regionalt, nasjonalt, tverrsektorielt samarbeid». Helsedirektoratet legger til grunn at et nasjonalt system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene skal bestå av planlagte elementer, mens det lokalt og regionalt vil bli initiert og etablert innovasjonssystemer ut i fra naturlige samarbeidsrelasjoner og aktører basert på løpende behov, såkalte brede eller spontane innovasjonssystemer (Teigen H, 2007).

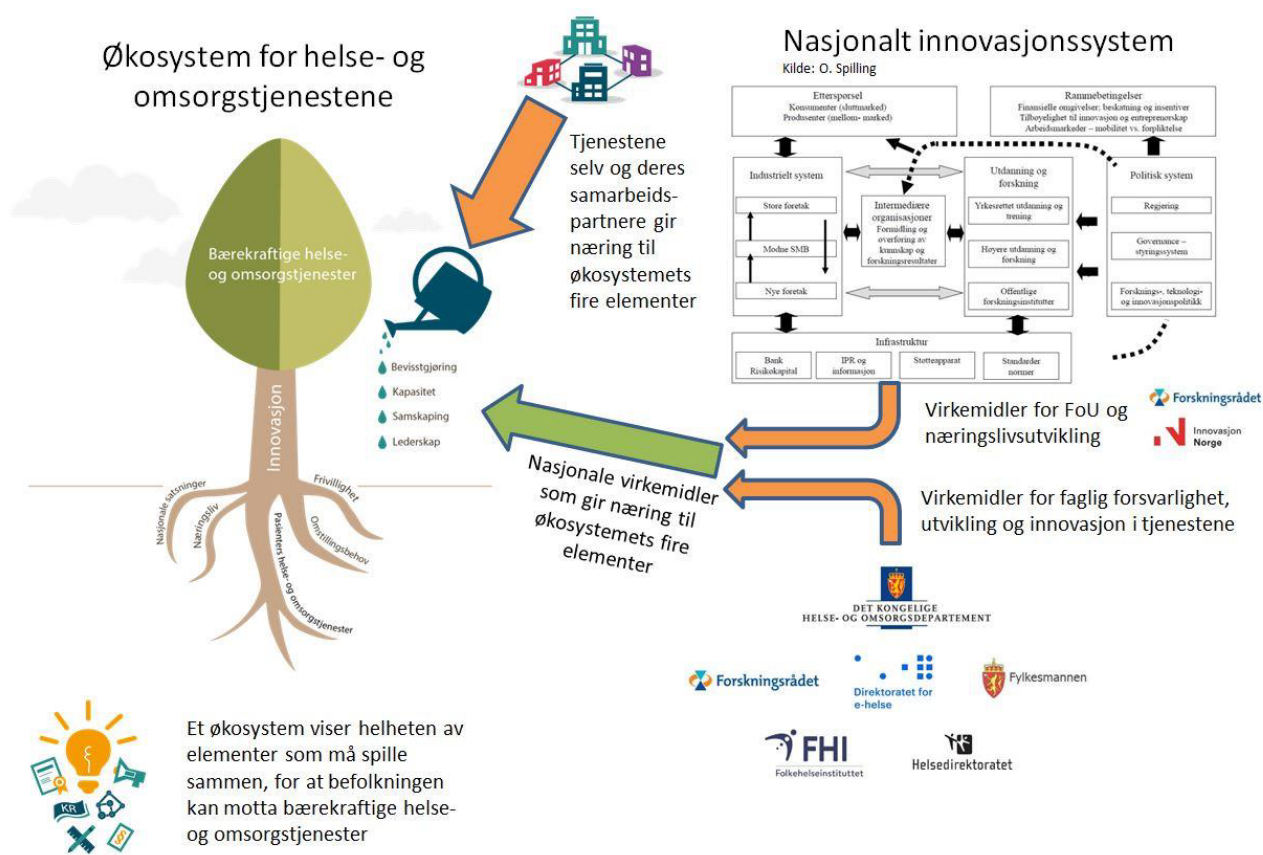
Helsedirektoratet har valgt å ta utgangspunkt i en strukturering av elementene i et nasjonalt helhetlig system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, som følger en kunnskaps- og erfaringsbasert tilnærming, som hovedsakelig er basert på Christian Basons bok «Leading public sector innovation – Co-creating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

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

Tradisjonelt sett gir et nasjonalt innovasjonssystem virkemidler for å stimulere forskning og næringslivsutvikling. Dette er viktig for å fremme forskningsdrevet innovasjon og for å bygge helsenæringen. Helse- og omsorgstjenestene er avhengig av virkemidler som gir rammer for

faglig forsvarlighet, utvikling og innovasjon i tjenestene. Disse virkemidlene kanaliseres ikke gjennom det nasjonale innovasjonssystemet, men gjennom en egen helsefagkanal som spinner ut fra virkemidler som forvaltes av helse- og omsorgs-departementet. Disse virkemidlene kanaliseres ut til tjenestene bl.a. gjennom Norges forskningsråd, fylkesmannsembetene, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet.

Et økosystem for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene vil dels gjennom det nasjonale innovasjonssystemet og gjennom helsefagkanalen gi et bilde av hvilke virkemidler som gir næring til økosystemets fire elementer. Ved å sette virkemidler inn i en helhet, kan en få overblikk om virkemidlene er tilstrekkelig for å stimulere innovasjon med mål om bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Dette kan skisseres slik (s 13/14, (Helsedirektoratet, 2018))



Figur 3: Helsedirektoratets modell for økosystem for helse – og omsorgstjenestene

## Metode

Studien har en kartleggende og til dels samspills-forskningsbasert design da forskerne har deltatt i ulike fora underveis og gitt innspill og kommentar til det som er pågående prosesser, som deltakere i det regionale partnerskapet.

Forskjellige metoder er brukt:

*En digital spørreskjemaundersøkelse* ble sendt ut til bedrifter som var identifisert av prosjektleder for Drammen Helsepark, til medlemmer i Næringsforeningen i Drammen og til kommunalsjefer i Vestre Vikens nedslagsfelt der Vestregionen bidro med forslag til informanter. Spørsmålene omfattet kunnskap om eksisterende klynger, hva som er viktig i et klyngesamarbeid, hva man selv kan bidra med og hvordan et slikt samarbeid kan organiseres. Spørsmålene og svar er presentert i resultatdelen.

*Dybdeintervjuer* ble gjennomført med ni informanter som ble valgt strategisk for å få komplementære og utfyllende synspunkter på samarbeid om helseinnovasjon. De ni representerte sykehus (2), bedrifter (2), nasjonale fagstrategiske aktører (2), universitetsledelse (1) og bedrifters interesseorganisasjoner (2). Intervjuene startet med bred refleksjon rundt utvikling av et samarbeid om helseinnovasjon og muligheter og utfordringer rundt dette. Vi hadde utformet en intervjuguide som anga strukturen for intervjuet, men som ble tilpasset den individuelle informant og hvilken rolle informanten har i økosystemet.

Videre har forskerne deltatt i arrangementer og prosesser i regionen:

- Deltakelse i ekspertpanel i Helsedirektoratets arbeid om et økosystem for helseinnovasjon
- Deltakelse i Næringsvekst 2020, ressursgruppe for helsenæring
- Deltakelse i Fylkeskommunens to arbeidsgrupper knyttet til helsesatsingen.
- Deltakelse i Fylkeskommunens verdiskapingsteam
- Fremlegg av foreløpige resultater med mulighet for innspill og validering på et stormøte arrangert av BFK
- Fremlegg av foreløpige resultater med mulighet for innspill og validering for kontaktutvalget for næringslivet i Drammen kommune
- Dialogmøte med ordfører og kommunalsjef for områdeutvikling, Lier kommune

Studien bygger på empirisk mangfold. Intervjuer er tatt opp på lydbånd og transkribert fullt ut. Det er foretatt en tematisk analyse av dette materialet. Spørreskjemaundersøkelsen er sammenholdt med intervjuene og deltakelse i prosesser samt relatert til nasjonale strategier.

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste som er USNs personvernombud.

# Resultater

## Utvalg

48 bedrifter har svart på spørreundersøkelsen. Ni personer (fra USN, Norway Health Tech, NHO, Drammen sykehus, e-helsedirektoratet, Drammensbedrift, et sykehus med regionalt ansvar, NFR-regionalt, eiendomsutvikling) er intervjuet.

## Spørreskjemaundersøkelsen

Av de 48 virksomhetene som svarte var 31 private foretak, 12 offentlig virksomhet, 1 er statseid foretak, 2 fra utdanning og forskning og 2 annet. Kjønnfordelingen til de som svarte var tilnærmet lik (25 var menn og 21 var kvinner, 3 oppga ikke kjønn), og disse var hovedsakelig øverste leder. De som svarte representerte flere fagområder; teknologi og systemutvikling (2), private helse og omsorgstjenester (19), offentlige helse og omsorgstjenester (9), bygg og anlegg (7), konsulenttjenester (4), IKT-tjenester (2), annet (5). 45 % av bedriftene var små med 1-5 ansatte, 15% av bedriftene hadde mellom 51 og 200 ansatte og 15% mellom 201 og 1000 ansatte. Tabell 1 viser fordelingen mellom bransje og størrelse på bedriftene.

Tabell 1 Bransje og størrelse på bedriftene

Bransje	1-5 ansatte N (%)	6-20 N (%)	21-50 N (%)	51-200 N (%)	201 - 1000 N (%)	>1000 N (%)
Utdanning og forskning	0	0	1	1	0	0
Offentlig virksomhet	2	1	1	1	6	1
Privat foretak	18	3	2	5	1	2
Statseid foretak	1	0	0	0	0	0
Annet	1	1	0	0	0	0
Sum	22 (45)	5 (10)	4 (8)	7 (15)	7 (15)	3 (6)

## *Kjennskap til klynger*

På spørsmål om hvilke klynger bedriften kjente til var det generelt lavt kjennskap til eksisterende klynger. Flest kjente til Oslo Cancer Cluster, Intervensjonscenteret ved Oslo Universitetssykehus og Norway Health Tech. Få var medlem og få vurderte medlemskap (se tabell 2)



Tabell 2. Hvilke klynger kjenner du til?

Kjente klynger	Er medlem N (%)	Vurderer medlemskap N (%)	Kjenner av omtale N (%)	Vet ikke /ukjent N (%)
Norway Health Tech, NCE *	1 (2)	2 (4)	12 (25)	33 (69)
Systems Engineering, NCE*			7 (15)	41 (85)
Micro & Nanotechnology, NCE*			8 (17)	40 (83)
Norwegian Smart Care Cluster ~			8 (17)	40 (83)
Oslo Cancer Cluster, NCE*	1 (2)	1 (2)	22 (46)	24 (50)
Intervensjonscenteret ved OUS	1 (2)		14 (29)	33 (69)
Centre for Connected Care - C3, SFI^			4 (8)	44 (92)
Inven2, TTO ∞			4 (8)	44 (92)

\*Norwegian Centres of Expertise, ~ klyngeprogrammet Arena, ^Senter for forskningsdrevet innovasjon, ∞ Technology Transfer Office

### Hva er viktig for å vurdere medlemskap

På spørsmål om hva som var viktigst når man vurderte medlemskap var tilgang til ny kunnskap og informasjon det som ble vurdert av flest som viktigst. Videre var mulighet til å lære av andre, omdømmebygging og bedre kjennskap til andre viktig. Få vurderer at internasjonalisering og tilgang til test/laboratoriefasiliteter var viktig (tabell 3). Resultatene som er presentert i tabellen er rangordnet etter viktighet (sum svært viktig og viktig).

Tabell 3. Hva er viktigst når dere vurderer deltakelse i en klynge / ett nettverks-samarbeid?

Viktigst for deltakelse	Svært viktig N (%)	Viktig N (%)	Nøytral /vet ikke N (%)	Lite viktig N (%)	Ikke viktig N (%)
1. Tilgang til ny kunnskap/ informasjon	23 (48)	22 (46)	2 (4)	1(2)	
2. Muligheten til å lære av andre	24 (50)	19 (40)	2 (4)	2 (4)	1(2)
3. Omdømmebygging	21 (44)	15 (31)	6 (13)	3 (6)	3 (6)
4. Bedre kjennskap til (andre) virksomheter	7 (15)	29 (60)	8 (17)	1 (2)	3 (6)
5. Tilgang til nye markeder, pasient- og brukergrupper	13 (27)	17 (35)	7 (15)	8 (17)	3 (6)
6. Tilgang til ny teknologi	14 (29)	14 (29)	12 (26)	5 (10)	3 (6)
7. Rekrutteringshensyn	9 (19)	18 (38)	13 (27)	3 (6)	5 (10)
8. Tettere kontakt med FoU miljøer	11 (23)	15 (31)	15 (31)	5 (10)	2 (4)
9. Tettere kontakt med myndigheter	5 (10)	19 (40)	17 (35)	4 (8)	3 (6)
10. Produktutvikling	8 (17)	13 (27)	7 (15)	10 (21)	10 (21)
11. Redd for å gå glipp av noe hvis vi står utenfor	7 (15)	13 (27)	13 (27)	7 (15)	8 (17)
12. Innkjøpsamarbeid	3 (6)	15 (31)	11 (23)	10 (21)	9 (19)
13. Internasjonalisering	3 (6)	7 (15)	11(23)	10 (21)	17 (35)
14. Tilgang til laboratorie- og testfasiliteter	3 (6)	7 (15)	11 (23)	15 (31)	12 (25)

## Bidrag fra virksomheten

På spørsmål om hva virksomheten kunne bidra med inn i et samarbeid var kunnskap det som var mest aktuelt, dernest kompetanse og erfaring og prosjektideer. Noen kunne bidra med finansiering (tabell 4).

Tabell 4. Hva kan din virksomhet bidra med inn i et samarbeid?

Eget bidrag	Svært aktuelt N (%)	Aktuelt N (%)	Lite aktuelt N (%)	Ikke aktuelt N (%)	Vet ikke / annet N (%)
1. Kunnskap	22 (46)	23 (48)	1 (2)		2 (4)
2. Kompetanse, erfaring	24 (50)	17 (35)			7 (15)
3. Prosjektideer	14 (29)	20 (42)	6 (13)		8 (17)
4. Deltakelser i styrer og utvalg	10 (21)	12 (25)	7 (15)	4 (8)	15 (31)
5. Markedsadgang	9 (19)	11 (23)	9 (19)	6 (13)	14(28)
6. Prosjektledelse	7 (15)	13 (27)	7 (15)	3 (6)	18 (38)
7. Teknologiske løsninger	8 (17)	6 (13)	12 (25)	11(23)	11(23)
8. Finansiering	5 (10)	4 (8)	13 (27)	14 (29)	12(25)

## «Lim» i klyngesamarbeid - infrastruktur

Det flest anga som vesentlig for infrastrukturen i et klyngesamarbeid var en dyktig koordinator, dernest felles mål og visjoner, felles strategiprosesser, en bredt sammensatt styringsgruppe og felles informasjons-nav (tabell 5). Svarene er rangert utfra summering svært viktig og viktig.

Tabell 5. Hva er viktig "lim" i et klyngesamarbeid? - Infrastruktur:

Infrastruktur	Svært viktig N (%)	Viktig, N (%)	Lite viktig N (%)	Ikke viktig N (%)	Nøytral/Vet ikke N (%)
1. En dyktig koordinator	28 (58)	18 (38)			2 (4)
2. Felles mål og visjoner	22 (46)	18 (38)	1 (2)		7 (14)
3. Felles strategiprosesser	12 (25)	26 (54)	2 (4)		8 (17)
4. En bredt sammensatt styringsgruppe	14 (29)	23 (48)	2 (4)		9 (19)
5. Felles informasjons-nav	18 (37)	19 (39)	2 (4)		9 (19)
6. Jobbe politisk	16 (33)	15 (32)	4 (8)	3 (6)	10 (21)
7. Støtte i søknadsprosesser	11 (23)	19 (40)	5 (10)	1 (2)	12 (25)
8. Bygge opp felles simulerings- og testfasiliteter	8 (17)	12 (25)	8 (17)	3 (6)	17 (35)
9. Felles fysiske fasiliteter	5 (10)	15 (32)	9 (19)	5 (10)	14 (29)

## «Lim» i klyngesamarbeid – aktiviteter

De viktigste aktivitetene som kan binde aktørene i en klynge sammen er initiering av prosjektsamarbeid, lengre temamøter med egenaktivitet i form av workshops, korte temamøter som frokostmøter og tilrettelagte møte og «mingle-plasser» (tabell 6).

Tabell 6. Hva er viktig "lim" i et klyngesamarbeid? Aktiviteter:

Aktivitet	Svært viktig N (%)	Viktig, N (%)	Lite viktig N (%)	Ikke viktig N (%)	Nøytral/vet Ikke N (%)
1. Initiere prosjektsamarbeid	13 (27)	21 (44)	4 (8)		10 (21)
1. Lengre temamøter med egenaktivitet (workshops)	13 (27)	21 (44)	4 (8)		10 (21)
3. Korte temamøter med aktuelle foredrag (frokostmøter)	6 (13)	26 (54)	4 (8)		12 (25)
4. Tilrettelagte møte/mingleplasser	8 (17)	23 (48)	5 (10)	2 (4)	10 (21)
5. Tilbud om felles kurs / opplæring	11 (23)	19 (40)	5 (10)	1 (2)	12(25)
6. Arrangere bedriftsbesøk /bedriftspresentasjoner	7 (15)	20 (42)	5 (10)	2 (4)	14 (29)
7. Virksomhetsinitierte (felles) aktiviteter	5 (10)	19 (40)	2 (4)	3 (6)	19 (40)

### Ønske om deltakelse i klyngevirksomhet

Tre spørsmål var rettet mot deltakelse i klynge og eventuell samlokalisering knyttet til det nye sykehuset på Brakerøya. For 54% var det svært aktuelt eller aktuelt å delta i en ny helseklynge; det var færre som mente det var aktuelt eller svært aktuelt å delta i en regionavdeling av en eksisterende klynge (41%). 35% av respondentene svarte at det var aktuelt eller svært aktuelt å samlokaliseres i Drammen Helsepark. (Se tabell 7 for respondentenes svar).

Tabell 7. Deltakelse i klyngesamarbeid.

Hvor aktuelt er det for din virksomhet å..	Svært aktuelt N (%)	Aktuelt N (%)	Lite aktuelt N (%)	Ikke aktuelt N (%)	Usikker / vet ikke N (%)
Delta i en ny helseklynge?	9 (19)	17 (35)	5 (10)	1 (2)	16 (33)
Delta i en ny regionavdeling av en eksisterende helseklynge?	4 (8)	16 (33)	7 (15)	1 (2)	20 (32)
Fysisk samlokaliseres med andre virksomheter i tilknytting til Drammen Helsepark?	5 (10)	12 (25)	10 (21)	9 (19)	12 (25)

Vi ønsket også å undersøke hvordan ulike bransjer svarte på spørsmålet om deltakelse i ny helseklynge (tabell 8), i regions-avdeling av eksisterende klynge (tabell 9) og om det var aktuelt med samlokalisering (tabell10). Statistisk analyse (tabellanalyse, «adjusted residual», chi-kvadrat) viste ingen spesiell fordeling med utgangspunkt i bransje.

Tabell 8. Bransje og deltakelse i ny helseklynge

Bransje	Svært aktuelt N (%)	Aktuelt N (%)	Lite aktuelt N (%)	Ikke aktuelt N (%)	Usikker / vet ikke N (%)
Utdanning og forskning	0	0	0	0	2
Offentlig virksomhet	2	4	2	0	4
Privat foretak	6	13	3	1	8
Statseide foretak	1	0	0	0	0
Annet	0	0	0	0	2
Sum	9 (19)	17 (35)	5 (10)	1 (2)	16 (33)

Tabell 9. Bransje og deltakelse i regionavdeling av eksisterende helseklynge

Bransje	Svært aktuelt N (%)	Aktuelt N (%)	Lite aktuelt N (%)	Ikke aktuelt N (%)	Usikker / vet ikke N (%)
Utdanning og forskning	0	0	2	0	0
Offentlig virksomhet	0	3	2	0	7
Privat foretak	4	13	3	1	10
Statseide foretak	0	0	0	0	1
Annet	0	0	0	0	2
Sum	4 (8)	16 (33)	7 (15)	1 (2)	20 (41)

Tabell 10. Bransje og fysisk samlokalisering i Drammen Helsepark

Bransje	Svært aktuelt N (%)	Aktuelt N (%)	Lite aktuelt N (%)	Ikke aktuelt N (%)	Usikker / vet ikke N (%)
Utdanning og forskning	0	0	0	0	2
Offentlig virksomhet	0	2	6	3	1
Privat foretak	4	9	4	5	8
Statseide foretak	1	0	0	0	0
Annet	0	1	0	1	0
Sum	5 (10)	12 (25)	10 (21)	9 (19)	11 (25)

## Oppsummering av resultatene i spørreundersøkelsen

Det ser ut til å være god interesse for deltakelse i et samarbeid om helseinnovasjon basert på svarene fra de 48 bedriftene som svarte. Gjennomsnittsvirksomheten som svarte er et privat Drammensforetak i helse - og omsorgsbransjen med færre enn 20 ansatte, men det var også flere mellomstore og store bedrifter som svarte både fra privat næringsliv og offentlig sektor.

Vi fant at

- kjennskapen til eksisterende helseklynger er gjennomgående lav,
- viktigste motivasjon for klyngedeltakelse er tilgang til ny kunnskap, muligheter for å lære av andre, nye markeder, tettere kontakt med andre virksomheter samt omdømmebygging,
- respondentene kan bringe inn kunnskap, erfaring og ideer til (felles) prosjekter,
- viktigste aktiviteter/fasiliteter i et klyngesamarbeid er en dyktig koordinator og felles mål, samt prosjektsamarbeid og kortere mingle-/temamøter,
- halvparten av respondentene mener det er aktuelt eller svært aktuelt å delta i et klyngesamarbeid, 4 av 10 svarer det samme om en regionavdeling av en nasjonal klynge. For nesten like mange er samlokalisering i forbindelse med helseparken aktuelt eller svært aktuelt.

At en del svarer usikker/nøytral kan bunne i at det er usikkert foreløpig hva som vil være fokus i et slikt samarbeid, hvordan det er organisert og om det er nyttig for egen bedrift å delta. Bedriftene som svarte hadde lite kjennskap til eksisterende klynger. Basert på at mange ønsker å delta i en klynge, men at færre ønsker å delta i en regionavdeling av en nasjonal klynge, tegner det seg en retning der det er ønskelig å utvikle noe eget i regionen knyttet til nytt sykehus og regionens fremtidige struktur.

## Utdypende problemstillinger basert på intervjuer

Intervjuundersøkelsen ga innspill til å konkretisere noen dilemmaer og noen utfordringer som videre arbeid med samarbeid om helseinnovasjon må utrede og ta stilling til. Dilemmaene knytter seg til:

**Behovsdrevet innovasjon:** Innovasjon på helsefeltet med «pasientens helsevesen» som utgangspunkt er innovasjon som er behovsdrevet i motsetning til innovasjon som er forskningsdrevet. Det er i utgangspunktet «pasientene» via de offentlige helsetjenestetilbyderne (primær – og spesialisthelsetjenesten) som er problemstillings-leverandører. Det er kunstige siloer mellom stat og kommune. Det er behov for økt flyt, mer effektiv flyt og lettere fysisk flyt. Et samarbeid om helseinnovasjon må fylle primærhelsetjenestens behov. For eksempel kan det utvikles et «Utstillingsvindu for sømløse helsetjenester» som partene i et samarbeid kan utvikle sammen. Både sykehus og kommune har begrenset kapasitet for å gjennomføre utprøvinger av innovasjoner mens de er i utviklings – og tidlig utprøvningsfase. Dette kan løses ved å ha gode testfasiliteter; både i forhold til testing av ny teknologi. Like viktig er utvikling av nye måter å arbeide på med ny teknologi. Den daglige driften er krevende; og det er kontinuerlig mange pågående endringsprosjekter. Man snakker om «prosjekt-syken». Mange prosjekter startes og gjennomføres med gode resultater, men prosjektet stoppes ofte når pengene er brukt opp. Det mangler et godt system for evidensbasert kontinuerlig utvikling og forbedring der resultater av prosjekter kan implementeres direkte når resultatene er gode. Det er også en utfordring for partene i helsevesenet å holde seg oppdatert på kunnskapsfronten som er i rivende utvikling.

**Faglig fundament:** Samarbeidet må være drevet av en felles ide og interesse. Den felles interessen som knytter aktørene sammen er interessen for helseinnovasjon og etableringen av det nye sykehuset, som overordnet er drevet av det politiske målet om å realisere pasientens helsetjeneste.” Samarbeidet må være basert i kunnskapsfronten samtidig som partnerne samskaper ny kunnskap og innovasjon. Dette krever samarbeid på tvers av fagområder og sektorer som er krevende. Innovasjonen vil i stor grad dreie seg om både utvikling av helsetjenester understøttet av teknologi, men også utvikling av ny teknologi, nye behandlingsformer, samarbeidsformer og legemidler.

**Det regionale versus det nasjonale og internasjonale:** Regionen er vidstrakt, og må dekke behov for helsetjenester og gi grunnlag for næring i både store og små kommuner. Et samarbeid i helseklynge som er åpent og inkluderende kan stimulere til innovasjon i et stort område. Helseforetaket har flere sykehus og et lokalmedisinsk senter. Drammen kommune er vert for utviklingssenter for sykehjem – og hjemmetjenester i Buskerud. USN tilbyr utdanning som er relevant for kommuner og sykehus, og ofte utviklet i samarbeid med arbeidslivet som svar på behov for ny kompetanse. Samtidig er det store endringer i samfunnsstrukturen som kan påvirke regionens evne til innovasjon. Det vil være viktig å utvikle en felles konkret «Mission» for det man ønsker å løse ved et helseklynge-samarbeid i Drammensregionen. Samtidig er det vesentlig å tenke struktur; Drammensregionen sies å fremstå noe utydelig utad samtidig som det er sterke, nærmest «familiære» bånd i et lokalt næringsliv som ikke er åpent og inkluderende. Den nye Vikenregionen og at «Drammen er en del av Oslo» er en måte å betrakte en by på, ikke i småskala knyttet til de fysiske grensene, men som en del av et stort område der det er stort potensiale for å bygge attraktivitet og verdiskapende samarbeide. Silicon Valley er et godt eksempel på dette (4 millioner mennesker bor i området). Et annet eksempel er det nederlandske området «Randstad» som er et stort geografisk område rundt Amsterdam og den Haag.

**Samlokalisering versus regionalt område:** Et viktig spørsmål er hvor stor er omkretsen i sirkelen for å skape god dynamikk for samskaping? Området der sykehuset skal bygges er svært attraktivt. Det er nærhet til vann, til god infrastruktur via tog, bil og buss. Det legges til rette for fysisk samlokalisasjon som kan fremme innovasjon og samhandling. Den nye Drammen kommune (med Nedre Eiker og Svelvik) har besluttet å legge legevakt og helsehus i bygg vegg i vegg med det nye sykehuset. Også Universitetet i Sørøst-Norge ønsker å legge deler av virksomheten sin særlig knyttet til Vitensenteret helse og teknologi til Drammen Helsepark. Området vil med stor sannsynlighet være meget attraktivt også for næringslivet. På den private utbyggersiden arbeides det aktivt for å stimulere aktuelle bedrifter til å lokalisere seg i Drammen Helsepark. På nåværende tidspunkt har det offentlige tatt initiativ til å samle de offentlige aktørene innen helse (både utøvende og på utdanningssiden). Det er fortsatt ikke tydelig hvem som skal samle bedriftene; selv om det er noen aktører som er meget fremoverlente på nåværende tidspunkt. Det blir viktig fremover hvordan det offentlige åpner seg for- og samarbeider med næringslivet. Infrastrukturen innen helse der sykehus og kommunale helsetjenester er delt skaper hindringer for innovasjon – disse burde vært sett under et. Sykehus og kommune er et viktig «hjemmemarked» for næringslivet – og mulighetene som er åpnet opp via innovative anskaffelser og innovasjons-partnerskap mellom det offentlige og næringslivet vil kunne anvendes aktivt til å stimulere samarbeid og innovasjon.

**Nettverk versus klynge:** Det er mange miljøer i Norge som har helseinnovasjon som fokus. På nåværende tidspunkt er det usikkert hvordan eksisterende klynger som er relevante for utvikling av helseinnovasjon og helsenæring vil leve videre. Flere av klyngene når eller har nådd 10-årsgrensen for offentlig finansiering; og det er fortsatt ikke bestemt hvordan det nasjonale virkemiddelsystemet skal være fremover. Arbeidet med etablering av klynge i Drammensregionen trenger å samarbeide med andre gode miljøer som kan gi gode muligheter i det videre arbeidet. Det er viktig ikke å forhaste seg, men skjele til hvordan klynger som lykkes gjør det. Ved å utvikle felles prosjekter kan gode partnerskap og relasjoner utvikles samtidig som man løser vesentlige problemer i «Pasientens helsevesen» som kan implementeres i nytt sykehus og ny regional helsetjeneste. For å få hevet ambisjonsnivået og tenkt nytt er det også vesentlig å ha med noen som tenker «utenfor boksen». Det

er viktig å identifisere hvem dette er i Drammensregionen. Det er også viktig å tenke stort og ha høye mål og ambisjoner.

## **Grunnlag for fremtidig samarbeid om helseinnovasjon**

Det synes å være et godt grunnlag for å utvikle helsetjeneste-innovasjon og helsenæring i Drammensregionen fremover. Fylkeskommunen har lagt SMART REGIONS konseptet fra EU til grunn for vellykket by- og regionsutvikling i ny kunnskaps og næringsplan. Denne gir et godt grunnlag fra de offentlige side for å støtte opp under en innovativ helse- og næringsutvikling i regionen.

### **Møteplass og markedsplass i en samarbeidsmodell**

I Buskerud har man ved samarbeid gjennom mange år lagt et godt grunnlag for å kunne ta steget til å utvikle et klyngesamarbeid om helsenæring videre i et regionalt økosystem. Regionen trenger en markeds - og møteplass der samhandlingsaktiviteter stimulerer og muliggjør at helsenæring kan finne sted. Den tidligere helseklyngestrategien i Drammensregionen hadde sterkt fokus på gründerbedrifter, da det den gang var få bedrifter som hadde helseinnovasjon og helse-og velferdsteknologi som fokus. Siden den gang er det flere nasjonale aktører i kategorien små og mellomstore bedrifter som fokuserer på helsenæring. Vellykkede klyngestrategier er avhengig av at mellomstore og store bedrifter samarbeider, samtidig som det er et apparat som stimulerer gründervirksomhet. For å stimulere norske vekstbedrifter kan det være ønskelig bygge helseinnovasjon ved å bygge opp et system i Drammensregionen som bidrar til å hjelpe mellomstore bedrifter til skalering og internasjonalisering. Et annet område som finansielt kan stimulere innovasjon er å utnytte muligheter for Innovative offentlige anskaffelser og innovasjonspartnerskap. Det offentlige gjør betydelige innkjøp av varer og tjenester hvert år. Bare byggeprosjektet nytt sykehus er et 10 milliarders prosjekt. Virkemidlene tilknyttet innovative offentlige anskaffelser byr på gode muligheter for å fremme innovasjon fremover. Offentlige virksomheters innkjøp er et meget viktig hjemmemarked for næringslivet. Forskning, kunnskapsutvikling og kunnskapsformidling må understøtte prosessene.

### *Prosjekt «Helsehub»– navet i utvikling av person-orienterte helsetjenester»*

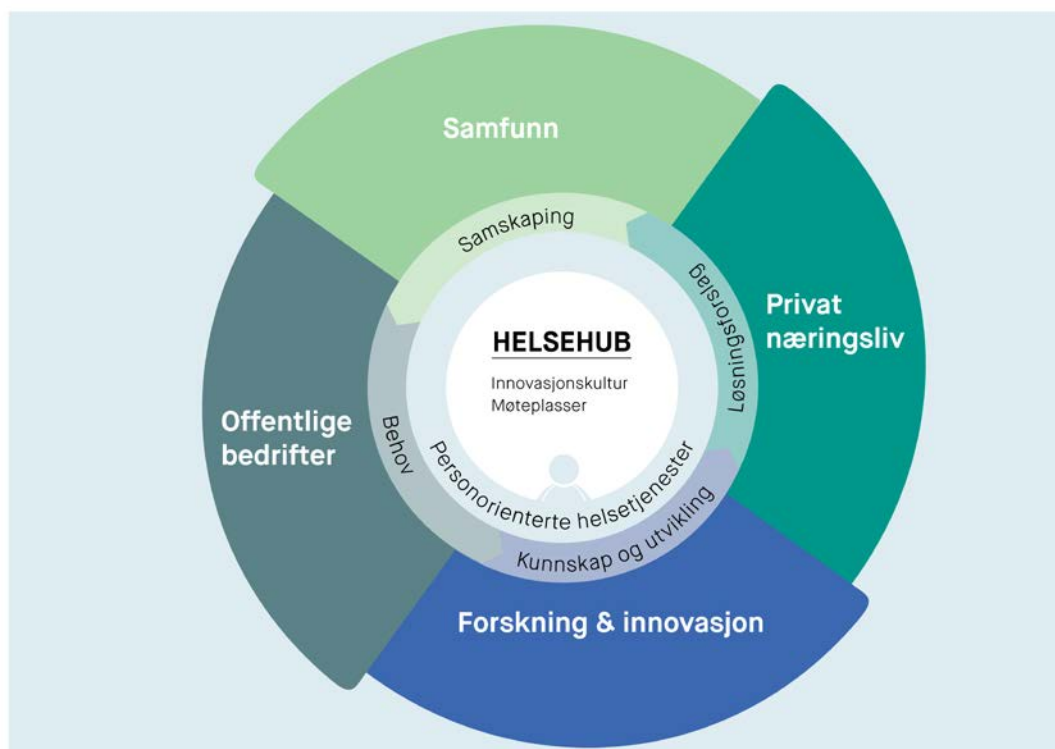
Som nevnt innledningsvis er det etablert et formelt samarbeid mellom de offentlige aktørene ledet av Buskerud Fylkeskommune. Et resultat av samarbeidet i forprosjekt Helseklynge, arbeidsgruppe for strategi, er det 3.årige prosjektet «HelseHub – navet i utvikling av person-orienterte helsetjenester». Samarbeidspartnerne har lagt penger i potten tilsvarende et årsverk samt midler til aktiviteter, som skal bidra til å få i gang felles prosjekter mellom aktørene og aktuelt næringsliv. Resultatene av spørreundersøkelsen understøtter interessen, men viser også at det å stimulere til prosjektsamarbeid og meningsfulle møteplasser for utvikling og samarbeid er de aktivitetene som respondentene løftet frem. Vitensenteret helse og teknologi ved USN har fått i oppdrag av fellesskapet å være vertskap for prosjektet. Vitensenterets formål er å styrke, videreutvikle og samordne forskning, utdanning, innovasjon og formidling knyttet til e-helse, som velferdsteknologi og digitalisering av fremtidens helse- og velferdstjenester.

Næringsforeningen i Drammensregionen, kompetansemegler helse i Buskerud som også arbeider i Norway Health Tech og Kongsberg Innovasjon har vært med i utviklingen av Helsehub-prosjektet.

Foreløpig er det kun de offentlige aktørene som har forpliktet seg økonomisk til HelseHub'en. Det er behov for en avklaring av bidrag og roller de to NCE-ene og Næringsforeningen i Drammensregionen skal ha i det videre arbeidet. Det er også behov for å avklare hvordan andre relevante aktører skal inviteres inn.

Hva vil person-orienterte helsetjenester si? Personorienterte helsetjenester er en kombinasjon av pasientens helsetjeneste-satsing og hva det innebærer, og fagprofilen ved USN. Fakultet for helse og sosialvitenskap har fått akkreditert et doktorgradsprogram i «Person-centred Health Care» i 2013 (Person-orientert helsearbeid). Personorientering omfatter individ-, institusjons- og samfunnsnivå. Det innebærer å legge til rette for at personer kan få helsehjelp der de lever og bor, så det dreier seg vel så mye om systemer og organisasjon som enkeltindivider.

Figur 4. Skisse til modell for samskaping i Helsehub



## Mulige finansieringskilder

HelseHub-etableringen finansieres av de offentlige aktørene i et spleiselag. Dette er kun snakk om grunnfinansiering for å få på plass ressurser tilsvarende et årsverk, samt noe midler til aktiviteter som nettverkstreff og ulike typer felles samlinger/møter. Tanken er at denne grunnfinansieringen skal gjøre det mulig å generere mer (felles) prosjektutviklingsmidler til regionen. Buskerud fylkeskommune har ulike ordninger og programmer for utviklingsprosjekter som for eksempel Regionalt Innovasjonsprogram, midler til oppfølging av Regional plan for verdiskaping og næringsutvikling m.v. Disse ordningene kan være godt egnet for innovasjonsprosjekter med et bredt sammensatt regionalt partnerskap slik som det legges opp til i selve «grunnstrukturen» av HelseHub. Det er imidlertid et mål at HelseHub skal bli en kunnskapsbase for finansieringsmuligheter gjennom nasjonale og internasjonale utviklingsprogrammer innenfor området helse og omsorg.



Finansieringsmulighetene er mange, men det er krevende å skaffe seg en viss oversikt, samt opprettholde denne. Det er spesielt aktuelt å være oppdatert på relevante program og ordninger gjennom Norges Forskningsråd og Helsedirektoratet for nasjonal finansiering. For finansiering av europeiske prosjekter er det vesentlig å være oppdatert på utlysninger gjennom forsknings- og innovasjonsprogrammet Horisont 2020. Den dedikerte ressursen i HelseHub vil i tillegg til å samle informasjon for deling med det regionale partnerskapet, også kunne delta på en rekke av de informasjonsdager og partnersøksseminar som både Forskningsrådet, andre virksomheter (f.eks. Osloregionens Europakontor), europeiske nettverk og organisasjoner arrangerer. Med en samlet kunnskap om mulighetene, og et partnerskap som ønsker felles samspillsprosesser, er det lagt et godt grunnlag for å kunne utløse betydelige prosjektmidler.

## Konklusjon og anbefalinger

Det synes å være et godt grunnlag for å utvikle videre samarbeid om helseinnovasjon i Drammensregionen der prosjektutvikling og samarbeid med næringslivet via det treårige prosjektet «Helsehub – utvikling av navet i person-orienterte helsetjenester» kan bidra vesentlig.

## Referanser

- Asheim Bjørn T, & Arne., I. (1997). Location, agglomeration and innovation: towards regional innovation systems in Norway? . *European planning studies*, 5(3), 299-330.
- Asheim, B. T., & Isaksen, A. (1997). Location, agglomeration and innovation: towards regional innovation systems in Norway? *European planning studies*, 5(3), 299-330.
- Asheim, B. T., Smith, H. L., & Oughton, C. (2011). Regional innovation systems: theory, empirics and policy. *Regional Studies*, 45(7), 875-891.
- Bergek , A., Jacobsson, S., Carlsson, B., Lindmark, S., & Rickne, A. (2008). Analyzing the functional dynamics of technological innovation systems: A scheme of analysis. *Research policy*, 37(3), 407 - 429. doi:10.1016/j.respol.2007.12.003
- Chang, Y.-C., & Chen, M.-H. (2004). Comparing approaches to systems of innovation: the knowledge perspective. *Technology in Society*, 26(1), 17-37. doi:10.1016/j.techsoc.2003.10.002
- Cooke, P. (1992). Regional innovation systems: competitive regulation in the new Europe. *Geoforum*, 23(3), 365-382.
- Cooke, P., Uranga, M. G., & Etxebarria, G. (1997). Regional innovation systems: Institutional and organisational dimensions. *Research policy*, 26(4-5), 475-491.
- Dugstad, J., Nilsen, E., Gullslett, M., Eide, T., & Eide, H. (2015). *Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester. Opplæringsbehov og utforming av nye tjenester. Sluttrapport*. Retrieved from
- Durst, S., & Poutanen, P. (2013). Success factors of innovation ecosystems-Initial insights from a literature review. *Co-create*, 27-38.
- Forskningsrådet. (2018). *Innovasjon i offentlig sektor. Forskningsrådets strategi 2018-2023*.
- Freeman, C. (1987). Technical innovation, diffusion, and long cycles of economic development *The long-wave debate* (pp. 295-309): Springer.
- Helsedirektoratet. (2018). *Helhetlig system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratets anbefalinger til organisering og tiltak for økt innovasjonsevne og innovasjonsaktivitet*. (IS-2672). Oslo.
- Jakobsen, E., Lind, L., Skogli, E., & Theie, M. (2018). *Helsenæringens verdi 2018*. Retrieved from

- Lundvall, B.-A. (1992). 1992. *National systems of innovation: towards a theory of innovation and interactive learning*.
- Lundvall, B. Å. (Ed.) (2010). *National systems of innovation: Toward a theory of innovation and interactive learning*. London: Anthem press.
- Maghe, V., & Cincera, M. (2016). *Implementation of Innovation Policy in a National Innovation System Perspective: A Typology*.  
Retrieved from [http://ezproxy1.usn.no:2273/sti/07220-20NIS%20Typology\\_MagheCincera.pdf](http://ezproxy1.usn.no:2273/sti/07220-20NIS%20Typology_MagheCincera.pdf).
- Mazzucato, M. (2017). *Mission-oriented Innovation Policy. Challenges and opportunities*. Retrieved from <https://www.ucl.ac.uk/bartlett/public-purpose/publications/2018/jan/mission-oriented-innovation-policy-challenges-and-opportunities>
- Nilsen, E., & Gausdal, A. H. (2017). The multifaceted role of the network orchestrator - a longitudinal case study. *International Journal of Innovation Management*, 1750046.
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M. K., & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services—a longitudinal case study. *BMC health services research*, 16(1), 657.
- Porter, M. E. (1998). Clusters and the new economics of competition. *Harvard business review*, 76(6), 77-+.
- Porter, M. E. (2000). Location, competition, and economic development: Local clusters in a global economy. *Economic development quarterly*, 14(1), 15-34.
- Rosenthal, S. S., & Strange, W. C. (2004). Evidence on the nature and sources of agglomeration economies *Handbook of regional and urban economics* (Vol. 4, pp. 2119-2171): Elsevier.
- Storper, M., & Harrison, B. (1991). Flexibility, hierarchy and regional development: the changing structure of industrial production systems and their forms of governance in the 1990s. *Research policy*, 20(5), 407-422.
- Storper, M., & Scott, A. J. (1995). The wealth of regions: market forces and policy imperatives in local and global context. *Futures*, 27(5), 505-526.

## Om USN forskerne

[Hilde Eide](#), Professor i kommunikasjon og helseveiledning, er fungerende daglig leder og forskningsleder i Vitensenteret helse og teknologi.

[Ingunn Elvekrok](#), Førstemanuensis i organisasjon og ledelse, er fra Handelshøgskolen-USN og har særlig fokus på nettverk.

[Janne Dugstad](#), daglig leder i Vitensenteret helse og teknologi, arbeider med innovasjon, læring og implementering av velferdsteknologi.

Skriftserien nr. 6  
2018

**Helseinnovasjon i Drammensregionen**

– En forstudie om interesse og  
grunnlag for samskaping

Forfattere:  
Hilde Eide,  
Ingunn Elvekrok  
Janne Dugstad

ISSN: 2535-5325 (Online)  
ISBN: 978-82-7860-338-3 (Online)

usn.no

