

## Innspill fra Oslo Science City til Helsereformutvalget

Mai 2026

### Sammendrag

Norge står overfor en betydelig omstilling av helse- og omsorgstjenestene som følge av demografiske endringer, økende sykdomsbyrde og vedvarende mangel på helsepersonell. Samtidig står vi i en situasjon preget av økende geopolitisk usikkerhet, press på offentlige finanser og økte forventninger til kvalitet og tilgjengelighet.

Utfordringene kan ikke løses gjennom økt bemanning alene. Begrensede ressurser må utnyttes bedre gjennom målrettet bruk av forskning, innovasjon, teknologi og legemidler som faktisk gir produktivitets- og kapasitetsgevinster i praksis.

Erfaringer fra våre medlemmer og partnere viser at forskning, innovasjon og kunnskapsbasert tjenesteutvikling må integreres sterkere i organiseringen av helse- og omsorgstjenestene. I dag stopper mange innovasjoner på pilotstadiet, og potensialet i forskning, teknologi og legemiddelutvikling realiseres ikke fullt ut.

Teknologi er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel som kun gir effekt når det kombineres med tilpasset organisering, tydelig ledelse, riktige insentiver og gjennomføringsevne. Manglende evne til implementering og skalering er en hovedårsak til at gode løsninger ikke gir varig effekt.

Bærekraftige helse- og omsorgstjenester forutsetter samtidig en sterkere innsats for folkehelse og forebygging. Innbyggernes helse påvirkes i stor grad av forhold utenfor helsesektoren, og fremtidens helseutfordringer må møtes gjennom samspill mellom helse, utdanning, arbeidsliv og andre samfunnssektorer.

En mer systematisk kobling mellom helsetjenesten, forskningsmiljøene, instituttsektoren og næringslivet er nødvendig for å øke gjennomføringsevnen. Strukturerte samarbeidsmodeller med tydelige roller og felles prioriteringer kan redusere fragmentering og forkorte tiden fra idé til implementering.

Forskning og innovasjon er en lovpålagt del av spesialisthelsetjenesten og bør i større grad ses som en integrert del av hele helse- og omsorgstjenesten – og av den samlede helseberedskap som en del av totalberedskapen i Norge.

Sårbarhet i globale forsyningskjeder for legemidler og medisinsk teknologi synliggjør behovet for nasjonal kapasitet innen klinisk forskning, helsedata og legemiddelproduksjon. Forutsigbare samarbeidsmodeller og helhetlige incentiver i en normalsituasjon er avgjørende for evnen til rask mobilisering i kriser. Å styrke produktivitet og gjennomføringsevne i helse- og omsorgstjenestene i fredstid er derfor også et spørsmål om forebyggende beredskap.

Vi anbefaler at utvalget særlig vurderer følgende:

- a) **Gjør produktivetsforbedring til et eksplisitt styringsmål**  
Produktivitet, kapasitetsutnyttelse og helhetlige prioriteringer bør være tydelige mål i styring og utvikling av helse- og omsorgstjenestene.
- b) **Prioriter løsninger ut fra helhetlige pasientforløp**  
Teknologi, legemidler og innovasjon bør vurderes på tvers av nivåer, med vekt på samlet ressursbruk og effekt.
- c) **Styrk kommunenes forsknings- og innovasjonskapasitet**  
Kommunene må få tydeligere rammer, bedre analysekapasitet og sterkere kobling til forsknings- og innovasjonsmiljøer.
- d) **Etabler strukturer for implementering og skalering**  
Det bør utvikles nasjonale modeller og krav som sikrer at vellykkede løsninger tas i bruk i ordinær drift.
- e) **Etabler en helhetlig strategi for helsedata**  
Tilgang til og bruk av helsedata må forenkles gjennom nasjonal koordinering og standardisering.
- f) **Integrer beredskap i helsetjenesteutviklingen**  
Nasjonal kapasitet innen forskning, innovasjon, helsedata og legemidler må sees som del av helseberedskapen.
- g) **Styrk samspillet mellom offentlig sektor og næringsliv**  
Strukturerte samarbeidsmodeller bør videreutvikles for å øke gjennomføringsevnen og redusere fragmentering.
- h) **Oppfylle nasjonale og internasjonale mål for utdanning av eget helsepersonell** Økt kapasitet for utdanning av eget helsepersonell, spesielt leger, vil gjøre Norge mindre sårbart og mindre avhengig av utdanningstilbud i utlandet.

## 1. Innledning

Helsereformutvalgets mandat – å utrede modeller for organisering, styring og finansiering av en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste – er særlig viktig i dagens situasjon i norsk helsevesen.

Oslo Science City er Norges første innovasjonsdistrikt og samler sentrale aktører innen klinisk virksomhet, forskning, instituttsektor og næringsliv. Denne konsentrasjonen gir et unikt utgangspunkt for å utvikle, teste og implementere kunnskap og løsninger i praksis, forutsatt at strukturer for samhandling og skalering er tilstrekkelig utviklet.

## 2. utfordringsbildet

### Økende press på tjenester og personell

En aldrende befolkning og økende sykdomsbyrde vil gi sterk vekst i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Samtidig peker analyser på at mangel på helsepersonell vil være den mest begrensende faktoren fremover.

Bærekraft i helse- og omsorgstjenestene er derfor i stor grad et spørsmål om bedre utnyttelse av tilgjengelige personellressurser. Teknologi, digitale løsninger og nye legemidler kan bidra, men gevinster forutsetter endringer i organisering, arbeidsprosesser og styring.

Bærekraftige helse- og omsorgstjenester forutsetter også en sterkere innsats for folkehelse og forebygging. Innbyggernes helse påvirkes i stor grad av forhold utenfor helsesektoren, og utviklingen av fremtidens tjenester må derfor ses i sammenheng med innsats innen blant annet utdanning, arbeidsliv, oppvekst, bolig og lokalsamfunn.

### Forskning og innovasjon som del av helse- og omsorgstjenestenes samfunnsoppdrag

Forskning og innovasjon er en lovpålagt del av spesialisthelsetjenestens samfunnsoppdrag, men brukes i for liten grad som virkemiddel for systematisk tjenesteutvikling i hele helse- og omsorgssystemet.

Samtidig har kommunene – der behovet for omstilling er størst – begrenset kapasitet til forskning og innovasjonsarbeid. Tettere koblinger mellom kommuner, helse- og omsorgstjenestene, forskningsmiljøer i UH og instituttsektor er nødvendig for å utvikle og implementere løsninger som faktisk endrer praksis.

### Helsedata som strategisk ressurs

Effektiv bruk av helsedata er avgjørende for kvalitet, prioritering og bærekraft, men dagens system er preget av fragmentering og uforutsigbar tilgang.

En helhetlig nasjonal tilnærming bør omfatte én inngang for datatilgang, standardiserte prosesser og tydelig nasjonal styring. Dette vil styrke forskning, innovasjon og mer kunnskapsbasert utvikling av helse – og omsorgstjenestene og helsenæringen.

Behovet for forskning og innovasjon i kommunene er stort, men kliniske journaldata for forskning i primærhelsetjenesten er i dag utilgjengelig for forskning. Det bør etableres en nasjonal struktur for elektroniske pasientjournaler som legger til rette for forskning og innovasjon i kommunehelsetjenesten, og som ivaretar forløpsperspektivet.

Helsedata må kunne brukes sammen med andre data (for eksempel om utdanning, arbeidsliv, velferdstjenester mm) for å styrke forskning og innovasjon som virkemiddel for utvikling av hele helse- og omsorgstjenesten og folkehelsearbeid/forebyggende arbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

### **Legemidler og teknologi må vurderes i helhetlige pasientforløp**

Legemidler, teknologi og digitale løsninger kan gi betydelige produktivetsgevinster dersom de vurderes i et helhetlig pasientforløp.

Samtidig oppstår kostnader og gevinster ofte på ulike nivåer i helsesystemet og samfunnet. Dette gjør det krevende å realisere samfunnsøkonomisk rasjonelle løsninger innenfor dagens finansierings- og styringsmodeller.

### **Produktivetsgevinster realiseres ikke systematisk**

Erfaringer viser at innovasjonstiltak ofte gir bedre kvalitet, men i mindre grad reduserer ressursbruk eller øker kapasiteten. Dette skyldes blant annet manglende tydelig lederforankring lokalt, regionalt og nasjonalt og at implementering av innovasjon i liten grad prioriteres i strategiske investerings- og budsjettprosesser. Videre mangler det kompetanse om systematisk integrasjon og skalering, virkemiddelapparatet er fragmentert, og bredt samarbeid mellom ulike offentlige og private aktører er ikke tilstrekkelig etablert eller systematisk utnyttet. Nasjonale målsetninger gjennom en helhetlig livsvitenskapsatsing er også fraværende, til tross for dokumenterte resultater av tilsvarende satsinger i Danmark og Sverige. Varig gevinstrealisering forutsetter også tillit, involvering og endringskapasitet i organisasjonene, slik at nye arbeidsformer og løsninger faktisk tas i bruk og integreres i ordinær drift. Samlet sett preges situasjonen av svake insentiver, mangelfulle krav til gevinstrealisering og utilstrekkelig omstilling av organisering og arbeidsprosesser - til tross for et stort behov og gode tilgjengelige løsninger.

### **Kommunene har størst behov – og minst kapasitet**

Kommunene står overfor de største demografiske og personellmessige utfordringene, men har minst kapasitet til systematisk forskning, innovasjon og omstilling.

Manglende analysekapasitet, svake strukturer for kunnskapsutvikling og begrensede mekanismer for skalering bidrar til at omstillingsevnen er svakest der behovet er størst.

### **Innovasjon stopper på pilotstadiet**

Mange innovasjonsprosesser stopper på pilotnivå som følge av manglende lederforankring, svake insentiver og fravær av strukturer for implementering og skalering. Dette svekker gjennomføringsevnen og bidrar til at potensialet i ny teknologi og forskning ikke realiseres.

### **Beredskap og gjennomføringsevne henger sammen**

Pandemien har vist at evne til mobilisering og håndtering av kriser bygger på fungerende strukturer i normalsituasjon. Produktivitet, samhandling og gjennomføringsevne i fredstid er derfor også en forutsetning for god beredskap.

## **3. Anbefalinger til Helsereformutvalget**

### **a. Gjør produktivetsforbedring til et eksplisitt styringsmål i helse- og omsorgstjenestene**

Helsereformen bør tydelig fastslå at bærekraft i helse- og omsorgstjenestene avhenger av **styrket produktivitet, prioritering og gjennomføringsevne**, ikke av økt bemanning alene. Dagens innovasjons- og digitaliseringstiltak gir ofte kvalitetsforbedringer, men for svake kapasitets- og ressursgevinster.

Utvalget bør anbefale:

- produktivets- og kapasitetsvirkninger blir **eksplisitte mål** i nasjonale strategier og styringsdokumenter for helse- og omsorgstjenestene
- nye teknologi- og innovasjonstiltak vurderes mot **forventede effekter på samlet ressursbruk**, ikke bare kvalitet og brukeropplevelse
- manglende produktivetsgevinst behandles også som et **styrings- og organisasjonsproblem**, ikke et teknologiproblem
- at styrings- og finansieringssystemene i større grad understøtter prioriteringer på tvers av organisatoriske nivåer og pasientforløp

### **b. Prioriter teknologi, legemidler, forskning og innovasjon ut fra helhetlige pasientforløp**

Dagens finansierings- og styringssystemer fremmer lokal silo-optimalisering, til tross for at kostnader og gevinster ofte oppstår på ulike nivåer i helsesystemet. Dette

bidrar til at samfunnsøkonomisk rasjonelle løsninger ikke realiseres fullt ut i helse- og omsorgstjenestene.

Utvalget bør anbefale:

- nasjonale mål for livsvitenskap
- at prioritering av legemidler, teknologi, forskning og tjenesteinnovasjon skjer med utgangspunkt i **helhetlige pasientforløp**, ikke innen organisatoriske grenser
- at vurderinger av nye løsninger systematisk inkluderer **effekter på bemanning, arbeidsdeling og tjenestebehov** på tvers av nivåer
- at finansierings- og insentivmodeller i større grad støtter løsninger som gir gevinster **over tid og på tvers av forvaltningsnivåer**

### c. Styrk kommunenes innovasjonskapasitet som et hovedgrep i helsereformen

Kommunene har de største demografiske og personellmessige utfordringene, men i dag minst strukturert kapasitet til systematisk forskning, innovasjon og omstilling. Dette er en sentral strukturell svakhet i det norske helsesystemet.

Utvalget bør anbefale:

- at kommunene får **tydeligere nasjonale rammer og forventninger** for systematisk forsknings- og innovasjonsarbeid
  - at det bygges opp **analyse- og kunnskapskapasitet i kommunal helse- og omsorgstjeneste**, særlig knyttet til fremtidige behov, gevinstrealisering og tjenesteutforming
  - at kommunenes rolle styrkes i behovsstyrt forskning og innovasjon, i samarbeid med forskningsmiljøer, instituttsektor og helsenæringen

### d. Etabler en nasjonal modell for implementering, skalering og gevinstrealisering

Mange innovasjoner blir værende på pilotstadiet på grunn av manglende struktur, svak lederforankring og fravær av tydelige mål og mekanismer for skalering. Dette bidrar til det dokumentet beskriver som «innovasjonsprosesser som forblir piloter».

Utvalget bør anbefale:

- en **felles nasjonal metodikk** for helseinnovasjon som omfatter krav til effektmåling, integrasjon, skalering og gevinstrealisering

- at statlige virkemidler og prosjektmidler i større grad knyttes til **forpliktende veikart fra pilot til drift**
- at vellykkede piloter gis **prioritert vei til implementering** i ordinær tjeneste der effektene er dokumentert

#### e. Etabler en helhetlig nasjonal strategi for tilgang til og bruk av helsedata

Effektiv bruk av helsedata er en forutsetning for bedre prioriteringer, ressursbruk og innovasjon, men dagens situasjon er preget av fragmenterte løsninger og uforutsigbar tilgang.

Utvalget bør anbefale:

- én **nasjonal inngang for helsedata**, med standardiserte og digitaliserte søknadsprosesser
- tydelig nasjonal styring av roller, ansvar og prioriteringer i helsedataforvaltningen
- bruk av **standardavtaler** for offentlig-privat samarbeid som gir forutsigbarhet og ivaretar personvern, rettssikkerhet og åpenhet
- krav om tilrettelegging for forskning og innovasjonsarbeid for leverandører av helseteknologi til den offentlige helse- og omsorgstjenesten

#### f. Integre beredskapsperspektivet i all helsetjenesteutvikling

Dokumentet viser tydelig at evne til mobilisering i kriser bygger på fungerende strukturer i normalsituasjon. Produktivitet, gjennomføringsevne og samhandling i fredstid er derfor også en viktig del av samfunnets samlede beredskap.

Utvalget bør anbefale:

- at nasjonal kapasitet innen forskning, innovasjon, helsedata, kliniske studier og legemiddelproduksjon ses som en **integrt del av helseberedskapen**
- at strukturerte samarbeids- og partnerskapsmodeller mellom helsetjenesten, forskningsmiljøer, næringsliv og andre sentrale samfunnsaktører videreutvikles for å styrke omstillingsevne og beredskap
- at samarbeidet mellom helsetjenesten og andre sentrale samfunnsinstitusjoner, herunder Forsvaret, styrkes og videreutvikles som en del av totalberedskapen
- at eventuelle nasjonale beredskapstiltak for legemidler utformes slik at de **supplerer europeiske og nordiske løsninger**, samtidig som markedets funksjon i normalsituasjon ivaretas

## g. Styrke samspillet mellom helsetjenesten, forskningsmiljøer og næringsliv

Erfaringer fra våre medlemmer og partnere viser at ikke-eksklusive, offentlig forankrede samarbeidsmodeller med tydelige roller og felles prioriteringer styrker gjennomføringsevnen betydelig.

Utvalget bør anbefale:

- videreutvikling av **strukturente samarbeidsmodeller** som reduserer fragmentering og forkorter veien fra idé til implementering
- tydeligere **kobling** mellom forsknings- og innovasjonsinnsats og dokumenterte **behov** i helsetjenesten
- bedre utnyttelse av alle aktører innen forskning, klinikk og næringsliv
- **måle effekter** av forskning og innovasjon på kvalitet og tilgang til tjenester, beredskap, næringsutvikling og helseeksport som del av en norsk livsvitenskapssatsing
- rydde opp i virkemiddelapparatet for å redusere fragmentering

## h. Oppfylle nasjonale og internasjonale mål for utdanning av eget helsepersonell

Norge utdanner i dag en relativt lav andel av eget legebehov sammenlignet med mange OECD-land. Om lag halvparten av norske medisinstudenter gjennomfører utdanningen i utlandet, noe som innebærer en betydelig avhengighet av utenlandske utdanningssystemer for rekruttering av leger samtidig som utdanningen ikke er skreddersydd for det norske helsevesenet. Dette gjør den norske helsetjenesten sårbar. Grimstadutvalget anbefalte i 2019 at Norge bør utdanne minst 80 prosent av eget legebehov. Denne anbefalingen er videreført i NOU 2023: 4 fra Helsepersonellkommissjonen.

Utvalget bør anbefale:

- **økning av nasjonal utdanningskapasitet** for helsepersonell tilsvarende minst 80 % av anslått behov
- styrket utdanning av leger i Osloregionen, og spesielt UiO Campus Ahus, som har størst kapasitet og de beste mulighetene for oppskalering
- utnytte effekten av desentralisert legeutdanning for å sikre rekruttering av leger også til distriktene
- at utplassering av legestudenter i praksis i kommunehelsetjenesten prioriteres

Oslo Science City representerer det sterkeste faglige tyngdepunktet innen helse og livsvitenskap i Norge, med forskningsmiljøene ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus som sentrale motorer og SINTEF og NORCE Research som

Oslo kommune • Universitetet i Oslo • Sør-Øst RHF • Oslo universitetssykehus HF • SINTEF • NORCE Research  
• NGI • FERD • Allstad • Transportøkonomisk institutt • Oslo Pensjonsforsikring • Forskningsparken • Bertel O. Steen • Norsk Regnesentral • Handelshøyskolen BI  
AbbVie • AstraZeneca • Bayer • GE HealthCare • GSK • Novartis • Novo Nordisk • Roche • ThermoFisher

ledende forskningsinstitutter. Mer enn to tredjedeler av all medisinsk forskning i Norge utføres av aktører lokalisert her. Samspillet mellom forskning, klinikk, utdanning og næringsliv gir et unikt grunnlag for å utvikle, teste og implementere løsninger som kan styrke helse, livskvalitet og verdiskaping. Erfaringene som ligger til grunn for dette innspillet er dermed forankret i et bredt og operativt økosystem med høy gjennomføringsevne.