

Må pløye ny mark

Intervju med John-Arne Røttingen

Nok en såkalt 21-strategi for forskning og innovasjon er på vei. 21-strategiene for forskning og innovasjon på områder som olje og gass, energi, hav, maritim og klima, vil i juni 2014 bli supplert med en strategi for helse- og omsorgsområdet. Mandatet er bredt, prosessen omfattende og forventningene store. *Forskningsspolitikk* har snakket med John-Arne Røttingen som er leder for strategigruppen som skal koordinere prosessen og utforme strategien.

FOTO: MARTIN SKULSTAD

EGIL KALLERUD,
Forskningsspolitikk

Røttingen er tidligere direktør for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, en stilling han forlot i 2011 til fordel for et toårig opphold ved Harvard-universitetet i Boston. Han er nå tilbake i Norge, p.t. som konstituert assisterende direktør for Folkehelseinstituttet, fra februar 2014 på-troppende divisjonsdirektør for instituttets divisjon for smittevern. Under oppholdet ved Harvard var han bl.a. leder for en ekspertgruppe under WHO som foreslo tiltak for økt forskningsinnsats for å dekke helsebehov i utviklingsland (se *Forskningsspolitikk* nr. 4, 2012 og 2, 2013). Røttingen er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som leder for strategigruppen som skal lede arbeidet med å utforme en forsknings- og innovasjonsstrategi for helse- og omsorgssektoren som går under navnet HelseOmsorg21.

Forskningsspolitikk har tidligere intervjuet lederen for 21-strategien for energi-sektoren (*Forskningsspolitikk*, nr. 4, 2011). Han karakteriserte den som «en dristig øvelse» - det kan være treffende også for HelseOmsorg21?

Ja, vi har et omfattende mandat og en kort tidshorison, men vi skal levere. Utfordringen er å dekke hele bredden i mandatet, sektoren er stor og mangfoldig og står for

en stor andel av den samlede norske forskningsinnsatsen – i alle fall den offentlige. Samtidig skal vi se nærmere på spørsmål som det innenfor sektoren på overordnet nivå ikke er gjort så mye systematisk på tidligere, slik som grenseflaten mot industri og næringsliv, og det å forbedre offentlig tjenesteleveranse, som sektoren står for en stor og viktig del av. Organisatoriske endringer i sektoren, som samhandlingsreformen, reiser også nye forsknings- og innovasjonsutfordringer som vi må ta opp.

Strategien har fått navnet HelseOmsorg21, og dere føyer dere dermed inn i den etter hvert ganske lange rekken av nye 21-strategier som er lagt fram i løpet av de siste 4-5 årene. Hva innebærer det å være en 21-strategi generelt, og hvilke utfordringer er forbundet med å lage en slik strategi for helse- og omsorgssektoren spesielt?

Min forståelse av 21-strategiene er at de er politisk initiert, dvs. bestilt av departement/regjering. De skiller seg dermed bl.a. fra forskningsstrategier som utarbeides innenfor og i regi av Forskningsrådet eller FoU-systemets institusjoner. I 21-strategiene er også rådet selv et FoU-virkemiddel og en aktør på linje med alle andre, som utførende institusjoner, næringslivet og andre. Det gir 21-prosessene en litt annen dynamikk og gjør dem til et nyttig supplement. Særlig har næringslivets sentrale rolle vært et fellestrekk ved 21-prosessene. Det gjelder også HelseOmsorg21, men her

vil også profesjonene, fagforeningene og brukerorganisasjonene være sentrale. Det er aktører som ikke på samme måte har vært invitert inn i forskningsstrategiprosesser i regi av institusjonelle aktører som Forskningsrådet, de regionale helseforetakene (RHF) og HOD selv. Den store bredden i 21-prosessene gjør at de ikke er eid av én institusjonsaktør. Det er først og fremst dette og det at de er initiert på politisk nivå som skiller dem fra beslektede strategiprosesser. Det gir dem styrke, men gjør dem også særlig krevende.

HelseOmsorg21 skiller seg fra 21-strategier som OG21 (olje og gass), Energi21 og Hav21 ved at de tre sistnevnte i stor grad er strategier for sektorer med omfattende privat næringsvirksomhet, mens HelseOmsorg21 er en strategi for en sektor med i det vesentlige offentlig tjenestevirksomhet. Det betyr bl.a. at vi i mindre grad enn for de andre strategiene kan legge til grunn at markedet vil løse utfordringene knyttet til innovasjon, i vår sektor må vi ta det strategiske ansvaret et steg videre. Vi må også forholde oss til et særlig stort aktør- og intersemangfold i en stor sektor som også må sies å være ganske politisert. Vi må ta høyde for at adressatene for våre råd og forslag er sammensatte og distribuerte, viktige beslutninger i denne sektoren tas av mange mer og mindre uavhengige aktører, på mange nivåer i systemet. Det offentlige eier hele helse- og omsorgssektoren og har interesser knyttet til alle viktige beslutninger på alle nivåer.

Det at HelseOmsorg21 er et politisk initiativ i, som du sier, en politisert sektor, gjør også prosessen sårbar for endringer i de politiske rammene for arbeidet. Både Topplederforumet og HelseOmsorg21 var ledd i profilerte politiske initiativ fra avtroppende helseminister. Hva kan regjeringsskiftet få å si for arbeidet?

“For oss er det viktig nå å unngå en politisering av HelseOmsorg21-prosessen, for at den ikke skal oppfattes som én regjerings eksklusive initiativ, men kan overtas og videreføres av en ny”

“Vi gjør ikke jobben vår om vi ikke kommer opp med forslag til endringer som det uunngåelig er noe uenighet om og motstand mot”



Det er avgjørende for om strategiprosessen lykkes at den politiske viljen er til stede til å gjennomføre. Vi gjør ikke jobben vår om vi ikke kommer opp med forslag til endringer som det uunngåelig er noe uenighet om og motstand mot.

Da kommer det an på politisk gjennomføringsvilje og -evne. Vi må nå ha en god prosess i forhold til den nye regjeringen for å avklare bl.a. om det fortsatt er en prioritert prosess, om ambisjonsnivået og overordnede retningslinjer for arbeidet. Da Støre etablerte Topplederforumet, som også er referansegruppe og dialogpartner for HelseOmsorg21, var det dels etter ønske fra Legemiddelindustrien (LMI) og Norsk Industri, og spørsmål knyttet til innovasjon og næringsutvikling stod sen-

tralt. Støre har fått honnør for initiativet fra Høyre, og slik jeg leser i hvert fall Høyres prioriteringer, har jeg god tro på at den nye regjeringen vil videreføre satsingen på forskning og innovasjon, i minst like sterk grad som tidligere. Jeg har også merket meg punktet i avtalen mellom de fire samarbeidspartiene om at de vil satse på forskning og utdanning i det offentlige helsevesenet og regjeringserklæringen som vil styrke medisinsk forskning, finansiering av utprøvende behandling og legge til rette for en sterk utvikling i norsk legemiddelindustri. For oss er det viktig nå å unngå en politisering av HelseOmsorg21-prosessen, for at den ikke skal oppfattes som én regjering eksklusive initiativ, men kan overtas og videreføres av en ny. At det

i en senere fase blir en politisk prosess om de forslag vi fremmer, er på den annen side uunngåelig og viktig.

Den omorganiseringen i sektoren som regjeringen har varslet, vil få stor betydning for vårt arbeid, ikke minst gjelder det beslutningen om å legge ned RHFene når en nasjonal sykehusplan er utarbeidet. RHFene har vært viktige forskningspolitiske aktører for sektoren og har bidratt til et strategisk og finansielt løft for forskning. Vi må forholde oss til dette enten ved å påpeke hvilke forutsetninger som må innfris for at forskningssystemet skal være velfungerende også innenfor en ny organisering, eller gjennom konkret å foreslå relevante organisatoriske og finansielle løsninger som ivaretar målene for →

forskning og innovasjon. Dette er spørsmål jeg ønsker en dialog med ny politisk ledelse om ganske raskt.

Mandatet og grunnlagsdokumentene for HelseOmsorg21 er preget av mange mål og generelle beskrivelser av utfordringer og reiser ikke mer konkrete, potensielt kontroversielle, spørsmål om mulige virkemidler og handlingsalternativer?

Vi befinner oss akkurat nå i innspillsfasen i prosessen, der alle berørte og interesserte parter er invitert til å melde inn forslag og synspunkter. Vi har i denne fasen bevisst unnlatt å fremme egne forslag på virkemiddelsiden. Vi har lagt opp dette som en



åpen prosess, der vi ønsker ideer nedefra, ikke synspunkter på egne forslag. Jeg håper vi når fram og at vi får gode ideer å arbeide med. Men uansett må vi se på de store virkemidlene, og så vel strategigruppen som arbeidsgruppene har sikkert en del i ermet selv om ikke innspillsprosessen blir bred og dekkende nok. (For innspill, se <http://www.forskningsradet.no/prognett-helseomsorg21/Innspill/1253985619283>).

Du har uttalt at du har høye ambisjoner for strategiens bidrag til å få til endringer, men det kan bli vanskelig å forene mange og trolig sprikende innspill. Blir vekst nødvendig for å få til endring?

Ikke nødvendigvis, det er en stor sektor, og jeg tror vi også kan oppnå mye innenfor dagens ressursrammer. Og vi skal heller ikke glemme at den brede medvirkningen innenfor denne sektoren har bidratt betydelig til mobiliseringen av ressurser. Ledere på alle nivåer har prioritert forskning fordi de ser at det er viktig for deres virksomhet.



“Også i Norge har vi her og der småsuksesser i helse- og omsorgssektoren, men volumet er overhodet ikke sammenliknbart med f.eks. Sverige og Danmark, som har store næringslokomotiver på området”

Mobilisering gjennom medvirkning blir også viktig når vi nå skal mobilisere FoU i forhold til kommunenes behov: hvordan utløser vi betalingsvilje hos de som vet hvor skoen trykker hva gjelder tjenesteleveransen på dette nivået? Samtidig må vi også ivareta behovet for strategiske beslutninger på nasjonalt nivå – om prioritering av områder, infrastrukturtiltak mv. Et eksempel på et infrastrukturtiltak er å få på plass et pasientregister for primærhelsetjenesten og omsorgstjenesten i kommunene som er helhetlig og snakker med spesialisttjenestens registre.

Med henvisning til det såkalte kunnskapstriangelet heter det også i mandatet at «strategien skal se forskning, utdanning og innovasjon i sammenheng»?

Denne nære sammenhengen mellom forskning, utdanning og innovasjon er noe som etter min mening allerede kjennetegner forsknings- og innovasjonssystemet i Norge i helsesektoren – særlig innenfor medisin.

Det er her de samme miljøene og institusjonelle aktørene som utfører forsknings- og utdanningsvirksomhet, som driver tjenestene. Det er en klassisk tradisjon innenfor medisinsk forskning at leger på universitetssykehus samtidig har en akademisk stilling; de har dermed ansvar både for forskning, utdanning og det å forbedre og utvikle egen praksis, altså innovasjon.

Utfordringen er å utvide dette til ikke bare å gjelde spesialisthelsetjenesten, men også områder i helsetjenesten der det i større grad er ansvarsdeling mellom institusjoner. Ikke minst må vi tenke nytt og annerledes om hvordan det i større grad også kan prege primærhelsetjenesten og helsearbeidet ute i kommunene. Her er det umulig å bruke spesialisthelsetjenestens institusjonelle løsninger – det er ikke mulig å bygge opp forskningsenheter i 428 kommuner. Her er det mye upløyd mark, og vi må tenke mer systematisk om arbeidsdeling mellom institusjoner, samarbeidsløsninger, spredningsmekanismer mv. Enkelte har

tatt til orde for at det kan være noe å lære av landbrukssektoren, som har et tydelig og sammenhengende spredningssystem, som går fra universitet (tidligere Landbruks-høgskolen) via landbrukskoler til forsøks-gårder. Også på globalt nivå er det mer helhetlig tenkning innenfor landbruks-systemet enn innenfor det medisinske og helsefaglige området på forsknings- og innovasjonsområdet.

Forventningene om innovasjon og næringsutvikling på helseområdet er store. For store?

Utfordringene er store på dette området – her er det ikke bare mye upløyd mark, det finnes knapt nok etablert mark. Også i Norge har vi her og der småsuksesser i helse- og omsorgssektoren, men volumet er overhodet ikke sammenliknbart med for eksempel Sverige og Danmark, som har store næringslokomotiver på området. Det sentrale spørsmålet er om det offentlige bør spille en aktiv rolle for å stimulere og legge forholdene til rette for ny næringsvirksomhet, eller om man skal gå ut fra at økonomien og markedet selv utnytter de mulighetene som finnes, og etablerer virksomhet når og dersom det er liv laga. Her finner vi ulike holdninger i ulike departementer. Jeg tror vi har konkurransefor-trinn på enkelte områder innenfor helse-området, men de må stimuleres, og vi må identifisere de områdene som synes å ha særlige muligheter i Norge. Vi vil komme med innspill i denne debatten og bidra til en kunnskapsøkonomi som er bredere enn energi og havbruk.

Et mye diskutert spørsmål er hvor mye av forskningsmidlene i helsesektoren som bør fordeles på henholdsvis regionalt og nasjonalt nivå?

Ja, det er et spørsmål vi må ta opp. Når RHFene nedlegges eller omdannes, vil det få direkte betydning for hvordan dette skal løses. Men så mange er opptatt av hva som er riktig balanse i dette spørsmålet, at vi vil måtte drøfte det inngående uansett organisatorisk struktur. I den diskusjonen er det bl.a. viktig å ha med seg at det bare er en begrenset del av forskningsmidlene i spesialisthelsetjenesten som er underlagt en eksplisitt fordelingsprosess på regionalt nivå; en stor del av denne forskningsinnsatsen er knyttet til mikrobiologiske beslutninger på avdelings- eller endog på individnivå, der en finner rom for forskning og ser seg i stand til å mobilisere forskningsinnsats fordi en mener at det er viktig for virksomheten på dette nivået. Det er ressurser som teller tungt i kartleggingen av forsknings-

“en stor del av denne forskningsinnsatsen er knyttet til mikrobiologiske beslutninger på avdelings- eller endog på individnivå, der en finner rom for forskning og ser seg i stand til å mobilisere forskningsinnsats”

midlene i sektoren, men som altså ikke er direkte knyttet til spørsmålet om fordelingsnivå.

Til slutt: ett av de temaene dere vil gå nærmere inn på i regi av egen arbeidsgruppe, er global helse. Du har nylig selv vært aktiv på dette området. Hvilke muligheter ser du for deg for dette området i HelseOmsorg21-sammenheng?

I Norge er dette et lite forskningsfelt som ville fått en marginal status om det bare var deltema under andre arbeidsgrupper og områder. Vi tar her opp spørsmål knyttet til den globale helsesituasjonen, som i stor grad er preget av de særlig store helseutfordringene i utviklingsland. Som et rikt land bør Norge tenke systematisk gjennom hva og hvordan norske forsknings- og innovasjonsmiljøer kan bidra for å bedre situasjonen. Samtidig er vi selv et lite land i verden og påvirkes i stor grad av globale trender og markeder; det kan bl.a. dreie seg om pasientforflytning, kjøp

og salg av tjenester internasjonalt, behandlingsturer, noen lands satsing på eksport av helsetjenester, spredning av antibiotikaresistens osv. eller forhold innenfor handel og særlig matvareindustri. Globale helse spørsmål står i Norge høyt på den politiske dagsordenen, som del av utviklingspolitikken og som utenrikspolitisk fanesak. Det har vært en tydelig prioritering fra den avtroppende regjeringens side, men den påtroppende regjeringen har gitt forsikringer om at det også for dem er høyt prioriterte spørsmål. Norge kan på dette området markere seg tungt internasjonalt, innenfor policyorganisasjoner og på giversiden, og vi må ha et forsknings- og innovasjonssystem som kan bygge opp under denne innsatsen, men også kritisk vurdere den når det er nødvendig. 📍

Mer informasjon om HelseOmsorg21 finnes på <http://www.forskningsradet.no/prognostikk-helseomsorg21/Forside/1253985487298>.

21-strategiene

OG21

Nasjonal teknologistrategi for olje og gass. Etablert av Olje- og energidepartementet i 2001. Strategi revideres hvert 2.-3. år, sist i 2012.

Energi21

Nasjonal strategi for forskning og utvikling av ny energiteknologi. Etablert av Olje- og energidepartementet i 2008. Strategi revideres hvert 2.-3. år, sist i 2011.

Klima21

Strategisk forum for klimaforskning. Oppnevnt i 2008 av regjeringen. Strategi publisert i 2010.

Maritim21

Helhetlig maritim forsknings- og innovasjonsstrategi utviklet av næringen (MARUT) på oppdrag (2009) fra Nærings- og handelsdepartementet. Strategi publisert 2010.

Hav21

FoU-strategi for marin sektor. Oppdragsgiver Fiskeri- og kystdepartementet. 2011-2012. Strategi publisert 2012.

HelseOmsorg21

Forsknings- og innovasjonsstrategi for helse- og omsorgssektoren. Oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet 2013. Strategi publiseres juni 2014.

Bygg21

Samarbeidsprogram mellom byggenæringen, statlige myndigheter og andre sentrale aktører for å utvikle en kunnskapsbasert byggenæring. 2013-2020. Styre oppnevnt av Kommunal- og regionaldepartementet. Strategier publiseres medio 2014.