



Hvordan kan Drammensregionen ta en strategisk riktig posisjon og bli attraktiv for helserelatert FoU, innovasjon og næringsutvikling?



Foto: Helse Sor- Øst

Forord

Åpningen av nytt regionsykehus og etableringen av en ny helsebydel på Brakerøya gir Drammensregionen en unik strategisk mulighet til å samle og styrke helserelatert utdanning, forskning og utvikling, innovasjon og næringsutvikling. For å legge et solid grunnlag for videre satsing, har Menon Economics kartlagt og analysert aktørlandskapet innen helse i regionen, samt vurdert muligheter og utfordringer for en videre satsning innen helse. Bak initiativet står Buskerud fylkeskommune, kommunene Drammen og Kongsberg, Vestre Viken HF, Universitetet i Sørøst-Norge (USN), Næringsforeningen i Drammensregionen, NHO Geneo og Drammen Helsepark AS. I tillegg har Norlandia Health & Care Group, Eidos Eiendomsutvikling, B_VAR, Eneo, AG Eiendomsinvest AS og Sparebanken Øst bidratt med økonomisk støtte.

Erland Skogli har vært ansvarlig for prosjektet, Kari Rolfsjord har vært prosjektleder. Øyvind Snilsberg, Johanne Øderud Vatne og Andreas Becker Cappelen har vært prosjektmedarbeidere. Erik W. Jacobsen har vært kvalitetssikrer. Vi takker oppdragsgiver for et spennende oppdrag, og retter også en takk til alle aktører som har deltatt i prosessen med innspill og kunnskap. Menon står ansvarlig for alt innhold i rapporten.

Desember 2025

Erland Skogli
Prosjektansvarlig
Menon Economics

Kari Rolfsjord
Prosjektleder
Menon Economics

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
1 Innledning	6
1.1 Problemstillinger	7
1.2 Leserveiledning	8
1.3 Det geografiske nedslagsfeltet for analysearbeidet	9
1.4 Metode	9
1.5 Teoretisk rammeverk for vurdering av klynger	10
1.6 Rammeverk for vurdering av organisering og finansiering av klynger	12
1.7 Organisering og eierskap	12
1.7.1 Organisering	12
1.7.2 Eierskap	12
1.8 Finansering	14
2 Utviklingstrekk og fremtidens kompetansebehov i Drammensregionen	16
2.1 Om Drammensregionen	16
2.1.1 Geografisk plassering	16
2.2 Utviklingstrekk i Buskerud fylke	17
2.3 Utviklingstrekk i Drammensregionen	18
2.4 Kompetansebehov i Drammensregionen	18
2.4.1 Hva kjennetegner kompetansen i Drammensregionen i dag?	19
2.4.2 Hva kjennetegner kompetansebehovet i Drammensregionen i 2040?	19
2.5 Utviklingstrekk for helsenæringen i Drammensregionen med Asker og Bærum (DAB)	24
2.5.1 Sammensetning av helsenæringen	24
2.5.2 Utvikling i verdiskaping og sysselsetting i helsenæringen	25
2.5.3 Utvikling i verdiskaping og sysselsetting i helseindustrien	26
2.5.4 Hovedfunn fra næringsanalysen	28
3 Overordnede utviklingstrekk innen helse- og omsorg	29
3.1 Om norsk helse- og omsorgssektor	29
3.2 Utviklingstrekk i norsk helse- og omsorgssektor	30
3.3 Nasjonale helsepolitiske prioriteringer	30
3.3.1 Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027	30
3.3.2 Samhandlingsreformen 2.0: Helsereformutvalget og Prosjekt x	31
3.3.3 Folkehelsemeldingen	31
3.3.4 Helseberedskap – styrket politisk prioritet	32
3.3.5 Innovasjon, anvendelse av helseteknologi og offentlig-privat samarbeid som svar på utfordringene	32
3.3.6 Klinisk utprøving som politisk satsingsområde	33
3.3.7 Eksportsatsing på helseindustri	33
3.4 Økonomiske og strukturelle forhold	34
3.4.1 Norsk helsetjeneste kjennetegnes ved høy profesjonstetthet	36
3.4.2 Dreining mot hjemmetjenester	36
3.5 Sosiale forhold	37
3.5.1 Ikke-smittsomme sykdommer øker i omfang	37
3.5.2 Økt bevissthet i befolkningen om egen helse	38

3.6	Teknologiske forhold	39
3.6.1	Kunstig intelligens og digital transformasjon tar stadig større terreng	39
3.6.2	Nye muligheter gjennom digitale selvbetjeningsløsninger	39
3.6.3	Samhandling og én journal per innbygger	39
4	Kartlegging av helsesektoren og økosystemet innen helse i Drammensregionen	40
4.1	Begrepsbruk i rapporten	40
4.2	Økosystemet innen helse	41
4.3	Helsetjenesten: Spesialisthelsetjenesten	42
4.3.1	Vestre Viken HF	42
4.3.2	Sykehuset i Vestfold HF	47
4.3.3	Private spesialisthelsetilbydere i Drammensregionen	47
4.4	Helsetjenesten: Kommunale helse- og omsorgstjenester	47
4.5	Buskerud fylkeskommune	49
4.6	Forskning og utvikling	50
4.6.1	USN	50
4.6.2	Universitetskommune Drammen	56
4.6.3	Videregående og yrkesfaglige utdanningsinstitusjoner	56
4.6.4	Vestre Viken HF	56
4.7	Helsenæringen	57
4.8	Kollektive næringsaktører	57
4.9	Oppstartsmiljøer og kompetent kapital	60
5	Analyse av økosystemet innen helse i Drammensregionen	62
5.1	Strukturelle rammebetingelser	62
5.2	Aktørbildet i regionen	63
5.3	Koblinger og samhandlingskultur	65
5.4	Formelle virkemidler og institusjonell kapasitet	66
5.5	Oppsummering	67
6	Identifiserte tematiske satsingsområder	69
6.1	Teknologidrevet helseinnovasjon	71
6.2	Samhandlingsløsninger for eldre og kronikere	72
6.3	Brakerøya Living Lab som klinisk utprøvningsarena og utstillingsvindu for hele Norge	73
6.4	Folkehelse og sosial bærekraft	74
	Vedlegg 1: Informantliste	79
7	Bibliografi	80

Sammendrag

Bakgrunnen for prosjektet

Drammensregionen står ved et strategisk veiskille. Åpningen av nytt regionsykehus på Brakerøya og utviklingen av en ny helsebydel gir regionen en unik mulighet til å skape et ledende miljø for helserettet forskning, innovasjon og næringsutvikling. Prosjektet er initiert av et bredt samarbeid bestående av Buskerud fylkeskommune, kommunene Drammen og Kongsberg, Vestre Viken HF, USN, Næringsforeningen, NHO Geneo og Drammen Helsepark AS. Oppdraget til Menon Economics har vært å:

- kartlegge regionens aktørlandskap innen helse,
- analysere utviklingstrekk og kompetansebehov,
- identifisere regionens fortrinn, barrierer og samhandlingsmuligheter,
- og vurdere hvilke strategiske satsingsområder og organisasjonsformer som kan danne utgangspunkt for diskusjoner om videre arbeid med å bygge en fremtidig helseklynge.

Datagrunnlaget er basert på dokumentstudier, registerdata, intervjuer og to workshops.

Funnene kort oppsummert

Drammensregionen kjennetegnes av høy befolkningsvekst og en sentral rolle som kompetanse- og transportknutepunkt i Sørøst-Norge. Dette gir regionen et godt utgangspunkt for videre utvikling, men innebærer også et økende press på arbeidsmarked og velferdstjenester. Framskrivninger peker særlig på et voksende arbeidskraft- og kompetansegap innen helse- og omsorgstjenester, som for resten av landet. Utviklingen i helsesektoren nasjonalt og internasjonalt åpner samtidig for nye muligheter, spesielt for regioner som har gode forutsetninger for å koble helsetjenester, forskning og teknologiutvikling.

Kartleggingen av helseøkosystemet i Drammensregionen viser et variert aktørlandskap, men med Vestre Viken HF som en tydelig hovedaktør. Helseforetaket er den største kompetansearbeidsplassen i regionen og en drivkraft for forskning, innovasjon og teknologiutvikling innen kunstig intelligens, digitale pasientforløp, «testbed»-løsninger og nye samarbeidsformer med eksterne aktører.

Kommunenes helse- og omsorgstjenester utgjør også en stor og kompleks del av økosystemet. Presset på de kommunale tjenestene er sterkt økende, både når det økonomi og tilgang på riktig kompetanse. Kommunene er aktive i en rekke utviklingsprosjekter og samarbeidsinitiativ, blant annet gjennom «HelseHub» og andre samarbeidsarenaer.

Universitetet i Sørøst-Norge (USN) er den sentrale kunnskaps- og utdanningsaktøren innen helse i regionen. Universitetet tilbyr grunnutdanninger, flere relevante masterprogrammer og har betydelige forskningssatsinger innen helse- og omsorgsfeltet. Dette gir regionen et strategisk fortrinn i form av tilgang på kandidater, forskningskompetanse og muligheter for tett kobling mellom utdanning, praksis og innovasjon. I tillegg finnes en rekke innovasjons- og samhandlingsarenaer som bidrar til å øke innovasjons- og utviklingspresset, skaper møteplasser mellom offentlige og private aktører og legge til rette for pilotering og utprøving av nye løsninger.

Innenfor helsenæring i regionen finner vi blant annet omsorgstjenesteaktører, avtalespesialister, klinikker, rehabiliteringsinstitusjoner og laboratorier. Samtidig mangler regionen foreløpig større helseindustriaktører.

Drammensregionen har flere strukturelle fortrinn som gir et godt utgangspunkt for å utvikle en posisjon innen helseinnovasjon. Det nye sykehuset og helsebydelen på Brakerøya fungerer som både et fysisk og strategisk tyngdepunkt, og regionens gode tilgjengelighet og pendlingsmuligheter gir et stort arbeidsmarkedsoppland. Drammensregionens demografi, geografi og tjenestebehov er et speilbilde på utviklingen i landet for øvrig. Regionen er dermed et godt egnet testområde for nye løsninger innen helse- og omsorg. Samtidig finnes det strukturelle barrierer: Innovasjonsarbeidet på tvers av aktørene er ennå ikke fullt ut organisert eller koordinert, og det er som nevnt lite helseindustri i regionen.

Når det gjelder koblinger og samhandlingskultur, ser regionen ut til å være i positiv utvikling. Flere nye arenaer som HelseHub, CoTech og testbed bidrar til å styrke båndene mellom aktørene. Kommunene samarbeider også tettere med Vestre Viken HF gjennom Helsefellesskapet, noe som forbedrer dialogen og legger grunnlag for helhetlige utviklingsløp. Likevel er det barrierer også her: Det påpekes at det mangler en felles organisatorisk plattform som kan samle og koordinere hele helsesatsingen i regionen. Flere av dagens initiativer, som HelseHub og CoTech, er prosjektbaserte og tidsavgrensede.

Rapporten peker på fire tematiske satsinger som Drammensregionen har forutsetninger for å bygge videre på. Disse tar utgangspunkt i regionens eksisterende styrker, strukturene som nå etableres rundt nytt sykehus og helsebydel på Brakerøya, samt de behovene og mulighetsrommene som framkommer i datainnsamlingen.

1. Teknologidrevet helseinnovasjon

Drammensregionen er gjennom særlig Vestre Viken HF, godt posisjonert for å utvikle, teste og ta i bruk digitale løsninger, kunstig intelligens og teknologi som understøtter klinisk arbeid og nye arbeidsformer. Dette inkluderer alt fra digitale pasientforløp til sensortechnologi, beslutningsstøtte og prosessforbedring.

2. Samhandlingsløsninger for eldre og kronikere

Samhandlingsutfordringer er blant regionens og landets største systemiske flaskehalser. Drammensregionen har høy andel eldre og kronikere, og rapporten identifiserer et stort potensial for å utvikle bedre modeller for arbeids- og ansvarsdeling mellom kommuner og sykehus. Dette inkluderer integrerte pasientforløp, helse- og omsorgstjenester i skjæringsfeltet mellom sykehus og kommune, inkludert samarbeidsmodeller som kan redusere reinnleggelser, forbedre kapasitet og styrke ressursutnyttelsen på både sykehus og i kommune. Dette er et område som er særlig godt forankret i nasjonale prioriteringer.

3. Brakerøya Living Lab – klinisk utprøvsarena og nasjonalt utstillingsvindu

Det nye sykehuset og Drammen Helsepark gir en unik mulighet til å etablere en fysisk arena for klinisk utprøving, pilotering og demonstrasjon av nye løsninger (mer enn teknologi). Dette omtales som en «Living Lab» for hele Norge i rapporten.

4. Folkehelse og sosial bærekraft

Regionen har allerede sterke fagmiljøer som arbeider med folkehelse, forebygging og brede samfunnstiltak. Satsingen handler om å utvikle bedre modeller for forebygging, sosial bærekraft og tidlig innsats, områder som både reduserer presset på helsetjenestene og gir stor samfunnsverdi. Her finnes et tydelig potensial for samarbeid mellom kommuner, frivillighet, forskning og næringsliv, særlig innen utvikling av kunnskapsbaserte forebyggingsprogrammer og digitale folkehelseløsninger.

Uansett valg av strategisk satsingsområde(r) har denne analysen vist at Drammensregionen har et betydelig potensial innenfor helseinnovasjon. Økende behov for helse- og omsorgstjenester (med tilhørende press på både sykehus- og kommuneøkonomi) og tydelige nasjonale føringer knyttet til blant annet økt samhandling og digitalisering gjør at regionen står i en situasjon der det både må og kan tenkes nytt.

Nærheten til hovedstadsregionen representerer et betydelig fortrinn for regionen. Dette kan utnyttes bedre. Muligheten for å skape nye arbeidsplasser som øker både innpendlingen og ikke minst tilflytningen til regionen, vil i større grad kunne realiseres hvis regionen henter kompetanse, kapital og kommersielle krefter fra hovedstadsregionen.

For å utløse potensialet vi har identifisert i denne rapporten må regionen i større grad samle laget og jobbe langsiktig og strategisk. Det innebærer å gå fra prosjektlogikk til en tydeligere felles satsing, der sentrale aktører inngår i et mer formalisert partnerskap. En slik struktur kan ta ansvar for å prioritere og videreutvikle tematisk(e) satsingsområde(r) som velges, koordinere virkemidler og finansiering, og sikre at test- og utviklingsarbeid faktisk skaleres opp til løsninger som kan tilbys utenfor regionen og også eksporteres. Det handler både om å skape en arena der strategiske veivalg kan tas i fellesskap, og om å etablere en operativ kapasitet som kan drive konkrete initiativer framover over tid.

Merkevarebygging er en integrert del av denne utviklingen. Skal Drammensregionen tiltrekke seg kompetanse, samarbeidspartnere og investeringer, må regionen oppfattes som én samlet og tydelig helsedestinasjon og ikke en løs samling av enkeltprosjekter som i dag. En bevisst og samordnet posisjonering, der regionens fortrinn som testarena for hele helse- og omsorgs-Norge tett på hovedstaden, vil være avgjørende for å skape gjennomslag nasjonalt og internasjonalt. Den videre utviklingen handler derfor ikke bare om å styrke enkeltaktører, men om å bygge en felles identitet og en langsiktig, forpliktende satsing som gjør at Drammensregionen kan ta en tydelig og gjenkjennbar posisjon innen helseinnovasjon i årene som kommer.

1 Innledning

Drammensregionen har gjennom historien vært et viktig industri- og handelssentrum på Østlandet. Byen Drammen har lange tradisjoner som transportknutepunkt, havneby og industriby, med en sentral rolle i utviklingen av Buskerud og omkringliggende kommuner. I dag er regionen et av de mest folkerike områdene utenfor Oslo, og utgjør et naturlig bindeledd mellom hovedstadsområdet og det indre Østlandet.

Med under 32 minutters togreise til Oslo og hyppige kollektivavganger, har Drammen by et arbeids- og kompetansemarked som i praksis strekker seg langt utover egne grenser. Samtidig er byen et geografisk knutepunkt, med grenseflater både mot Ringerike, Kongsberg og kommunene i Vestfold. Dette gir Drammensregionen en utvidet rolle som bindeledd mellom ulike bo- og arbeidsmarkeder, og gjør regionen attraktiv både som bosted, arbeidssted og utviklingsarena.

Åpningen av et nytt Drammen sykehus på Brakerøya markerer en ny epoke for regionen. Sykehuset er en av de største investeringene i norsk sykehusstruktur i nyere tid, og er det største sykehuset i Vestre Viken helseforetak. Sykehuset samler spesialisthelsetjenester under ett tak og gir samtidig en unik mulighet til å utvikle en ny helsebydel hvor forskning, utdanning, innovasjon og næringsutvikling kan spille sammen på nye måter. Som en del av utviklingen på Brakerøya, er Drammen Helsepark planlagt som en tett integrert forlengelse av sykehuset og en ny møteplass der befolkningen, helsetjenester, akademia og næringsliv kan samhandle i et felles byrom.

Med Universitetet i Sørøst-Norge, Vestre Viken HF og et bredt spekter av kommunale og private aktører, finnes det allerede et sammensatt aktørlandskap som gir muligheter for nye satsninger innen helse. Samtidig finnes det mange gode etablerte initiativer og arenaer for samarbeid som illustrerer regionens vilje og evne til nyskaping. Dette gir et spennende utgangspunkt for å analysere hvordan regionen kan utvikle en fornyet satsning innen helse i årene som kommer.

1.1 Problemstillinger

På bakgrunn av et samarbeid bestående av Buskerud fylkeskommune, kommunene Drammen, og Kongsberg, Vestre Viken HF, Universitetet i Sørøst-Norge (USN), Næringsforeningen i Drammensregionen, NHO Geneo og Drammen Helsepark AS, har Menon Economics fått i oppdrag å gjøre en kartlegging som vurderer potensialet for en videre satsning innen helse i Drammensregionen, med utgangspunkt i følgende seks hovedproblemstillinger:

- 1) Hvordan ser aktørlandskapet og økosystemet i Drammensregionen ut innen helse?
- 2) Hva er Drammensregionens særlige fortrinn og barrierer, hvilke kompetansemiljøer og posisjoneringsmuligheter finnes?
- 3) Hvordan kan regionen sikre tilgang på riktig kompetanse i helsesektoren fremover, og hvilke gap finnes mellom dagens utdanningstilbud og fremtidige behov?
- 4) Hvordan preges utviklingen innen helse og helseteknologi av internasjonale og nasjonale trender, og hvordan kan Drammensregionen posisjonere seg for å dra nytte av disse?
- 5) Hva er de mest hensiktsmessige modellene for organisering, eierskap og finansiering av en helseklynge eller et felles innovasjonsselskap, og hvordan kan man samtidig sikre forankring, fleksibilitet og skalering?
- 6) Hvordan skiller Drammensregionen seg fra andre regionale og nordiske initiativer, og hvilken læring kan trekkes av disse sammenligningene?

1.2 Leserveiledning

Rapporten består av fire hoveddeler som illustrert i Figur 1-1. Den første delen gir en introduksjon til Drammensregionen og helsenæringen i området, og beskriver sentrale demografiske utviklingstrekk og framtidige kompetansebehov. I den andre delen belyses utviklingstrekk i helsesektoren i og utenfor Norge. Den tredje delen kartlegger aktørlandskapet og økosystemet innen helse i regionen, og analyserer regionens viktigste fortrinn og barrierer for videre utvikling. I rapportens siste del vurderes mulighetsrommet basert på den samlede datainnsamlingen, med mål om å synliggjøre hvordan Drammensregionen kan bygge videre på sine styrker og utvikle en samlet satsing innen helse og innovasjon.

Figur 1-1 **Rapportens hovedområder**

Kapitel 2: Overordnede utviklingstrekk i Drammensregionen

- Hva kjennetegner Drammensregionen?
- Hva kjennetegner den demografiske utviklingen i Drammensregionen?
- Hva kjennetegner helsenæringen i regionen?
- Hvordan ser fremtidens kompetansebehov ut i Drammensregionen?

Kapitel 3: Overordnede utviklingstrekk innen helse

- Hvilke politiske, økonomiske, sosiale og teknologiske drivkrefter og nasjonale prioriteringer kan relateres til regionens mulige satsing?

Kapitel 4 og 5: Om økosystemet innen helse i Drammensregionen

- Hvordan ser aktørlandskapet ut innen helse i Drammensregionen?
- Hva kjennetegner økosystemet og koblingene mellom aktørene?
- Hva er Drammenregionens fortrinn og barrierer innen helse?

Kapitel 6: Mulighetsrom for videre helsesatsing i Drammensregionen

- Hvilke tematiske satsningsområder kan en helsesatsing i Drammenregionen ta eierskap til?

1.3 Det geografiske nedslagsfeltet for analysearbeidet

Kartleggingen tar utgangspunkt i Drammensregionen, som i denne sammenhengen er definert som kommunene Drammen, Lier, Kongsberg og Øvre Eiker. I deler av analysen inkluderer vi også Asker og Bærum for å belyse mulighetsrommet knyttet til aksene østover mot hovedstadsregionen: Disse to kommunene har en sterk posisjon innen helseindustrien og en geografisk nærhet til Drammen og Buskerud som gjør det relevant å se dem i sammenheng med Drammensregionen når vi ser på helsenæringen. Vi opplyser når Asker og Bærum er inkludert og omtaler dette tydelig som **DAB**-regionen for å unngå misforståelser rundt hvilke kommuner som utgjør Drammensregionen. Det er samtidig viktig at avgrensningen vi her omtaler som Drammensregionen ikke må forveksles med det interkommunale samarbeidet mellom Holmestrand, Øvre Eiker, Lier og Drammen, som også offisielt omtales som Drammensregionen.

I enkelte sammenhenger er det hensiktsmessig å benytte et bredere nedslagsfelt enn det vi i dette innsiktsarbeidet definerer som Drammensregionen. Universitetet i Sørøst-Norge har eksempelvis åtte campuser spredt mellom fylkene Vestfold, Telemark og Buskerud. Vestre Viken har også et nedslagsfelt som omfatter Ringeriksregionen og Sykehuset i Hønefoss. Slike aktører binder Drammensregionen sammen med andre områder gjennom tjenester, innbyggere og arbeidskraft og fremstår relevant å belyse. Når analysen trekker inn slike utvidelser, vil dette fremgå eksplisitt.

Brakerøya, med det nye regionsykehuset og etableringen av en helsebydel, utgjør etter vår vurdering et naturlig sentrum for utvikling av nye mulighetsområder. Samtidig er det viktig å balansere de strategiske mulighetene som følger av Brakerøya, samtidig som en bygger videre på etablerte samarbeidsarenaer som kan ha sitt naturlige tyngdepunkt andre steder i regionen.

1.4 Metode

Analysearbeidet bygger på metodetriangulering der vi kombinerer dokumentstudier, kvalitative intervjuer og kvantitativ data for å sikre et bredt og pålitelig kunnskapsgrunnlag.

	Dokumentstudier Arbeidet i denne rapporten bygger på et bredt kunnskapsgrunnlag som Menon har utviklet gjennom tidligere analyser av helsenæringen og klyngeutvikling i Norge, andre relevante rapporter og eksisterende kunnskapsgrunnlag som vurderer Drammensregionen, samt øvrig relevant innsikt som bidrar til en forståelse av mulighetsrommet for en videre helsesatsing.
	Kvantitativ data Vi har benyttet regnskapsdata fra bedrifter for å kartlegge helsenæringen i Drammensregionen. Datagrunnlaget er hentet fra Menon Economics' regnskapsdatabase, som bygger på innrapporterte regnskapstall til Brønnøysundregistrene. Vi har også hentet statistikk fra SSB og KOSTRA for å gi mer innsikt i hva som kjennetegner regionen og enkeltkommunene som inngår i analysen.

	Intervjuer Vi har gjennomført 15 intervjuer med sentrale aktører innen offentlig sektor og helsetjenester, kunnskap og forskning, innovasjon og klyngeorganisering, næringsliv samt kapitalmiljøer. Intervjuene har hatt et semistrukturert oppsett, med mål om å belyse aktørenes erfaringer, roller og perspektiver på utviklingen av helsesektoren i Drammensregionen. En fullstendig informantliste finnes i vedlegg 1.
	Workshop Som en del av datainnsamlingen har vi gjennomført to workshoper med representanter fra ulike deler av aktørlandskapet i og rundt regionen. Formålet med disse samlingene var både å validere funn fra de øvrige datakildene og å nyansere bildet gjennom dialog mellom aktørene. Denne prosessen har bidratt til å identifisere perspektiver som ikke nødvendigvis fremkommer i skriftlige kilder eller individuelle intervjuer, og har styrket grunnlaget for den endelige analysen.

1.5 Teoretisk rammeverk for vurdering av klynger

Det finnes flere ulike teoretiske rammeverk som kan benyttes for å analysere mulighetsrommet som ligger i Drammensregionen. Vi benytter vurderingskriterier fra klyngeteori for å vurdere regionens utgangspunkt og muligheter til å ta en strategisk posisjon innen helse.

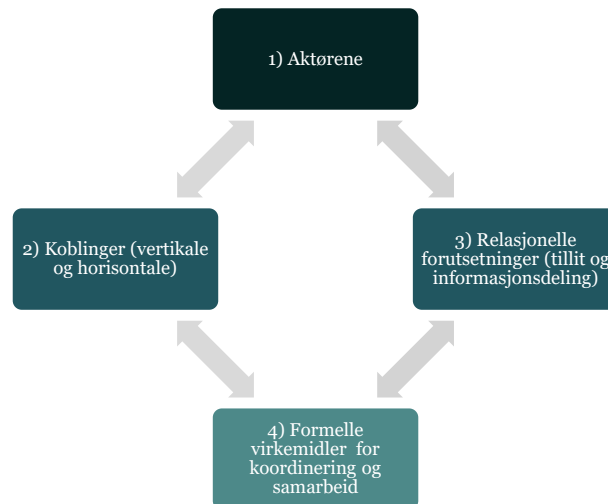
Klynger forbindes ofte med formaliserte samarbeid som Oslo Cancer Cluster, hvor aktører samles i en strukturert organisasjon med tydelig medlemskap, finansiering og strategi. I vår vurdering av Drammensregionen bruker vi imidlertid klyngebegrepet i en bredere forstand: som et analytisk rammeverk for å favne om de aktørene som i praksis utgjør et økosystem for helse. Vi anvender klyngeteori for å vurdere det samlede aktørlandskapet. Dette inkluderer kommuner, helsetjenester, akademia, næringsliv og regionale utviklingsaktører, som gjennom gjensidig avhengighet og samarbeid bidrar til å forme et økosystem innen helse. På denne måten ser vi klyngebegrepet som et nyttig verktøy for å analysere hvordan samspillet mellom aktørene kan utvikles, selv om økosystemet ikke nødvendigvis er organisert eller definert som en formell klynge.

Det eksisterer mange modeller og rammeverk for måling av klyngeegenskaper. Den mest kjente er Michael Porters diamantmodell (Porter, 1990). Modellen ble utviklet gjennom et internasjonalt forskningsprosjekt som tok sikte på å forklare hvorfor næringer i enkelte land ble til internasjonale suksesser, mens de ikke blir det i andre land, til tross for at ressursgrunnlaget er likt i de to landene. Hovedpoenget i denne modellen er at suksessrike næringer er kjennetegnet ved selvforsterkende vekst, som drives frem av konkurranse, samarbeid, innovasjonspress og kunnskapsutvikling blant bedrifter innenfor relativt små geografiske områder.

En næringsklynge kan altså betegnes som et miljø av bedrifter, forskningsmiljøer og offentlige aktører som er lokalisert nær hverandre og har sterke forbindelser. Når bedriftene og institusjonene kan dele kunnskap, trekke på felles ressurser og utvikle løsninger i samspill, kan de oppnå mer sammen enn de ville gjort hver for seg. Om konkurranse, krevende kunder, tilgang på ressurser og sterke relasjoner til tilgrensende næringer trekker i samme retning, oppstår et selvforsterkende utviklingspress. Dette kan bidra til økt innovasjon, produktivitet og konkurransekraft.

Porters diamantmodell består av fire faktorer: Konkurransforhold, etterspørselsforhold, faktorforhold og «relaterte støttenæringer». Menon har utviklet et analytisk rammeverk, inspirert av Porters diamantmodell, som blant annet ble benyttet i analysen av klyngemekanismer i helsenæringen på nasjonalt nivå (Menon Economics, 2023a). I vår analyse av Drammensregionen benytter vi fire hovedfaktorer for å vurdere Drammensregionens klyngeegenskaper:

Figur 1-2 Analytisk rammeverk for å beskrive og vurdere klyngeegenskaper.



Kilde: Menon Economics

Vår analyse av Drammensregionen (kapitel 5) tar utgangspunkt i følgende rammeverk for å beskrive hva som kjennetegner dagens styrker og svakheter i regionen med formål om å danne et helhetlig virkelighetsbilde som kan brukes som grunnlag for å vurdere videre satsing, organisering og investeringer.

- 1) Aktørene:** Bedrifter, helseaktører, forskningsinstitusjoner og offentlige myndigheter som er til stede i regionen danner grunnlaget for næringsklyngen. Når vi analyserer aktørbildet, handler det både om hvem som er til stede og hvilken rolle de spiller. Antall, størrelse, kompetanse og lokasjon spiller inn.
- 2) Koblingene mellom aktørene:** Koblingene mellom aktørene avgjør i hvilken grad kunnskap, behov og ressurser flyter mellom dem, og dermed hvor stort potensialet er for innovasjon og verdiskaping.

Vertikale koblinger oppstår når aktører er knyttet sammen i en verdikjede, for eksempel leverandører, produsenter og sluttbrukere. Når disse koblingene er sterke, kan leverandører raskt tilpasse seg kundenes behov, og kundene kan dra nytte av mer treffsikre produkter og tjenester. I helsesektoren betyr dette for eksempel at teknologileverandører får direkte innsikt i hvilke utfordringer sykehusene står overfor, og dermed kan utvikle løsninger som faktisk løser problemene. Resultatet er mer målrettet innovasjon og bedre ressursutnyttelse.

Horisontale koblinger oppstår når aktører på samme nivå i verdikjeden samarbeider eller utfyller hverandre. Det kan være bedrifter som tilbyr ulike, men komplementære løsninger for eksempel et medisinsk måleinstrument kombinert med en digital applikasjon som sammen gir en helhetlig løsning for pasientoppfølging. Det kan også være produkter og tjenester som er substitutter for hverandre, slik som behandling av psykiske lidelser med terapi og medikamenter. I en slik situasjon, bindes aktørene sammen av et felles marked.

- 3) Relasjonelle forutsetninger:** Selv om aktørene er koblet sammen, er resultatene avhengige av hvordan de samhandler. Høy grad av tillit, åpenhet og vilje til å dele informasjon gjør samarbeidet mer effektivt. Der dette mangler, kan koblingene bli svake selv om aktørene i utgangspunktet kunne hatt mye å vinne på å jobbe sammen.
- 4) Formelle virkemidler for koordinering og samarbeid:** Til slutt ser vi på om det finnes strukturer som tilrettelegger for samarbeid. Dette kan være formelle klyngeorganisasjoner, forskningssentre, innovasjonsarenaer eller inkubatorer. Slike virkemidler gir aktørene møteplasser, ressurser og prosesser som gjør samarbeid enklere og mer forutsigbart.

1.6 Rammeverk for vurdering av organisering og finansiering av klynger

Hva kreves for å utvikle en levedyktig klyngebasert, regional satsing på helseinnovasjon? I det følgende beskriver vi tre dimensjoner som gjensidig påvirker hverandre: organisering, eierskap og finansiering. Organiseringsdelen beskriver hvordan aktører og roller kan struktureres for effektiv samhandling, mens eierskapsdelen belyser hvordan ulike eiermodeller legger rammer for styring, legitimitet og utvikling. Til slutt diskuteres finansiering som en viktig tilleggsdimensjon.

1.7 Organisering og eierskap

En helsesatsing kan struktureres og forankres på ulike måter, avhengig av ambisjonsnivå, aktørbilde og ressursgrunnlag. Organisering handler om hvordan roller, prosesser og ledelse struktureres for å fremme samarbeid og måloppnåelse, mens eierskap handler om hvem som har beslutningsmyndighet og hvilken formell organisasjonsform som best støtter formålet. I praksis henger disse dimensjonene tett sammen. Eierskapet påvirker graden av profesjonalisering og styring, mens organisasjonsformen legger føringer for hvilke eierstrukturer som er realistiske og bærekraftige. Dette avsnittet presenterer et generisk rammeverk for hvordan helsesatsinger kan organiseres og forankres, samt drøfter hvordan ulike valg påvirker legitimitet, dynamikk og utvikling.

1.7.1 Organisering

Vi har identifisert fem relevante modeller for organisering: nettverksorganisering, program- eller prosjektorganisering, klyngeorganisasjon, institusjonell forankring og stiftelseorganisering. Disse representerer et kontinuum fra løse, uformelle samarbeid til mer formaliserte og profesjonelle strukturer og er oppsummert i Tabell 1-1.

I vurderingen av organisering er det også viktig å ta hensyn til betydningen av fysiske møteplasser. Møteplasser kan styrke relasjonsbygging, kunnskapsdeling og felles identitet, og fungere som et strategisk virkemiddel for å realisere ambisjonene i satsingen.

Videre er ledelse og profesjonalisering viktige faktorer for utvikling av bærekraftige regionale klyngesatsinger. Grad av ledelse kan gå fra frivillig og fasiliterende ledelse til tydelig strategisk og administrativ ledelse.

1.7.2 Eierskap

Eierskapet i en helsesatsing har stor betydning for styring, legitimitet og evne til langsiktig utvikling. Det avgjør hvem som har beslutningsmyndighet, hvordan satsingen ledes og finansieres, og hvilken grad av forpliktelse de ulike aktørene har.

Eierskapet kan ligge hos offentlige aktører, private virksomheter, ideelle organisasjoner eller hos en sammensatt gruppe av partnere. Offentlig eierskap gir gjerne høy legitimitet og stabilitet, men kan gi mindre fleksibilitet da forankring med institusjonelle målsetninger og organisering kan medføre større kompleksitet. Privat eierskap kan gi større handlekraft og innovasjonsevne, men kan utfordre samfunnsforankringen dersom kommersielle interesser dominerer. Samarbeidsformer mellom offentlig og privat sektor kan kombinere styrker fra begge, men krever tydelige roller og styringsstrukturer for å fungere over tid.

Noen satsinger organiseres som uavhengige stiftelser eller ideelle foreninger, der samfunnsformålet står i sentrum og virksomheten ikke har eiere i tradisjonell forstand. Andre bygger på kooperative prinsipper, der deltakerne som kommuner, institusjoner eller virksomheter eier og styrer i fellesskap. Denne typen felles eierskap kan skape bred forankring, men krever god koordinering og tydelig ledelse for å unngå treghet og utydelighet i beslutninger.

Tabell 1-1 Organiseringsmodeller for regionale helsesatsinger

Modell	Kjennetegn	Behov for fysisk møteplass	Behov for ledelse	Typisk eierskapsform	Formell organisasjonsmodell
Nettverksmodell	Løs, fleksibel struktur med uformelle samarbeid og lav inngangsterskel. Egnet i tidlige faser for relasjonsbygging og idéutvikling.	Lavt–moderat. Digitale plattformer og sporadiske samlinger er ofte tilstrekkelig.	Lavt. Krever primært en koordinator eller fasilitator som holder nettverket samlet.	Frivillig samarbeid, ofte uten formelle eiere. Kan initieres av offentlig aktør, klynge eller enkeltinstitusjon.	Ingen egen juridisk enhet; organiseres ofte som prosjekt eller samarbeidsavtale (MOU).
Program- / prosjektmodell	Tidsavgrenset struktur med klart definerte mål, aktiviteter og finansiering. Passer for testing og utvikling av konsepter og samarbeidsmodeller.	Moderat. Samlokalisering eller prosjektarena kan styrke samarbeid, men ikke avgjørende.	Moderat. Operativ prosjektleder og styringsgruppe.	Ofte offentlig eierskap (kommune, fylkeskommune, helseforetak) eller samarbeid mellom flere institusjoner.	Midlertidig prosjektorganisering under eksisterende virksomhet, evt. egen programenhet.
Klynge- / nettverksorganisasjon	Formell medlemsstruktur med vedtekter, styringsorgan og profesjonell drift. Langsiktig plattform for samarbeid, innovasjon og næringsutvikling.	Høyt. Et fysisk «nav» eller campus kan være sentralt for identitet og samhandling.	Høyt. Profesjonell klyngeleder, styre og administrasjon.	Ofte offentlig–privat partnerskap med kombinasjon av medlemskap, partnere og offentlige aktører.	Vanligvis forening (ikke-kommersiell) eller samvirkeforetak (SA).
Institusjonell modell	Forankret i en eksisterende institusjon, som universitet, helseforetak eller forskningsorganisasjon.	Moderat–høyt. Benytter vertsinstitusjonens fasiliteter og nettverk.	Moderat–høyt. Krever koordinator og lederforankring i institusjonen.	Offentlig eierskap eller del av eksisterende virksomhet.	Del av offentlig institusjon (avdeling, senter, program) eller stiftelse opprettet av vertsinstitusjon.
Stiftelses- / ideell modell	Uavhengig organisasjon uten eiere, opprettet for et samfunnsformål.	Moderat–høyt. Ofte behov for dedikert samlingsarena og administrasjon.	Moderat–høyt. Styre og daglig leder ansvarlig for drift og strategi.	Ingen eiere; opprettet av offentlige og/eller private aktører i fellesskap.	Stiftelse eller ideell forening.

Modell	Kjennetegn	Behov for fysisk møteplass	Behov for ledelse	Typisk eierskapsform	Formell organisasjonsmodell
	Langsiktig og nøytral struktur som kan samle flere aktører.				

1.8 Finansering

Finansiering handler om hvordan en helsesatsing sikrer tilstrekkelige og forutsigbare ressurser til drift, utvikling og innovasjon. Valg av finansieringsmodell påvirker både langsiktighet, handlingsrom og grad av uavhengighet i satsingen. For å synliggjøre ulike tilnærminger, har vi identifisert fire hovedmodeller for finansiering: offentlig basisfinansiering, prosjektbasert finansiering, medlems- eller partnerskapsbidrag og privat investorkapital. I praksis vil flere modeller kunne kombineres.

Offentlig basisfinansiering innebærer økonomisk støtte fra stat, fylkeskommune og kommune. En slik modell gir høy grad av stabilitet og forutsigbarhet, særlig dersom finansieringsrammene fastsettes med et langsiktig perspektiv. Modellen legger til rette for langsiktig arbeid og kan bidra til å sikre institusjonell forankring. Samtidig er den sårbar for endringer i politiske prioriteringer og budsjetter. Dersom finansieringen kommer fra flere offentlige aktører, kan målsettingene blant finansieringsinstitusjonene variere, og de kan i større grad være rettet mot samfunnsnytte fremfor kommersielle hensyn som kan være en sentral målsetning i en helsesatsing. For å unngå målkonflikter mellom finansieringsaktører og den faktiske helsesatsingen, er det derfor avgjørende at satsingen har tydelig definerte mål og en klar prioritering mellom disse.

Prosjektbasertfinansiering tildeles gjerne for å realisere konkrete tiltak, utviklingsprosjekter eller pilotinitiativer. Denne finansieringsformen stimulerer til innovasjon, nytenkning og resultater, særlig i etablerings- og utviklingsfaser. Den bidrar til tempo og målrettet ressursbruk, og kan være et viktig virkemiddel for å teste ut nye ideer og løsninger før de eventuelt forankres mer permanent. EU-midler, for eksempel gjennom programmer som *Horizon Europe*, *Interreg* eller *EU4Health*, er typiske former for prosjektbasert finansiering. Det finnes også nasjonale aktører som kan bidra til prosjektbaserte midler, som for eksempel Norges forskningsråd.

Medlemsfinansiering eller partnerskapsbidrag bygger på at deltakende aktører bidrar økonomisk gjennom kontingent eller driftsbidrag. Dette skaper eierskap, forpliktelse og fellesskap, men kan også føre til at mindre aktører faller utenfor, og at satsingen får en snevrere deltakelsesbase. Dette kan løses gjennom ved at medlemskontingenter settes avhengig av aktørenes størrelse og betalingsdyktighet. På samme måte som med offentlig finansiering er det en potensiell utfordring at et partnerskap bestående av mange aktører kan representere divergerende målsetninger, og det er viktig å forankre og bygge forpliktelse til definerte målsetninger for helsesatsingen.

Privat investorkapital tilfører risikovillig kapital som kan akselerere kommersialisering og vekst. Slik finansiering kan bidra til å dekke både utviklingskostnader og mer langsiktige driftsutgifter, som investeringer i bygg, infrastruktur eller utstyr. I enkelte tilfeller kan en hybrid modell, der privat kapital kombineres med offentlig støtte, gi et godt balansert finansieringsgrunnlag. Modellen krever tydelig styring og en bevisst balanse mellom kommersielle og samfunnsrettede mål, særlig der man ønsker å inkludere aktører som ikke primært har et kommersielt formål.

Tabell 1-2 Finansieringsmodeller for regionale helsesatsinger

Modell	Beskrivelse	Typiske fordeler	Mulige utfordringer
Offentlig basisfinansiering	Finansiering fra stat, fylke eller kommune, eller en kombinasjon av flere aktører.	Stabilitet, muliggjør langsiktig arbeid og forplikter aktørene i større grad til et samarbeid.	Avhengig av politiske prioriteringer og kan være sårbare for endringer i budsjett.
Prosjektbasert finansiering	Midler tildeles for konkrete prosjekter eller utviklingstiltak.	Fremmer innovasjon og resultater.	Fragmentert, sårbart ved prosjektslutt. Fravær av langsiktig forpliktelse.
Medlemsfinansiering / partnerskapsbidrag	Partnerne betaler kontingent eller gir driftsbidrag.	Skaper forpliktelse og eierskap.	Kan utelukke små aktører.
Privat investorkapital	Bedrifter eller investorer bidrar med kapital.	Akselererer kommersialisering.	Risiko for skjev vektlegging mot profitt.

2 Utviklingstrekk og fremtidens kompetansebehov i Drammensregionen

Drammensregionen er det økonomiske og demografiske tyngdepunktet i Buskerud. Med sentral plassering og gode transportforbindelser fungerer regionen som et knutepunkt i Sørøst-Norge. Regionen har en befolkningssammensetning og levekårsprofil som ligger nær landsgjennomsnittet. Befolkningsveksten har vært jevn, men utfordres av høye boligpriser og lav boligbygging. Frem mot 2040 ventes et strammere arbeidsmarked og økt behov for høyere utdanning, digital kompetanse og arbeidskraft innen helse- og omsorgssektoren. Dette gjenspeiler et næringsliv i utvikling, der helsenæringen har hatt sterk vekst, drevet av private helse- og omsorgstjenester.

2.1 Om Drammensregionen

Tabell 2-1 beskriver kommunene i Drammensregionen sammenlignet med landsgjennomsnittet. Tabellen viser at regionen samlet sett har en befolkningssammensetning og levekårsprofil som ligger tett opp mot landsgjennomsnittet, men med enkelte tydelige forskjeller mellom kommunene. Forventet levealder ligger rundt 81 år i hele regionen, omtrent som landsgjennomsnittet. Andelen eldre over 80 år er også på nivå med landet ellers. Utdanningsnivået varierer noe, Lier og Kongsberg har en høyere andel med høyere utdanning enn både Drammen og Øvre Eiker, mens andelen med kun videregående utdanning er høyest i Øvre Eiker. Arbeids- og utdanningsdeltakelsen blant unge (15-29 år) ligger stabilt på 11 prosent utenfor arbeid og utdanning, omtrent likt med landsgjennomsnittet. Lønnsnivået varierer mellom kommunene, fra om lag 55 900 kroner i månedslønn i Øvre Eiker til over 62 000 i Lier, noe som samlet gir et nivå omtrent som landsgjennomsnittet. Drammen skiller seg imidlertid negativt ut når det gjelder andelen barn i vedvarende lavinntekt, med 14 prosent mot 10 prosent nasjonalt. Andelen uføretrygdde er noe høyere i Drammen og Øvre Eiker enn ellers i landet, mens Lier ligger lavere.

Tabell 2-1 Nøkkelindikatorer for kommunene i Drammensregionen sammenlignet med landsgjennomsnittet.

	Drammen	Kongsberg	Lier	Øvre Eiker	Norge	År
Befolkning	104 487	28 848	28 470	20 779	5 550 203	2024
Forventet levealder	80.8	81.9	81.4	80.9	81.3	1999-2023
Andel 80 år og eldre	5 %	5 %	4 %	5 %	5 %	2023
Videregående som høyeste utdanning	35 %	35 %	35 %	40 %	36 %	2024
Høyere utdanning	35 %	40 %	39 %	29 %	38 %	2024
Utenfor arbeid og utdanning (15-29 år)	11 %	11 %	11 %	11 %	10 %	2023
Gjennomsnittlig månedslønn	57 890	61 950	62 170	55 870	59 370	2024
Barn i vedvarende lavinntekt	14 %	9 %	8 %	9 %	10 %	2021-2023
Mottakere av uføretrygd (18-66 år)	14 %	14 %	11 %	16 %	13 %	2023

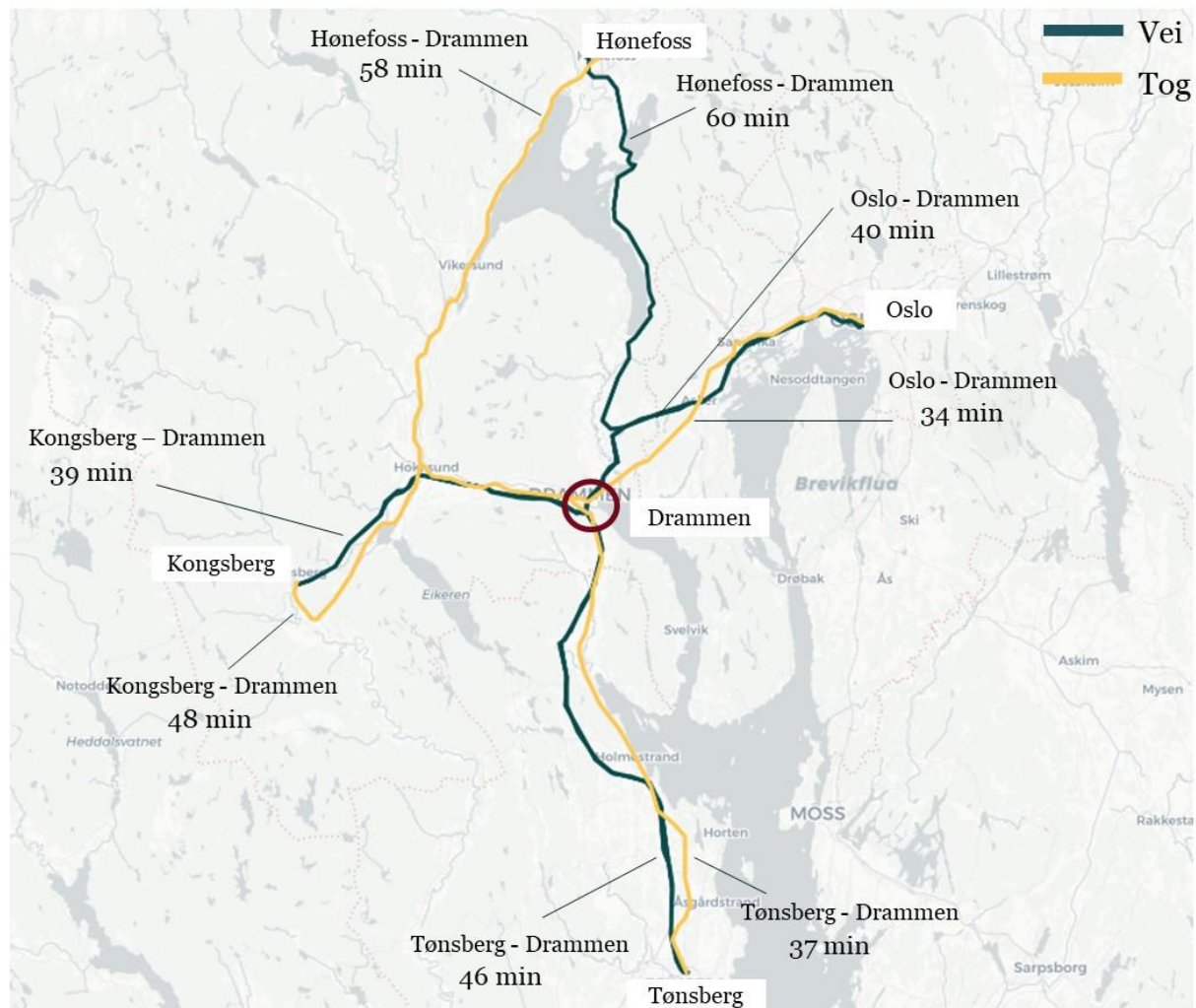
Kilder: SSB (tabell 07459, 09429 og 12852), NAV (Utbetalinger til personer i Norge per fylke og kommune), og FHI (Folkehelsestatistikk). Bearbeidet av Menon Economics.

2.1.1 Geografisk plassering

Drammensregionen med Drammen by som naturlig sentrum ligger sentralt plassert i Sørøst-Norge, med kort avstand til Oslo og resten av Østlandet, og fungerer som et naturlig knutepunkt mellom hovedstadsområdet, Vestfold og Ringeriksregionen.

Regionen har et særlig fortrinn gjennom gode togforbindelser og kort reisetid til Oslo, Asker, Sandvika, Vestfold-byene og Hønefoss, noe som gjør området lett tilgjengelig både for arbeidstakere, studenter og pasienter. I tillegg ligger Drammensregionen tett på hovedtransportårene E18 og E134, som binder sammen Østlandet, Sørlandet og Vestlandet, og gjør området til et strategisk transport- og kompetansekrystall med nær tilgang til et bredt arbeidsmarked og store forsknings- og utdanningsmiljøer.

Figur 2-1 Tog- og veiforbindelse fra Oslo, Hønefoss, Kongsberg og Tønsberg, til Drammen.



Kilde: Google Maps og VY, bearbejdet av Menon Economics

2.2 Utviklingstrekk i Buskerud fylke

Telemarksforsknings rapport *Regional analyse for Buskerud* (2025) viser at fylket hadde 271 941 innbyggere ved inngangen til 2025. Det tilsvarer en økning på 24,5 prosent siden 2000, omtrent på nivå med landsgjennomsnittet. Veksten har i hovedsak vært drevet av netto innflytting, særlig tilflytting fra utlandet som følge av ukrainske flyktninger i 2022 og 2023, mens fødselsoverskuddet har vært svakt og tidvis negativt. Alderssammensetningen viser at Buskerud mister unge voksne i 20-25-årsalderen, men har netto tilflytting av barnefamilier og voksne i etableringsfasen.

Til tross for vedvarende vekst i folketallet og betydelig tilflytting, vurderer Telemarksforskning den samlede bostedsattraktiviteten i Buskerud som svak til nøytral. I 2024 lå attraktiviteten omtrent på

landsgjennomsnittet, etter en periode med noe svakere utvikling. Framskrivingene tilsier fortsatt befolkningsvekst fram mot 2050, med et forventet innbyggertall mellom 300 000 og 322 000, avhengig av attraktivitet. Selv med lav attraktivitet ventes veksten å fortsette, hovedsakelig drevet av innflytting.

I 2024 hadde Buskerud om lag 88 000 arbeidsplasser i næringslivet og 38 000 i offentlig sektor. Ifølge rapporten har utviklingen i arbeidslivet vært moderat, med en vekst i antall arbeidsplasser som har vært noe svakere enn i landet som helhet, men omtrent som forventet ut fra næringsstrukturen. Sysselsettingsandelen i Buskerud er noe lavere enn i landet samlet, men høyere enn i flere sammenlignbare fylker. Framskrivingene tilsier at fylket vil ha et moderat overskudd av arbeidskraft fram mot 2050, blant annet fordi mange pendler til arbeidsplasser i Oslo og Akershus (Telemarksforskning, 2025).

2.3 Utviklingstrekk i Drammensregionen

Ifølge Telemarksforskning er Drammensregionen det økonomiske og demografiske tyngdepunktet i Buskerud, med Drammen som regionens største kommune. Ved inngangen til 2025 hadde Drammen 105 452 innbyggere, mot 29 011 i Kongsberg, 28 642 i Lier og 20 861 i Øvre Eiker. Det gjør Drammen til det dominerende befolknings- og næringssenteret i regionen. Ser en på befolkningsveksten, har regionen hatt en jevn økning de siste ti årene, men med forskjeller mellom kommunene. Øvre Eiker har hatt den sterkeste veksten i fylket med 15,6 prosent, etterfulgt av Lier (12,9 prosent), Kongsberg (8,6 prosent) og Drammen (7,9 prosent). Framskrivinger viser at regionen ventes å vokse videre fram mot 2050, særlig i Drammen og Lier. Samtidig peker rapporten på at lav boligbygging og høye boligpriser har bidratt til å dempe bostedsattraktiviteten, noe som kan påvirke befolkningsveksten framover.

	Befolkning 2015	Befolkning 2025	Befolkningsvekst
Drammen	97 771	105 452	7,9 %
Kongsberg	26 711	29 011	8,6 %
Lier	25 378	28 642	12,9 %
Øvre Eiker	18 039	20 861	15,6 %

Kilde: SSB tabell 07459. Bearbeidet av Menon Economics.

Næringslivet i regionen er variert, men med tydelige tyngdepunkt. Drammen har høy etableringsfrekvens og framstår som regionens viktigste senter for næringsutvikling og tjenesteyting, mens Kongsberg har høy produktivitet og domineres av høyteknologisk industri, med Kongsberg Defence & Aerospace og Kongsberg Maritime som de klart største verdiskaperne i fylket. I Lier har olje- og gassrelaterte virksomheter bidratt til sterk vekst i verdiskaping, blant annet gjennom etableringen av Onesubsea på Tranby.

Sysselsettingsandelen ligger under landsgjennomsnittet i Drammen og Øvre Eiker, mens Kongsberg har en høyere andel og et næringsliv med spesielt høyt utdanningsnivå. Kongsberg rangeres som nummer fire nasjonalt i utdanningsnivå i næringslivet, og tredje når det justeres for bransjestruktur. Drammen og Lier ligger også over fylkessnittet på dette området (Telemarksforskning, 2025).

2.4 Kompetansebehov i Drammensregionen

Menon Economics har gjort en analyse av fremtidens kompetansebehov i Drammensregionen står regionen, på vegne av Buskerud Fylkeskommune. Arbeidet inngikk som én av fem rapporter for hver av de fire kommuneregionene, og for fylket samlet. I denne rapporten ble Drammensregionen definert som Drammen, Øvre Eiker, Lier og Holmestrand. Kapitelet vurderer kompetansebehovet i samtlige

sektorer, deriblant helsesektoren. For å inkludere perspektiver fra Kongsberg, vil vi også referere til rapporter for Kongsbergregionen.

Drammensregionen står foran store strukturelle omstillinger frem mot 2040, drevet av både nasjonale og globale utviklingstrekk. Demografiske endringer vil gi et større behov for helse- og omsorgskompetanse, samtidig som en aldrende befolkning kan forsterke knappheten på arbeidskraft. Grønn omstilling og økt fokus på bærekraft vil endre etterspørselen etter varer og tjenester. Dette vil endre kompetansebehovet i etablerte næringer som bygg og industri, samtidig som det vokser frem nye grønne arbeidsplasser. Demografiske endringer kan begrense tilgangen på arbeidskraft og øke behovet for kompetansetiltak. Polarisering og geopolitisk uro skaper uforutsigbarhet som kan påvirke investeringer og dermed også kompetanseutviklingen i regionen. Økt digitalisering, ikke minst gjennom kunstig intelligens, vil påvirke hvordan varer og tjenester produseres og leveres, og forsterke behovet for digital og tverrfaglig kompetanse i både privat og offentlig sektor.

2.4.1 Hva kjennetegner kompetansen i Drammensregionen i dag?

Næringslivet i Drammensregionen er konsentrert rundt handel, bygg og anlegg og helsenæring. Drammensregionen har en bred næringsstruktur, og en kompetansesammensetning som er representativ for landet som helhet.

Handel og bygg- og anlegg utgjør de største næringene i Drammensregionen. Samtidig er flere kompetansearbeidsplasser i fremvekst. Dette gjelder blant annet innen IT, der flere store nasjonale aktører har etablert seg i Drammen de siste årene. I Kongsbergregionen har forsvars- og teknologiindustrien et tydelig avtrykk i næringsstrukturen.

Det er flere som pendler inn til enn ut av Drammensregionen, særlig blant personer med høyere utdanning. Totalt pendler i overkant av 30 000 personer inn til Drammensregionen, mens rundt 20 000 pendler ut, noe som gir en netto innpendling på om lag 10 000 personer (SSB, 2025a).

2.4.2 Hva kjennetegner kompetansebehovet i Drammensregionen i 2040?

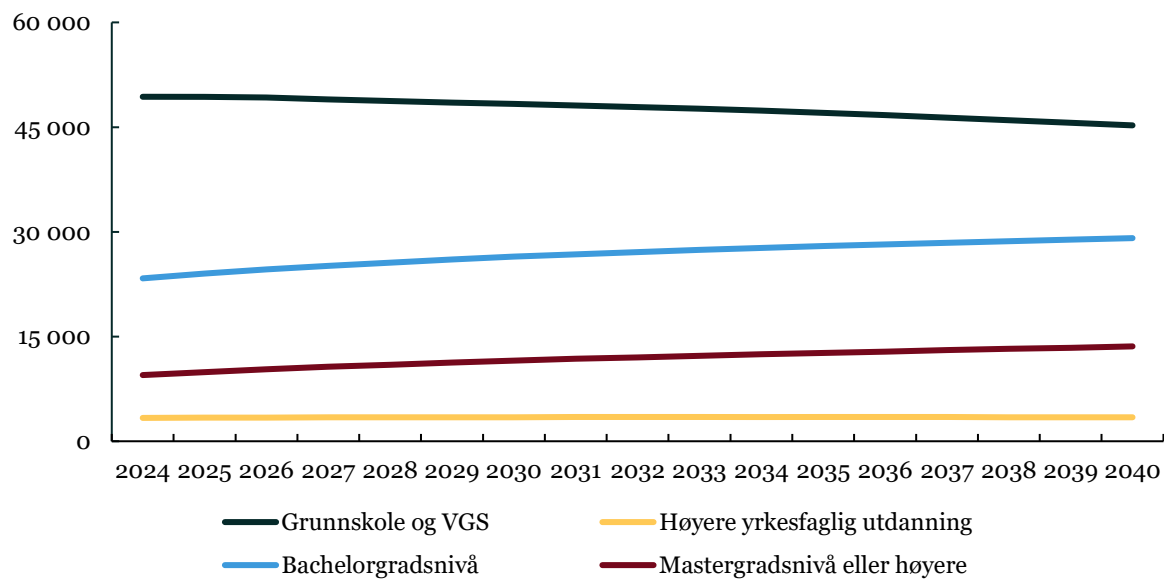
Selv om arbeidsstyrken i Drammensregionen vokser frem mot 2040, vil etterspørselen vokse mer enn tilførselen av arbeidskraft. Det illustrerer at arbeidsmarkedet i regionen blir strammere fremover. Nedenfor presenterer vi først tilbudssiden, deretter etterspørselssiden og det resulterende kompetansegapet.

Mot 2040 vil Drammensregionens tilbud av arbeidskraft øke med 7 prosent

Alderssammensetningen vil i fremtiden forskyves mot en større andel eldre og en lavere andel unge. Dette reduserer tilgangen på nyutdannet kompetanse og øker behovet for å inkludere eldre arbeidstakere. Frem mot 2040, vil det samlede tilbudet av kompetanse øke med 7 prosent. Befolkningen i yrkesaktiv alder vokser mer i Drammens- enn i Kongsbergregionen. Kompetansetilbudet i 2040 er altså enda knappere i Kongsberg.

Fram mot 2040 vil det gjennomsnittlige utdanningsnivået øke i begge regioner. Andelen med kun grunnskole, studiespesialiserende eller yrkesfag på videregående nivå vil falle, mens stadig flere tar bachelor- og mastergrad på tvers av fagområder. Dette gir en mer diversifisert kompetansemiks og høyere samlet utdanningsnivå i regionen.

Figur 2-2 Framskriving av antall personer i arbeidsstyrken per utdanningsnivå frem mot 2040 i Drammensregionen.



Kilde: Menon Economics

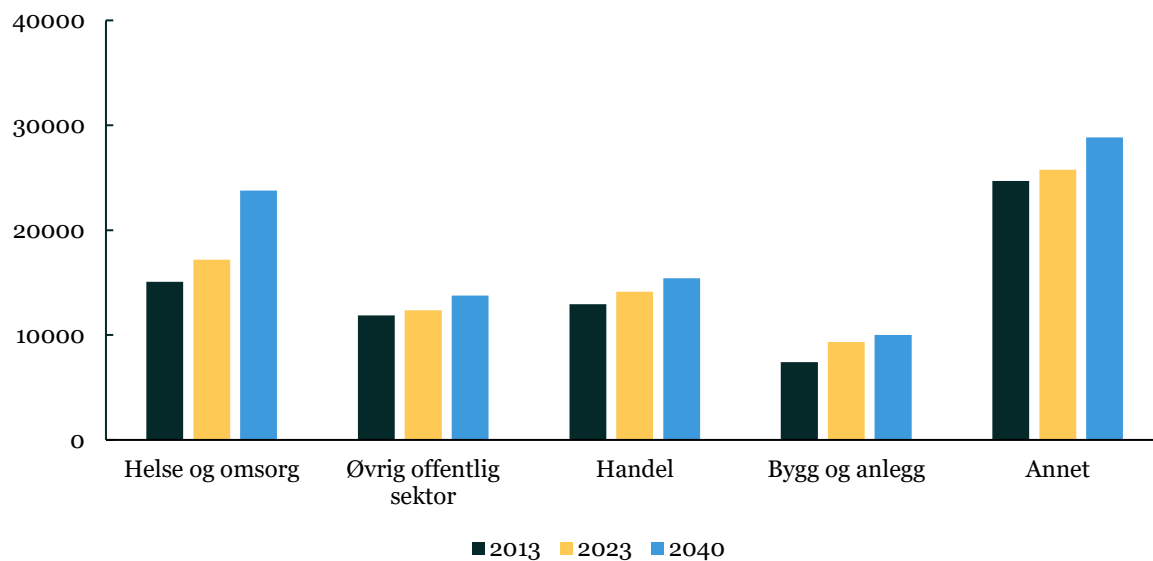
Innen helse og omsorg peker framskrivingene på en tydelig vridning. Yrkesfaglig kompetanse innen helse og omsorg vil gå ned, mens tilgangen på høyskole- og universitetsutdannede sykepleiere og helsefaglige spesialister øker. Dette styrker kapasiteten i møte med økende etterspørsel etter helsekompetanse, men kan samtidig forsterke mangelen på generelle helsefagarbeidere.

Dette fremheves også i Helsepersonellkommisjonen: «SSB [har videre] en observert utvikling der en del utdanningsgrupper på universitets- og høyskolenivå erstatter helsefagarbeidere og ufaglært arbeidskraft. [...] Dette er uttrykk for en generell kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene» (NOU 2023:4). Helsepersonellkommisjonen beskriver at effektiv oppgavedeling mellom yrkesgrupper er sentral. Det kan innebære å frigjøre tid for helsepersonell ved å la annet personell overta oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse.

Frem mot 2040 ventes en vekst i kompetansetterspørselen i Drammensregionen på 17 prosent, drevet av økt etterspørsel i helse- og omsorgssektoren

Drammensregionen er den delen av Buskerud med sterkest befolkningsvekst. Figur 2-3 illustrerer etterspørselsveksten i Drammensregionens største næringer frem mot 2040.

Figur 2-3 Etterspørsel etter arbeidskraft i Drammensregionens største næringer frem mot 2040.



Kilde: Menon Economics, SSB

En aldrende befolkning bidrar til større etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. I 2040 anslås behovet for ansatte i (offentlig og pasientnær) helse og omsorg i Drammensregionen til rundt 24 000, en økning på om lag 6 600 fra i dag. Dette innebærer at helse- og omsorgssektoren vil bli kreve en større andel av samlet sysselsetting.

Teknologiindustrien i Kongsberg ventes å vokse videre etter flere år med kraftig oppskalering. Geopolitisk usikkerhet og økt etterspørsel etter forsvars- og sikkerhetsmateriell legger grunnlag for ekspansjonen. Etterspørselen etter realfagskompetanse og tekniske fagkompetanse er stor, og næringslivet må allerede i dag se utenfor regionen for å få tilgang til nok arbeidskraft.

Endrede kompetansebehov innad i yrker og næringer

Næringsutviklingen er én kilde til endrede kompetansebehov fremover. En annen driver er at eksisterende yrker og næringer får nytt innhold, med nye krav til kompetanse. Mer krevende oppgaver og skjerpede kvalitetsforventninger bidrar til økte krav til både spesialisert kompetanse og tverrfaglighet på tvers av sektorer. Nedenfor fremhever vi noen hovedelementer ved fremtidens kompetansebehov:

- **Økt behov for høyere utdanning:** I forbindelse med prosjektet som ble gjennomført for Buskerud fylkeskommune, ble det sendt ut en spørreundersøkelse til virksomheter på tvers av regioner og næringer i Buskerud. Over halvparten av respondentene i Drammensregionen oppgir at de vil trenge en større andel medarbeidere med høyere utdanning. Med introduksjon av digitalisering, robotikk og automasjon er det naturlig at kompetansebehovet vil vris mot høyere utdanning. Dette er faktorer som påvirker kompetanseetterspørselen innad i næringer. Kombinert med at næringskomposisjonen i Norge vris mot tjenestenæringer, vil behovet for høyt utdannet arbeidskraft trolig økes i årene som kommer.
- **Økt behov for ekspertise og tverrfaglighet:** Den globale etterspørselen etter såkalte «T-formede» profiler – personer som kombinerer dybdekunnskap innen ett fagområde med bred innsikt på tvers av disipliner – er ventet å øke betydelig. Ifølge World Economic Forum forventes nesten 40 prosent av dagens kjerneferdigheter å være endret allerede innen 2030, og

dette vil stille store krav til både faglig oppdatering og fleksibilitet (World Economic Forum, 2025). Spisset kompetanse er nødvendig for å følge med i den teknologiske utviklingen og holde tritt med skjerpede krav. Dette henger sammen med kravene til høyere utdanning, som vi diskuterte over. Bred kompetanse og tverrfaglige perspektiver gir flere bein å stå på, og styrker omstillingsevnen i arbeidsstyrken.

- **Digitalisering gir økt behov for teknologiforståelse og nye kompetanseprofiler:** Rapportens spørreundersøkelse til virksomheter i Drammensregionen indikerer at nesten alle bransjer forventer at det fremover kreves høyere grad av digital forståelse. For det første, vil mange bedrifter ha et økende behov for ansatte med formell IKT-utdannelse. Digitale systemer er nå en naturlig del av de fleste bransjer, der kontinuerlig utvikling og vedlikehold er nødvendig for å opprettholde konkurranseevnen. For det andre, er det essensielt at arbeidstakerne er i stand til å kunne benytte og forstå mulighetene ved digitale verktøy. OECDs Skills Outlook 2023 fremhever at data- og sikkerhetsforståelse er i ferd med å bli like grunnleggende ferdighet som lesing og regning (OECD, 2023a). For det tredje, vil automatisering og kunstig intelligens kunne påvirke det totale sysselsettingsbehovet og oppgavesammensetningen på tvers av næringer.

Tradisjonelle yrker blir mer teknologidrevet, fra mekanikeren som må forstå datasystemer, til helsearbeideren som må beherske e-helseverktøy. Kunnskapsarbeidere som revisorer, saksbehandlere, ingeniører og utviklere er blant yrkesgruppene som i størst grad treffes av KI-løsninger som ChatGPT. Utviklingen av kunstig intelligens (KI) vil kunne ha stor påvirkning på arbeidsmarkedet. I Menons analyse av KIs betydning for arbeidsstyrken, finner vi at gjennomsnittsnordmannen kan spare 17 prosent av arbeidstiden ved hjelp av KI-verktøy (Menon Economics, 2023b). Effektiviseringspotensialet er med andre ord betydelig.

- **Grønn omstilling gir økt behov for kompetanse innen grønn teknologi og bærekraft:** Etterspørselen etter grønn kompetanse er allerede i fremvekst nasjonalt. Kompetansebehovsutvalgets temarapport om grønn omstilling beskriver at andelen stillingsannonser som inneholdt grønne ord, økte med nesten 50 prosent fra 2018 til 2022 (Kompetansebehovutvalget, 2023). I en kartlegging fra NHO, forventer rundt halvparten av bedriftene at dagens arbeidsoppgaver i stor eller noen grad vil bli endret eller utvidet som følge av grønn omstilling (Rørstad, Børing, & Solberg, 2023). Ny kompetanse kreves for å utvikle grønne løsninger, møte rapporteringskrav og omstille store organisasjoner.

Vekst innen IKT og helseindustri kan gi ytterligere behov for arbeidskraft

Hovedscenariot for sysselsetting i Drammensregionen bygger på befolkningsvekst og en videreføring av historiske næringstrender. Det betyr at vi ikke legger til grunn noen ekstraordinær vekst eller etablering av nye næringer. Samtidig har regionen flere særtrekk som kan skape sterkere vekstbaner, særlig innen IKT og helseindustri.

Drammen har de siste årene markert seg som et voksende knutepunkt for IKT- og teknologiselskaper, der etableringer fra aktører som Statens vegvesen, Sopra Steria og Capgemini bidrar til å bygge opp et miljø med kritisk kompetansemasse.

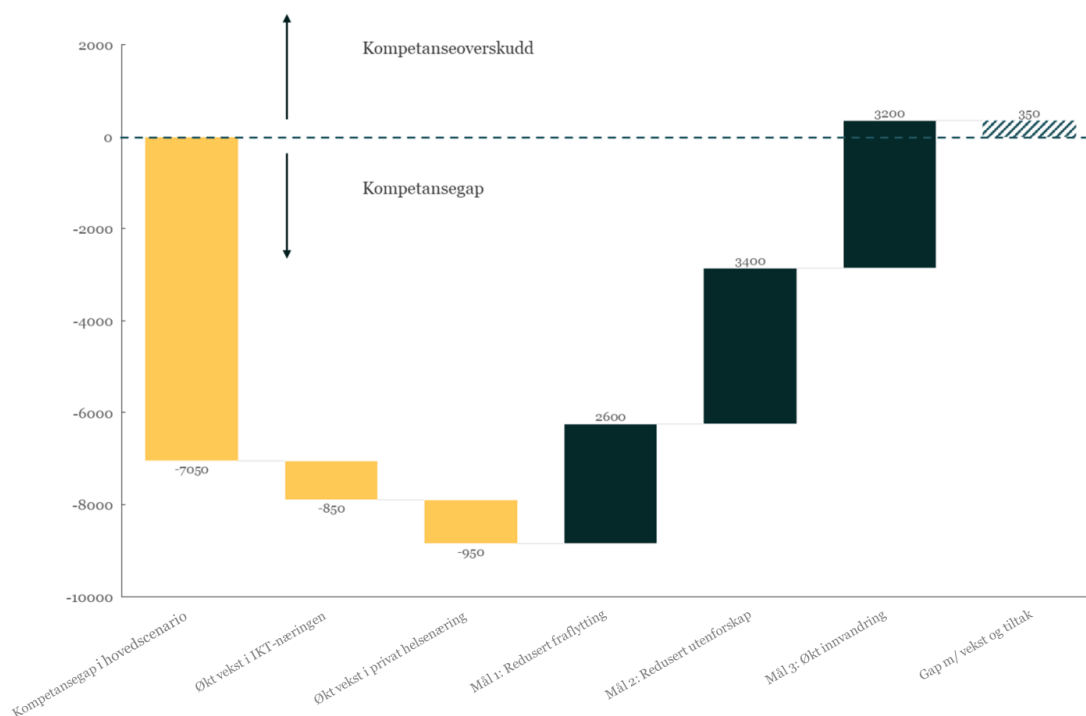
Helseindustrien peker seg også ut i rapporten som et mulig vekstområde. Med nytt sykehus og en planlagt helse- og innovasjonsbydel, kan regionen utvikle et sterkt kompetansemiljø for helserelaterte tjenester og teknologi. Dersom Drammensregionen lykkes med å tiltrekke seg helseaktører med høy verdiskaping, kan sysselsettingen i helseindustrien øke ytterligere. Vi anslår at et slikt scenario kan resultere i om lag 1 400 sysselsatte innen helseindustrien i 2040, som er om lag 1 000 flere enn i

hovedscenariet. Dette vil skape arbeidsplasser med høye kompetansekrav, særlig innen teknologi, forskning og innovasjon. Vekst innen helseindustrien vil også gi økt etterspørsel etter helse- og omsorgskompetanse hvor det allerede eksisterer et kompetansegap.

Et kompetansegap på over 7 000 personer i 2040

Figur 2-4 viser det estimerte gapet mellom tilbud og etterspørsel etter arbeidskraft i Drammensregionen i 2040, basert på ulike scenarioer for utviklingen av kompetansetilbudet sett i lys av hovedscenarioet.

Figur 2-4 **Estimert gap mellom tilbud og etterspørsel av arbeidskraft i Drammensregionen i 2040.**



Rapportens framskrivinger tilsier at det i et hovedscenario vil være et underskudd på rundt 7 050 personer i Drammensregionen i 2040. Rapporten skisserte et forenklet vekstscenario for helseindustrien og IKT-næringen, med formål å vise at kompetansetilgangen vil komme ytterligere under press dersom man lykkes med en sterkere næringsutvikling. Med målrettede tiltak for å øke arbeidsstyrken, med redusert fraflytting, redusert utenforskap og økt innvandring, vil kompetansegapet kunne lukkes. Her skiller Drammensregionen seg fra de andre kommuneregionene i Buskerud, Ringeriksregionen, Hallingdal og Kongsbergregionen, hvor de tre skisserte tiltakene ikke kan dekke kompetansegapet dersom man lykkes med sine vekstscenarioer. Selv om hovedscenarioet viser Drammensregionens kompetanseutfordringer, er de altså mindre enn de øvrige kommuneregionenes.

Framskrivingene i hovedscenarioet viser at Drammensregionen i 2040 vil mangle flest arbeidstakere med videregående som høyeste utdanning. Årsaken er at stadig flere tar høyere utdanning samtidig som etterspørselen etter fagarbeidere vokser. Mangelen blir størst innen helsefag på videregående og bachelor nivå, noe som kan påvirke både kommunale tjenester og satsingen på helseindustri. Samtidig forventes et overskudd av høyt utdannede innen økonomi og administrasjon, et resultat av flere kandidater enn det arbeidsmarkedet etterspør. Dette gir en todelt utfordring: knapphet på arbeidskraft

i yrkesfaglige utdanninger kombinert med overskudd i enkelte akademiske fag. Det beregnede gapet må likevel ses som statisk. I praksis vil arbeidsmarkedet tilpasse seg gjennom høyere lønninger, økt mobilitet, rekruttering fra andre regioner, endret næringskomposisjon, mobilisering av inaktiv arbeidskraft og mer effektivisering. Dette kan dempe gapet, men også skape sterkere konkurranse om arbeidskraft mellom bedrifter og regioner i Buskerud. Dermed blir tilgang på arbeidskraft ikke bare et lokalt spørsmål, men en regional utfordring som krever koordinert innsats innen utdanning, rekruttering, mobilitet og boligpolitikk.

2.5 Utviklingstrekk for helsenæringen i Drammensregionen med Asker og Bærum (DAB)

Gitt rapportens hovedproblemstillinger, er det særlig relevant å vurdere helsenæringen som er til stede i Drammensregionen. For å beskrive helsenæringens størrelse og utvikling i regionen har vi gjennomført en registeranalyse av samtlige foretak i regionen. Analysen tar utgangspunkt i de fire kommunene som tidligere er definert som Drammensregionen (Drammen, Lier, Kongsberg og Øvre Eiker), men inkluderer også Asker og Bærum. I det følgende benevner vi dette som «DAB-regionen». Begrunnelsen er at disse kommunene har betydelig helsenæringsaktivitet med tilknytning til Drammensregionen. Vi presenterer først datagrunnlaget og begrunnelse for valg av indikatorer. Før vi presenterer næringens sammensetning og geografiske fordeling. Deretter viser vi utviklingen i verdiskaping og sysselsetting, før vi ser nærmere på helseindustrien.

Menons regnskapsdatabase: Bygger på regnskapstall og sysselsetting for alle norske selskaper som leverer regnskap til Brønnøysundregistrene. Selskaper uten regnskapsplikt, eller som ikke har levert regnskap, inngår ikke. Databasen er oppdatert til og med 2023.

Helseandel: For selskaper som driver med både helserelatert og annen virksomhet, er regnskapstallene vektet etter estimert andel som kan knyttes til helse. Når vi omtaler helseandel eller helserelatert omsetning, bygger det på disse beregningene.

Verdiskaping: Definert som omsetning fratrukket kjøp av varer og tjenester. Dette tilsvarer summen av lønnskostnader og driftsresultat før renter, skatt og av- og nedskrivninger (EBITDA). Verdiskaping gir et godt sammenligningsgrunnlag på tvers av næringer fordi dobbelttelling unngås, og fordi den viser hvor mye som tilfaller ansatte, offentlige myndigheter, kreditorer og eiere.

2.5.1 Sammensetning av helsenæringen

Helsenæringen omfatter den private delen av helsefeltet. Den består av helseindustrien, som utvikler og produserer legemidler, medisinsk utstyr og digitale helseløsninger, samt private helse- og omsorgstjenester, innen forebygging, behandling, rehabilitering og omsorg. Distribusjon inngår som en mindre kategori.

Helsenæringen i DAB-regionen består av om lag 1 200 aktive selskaper. Rundt 100 av disse tilhører helseindustrien, mens omtrent 1 100 driver med helse- og omsorgstjenester. I 2023 utgjorde helseindustrien i regionen 2,3 milliarder kroner i verdiskaping, mens helse- og omsorgstjenester sto for 5,5 milliarder kroner (se Figur 2-5).

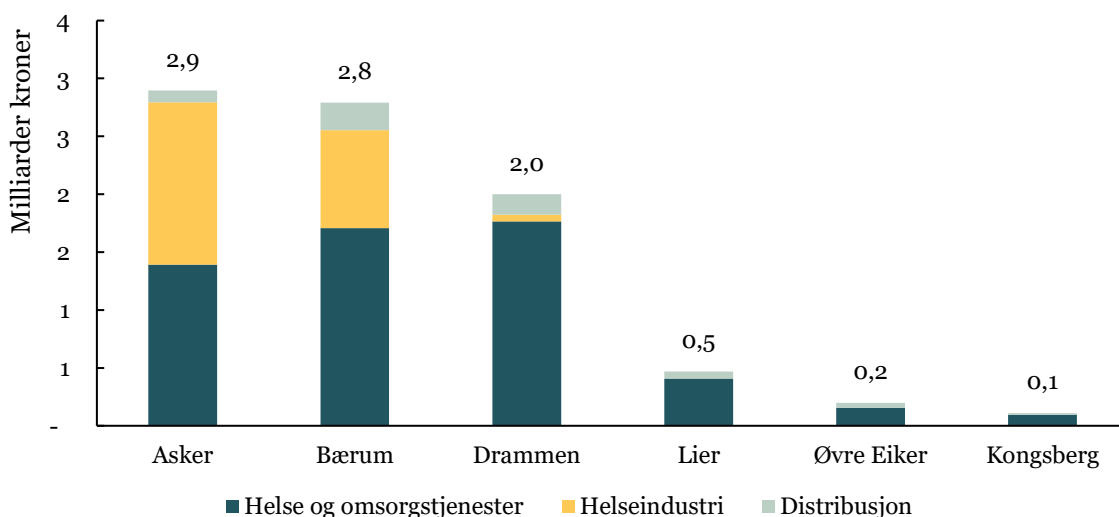
Figur 2-5 Verdiskaping i helsenæringen i DAB-regionen i 2023.



Kilde: Menon Economics

Asker, Bærum og Drammen er de største kommunene målt i verdiskaping. I Asker var nivået 2,9 milliarder kroner, fordelt på 1,4 milliarder fra helseindustri, 1,4 milliarder fra helse- og omsorgstjenester og 0,1 milliarder fra distribusjon. Bærum hadde 2,8 milliarder kroner, med 1,1 milliarder fra helseindustri og distribusjon og 1,7 milliarder fra helse- og omsorgstjenester. Drammen hadde 2,0 milliarder kroner, hvorav 1,8 milliarder kom fra helse- og omsorgstjenester. Alle kommunene i regionen har bidrag fra private helse- og omsorgstjenester, mens helseindustrien er mer konsentrert i Asker og Bærum og i mindre grad i øvrige kommuner (se Figur 2-6).

Figur 2-6 Verdiskaping i helsenæringen fordelt på helse- og omsorgstjenester, helseindustri og distribusjon i 2023.



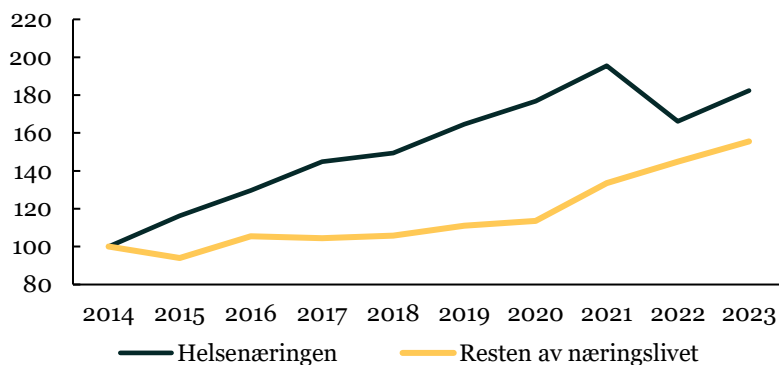
Kilde: Menon Economics

2.5.2 Utvikling i verdiskaping og sysselsetting i helsenæringen

Helsenæringen i DAB-regionen, som omfatter både helseindustrien og private helse- og omsorgstjenester, har hatt en sterkere vekst enn det øvrige næringslivet i regionen det siste tiåret. Fra 2014 til 2023 økte verdiskapingen med 82 prosent, mot 56 prosent i resten av næringslivet. Økningen har vært størst i helse- og omsorgstjenester, som vokste med 107 prosent. Helseindustrien økte med 38 prosent. Veksten i helse- og omsorgstjenester reflekterer en jevn utvikling i mange selskaper, mens

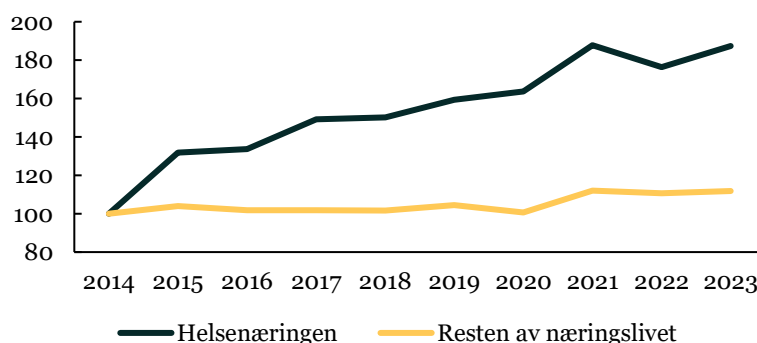
utviklingen i helseindustrien i større grad har vært knyttet til enkeltaktører. Blant de mest verdiskapende selskapene innen omsorg er Uloba, Omsorgspartner og Humana Care. Innen industri har selskaper som Asker Contract Manufacturing, Boehringer Ingelheim, Vingmed, Sero, Sanofi og Abbott bidratt mest. Nedgangen i 2022 og 2023 henger sammen med lavere verdiskaping hos Takeda, som historisk har vært den største aktøren i regionens helseindustri. Samtidig har sysselsettingen i helsenæringen vokst med nær 87 prosent siden 2014, drevet av helse- og omsorgstjenester, mens antall sysselsatte i helseindustrien har vært stabilt. Totalt har dette gitt om lag 6 200 nye arbeidsplasser, hvorav rundt 2 550 i primærhelsetjenester (se Figur 2-6 og Figur 2-7).

Figur 2-6 **Indeksert utvikling i verdiskaping i helsenæringen i forhold til resten av næringslivet i DAB-regionen fra 2014 til 2023. 2014=100.**



Kilde: Menon Economics

Figur 2-7 **Indeksert utvikling i sysselsatte i helsenæringen sammenlignet med resten av næringslivet i DAB-regionen fra 2014 til 2023. 2014=100.**



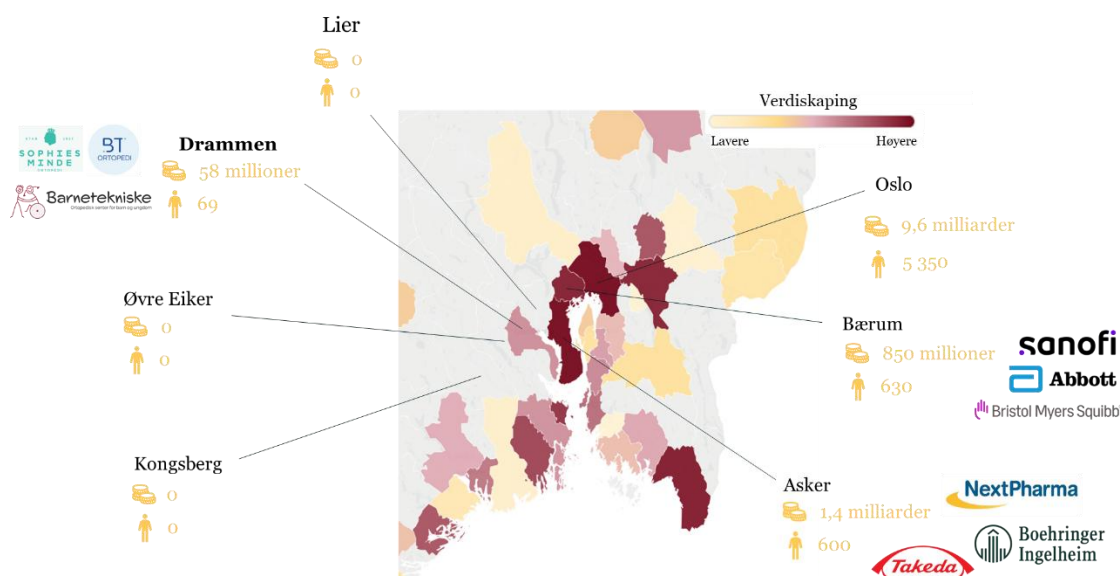
Kilde: Menon Economics

2.5.3 Utvikling i verdiskaping og sysselsetting i helseindustrien

Aktiviteten i helseindustrien i DAB-regionen er konsentrert i Asker og Bærum, hvor flere store internasjonale selskaper har virksomhet. I 2023 hadde Asker en verdiskaping på om lag 1,4 milliarder kroner og rundt 600 ansatte, med aktører som Asker Contract Manufacturing (NextPharma), Boehringer Ingelheim, Vingmed og Sero. I Bærum var verdiskapingen 850 millioner kroner, også med rundt 600 ansatte. Viktige aktører her er Sanofi og Abbott, samt Takeda, som historisk har vært den mest verdiskapende bedriften i regionen, men som har hatt nedgang de siste årene. I Drammen var verdiskapingen nær 60 millioner kroner i 2023, med rundt 70 ansatte, hovedsakelig innen ortopedi og mindre spesialiserte virksomheter. I Lier, Øvre Eiker og Kongsberg er aktiviteten begrenset eller fraværende. Denne fordelingen på kommuner og utvalgte bedrifter er illustrert i Figur 2-8. Bedriftsstrukturen i helseindustrien domineres av små og mikrovirksomheter, der de fleste har færre

enn 20 ansatte og en stor andel færre enn fem. Enkelte mellomstore selskaper, som Teva og Vingmed, bidrar vesentlig til verdiskaping og sysselsetting.

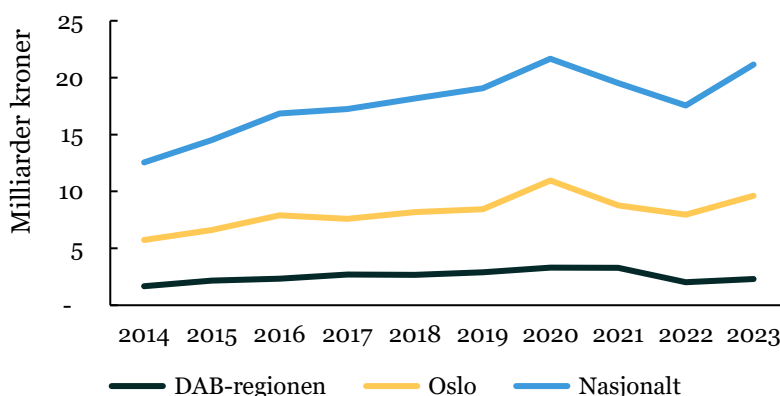
Figur 2-8 Verdiskaping og sysselsetting i helseindustriene i de ulike kommunene med utvalgte bedrifter i 2023. Mørkere rødfarge indikerer høyere verdiskaping i helseindustrien.



Kilde: Menon Economics

Samlet har verdiskapingen i regionens helseindustri økt fra 1,7 milliarder kroner i 2014 til 2,3 milliarder i 2023, en vekst på 38 prosent. Til sammenligning var veksten 68 prosent i Oslo og 69 prosent nasjonalt (se Figur 2-9). Den svakere utviklingen i DAB-regionen kan delvis forklares med at industrien er dominert av noen få etablerte aktører, og at fravær av nyetableringer har gitt mer stillestående vekst.

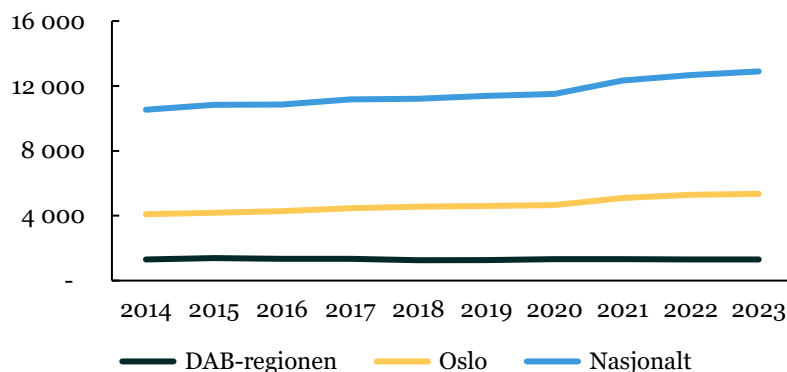
Figur 2-9 Utvikling i verdiskaping i helseindustrien i DAB-regionen, Oslo og nasjonalt fra 2014 til 2023.



Kilde: Menon Economics

Sysselsettingen har vært stabil gjennom hele perioden, med mellom 1 250 og 1 380 ansatte årlig, og ingen netto vekst fra 2014 til 2023. Dette står i kontrast til Oslo og landet ellers, hvor sysselsettingen i helseindustrien har vokst med henholdsvis 31 og 22 prosent (se Figur 2-10). Den lavere veksten i DAB-regionen kan henge sammen med at næringen her i stor grad preges av noen få etablerte aktører. Når disse virksomhetene ikke utvider, og det ikke kommer nye til, blir utviklingen mer stillestående.

Figur 2-10 **Utvikling i ansatte i helseindustrien i DAB-regionen, Oslo og nasjonalt 2014 til 2023.**



Kilde: Menon Economics

2.5.4 Hovedfunn fra næringsanalysen

Analysen viser at helsenæringen i Drammensregionen, både med og uten Bærum og Asker, har hatt sterkere vekst enn det øvrige næringslivet i Drammensregionen det siste tiåret. Verdiskapingen har økt med 82 prosent siden 2014, mot 56 prosent i øvrig næringsliv. Veksten er i hovedsak drevet av private helse- og omsorgstjenester, som har mer enn doblet verdiskapingen og sysselsettingen. Antallet sysselsatte i helsenæringen har økt med 87 prosent, tilsvarende rundt 6 200 nye arbeidsplasser, særlig innen primærhelsetjenester. Helseindustrien har hatt en mer moderat utvikling, med 38 prosent vekst i verdiskaping og stabil sysselsetting.

Samlet sett fremstår helsenæringen som en viktig og voksende del av næringslivet i DAB-regionen, men med ulik utvikling i de to hoveddelene: sterk og bred vekst i helse- og omsorgstjenester, og mer begrenset, selskapsavhengig utvikling i helseindustrien.

3 Overordnede utviklingstrekk innen helse- og omsorg

Dette kapittelet gir en overordnet gjennomgang av sentrale utviklingstrekk som påvirker helsesektoren. Formålet er å belyse hvordan endringer i økonomiske, sosiale og teknologiske forhold påvirker rammene og mulighetsrommet for framtidens helse- og omsorgstjenester. Norske helsetjenester holder høy kvalitet, men står overfor økende behov og strammere ressursrammer. Samtidig skaper nye teknologiske løsninger, politiske initiativer og samarbeid mellom aktører muligheter for å utvikle mer bærekraftige og samordnede tjenester. Kapittelet fungerer som et bakteppe for analysen av mulighetsrommet i kapittel 6. Der ser vi også utviklingstrekkene i sammenheng med analysen av regionen og utfordringsbildet i kapittel 2.

3.1 Om norsk helse- og omsorgssektor

Helsesektoren er en av Norges største sektorer. Den sysselsetter over 15 prosent av alle yrkesaktive og står for helseutgifter tilsvarende rundt 10-11 prosent av BNP, tilsvarende mer enn 400 milliarder kroner årlig (Helsedirektoratet, 2024; SSB, 2023a). Finansieringen skjer hovedsakelig gjennom offentlige budsjetter: om lag 80-85 prosent dekkes av stat, kommuner og folketrygden, mens 15-20 prosent kommer fra egenbetaling, forsikringer og private kjøp av tjenester (Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, & Wharton, 2020). Ansvarsdelingen er todelt. Kommunene har ansvar for primærhelsetjenester, inkludert fastleger, legevakt, helsestasjoner, hjemmetjenester og sykehjem. Spesialisthelsetjenesten er organisert i fire regionale helseforetak som driver sykehusene og tilbyr spesialiserte tjenester innen somatikk, psykisk helse og rus.

Ved siden av de ordinære helsetjenestene består helseøkosystemet også av utdannings- og forskningsmiljøer, ideelle og frivillige organisasjoner samt innovasjonsaktører og helsenæringen. Universiteter og høyskoler utdanner helsepersonell og driver forskning, mens universitetssykehusene kombinerer pasientbehandling med forskning og utdanning. Fagskoler og videregående skoler dekker behovet for helsefagarbeidere og støttepersonell. Ideelle og frivillige aktører har særlig betydning innen rus, psykisk helse, rehabilitering og omsorg. Innovasjonsmiljøer, legemiddel- og medtech-industrien utvikler nye løsninger, ofte i samarbeid med helsetjenestene. Denne delen av helsesektoren er i vekst, og samlet sett omsatte helseindustrien i 2023 for 75,6 milliarder kroner, sysselsatte rundt 13 300 personer og sto for en verdiskaping på 21,9 milliarder kroner (Menon Economics, 2025a).

Helse- og omsorgssektoren i Norge kjennetegnes av høy kvalitet. Helsetjenestene som er bygget opp de siste tiårene regnes nå blant de beste i verden. En av de mest omfattende studiene av lands kvalitet på helsetjenester, *Healthcare Access and Quality (HAQ)-indeks*, illustrerer dette (GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators, 2024). Med en score på 97 ut av 100 poeng på den nyligste HAQ-indeksen er Norge rangert som nummer to, kun bak Island, som vist i figuren nedenfor.

Figur 3-1: Oversikt over de 30 landene med høyest rangert helsevesen ifølge HAQ-indeksen.



Kilde: *The Lancet* (2024)

3.2 Utviklingstrekk i norsk helse- og omsorgssektor

For å forstå og strukturere hvilke drivkrefter som påvirker helsesektoren i årene fremover, er det nyttig å bruke et *PESTEL*-rammeverk. PESTEL står for politiske, økonomiske, sosiale, teknologiske, miljømessige og juridiske forhold, og gir et helhetlig bilde av rammebetingelser og trender som kan forme utviklingen. Analysen tar utgangspunkt i globale utviklingstrekk der det gir mening, men vurderer disse først og fremst i et norsk perspektiv, med vekt på hvordan noen av utfordringene utspiller seg i Norge. Analysen vektlegger ikke juridiske og miljømessige betraktninger, men vurderes som mindre relevante gitt rapportens problemstillinger.

3.3 Nasjonale helsepolitiske prioriteringer

I det følgende går vi kort igjennom nasjonale føringer som er relevante når det skal gjøres vurderinger av hvilke områder en satsing som regional problemløser med nasjonale ambisjoner kan tenkes å fokusere på.

3.3.1 Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027

Den nasjonale helse- og samhandlingsplanen 2024–2027, ble lansert av tidligere helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol i mars 2024 og er regjeringens overordnede plan for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i Norge. Planen peker på tre hovedutfordringer for helse- og omsorgstjenesten: mangel på personell, svak samhandling og ulik tilgang til tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024). Et stramt arbeidsmarked og en aldrende befolkning vil øke presset på kapasiteten, særlig i den kommunale omsorgstjenesten. Konkurransen om arbeidskraft er sterk, og forskjeller i rekruttering og kompetanse mellom regioner og fagområder kan øke. Manglende samhandling mellom aktører og nivåer gjør at mange pasienter ikke får helhetlige tilbud. Personer med sammensatte behov rammes når ansvar og informasjon ikke koordineres, og dagens finansieringssystemer og digitale løsninger gir begrenset støtte til sammenhengende pasientforløp. Tilgangen til helse- og omsorgstjenester varierer fortsatt, både sosialt og geografisk.

Planen beskriver en felles retning for hvordan tjenestene skal bli mer forebyggende, kunnskapsbaserte og samordnet, med bedre bruk av kompetanse og teknologi. Flere tiltak i planen er særlig relevante for Drammensregionen. Den vektlegger samhandling, rekruttering, kompetanseutvikling og digital infrastruktur, i tråd med regionens mål om å utvikle et samlet helseøkosystem der helsetjenester, forskning, utdanning og næringsliv samarbeider. Videreutviklingen av helsefellesskapene gir et

rammeverk for samarbeid mellom kommunene, Vestre Viken HF og Universitetet i Sørøst-Norge, og et nytt rekrutterings- og samhandlingstilskudd skal bidra til felles prosjekter og bedre ressursutnyttelse. Planen fremhever samlokalisering og tverrfaglige møteplasser, slik som Drammen Helsepark, og understøtter en mer effektiv informasjonsflyt og bedre tilgang til helsepersonell i regionen.

3.3.2 Samhandlingsreformen 2.0: Helsereformutvalget og Prosjekt x

Erfaringene fra Samhandlingsreformen som ble innført i 2012 har vist at det er krevende å skape en helhetlig og effektiv arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Reformen hadde som mål å flytte mer behandling og oppfølging til kommunene for å avlaste sykehusene, men i praksis har resultatene vært blandede. Flere evalueringer peker på at kommunene har manglet ressurser og kompetanse til å løfte de nye oppgavene, og at koordineringen mellom nivåene fortsatt er fragmentert. Dette har bidratt til vedvarende kapasitetsutfordringer og ulikheter i tjenestetilbudet.

Samhandlingsutfordringer er en viktig del av bakteppe for å etablere Helsereformutvalget, ledet av Gunnar Bovim, som tidligere ledet Helsepersonellkommisjonen. Utvalget har fått et bredt mandat til å utrede framtidig organisering, styring og finansiering av helse- og omsorgstjenestene. Mandatet omfatter blant annet oppgavefordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, samarbeid med private aktører, pasientvalgfrihet, rekruttering og hvordan ny teknologi, inkludert kunstig intelligens, kan tas i bruk. Utvalget skal også vurdere de økonomiske, juridiske og administrative konsekvensene av ulike reformalternativer. Arbeidet skal resultere i en offentlig utredning (NOU), som etter planen skal leveres innen 1. november 2026. Det er imidlertid et åpent spørsmål om Helsereformutvalgets arbeid vil danne grunnlag for et bredt helseforlik på Stortinget, eller om reformspørsmålene vil forbli gjenstand for politisk dragkamp på tvers av de politiske blokkene. En oppsummering av utviklingstrekkene og utfordringene knyttet til (manglende) samhandling finnes i Menons utredning for KS og Spekter (Rambøll og Menon Economics, 2022).

Parallelt har helseminister Jan Christian Vestre lansert Prosjekt X, en nasjonal satsing som skal teste nye modeller for organisering av helse- og omsorgstjenestene. Gjennom 10–12 pilotprosjekter i ulike deler av landet, deriblant *Samhandlingsarena Kongsberg* beskrevet i kapittel 4.3.1, skal kommuner og sykehus samarbeide tettere for å utvikle mer sømløse tjenester. Ambisjonen er å bryte ned siloer og skape en opplevelse av én samlet helsetjeneste for innbyggerne. De første pilotene ble lansert sommeren 2025, og erfaringene herfra skal gi læring som kan overføres til hele helse- og omsorgssektoren.

Prosjekt X og Helsereformutvalget er svært relevant for en mulig helsesatsing i Drammensregionen. Regionen vil kunne være «laboratorium» for uttesting av ulike modeller som utvikles gjennom Prosjekt X, slik Samhandlingsarena Kongsberg allerede er det.

3.3.3 Folkehelsemeldingen

Folkehelsemeldingen er regjeringens samlede strategi for å bedre folkehelsen og utjevne sosiale helseforskjeller. Den slår fast at helsen påvirkes av forhold langt utover helsetjenesten som oppvekst, utdanning, arbeid, bolig og nærmiljø og organiserer innsatsen i brede tverrsektorielle spor (levevaner, psykisk helse, smittevern/helsetrusler, m.m.) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023a).

Meldingen bygger på Marmot-arbeidet om «social determinants of health», som dokumenterer hvordan sosiale og økonomiske forhold skaper systematiske helseforskjeller og anbefaler politikk som reduserer disse ulikhetene. I europeisk sammenheng er dette oppsummert gjennom WHO's/UCLs gjennomgang (ofte omtalt som Marmot-rapporten), som peker på tiltak i hele livsløpet – fra tidlig barndom, via utdanning og arbeid, til eldre år. I tråd med Marmot vektlegger meldingen proporsjonal

universalisme: brede, universelle tiltak for hele befolkningen (f.eks. tobakks- og kostholdsstrategi, daglig aktivitet i barnehage/skole, styrket smittevern) kombineres med målrettet forsterkning der behovet er størst (f.eks. utsatte barn og unge, personer utenfor arbeid, ensomhet blant eldre).

En eventuell satsing på forebyggende helsetiltak i Drammensregionen vil kunne bygge videre på utpekte satsingsområder i den nasjonale folkehelsepolitikken som blant annet er nedfelt i folkehelsemeldingen.

3.3.4 Helseberedskap – styrket politisk prioritet

I Norge har helseberedskap fått fornyet oppmerksomhet, særlig som følge av Covid-pandemien og et mer krevende geopolitisk landskap. I Helseberedskapsmeldingen legger regjeringen vekt på behovet for å styrke nasjonal legemiddelberedskap, bygge robusthet i forsyningskjedene, og fremme en mer helhetlig tilnærming til krisehåndtering i helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023b). Meldingen presenterer en ny modell for helseberedskap, med etablering av et nasjonalt Helseberedskapsråd ledet av Helse- og omsorgsdepartementet, støttet av seks fagspesifikke underutvalg som håndterer prioriterte risikoområder.

Helsedirektoratets årsrapport 2024 fremhever at helsesektoren nå anses som robust, samordnet og effektiv ved kriser og katastrofer, men konstaterer også at innsats på tvers av nasjonale, nordiske og internasjonale arenaer fortsatt er nødvendig for å møte fremtidige kriser. Den nye nasjonale helseberedskapsplanen, som bygger på meldingen fra 2023, klargjør ansvar, organisering, varslingsrutiner og nødvendige ressurser. Planen legger spesielt vekt på ansvarsfordeling mellom stat, regioner og kommuner, med tydelig behov for samarbeid, fleksibilitet og prioritering i krisesituasjoner. Helsedirektoratets risiko- og sårbarhetsvurdering fra 2019 og senere rapporter peker på behovet for mer øving, bedre samhandling, klarere rollefordeling og forbedret lovverk særlig med tanke på digital sikkerhet og forsyningskjeder. En oppsummering av utfordringsbildet finnes i Menons utredning «Forberedt på neste krise: helse- og omsorgssektorens kapasitet til å håndtere fremtidig etterspørsel» (Menon Economics, 2020).

Helseberedskap handler i stor grad om at ulike deler av helsesektoren som kommune- og spesialisthelsetjenesten, utvikler gode beredskapsløsninger sammen med andre deler av kommunen som brann- og redningsetater og med sivilsamfunnet lokalt. Drammensregionen med Drammen kommune i spissen ligger langt fremme når det kommer til arbeid med totalberedskap gjennom blant annet et beredskapsråd.¹

3.3.5 Innovasjon, anvendelse av helseteknologi og offentlig-privat samarbeid som svar på utfordringene

Norge kjennetegnes av en sterk offentlig helsetjeneste, med likeverdig tilgang som grunnleggende prinsipp. Samtidig har veksten i det private leverandørmarkedet preget den politiske debatten det siste tiåret, særlig knyttet til oppgavedeling, organisering og grensegangen mellom offentlige og private tilbydere. Denne debatten har også dreid seg om hvordan teknologiske løsninger kan utvikles og tas i bruk gjennom samspill mellom offentlige og private aktører, og hvordan innovasjon kan bidra til bedre tjenester, mer effektiv ressursutnyttelse og svare på den økende knappheten på helsepersonell. Anvendelse av ny teknologi var også ett av svarene på den sterkt økende mangelen på helsepersonell, i Helsepersonellkommisjonens rapport (NOU 2023:4). Rapporten pekte også på behovet for å tenke nytt om oppgaveløsning, organisering og rekruttering.

¹ [Drammen følger opp Totalberedskapsmeldingen](#)

Kombinasjonen av ny teknologi og nye måter å organisere arbeidet på i helse- og omsorgssektoren kan gi betydelige positive effekter for produktivitet og tjenestekvalitet. En rapport fra Menon om helseteknologi viser at utvikling og anvendelse av helseteknologi gjennom offentlig-privat samarbeid kan gi besparelser i milliardklassen i både kommune- og spesialisthelsetjenesten (Menon Economics, 2025b). Det foregår flere relevante prosjekter i Drammensregionen hvor samarbeid mellom helseforetaket, kommuner og USN danner utgangspunkt for kunnskapsutvikling på dette området. CotecH, med satsing på blant annet digital hjemmeoppfølging (digitale hjemmetjenester) er et eksempel på dette som vi beskriver senere i rapporten.

Det foregår for tiden en omfattende utskiftings- og utviklingsprosess knyttet til elektronisk pasientjournal (EPJ) i både kommunene og helseforetakene. Nye løsninger skal sikre bedre samhandling mellom kommune, sykehus og pasient/bruker av helsetjenester. Helseteknologiordningen og samarbeidet mellom Helsedirektoratet og KS for å sikre raskere innføring av nye e-helseløsninger står sentralt. Også her er Drammensregionen relevant, med samarbeidet DigiViken og avtalen om anskaffelse av ny EPJ mellom flere av kommunene i regionen.²

Norge har et unikt grunnlag knyttet til *helsedata*. Men det kreves høyere tempo, bedre brukervennlighet og tydeligere prioriteringer for å realisere potensialet fullt ut, både nasjonalt og i en europeisk kontekst. Bedre utnyttelse av helsedata ses ofte i sammenheng med klinisk utprøving og en nasjonal satsing på kliniske studier.

3.3.6 Klinisk utprøving som politisk satsingsområde

En annet politisk satsing innen helse er Handlingsplanen for kliniske studier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Planen har som mål å øke antall pasienter som får tilbud om å delta i kliniske studier, styrke Norges attraktivitet som vertskap for industristudier, og legge bedre til rette for forskerinitierte prosjekter. Evalueringer så langt viser at planen har gitt et løft i oppmerksomhet og struktur rundt kliniske studier, men at Norge fortsatt ligger bak flere sammenlignbare land når det gjelder omfang og rekruttering.

Vestre Viken HF testbed som vi beskriver i neste kapittel og muligheten for utvikling av infrastruktur for klinisk utprøving i skjæringsfeltet mellom kommunal helse- og omsorg og sykehus på Brakerøya, gjør dette nasjonale satsingsområdet særlig relevant for Drammensregionen.

3.3.7 Eksportsatsing på helseindustri

Helsenæringens potensial for økt verdiskaping i Norge og eksport ut av landet har de siste årene blitt løftet frem av regjering og Stortinget. (Menon Economics, 2025a) Her vektlegges koblingen mellom en bærekraftig helsetjeneste, innovasjon og næringsutvikling. Veikartet peker på hvordan samarbeid mellom offentlig sektor, næringsliv og forskningsmiljøer kan bidra til å utvikle nye løsninger som både styrker helsetjenesten nasjonalt og gir økt verdiskaping gjennom eksport. Regjeringen har satt et tydelig mål om å doble eksportinntektene for helsenæringen fra 22 milliarder kroner i 2021 til 50 milliarder kroner innen 2030.

Per i dag har Drammensregionen begrensede forutsetninger for å utvikle en betydelig helseindustri og tilhørende eksport da det er svært få bedrifter innenfor bransjene som utgjør helseindustri: legemiddel, helseteknologi og digital helse/e-helse. Men på sikt kan offentlig-privat samarbeid innenfor forskning- og utvikling i regionen, og nærheten til helseindustri i Asker og Bærum, bidra til å styrke forutsetningene.

² [Kommunesamarbeid EPJ anskaffelse – Anskaffelsen kunngjort 25.09.25 – DigiViken](#)

3.4 Økonomiske og strukturelle forhold

Utgiftene til helse- og omsorgstjenestene har i mange tiår økt mer enn verdiskapingen (og inntektene til stat og kommune) i Norge. De samlede løpende helseutgiftene i Norge var 453 milliarder kroner i 2022 (SSB, 2023b). Andelen av offentlige utgifter, statsbudsjettet, som går til helse- og omsorg har ligget relativt stabilt på ca. 18 prosent de siste årene. Men går vi noen tiår tilbake var andelen mye lavere. I 1970 var den halvparten, altså 9 prosent av totale offentlige utgifter. (SSB, 2007)

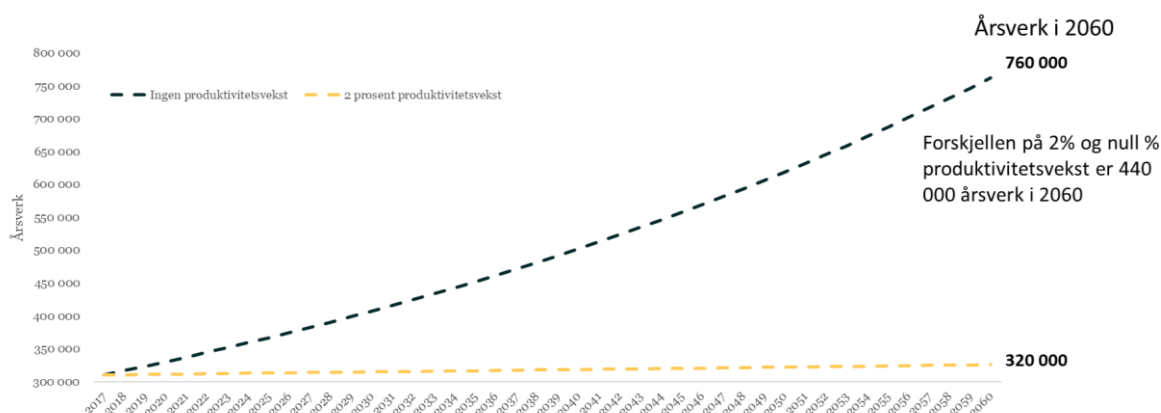
Mangel på helsepersonell

Helsesektoren er svært arbeidsintensiv, arbeidskraft utgjør to tredeler av de samlede driftsutgiftene (Menon Economics, 2023c). SSBs framskrivninger viser at andelen av arbeidsstyrken sysselsatt i helsesektoren forventes å øke fra ca. 15 prosent i dag til opp mot 30 prosent i 2060 (Hjemås, Holmøy, & Haugstveit, 2019). Helsepersonellkommisjonens rapport fra 2023 understreker at denne utviklingen ikke vil være bærekraftig. Veksten i etterspørsel etter helsepersonell beskrives som en av samfunnets aller største utfordringer i årene fremover (NOU 2023:4). Helsepersonellkommisjonen bekrefter «*at vi går tom for folk før vi går tom for penger*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c). Utviklingen er ikke unik for Norge og de fleste land med moderne helsevesen står foran samme utfordringsbilde. Det ligger dermed også et stort potensial i å utvikle gode løsninger som kan bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjenestene, både regionalt, nasjonalt og internasjonalt.

På bakgrunn av denne analysen anbefaler kommisjonen at andelen sysselsatte ikke øker vesentlig utover dagens nivå. Samtidig påpeker kommisjonen at det ikke er ønskelig at kvaliteten i tjenestene senkes (Kinge, 2023). Det er heller ikke ønskelig at vi får et svekket offentlig tjenestetilbud og en såkalt «todelt» helsetjeneste for de som har økonomi til å betale for private helsetjenester, og de som ikke har det (Hofstad, 2023).

Det vil være et stort behov for ulike tiltak som kan øke produktiviteten i helsesektoren i årene fremover, altså at vi kan produsere mer og bedre helse- og omsorg uten å øke arbeidskraftbehovet tilsvarende (Rambøll og Menon Economics, 2022). I SSBs framskrivninger av fremtidig etterspørsel etter årsverk i helse- og omsorgssektoren legges det til grunn en årlig produktivitetsvekst på 0,5 prosent. Som Menon har vist i flere tidligere rapporter så er dette et optimistisk scenario gitt utviklingen de siste årene, hvor produktivitetsveksten har vært null eller negativ (Menon Economics, 2023c).

Figur 3-2: Vekst i helse- og omsorgstjenestens behov for helsepersonell mot 2060, med og uten produktivitetsvekst.



Kilde: SSB og Menon Economics

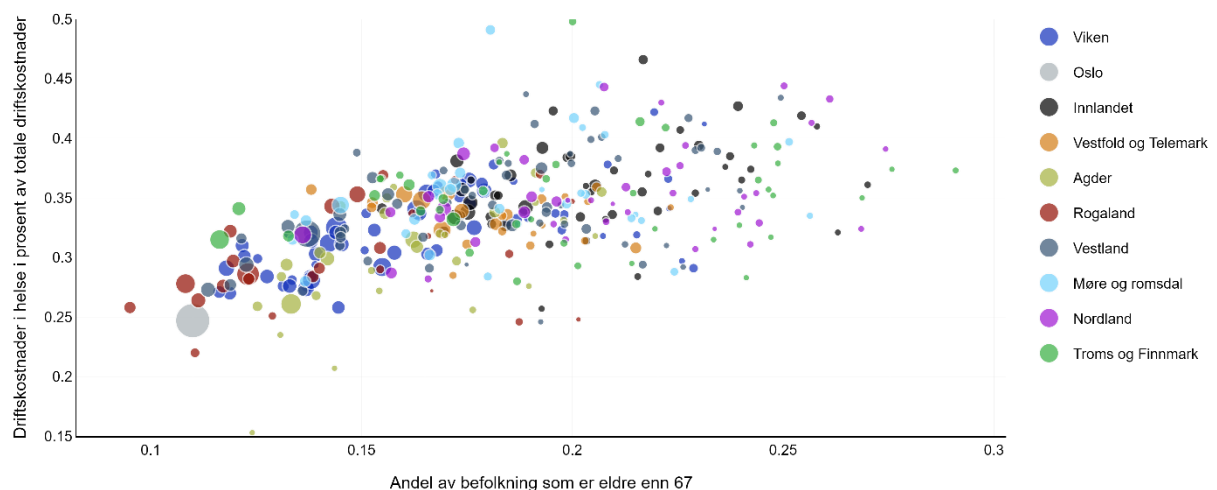
Som vi ser av grafen over (sort stiplet linje) vil årsverk i helse- og omsorgssektoren dobles de neste 30 årene hvis vi fortsetter ingen produktivitetsvekst. Dersom vi klarer å løfte produktivitetsveksten fra dagens nivå til to prosent per år, så vil vi, som det fremgår av den gule stiplede linjen, ikke ha noen helsepersonellkrise og årsverksbehovet kunne holdes stabilt på dagens nivå. Dette illustrerer hvorfor utprøving av forskjellige løsninger som kan gi like god kvalitet med mindre ressursbruk vil være viktig i årene fremover. Mange små grep kan til sammen bidra til at produktivitetsveksten øker noe. Pilotering av ulike løsninger som kan bidra til produktivitetsvekst, at vi får mer helse per krone og time brukt i helsesektoren, er derfor helt sentralt. Riktig kompetanse på rett sted er også en viktig faktor for økt produktivitet: stadig flere kommuner sliter med å tiltrekke og beholde ansatte med riktig kompetanse, dette går i sin tur ut over evnen til å «jobbe smartere».

Lav investeringsgrad i helsesektoren

Som Menon har vist i to omfattende analyser så er det ikke bare utgiftsveksten som er utfordrende: den lave og synkende andelen av driftsutgiftene som går til investeringer i nye løsninger, og dermed økt produktivitet, er nå en hovedutfordring (Menon Economics, 2017). Vel så viktig som spørsmålet om vi bruker for mye ressurser, er altså spørsmålet om vi bruker ressursene riktig.

Gapet som skapes av manglende investeringer i nye løsninger og innovasjon for å øke kapasiteten på den ene siden og fremtidig etterspørsel etter helsetjenester på den andre siden, er mest påfallende i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunene opplever en vesentlig større vekst i etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester enn sykehusene (Menon Economics, 2020). For mange kommuner er allerede kostnadsveksten så stor at det utgjør en akutt økonomisk utfordring. I noen kommuner utgjør helse 25 prosent av totale utgifter, i andre over 40 prosent. Denne andelen henger ganske tydelig sammen med alderssammensetningen i befolkningen, som vist i figuren under.

Figur 3-3: Andel av kommunens driftsbudsjett som brukes på helsetjenester i 2023.

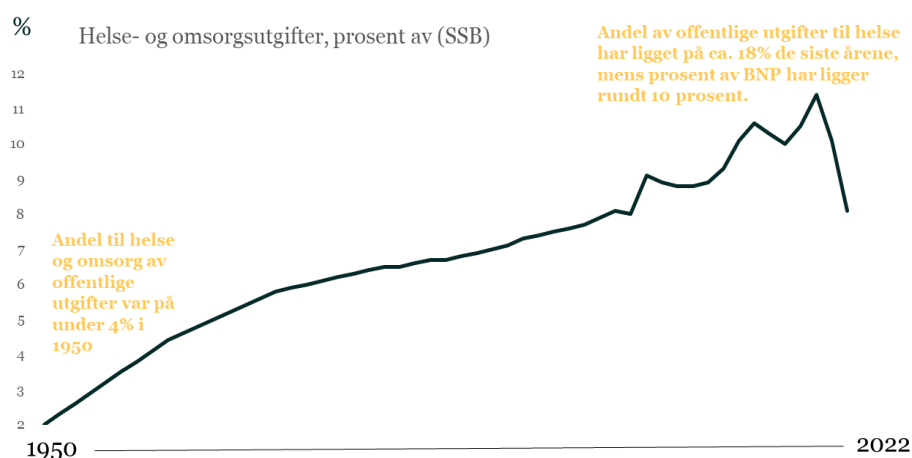


Kilde: SSB og Menon Economics

Hver boble i figuren representerer en kommune, og størrelsen på boblen indikerer hvor mange innbyggere kommunen har. Grafen beskriver sammenhengen mellom hvordan økning andel eldre påvirker andelen av kostnadene som blir brukt på helse. Kommuner med høyere innbyggertall tenderer til å ha en yngre befolkning. I tillegg bruker disse kommunene en lavere andel av inntektene på helse og omsorg. Den økonomiske utviklingen setter tydelige rammer for fremtidens helse- og omsorgstjenester. Som vi ser av figuren under er det vanligste målet som benyttes i sammenlikninger med andre land helseutgifter som andel av BNP. Denne har også økt på samme måte som andelen av offentlige utgifter

(gul linje og tekst i figuren), selv om tallet (og dermed Norges rangering av land som brukes mest på helse) påvirkes av vårt høye og varierende BNP (for eksempel i 2022).

Figur 3-4 Veksten i helseutgifter som andel av BNP for Norge offentlige (graf) og andel av offentlige utgifter (tekst i gult).



Kilde: SSB³

Allerede i dag utgjør helse- og omsorgssektoren en av de største utgiftspostene på statsbudsjettet, og framskrivninger fra SSB utarbeidet for Helsepersonellkommisjonen viser altså at behovet for helsepersonell vil øke kraftig dersom vi ikke klarer å øke produktiviteten (NOU 2023:4).

3.4.1 Norsk helsetjeneste kjennetegnes ved høy profesjonstetthet

OECDs rapport *Health at a Glance 2023* viser at Norge har en av de høyeste tetthetene av helsepersonell i verden (OECD, 2023b). Med om lag 4,7 leger per 1 000 innbyggere ligger Norge betydelig over OECD-gjennomsnittet på 3,5. For sykepleiere er forskjellen enda større: Norge har rundt 17,9 sykepleiere per 1 000 innbyggere, mer enn dobbelt så mange som OECD-gjennomsnittet, og blant de høyeste tallene internasjonalt. Denne profesjonstettheten gir i utgangspunktet gode forutsetninger for kvalitet og tilgjengelighet i helsetjenesten, men reiser også spørsmål om en kan få til mer effektiv oppgavedeling med bedre ressursutnyttelse av ulike fagressurser.

Samtidig viser OECDs analyser at veksten i antall leger har vært langt høyere enn veksten i sykepleiere de siste årene, noe som skaper et skjevt forhold mellom profesjonene. Dette forsterker bekymringen som Helsepersonellkommisjonen pekte på, nemlig at knapphet på helsepersonell i fremtiden ikke primært handler om antall leger, men om å sikre nok sykepleiere og helsefagarbeidere i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I et økonomisk perspektiv innebærer dette at ressursbruken innen utdanning, rekruttering og oppgavedeling må tilpasses slik at profesjonssammensetningen er bærekraftig og i tråd med behovene i sektoren. For en grundigere vurdering av kompetansesammensetningen i norsk helse- og omsorgssektor se bl.a. Menons analyser for Norsk Sykepleierforbund og Legeforeningen (Menon Economics, 2018).

3.4.2 Dreining mot hjemmetjenester

Som følge av mer krevende økonomisk situasjon både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, ser en også en ønsket dreining i helsetjenestetilbudet mot at flere skal motta behandling, oppfølging og pleie

³ Friskere og sterkere - SSB

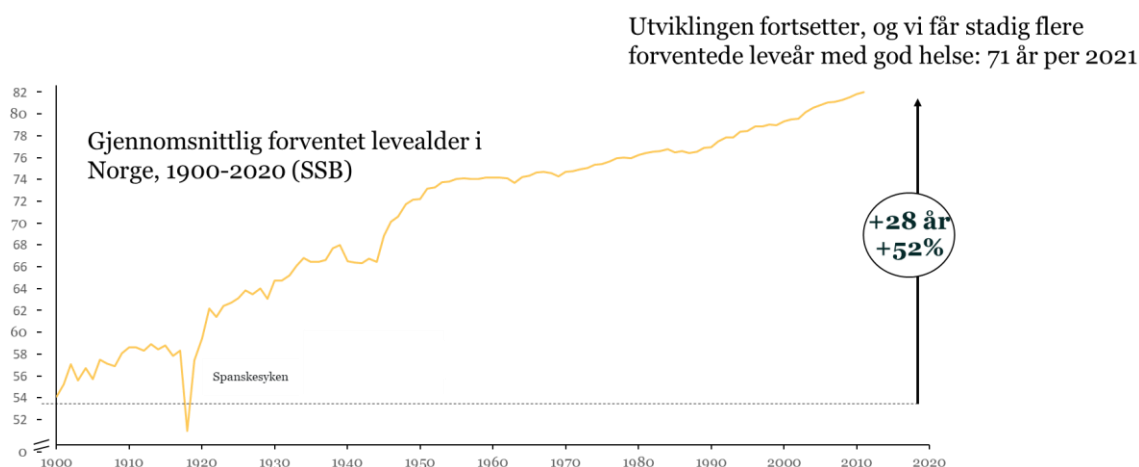
i hjemmet, fremfor på institusjon eller behandlingssted. I eldreomsorgen har regjeringen i stortingsmeldingen «Bu trygt heime» (Meld. St. 24 (2022–2023)) pekt på at flere eldre skal bo lengre hjemme med støtte fra hjemmetjenesten, fremfor å flytte på sykehjem. Også i spesialisthelsetjenesten ser vi denne trenden: Oslo universitetssykehus har gjennom strategien *OUS Hjemme* satt som mål at 30 prosent av behandling og oppfølging skal foregå i pasientens hjem innen 2030, enten poliklinisk eller for innlagte pasienter i hjemmet, fysisk og/eller digitalt (Oslo Universitetssykehus, 2024). En tilsvarende utvikling er synlig innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), der Helse Sør-Øst fra 2025 legger opp til kortere døgnopphold og mer bruk av poliklinisk behandling (Helse Sør-Øst, 2025).

Denne utviklingen har viktige økonomiske implikasjoner. På den ene siden kan hjemmetjenester bidra til å redusere presset på institusjoner, frigjøre kapasitet og spare kostnader knyttet til sykehjemsplasser og lange institusjonsopphold. Samtidig kan den innebære en økt belastning på pårørende, både gjennom praktisk oppfølging og psykiske belastninger knyttet til ansvar og bekymring.

3.5 Sosiale forhold

Folkehelsen i Norge har vært og er igjennom en positiv utvikling som vi må forvente at vil bremse opp de neste årene. Frem til nå har forbedringer i helsevesenet og andre forhold bidratt til en svært stor økning i gjennomsnittlig forventet levealder. Bare siden 1979 har vi fått 9 ekstra leveår, og de siste 100 årene har forventet levealder økt med over 50 prosent (se graf under). Norge er også det eneste landet i verden som frem til 2021 også fortsatte å ha en positiv utvikling i antall leveår med god helse. Dette innebærer at vi klarer å forbedre helsen til de eldre stadig mer, slik at den raskt økende andelen eldre ikke får en like stor negativ effekt på folkehelsen totalt sett.

Figur 3-5 Gjennomsnittlig forventet levealder i Norge 1900-2020.

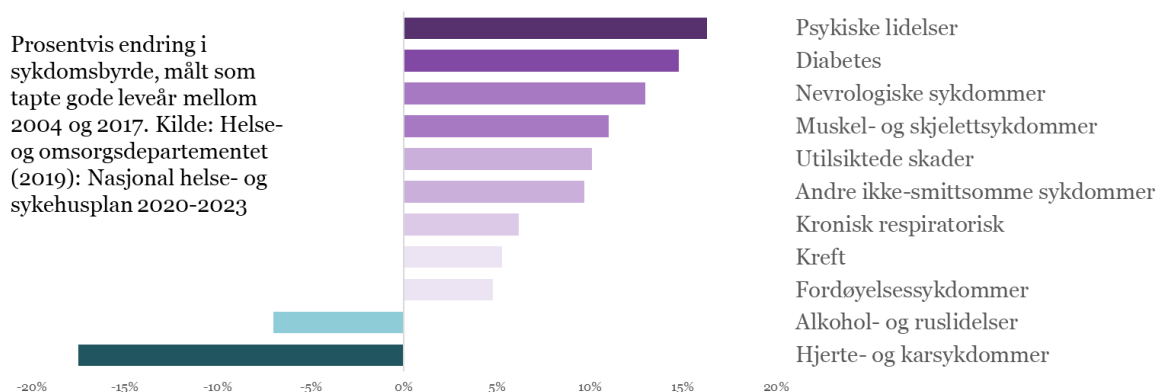


Kilde: SSB

3.5.1 Ikke-smittsomme sykdommer øker i omfang

Økt levealder har gitt flere friske leveår, men samtidig en lengre periode med såkalt «usunn levetid», preget av kroniske sykdommer som fedme, diabetes type 2 og KOLS. Utviklingen innen psykisk helse er en annen tydelig utfordring. Ifølge Folkehelseinstituttet rapporterer nesten halvparten av norske jenter i videregående alder symptomer på angst eller depresjon, og andelen med psykiske plager har økt over tid. Veksten i psykisk sykdom er stor og større enn i andre land (FHI, 2023).

Figur 3-6 Prosentvis endring i sykdomsbyrde, målt som tapte gode leveår mellom 2004-2017



Kilde: FHI

Selv om psykisk sykdom øker kraftig er det likevel demenssykdom som vil representere den aller største utfordringen for helsesektoren i årene fremover målt i kroner og helsepersonellbehov, og da særlig for kommunene (Hodne, 2025; Menon Economics, 2024).

3.5.2 Økt bevissthet i befolkningen om egen helse

Det er tydelig at befolkningens holdninger og atferd endres: helsebevissthet øker, og flere etterspør digitale helsetjenester og persontilpassede løsninger. Helsedirektoratets Innbyggerundersøkelse om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten 2024 viser at 59 % av innbyggerne har hatt digital kontakt med helsetjenesten i løpet av det siste året, og bruk av digitale tjenester er særlig høy blant personer med høyere utdanning og langvarig helseproblem (Helsedirektoratet, 2025a). Samtidig er digital kontakt underrepresentert blant dem med lavt utdanningsnivå, yngre aldersgrupper og i enkelte geografiske regioner. Dette indikerer at tilgangen til digitale helsetjenester og helsekompetanse varierer med sosioøkonomiske forhold.

Undersøkelsen viser også et stigende forventningspress: andelen som ønsker tilgang til flere digitale helsetjenester økte fra 30 % i 2022 til 35 % i 2023. Samtidig rapporterte kun 38 % at de har tilgang til tjenestene de mener de trenger, noe som understreker et udekket behov, særlig blant eldre og grupper med svakere digital helsekompetanse (Helsedirektoratet, 2025a).

Helsedirektoratet har formulert mål i e-helsestrategien om aktiv medvirkning i egen og næres helse. Dette innebærer at digitale tjenester skal være enkle å finne og forstå, og at innbyggere skal få informasjon, læringsressurser og verktøy tilpasset egne behov, slik at egenmestring og deltakelse i egen helse styrkes. Det legges også vekt på at digitale tjenester skal være tilgjengelige og brukervennlige for alle, uavhengig av bakgrunn.

Parallelt bidrar Helsedirektoratet i sin årsrapport 2023 med analyser knyttet til sosial ulikhet i helse og bruk av helsetjenester. Her pekes det på at personer med lavere utdanning og lav inntekt oftere rapporterer udekket behov for helsetjenester, og at det er behov for bedre indikatorer for å følge sosial ulikhet i bruk og tilgang til både fysiske og digitale helsetjenester. Direktoratet har blant annet mottatt anbefalinger fra en ekstern gjennomgang i samarbeid med University College London, og jobber med å utvikle styringsindikatorer for å følge utviklingen systematisk.

3.6 Teknologiske forhold

Ambisjonsnivået for bruk av helseteknologi og innovasjonstakt i helsesektoren er i utgangspunktet høyt i Norge (Meld. St. 18 (2018-2019)). Dette gjelder ikke minst for digitalisering, bl.a. beskrevet i Stortingsmeldingen «Én innbygger – én journal», som setter tydelige mål for digitalisering av helse- og omsorgssektoren, samt Nasjonal e-helsestrategi (Helsedirektoratet, 2025b). Menon har gjennom flere ulike utredninger for Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og ulike organisasjoner profesjonsorganisasjonene, virkemiddelaktører og aktører som representerer både leverandører og helsesektoren) dokumentert mulighetsrommet og de viktigste barrierene for å realisere gevinster (Melanor, 2024; Menon Economics, 2025b; Menon Economics, 2023a; Menon Economics, 2022). I det følgende ser vi nærmere på noen utvalgte mulighetsområder gitt den teknologiske utvikling som preger helsesektoren.

3.6.1 Kunstig intelligens og digital transformasjon tar stadig større terreng

Digital transformasjon og kunstig intelligens (AI) gir store muligheter for å forbedre både kvalitet og effektivitet i helsetjenestene. AI tas allerede i bruk i Norge, blant annet innen radiologi ved Vestre Viken og andre helseforetak, der algoritmer bidrar til raskere og mer presis bildediagnostikk. Slike løsninger kan frigjøre tid for helsepersonell og gi raskere svar til pasientene. I tillegg testes beslutningsstøttesystemer som kan hjelpe leger å velge riktigere behandling, og administrative prosesser automatiseres for å redusere tid brukt på dokumentasjon. Potensialet for mer presis diagnostikk, raskere behandling og bedre ressursutnyttelse er betydelig. Samtidig er implementeringen krevende: mange helseforetak og kommuner mangler fortsatt nødvendige systemer, kompetanse og ressurser for å ta teknologien i bruk i full skala.

3.6.2 Nye muligheter gjennom digitale selvbetjeningsløsninger

Norge har en befolkning med høy digital modenhet og erfaring med digitale helsetjenester. Helsedirektoratets Nasjonal digitaliseringsmonitor viser at antall innlogginger på Helsenorge økte fra cirka 90,9 millioner i 2021 til 82,4 millioner i 2023, med en markant oppgang i antall innlogginger per måned (fra 5,8 millioner i april–desember 2022 til nær 6,8 millioner for samme periode i 2023).

De mest brukte tjenestene på Helsenorge er digitale selvbetjeningsløsninger som melding, timebestilling, resept og oversikt over egne resepter – alle med klar vekst i bruk de siste årene. Innbyggerundersøkelsen om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten 2024 viser dessuten at 59 prosent av befolkningen har hatt digital kontakt med helsetjenesten det siste året, for eksempel via timebestilling, digital legekonsultasjon eller tilgang til journal/medisinske data.

3.6.3 Samhandling og én journal per innbygger

Et av de viktigste teknologiske ambisjonene i norsk helsepolitikk har i flere år vært målet om «én journal per innbygger». Bedre samhandling og integrering av ulike journalsystemer er avgjørende for å sikre at pasientopplysninger kan følge den enkelte uavhengig av hvor i landet man får behandling. Dagens situasjon er imidlertid preget av fragmentering, med ulike systemer i sykehus, fastlegekontor og kommunale tjenester som ikke fullt ut snakker sammen. Erfaringene fra Helseplattformen i Midt-Norge illustrerer både potensialet og utfordringene: systemet har gitt et felles journalsystem på tvers av sykehus og kommuner, men innføringen har vært krevende, med problemer knyttet til arbeidsflyt, brukervennlighet og kostnadsstyring. Evalueringene viser at slike systemer kan styrke pasientsikkerheten og samhandlingen dersom de fungerer godt, men at implementeringen krever lang tid, tett oppfølging og tilpasning til klinisk praksis. Ambisjonen om én journal per innbygger står derfor fast som en politisk målsetting, men realiseringen er fortsatt uferdig og preget av betydelige barrierer.

4 Kartlegging av helsesektoren og økosystemet innen helse i Drammensregionen

Dette kapitlet presenterer aktørlandskapet og økosystemet innen helse i Drammensregionen. Fremstillingen omfatter sentrale offentlige og private aktører, utdannings- og forskningsmiljøer, samt relevante samarbeids- og innovasjonsinitiativ. Kapitlet viser hvordan ulike deler av sektoren er organisert og hvordan aktørene samhandler på tvers av nivåer og fagområder. Samlet gir dette et bilde av bredden i regionens helseaktører og de strukturene som danner utgangspunkt for regionens satsing innen helse.

4.1 Begrepsbruk i rapporten

Når vi analyserer helsesektoren, er det avgjørende å bruke begrepene presist. Sektoren omfatter mange aktører og funksjoner, og uten tydelige avgrensninger blir det vanskelig å skille mellom roller, ansvar og utviklingstrekk. I denne rapporten legger vi derfor til grunn følgende definisjoner med utgangspunkt i Figur 4-1.

Helsesektoren: Omfatter alle offentlige og private aktører innen helse, inkludert statlige og kommunale foretak, private institusjoner og helsetjenesteleverandører. Vi inkluderer også utdannings- og forskningsmiljøer, innovasjonsaktører samt ideelle og frivillige organisasjoner som bidrar til helse- og omsorgstilbudet.

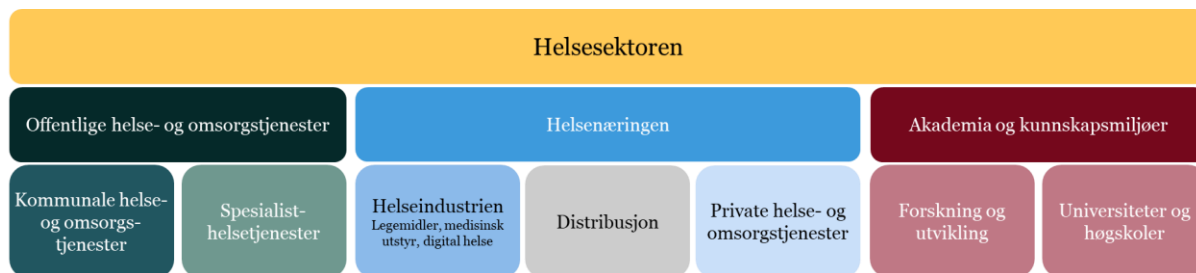
Helsenæringen: Den private delen av sektoren, inkludert både helseindustrien og private helse- og omsorgstjenester. Denne delen er i stor grad beskrevet i kapittel 2.5.1.

Helseindustrien: Utvikling og produksjon av medisinske produkter, teknologier og løsninger. Vi deler industrien inn i tre bransjer: Legemidler, medisinsk utstyr, digital helse.

Private helse- og omsorgstjenester: Private leverandører innen forebygging, behandling og rehabilitering. Vi deler dem inn i fire bransjer: Primærhelsetjenester, spesialisthelsetjenester og rehabilitering, psykisk helse og avhengighet, bo- og omsorgstjenester.

Akademia og kunnskapsmiljøer: Akademia og kunnskapsmiljøer omfatter universiteter, høyskoler, forskningsinstitusjoner og andre fagmiljøer som bidrar til kunnskapsutvikling, utdanning, innovasjon og kompetanseheving innen helse. De ulike aktørene spiller en sentral rolle i utviklingen av nye løsninger, i utdanning av helsepersonell og kan bygge bro mellom forskning, praksis og næringsliv.

Figur 4-1 Hvordan vi definerer helsesektoren

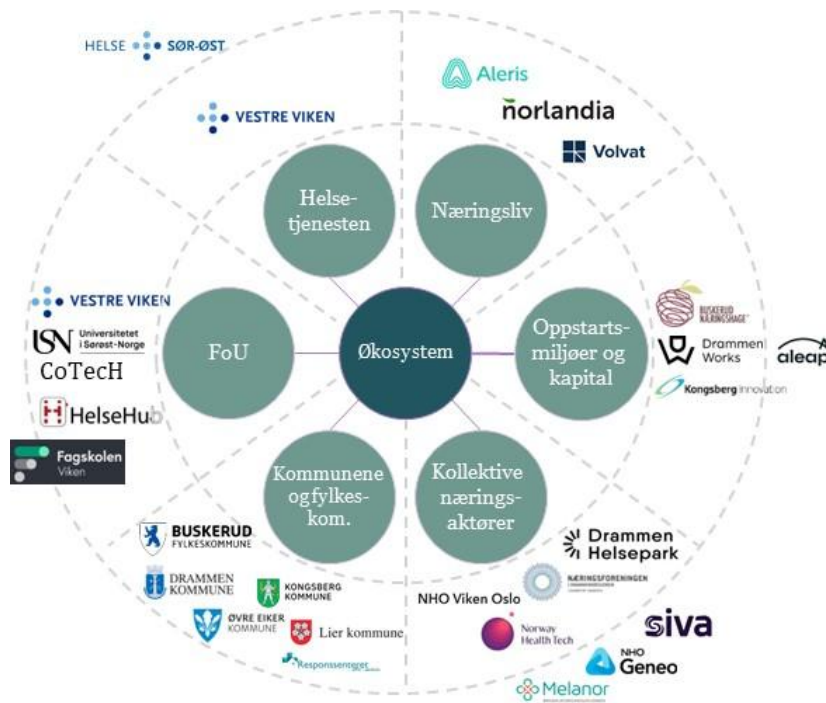


Kilde: Menon Economics.

4.2 Økosystemet innen helse

En kan også beskrive aktørlandskapet med en økosystemtilnærming. Her åpnes det i større grad for å definere partnerskap og samarbeid på tvers av aktørene i det samlede aktørlandskapet. Vi benytter en seks-faktormodell for å kategorisere aktørene. Helsesektoren i Drammensregionen kjennetegnes av et mangfold av aktører på tvers av helsenæring, helseforetak og kommunal helse- og omsorg og kunnskapsmiljøer. Noen har helse som sitt kjerneområde, mens andre arbeider mer tverrsektorielt og bidrar med relevant kompetanse og ressurser som også er relevante for helsefeltet. I Figur 4-2 presenterer vi en oversikt over de mest sentrale aktørene. I de følgende avsnittene, utdypes hvordan aktørene samarbeider med øvrige miljøer i regionen innen forskning, utvikling og innovasjon innen helse. Fremstillingen er deskriptiv og har som mål å gi et bilde av økosystemet og dets forgreninger. En analyse av økosystemet fortrinn og barrierer presenteres i kapittel 5.

Figur 4-2 Utvalgte nøkkelaktører som inngår i økosystemet innen helse i Drammensregionen.



4.3 Helsetjenesten: Spesialisthelsetjenesten

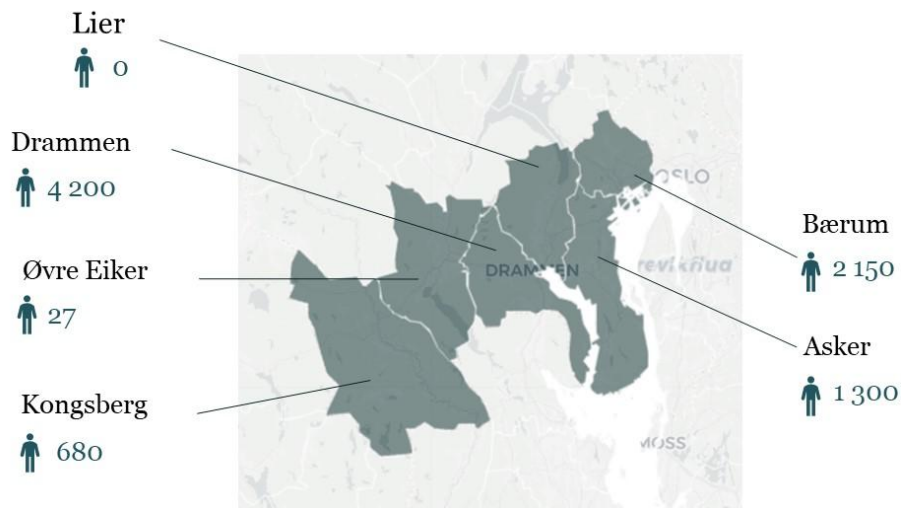
Spesialisthelsetjenesten i Drammensregionen består av både offentlige og private aktører, men hoveddelen av tjenestetilbudet ivaretas av det offentlige. Det offentlige tilbudet leveres i hovedsak av helseforetaket Vestre Viken HF, som driver sykehusene i Drammen, Kongsberg, Ringerike og Bærum, i tillegg til enheter innen psykisk helse, rus, rehabilitering og prehospitale tjenester. Deler av regionen har også tilknytning til Sykehuset i Vestfold HF. Det offentlige tilbudet suppleres av private aktører. Dette omfatter både avtalespesialister med offentlig finansiering på en rekke fagområder og helprivate klinikker og laboratorier som tilbyr tjenester innen kirurgi, plastikkirurgi, rehabilitering og diagnostikk, blant annet ved Volvat og Aleris.

4.3.1 Vestre Viken HF

Vestre Viken HF er den største aktøren i spesialisthelsetjenesten i Drammensregionen. Foretaket er en del av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst og leverer tjenester til om lag 550 000 innbyggere i 22 kommuner, fra Asker og Bærum i øst til Hallingdal i nordvest (**Vestre Viken HF, 2025a**). Ifølge Vestre Viken HF's registreringer i Brønnøysundregisteret har foretaket over 10 000 ansatte, hvorav mer enn 9 300 var tilknyttet enheter i Drammensregionen i 2023. Figur 2-2 viser fordelingen av ansatte etter kommune. Det er viktig å påpeke at dette er stillinger, arbeidsplasser, ved helseforetakets avdelinger i de ulike kommunene. De ansatte behøver ikke være tilhørende i kommunene (bosatt der).

Drammen sykehus er den største enheten, med mer enn 4 200 ansatte. Bærum sykehus er nest størst og gir behandlingstjenester innen blant annet indremedisin, kirurgi og fødselsomsorg. I Asker er det om lag 1 300 ansatte, hovedsakelig knyttet til psykiatri og DPS. Det er ikke registrert årsverk i Lier. Det finnes ikke noe informasjon om helseforetakets aktivitet i kommunen på helseforetakets hjemmesider.⁴

Figur 2-2 Ansatte i Vestre Viken HF per kommune i 2023.



Kilde: Menon Economics

Vestre Viken HF - Hovedområder

Vestre Viken HF driver pasientrettet virksomhet innen fire hovedområder: somatiske sykehus, psykisk helse og rus, habilitering og rehabilitering samt prehospitale tjenester. Foretaket har i tillegg

⁴ De psykiatriske helsetjenestene og tilhørende avdelinger oppgis nå å være lokalisert i Drammen [Drammen DPS - Vestre Viken HF](#). Dette er grunnen til at helseforetaket oppgir at det ikke er registrert ansatte i Lier.

støttefunksjoner som diagnostikk, intern service, teknologi og økonomi, som ikke omtales nærmere her (Vestre Viken HF, 2025b).

Somatiske sykehus

De somatiske tjenestene er organisert ved sykehusene i Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike, samt Hallingdal sjukestugu. Sykehusene tilbyr både akutt- og planlagt behandling innen indremedisin, kirurgi, ortopedi og fødselsomsorg, i tillegg til spesialiserte tjenester. Hallingdal sjukestugu fungerer som et distriktsmedisinsk senter med sengeplasser, poliklinikk og dialysetilbud.

Psykisk helse og rus (PHR)

PHR omfatter Avdeling for rus og avhengighet (ARA), Voksenpsykiatrisk avdeling (VOPA), Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA), fem distriktspsykiatriske sentre i Asker, Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike, samt en forsknings- og utviklingsavdeling. ARA driver døgntilrettelagt behandling, poliklinikk og rusakutt i Drammen. VOPA omfatter spesialpsykiatri, akuttpsykiatri og alderspsykiatri, og er lokalisert i det nye sykehuset på Brakerøya i Drammen. BUPA har poliklinikker i alle de fem kommunene, i tillegg til en spesialpoliklinikk og sykehusseksjoner i Drammen. DPS-ene tilbyr polikliniske tjenester, døgntilrettelagt behandling og oppsøkende team (FACT/AAT).

Habilitering og rehabilitering

Tjenestene er innlemmet i de somatiske sykehusene. Drammen sykehus har en avdeling for nevrologi, revmatologi og habilitering, som også inkluderer habiliteringssenter, smertepoliklinikk og seksjon for geriatri, slag og rehabilitering. Bærum sykehus har en tilsvarende seksjon. Kongsberg sykehus tilbyr i likhet med de andre sykehusene fysio-, ergo- og sosionomtjenester som del av sitt behandlingstilbud. Hallingdal sjukestugu bidrar også med rehabilitering.

Prehospitale tjenester

Den prehospitale enheten består av akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK), ambulansetjenesten, luftambulansetjenesten og pasientreiser.

Forskning og utvikling

Vestre Viken HF har et aktivt forsknings- og innovasjonsmiljø. På Bærum sykehus og i Klinikken for psykisk helse og rus er forskningen organisert som en egen avdeling. Forskningen på Drammen sykehus er ikke organisert som egen avdeling, men forskerne har et dedikert areal i nytt sykehus på Brakerøya, der det samarbeides på tvers av fag og profesjon (Vestre Viken HF, 2025c). Hver avdeling fungerer som støtte- og kompetansemiljø for kliniske prosjekter. Foretaket har i tillegg et forskningsutvalg med forskningsansvarlige fra sykehusene (NorTrials, 2024). Vestre Viken HF driver i hovedsak klinisk forskning fremfor grunnforskning (Syvertsen, Heyn, Pajalic, Berg-Berthinussen, & Sagberg, 2025). Forskningsaktiviteten er lavere enn ved universitetssykehusene, men omfattende for et ikke-universitetssykehus. I 2024 ble det gjennomført 53 kliniske studier, registrert 167 vitenskapelige publikasjoner og avlagt seks doktorgrader. Foretaket har også en handlingsplan for forskning og innovasjon (2023–2026), som skal gjøre forskning til en integrert del av virksomheten og bidra til økt forskningsaktivitet (Vestre Viken HF, 2024a).

Forskningen ved Drammen sykehus har blant annet fokus på luftveisinfeksjoner, persontilpasset behandling ved kreft- og hjernesykdom og forebygging av nye hendelser for personer med hjerte- og karsykdommer. Forskningsaktiviteten er i hovedsak organisert rundt seks forskningsgrupper.

- InPaCT: Innovative Patient-Centric Cancer Treatment Research Group.
- NORCOR: Tverrfaglig forebyggende behandling ved hjerte-kar
- ORTFORSK: Ortopedisk Forskningsgruppe i Vestre Viken
- VARG: Vestre Viken Airway infections Research Group

- VVLF: Vestre Viken Livsløpsforskning
- VVKN: Vestre Viken Klinisk Nevrovitenskap

Samarbeidsavtale med Vestre Viken HF og kommunene

Det er også inngått en samarbeidsavtale mellom Vestre Viken HF og kommunene i regionen som regulerer samarbeidet om helse- og omsorgstjenester. Den omfatter blant annet forebygging, pasientforløp, digital samhandling, forskning og beredskap, og legger vekt på at pasientens behov skal stå i sentrum. Målet er å sikre god samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, slik at ressursene brukes effektivt og befolkningen får best mulig hjelp.

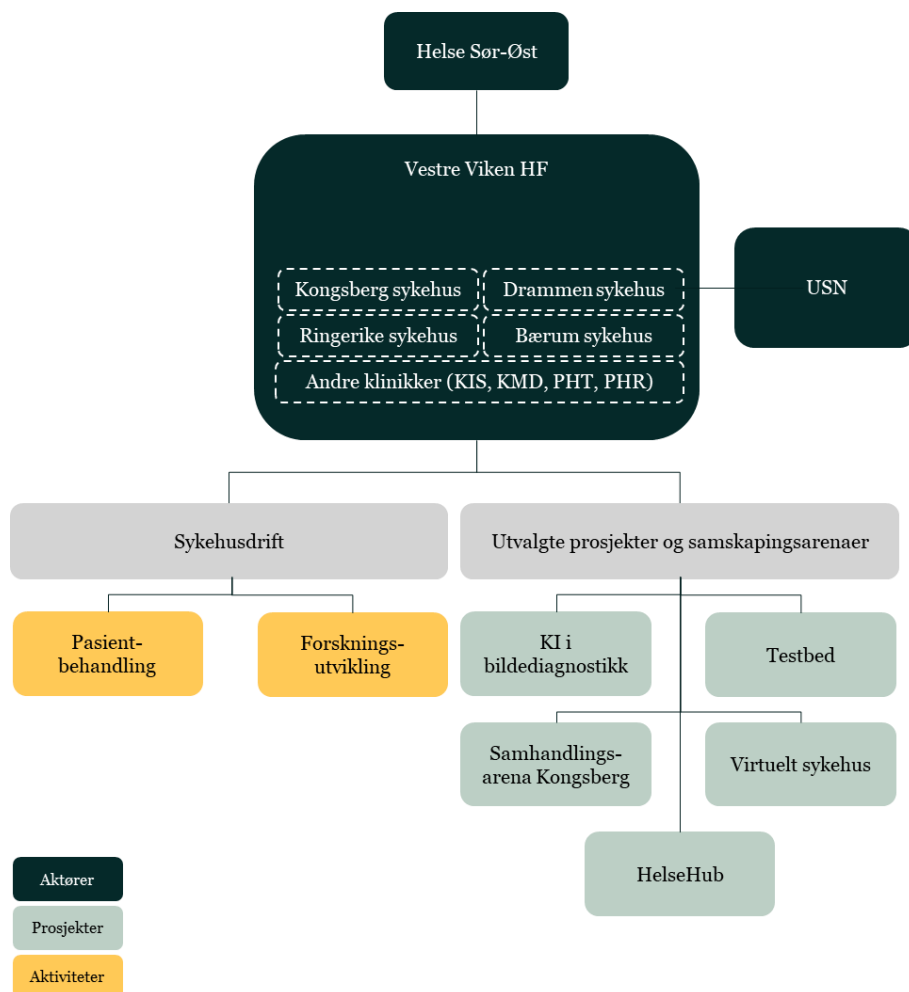
Samarbeidsavtale Vestre Viken HF og USN

Samarbeidet mellom USN og Vestre Viken er formalisert gjennom en samarbeidsavtale. Her presiseres blant annet forhold knyttet til undervisning og praksisplasser. Årlig gjennomfører rundt 700 USN-studenter praksis i helseforetaket.

Relevante samarbeidsprosjekter drevet av Vestre Viken HF

I dette kapitlet forsøker vi å vurdere hvilken rolle helseforetaket spiller som del av helseøkosystemet i regionen. Helseforetaket representerer et sammensatt spesialisthelsetjenestetilbud med blant annet Drammen sykehus, og er ved siden av kommunene og USN den største arbeidsgiveren i regionen. Helseforetaket har også en sterk posisjon som kunnskapsaktør i regionen. Med det nye sykehuset i Drammen styrkes forskningskapasiteten ytterligere, med moderne laboratorier og arealer for kliniske studier. Drammen sykehus har også gjennom enkelte forskningsnettverk i sykehuset oppnådd internasjonal annerkjennelse for sin forskning, og har blant annet publisert artikler i the Lancet og New England Journal of Medicine (Munkhaugen, et al., 2025). Ved siden av pasientbehandling og forskningsaktivitet har vi også identifisert fem nøkkelininitiativ og prosjekter som vurderes som relevant i vår vurdering av Vestre Vikens rolle som del av et større økosystem i regionen, som beskrives i detalj i avsnittene under (med unntak av HelseHub som beskrives under USN).

Figur 4-3 **Illustrasjon av relevante aktiviteter og koblinger under Vestre Viken HF**



Testbed

Vestre Viken HF har etablert en såkalt *testbed* som fungerer som en arena for utvikling, utprøving og evaluering av nye løsninger i tett samarbeid med næringsliv, academia og helsetjeneste (Vestre Viken HF, 2024d). Testbeden kan beskrives som en «sandkasse» der nye produkter, tjenester og arbeidsformer prøves ut i kontrollerte omgivelser, samtidig som leverandører og samarbeidspartnere får verdifulle tilbakemeldinger fra helsetjenesten. Gjennom testbeden inngår Vestre Viken i ulike prosjekter, fra utviklingsavtaler med leverandører, hvor sykehuset bidrar med testing og evaluering, til forsknings- og innovasjonsprosjekter der man sammen utvikler ny kunnskap. Formålet er å gi helsenæringen en profesjonell arena for å validere løsninger, samtidig som helsetjenesten sikres tidlig involvering i utviklingsprosesser.

Alle testbed-prosjekter skal gjennom en vurdering av sentral stab i helseforetaket for å sikre kvalitet, koordinering og nødvendig armlengdes avstand i samarbeidet med næringslivet. Hver klinikk i Vestre Viken, herunder sykehus som Drammen sykehus, en egen innovasjonsrådgiver som sikrer samhandling i testbedinfrastrukturen på tvers av hele Vestre Viken foretak (Vestre Viken HF, 2024b).

Satsingen på testbeden er høyt prioritert og omtales av informanter som et strategisk virkemiddel for fremtidens helsetjeneste. Til tross for økonomiske innstramminger er dette et område man bevisst ikke reduserer, da innovasjon og samarbeid med næringslivet anses som avgjørende for å møte fremtidige behov. Gjennom testbed-initiativet har Vestre Viken etablert seg som en aktiv innovasjonsaktør med

omfattende samarbeid både nasjonalt og internasjonalt med aktører som verdens kanskje mest anerkjente innovasjonsmiljø på sykehusfeltet, amerikanske Mayo Clinic (som også ble kåret til verdens beste sykehus i 2024), og med Tanner health (også USA) (Vestre Viken HF, 2024b).

Samhandlingsarena Kongsberg

Samhandlingsarena Kongsberg er en av pilotene i Prosjekt X, som er regjeringens satsing på å teste ut nye samarbeidsmodeller som kan legge grunnlaget for en nasjonal helsereform (Vestre Viken HF, 2025d). Arenaen er et samarbeid mellom Kongsberg sykehus (som også er en del av Vestre Viken HF), Kongsberg kommune og Responssenteret, og fungerer som en fullskala testarena for å utvikle sømløse tjenester på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Prosjektet har særlig fokus på eldre med skrøpelighet, en pasientgruppe med stort behov for helhetlige forløp, og kombinerer både fysiske og digitale samarbeidsformer. I tillegg skal arenaen bidra til bedre rekruttering av fagfolk og mer likeverdige helsetjenester. Prosjektet springer ut av Kongsberg sykehus, men prosjektet vurderes samtidig som relevant for øvrige klinikker underlagt Vestre Viken i en eventuell skalering.

Kunstig intelligens i bildediagnostikk

Vestre Viken var først i Norge til å ta i bruk kunstig intelligens i klinisk bildediagnostikk. Løsningen ble innført høsten 2023, og er nå i drift ved alle sykehusene i foretaket (Vestre Viken HF, 2024c). Prosjektet inngår i et forskningssamarbeid mellom Vestre Viken og USN. KI brukes som støtteverktøy ved røntgenundersøkelser med mistanke om brudd, og gir svar innen 1–2 minutter (Vestre Viken HF, 2024c). Dette gjør at pasienter uten funn kan sendes raskt hjem, mens radiologene kan prioritere de som trenger behandling. Implementeringen er forankret i et dedikert KI-team med radiologer og klinikere, og bygger på prinsipper om bedre kapasitet, forbedret pasientflyt og en mer bærekraftig arbeidshverdag for de ansatte. I løpet av det første året har løsningen analysert bilder fra over 31 000 pasienter, spart rundt 300 liggedøgn og frigjort anslagsvis 5 500 legekonsultasjoner årlig (Vestre Viken HF, 2024c).

Helse Sør-Øst har valgt å støtte satsingen med fire millioner kroner, og gitt Vestre Viken ansvar for å hjelpe andre helseforetak i regionen med å ta i bruk KI i bildediagnostikk. KI-satsingen er dermed både et konkret bidrag til å avlaste helsetjenesten og et eksempel på hvordan Vestre Viken har posisjonert seg som en nasjonal pådriver innen innovasjon. Ambisjonen er nå å ta i bruk flere KI-applikasjoner innen diagnostikk og videreutvikle erfaringene til nytte for hele helsetjenesten (Vestre Viken HF, 2024c).

Virtuelt sykehus

Vestre Viken lanserte sitt virtuelle sykehus i 2022 som en del av arbeidet med å møte økende behov for tilgjengelige helsetjenester og effektiv ressursbruk (Vestre Viken HF, 2024d). Bakgrunnen var både et presset helsevesen, forventninger om mer pasientnære tjenester og erfaringene fra covid-pandemien, som viste potensialet i digitale løsninger. Det virtuelle sykehuset samler alle digitale helsetjenester under én felles inngang, med tilbud som videokonsultasjoner, digital hjemmeoppfølging og pasientforløp innen blant annet hjertesvikt, brystkreft og diabetes. Målet er å gi trygg oppfølging nærmere hjemmet, redusere unødvendige innleggelser og frigjøre kapasitet på sykehuset (Vestre Viken HF, 2024d).

Satsingen innebærer også tett samarbeid med teknologileverandører som CheckWare og Diffia, som bidrar til utvikling og drift av digitale løsninger (Vestre Viken HF, 2024d). Til nå er over 40 pasientforløp digitalisert, og flere tusen pasienter har benyttet tilbudet. Det virtuelle sykehuset

fungerer som en plattform for læring, utprøving og gradvis skalering og blir omtalt som et viktig steg mot en mer integrert digital helsetjeneste i regionen.

4.3.2 Sykehuset i Vestfold HF

Noen av kommunene i Drammensregionen har også tilknytning til Sykehuset i Vestfold HF, som er en del av Helse Sør-Øst og har hovedsete i Tønsberg. Sykehuset har et primært opptaksområde på om lag 250 000 innbyggere i Vestfold, men leverer også enkelte tjenester til pasienter fra naboregionene. Sykehuset tilbyr somatiske tjenester innen indremedisin, kirurgi, ortopedi og fødselsomsorg, samt akuttfunksjoner. Sykehuset driver også virksomhet innen psykisk helsevern og rusbehandling, med poliklinikker, distriktpsikiatriske sentre og døgnplasser flere steder i fylket (Sykehuset i Vestfold HF, 2025).

4.3.3 Private spesialisthelsetilbydere i Drammensregionen

Avtalespesialister

I Drammensregionen finnes det flere private avtalespesialister som supplerer de offentlige tjenestene. De dekker somatiske fag som barnesykdommer, hud, gynekologi, øye, øre-nese-hals, nevrologi, kardiologi, lunge og urologi, samt psykisk helsevern med psykologer og psykiatere. Tilbudet er størst i Drammen, men det finnes også avtalespesialister i Kongsberg. I Hokksund (Øvre Eiker) er urologisk praksis ved Overnklippen, og i Lier har enkelte psykologer og psykiatere praksis på Lierskogen (Vestre Viken HF, 2025e).

Helprivate aktører

Ved siden av avtalespesialistene finnes en rekke helprivate klinikker. Tilbudet er størst i Drammen, med aktører som Aleris Drammen, Volvat CC Drammen, Nimo Klinikken og Klinikk Haukeland, som tilbyr tjenester innen kirurgi, ortopedi, gynekologi og plastikkirurgi. I Kongsberg finnes blant annet Kongsberg Klinikken og Novelaklinikken. I Lier er det mindre aktører som Heiaklinikken, mens Unicare Hokksund er den mest sentrale aktøren i Øvre Eiker, med et omfattende rehabiliteringstilbud. Samlet sett er de helprivate klinikkene særlig rettet mot kirurgi og spesialistbehandling innen hud, øye, øre-nese-hals, gynekologi, ortopedi, plastikkirurgi og rehabilitering. Andre viktige private aktører finnes innen diagnostikk, blant annet Unilabs (MR, CT, røntgen og ultralyd) og Først Laboratorium, som leverer laboratorietjenester til legekontorer og spesialister i regionen.⁵

4.4 Helsetjenesten: Kommunale helse- og omsorgstjenester

Spesialisthelsetjenesten organiseres gjennom helseforetak som dekker flere fylker og kommuner, mens de kommunale helse- og omsorgstjenestene er lokalt forankret i den enkelte kommune. I denne delen beskrives kapasitet og ressursbruk i kommunene vi har definert under Drammensregionen.

Kommunene har ansvar for fastlegeordningen, legevakt, helsestasjon og skolehelsetjeneste, fysioterapi, sykehjem, hjemmetjenester og andre pleie- og omsorgstilbud. Kommunene er også tilbydere av praksisplasser, som er en sentral arena for kompetanseutvikling, rekruttering og koblinger mellom utdanningsinstitusjoner og tjenestene. De kommunale tjenestene er i hovedsak like på tvers av kommuner, men organiseres på ulike måter. Kommunene samarbeider også for å sikre kapasitet. Drammen og Lier har felles legevakt, mens Øvre Eiker og Kongsberg sammen med Flesberg og Rollag inngår i Kongsberg interkommunale legevakt vertskommunesamarbeid. Den kommunale legevakten i Drammen planlegges flyttet til Brakerøya som del av den nye helsebydelen nær 2030. Det finnes også interkommunale løsninger for kommunale akutte døgnenheter (KAD), som avlaster sykehusene og gir

⁵ Vi gjorde åpne søk etter private klinikker i kommunene Drammen, Lier, Kongsberg og Hokksund (Øvre Eiker).

et lokalt tilbud. Tabell 2-1 viser nøkkeltall for kommunale helse- og omsorgstjenester i Drammensregionen og i Asker og Bærum i 2024.

Tabell 2-1 Kommunale helse- og omsorgstjenester i Drammensregionen, samt Asker og Bærum i 2024.

	Drammen	Kongsberg	Lier	Øvre Eiker	Asker	Bærum
Kommunehelsetjenesten						
Fastlegeavtaler	88	31	28	17	83	126
Fastlegekonsultasjoner	346 495	86 865	93 718	68 864	316 227	399 099
Legeårsverk	120	40	36	25	110	160
Fysioterapiårsverk	107	33	29	19	102	129
Helsestasjonsårsverk totalt	91	41	37	20	116	166
- Helsesykepleiere	51	21	21	13	60	80
- Jordmødre	9	1,8	2	0,4	9	15
- Leger	5	2	2	0,7	4	5
- Andre ¹	25	17	13	7	43	65
Pleie- og omsorgstjenester						
Institusjonsplasser	599	200	158	193	678	1 136
Sykehjemsplasser	563	172	146	158	648	1 094
Brukere av hjemmetjenester	3 961	1 009	852	687	3 330	4 545
Brukere av institusjonstilbud	714	167	130	127	727	1 077
Årsverk i alt	2 424	889	865	607	2 626	3 389
- Sykepleiere	322	155	105	88	271	393
- Helsefagarbeidere	873	307	286	237	829	1020
- Ansatte i hjemmetjenesten og andre pleiemedarbeider	668	282	293	164	1011	1321
- Andre ²	562	144	180	117	515	655
Utgifter per innbygger (kr)	30 987	40 088	36 018	35 946	32 500	37 358

Kilde: SSB KOSTRA (2024). Bearbeidet av Menon Economics. ¹Andre sykepleiere; fysioterapeuter; annen helsefaglig utdanning; uten helsefaglig utdanning. ²Spesialsykepleiere; vernepleiere; barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.; leder av helse-, omsorgs- og sosialtjenester; andre ledere; kjøkkenyrker; renholdere og vaktmestre mv.; saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.; ergoterapeuter; andre helserelaterte yrker; uspesifisert.

KOSTRA-tallene gir et samlet bilde av ressursinnsats og kapasitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Drammensregionen. Fastlegeordningen omfatter 164 avtaler og over en halv million konsultasjoner i 2024, eks. Asker og Bærum. Pleie- og omsorgstjenestene utgjør den største delen av virksomheten, med om lag 1 150 institusjonsplasser, 6 500 brukere av hjemmetjenester og over 4 800 årsverk. Utgiftene per innbygger ligger mellom 31 000 og 40 000 kroner, på linje med landsgjennomsnittet på 37 000 kroner. Til sammenligning ligger Bærum på 37 358 kroner og Asker på 32 500 kroner. Legevakt inngår også i ansvaret, men er ikke tallfestet i KOSTRA. Drammen er den største kommunen i Drammensregionen, og ligger på omtrent samme nivå som Asker på disse indikatorene, men lavere enn Bærum.

Relevante prosjekter der kommunen er en sentral bidragsyter

Kommunene har en viktig rolle i helseøkosystemet og deltar i flere samarbeid som går utover de ordinære helse- og omsorgstjenestene de selv driver. I avsnittene under beskrives de mest relevante.

Responsssenteret i Kongsbergregionen

Responsssenteret er både en felles alarmsentral og et kompetansesenter for velferdsteknologi, etablert som et interkommunalt samarbeid i Kongsbergregionen. Senteret skal være den foretrukne mottakeren av varsler fra sensorteknologi hos hjemmeboende og samtidig fungere som et fagmiljø for innovativ tjenesteutvikling. Det betjener de åtte kommunene i regionen og tilbyr opplæring, veiledning og støtte til kommuner, brukere og pårørende for å sikre trygg innføring av velferdsteknologi (Responsssenteret, u.å.).

Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken

Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken (KHS) er et samarbeid mellom 21 kommuner i opptaksområdet til Vestre Viken HF. Samarbeidet ble etablert i forlengelsen av samhandlingsreformen for å ivareta kommunenes interesser i samhandlingen med helseforetaket og bidra til utviklingen av helhetlige helsetjenester på tvers av nivåene. KHS gir kommunene en felles stemme i dialogen med helseforetaket og fungerer som en arena for erfaringsutveksling, koordinering og felles utvikling av helsetjenestene. KHS ledes av et samarbeidsstyre med representanter fra regionens kommuner og har en nær tilknytning til Helsefellesskapet Vest-Viken, som er et eget samarbeid mellom Vestre Viken HF og kommunene i regionen (Vestre Viken HF, 2025f; Kommunehelsesamarbeidet, 2018).

Helsefellesskapet Vest-Viken

Der KHS er kommunenes egen arena for samarbeid, er Helsefellesskapet Vest-Viken et felles samarbeid mellom de 21 kommunene og Vestre Viken HF. Her planlegger og utvikler partene helsetjenester sammen, med mål om mer sammenhengende og helhetlige tilbud. Gjennom Helsefellesskapet prioriteres tiltak i fellesskap, og erfaringer og kunnskap deles mellom nivåene i helsetjenesten. Samarbeidet er en del av den nasjonale satsingen på helsefellesskap og bygger på faste møteplasser mellom kommunene, helseforetaket og andre aktører i helsetjenesten. Fokuset er særlig rettet mot barn og unge, skrapelige eldre, personer med alvorlige psykiske lidelser og pasienter med flere kroniske sykdommer (Vestre Viken HF, 2021).

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Buskerud

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Buskerud (USHT Buskerud) er et samarbeid mellom kommunene i Buskerud fylke og en del av den nasjonale satsingen for å styrke kompetanse, kvalitet og innovasjon i de kommunale sykehjems- og hjemmetjenestene. Senteret, som har base i Drammen, støtter kommunene med faglig rådgivning og legger til rette for læring og erfaringsdeling på tvers av kommuner. I tillegg samarbeider USHT Buskerud med USN, NTNU, Vestre Viken HF og Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken. Samarbeidet bidrar til å utvikle kunnskapsbaserte tjenester og styrke forbindelsen mellom praksisfelt, forskning og utdanning (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, u.å.).

4.5 Buskerud fylkeskommune

Buskerud fylkeskommune har en sentral rolle i Drammensregionen gjennom ansvar for regional utvikling, næringsutvikling, innovasjon, kompetansebygging og samferdsel. Dette gir grunnlag for samarbeid mellom kommuner, næringsliv og kunnskapsmiljøer, og påvirker både rekruttering og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene og utviklingen av helserelatert næringsliv. Fylkeskommunen

skal bistår næringslivet gjennom tilskudd, rådgiving og nettverksarbeid (Buskerud fylkeskommune, 2025) og er den sentrale offentlige næringsutviklingsaktøren i regionen. Fylkeskommunen er også en viktig aktør i utdanningssystemet, med ansvar for videregående utdanning. Fylkeskommunen har også ansvar for tannhelsetjenesten og er også igjennom dette en viktig helseaktør i regionen. Fylkeskommunen har ansvar for folkehelsearbeidet, og arbeider for økt innenforskap i alle livets faser.

4.6 Forskning og utvikling

4.6.1 USN

USN er en sentral kunnskapsaktør i regionen, både som forskningsinstitusjon og utdanningsleverandør. USN ble etablert i 2016 gjennom sammenslåing av Høyskolen i Buskerud og Vestfold og Høyskolen i Telemark, og fikk universitetsstatus i 2018. USN har totalt åtte campuser i Sør-Øst Norge. Blant universitetets mer enn 300 utdanninger utgjør helsefag en stor og viktig del, organisert under Fakultet for helse- og sosialvitenskap. På bachelornivå var det planlagt 850 studieplasser i 2024 (se Tabell 4-1 og Figur 4-4) for fordeling etter studiested). Sykepleierutdanningen ved USN er blant de største i landet, og universitetet er det eneste i Norge som tilbyr optikerutdanning. USN Handelshøyskolen tilbyr også utdanninger i IT- og teknologifag som også er relevante for helsefeltet.

I tillegg til bachelorutdanningene tilbyr USN flere helsefaglige masterprogrammer. Til sammen tilbys 13 masterprogrammer innen helse- og sosialfag, hvorav seks er rettet mot ulike spesialiseringer innen sykepleie. Blant øvrige programmer finnes master i jordmorfag, barnevernsarbeid (40 studieplasser), optometri og synsvitenskap (40 studieplasser), samt master i helsetjenesteinnovasjon og teknologianvendelse (50 studieplasser), og samfunn og helse. I tillegg tilbys flere masterprogram innen ledelse. Samlet sett viser tilbudet en bred og regionalt forankret satsing på helse- og velferdskompetanse, som tilbys ved studiestedene Drammen, Kongsberg, Vestfold og Porsgrunn.

Resultatene fra universitetets sin kandidatundersøkelse 2024 viser at studentene i stor grad allerede har en sterk tilhørighet til regionen. Over halvparten av kandidatene (56 prosent) oppga at de bodde i Telemark, Vestfold eller Buskerud før studiene, og etter endt utdanning bor 52 prosent fortsatt i regionen. Dette tyder på at USN i hovedsak rekrutterer studenter fra egen region, og at mange velger å bli værende etter fullført utdanning. Selv om det er en svak netto reduksjon i andelen som blir boende, viser tallene at utdanningstilbudene ved USN spiller en viktig rolle for å opprettholde og utvikle regional kompetanse i Buskerud og omkringliggende områder.

I 2023 ble det avlagt 30 doktorgrader ved USN (SSB, 2025b), hvorav 11 innen helse (HelseOmsorg21 Monitor, 2024).

Tabell 4-1 Planlagte studieplasser på helsefaglige grunnutdanninger ved USN i 2025 fordelt etter studiested.

Studie	Studiested	Planlagte studieplasser
Optometri	Kongsberg	100
Barnevern	Porsgrunn	80
Radiografi	Drammen	35
Sykepleie, Drammen	Drammen	190
Sykepleie, deltid, Hallingdal	Gol	25
Sykepleie, Vestfold	Horten	165
Sykepleie, deltid, Vestfold og Telemark	Notodden	25
Sykepleie, Porsgrunn	Porsgrunn	145
Vernepleie	Porsgrunn	85
Samlet antall planlagte studieplasser		850

Figur 4-4 Planlagte studieplasser på helsefaglige utdanninger ved USN i 2025 fordelt etter studiested.



Kilde: Menon Economics

Ved siden av å tilby utdanning, har USN bred forskningsaktivitet innen helse- og velferdsfeltet. Senter for helse og teknologi (SHT) ble etablert som et forsknings- og innovasjonssenter ved USN i 2012. Gjennom årene har senteret gjort strategisk rekruttering av professorer med fokus på teknologi på helsefeltet, og utgjør i dag en nasjonal kompetanseklynge. Forskning fra Senter for helse og teknologi er tatt i bruk av KS og Helsedirektoratet i deres modeller og anbefalinger for implementering og opplæring tilknyttet velferdsteknologi og digitalisering i kommunene.

USN tok et strategisk grep gjennom etableringen av Senter for helse og teknologi i 2012, som bidro til å samle virkemidler, hente inn forsknings- og innovasjonsmidler og koble digitalisering til utdanningsløp. Dette resulterte blant annet i en egen studieretning på masterprogrammet i klinisk helsearbeid, med vekt på digitalisering og innovasjon i helsetjenester. Denne masterutdanningen bidrar i stor grad til kompetanseheving regionalt.

Med et 50-talls tilknyttede forskere fra en lang rekke fagområder, som publiserer på internasjonalt nivå i skjæringsfeltet mellom teknologi og helse, blant annet innen bruk av KI, robotikk og simulering, er senteret godt posisjonert til å fortsette og utvide eksternt finansiert forskning og innovasjon for å forstå, utvikle og evaluere løsninger for smidig og bærekraftig implementering av personsentrerte helsetiltak i et kunnskapsintensivt og datadrevet samfunn. Eksempelvis har Drammen kommune bidratt med et gaveprofessorat som førte til at Drammen ble eneste Norske by inkludert i det EU finansierte NetZeroCities-prosjektet.

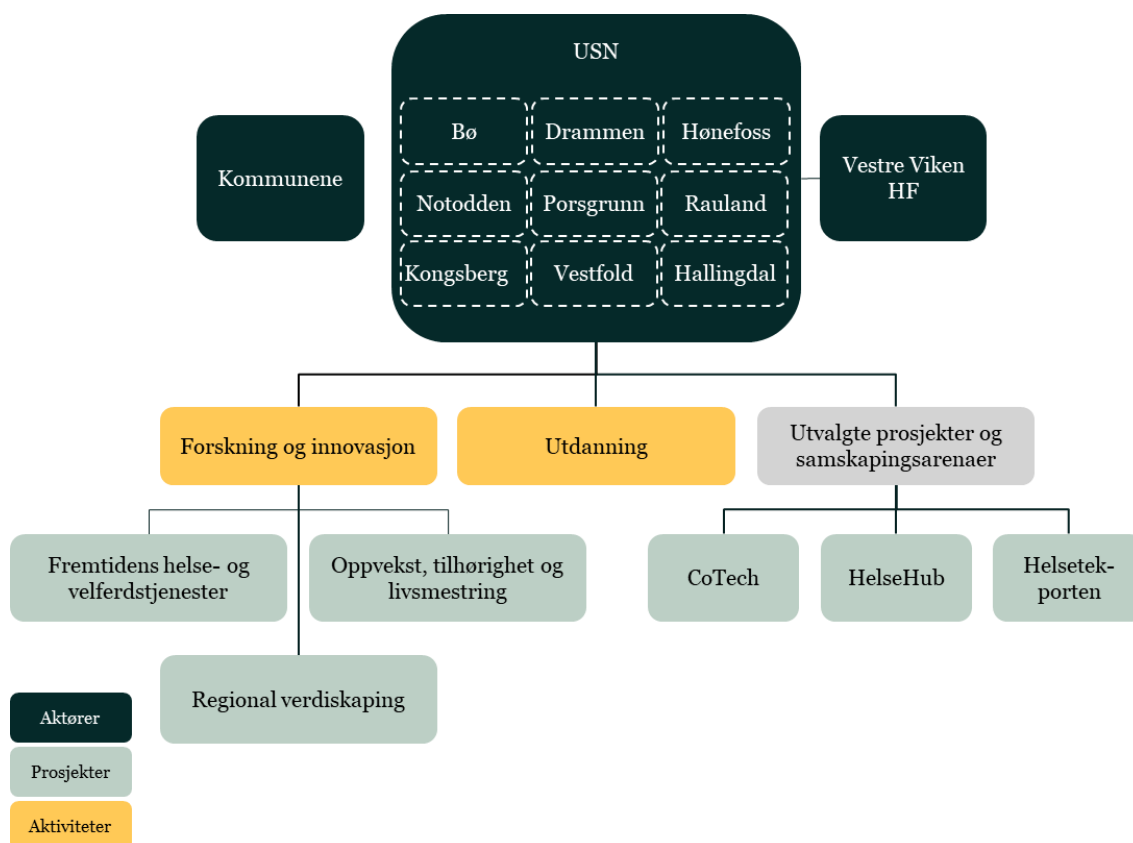
USN er et breddeuniversitet og forsker på uløste regionale og globale utfordringer innen fagområdene helse, miljø, utdanning, teknologi og samfunn. Høsten 2023 ble det opprettet fem strategiske forskningsområder som er fakultetsovergripende med hvert sitt vertsfakultet. Fakultet for helse- og sosialfag er vertsfakultet for satsingen Fremtidens helse- og velferdstjenester. Hensikten med de strategiske forskningsområdene er å koble fagmiljø internt og eksternt for å i større grad lykkes med å løse de store samfunnsutfordringene. Området lyser ut interne stimuleringsmidler hvert år som skal bidra til nettverksbygging og søknadsskriving. Satsningene initierer også mentorprogram for yngre forskere. Området Fremtidens helse- og velferdstjenester jobber etter to spor: 1) Forebygging og helsefremmende tiltak i et livsløpsperspektiv og 2) teknologiske løsninger som sikrer gode tjenester.

Forskningen både ved Senter for helse og teknologi og det strategiske forskningsområdet er i stor grad regionalt forankret, og flere prosjektsøknader har kommet ut av samarbeid regionalt.

Relevante samarbeidsprosjekter der USN er en sentral bidragsyter

I vår vurdering av hvilken rolle universitetet spiller som del av det regionale økosystemet, legger vi vekt på at USN utgjør en viktig del gjennom sine åtte campuser⁶ med helsefaglige utdanninger, men også som en sentral aktør i flere samarbeidsprosjekter som HelseHub. Det er også et sentralt samarbeid mellom USN og Vestre Viken særlig knyttet til praksisplasser for studenter innen helsefag som er beskrevet i samarbeidsavtalen mellom Vestre Viken HF og USN. USN samarbeider også både om praksisplasser og forskning med Drammen kommune, deriblant robotstøttet språkopplæring for barn med autisme på Frydehaug skole (NFR finansiert prosjekt). I de relevante samarbeidsprosjektene som presenteres i det følgende, bidrar USN med ressurser fra alle fakultet og en rekke forskningsgrupper fra flere campus. I tillegg til disse prosjektene har USN en omfattende infrastruktur av laboratorier på flere campus som er tilgjengelige for næringsaktører.

Figur 4-5 **Illustrasjon av relevante aktiviteter, studiesteder og koblinger under USN**

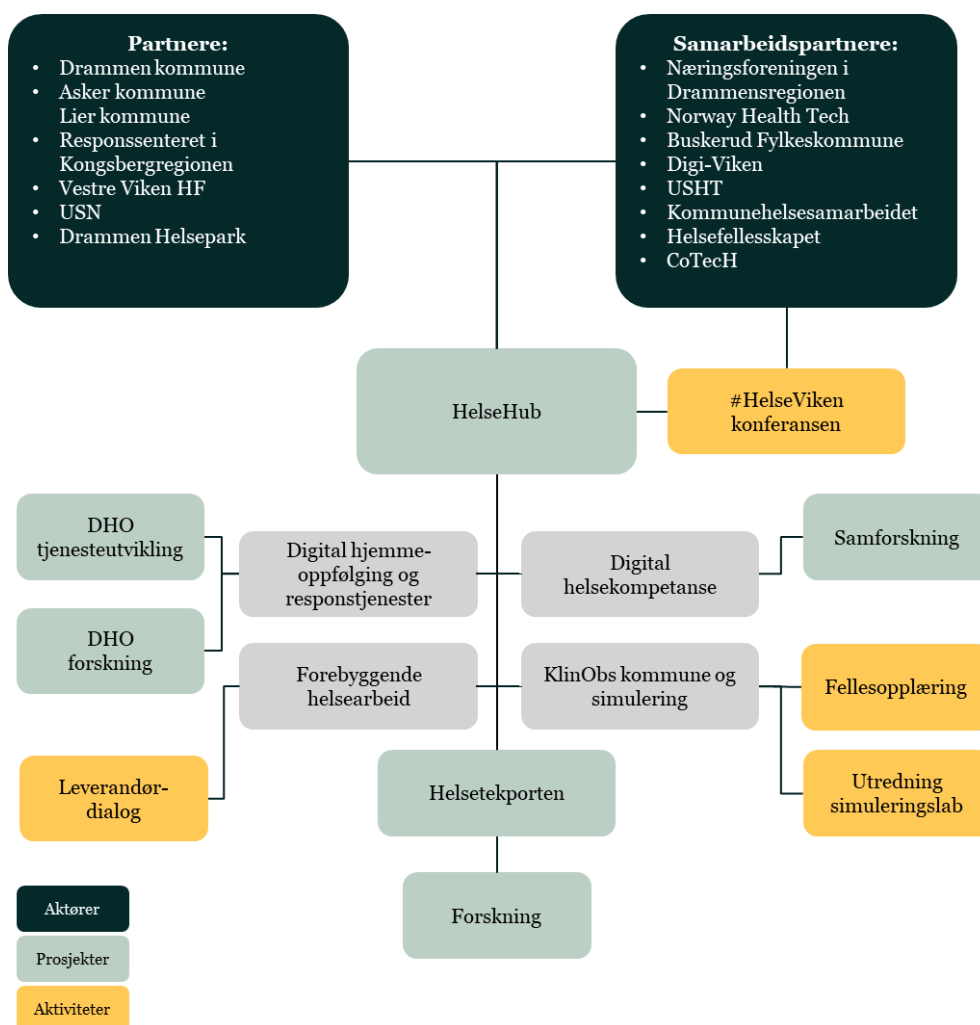


HelseHub

HelseHub blir omtalt som en regional møteplass for samarbeid og nyskaping innen helse og velferdsteknologi. Satsingen samler kommuner, helseforetak, næringsliv og forskningsmiljøer for å utvikle og ta i bruk nye løsninger i helse- og omsorgstjenestene. USN er en sentral aktør i partnerskapet og har daglig ledelse av HelseHub i samarbeid med Norway Health Tech.

⁶ USN har åtte formelle campuser, i tillegg til studiested Hallingdal, som ikke regnes som et campus.

Figur 4-6 Aktørlandskap og prosjekter under HelseHub



Arbeidet er nå organisert rundt fire satsingsområder: digital hjemmeoppfølging og responstjenester, digital helsekompetanse, forebyggende helsearbeid og simulering (HelseHub, 2023). Disse ble valgt ut av styringsgruppen for å balansere de tre hovedambisjonene som lå til grunn: å utvikle nye helsetjenester, bidra til næringsutvikling, samt å styrke kunnskapsgrunnlaget gjennom forskning og utdanning. For hvert av områdene er det nedsatt arbeidsgrupper eller samarbeidsprosjekter på tvers av partnerskapet. Forskning er en sentral del av dette samarbeidet.

I oppstarten spilte fylkeskommunen en sentral rolle som initiativtaker og finansieringspartner, før de senere gikk over til å støtte enkeltprosjekter. Parallelt har aktører som USN, Vestre Viken, Drammen, Lier og Asker kommune, responscenteret i Kongsbergregionen og Drammen Helsepark bidratt med både økonomiske og faglige ressurser.

Gjennom hele utviklingsløpet har digitalisering vært et felles strategisk spor. Informanter uttrykker at erfaringer fra Arena Helseinnovasjon, kommunale piloter som digitalt tilsyn og tett samarbeid med leverandører og næringsliv, gjorde det klart at digitalisering både representerte et akutt behov og et område der regionen hadde særlige forutsetninger for å lykkes.

HelseHub har fungert både som møteplass og testarena, og samtidig som en katalysator for tjenesteutvikling, utdanning, forskning og næringsutvikling. Prosjektet er organisert som et tidsavgrenset samarbeid som startet i 2018 og løper frem til 2026. Hva som skjer etter dette er foreløpig

ikke avklart, og en eventuell videreføring avhenger av nye beslutninger og partnernes vilje til å forplikte seg.

Det fremkommer i datainnsamlingen at HelseHub særlig bidratt til å styrke offentlig–offentlig samarbeid og at partene med USN i spissen har fått en større fasilitatorkompetanse gjennom samarbeidet. Kommunene har utviklet et tettere samarbeid seg imellom og tester nå nye løsninger i fellesskap. Det er etablert konkrete konsepter innen digital hjemmeoppfølging, responstjenester og digital helsekompetanse, og erfaringene herfra er tatt videre inn i både tjenesteutvikling og forskningsarbeid. Samtidig har partnerskapet flere åpne arrangementer og samlinger gjennom året for å stimulere til dialog og læring på tvers av et samlet aktørlandskap, herunder Helse-Viken-konferansen, som to ganger i året samler partnere og leverandører til samarbeid og erfaringsutveksling.

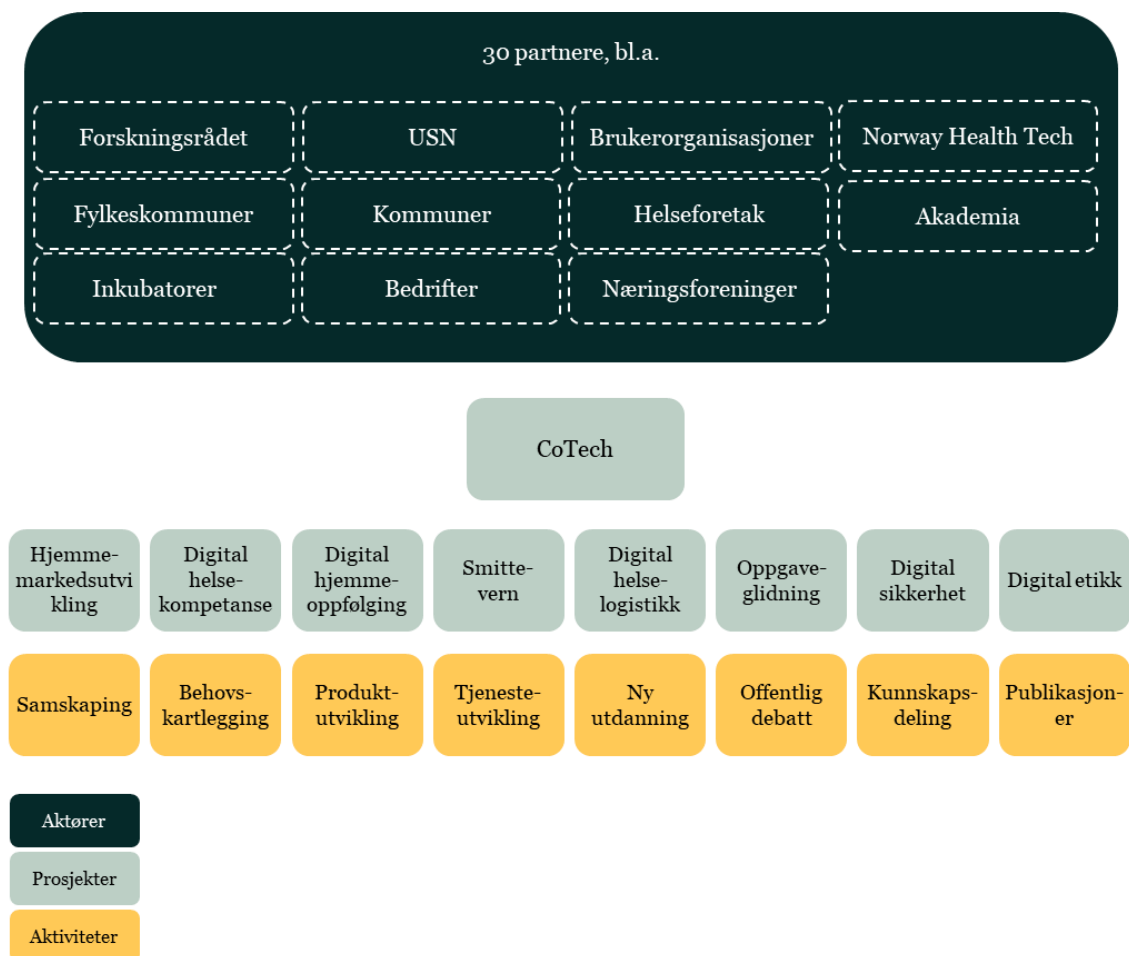
HelseTekPorten

HelseTekPorten er et initiativ utviklet i regi av HelseHub for å gjøre det enklere å koble næringslivet på kommunenes behov innen helse og omsorg (Helsehub, u.å.). Ideen bygger på erfaringer fra Nordic Proof-modellen, hvor bedrifter får tilgang til testarenaer og kan prøve ut nye løsninger i samarbeid med helsetjenesten. Spørsmålet som ble reist var om man kunne utvikle en tilsvarende struktur i Drammensregionen, men med tydelig forankring i kommunenes egne systemer.

Gjennom vinteren 2024/2025 ble det utarbeidet en skisse for hvordan næringshenvendelser kunne håndteres på en mer strukturert måte, og i mai 2025 ble HelseTekPorten lansert. Prosjektet fikk 800 000 kroner i støtte fra fylkeskommunen, og en egen styringsgruppe ble etablert for å følge opp tilskuddet. Alle kommunale næringssjefer og næringsforeningene ble koblet på utviklingsløpet.

HelseTekPorten kan bli et redskap for å systematisere dialogen mellom bedrifter og kommuner, og samtidig gi næringslivet bedre tilgang til reelle behov og muligheter i helsetjenesten. Prosjektet er fortsatt i pilotfase, og arbeidet handler nå om å forankre prosedyrer og beslutningsløp internt i kommunen. Erfaringene så langt viser at det både er krevende og nødvendig å utvikle slike modeller, men potensialet er stort for å gjøre regionen mer attraktiv som arena for helsenæringsutvikling. Foreløpig kan ikke dette initiativet vise til konkrete resultater i form av nye arbeidsplasser m.v.

Figur 4-7 Aktørlandskap og prosjekter under CoTech



CoTech (Co-created Health and Technology) er et seksårig forsknings- og innovasjonsprosjekt ledet av USN, og representerer en videreføring og forsterkning av erfaringene fra forskning og innovasjon i regionale partnerskap ved Senter for Helse og Teknologi, som HelseHub. Prosjektet er finansiert gjennom Forskningsrådets kapasitetsløft-ordning, i samarbeid med Viken fylkeskommune og regionale partnere, og er det største enkeltprosjektet ved USN. Målet er å utvikle forsknings-, innovasjons- og utdanningskapasitet og regional verdiskaping innen digital helse og teknologi (USN, u.å.-a).

Bakgrunnen for CoTech var at tidligere regionale samarbeid, som HelseHub, hadde vist hvor viktig det var å koble utdanning, forskning, næringsliv og offentlige aktører i utviklingen av nye produkter og helsetjenester. Samtidig var det behov for en mer forskningsdrevet satsing som kunne bygge varig kapasitet i regionen. Gjennom kapasitetsløftet har USN fått betydelige ressurser, inkludert fire stipendiatstillinger, tre postdoktorstillinger og bred involvering av universitetets fire fakulteter. Prosjektet involverer rundt 35 forskere og 30 partnerorganisasjoner og er organisert i ni arbeidspakker som spenner fra tjenesteutvikling i kommunene via nye teknologiske løsninger for spesialisthelsetjenesten, til utviklingen av regionen som et hjemmemarked for digital helse og teknologi.

CoTech har en tydelig forankring i Buskerud og Drammensregionen, men omfatter samtidig et bredere geografisk nedslagsfelt i Vestfold og Telemark, og inkluderer også samarbeid med internasjonale

partnere. Forskningsprosjektene i CoTecH er utviklet i samskapende prosesser og tett dialog med kommuner, helsetjenester, brukerorganisasjoner og bedrifter, og er forankret i konkrete behov, som digital hjemmeoppfølging, digital helsekompetanse og nye modeller for brukerinvolvering. En viktig del av CoTecH er å bygge strukturer som kan gjøre regionen mer attraktiv som test- og utviklingsarena.

4.6.2 Universitetskommune Drammen

Drammen kommune og USN Drammen kommune og USN inngikk i 2020 en avtale om et langsiktig og strategisk utviklingssamarbeid, kalt “universitetskommune”. Avtalen ble fornyet i mai 2025 og går nå til 2028. Formålet med avtalen er å bekrefte og forsterke et langsiktig samarbeid som skal bidra til fremragende forskning og undervisning, økt faglig kvalitet hos begge parter, gjennomføringskraft og innovative løsninger innen kommunal tjenesteyting, samt bærekraftig regional samfunnsutvikling. Avtalen skal bidra til å videreutvikle USN og Campus Drammen som et attraktivt og konkurransedyktig knutepunkt for utdanning, forskning, innovasjon og entreprenørskap. Avtalen skal bidra til å løse komplekse sosiale og teknologiske samfunnsutfordringer i Drammen kommune, og en tverrfaglig tilnærming blir tillagt vekt. Helt konkret er det blant annet inngått praksisavtaler med fakultetene og det er opprettet et helse, sosial og omsorgs-praksisforum, hvor alle helse- og sosialfagutdanninger er representert.

4.6.3 Videregående og yrkesfaglige utdanningsinstitusjoner

På videregående nivå finnes det ni offentlige og private skoler i Drammensregionen: fem i Drammen, to i Lier, én i Kongsberg og én i Øvre Eiker (Utdanning.no, u.å.; Akademiet, u.å.). Tre av disse, Drammen videregående skole, Kongsberg videregående skole og Lier videregående skole, samarbeider med USN for å styrke koblingen mellom forskning, lærerutdanning og praksisfeltet og for å utvikle og heve kvaliteten i undervisningen gjennom gjensidig kompetanseutvikling (USN, u.å.-b). Yrkesfaglige helseutdanninger tilbys ved fire skoler: Åssiden videregående skole, Kongsberg videregående skole, Lier videregående skole og Eiker videregående skole. I 2024 hadde disse skolene til sammen 540 elever innen slike utdanningsprogram (SSB, 2025c). I Kongsberg ligger også et av studiestedene til Fagskolen Viken, en fylkeskommunal fagskole som tilbyr yrkesrettet høyere utdanning. Ved studiestedet Kongsberg tilbys fem helsefaglige studier: palliasjon, psykisk helsearbeid og rusarbeid, observasjons- og vurderingskompetanse i helsetjenesten, samt optometri for medhjelpere. I 2025 inngikk Fagskolen Viken en intensjonsavtale med USN, og de to utdanningsinstitusjonene er samlokalisert på Krona på Kongsberg (Fagskolen Viken, u.å.). Her tilbys flere studier innen helsefag, hvorav studiet i palliasjon er fysisk lokalisert til Krona på Kongsberg.⁷

4.6.4 Vestre Viken HF

Vestre Viken HF har forskningsaktivitet ved flere av sine enheter. Forskningen er i hovedsak klinisk, og i 2024 ble det gjennomført 53 kliniske studier, registrert 167 vitenskapelige publikasjoner og avlagt seks doktorgrader. Foretaket deltar i flere regionale og nasjonale forsknings og innovasjonsprosjekter og har oppnådd internasjonal anerkjennelse gjennom publiseringer i tidsskrifter som The Lancet og New England Journal of Medicine. I tillegg har foretaket en handlingsplan for forskning og innovasjon for perioden 2023 til 2026 som skal gjøre forskning til en mer integrert del av virksomheten. Forskningsaktiviteten i foretaket er særlig konsentrert ved Drammen sykehus, Bærum sykehus og Klinikk for psykisk helse og rus. Et forskningsutvalg med representanter fra sykehusene samordner og støtter denne samlede forskningsaktiviteten og fungerer som et felles kompetansemiljø på tvers av enheter og fagområder.

⁷ [Palliasjon | Fagskolen Viken](#)

Ved Drammen sykehus er forskningsaktiviteten organisert rundt seks forskningsgrupper som arbeider innen områder som luftveisinfeksjoner, persontilpasset behandling ved kreft og hjernesykdom og forebygging av nye hendelser hos personer med hjerte og karsykdommer. Gruppene inkluderer InPaCT, NORCOR, ORTFORSK, VARG, VVLF og VVKN, som samlet representerer en bred og tverrfaglig forskningsprofil i regionen. Sykehuset har ikke en egen avdeling for forskning, men forskerne har et dedikert forskningsareal i det nye sykehuset på Brakerøya som legger til rette for samarbeid på tvers av fag og profesjoner.

Ved Bærum sykehus er forskningen organisert i en egen forskningsavdeling som samler forskere på tvers av fagområder som hjerte og kar, geriatri, nevrologi, mage og tarm, anestesi og samhandling. Avdelingen støtter forskere ved sykehuset, gjennomfører større prosjekter innen sine satsingsområder og legger til rette for persontilpasset behandling og tverrfaglig utviklingsarbeid (Vestre Viken HF, u.å-a).

I Klinikk for psykisk helse og rus skjer forskningen i en egen forsknings- og utviklingsavdeling som driver prosjekter innen helsefremming i psykisk helsevern, traumatisering og selvmordsforebygging og alvorlige psykiske lidelser. Avdelingen samarbeider tett med kliniske miljøer for å sikre at forskningen er relevant for pasientbehandlingen og bidrar til utvikling av tjenestene (Vestre Viken HF, 2024e).

4.7 Helsenæringen

Det ikke-offentlige delen av helsesektoren, helsenæringen, er en viktig del av et helseøkosystem. Helsenæringen i Drammensregionen er beskrevet i en egen del av rapporten, nærmere bestemt i delkapittel 2.5 over, og blir dermed ikke beskrevet på nytt her. Kort fortalt fremstår helsenæringen som en viktig og voksende del av næringslivet i Drammensregionen, med særlig fokus på private helse- og omsorgstjenester. Regionen har imidlertid få virksomheter innen helseindustri, dvs. legemiddelindustri, helseteknologi og digital helse.

Selv om vi nøyer oss med å referere til gjennomgangen av næringsaktørene tidligere i rapporten vil vi likevel beskrive «infrastrukturen» rundt næringslivet i regionen her; de viktige støttespillerne og pådriverne som vi har valgt å beskrive som «kollektive næringsaktører» samt «oppstartmiljøer og kompetent kapital».

4.8 Kollektive næringsaktører

Helsebydelen på Brakerøya

Den nye helse- og innovasjonsbydelen på Brakerøya representerer et av de mest ambisiøse byutviklingsprosjektene i regionen. Området transformeres fra tidligere industri til en moderne bydel for helse, kunnskap og innovasjon, og vil fungere som inngangsporten til den nye Fjordbyen Lier-Drammen. Bydelen utvikles i samarbeid mellom flere grunneiere, som alle deler en felles ambisjon om å skape et fremtidsrettet og bærekraftig bymiljø på Brakerøya. Vestre Viken HF og Drammen Helsepark AS er først ute med utviklingen av sine eiendommer på til sammen over 200 000 m². Det er over 4500 ansatte som i dag jobber på Brakerøya. De øvrige grunneiere deltar aktivt i videre utvikling gjennom Grunneierforum, og som støttespillere i ulike felles initiativer for området. Drammen- og Lier kommune er også grunneiere av grøntområdene rundt sykehuset.

Drammen Helsepark

Drammen Helsepark utvikles som en integrert del av denne nye helse- og innovasjonsbydelen, i direkte tilknytning til det nye sykehuset. Helseparken representerer et langsiktig og relativt stort prosjekt, også i nasjonal målestokk. Beliggenheten tett ved Brakerøya togstasjon gir enkel tilgang for både pasienter, ansatte, studenter og næringsliv, og gjør området godt knyttet til resten av regionen (Drammen Helsepark, 2025). Drammen Helsepark eies av Bane NOR Eiendom AS.

Totalt skal det bygges 98 000 m² med næringsarealer. Helseparken skal huse det totale økosystemet i helsesektoren og aktører som ønsker å være en del av helse- og innovasjonsbydelen og utviklingen som skjer her. Målsetningen med en slik innovasjonspark er å tilrettelegge for mer helhetlige pasientforløp, styrket kompetanseutvikling og nye muligheter for næringsliv og forskningsmiljøer. Drammen Helsepark har høye ambisjoner for helsebydelen, og følger tre utviklingsspor: eiendomsutvikling, områdeutvikling og klyngeutvikling. Drammen Helsepark har ikke bare fokus på selve eiendomsutviklingen, men tar også en rolle knyttet til å skape merverdi for helse og teknologiaktørene som skal ha sitt hjem i den nye helsebydelen. Det utvikles også flere konsepter i egenregi eller i samarbeid med eksterne partnere. Dette er både konsepter knyttet til å skape fysiske arenaer, samt å bygge attraksjon til regionen. Utbyggingen skjer trinnvis. Første byggetrinn ferdigstilles våren 2026 og vil blant annet inneholde spesialisthelsetjeneste, helsenæringsaktører, foreninger, hotell- og kontorfasiliteter, fastleger samt bespisning og butikker på bakkeplan. Neste byggetrinn, planlagt ferdig rundt 2028, planlegges med en kombinasjon av undervisning og forskning, behandling og tjenester, samhandlingsarealer for næringsaktører innen helse og teknologi. Dette blir det største byggetrinnet i prosjektet med totalt 25 000 m².

Mot slutten av tiåret, rundt 2030, skal kommunale tjenester som legevakt og omsorgstilbud inn i helseparken. Den kommunale Legevakten blir trolig fysisk koblet til sykehusbygget med en gangbro, noe som både vil legge til rette for tettere samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og åpne nye muligheter for felles løsninger og ressursbruk. Hele helseparken med til sammen syv bygg skal stå ferdig tidlig i 2030-årene (Drammen Helsepark, 2025). De siste byggetrinnene er ikke detaljert ut enda og dette gir en fleksibilitet til å endre og tilpasse etter hvert som behov dukker opp og interessante aktører kommer på banen.

Drammen Helsepark åpner et mulighetsrom for Drammensregionen ved å samle behandling, utdanning, forskning, næringsutvikling og kommunale helsetjenester på ett sted. Dette gir et grunnlag for tettere samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, mellom offentlig og privat sektor, og mellom helsetjenester og akademia.

Drammen Helsepark har tatt en rolle knyttet til å skape merverdi for helse og teknologiaktørene som skal ha sitt hjem i den nye helsebydelen. De utvikles også flere konsepter i egenregi eller i samarbeid med eksterne partnere allerede før åpning av første byggetrinn. Dette er både konsepter knyttet til å skape fysiske arenaer og merverdi for fremtidige leietakere, men også attraksjon og attraktivitet for regionen. Et eksempel på dette er etableringen det ideelle selskapet HelseLyst AS som utvikler et stort viten- og opplevelsesunivers med kropp og livsmestring som hovedtema. Partnere i dette er blant annet Teknisk museum i Oslo, samt DuVerden Vitensenter i Porsgrunn som ønsker å lokalisere seg i Drammen og drifte dette konseptet. Piloten åpner i 2026 og Drammen Helsepark har sikret spennende og nasjonale samarbeidspartnere for å sikre høyt og nasjonalt ambisjonsnivå og gjennomførbarhet, både faglig og finansielt. Eksempelvis har Sparebankstiftelsen tildelt 8 millioner til satsningen over flere år.

Næringsforeningen i Drammen

Næringsforeningen i Drammensregionen er en av landets eldste og største næringsforeninger, etablert i 1847. Den fungerer som en sentral interesse- og nettverksorganisasjon for bedrifter i Drammen og omegn, og representerer i dag over 1000 medlemmer på tvers av bransjer og størrelser. Foreningen har som formål å styrke rammevilkårene for næringslivet, bidra til økt verdiskaping i regionen og være en aktiv pådriver for regional utvikling. Næringsforenings satsingsområder frem mot 2027 er å være et tydelig talerør, skape naturlige møteplasser, være en pådriver for kompetanseutvikling og bidra til bærekraftig omstilling. Målet er å gjøre Drammensregionen til næringslivets kraftsenter på Østlandet.

Gjennom nettverk, møteplasser, næringspolitiske innspill og samarbeid med kommuner, fylke, utdanningsinstitusjoner og andre aktører, bidrar foreningen til å koble bedrifter på tvers av sektorer.

Innenfor helsefeltet teller medlemsmassen rundt 30 virksomheter, inkludert aktører innen helsetjenester, behandling, trening, rehabilitering og tilhørende leverandørindustri. Det er etablert en egen ressursgruppe for helseinnovasjon. Næringsforeningen er administrativ ressurs. Gruppen består av en representativ samling av aktører, fra næring, akademia og fra helseforetak:

- Bård Tollefsen, Sopra Steria
- Nina Høisæter, Norlandia Health & Care Group
- Pål Stenbro, Unicare
- Marte Roa Syvertsen, Vestre Viken HF
- Janne Herholdt Dugstad, USN
- Hege Eiklid, Innocom
- Gøril Bergh og Julie Indrelid, Drammen Helsepark

NHO og NHO Viken

Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) er den største interesseorganisasjonen for arbeidsgivere i Norge og representerer et bredt spekter av næringer. Gjennom regionkontoret NHO Viken Oslo har organisasjonen en tydelig tilstedeværelse i Drammensregionen. NHO Viken fungerer som et bindeledd mellom bedrifter, kommuner og utdanningsmiljøer, og følger utviklingen i regionalt næringsliv tett. I Drammensregionen arbeider NHO særlig med temaer som kompetanse, rekruttering og bærekraftig omstilling, og har en rolle som rådgiver og samarbeidspartner i næringspolitiske spørsmål. Organisasjonen bidrar også med analyser, nettverk og møteplasser som knytter sammen ulike aktører i arbeids- og næringslivet.

4.9 Oppstartsmiljøer og kompetent kapital

Kongsbergmiljøet og Kongsberg Innovasjon

Kongsberg har en lang industrihistorie, og utgjør et ledende fagmiljø innen avansert teknologi og systemteknikk. Bedrifter som Kongsberg Defence & Aerospace, Kongsberg Maritime, TechnipFMC og GKN Aerospace utvikler spesialiserte produkter innen forsvar, maritim teknologi, romfart og subsea, alle fra teknologiparken på Kongsberg. Kongsberg Innovasjon er en nasjonal næringslivs- og innovasjonsaktør med base i Kongsberg.

Kongsberg Innovasjon har bygget seg opp solid erfaring med å utvikle vekstselskaper og fremme innovasjon med utgangspunkt i Kongsbergmiljøet, forankret i den lokale kompetansen innen industri og avansert teknologi. Gjennom inkubasjonsprogrammer, investeringer og tett samarbeid med industripartnere bistår Kongsberg Innovasjon både gründere, vekstbedrifter og etablerte selskaper med å kommersialisere nye løsninger. (Kongsberg Innovasjon, u.å). Kongsberg Innovasjon er i utgangspunktet ikke helseorientert, men vurderes som relevant fordi det kan stimulere til nyskaping og innovasjon på tvers av sektorer. Ambisjonen er å være en drivkraft for regional og nasjonal verdiskaping gjennom teknologiutvikling og industriell kompetanse. I tillegg til et bredt fokus på industri og teknologi, åpner Kongsberg Innovasjon også for prosjekter innen helse- og velferdsteknologi, der regionens teknologikompetanse kan kobles til behovene i helsetjenesten.

Kongsberg Innovasjon AS eies av et bredt partnerskap som reflekterer hele Kongsberg-økosystemet og flere nasjonale aktører. Blant eierne finner vi SIVA (Selskapet for industrivekst SF), Handelshøyskolen BI, Kongsberg Gruppen, Vardar, TechnipFMC Norge AS, Equinor og Kongsberg Automotive ASA. I tillegg har selskaper som Kiwa Holding AS, Siemens Energy Turbomachinery AS og Knightec Group Norway AS eierandeler.

Ny inkubator tilknyttet Kongsberg Innovasjon

Det skal etableres en ny inkubator i Drammen, i regi av Kongsberg Innovasjon. Inkubatoren skal være en del av Sivas nasjonale inkubasjonsprogram og representerer en ny satsing på innovasjon og næringsutvikling i regionen. Inkubatoren fremstår også relevant innen helse.

Formålet med inkubatoren er å støtte gründere og små og mellomstore bedrifter med høyt innovasjonsnivå og vekstpotensial. Kongsberg Innovasjon stiller med et tjenestetilbud som inkubatoren i Drammen får direkte tilgang til. Dette omfatter investerings- og fondsaktiviteter, arbeid med scouting og åpen innovasjon, prosjektledelse av større utviklingsprosjekter samt tilgang til Siva Katapultsenteret på Kongsberg. I tillegg inngår deltakelse i etablerte nettverk som Kongsberg Technology Cluster (KTC) og Di5-klyngen for forsvars- og høyteknologi. Dette gir inkubatorbedriftene tilgang til avanserte ressurser, relevant kompetanse, kapitalmiljøer og industrielle nettverk som normalt er forbeholdt større selskaper.

Målgruppen omfatter selskaper med stort vekst- og verdiskapingspotensial, særlig virksomheter med internasjonalt markedspotensial. Bedriftene skal i hovedsak operere innen områdene industriell teknologi, media, logistikk, helse, eiendom og energi. Inkubatoren skal tilby et faseinndelt utviklingsløp fra preinkubasjon til skalering, og har sitt geografiske nedslagsfelt i Drammen og Buskerud, med naturlig tilknytning til Kongsberg og Oslo-regionen. Prosjektet er forankret i Drammen kommune og Buskerud fylkeskommune, og skal bidra til å styrke regionens samlede innovasjonskraft og verdiskaping gjennom etablering og utvikling av nye vekstbedrifter.

Drammen Works

Drammen Works er et coworking- og innovasjonsmiljø i Drammen sentrum som samler gründere, oppstartsbedrifter og etablerte virksomheter på tvers av bransjer. Konseptet er basert på delte kontorfasiliteter, fleksible arbeidsplasser og sosiale møteplasser, og har utviklet seg til å bli et knutepunkt for småbedrifter, konsulenter og kreative næringer i regionen. Selv om Drammen Works ikke er helseorientert, vurderes det som relevant i helsesammenheng fordi miljøet stimulerer til innovasjon og nyskaping på tvers av ulike sektorer.

Ambisjonen er å skape et levende økosystem der samarbeid på tvers gir tilgang til nye nettverk, kompetanse og ressurser. Gjennom arrangementer, kurs og nettverksaktiviteter skal Drammen Works bidra til å bygge en lokal kultur for entreprenørskap og samarbeid.

USNs enhet for kommersialisering og innovasjon (KOIN)

Enhet for kommersialisering og innovasjon (KOIN) er en intern enhet ved USN (del av avdeling for forskning, innovasjon og bibliotek med et team på campus Kongsberg og Vestfold) og har ansvar for tre hovedområder:

- Kommersialisering av forskning, som USNs KTO (Knowledge Transfer Office)
- Operativ koordinering og profesjonalisering av ekstern samhandling
- Koordinering og utvikling av eksterne entreprenørskapsaktiviteter

KOIN inngår i Norges Forskningsråds tidligfase teknologioverføringsprogram for TTOer (teknologioverføringskontor). KOIN ble etablert i 2023, har 5 årsverk og bistår USNs forskere og øvrige ansatte med kommersialisering av idéer. USN har spunnet ut 2 selskaper de siste 5 år, hvorav det ene innen helseteknologi. Hvilke, hvor store og hva gir det av verdi?

KOIN har for tiden 8 pågående prosjekter under Norges forskningsråds kommersialiseringsprogram hvorav 6 nye i 2025 og har i denne porteføljen flere prosjekter innen helsesektoren og sosialt entreprenørskap.

USN utvikler sitt tilbud innen entreprenørskap og økt samarbeid på tvers mellom fakulteter og campus. USN planlegger å lansere et nytt virkemiddel i definansiering fra 2026, hvor studenter og ansatte kan søke om midler til idéutvikling som et middel til å stimulere til økt kommersialiseringsaktivitet.

5 Analyse av økosystemet innen helse i Drammensregionen

Dette kapittelet analyserer Drammensregionens forutsetninger for videre utvikling av et koordinert og innovasjonsorientert helseøkosystem. Analysen bygger på datagrunnlaget fra kartleggingen og på teoretiske perspektiver fra klyngeutvikling, med vekt på strukturelle rammer, aktørbilde, samhandling og virkemidler. Formålet er å belyse hvilke forhold som kan fremme eller begrense samarbeid og utvikling på tvers av helse, utdanning og næringsliv. Kapittelet gir et grunnlag for videre drøfting av hvordan regionen kan bygge videre på eksisterende ressurser og strukturer.

Denne analysen bygger på det teoretiske rammeverket for klyngeutvikling beskrevet i kapittel 1. Rammeverket brukes primært som en struktur for å forstå hvordan Drammensregionen som helhet kan utvikle et mer koordinert og innovasjonsorientert helseøkosystem. Rammeverket skiller mellom strukturelle forutsetninger, aktørbildet, koblinger mellom aktører og de formelle virkemidlene som legger til rette for samarbeid. Formålet er å vurdere hvordan disse dimensjonene samlet utgjør et utgangspunkt for en videre helsesatsing i regionen.

5.1 Strukturelle rammebetingelser

Drammensregionen har flere strukturelle særtrekk som gir gode forutsetninger for en fornyet og forsterket helsesatsing. Regionen kjennetegnes av en sammensatt og representativ befolkningsstruktur som i stor grad speiler landsgjennomsnittet når det gjelder demografi, inntekt og helseprofil. Dette gjør området velegnet som testarena for nye modeller, teknologier og arbeidsformer i helse- og omsorgstjenestene. Samtidig har regionen en betydelig og voksende omsorgssektor og et bredt spekter av tjenestebehov som gir et rikt grunnlag for læring og utprøving av nye løsninger i praksis. Regionen er stor nok til å representere et variert pasientgrunnlag og komplekse tjenestebehov, samtidig som den er oversiktlig nok til at endringer kan testes, følges opp og evalueres på en helhetlig måte.

Helseforetaket Vestre Viken leverer helsetjenester til om lag 550 000 innbyggere fordelt på 22 kommuner og utgjør dermed en betydelig institusjonell og geografisk ramme for utprøving og implementering av nye arbeidsformer. Denne strukturen gir regionen et unikt utgangspunkt som «laboratorium» for utvikling av samhandling, teknologi og tjenesteinnovasjon.

Som beskrevet i kapittel fire så er det etablert flere relevante samarbeid mellom helseforetaket og USN hvor også kommuner er med. Disse forsknings- og innovasjonsinitiativene, som HelsHub og CoTecH, danner et godt utgangspunkt for videre utvikling av en mer strukturert satsing på helseinnovasjon i regionen.

Den geografiske plasseringen er et annet sentralt fortrinn. Drammen ligger i randsonen av hovedstadsområdet og utgjør et naturlig transportmessig knutepunkt for både pasienter, ansatte og samarbeidspartnere. Brakerøya, hvor det nye Drammen sykehus og den planlagte helsebyen etableres, danner et tydelig fysisk tyngdepunkt for videre utvikling. Regionen kan på denne måten fremstå som en attraktiv mellomposisjon dvs. nært nok Oslo til å ha tilgang på kapital, kompetanse og nasjonale nettverk, men samtidig med lavere etableringskostnader og et mer oversiktlig beslutningslandskap.

Samtidig finnes det strukturelle utfordringer som demper potensialet. Selv om regionen har en gunstig lokalisering og solide offentlige institusjoner, mangler den en tydelig næringsmessig profil innen helse og teknologi. De private helseaktørene er mange, men små, og det finnes få industribedrifter med forsknings- eller eksportorientert virksomhet. Fraværet av tydelige «fyrstårn», ledende helsebedrifter, svekker regionens synlighet nasjonalt og gjør det vanskeligere å tiltrekke seg investorer og partnere.

Det finnes som nevnt flere relevante initiativ og tidsbegrensede forsknings- og innovasjonssatsinger i regionen som er forankret i samarbeid mellom helseforetaket, USN og til dels kommunene. Men dette fremstår i dag som relativt fragmentert og lite koordinert på regionnivå. Dette fremstår som en klar strukturell svakhet.

5.2 Aktørbildet i regionen

Økosystemet i Drammensregionen består av en bred sammensetning av offentlige og private aktører, med Vestre Viken HF og USN som sentrale noder + Drammen Kommune.

Vestre Viken HF, et innovasjonsorientert helseforetak

Vestre Viken HF er et av landets største helseforetak og dekker et bredt spekter av tjenester innen somatikk, psykisk helse og rus, habilitering, rehabilitering og prehospitale tjenester. Foretaket har gjennom flere initiativer markert seg som en fremoverlent aktør innen innovasjon og tjenesteutvikling, blant annet gjennom Testbed Vestre Viken. Slike initiativ illustrerer hvordan foretaket fungerer som en regional innovasjonsmotor som kobler helse, næringsliv og forskning. Vestre Viken HF vurderes som et særlig fortrinn i regionen.

Det nye Drammen sykehus på Brakerøya forsterker denne posisjonen. Med moderne laboratorier, forskningsfasiliteter og tilrettelagte arealer for kliniske studier kan sykehuset bli et sentralt tyngdepunkt for både forskning og næringsrettet utvikling. Flere av forskningsmiljøene ved Drammen sykehus har allerede internasjonal anerkjennelse, særlig innen kardiologi, med publiseringer i ledende tidsskrifter. Dette viser at Vestre Viken, til tross for at det ikke er et universitetssykehus, har betydelig forskningskapasitet og potensial for videre internasjonal posisjonering.

Universitetet i Sørøst-Norge – regionalt forankret kunnskapsmotor

USN spiller en sentral rolle som utdannings- og forskningsinstitusjon i regionen, med åtte campuser og et bredt geografisk nedslagsfelt. Kandidatundersøkelsen viser at over halvparten av studentene kommer fra Buskerud, Vestfold og Telemark, og omtrent like mange blir værende i regionen etter endt utdanning og representerer på bakgrunn av dette et sterkt regionalt rekrutteringsfortrinn.

USN er en stor nasjonal aktør innen helsefaglige utdanninger, særlig sykepleie og vernepleie og etterspørselen overstiger kapasiteten innen utdanninger som sykepleie. Buskerud alene vil ha behov for om lag 10 000 flere ansatte i helse- og omsorg innen 2040 ifølge Menons rapport om kompetansebehov i Buskerud. Etterspørselen etter både bachelorutdannede (sykepleie m.fl.) og fagarbeidere/assistenter øker altså markant, både i Buskerud og i Oslo-regionen. Det vil kunne være et betydelig potensial for å oppskalere utdanningstilbudet for å møte denne økte etterspørselen og lage en sterkere kobling mellom reelt kompetansebehov, ønsket omstilling i helsesektoren og faktiske utdanningstilbud.

Som relativt ungt universitet er det lovende at forskningsaktiviteten er økende. Tettere samarbeid med regionen kan bidra til videre styrking av forskningsaktiviteten. USN har et godt utviklet doktorgradsprogram innen helse apparat for nærings- og offentlig ph.d. og mange forskningsgrupper

innen helse og velferd.⁸⁹ Dette kan kobles enda tettere til kliniske miljøer i Vestre Viken (f.eks. Drammen sykehus) og til kommunale innovasjonsprosjekter for å øke antall doktorgradsstillinger og eksterne midler.

Campus Drammen, som er USNs største vekstområde, huser en rekke fagmiljøer innen helse, sosialfag, teknologi og økonomi, men ligger fortsatt fysisk atskilt fra Brakerøya og Drammen sykehus. Flere informanter påpeker at det ligger et potensial i større samlokalisering og daglig samarbeid med helsetjenestene. USNs campusstrategi åpner samtidig for å utvikle campuser og læringsarealer som støtter samarbeid på tvers.¹⁰

Næringsliv og teknologimiljøer

Drammen og omegn har et variert næringsliv, men få bedrifter med kjernevirksomhet innen helseindustri eller helseteknologi og kjennetegnes av forholdsvis svake vertikale koblinger. Regionen har ingen store industrielle fyrtårn innen helsenæringen, men enkelte aktører i nabokommunene, som Teva og Vingmed i Asker og Bærum, representerer etablert industriell tyngde og internasjonal konkurransekraft innen legemidler og medisinteknologi. For å utløse reelle effekter gjennom regionale partnerskap kreves det imidlertid en strategisk bevissthet og målrettet tilnærming til hvordan man ønsker å trekke på ressursene, kompetansen og innovasjonskraften i slike virksomheter.

Teknologimiljøene i Kongsberg utgjør et særlig potensial. Her finnes spisskompetanse innen digitalisering, sensorteknologi og systemutvikling, kompetanse som i økende grad er relevant for helsesektoren. Kongsberg Innovasjon og relaterte bedrifter kan fungere som koblingspunkter mellom industri og helseformål, men dette krever mer strategiske og institusjonaliserte bindeledd mellom teknologimiljøene, helsetjenestene og forskningsinstitusjonene enn man har i dag.

Videre finnes det et ledende teknologisk miljø innenfor ultralyd i Horten, med virksomheter som GE Vingmed Ultrasound, Kongsberg Maritime, Medistim og FFI. Dette er avanserte teknologibedrifter som ligger helt i verdenstoppen på sine områder, og satser sterkt på forskning og utvikling. Her kombineres teknologi fra flere fagfelt og på tvers av sektorer. Særlig anvendelsen innenfor helsesektoren, og med Vingmed og ulike knoppskytinger fra dette miljøet, har vært viktig. Videre finnes det ved USNs campus Vestfold en forskningsgruppe innen ultralyd med en professor og to førsteamanuenser, doktorgradsstudentene og flere masterstudenter. Alle forskningsprosjektene er rettet mot industrien. Arbeidet inngår i et forskningssenter som samler flere universiteter og industribedrifter i Norge, og vi samarbeider internasjonalt.

På bakgrunn av dette kan samarbeid gjennom innovasjonsnettverk utforskes som en start. Samtidig må slike koblinger ses i lys av de betydelige kompetanseutfordringene regionen står overfor. Drammensregionen, som resten av landet, vil i årene fremover oppleve en økende mangel på arbeidskraft både i helsetjenestene og i teknologinæringene. Prognoser viser at etterspørselen etter helsepersonell vil vokse kraftig mot 2040, særlig innen sykepleie, omsorg og helsefagarbeid, mens tilgangen på kvalifisert arbeidskraft ikke holder tritt. Parallelt etterspør teknologi- og industribedrifter i regionen flere ingeniører, IT-utviklere og teknologer med kompetanse innen digitalisering og automatisering. Samtidig vurderes den fremtidige kompetansemangelen ikke å stå i veien for å etablere en helsesatsing i Drammensregionen i dag eller i fremtiden. En stor del av regionens kompetanse har allerede en tilhørighet til helsesektoren. Kompetansemangelen bør derfor i større grad handle om

⁸ [Ph.d. i person, helse og samfunn](#)

⁹

[Forskergrupper og sentre innen helse og velferd](#)

¹⁰ [Campusstrategi - Universitetet i Sørøst-Norge](#)

omstilling, og kan tvert om representere et strategisk satsingsområde som kan løses gjennom tjenesteutvikling, digitalisering og mer effektiv oppgavedeling på tvers av yrkesgrupper.

5.3 Koblinger og samhandlingskultur

Samarbeidet mellom Vestre Viken HF, USN og kommunene i regionen utgjør en sentral akse i Drammensregionens helseøkosystem, men preges fortsatt av fragmenterte strukturer og ulik grad av koordinering. Ifølge *Arbeidsgruppe for forskning – sluttrapport for levering* som ble etablert i forbindelse med Brakerøya 2035 ([Brakerøya 2035](#)), finnes det et betydelig potensial for å utvikle et mer integrert forsknings- og innovasjonssystem, der spesialisthelsetjenesten, academia og kommunehelsetjenesten i større grad arbeider mot felles mål og prioriteringer. Mange prosjekter er tidsavgrensede og personavhengige, og fraværet av en samlet strategi gjør at effekten ofte forblir lokal.

Vestre Viken HF og USN fremstår som forskningssterke institusjoner med solid infrastruktur og omfattende erfaring med innovasjonsarbeid. USN har en bred utdannings- og forskningsportefølje og sterk regional rekruttering, og i tillegg en egen avdeling for forskningsstøtte og et universitetsbibliotek. Kommunene representerer viktige praksisarenaer, men mangler forskningskapasitet og systematiske strukturer for kunnskapsutvikling. Rapporten fremhever at dagens samarbeid i hovedsak skjer gjennom prosjektbaserte initiativer. Helsefellesskapet, CoTech og HelseHub bidrar til en felles strategisk overbygning og langsiktig forankring. Arbeidsgruppen anbefaler derfor å videreføre en regional samarbeidsstruktur eller et forskningsforum som kan samordne prioriteringer, initiere felles prosjekter og styrke bruken av nasjonale virkemidler. En slik struktur vil kunne bidra til å styrke kunnskapsutviklingen i regionen og skape tettere og mer varige koblinger mellom utdanning, forskning og klinisk praksis.

Det er også tydelig at mange pågående prosjekter i regionen har lyktes med det som kan beskrives som offentlig-offentlig samhandling, altså samarbeid mellom for eksempel universitet, kommuner og helseforetak. Over tid har det vokst frem flere arenaer som kobler kommuner, helseforetak og academia, mens involveringen fra næringslivet har vært mer begrenset. HelseHub har eksempelvis i stor grad hatt fokus på offentlig tjenesteutvikling og kompetansetiltak, selv om partnerskapet også har tilrettelagt for møteplasser og arrangementer som også har lyktes med å samle næringslivsaktører. De senere årene har det vokst frem initiativer som i større grad inviterer næringslivet inn i regionens helsesamarbeid. *HelseTekPorten*, som er under utvikling som en felles inngangsport for testing og samhandling mellom kommuner, næringsliv og academia, representerer et viktig steg mot mer tverrsektorielle samarbeidsmodeller. Initiativet har som mål å skape en strukturert arena der helseteknologiske løsninger kan utvikles og prøves ut i reelle tjenestemiljøer, og hvor næringslivet inkluderes tidligere i innovasjonsløpene.

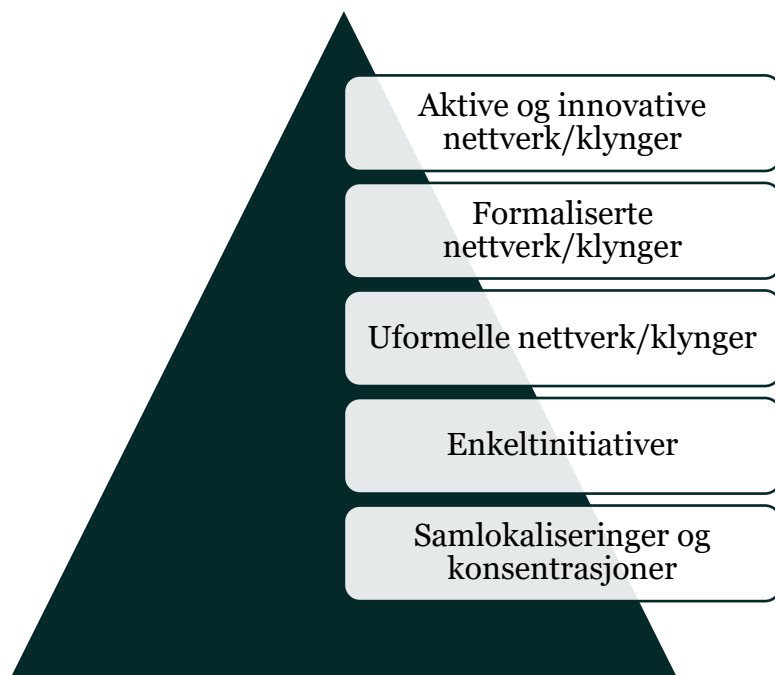
Et annet svært relevant initiativ er *Vestre Vikens Testbed*; en profesjonell arena for utvikling, utprøving og evaluering av nye løsninger i kliniske omgivelser. Dette kan være alt fra konseptvurderinger til større kliniske studier, som kan gjennomføres i samarbeid med spesialiserte miljøer på sykehuset. Gjennom samarbeid med både nasjonale og internasjonale partnere bidrar testbeden til å koble helsetjenesten tettere til leverandørindustrien og helseteknologimiljøer, og gir regionen tilgang til globale nettverk og økt innovasjonskraft.

Selv om initiativene viser en tydelig vilje til å bygge bredere partnerskap, er samarbeidet fortsatt preget av fragmentering og begrenset koordinering. De fleste initiativene har et offentlig-offentlig utgangspunkt, og næringslivets deltakelse skjer i stor grad gjennom enkeltprosjekter eller som leverandør i test- og innovasjonsprosesser. Det etterlyses derfor av flere informanter i datainnsamlingen en tydeligere koordinerende funksjon, en «koblingsboks», som kan samle, forsterke og lede de ulike initiativene under en felles strategi. Det etterlyses en tydeligere ambisjon om å definere

samarbeid i øvre sikt i pyramiden illustrert i Figur 5-1. En slik struktur vil være avgjørende for å omsette de mange samarbeidsprosjektene i varige synergier, og for å utvikle en felles forståelse av mål, ambisjoner og roller på tvers av aktørene i regionen.

Finansiering nevnes også i forlengelsen av ønsket om mer langsiktig og forpliktende organisering. Finansiering av prosjekter og initiativer innen helse i Drammensregionen skjer i dag i hovedsak gjennom tidsavgrensede prosjekter og offentlige tilskudd. Det etterlyses derfor både et mer langsiktig finansieringsgrunnlag og et tydeligere strategisk lederskap som kan sikre kontinuitet og retning i satsingen. De fleste initiativene springer ut fra enkeltaktører med sterke fagmiljøer, men uten en felles struktur for prioritering, koordinering og ressursutnyttelse.

Figur 5-1 **Ulike utviklingsfaser for nettverk og klynger**



5.4 Formelle virkemidler og institusjonell kapasitet

Regionen har flere etablerte strukturer som legger til rette for samarbeid, koordinering og felles utvikling mellom aktører i helse-, utdannings- og næringslivet. Helsefellesskapet Vest Viken er et formalisert samarbeid mellom Vestre Viken HF, kommunene i foretakets opptaksområde og USN. Partnerskapet er forankret i den nasjonale modellen for helsefellesskap og fungerer som en felles arena for strategisk utvikling på tvers av forvaltningsnivåene. Gjennom prioriteringer innen pasientforløp, forebygging, kompetanse og rekruttering, samt digital samhandling, kan fellesskapet utgjøre et sentralt utgangspunkt for videre regionale satsinger innen helse og innovasjon, ved å sikre forankring og samordning mellom sentrale institusjoner i regionen.

Brakerøya og Drammen Helsepark utgjør i tillegg et konkret og samlende fysisk rom for samlokalisering av helsetjenester, næringsliv og forskning. Nesten samtlige informanter under datainnsamlingen trekker frem dette området som et av regionens mest lovende fortrinn. Den fysiske nærheten mellom Vestre Viken HF, Drammen kommune og USN skaper et unikt utgangspunkt for å etablere en felles arena for samhandling, forskning og innovasjon. Mange peker på at samlokalisering kan være et kraftfullt virkemiddel for å bygge tillit, styrke relasjoner og redusere avstanden mellom klinikk, utdanning, teknologiutvikling og tjenesteinnovasjon. Brakerøya kan dermed fungere som et

«nav» i det regionale helseøkosystemet, dvs. et sted hvor aktører møtes, utvikler og tester løsninger i fellesskap, og hvor koblingen mellom spesialisthelsetjeneste, kommunal helse og næringsliv får et tydelig fysisk uttrykk.

Samtidig finnes det uløste spørsmål som må avklares for at potensialet skal realiseres. Flere informanter etterlyser en tydeligere definisjon av hva en helsesatsing på Brakerøya faktisk skal være, hvilke aktører som skal inngå, hvordan den skal organiseres, og hvilke tematiske områder som skal prioriteres. Det er bred enighet om at satsingen bør ha en felles overbygning og et tydelig innhold, men mindre enighet om hvorvidt fokuset primært bør ligge på klinisk innovasjon, digital helse, velferdsteknologi, tjenesteutvikling eller tverrsektorielle forskningsprosjekter. En strategisk avklaring av dette vil være avgjørende for å kunne mobilisere aktørene rundt et felles mål og etablere en bærekraftig struktur for videre utvikling.

Gjennom datainnsamlingen har flere informanter trukket frem Drammensregionens nærhet både geografisk og faglig nærhet til sterke helse- og teknologiklynger, samt teknologioverføringsmiljøer i hovedstadsområdet, inkludert *Norway Health Tech*, *Oslo Cancer Cluster* og *Inven2*. Denne nærheten gir tilgang til etablerte innovasjonsnettverk, testinfrastruktur og internasjonale samarbeid, men det understrekes at koblingene bør styrkes og institusjonaliseres for å sikre varig nytte. Det samme gjelder kontakten med virkemiddelapparatet som *Forskningsrådet*, *Innovasjon Norge* og *Siva*. Slike aktører kan bidra til kommersialisering, kapitaltilgang og skalering av regionale innovasjonsprosjekter.

Samtidig må betydningen av nærhet til hovedstadsområdet ikke overdrives. Antallet kommersielle aktører relativt lavt, selv i hovedstadsregionen. Den norske helsenæringen utgjør et viktig, men fortsatt lite og fragmentert industrimiljø sammenlignet med våre nordiske naboland. Til tross for sterke forskningsmiljøer, høy medisinsk kompetanse og et avansert offentlig helsevesen, har Norge færre kommersielle helsebedrifter og en svakere industriell infrastruktur enn land som Sverige og Danmark. Helseindustrien består i hovedsak av små og mellomstore virksomheter med utspring fra forskningsmiljøer ved universiteter og sykehus (Menon Economics, 2025). Mange av disse befinner seg i tidlig fase og er avhengige av offentlig støtte, risikokapital og internasjonalt samarbeid for å vokse.

Den smale og fragmenterte næringsstrukturen begrenser muligheten for langsiktige og målrettede satsingsområder. Når antallet modne bedrifter og industrielle miljøer er lavt, blir det krevende å bygge robuste verdikjeder eller tematiske klynger innenfor spesifikke felt som legemiddelproduksjon, bioteknologi eller digital helse. Dette gjør det utfordrende å skape vedvarende industriell vekst og internasjonal posisjonering, selv på områder der Norge har sterke forsknings- og kompetansemiljøer.

Regionen mangler også et sterkt investormiljø som kan bidra til å løfte gode ideer og prosjekter videre til kommersialisering. For å tiltrekke investorer må det presenteres tydelige kommersielle muligheter og et klart tematisk satsingsområde, som gir grunnlag for langsiktig verdiskaping. Samtidig fremgår det gjennom datainnsamlingen at kapitaltilgang og investorinteresse må komme som et resultat av en tydelig strategi og ikke som et mål i seg selv. Et robust strategisk rammeverk vil dermed være en forutsetning for å mobilisere kapital og bygge et mer bærekraftig økosystem for helsenæring i regionen. Et formalisert regionalt partnerskap eller en klyngeorganisasjon med ansvar for strategi, koordinering og kommunikasjon fremstår derfor som et nødvendig grep for å realisere regionens potensial.

5.5 Oppsummering

Drammensregionen har et bredt sett av forutsetninger som gjør den godt egnet for å utvikles som et regionalt og nasjonalt tyngdepunkt for helse og velferd. Regionen kombinerer et moderne og testvillig helseforetak, et sterkt utdanningsmiljø, geografisk sentralitet og en kultur for offentlig samarbeid.

Samtidig svekkes potensialet av fragmentering, svake koblinger mellom akademia og klinikk, manglende kapital og fravær av et samlet strategisk lederskap.

Veien videre vil kreve at de sterke offentlige institusjonene og samarbeidsarenaene kompletteres med en tydeligere organisatorisk og finansieringsmessig struktur. En samlet strategi for helsesatsingen, med tydelig ansvarsfordeling og forankring på tvers av aktører som Vestre Viken, kommunene, fylkeskommunen, USN og næringslivet, vil styrke koblingene og posisjonere Drammensregionen som en ledende testarena og innovasjonsregion for helse og velferd.

Samtidig gir regionens geografiske nærhet til helsenæringen i hovedstadsområdet et betydelig potensial. Drammen og omkringliggende kommuner kan posisjonere seg som et attraktivt supplement til Oslo-regionens helsemiljøer med kort avstand, lavere etableringskostnader, og et mer oversiktlig og mindre byråkratisk samarbeidsklima, om en for eksempel sammenligner Drammen regionsykehus med de store universitetssykehusene i Oslo. Denne kombinasjonen av tilgjengelighet, skala og fleksibilitet kan være et konkurransefortrinn for både nye bedrifter, forskningsmiljøer og investorer som søker et mer håndterbart test- og utviklingsmiljø innen helse og omsorg.

6 Identifiserte tematiske satsingsområder

Dette kapittelet presenterer fire tematiske satsingsområder som vurderes som særlig relevante for Drammensregionens videre utvikling innen helserettet forskning, innovasjon og næringsutvikling. Satsingsområdene tar utgangspunkt i regionens eksisterende fortrinn, fagmiljøer og kompetanse, samtidig som de representerer felt av nasjonal betydning. Hensikten er å identifisere overordnede temaer og strategiske retninger som kan være utgangspunkt for videre strategi- og partnerskapsutvikling i regionen. I praksis vil elementer fra de ulike satsningene kunne kombineres.

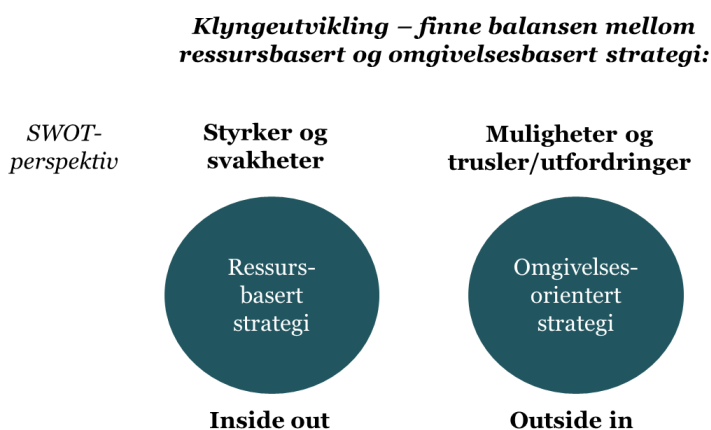
I løpet av datainnsamlingen har det blitt kommunisert en ambisjon på tvers av ulike aktører om å bli en *regional problemløser med nasjonale ambisjoner*. I dette ligger et ønske om at en definert helsesatsing ikke bare skal svare på lokale behov, men rettes mot utfordringer som også har relevans på nasjonalt og delvis internasjonalt nivå, som demografiske utfordringer, kompetansemangel, samhandling og digital transformasjon i helsetjenestene. En slik tilnærming vil kunne posisjonere regionen som en viktig utviklingsarena for framtidens helse- og velferdsløsninger. Dessuten har regionen strukturelle og demografiske trekk som i stor grad speiler Norge som helhet. Den kombinerer både urbane områder og distriktskommuner, har variasjon i sosioøkonomiske forhold og møter de samme demografiske utviklingstrekkene som resten av landet. Denne bredden gjør Drammensregionen særlig godt egnet som et naturlig laboratorium for å prøve ut nye modeller for tjenester, samhandling og teknologi som senere kan skaleres nasjonalt.

Samtidig reiser denne ambisjonen noen prinsipielle spørsmål. Det kan være urealistisk å “ta eierskap” til et problem som i sin natur er nasjonalt eller globalt, dersom det ikke forankres i regionale behov, styrker og forutsetninger. En vellykket satsing bør derfor bygge på de ressursene, erfaringene og kompetansemiljøene som allerede finnes i regionen, for eksempel i Vestre Vikens kliniske innovasjonsmiljøer, USNs forsknings- og utdanningskapasitet, kommunenes erfaringer med tjenesteutvikling og digital hjemmeoppfølging, teknologibedriftene i regionen som har potensial for å utvikle løsninger innen helse samt den ressursen som nærheten til hovedstadsregionen faktisk representerer.

Samtidig befinner Drammensregionen seg i en overgangsfase, der etableringen av det nye sykehuset på Brakerøya markerer et strategisk veiskille. Den nye helsebyen representerer både et fysisk og symbolsk tyngdepunkt som kan samle regionens aktører på tvers av nivåer og sektorer på nye måter. Gjennom datainnsamlingen fremstår det som et sentralt spørsmål hvordan denne satsingen kan utnytte den kraften og de mulighetene som Brakerøya gir, samtidig som man bygger videre på eksisterende erfaringer, kunnskap og samarbeidskultur. For mange aktører handler dette om å finne balansen mellom å skape noe nytt og å videreføre det som allerede fungerer, slik at den nye helsebyen ikke bare blir en geografisk samlokalisering, men et reelt nav for samhandling, innovasjon og læring i regionen.

Denne avveiningen mellom nasjonale ambisjoner og regionale styrker er typisk for strategiutvikling i en tidlig fase av regionale satsinger som den Drammensregionen nå er inne i.

Figur 6-1 Balansen mellom ressursbasert og etterspørsels-/omgivelsesbasert strategi i forbindelse med klynge-/regional satsing.



Som figuren illustrerer, vil det alltid være viktig å både vurdere styrker og svakheter knyttet til regionens ressursgrunnlag («inside out») og muligheter og trusler knyttet til det å ta en nasjonalt ledende posisjon innenfor utvalgte områder («outside in»).

En annen viktig todeling knyttet til mulige satsingsområder og regionens styrker som vi observerer etter å ha gjennomgått alle innspill fra intervjuer og workshops er de utfordringsorienterte satsingene versus de løsningsorienterte satsingene. Disse står ikke i motsetning til hverandre, men det kan være nyttig å ta med i den videre gjennomgangen av aktuelle satsinger at:

- Noen aktører ønsker å ta utgangspunkt i store samfunnsutfordringer som demografi, folkehelse og sosial ulikhet og finne relevante løsninger som så kan skaleres.
- Andre vektlegger teknologi, digitalisering og nye arbeidsformer som drivere for endring, og som aktuelle løsninger på mange forskjellige utfordringer.

Det er samtidig bred enighet om at teknologi ikke skal utvikles for teknologiens skyld, men brukes målrettet for å løse konkrete utfordringer i tjenestene og forbedre pasient- og brukererfaringen. En framtidig strategi må derfor balansere disse perspektivene og sikre at satsingen kombinerer problemforståelse med løsningskraft.

Som påpekt i kapittel 5, fremstår målet om å utvikle nye arbeidsplasser og tiltrekke næringsliv som viktig for en helsesatsing. Men for å lykkes med reell næringsutvikling må innsatsen være strategisk forankret, langsiktig og målrettet, der partnerskap, prioriteringer og ressursbruk samordnes innenfor en tematisk retning. De tematiske satsingsområdene som er trukket frem av informantene gjennom datainnsamlingen, vurderes samtidig å ha varierende kommersiell interesse for næringslivet, noe som krever en bevissthet knyttet til målsettingene for den videre satsingen, dvs. om ambisjonen primært er å styrke samfunnsnytt og tjenesteutvikling, eller også å fremme næringsvekst og verdiskaping på sikt.

Samtidig er det fullt mulig å skape arbeidsplasser gjennom en satsing rettet mot å løse regionale helse- og omsorgstjenesteutfordringer med nasjonale ambisjoner: Selv mindre forbedringer i helse- og omsorgssektorens bærekraft gjennom innovative løsninger, vil kunne ha et stort potensial for skalering til resten av landet og også ut i verden. Det krever imidlertid at regionens gode eksempler på offentlig-offentlig samarbeid mellom universitetet, helseforetaket og kommuner suppleres med mer offentlig-privat samarbeid. Dette er mulig innenfor alle de fire satsingsområdene som skisseres under.

I det følgende presenterer vi de fire mulighetsområdene som har utkrystallisert seg gjennom prosessen vi har gjennomført, med to workshops, intervjuer og skriftlige innspill i tillegg til analysene av nasjonale utviklingstrekk og regionale utfordringer. Prosessen har bygget på tre sentrale kriterier knyttet til temaene:

- **Regional problemløser:** Skal representere et potensial for å løse utvalgte utfordringer knyttet til regionens helse- og omsorgstjenester og også på sikt kunne bidra til nye arbeidsplasser. En eventuell satsing på temaet skal ha en klar nytte for regionen som kan dokumenteres gjennom en samfunnsøkonomisk vurdering.
- **Regionale fortrinn:** Skal bygge videre på regionale styrker som for eksempel at det allerede finnes betydelig kompetanse og aktivitet på området som kan tas videre og forsterkes/skaleres opp på et nasjonalt nivå.
- **Nasjonale ambisjoner:** Må ha nasjonal relevans og potensial for utvikling av en nasjonalt ledende satsing.

Temaene må altså i sum ha potensial til å gjøre Drammensregionen i stand til «å ta en strategisk riktig posisjon og bli attraktiv for helserelatert FoU, innovasjon og næringsutvikling.»

6.1 Teknologidrevet helseinnovasjon

Formål

En slik satsing kan blant annet ta utgangspunkt i Vestre Vikens erfaringer med bruk av kunstig intelligens i bildediagnostikk og Kongsbergs teknologikompetanse, og bruke dette som grunnlag for å utvikle og ta i bruk KI og beslektet teknologi på flere områder i helse- og omsorgstjenestene. Den kan også knyttes opp mot kommunenes behov og muligheter knyttet til helseteknologi. I tillegg bør satsingen støtte nasjonale mål om en mer datadrevet og effektiv helsetjeneste, der teknologi bidrar til bedre pasientsikkerhet, økt kapasitet og mer målrettet ressursbruk.

KI henger tett sammen med digital samhandling og forvaltning av helsedata, ettersom bruk av slike teknologier krever tilgang til pålitelige data, integrering i etablert IT-infrastruktur og løsninger som sikrer trygg og sammenhengende informasjonsflyt mellom tjenestenivåer. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 omtaler disse områdene samlet og peker på at kombinasjonen av teknologi, data og samhandling er nødvendig for å utvikle mer presise og effektive helsetjenester. Et regionalt program kan bygge videre på eksisterende kompetanse og etablere en plattform for samarbeid mellom helsetjenesten, teknologimiljøer og forskningsaktører. Regionen har samtidig en befolknings- og tjenesteprofil som i stor grad ligner nasjonale forhold, noe som gir et godt grunnlag for å utvikle og prøve ut teknologiske løsninger med relevans utover regionen.

Fortrinn å bygge på

Vestre Viken HF var først i Norge til å ta i bruk KI i klinisk bildediagnostikk, med dokumenterte gevinster i form av raskere vurderinger og mer effektiv ressursbruk. Foretaket har fått ansvar for å støtte utrulling av KI i bildediagnostikk ved andre helseforetak i Helse Sør-Øst, noe som gir en plattform for videre utvikling. Teknologikompetansen knyttet til Kongsberg-miljøene, inklusive USN på Kongsberg, fremstår som en vesentlig styrke, samtidig som miljøet ikke har utpekt helseteknologi som en særskilt satsning eller mulighetsrom i dag.

Erfaringene fra Helsefellesskapet Vest-Viken og samarbeidet mellom kommunene og helseforetaket, der digital samhandling er et sentralt tema, kan utvide grunnlaget for satsingen. Arbeidet med løsninger for informasjonsdeling, koordinering og digital hjemmeoppfølging av kronisk syke viser

hvordan teknologiske og organisatoriske tiltak kan styrke samhandlingen mellom nivåer i helsetjenesten. Samtidig er timingen god. Nasjonalt pågår arbeid for bedre systemer for deling og bruk av helsedata, noe som gir et mer modent rammeverk for videre utvikling og utprøving av teknologi i regionen.

Sentrale samarbeidspartnere

Satsingen krever samarbeid både mellom offentlige aktører og mellom offentlig og privat sektor. Kjernen er et offentlig-privat partnerskap mellom helsetjenesten og teknologimiljøene. På den offentlige siden fremstår Vestre Viken HF som den mest relevante parten for å sikre klinisk forankring, med ansvar for testing og innføring av KI og digitale løsninger i spesialisthelsetjenesten. Kongsberg Innovasjon og industrimiljøene i Kongsberg kan utgjøre en teknologisk utviklingskraft på privat side, men dette kan også skje uavhengig av denne aktøren.

6.2 Samhandlingsløsninger for eldre og kronikere

Formål

En slik satsing handler om å utvikle felles digitale og organisatoriske løsninger som styrker samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Målet er mer sammenhengende pasientforløp for eldre og personer med kroniske sykdommer, fra forebygging og hjemmeoppfølging til behandling og oppfølging etter utskrivning, og å bidra til å redusere behovet for unødvendige innleggelser. Eldre og personer med kroniske sykdommer har ofte forløp som går på tvers av sektorer og stiller høye krav til samhandling og informasjonsflyt mellom nivåene. En slik satsing vil ha et tydelig tyngdepunkt mot offentlig-offentlig samarbeid og tjenesteutvikling. Regjeringens Prosjekt X fungerer som en nasjonal pilot for nye samarbeids- og organisasjonsmodeller mellom kommuner og helseforetak, og Samhandlingsarena Kongsberg er blant prosjektene, der Kongsberg sykehus, Kongsberg kommune og Responssenteret samarbeider om å utvikle og prøve ut nye former for oppfølging av eldre pasienter, både fysisk og digitalt. Erfaringene herfra omtales som «Kongsberg-modellen», og er trukket frem av helse- og omsorgsministeren som et eksempel på framtidig organisering av tjenester til eldre. Drammensregionen har gode forutsetninger for å kobles på dette prosjektet. Drammensregionen har gode forutsetninger for å kobles på dette prosjektet, ettersom regionens kommuner varierer i størrelse, kapasitet og organisering, samtidig som befolkningsutfordringene ligner nasjonale utviklingstrekk. Denne bredden gir et realistisk utgangspunkt for å utvikle og prøve ut samhandlingsmodeller for eldre og kronisk syke som må fungere i ulike typer kommuner, og bidrar til at erfaringene fra regionen kan ha overføringsverdi nasjonalt.

Fortrinn å bygge på

Regionen har allerede gjennom Samhandlingsarena Kongsberg vist at det går an å bygge samarbeidsmodeller som gir et godt utgangspunkt for videre arbeid. Helsefellesskapet i Vest-Viken har definert skrøpelige eldre og personer med kroniske sykdommer som et hovedområde. Parallelt deltar flere kommuner i prosjekter for digital hjemmeoppfølging, der erfaringene viser hvordan samhandling mellom nivåene kan styrkes gjennom felles digitale løsninger. Erfaringer og etablerte samarbeidsstrukturer som er etablert gjennom HelseHub og CoTech fremstår også som relevante i en slik satsing.

Det finnes allerede et tett samarbeid mellom Vestre Viken HF og kommunene i regionen gjennom Helsefellesskapet Vest-Viken der Samhandlingsarena Kongsberg også er forankret. Slike samarbeid gir et godt utgangspunkt for videre utvikling og implementering av samhandlingsløsninger.

6.3 Brakerøya Living Lab som klinisk utprøvingsarena og utstillingsvindu for hele Norge

Formål

En slik satsing handler om å gjøre Brakerøya til en regional motor for rask, trygg og målbar innovasjon i faktisk drift. Ambisjonen er å etablere et levende testsenter og møteplass for utvikling og utprøving av nye løsninger i helsetjenesten, der samlokaliseringen av sykehus, kommunale tjenester, forskningsmiljøer og næringsliv gir gode forutsetninger for å koble klinisk virksomhet, innovasjon og utdanning tett sammen og bidra til bedre tjenester for pasienter og brukere. Den sentrale beliggenheten, med nærhet til Oslo og tilgang til et stort pasientgrunnlag, styrker potensialet for samarbeid og synlighet nasjonalt. En slik satsing gir i utgangspunktet mange muligheter, men også enkelte utfordringer. Å være en utprøvningsarena innebærer en risiko for mindre faglig spissing og uklar prioritering, og krever derfor tydelig styring. For å lykkes må satsingen balansere behovet for åpenhet og eksperimentering med krav til målrettet utvikling, kvalitet og gjennomføringskraft, slik at Brakerøya ikke bare blir en arena for pilotprosjekter, men et nav for målrettet innovasjon, kunnskapsdeling og implementering i helsetjenesten.

Fortrinn å bygge på

Brakerøya har flere fortrinn som gir gode rammevilkår for en samlet satsing på teknologi og helseinnovasjon. Samlokaliseringen av det nye sykehuset og interkommunal legevakt skaper et konsentrert miljø for klinisk aktivitet, forskning, utdanning og næringsutvikling. Vestre Viken HF har allerede vist evne til å kombinere praktisk nyskaping og innovasjon med aktiv forskningsproduksjon og kliniske studier, og Drammen sykehus kan videreutvikles som et komplett «laboratorium i drift», der innovasjon skjer tett på pasientbehandling og tjenesteutvikling.

Testbed Vestre Viken fungerer i dag som helseforetakets struktur for systematisk utprøving og samutvikling med næringsliv og forskningsaktører, og kan utvides til å inkludere nye temaer og samarbeidspartnere på Brakerøya. Samtidig representerer HelseTekPorten en viktig inngangsportal til kommunal helse- og omsorgstjeneste, som legger til rette for dialog, behovsavklaring og samhandling med leverandører og innovasjonsmiljøer. Flere informanter har fremhevet behovet for å koble disse strukturene tettere sammen, slik at regionen får en helhetlig inngang for innovasjon på tvers av kommunal- og spesialisthelsetjenesten.

En slik utprøvningsarena kan også ta utgangspunkt i et avgrenset satsingsområde, som eksempelvis helseberedskap. Beredskapsmeldingen (Meld. St. 9 (2024–2025)) peker på behovet for bedre samordning, forsyningssikkerhet og tilgang til kritisk kompetanse, og fremhever samvirke mellom kommuner, helseforetak, næringsliv og frivillige organisasjoner som avgjørende for effektiv krisehåndtering. Helseparken samler flere av disse aktørene på ett sted og gir dermed et godt utgangspunkt for å utvikle Brakerøya som arena for beredskapsøvelser og samvirketrening. Slik kan satsingen både styrke regionens innovasjonsevne og svare ut nasjonale mål for helseberedskap.

Sentrale samarbeidspartnere

Drammen kommune, Vestre Viken HF og Drammen Helsepark AS er i dag aktørene som utgjør kjernen i utviklingen av området på Brakerøya. Samspillet mellom disse kan videreutvikles gjennom satsingen for å styrke innovasjon og klinisk utprøving i faktisk drift, både på sykehus og i kommunal helse- og omsorg, og ikke minst i samhandlingen mellom disse. Universitetet i Sørøst-Norge er en naturlig partner i forskning, utdanning og dokumentasjon, mens næringslivet, fra oppstartsbedrifter til etablerte aktører, kan bidra i utvikling og utprøving av nye løsninger.

6.4 Folkehelse og sosial bærekraft

Formål

Satsingen handler om å styrke folkehelsearbeidet i regionen gjennom tverrsektorielt samarbeid, tidlig innsats og tiltak som reduserer sosial ulikhet i helse, slik det beskrives i Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023a). Særlig forebyggende arbeid i lokalsamfunn, arbeidsliv og skole trekkes frem som sentrale satsingsområder. Folkehelse tiltak må virke for hele befolkningen og fungere på tvers av ulike levekårssituasjoner. Drammensregionen består av både områder med betydelige levekårsutfordringer og lokalsamfunn med sterkere ressursgrunnlag, noe som gjør det mulig å utvikle og teste tiltak som møter ulike behov og kontekster. Denne bredden gir et sterkere grunnlag for løsninger som skal ha nasjonal relevans. En regional satsing bør derfor bygge på de nasjonale prioriteringene i Folkehelsemeldingen og bidra til å utvikle samarbeidsformer for forebygging og folkehelsearbeid som involverer aktører på tvers av nivåer og som kan forankres i kommunene.

Fortrinn å bygge på

Regionen har allerede samarbeid og fagmiljøer som gir et godt grunnlag for videre utvikling av folkehelsearbeidet. Kommunene samarbeider med Vestre Viken HF gjennom helsefellesskapet og med fylkeskommunen som regional folkehelsemyndighet. Dette danner et etablert nettverk som kan bygges videre på, blant annet gjennom HelseHub. HelseHub har folkehelse som et prioritert område og fungerer som en arena for samarbeid mellom kommuner, forskningsmiljøer og frivillige organisasjoner, og kan brukes til å koordinere og styrke regionale initiativ. Forskningsmiljøene ved Drammen sykehus, blant annet VARG (luftveisinfeksjoner) og NORCOR (hjerte- og karsykdom), retter seg mot grupper med høy helserisiko og bidrar med kunnskap som kan støtte forebygging og bedre forståelse av regionale helseutfordringer.

Sentrale samarbeidspartnere

Det sentrale samarbeidet i folkehelsearbeidet er offentlig-offentlig, mellom kommunene, fylkeskommunen og Vestre Viken HF, forankret i helsefellesskapet. En slik satsing representerer i mindre grad et direkte næringspotensial, ettersom folkehelseutfordringer i hovedsak håndteres gjennom offentlige befolkningstjenester og helsesektoren, men den har samtidig stor betydning for langsiktig samfunnsverdi, bærekraft og redusert press på helsetjenestene.

Tabell 6-1 Oppsummering av sammenlignbare regionale helsesatsinger

Satsing/Region	Organisering	Eierstruktur	Tematisk retning	Finansiering	Styrker
Helse-Campus Stavanger	Universitetsledet samarbeids-plattform	Offentlig–privat partnerskap	Innovasjon og samhandling i helsesektoren	Offentlige midler + partnerbidrag	Tydelig vertskap (UiS), sterk forankring i sykehus og kommune
HAI – Innovasjonsarena for helseteknologi i (Trondheim)	Offentlig institusjonell modell med uavhengig fasilitator	Felles eierskap (RHF, NTNU, kommune)	Helseteknologi, digitalisering og innovasjon	Offentlig finansiering + forskningsmidler	Sterk koordinering via Tech Port, bredt partnerskap
Campus Vie (Sunnfjord)	Offentlig prosjektmodell	Offentlig eierskap (HF, universitet, kommune)	Læring, forskning og innovasjon	Prosjektmidler, fylkes-kommune	Gode erfaringer med felles struktur for utdanning og tjenesteutvikling
GoCo Health Innovation City (Gøteborg)	Privat innovasjons-distrikt	Privat eierskap (eiendoms-utviklere)	Life science og bioteknologi	Privat investor-kapital	Høy gjennomføringsevne, rask etablering, næringslivsdrivet dynamikk
Medicon Valley (Øresundsregionen)	Klynge (ideell medlems-organisasjon)	Medlemsbasert	Life science, forskning og kommersialisering	Medlems-avgifter + prosjektmidler	Sterk internasjonal posisjon, høy grad av eierskap blant deltakere
Bergen / Alrek Helseklynge	Universitets-basert klynge	Offentlig eierskap (UiB, HF, kommune)	Forskning, utdanning og tjenesteutvikling	Offentlig finansiering	Faglig tyngde, tette akademisk-kliniske koblinger

Tematiske satsingsområder i et sammenlignende perspektiv

De foreslåtte satsingsområdene for Drammensregionen: 1) teknologidrevet helseinnovasjon, 2) samhandlingsløsninger for eldre og kronikere, 3) Brakerøya som Living Lab, og 4) folkehelse og sosial bærekraft, speiler på mange måter den utviklingen man ser i andre nordiske regioner, men med en tydeligere vekt på samhandling og offentlig forankring. Der satsinger som GoCo Health Innovation City og Medicon Valley har valgt en rendyrket nærings- og forskningsprofil, retter de fire potensielle satsingsområdene mot å koble teknologi og tjenesteutvikling i faktisk drift. Dette gir satsingen et praktisk og samfunnsorientert preg, med tydelig relevans for både lokale og nasjonale helseutfordringer.

Sammenlignet med regioner som Stavanger og Trondheim, fremstår Drammensregionen som mindre teknologitung, men med et sterkere institusjonelt utgangspunkt for helhetlig innovasjon. De fire tematiske områdene bygger på eksisterende styrker og reflekterer de aktørene som allerede står sentralt i regionens økosystem: Vestre Viken HF som klinisk og forskningsmessig motor, Universitetet i Sørøst-Norge som kunnskaps- og utdanningsinstitusjon, og kommunene som praksisarenaer for tjenesteutvikling.

De tre første satsingsområdene 1.) teknologi, 2.) samhandling og 3.) Brakerøya som testarena, kan også vurderes i kombinasjon og temaene kan virke forsterkende på hverandre. Dette samsvarer med nasjonale føringer i Helse- og samhandlingsplanen 2024–2027 og gir grunnlag for å søke statlige virkemidler og større FoU-prosjekter.

Samtidig må de tematiske prioriteringene vurderes i lys av regionens kapasitet og gjennomføringsevne. Erfaringer fra andre regioner, som HAI i Trondheim og Campus Vie i Sunnfjord, viser at det er krevende

å realisere for mange spor samtidig. For Drammensregionen kan det derfor være klokt å starte med to–tre prioriterte hovedspor i en første fase, for eksempel teknologi og samhandling som kjerne, med Brakerøya som felles fysisk plattform for pilotering og samarbeid.

Organisering og samarbeid i et sammenlignende perspektiv

Et gjennomgående funn i analysen av Drammensregionen er at samarbeidet mellom aktørene i dag i stor grad består av bilaterale prosjekter og tidsavgrensede initiativer. Dette har gitt fleksibilitet og mulighet for eksperimentering, men begrenser evnen til å bygge varige strukturer for kunnskapsdeling, ressursmobilisering og felles prioriteringer. Flere informanter peker på behovet for et mer forpliktende og institusjonalisert samarbeid, der aktørene investerer i et felles prosjekt over tid. Erfaringene fra andre norske og nordiske regioner underbygger dette poenget tydelig.

Satsinger som Medicon Valley og GoCo Health Innovation City viser at en medlemsbasert eller partnerskapsdrevet modell kan skape langsiktig eierskap og økonomisk bærekraft. I Medicon Valley betaler medlemmene en årlig kontingent og deltar i strategiske prioriteringer, noe som gir både forpliktelse og reell innflytelse. Denne modellen gir høy grad av engasjement, men krever et modent økosystem og tydelig verdi for medlemmene. GoCo-modellen, der private investorer eier infrastrukturen og offentlige og akademiske partnere bidrar med faglig innhold, illustrerer en annen form for forpliktelse, ikke gjennom medlemskap, men gjennom langsiktige partnerskapsavtaler der aktørene har konkrete roller og gjensidige forventninger.

I de norske satsingene, som HelseCampus Stavanger, HAI i Trondheim og Campus Vie i Sunnfjord, er samarbeidet i større grad offentlig forankret. Her ligger forpliktelsen i formelle avtaler mellom institusjoner (helseforetak, kommune, universitet), men medlemsbasen er smalere. Fordelen er at dette sikrer styring og faglig retning, men ulempen kan være at samarbeidet forblir lukket og mindre dynamisk. For Drammensregionen, som har mange offentlige aktører med overlappende roller, peker dette på et behov for å finne balansen mellom åpenhet og spissing.

Et sentralt strategisk spørsmål er dermed hvor bredt et framtidig nettverk bør være. Et stort antall medlemmer gir bred forankring og mangfold av perspektiver, men kan også føre til uklar retning, svakere eierskap og tungrodd beslutningsstruktur. Samtidig kan en for snever kjerne gjøre det vanskelig å skape legitimitet og mobilisere ressurser utenfor de etablerte institusjonene. En kjerne–periferi-modell kan også representere en nyttig innretning: en tydelig kjerne av forpliktete partnere som eier og driver samarbeidet, omgitt av tilknyttede aktører, bedrifter og prosjekter som kan kobles på ved behov. Det vil være naturlig at Vestre Viken HF, Universitetet i Sørøst-Norge, Drammen kommune og Buskerud fylkeskommune er del av denne kjernen, men det må også kobles på aktører som i større grad kan ivareta fokuset på utvikling av nye arbeidsplasser i samspill med de offentlige aktørene. Både private kommersielle og ideelle/frivillige aktører vil være aktuelle, for å tilføre nødvendig kompetanse og kapasitet til å sikre fremdrift. På sikt kan dette formaliseres i en partnerskapsmodell med medlemskap eller aksjestruktur, der graden av forpliktelse og bidrag står i forhold til aktørenes rolle og gevinst.

En slik modell gir også bedre forutsetninger for å tiltrekke ekstern finansiering og delta i nasjonale og internasjonale programmer, fordi den signaliserer stabilitet, ansvar og samhandlingskraft.

Fysiske møteplasser og Brakerøya i et sammenlignende perspektiv

Erfaringene fra de sammenlignbare satsingene viser at fysiske møteplasser kan spille en avgjørende rolle for å utvikle velfungerende innovasjonsøkosystem innen helse. Slike samlokaliseringer skaper ikke bare praktiske fordeler, men fungerer også som strategisk infrastruktur der ulike kulturer,

fagmiljøer og sektorer møtes. HelseCampus Stavanger, Campus Vie og HAI i Trondheim har alle brukt fysiske møteplasser som virkemiddel for å bygge relasjoner mellom forskning, utdanning og tjenesteutvikling. De fungerer som nøytrale arenaer der sykehus, universiteter og kommuner kan samarbeide om prosjekter og utdanningsløp, og der nye aktører får en naturlig inngang til helsesektoren.

GoCo Health Innovation City i Göteborg illustrerer den mest rendyrkede varianten av dette, dvs. et fysisk innovasjonsdistrikt som kombinerer forskning, næringsliv og offentlig sektor i en samlet byutviklingsmodell. Erfaringen fra GoCo viser hvordan arkitektur og arealbruk kan brukes strategisk for å skape tverrsektoriell interaksjon. Byggenes utforming, felles laboratorier, sosiale soner og åpen møteinfrastruktur gjør stedet til et levende økosystem, ikke bare et kontorområde.

Sett i lys av dette fremstår Brakerøya og Drammen Helsepark som en unik mulighet for Drammensregionen. Den fysiske samlokaliseringen av sykehus, kommunale tjenester, universitetsmiljøer og private aktører gir forutsetninger for å utvikle et helhetlig “health innovation district” på norsk jord. Gjennom datainnsamlingen trekkes nettopp dette frem som et av regionens sterkeste kort: et konkret sted som kan samle aktørene og gi en tydelig identitet til en ny helsesatsing. Samtidig reiser et slikt grep viktige spørsmål. Erfaringene fra andre regioner viser at det ikke er nok å samle aktører fysisk, verdien av samlokalisering skapes først når det finnes en struktur for samhandling, felles programinnhold og en koordinert organisasjon som fyller stedet med aktivitet. For Drammensregionen innebærer dette at en satsing på Brakerøya må forankres i et klart formål og definerte tematiske prioriteringer og en organisering som støtter opp under dette.

Samlet potensial og videre utvikling

Uansett valg av strategisk satsingsområde(r) har denne analysen vist at Drammensregionen har et betydelig potensial innenfor helseinnovasjon. Økende behov for helse- og omsorgstjenester (med tilhørende press på både sykehus- og kommuneøkonomi) og tydelige nasjonale føringer knyttet til blant annet økt samhandling og digitalisering gjør at regionen står i en situasjon der det både må og kan tenkes nytt.

Nærheten til hovedstadsregionen representerer et betydelig fortrinn for regionen. Dette kan utnyttes bedre. Muligheten for å skape nye arbeidsplasser som øker både innpendlingen og ikke minst tilflytningen til regionen, vil i større grad kunne realiseres hvis regionen klarer å hente kompetanse, kapital og kommersielle krefter fra hovedstadsregionen.

For å utløse potensialet vi har identifisert i denne rapporten må regionen i større grad samle laget og jobbe langsiktig og strategisk. Det innebærer å gå fra prosjektlogikk til en tydeligere felles satsing, der sentrale aktører inngår i et mer formalisert partnerskap. En slik struktur kan ta ansvar for å prioritere og videreutvikle tematisk(e) satsingsområde(r) som velges, koordinere virkemidler og finansiering, og sikre at test- og utviklingsarbeid faktisk skaleres opp til løsninger som kan tilbys utenfor regionen og også eksporteres. Det handler både om å skape en arena der strategiske veivalg kan tas i fellesskap, og om å etablere en operativ kapasitet som kan drive konkrete initiativer framover over tid.

Merkevarebygging er en integrert del av denne utviklingen. Skal Drammensregionen tiltrekke seg kompetanse, samarbeidspartnere og investeringer, må regionen oppfattes som én samlet og tydelig helsedestinasjon og ikke en løs samling av enkeltprosjekter som i dag. En bevisst og samordnet posisjonering, der regionens fortrinn som testarena for hele helse- og omsorgsNorge tett på hovedstaden, vil være avgjørende for å skape gjennomslag nasjonalt og internasjonalt. Den videre utviklingen handler derfor ikke bare om å styrke enkeltaktører, men om å bygge en felles identitet og

en langsiktig, forpliktende satsing som gjør at Drammensregionen kan ta en tydelig og gjenkjennbar posisjon innen helseinnovasjon i årene som kommer.

Vedlegg 1: Informantliste

Person	Virksomhet
Marte R. Syvertsen	Vestre Viken HF
Anders Debes	Vestre Viken HF
Willy Holdahl	Drammen kommune
Trude Andresen	Drammen kommune
Hege Merethe Hagen	Responscenteret i Kongsberg
Arild Kristensen	Norway Health Tech
Øystein Risa	Sintef
Torbjørn Furulund	NHO Geneo
Pia Cecilie Bing-Jonsson	USN
Gøril Bergh	Drammen Helsepark
Julie Indrelid	Drammen Helsepark
Odd Terje	Vestre Viken HF
Janne H. Dugstad	USN
Bent-Håkon Lauritzen	Norway Health Tech

7 Bibliografi

- Akademiet. (u.å.). *Utdanningsprogram*. Hentet fra <https://www.akademiet.no/vgs/utdanningsprogram/>
- Buskerud fylkeskommune. (2025). *Næringsutvikling i Buskerud*. Hentet fra <https://bfk.no/tjenester/naringsutvikling/naringsutvikling-i-buskerud/>
- Drammen Helsepark. (u.å.). Hentet fra <https://www.drammenhelsepark.no/>
- Fagskolen Viken. (u.å.). *Studieveileder*. Hentet fra https://fagskolen-viken.no/studieveileder?f%5Bo%5D=type_studiested%3AKongsberg
- FHI. (2023). *Hva koster ulike sykdommer i helsevesenet?* Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2023/hva-koster-ulike-sykdommer-i-helsevesenet/>
- GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators. (2024). Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 1715-1743.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023a). *Meld. St. 15 (2022–2023) Folkehelsemeldinga Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023b). *Meld. St. 5 (2023–2024) En motstandsdyktig helseberedskap - Fra pandemi til krig i Europa*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023c). *Helsepersonellkommisjonen overleverte sin utredning*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helsepersonellkommisjonen-overleverte-sin-utredning/id2961748/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Meld. St. 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*.
- Helse Sør-Øst. (2025, 09 12). *Anskaffelse for rusbehandling*. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/behandling/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling/anskaffelse-historie-og-status/>
- Helsedirektoratet. (2023b). *Habilitering og rehabilitering i kommunene*.
- Helsedirektoratet. (2024). *Kompetanseløft 2025 - Årsrapport 2023*.
- Helsedirektoratet. (2025a). *Innbyggerundersøkelsen om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten 2024: bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/innbyggerundersokelsen-om-digitalisering-i-helse-og-omsorgstjenesten-2024-bruk-av-holdninger-til-og-tilfredshet-med-digitale-helsetjenester>

- Helsedirektoratet. (2025b). *Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/nasjonal-e-helsestrategi>
- Helsedirektoratet. (u.d.). *Nasjonal e-helseportefølje*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/nasjonal-e-helseportefolje>
- HelseHub. (2023). *Krafttak for helseinnovasjon i Drammen*. Hentet fra <https://helsehub.org/aktuelt/krafttak-for-helseinnovasjon-i-drammen>
- Helsehub. (u.å.). *Velkommen til helsetekporten!* Hentet fra <https://helsehub.org/helsetekporten>
- HelseOmsorg21 Monitor. (2024). *Doktorgrader innenfor medisin og helsefag i Norge – lærested*. Hentet fra <https://www.helseomsorg21monitor.no/datakilde/3>
- Hjemås, G., Holmøy, E., & Haugstveit, F. (2019). *Fremskrivninger av etterspørselen etter*. Hentet fra https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/386122?_ts=16a9b1eef68
- Hodne, A. M. (2025). *Tre sykdommer kan koste staten 100 milliarder*. Hentet fra <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/tre-sykdommer-kan-koste-staten-100-milliarder/17478775/>
- Hofstad, E. (2023). *Helsepersonellkomisjonens rapport: – Å senke forventningene er en highway til todelt helsetjeneste*. Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/2023/02/helsepersonellkomisjonens-rapport-senke-forventningene-er-en-highway-til-todelt>
- Kinge, J. M. (2023, 03 16). *Ønsker vi virkelig å redusere kvaliteten på helsetjenesten?* Hentet fra Dagens medisin: <https://www.dagensmedisin.no/onsker-vi-virkelig-a-redusere-kvaliteten-pa-helsetjenesten/555272>
- Kommunehelsesamarbeidet. (2018). *Avtale om tverrkommunalt samarbeid i Vestre Viken helseområde 2019-2023, kommunehelsesamarbeidet (KHS)*.
- Kompetansebehovutvalget. (2023). *Fremtidige kompetansebehov: Utfordringer for grønn omstilling i arbeidslivet*. Hentet fra <https://www.kompetansebehovsutvalget.no/uploads/TArfQKaf/KBU-temarapport-2023.pdf>
- Kongsberg Innovasjon. (u.å.). *Kongsberg Innovation*. Hentet fra <https://www.kongsberginnovasjon.no/level-2-pages/about>
- Melanor. (2024). *Ny rapport: Investering i medtek og lab kan løse helsepersonellkrisen*. Hentet fra <https://www.nhogeneo.no/artikler/2024/ny-rapport-investering-i-medtek-og-lab-kan-lose-helsepersonellkrisen/>
- Meld. St. 18 (2018-2019). (u.d.). *Helsenæringen - Sammen om verdiskaping og bedre tjenester*. Nærings- og fiskeridepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20182019/id2639253/>

- Menon Economics. (2017). *Bruker vi for mye på helse?* Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/709bd0bd8cea4012a4838806e87622a8/offentlige-helseutgifter-menon-2017.pdf>
- Menon Economics. (2018). *Bemanning, kompetanse og kvalitet - Status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.* Hentet fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/2022-02/menon2018bemanning-kompetanse-og-kvalitet-utgatte-lenker-fjernet.pdf>
- Menon Economics. (2020). *Forberedt på neste krise? Vurdering av helse- og omsorgssektorens kapaiste til å håndere fremtidig etterspørsel.* Hentet fra https://www.nsf.no/sites/default/files/2021-02/forberedt-pa-neste-krise-menon-rapport_2021.pdf
- Menon Economics. (2023a). *Klyngemekanismer i helsenæringen - analyse av aktører og samspill i økosystemet.* Hentet fra <https://menon.no/prosjekter/klyngemekanismer-i-helsenaeringen-analyse-av-aktorer-og-samspill-i-okosystemet>
- Menon Economics. (2023b). *KI: Betydningen for arbeidsstyrken.* Hentet fra <https://menon.no/prosjekter/ki-betydning-for-arbeidsstyrken>
- Menon Economics. (2023c). *Investeringsbehov i spesialisthelsetjenesten.* Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/65803c80cfc54711af3533779950756a/investeringsetterslepet-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>
- Menon Economics. (2025a). *Helseindustriens eksport - en nullpunktsanalyse med innsats- og resultatindikatorer.* Menon-publikasjon Nr. 15/2025.
- Menon Economics. (2025b). *Gevinstanalyse av helseteknologi.* Hentet fra <https://menon.no/uploads/images/Rapport-gevinstrealisering-helse.pdf>
- Munkhaugen, J., Kristensen, A. M., Halvorsen, S., Holmager, T., Olsen, M. H., Bakken, A., . . . Jortveit, J. (2025). Beta-Blockers after Myocardial Infarction in Patients without Heart Failure. *The New England Journal of Medicine*.
- NorTrials. (2024). *Satser på kliniske studier: Nå ser Vestre Viken HF resultater.* Hentet fra <https://www.nortrials.no/no/nyheter/nortrials-hos-vestre-viken>
- NOU 2023:4. (u.d.). *Tid for handling.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou20232023000400odddpdfs.pdf>
- OECD. (2023a). *OECD Skills Outlook 2023.* Hentet fra https://www.oecd.org/en/publications/oecd-skills-outlook-2023_27452f29-en.html
- OECD. (2023b). *Health at a Glance 2023.*
- Oslo Universitetssykehus. (2024, 03 26). *OUS Hjemme.* Hentet fra <https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/teknologi-og-innovasjonsklinikken/innovasjonsavdelingen/ous-hjemme/>
- Porter, M. (1990). *The Competitive Advantage of Nations.* New York: Free Press.

- Rambøll og Menon Economics. (2022). *Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/a93715d6039a44bf865a0f1482462b84/Sluttrapport-Bemanningutfordringer-i-helse-og-omsorgssektoren-Ramboll-og-Menon.pdf>
- Responscenteret. (u.å.). *Om oss*. Hentet fra <https://responscenteret.no/om-oss.php>
- Rørstad, K., Børing, P., & Solberg, E. (2023). *NHOs kompetansebarometer 2022*. Hentet fra <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/3050853/NIFU-rapport2023-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- SSB. (2007). *Friskere og sterkere*. Hentet fra SSB: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/friskere-og-sterkere>
- SSB. (2023a). *83 100 kroner per innbygger til helse i 2022*. Hentet fra <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap/artikler/83-100-kroner-per-innbygger-til-helse-i-2022>
- SSB. (2023b). *Statistikk om helseregnskap*. Hentet fra <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap>
- SSB. (2025a). *03321: Sysselsatte (15-74 år) per 4. kvartal. Pendlingsstrømmer, etter bostedskommune, statistikkvariabel, år og arbeidsstedskommune*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/03321>
- SSB. (2025b). *13521: Avlagte doktorgrader, etter lærested og kjønn 1980 - 2024*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/13521/>
- SSB. (2025c). *Videregående opplæring og annen videregående utdanning*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12608>
- Sykehuset i Vestfold HF. (2025). *Om oss*. Hentet fra <https://www.siv.no/om-oss/>
- Syvertsen, M. R., Heyn, L., Pajalic, Z., Berg-Berthinussen, M., & Sagberg, E. (2025). *Konseptutredning for utviklingsområdet for behovsrettet forskning på tjenester innen helse, omsorg og medisin*.
- Telemarksforskning. (2025). *Regional Analyse for Buskerud*. Hentet fra <https://regionalanalyse.no/rapport/10006/all>
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. A. (2020). *International Health Care System Profiles - Norway*. Hentet fra <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway>
- USN. (2018). *Helseinnovasjon i Drammensregionen - En forstudie om interesse og grunnlag for samskaping*. Hentet fra https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2564059/2018_6_Eide_Helseinnovasjon_net.pdf?sequence=1
- USN. (u.å.-a). *CoTech – samskapt helseteknologi*. Hentet fra <https://www.usn.no/cotech/>

- USN. (u.å.-b). *Universitetsskolene*. Hentet fra <https://www.usn.no/om-usn/strategi-og-visjon/universitetsskolene/>
- Utdanning.no. (u.å.). *Videregående opplæring*. Hentet fra <https://utdanning.no/utdanning/vgs/>
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. (u.å.). *Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Buskerud*. Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/utviklingssentrene/buskerud>
- Vestre Viken. (2021, 1 18). *Overordnet samarbeidsavtale mellom Vestre Viken HF og kommunene*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/4a9166/siteassets/documents/samhandlingsavtaler/overordnet-samarbeidsavtale-mellom-kommuner-og-vestre-viken-hf.pdf>
- Vestre Viken. (2024b, 12 12). *Spennende møte med Mayo Clinic*. Hentet fra Vestre Viken: <https://www.vestreviken.no/om-oss/nyheter/spennende-mote-med-mayo-clinic/>
- Vestre Viken. (2024c, 6 18). *Kunstig intelligens*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/fag-og-forskning/bildedagnostikk/kunstig-intelligens/>
- Vestre Viken. (2024d, 3 11). *Vestre Vikens virtuelle sykehus*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/avdelinger/vestre-vikens-virtuelle-sykehus/>
- Vestre Viken. (2025, 5 8). *Samhandling*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/fag-og-forskning/samhandling/#strategisk-samarbeidsutvalg-ssu>
- Vestre Viken. (2025, 6 4). *Testbed for utprøving og samarbeid med næringsliv*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/testbed/>
- Vestre Viken. (2025d, 07 30). *Vil bruke Kongsberg som modell*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/om-oss/nyheter/vil-bruke-kongsberg-som-modell/>
- Vestre Viken. (2025e). *Avtaler med private*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/fag-og-forskning/samhandling/avtaler-med-private/>
- Vestre Viken HF. (2024a). *Forskning og innovasjon - Årsrapport 2024*.
- Vestre Viken HF. (2024b). *Forskning og innovasjon - Årsrapport 2024*.
- Vestre Viken HF. (2024e). *Forsknings og utviklingsavdelingen psykisk helse og rus*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/forsknings-og-utviklingsavdelingen-psykisk-helse-og-rus/forskning/>
- Vestre Viken HF. (2025a). *Fakta om Vestre Viken helseforetak*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/om-oss/fakta-om-vestre-viken-helseforetak>
- Vestre Viken HF. (2025b). *Organisasjonskart for Vestre Viken*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/4a488f/siteassets/documents/organisasjonskart-for-vestre-viken.pdf>
- Vestre Viken HF. (2025b). *Utdanning og kompetanse*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/fag-og-forskning/utdanning-og-kompetanse/>

- Vestre Viken HF. (2025b). *Vil bruke Kongsberg som modell*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/om-oss/nyheter/vil-bruke-kongsberg-som-modell/>
- Vestre Viken HF. (2025c). *Forskning og innovasjon*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/fag-og-forskning/forskning-og-innovasjon/>
- Vestre Viken HF. (2025f). *Samhandling*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/fag-og-forskning/samhandling/>
- Vestre Viken HF. (u.d.). *Fakta om Vestre Viken helseforetak*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/om-oss/fakta-om-vestre-viken-helseforetak>
- Vestre Viken HF. (u.å-a). *Forskningsavdelingen Bærum Sykehus*. Hentet fra <https://www.vestreviken.no/avdelinger/forskningsavdelingen-berum-sykehus/>
- Vestre Viken. (u.d.). *Videosamtale med AMK (113)*. Hentet fra Vestre Viken: <https://www.vestreviken.no/fag-og-forskning/forskning-og-innovasjon/videosamtale-med-amk-113/#presentasjoner-og-film-fra-dialogkonferansen>
- World Economic Forum. (2025). *The Future of Jobs Report 2025*. Hentet fra <https://www.weforum.org/publications/the-future-of-jobs-report-2025/in-full/3-skills-outlook/>