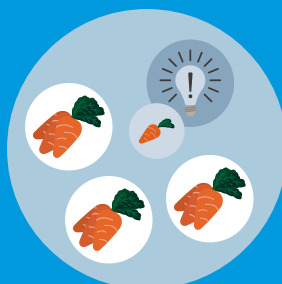
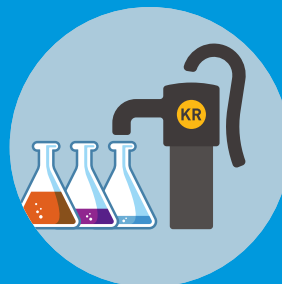
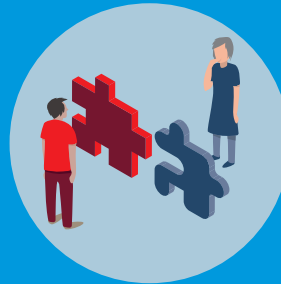
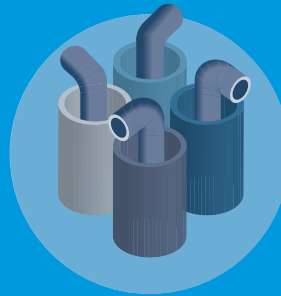
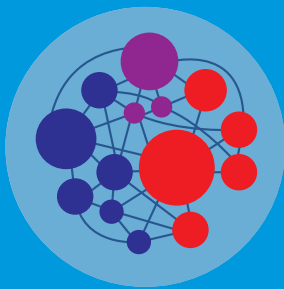


FÖRSTUDIERAPPORT

VÄRDESKAPANDE INNOVATION I PARTNERSKAP

EN HINDERSAMMANSTÄLLNING GÄLLANDE INNOVATIONS-
MOTTAGLIGHET OCH FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR VÄRDE-
SKAPANDE PARTNERSKAP I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN



Upplysningar om innehållet:
Örjan Norberg, orjan.norberg@vll.se

© Västerbottens läns landsting, 2018

Text: Örjan Norberg, Västerbottens läns landsting
Elham Pourazar och Jenny Eklund, VLL Innovation & OC Transformation Partners
Anna Krohwinkel, Stiftelsen Leading Health Care

Layout: Andreas Norberg Design

SAMMANFATTNING

Värdeskapande innovation i partnerskap är det centrala temat för denna förstudie; hur svensk hälso- och sjukvård kan möta komplexa utmaningar med hjälp av samverkan – och vilka hinder som står i vägen för detta. Förstudien är en del av ett nationellt uppdrag - ett initiativ - som Västerbotten har drivit för att identifiera systemhinder för värdeskapande innovation i partnerskap inom svensk hälso- och sjukvård, samt kartlagt och undersökt hur man kan adressera dessa hinder för att främja samarbete mellan aktörer inom offentlig sektor (regioner, landsting, kommuner, Försäkringskassa, etc.), samt näringsliv, akademi och civilsamhället. Detta arbete har samlat och byggt vidare på den fleråriga erfarenhet som Västerbottens läns landsting har i arbete med värdeskapande innovation i partnerskap, kompletterat med nationella perspektiv från nyckelaktörer inom life science-sektorn, samt med utgångspunkt i aktuell systemforskning och Stiftelsen Leading Healthcares erfarenheter.

10 HINDER SOM FÖRSVÅRAR

Förstudien har identifierat tio väsentliga hinderkategorier som försvårar eller motverkar värdeskapande innovation i partnerskap inom svensk hälso- och sjukvårdssektor.

De fyra första kategorierna utgör generella ramvillkor; förutsättningar att förhålla sig till i termer av juridiska, organisatoriska, ekonomiska och kulturella ramar. De är inte direkta hinder i sig, men kan bli hinder eller presentera utmaningar utifrån tolkning och tillämpning. De senare sex hindren återspeglar specifika systemhinder som identifierats i såväl VLL:s beprövade partnerskapsprocess som i systemforskningen samt i de intervjuer och samtal som förts med nyckelaktörer inom hälso- och sjukvården i Sverige. Hinderkategorierna är:

Juridik: Lagar, regler, riktlinjer och prejudikat

Struktur: Mångfaldig styrning, mismatch mellan central och decentraliserad nivå

Silos: Organisatoriska och ekonomiska stuprör

Organisationskultur: Hierarkier, ledarskap och kompetens

Data: Bristande datakvalitet, tillgänglighet och möjlighet till uttag

Ekonomi: Avsaknad av faktiska kostnadsdata samt kortsiktig budget- och investeringshorisont

Partnerskap: Svårigheten att få det att fungera "på riktigt"

Värde: Svårigheten att definiera, skapa, mäta, följa upp och fördela värde

Ersättningsmodeller: Avsaknad av ekonomiska incitament som premierar innovation, utveckling och förändring

Incitamentsstrukturer: Avsaknad av riktade incitament för innovation, utveckling och förändring

SYSTEMPERSPEKTIV

Hindren är inte ömsesidigt uteslutande eller har en generaliserbar inbördes rangordning och de kan förekomma och ta sig olika uttryck på olika systemnivåer; verksamhets-, organisations- och policynivå. Förstudien lyfter vikten av att ha ett systemperspektiv för att öka mottagligheten för värdeskapande innovationsarbete i partnerskap i svensk hälso- och sjukvård; att se helheten med det komplexa sammanhanget och det system som arbetet sker inom - och inte bara delarna för sig. Lösningar behöver utarbetas på alla nivåer. Det är också nödvändigt att arbetet har en stark förankring på verksamhetsnivå, med innovationssatsningar direkt i vardens vardag – inte i projekt på sidan om.

REKOMMENDATIONER

Sverige och svensk hälso- och sjukvård behöver värdeskapande innovation i partnerskap, och att hitta sätt att adressera de hinder som står i vägen för att utveckla detta arbetssätt. Erfarenheterna från Västerbotten, intervjuerna med nyckelaktörer från hälso- och sjukvården, samt den organisationsteoretiska innovationsforskningen vittnar om potentialen med att driva en sådan omställning för såväl landsting/regioner som industrin.

I denna rapport presenteras fem rekommendationer – förutsättningar för att kunna lyfta fokus från hinder till lösningar – som understryker vikten av ett initiativ som kan växla upp och driva en långsiktig systemtransformation i svensk hälso- och sjukvård.

1. Fortsatt mandat till att driva och utveckla det nationella initiativet för värdeskapande innovation i partnerskap, i syfte att transformera svensk hälsosektor långsiktigt.
2. Nationella resurser för att främja riskvilja, mod och uthållighet hos landsting/regioner och bolag att pröva nya angreppssätt för att gemensamt adressera hälso- och sjukvårdens stora utmaningar, direkt i vårdens vardag.
3. Skapa förutsättningar för att adressera identifierade hinder för värdeskapande innovation i partnerskap ur ett helhetsperspektiv och på bred nationell front: på verksamhets-, organisations- och policynivå.
4. Skapa forum för nationellt utbyte av kunskap och erfarenheter kring värdeskapande innovation i partnerskap och hur innovationsmottagligheten i svensk hälso- och sjukvård kan stärkas.
5. Stärka Västerbottens roll som bärare av konceptet värdeskapande innovation i partnerskap och bygga vidare på de erfarenheter man samlat på sig i ett slags "Center of Excellence".

Ett lösningsperspektiv och ett konkret förslag på hur initiativet för värdeskapande innovation i partnerskap kan växlas upp och utformas presenteras i en separat plan: **Initiativ för värdeskapande innovation i partnerskap: En plan för långsiktig systemtransformation och svensk hälsosektorreform.**

INNEHÅLLSFÖRTECKNING - 1/2

INLEDNING	7
Syfte	8
Metod	8
Avgränsning	9
BAKGRUND	10
Innovationsutmaningen i Sverige	10
Värdeskapande innovation i partnerskap i Västerbotten	10
VÄRDESKAPANDE. INNOVATION. PARTNERSKAP.	12
Vad menas med värdeskapande?	12
Vad är innovation?	13
Vad menas med partnerskap?	14
ETT SYSTEMFORSKNINGSPERSPEKTIV PÅ INNOVATION I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, MOTTAGLIGHET OCH HINDER	15
Värdeskapande innovation för vem? – ett patientperspektiv	15
Behovet av ett systemperspektiv	16
Systemets mottaglighet är avgörande för värdeskapande i praktiken	16
Hinder för mottaglighet genomsyrar systemets olika nivåer	17
OMVÄRLDSBEVAKNING	18
Andra initiativ med systemperspektiv	18
Relaterade statliga utredningar	19
VLL:S ERFARENHETER AV VÄRDESKAPANDE INNOVATION I PARTNERSKAP	20
VLL Innovation AB: en ingång för partnerskap	20
VLL:s process för värdeskapande innovation: en ordnad och transparent process för partnerskap	21
Innovationskliniker: en verkstad för innovationssatsningar	23
Utfallsbaserad värdemodell: nya affärsmodeller för värdeskapande innovation i partnerskap	24
Västerbottens systemperspektiv på värdeskapande innovation i partnerskap	25
Hur skiljer sig Västerbottens arbete från andra initiativ med systemperspektiv?	26

FORTS. NÄSTA SIDA >

INNEHÅLLSFÖRTECKNING - 2/2

HINDER FÖR VÄRDESKAPANDE INNOVATION I PARTNERSKAP INOM SVENSK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	27
GENERELLA RAMVILLKOR	28
Juridik: Lagar, regler, riktlinjer och prejudikat	28
Struktur: Mångfaldig styrning, mismatch mellan central och decentraliserad nivå	29
Silos: Organisatoriska och ekonomiska stuprör	30
Organisationskultur: Hierarkier, ledarskap och kompetens	30
CENTRALA SYSTEMHINDER	31
Data: Bristande datakvalitet, tillgänglighet och möjlighet till uttag	31
Ekonomi: Avsaknad av faktiska kostnadsdata samt kortsiktig budget- och investeringshorisont	32
Partnerskap: Svårigheten att få det att fungera "på riktigt"	33
Värde: Svårigheten att definiera, skapa, mäta, följa upp och fördela värde	34
Ersättningsmodeller: Avsaknad av ekonomiska incitament som premierar innovation, utveckling och förändring	35
Incitamentsstrukturer: Avsaknad av riktade incitament för innovation, utveckling och förändring	36
Att undvika eller adressera hinder	37
LÖSNINGAR PÅ IDENTIFIERADE HINDER	38
SLUTSATS	40
REKOMMENDATIONER	41
REFERENSER	42
BILAGA 1: LISTA PÅ GENOMFÖRDA INTERVJUER OCH SAMTAL	44

1. INLEDNING

De senaste decennierna har den globala hälso- och sjukvårdssektorn fått möta en växande komplexitet av utmaningar; med ökad efterfrågan men med begränsade resurser och kompetenser att kunna leverera effektiv och jämlik vård. Samtidigt växer frustrationen hos många över den långsamma upptagningen av nya mediciner, tekniker och arbetssätt. Hälso- och sjukvård utgör idag en sektor med stigande kostnader. Trenden visar en fortsatt ohållbar ökning av kostnader, större skillnader mellan vårdgivare och ojämlig vård för patienter, och en utformning av incitament och ersättningsmodeller som direkt eller indirekt försvårar utveckling och effektivisering. I Sverige har den demografiska utvecklingen redan påverkat landsting och regioner som haft svårt att hålla tillbaka kostnadsökningarna, vilka har ökat snabbare än skatteunderlaget. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är en dämpad kostnadsutveckling och effektiviseringar helt avgörande för att klara utmaningarna och säkra välfärden framöver.¹

Nya initiativ som söker bryta denna trend blir alltmer vanliga. Betydelsen av ökad innovation, utveckling och förändringsarbete samt investeringar i offentlig sektor ses internationellt som en central angelägenhet för att tackla framtidens hälsosituation.² Detta återspeglas av prioriteringar och mål hos såväl Europeiska kommissionen som OECD och FN. I sin promemoria om effektiva, tillgängliga och anpassningsbara hälso- och sjukvårdssystem, konstaterar EU-kommissionen att god vård i framtiden kräver en hälso- och sjukvård som är mer flexibel samtidigt som den förblir kostnadseffektiv och ekonomiskt hållbar.³ I de flesta länder pågår nu satsningar på systemnivå, inte minst genom att främja olika typer av samarbeten mellan offentliga och privata aktörer.⁴

I Göran Stiernstedts utredning "Effektiv Vård" (SOU 2016:2) utreddes frågan om det svenska sjukvårdssystemets anpassningsförmåga till nya förutsättningar, förändrade behov, förväntningar och krav, och förmåga att leverera samma eller högre medicinska resultat som idag. Han konstaterade att förutsättningarna för värdeskapande och innovation inom svensk hälso- och sjukvårdssektor inte är optimala: vi har under lång tid negligerat strukturella problem som är avgörande för hela systemets effektivitet och ändamålsenlighet, kanske i tron att det löser sig av sig själv. Resurserna är dock inte obegränsade i ett skattefinansierat välfärdssystem för alla, och för svensk hälso- och sjukvård är det en nyckelfråga – precis som i många andra sektorer – att finna innovativa och mer kostnadseffektiva sätt att bedriva sitt uppdrag.⁵

Mot bakgrund av det arbete för värdeskapande innovation i partnerskap som man i Västerbottens läns landsting (VLL) bedrivit sedan 2013, antog VLL i dialog med regeringens life science-samordnare samt Expertrådet för Life Science uppdraget att utveckla en plattform - ett initiativ - för systemförändring med ett nationellt perspektiv och utifrån lokal relevans. Syftet med detta är att identifiera och adressera systemutmaningar och strukturella hinder som idag försvårar eller motverkar värdeskapande innovation i samverkan mellan hälso- och sjukvården och industrin.

Som första steg i detta initiativ har en förstudie genomförts under våren 2018 med stöd från Vinnova Hälsa – och med målsättning att lägga grunden för en nationell satsning inom området. Förstudien har kartlagt det sammanhang och de systemhinder som är orsaken till att initiativet behövs, och analyserat vilka förutsättningar som är lämpliga för att genomföra en förändring, vilket redovisas i denna rapport.

Utgångspunkten har varit att Västerbotten som en plattform för värdeskapande innovation i partnerskap skulle kunna koordinera ett arbete med att systematiskt och pragmatiskt adressera identifierade utmaningar och hinder i praktiken. Detta sker i samarbete med andra landsting och regioner och tillsammans med industrin samt ett bredare spektrum av aktörer inom hälso- och sjukvården, för en långsiktig systemtransformation och hälsosektorreform. Inom ramen för förstudien har ett konkret förslag på hur ett sådant initiativ kan utformas också tagits fram, samt en tillhörande beskrivning om hur relaterad forskning kan knytas till detta. Detta redovisas i ett mer konkret förslag på lösningar och en plan för vägen framåt: **Initiativ för värdeskapande innovation i partnerskap – en plan för långsiktig systemtransformation i svensk hälsosektor.**

1. SKL (2018), Ekonomirapporten, maj 2018, Om kommunernas och landstingens ekonomi
2. Se t ex OECD 2017, "Caring for quality in health: Lessons learned from 15 reviews of health care quality".
3. European Commission, COM(2014)215
4. Tillväxtanalys 2016:07, "Hänt i världen våren 2016 – Innovation i offentlig sektor".
5. SOU 2016:2, "Effektiv Vård"

1.1. SYFTE

SYFTE MED DENNA FÖRSTUDIE HAR VARIT:

- Att samla och bygga vidare på VLL:s erfarenheter i arbetet med värdeskapande innovation i partnerskap.
- Att sammanställa de viktigaste och mest angelägna systemhindren och rekommendationerna för värdeskapande innovation i partnerskap; från VLL, nyckelaktörer inom hälsosektorn i Sverige samt ur ett organisationsvetenskapligt perspektiv.
- Att formulera rekommendationer för hur dessa hinder kan adresseras och nya lösningar introduceras, med ett tillhörande konkret förslag för en långsiktig systemtransformation som främjar värdeskapande innovation i partnerskap ur ett nationellt perspektiv.

FRÅGESTÄLLNINGAR SOM FORMULERATS UNDER FÖRSTUDIEN ÄR:

- Vilka har varit VLL:s mest centrala erfarenheter i arbetet med värdeskapande innovation i partnerskap?
- Vilka hinder kan identifieras inom svensk hälso- och sjukvård gällande värdeskapande innovation i partnerskap – på systemnivå – för att effektivt kunna möta framtidens utmaningar? Vilka förutsättningar behöver vara på plats för att stärka mottagligheten för innovation, utveckling och förändringsarbete?
- Hur kan det nationella initiativet växlas upp, och vilka förutsättningar behöver vara på plats för att föreslagna lösningar ska kunna genomföras, i syfte att främja värdeskapande innovation i partnerskap för svensk hälso- och sjukvård på lång sikt?
- Hur ser en möjlig arena för reformeringsarbetet ut, och hur kan Västerbottens erfarenheter gällande värdeskapande innovation i partnerskap nyttjas och utvecklas för att främja detta initiativ?

1.2. METOD

Västerbottens läns landsting har lett förstudiearbetet, tillsammans med VLL Innovation AB och dess upphandlade partner OC Transformation Partners som utförare. Förstudien har vidare genomförts i samarbete med Stiftelsen Leading Health Care (LHC).

Sammanställningen och analysen i denna rapport är gjord med utgångspunkt i den empiriska erfarenhet som VLL och VLL Innovation samlat på sig genom tidigare och pågående arbete med partnerskapsprocesser för pilotprojekt, innovationssatsningar och business case samt innovationsarbete på VLL:s innovationskliner. Detta har kompletterats med nationella perspektiv från nyckelaktörer inom life science-sektorn, samt med utgångspunkt i aktuell systemforskning utifrån LHC:s erfarenheter.

Inom ramen för förstudiearbetet har frågeställningarna kring systemhinder och lösningar diskuterats och förankrats med representanter för en rad olika aktörer inom hälso- och sjukvården. Totalt har 34 personer deltagit i intervjuer och samtal under våren 2018, inklusive företrädare från olika landsting och regioner, branschorganisationer, industrin, akademien, forskningsinstitut samt andra berörda intressenter (se bilaga 1: Lista med informanter, genomförda intervjuer och samtal).

Sammanställningen av praktiska erfarenheter och perspektiv från informanter har stämts av mot och kompletterats med perspektiv från aktuell innovationsforskning, organisationsteoretisk implementeringsforskning och forskning om förändringsledning. Relevanta utredningar på området, samt LHC:s och andra utvärderingar av innovationssatsningar nationellt och internationellt, har också beaktats.

Denna förstudierapport presenterar i första hand en solid bakgrundsförståelse för konceptet och modellen för värdeskapande innovation i partnerskap, samt den sammanställning av systemhinder som gjorts – på verksamhets-, organisations- och policynivå. Slutsatser och rekommendationer för en väg framåt har formulerats, som underlag för en mer konkret plan för långsiktig systemtransformation som främjar värdeskapande innovation i partnerskap. Denna plan presenteras i ett separat dokument: **Initiativ för värdeskapande innovation i partnerskap: En plan för långsiktig systemtransformation och svensk hälsosektorreform.**

1.3. AVGRÄNSNING

Förstudien ambition har varit att identifiera systemhinder för värdeskapande innovation i partnerskap – ett koncept och en modell för hur partnerskap och samverkan för innovation, utveckling och förändring kan skapa värden i hälso- och sjukvården – samt kartlägga och undersöka hur man kan adressera dessa hinder. Detta för att främja samarbete mellan aktörer inom offentlig sektor i Sverige (regioner, landsting, kommuner, Försäkringskassa, etc.), samt näringsliv, akademi, civilsamhället samt invånarna själva och öka innovationsmottagligheten i hälso- och sjukvården.

Förstudien behandlar inte vårdinnovation som generell företeelse, och har inte heller fördjupat sig i de rent medicinska, medicintekniska eller vårdvetenskapliga perspektiven på vårdinnovation. Fokus har därmed inte varit på innovativa produkter, processer och tjänster som lösning på hälso- och sjukvårdens specifika behov per se, utan snarare hur hälso- och sjukvården kan stärka förutsättningarna för värdeskapande innovation i partnerskap på systemnivå: i verksamheter, i organisationer, och på policynivå.

2. BAKGRUND

2.1. INNOVATIONSUTMANINGEN I SVERIGE

I SOU 2013:40, "Att tänka nytt för att göra nytta – om perspektivskiften i offentlig verksamhet", sammanfattas några av de mest centrala åtgärderna som krävs för att systematiskt förbättra mottagligheten för innovation i offentlig verksamhet: Ett ökat fokus på behov och tvärfunktionellt värdeskapande, ökat handlingsutrymme och mandat att upprätta testmiljöer för innovation och utveckling direkt i verksamhet, en infrastruktur för idé- och kunskapshantering samt etablering av kompetenscentrum i syfte att bygga upp kunskap om behovet av samhällstjänster ur ett helhetsperspektiv. Slutligen lyfts även incitament som kan främja innovationskraften i offentlig sektor, inklusive nya instrument som främjar långsiktiga investeringar samt effektivt resursutnyttjande – över tid, mellan sektorer och mellan huvudmän – för att lösa samhällets mer komplexa utmaningar.⁶

Den svenska modellen med dialog och samverkan mellan hälso- och sjukvårdens utförare och offentliga huvudmän, akademi och forskning, patienter och industri lyfts fram även i regeringens nya Life-Science-satsning, som en avgörande pusselbit för att hitta innovativa lösningar på frågor av systemkaraktär.

I en rapport från Rådslaget Produktivitet i vård och omsorg (2016) beskrivs ett antal exempel från olika länder hur det experimenteras på systemnivå för att möjliggöra innovation i offentlig sektor. Ett vanligt inslag är olika typer av samarbeten mellan offentliga och privata aktörer, ett annat är ambitionen om en ökad dialog med medborgarna om hur välfärdstjänster kan utvecklas. Inom hälsoområdet domineras diskussionen för närvarande av den snabba utvecklingen inom medicin, medicinteknik och informationsteknologi, som har potential att drastiskt förändra mönstren för både vårdproduktion och -konsumtion. Här finns dock även utmaningen hur innovationer som till viss grad redan är etablerade i andra delar av samhället kan föras in snabbare i hälso- och sjukvårdsverksamheterna.⁷

Trots att det finns många goda exempel på lokala projekt och samarbeten där utveckling och introduktion av nya idéer, teknologier eller arbetssätt fungerat bra, noteras gång på gång begränsningar i hur dessa sprider sig till resten av hälso- och sjukvården. En begynnande insikt och erfarenhet är att innovation inte kan drivas som projekt vid sidan av ordinarie verksamhet – innovationsutrymme måste finnas integrerat på alla systemnivåer, från patientmötet i vårdens vardag till organisation och ekonomi inom förvaltningen samt strategisk policynivå.⁸

2.2. VÄRDESKAPANDE INNOVATION I PARTNERSKAP I VÄSTERBOTTEN

I Västerbottens läns landsting (VLL) – Region Västerbotten från 1 januari 2019 – har man i flera år arbetat aktivt för att på ett mer strukturerat vis främja värdeskapande, innovation och partnerskap inom hälso- och sjukvården i Västerbotten, direkt i vårdens vardag. Detta arbete är nu tänkt att utvecklas även utifrån ett systemperspektiv. Allt för att kunna underlätta för snabbare införande av innovativa metoder och tekniker som kan ge en positiv effekt såväl för patienterna som för verksamheten i stort.

Mot bakgrunden av landstingets stigande kostnader, en på sikt ohållbar landstingekonomi och samtidigt demografiska och geografiska utmaningar med nya krav från invånare beslutade VLL under 2015 att etablera en ny institutionell struktur för innovativa lösningar för hälso- och sjukvården i Västerbotten – en ingång in i sjukvården för externa partners, framförallt från industrin. Västerbottens läns landsting innovation AB (VLL Innovation) bildades som resultatet av en medskapandeprocess efter ett långtgående förankringsarbete och med politisk enighet över blockgränser, i linje med landstingets övergripande strategi och framtagna mål om att vara en "aktiv och innovativ samarbetspartner". VLL Innovation har sedan dess verkat för att möta de strukturella hindren som hälso- och sjukvårdssektorn står inför, för att möjliggöra partnerskap med andra offentliga aktörer och i huvudsak externa bolag. Dessa hinder är inte på något vis unika för Västerbotten och kan ses ur ett bredare perspektiv i Sverige och världen.

6. SOU 2013:40, "Att tänka nytt för att göra nytta – om perspektivskiften i offentlig verksamhet".

7. Rådslaget Produktivitet i vård och omsorg 2016, "De tio förbudsorden: Tio saker som vi inte ska göra och gör vi dem inte underlättar vi digitaliseringen och därmed skapar vi förutsättningar för vården och omsorgen att bli bättre och effektivare".

8. LHC 2014:3, "Framtidens hälsa, vård och omsorg - Detta kommer debatten att handla om".

Arbetet i Västerbotten har inneburit en utveckling av ett ramverk – ett verktyg – för partnerskapsprocesser för innovationssatsningar, med tillhörande värdemodell och värdefördelningsprinciper, samt en långsiktig plan som främjar breddimplementering av innovations- och utvecklings-satsningar, kommersialisering och i förlängningen export av svensk innovationskraft. Under 2017 testades och validerades delar av partnerskapsprocessen i skarpa innovationssatsningar, så kallade case, på verksamhetsnivå och direkt i vårdens vardag, i samverkan med såväl vårdenheter som industrin och kommun. VLL Innovation har i detta arbete haft rollen som en intermediär facilitator, där huvudsyftet varit att få samtliga parter att arbeta pragmatiskt och målinriktat från dag ett, i en ordnad, systematisk och transparent process.

Principerna i strukturen bygger på partnerskap som en utgångspunkt för att lösa framtidens utmaningar för sjukvården, som ett sätt att gemensamt optimera värdeskapande och kvaliteten i vården på ett så kostnadseffektivt vis som möjligt. Denna form av partnerskap frångår den traditionella affärsmodellen med en köpare och en säljare. Det bygger istället på en process med delat ansvar, delade risker och i förlängningen även delade värden. Inbyggt i partnerskapet är ett antagande om ömsesidig win-win-effekt för alla medverkande parter.

Förutom de grundläggande principerna om värdeskapande, innovation och partnerskap, som har genomsyrat Västerbottens innovationsarbete, har det också handlat om mod att våga prova nytt – direkt i kärnverksamheten. Under 2017-2018 sker också nästa steg i utvecklingen genom etableringen av operativa test- och implementeringsmiljöer, Innovationskliniker, i Västerbotten. Innovationsklinikerna etableras i syfte att stärka den plattform för innovation som skapats. Samtidigt har man i VLL initierat en process för att institutionalisera en intern innovationsledning- och stödstruktur som ska systematisera och effektivisera hanteringen av innovationssatsningar inom förvaltningen. Detta arbete sker parallellt med förankringsarbete på alla plan i förvaltningen.

För att stärka Västerbottens och Sveriges roll i ett globalt sammanhang och samtidigt nyttja internationella noder för innovation, utveckling och förändringsarbete, har kontakter också initierats för framtida internationella samarbeten och nya möjligheter till värdeskapande.

Detta arbete har sammantaget gett många värdefulla erfarenheter kring förutsättningarna för att arbeta med värdeskapande innovation i partnerskap, och har samtidigt visat på behovet av en större och bredare systemansats för att främja partnerskap "på riktigt" och stärka innovationsmottagligheten inom hälso- och sjukvården – inte bara i Västerbotten utan i Sverige som helhet.

3. VÄRDESKAPANDE. INNOVATION. PARTNERSKAP.

De tre ledord som utgjort grunden för det arbete som VLL drivit sedan några år tillbaka är, som tidigare nämnts: värdeskapande, innovation och partnerskap. Dessa tre i samspel är vad som antas kunna skapa värden på bredare front, med fokus på en målsättning att kunna erbjuda effektiv vård och god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, till effektivast möjliga resursnyttjande.

3.1. VAD MENAS MED VÄRDESKAPANDE?

Värde. På senare år har ordet fått en alltmer central betydelse för hälso- och sjukvården. Begrepp som värde, värdebaserat och värdeskapande är populära i dagens debatt om hur hälso- och sjukvården kan utvecklas. Begreppet värdeskapande har tidigare framför allt förknippats med ekonomiska beräkningar, men har de senaste tjugo åren allt mer kommit att användas bredare inom offentlig verksamhet.⁹ I 2010 års förvaltningspolitiska proposition beskrivs behovet att stärka offentlig verksamhets förmåga att få till stånd värdeskapande system som tillgodoser brukarnas önskemål om hög kvalitet i de offentliga tjänsterna, professionernas önskan att få bedriva ett framgångsrikt arbete och huvudmännens krav på god resursanvändning. Vidare framhålls vikten av bättre samverkan mellan kommun, landsting och stat, där det gemensamma värdeskapandet för medborgare och företag tillmäts en allt större betydelse.¹⁰

Tvärtom mot vad vissa värdebegrepp vill visa på¹¹ så finns inom innovationsforskningen ingen fast definition av värde eller värdeskapande – varken generellt eller inom hälso- och sjukvården specifikt. Det är när rätt resurser kombineras som värde skapas.¹² Vad som är "rätt" i de olika dimensionerna behöver stämmas av mot lokala förutsättningar. Värden bör också hanteras med respekt för att de är subjektiva – tolkas av den de uppstår för – och ofta visar sig först på sikt, vilket gör dem svåra att mäta och sätta pris på.

I värdeskapande partnerskap i hälso- och sjukvården är det därför viktigt att se värde ur ett bredare perspektiv, inklusive vårdrelaterade utfall och ökad patientnytta, ökad medarbetarnytta, förbättrad arbetsmiljö och en attraktiv arbetsplats. Vidare är det i en ekonomiskt hårt pressad sektor många gånger tillgången till och nyttjandet av resurser som avgör möjligheterna att kunna leverera bästa möjliga vård. För att säkerställa en långsiktigt hållbar ekonomi – och de facto effektiv vård – är det därför också av betydelse att se värdeskapande i ljuset av hur resurser fördelas (ekonomi), för att kunna härleda kostnader och ekonomiska värden. I samverkan mellan offentlig och privat sektor bör värdeskapandet också reflektera de kommersiella värden som uppstår ur en konkurrens- och marknadsmässig synvinkel: nya affärsmöjligheter och mer ändamålsenliga lösningar. Övriga faktorer såsom kapacitetsökning inom vården och ökad tillgänglighet, möjlighet till stärkt patientdeltagande och egenvård, möjligheter för bolag att testa och utveckla behovsanpassade lösningar i samverkan med vårdgivare är också en del av det multidimensionella värdeskapandet. Värdeskapandet och dess betydelse i ekonomiska termer är alltså en kombination av budget-, marknads- och samhällsperspektiv där alla kronor behöver "räknas hem". En central fråga som oftast uppstår när värde skapas i partnerskap är: värde för vem?¹³

Frågeställningarna och utmaningarna kring hur systemet kan eller bör förändras för att möjliggöra, synliggöra och mäta värdeskapande på nya sätt är inte unika för Sverige. Hälso- och sjukvården står inför ett globalt paradigmskifte. Värde, och nya definitioner därav, kommer få en allt centralare betydelse för sektorns utformning. På samtliga nivåer kommer det för långsiktig hållbarhet att krävas en balansgång mellan förmågan att leverera bästa möjliga värde för invånare, inom ramen för en begränsad tillgång på resurser.¹⁴

9. Den breda definitionen av begreppet värdeskapande baserar sig på en skolbildning som benämns Public Value, se t ex Williams & Shearer 2011, "Appraising public value: past, present and future".

10. Prop. 2009/10:175, "Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt".

11. Däribland "värdebaserad vård", som baseras på antaganden om att värde definieras av patienternas hälsoutfall i relation till kostnaderna för att åstadkomma detta.

12. Som Helgesson och Winberg (2009) visat på förväxlas dock ofta frågan om vem som skapar mest nytta för tillgängliga resurser (värdeskapande) med frågan om hur resurser ska fördelas (ekonomi).

13. Jfr. Leading Health Care (2018), 3 kronor – En jämförelse av hur olika ekonomiska analysmetoder synliggör värde i vården, LHC Report nr 1 2018.

14. Mark Britnell 2015, "In search of the perfect health system".

3.2. VAD ÄR INNOVATION?

Begreppet innovation är ett sammanfattande generellt begrepp för att introducera något nytt som skapar nya värden och/eller fångar värden på ett nytt sätt (OECD 2005). Det kan vara ett nytt läkemedel, en medicinskt teknisk produkt, en ny behandlingsmetod eller ett nytt sätt att leverera vård. Nya organisationslösningar, styrmekanismer, administrativa rutiner och uppföljningsmetoder kan också ses som exempel på innovationer inom hälso- och sjukvården.¹⁵

I Innovationsrådets slutbetänkande (2013:40) föreslås att en innovation i offentlig verksamhet är "när man tar fram och inför nya produkter, processer, tjänster, samverkansformer, synsätt och metoder som resulterar i betydande förbättringar av kvalitet, effektivitet eller ändamålsenlighet".¹⁶ SKL beskriver i sitt positionspapper om En innovationsvänlig offentlig verksamhet (2015), innovation som "nya lösningar som svarar mot behov och efterfrågan i vardagen och omvärlden." Här poängteras också att "värdeskapandet för samhället uppstår först då nya lösningar anammas, sprids och blir ett sätt att arbeta långsiktigt".¹⁷

För värdeskapande innovation som uppstår i partnerskap mellan offentlig och privat sektor sträcker sig dock innovationen bortom produkter, processer och tjänster och innefattar även nya innovativa affärsmodeller som skapar förutsättningar för att dela risker, dela ansvar och dela de värden som uppstår utifrån rimliga fördelningsprinciper.¹⁸

I konceptet innovation ingår därför att skapa värde i olika former och i nya konstellationer, men även att problematisera begreppet värde och hur olika dimensioner av värde kan fångas upp: innovationens förmåga att skapa värde över tid i relation till en mångfaldig och komplex målbild som inkluderar effektiv vård, god hälsa och vård på lika villkor samt ett effektivt resursnyttjande inom hälso- och sjukvården. Här är systemets innovationsmottaglighet av central betydelse för innovationers värdeskapande.

15. LHC 2012:4, "Organisering för innovation i sjukvården – Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling".

16. För litteraturoversikter om innovativ förvaltning se t.ex. Nählinder 2007, "Innovationer i offentlig sektor, en litteraturoversikt", Norges forskningsråd 2012, "Aktivér det offentlige innovasjonspotensialet", Vinnova 2013:01, "Från eldsjälssdrivna innovationer till innovativa organisationer", och SOU 2013:40, "Att tänka nytt för att göra nytta". Definitionen diskuteras även t.ex. i Koch & Hauknes 2005, "On innovation in the public sector – today and beyond".

17. SOU 2013:40, "Att tänka nytt för att göra nytta".

18. Breuer, Henning och Lüdeke-Freund Florian (2017), Values-based innovation management – Innovation by what we care about, Palgrave

3.3. VAD MENAS MED PARTNERSKAP?

Tillsammans ger mer. Genom partnerskap och samverkan finns potential till ökat värdeskapande. Detta kan ske i olika former. Partnerskap mellan hälso- och sjukvården och industrin kan vara mer eller mindre organiserat: formaliserad samverkan över tid i linje med modeller om offentlig-privat-samverkan för innovation, alternativt partnerskap och samverkan i en mindre formaliserad form.¹⁹

Att partnerskaps- och samverkansprocesser inte är så formaliserade behöver inte utgöra ett problem. Ibland är det tvärtom mer ändamålsenligt att låta roller och arbetsformer växa fram, och möjliggöra gemensamt ansvarstagande. Särskilt gäller detta när man ska lösa komplexa problem, utveckla något nytt, eller förändra något på ett sätt som inte prövats tidigare.²⁰ Partnerskap och samverkan är därför en organiseringsform som anses passa bra just för att skapa innovationskraft.²¹ När partnerskapet tillåts gå längre än idégenerering, och istället bidrar till förändring från idé till effekt – med gemensamt ansvar, risk och resurs – finns stor potential för värdeskapande. En förutsättning för att få det att fungera är dock att det finns tillit mellan parterna och en genuin övertygelse om att samarbetet sker för det gemensamma bästa. Det innebär att man aktivt försöker skapa win-win-situationer för olika parter. I samverkan behöver man ofta hjälpa varandra att få nytta av det gemensamma arbetet, inte enbart sträva efter egna fördelar. Parterna måste också acceptera att resultaten – värdeskapandet – är gemensamma, och oftast inte kan utvärderas för varje part enskilt.²²

Praktiskt kan partnerskap och samverkan bedrivas och beskrivas på olika nivåer, från grupperingar av enskilda individer, till samarbete mellan organisationer, till samverkan mellan sektorer på samhällsnivå. Ett exempel på det senare är Triple Helix-konceptet, som är en innovationsmodell där offentliga myndigheter, näringsliv och akademi verkar tillsammans för att utmana rådande system med ny kunskap och innovativa lösningar.²³ Konceptet appliceras ofta med ett antagande om geografisk samlokalisering av samverkande parter i så kallade kluster. Röster har höjts för att det även vore intressant att utforska möjligheterna med liknande strategiska samarbeten för innovation inom offentlig hälso- och sjukvård.²⁴

19. Sandebring, Adam 2006, "Att organisera privat-offentlig samverkan". Score working paper 2006:4.

20. Södergren 2016, "Flaggskeppsfabriken – styrkor i svensk produktion". Vinnova Rapport 2016:07.

21. Axelsson 2014, "Växla upp innovationskraft – skapa nya värden genom partnerskap".

22. LHC 2014:1, "Ekonomi på tvären: Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning", samt LHC 2017:2, "Ekonomi för förändring: Ersättningsmodeller för innovation – en vägledning".

23. Etkovitz, 2008, "Triple Helix: University-Industry-Government Innovation in Action".

24. Tillväxtanalys 2016:07, "Hänt i världen våren 2016 – Innovation i offentlig sektor".

4. ETT SYSTEMFORSKNINGSPERSPEKTIV PÅ INNOVATION I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, MOTTAGLIGHET OCH HINDER

4.1. VÄRDESKAPANDE INNOVATION FÖR VEM? – ETT PATIENTPERSPEKTIV

Innovation omtalas ofta som en process för sig. Ibland låter det nästan som om den pågår utanför själva vården. Det är lätt att glömma att det är patienterna som ska efterfråga och ha nytta av det nya. Hälsa- och sjukvården behöver en styrning som gör det möjligt att anpassa aktiviteter utifrån invånarens varierande behov. Ett genomgående problem när det gäller att styra, organisera och utveckla hälso- och sjukvården är dock att hälsosektorn tenderar att ses som en enhet, med samma behov och mål. Det leder till att lösningar, system och riktlinjer ofta utformas för att gälla hela verksamheten – som helhet – medan underlaget för att utforma dem kanske kommer från en viss del eller delar därav.²⁵

Vanligen delas vården upp efter hur produktionen är organiserad, det vill säga i vedertagna "vårdnivåer" såsom primär- och specialistvård, öppen- och slutenvård, eller enligt olika medicinska specialiteter. Dessa kategoriseringar tar inte hänsyn till hur patientunderlaget ser ut, och synliggör inte att en och samma patient kan ha behov av insatser från flera av områdena. De visar inte heller på att innovationsbehoven varierar mellan olika patientgrupper, inklusive behovet av tvärfunktionella innovationer mellan olika vårdområden. En segmentering av patientgrupper utifrån vårdkonsumtionsmönster kan illustrera det varierande behovet av innovationer inom hälso- och sjukvård och samtidigt understryka behovet av ett tydligt patientperspektiv i utformning och genomförande av innovationssatsningar.²⁶

Stiftelsen Leading Health Cares analysramverk för målgruppsanpassad vård beskriver fyra olika typer av patientbehov, som samtidigt synliggör behovet av olika typer av innovationssatsningar samt olika grad av samarbete.

- **De enkla patienterna**, vars åkommor kan botas och som kan hanteras inom en enhet eller specialitet. Enkla patienter gynnas av en lättillgänglig primärvård och selektiv specialiserad vård. Aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga, men samverkan är inte en primär fråga, eftersom allt sköts inom en enhet.
- **De komplicerade patienterna** har allvarigare och mer sammansatta åkommor, men som kan botas. Komplexa patienter gynnas av korta väntetider och smidiga vårdprocesser för att snabbt komma till, genomföra och avsluta behandling. God flödesorganisering, arbetsdelning, kommunikation och samverkan mellan olika enheter och grupper är väsentligt.
- **De kroniskt sjuka patienterna**, med behov av behandling som inte har ett slut, med mål om att undvika en försämring i livskvaliteten eller ett läge som kräver sjukhusvård. Kroniker gynnas av förebyggande arbete och livsstilsfokus som komplement till (eller en del av) den rent medicinska behandlingen. Ökade möjligheter till egenvård som kan skötas utanför vårdinrättningarna blir därmed viktigt.
- **De komplexa patienterna** har flera allvarliga åkommor samtidigt. Det handlar ofta, men inte enbart, om gamla och sköra människor med hälsoproblem som inte alltid går att bota, men även människor med sällsynta diagnoser. De komplexa patienterna har stora behov av individuella lösningar och gynnas av integrering, teamarbete och en nätverksorienterad, nära vård. Kontinuitet i de personliga kontakterna, en balanserad syn på vad som skall åtgärdas, och ett ökande fokus på omsorg kan vara viktigt. Situationsanpassade och flexibla satsningar som främjar samarbete mellan olika vårdgivare blir en nyckelfråga.

De komplexa patienterna är relativt få (ca 10% av befolkningen) men mycket resurskrävande.²⁷ De 3-4% av patienterna som har högst vårdkonsumtion står för ca 50% av de totala vårdkostnaderna.²⁸ Gruppen av kroniker växer: nästan hälften av befolkningen har idag minst en kronisk diagnos, och de står för merparten av alla besök i primärvården.²⁹ Samtidigt

25. LHC Working Paper 2016:01, "Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk".

26. Ibid.

27. Vårdanalys 2016:1, "Samordnad vård och omsorg En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem".

28. Socialdepartementet 2010, "Den ljusnande framtiden är vård: Delresultat från LEV-projektet".

29. Vårdanalys 2014:2, "VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom".

kan de flesta patienter, i de flesta av sina kontakter med vården, fortfarande beskrivas som enkla. I ett system med begränsade resurser uppkommer frågor om vilken typ av utveckling som ska prioriteras. Behovet av lokal och individuell variation och anpassning måste samtidigt vägas av mot principen om behovsstyrd hälso- och sjukvård, tillgänglighet för alla och ett jämlikt vårdutbud. Detta är i grunden politiska frågor men är viktiga aspekter att ta i beaktande när relevansen av och prioriteringen mellan enskilda innovationssatsningar ska bedömas.

Ur ett strategiskt perspektiv, på systemnivå, kan det därför finnas behov av att prioritera och rikta innovationssatsningar för förbättring och effektivisering av vården i dess olika delar.

4.2. BEHOVET AV ETT SYSTEMPERSPEKTIV

När innovationsstudier började utvecklas som ett självständigt forskningsområde under 1960-talet dominerade initialt den "linjära modellen" i synen på innovationsprocesser. Den linjära modellen baseras på antagandet att innovationer är tillämpad naturvetenskap. Processen ses som ett antal väldefinierade och på varandra följande stadier som innovationer antas genomgå: grundforskning, tillämpad forskning och utveckling, senare utveckling av produkter/processer/produktion och slutligen tillväxt och sysselsättning. Den linjära synen dominerade under flera decennier.³⁰

Från mitten av 1980-talet ledde de empiriska studier och erfarenheter till att en alternativ syn på innovationsprocesser växte fram. Den betonade kommunikation, samarbete och interaktivt lärande som drivkrafter bakom innovationsprocesser och såg processerna som "systemiska" snarare än linjära. Ett grundantagande är att innovationer inte kan drivas isolerat, utan det krävs en successiv anpassning mellan försök i verksamhet och organisation för att förändringen ska få fäste. Forskningen har t. ex. visat att väl upparbetade relationer med ett stort mått av tillit mellan aktörer möjliggör snabbare och mer radikal innovation.³¹

Hur väl en innovation tas emot i en verksamhet är alltså beroende av innovationen i sig, men också av sammanhanget den introduceras i. En verksamhets-, organisations- eller ett helt systems potential att utvecklas genom innovation handlar om absorptionsförmåga – vilka förutsättningar och vilket utrymme som finns att ta emot och integrera nyheter i befintliga strukturer.³² En central fråga i hälso- och sjukvården är hur innovationsarbete kan integreras i det omgivande systemet och vilka anpassningar som krävs på respektive nivå för att nya lösningar ska få fäste, bejakas, spridas och fortleva på sikt.

4.3. SYSTEMETS MOTTAGLIGHET ÄR AVGÖRANDE FÖR VÄRDESKAPANDE I PRAKTIKEN

Innovationsmottagligheten i svensk hälso- och sjukvård kan i detta sammanhang ses som en utmaning. Med otaliga idéer, prototyper och lösningsförslag som utvecklas för hälso- och sjukvården samt omsorgen och de ekonomiska resurser som öronmärks för innovation inom vården – och det finns flertalet initiativ på innovationsområdet – är det inte alltid en fråga om brist på tid och resurser. Istället har utredningar och delegationer slagit fast att något verkar saknas i vårdens vardag. Varför går införande och spridning av nya teknologier och arbetssätt ofta så trögt?³³

En orsak bakom frustrationen är att kunskapen om och tillämpningen av det systemiska och helhetliga angreppssätt på innovation som beskrivits ovan är mindre spridd i praktiken.³⁴ Huvuddelen av innovationsstödet går till tidiga stadier av idé- och produktutveckling, medan betydligt mindre resurser avsätts till omsättning av innovationerna i praktiken. Implementeringsförsök görs ofta i form av organisatoriskt och ekonomiskt avgränsade projekt som i sig kan ha lyckade resultat, men begränsade förutsättningar för att överföra dessa till ordinarie verksamhet.³⁵ Detta då projekt oftast inte behöver ta direkt hänsyn till verksamhetens och organisationens förutsättningar att faktiskt implementera "på riktigt" i ett långsiktigt perspektiv. Hinder för mottaglighet och varaktighet kan exempelvis uppstå på grund av styr- och stödsystem, tekniska system och IT, tillgång på relevant data, ekonomiska förutsättningar, kunskap och kompetens, samt utformningen av ett faktiskt införande.³⁶

30. Edquist 2014, "Offentlig upphandling och innovation". Konkurrensverket, Uppdragsforskningsrapport 2014:5.

31. Bringselius 2017, "Tillitsbaserad styrning – ett ramverk". PM från Tillitsdelegationen.

32. Cohen & Levinthal 1990, "Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation".

33. Jfr SKL:s arbetsgrupp "Hur omsätter vi 9 miljarder per år till riktig förändring i välfärdens verksamheter?"

34. Edquist 2014, "Offentlig upphandling och innovation". Konkurrensverket, Uppdragsforskningsrapport 2014:5.

35. LHC 2012:4, "Organisering för innovation i sjukvården – Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling".

36. Även om varje nationellt hälso- och sjukvårdssystem har sina unika förutsättningar, så är problembilden kring upptaget av innovation liknande i många länder. Inom ett stort EU-projekt med fokus på att möjliggöra innovationer inom integrerad vård listas en rad generella hinder relaterade till hur juridik, organisation, finansiell styrning och kunskapsutveckling, som i hög grad överensstämmer med dem som presenteras i denna rapport (jfr <https://www.scirocco-project.eu/>, Maturity Model for Integrated Care).

Även innovationspolitiken släpar efter i detta avseende, med väl utvecklade strategier och visioner på övergripande nivå, men sämre förståelse för hur dessa kan förankras vertikalt för att skapa innovationsutrymme i systemet som helhet. Diskussionen om innovationspotential bör därmed vidga fokus från produktutveckling och funktionalitet, till en ökad förståelse om processer och arbetsformer för förändringsarbete; utveckling över professionsgränser, samverkan mellan olika aktörer inom systemet, och förutsättningar för långsiktig utveckling och dynamik. Det innefattar även bättre förståelse för de mekanismer i dagens vårdssystem som försvårar för innovationer att få genomslag på längre sikt.³⁷

4.4. HINDER FÖR MOTTAGLIGHET GENOMSYRAR SYSTEMETS OLIKA NIVÅER

Innovationsforskning, organisationsteoretisk implementeringsforskning, forskning om förändringsledning samt empiriska studier av olika innovationssatsningar har identifierat ett flertal kategorier av hinder som uttrycker begränsningarna i hälso- och sjukvårdens innovationsmottaglighet.³⁸

Hälso- och sjukvården är ett komplext system och införandet av något nytt påverkas av systemförutsättningar i ett flertal olika dimensioner; från formella regelverk till informell styrning i form av normer och invanda beteenden. Ett hinder är att nuvarande organisering, såväl av hälso- och sjukvården som av själva innovationsarbetet, inte alltid stödjer integrering av nya arbetssätt och metoder. Även den professionella kulturen kan innefatta revirbevakande och motvillighet till förändring. Ett strukturellt hinder till att innovationer inte tas emot eller sprids, är att de styr- och stödsystem som finns på plats inte utvecklas i samma takt. Det kan handla om regler och riktlinjer som skapar begränsningar för förändring, begränsningar i hur existerande tekniska system och IT stödjer innovationsarbete, ekonomiska förutsättningar för hur kostnader och vinster från innovationssatsningar hanteras, och begränsningar i metoderna för att tillgå och analysera data från innovationssatsningar.³⁹

Olika hinder kan förekomma och ta sig olika uttryck på olika systemnivåer: verksamhetsnivå, organisatorisk nivå, samt policynivå.⁴⁰

SYSTEMNIVÅER OCH HINDER

- Olika hinder kan förekomma och ta sig olika uttryck på olika systemnivåer.
- Verksamhetsnivå: Intern förmåga att genomföra förändringar, bland annat tid och resurser, kunskap och kompetens, tekniska förutsättningar, upplevd lokal nytta och förankring bland olika yrkeskategorier, vårdprofessionella samt verksamhetschefer.
- Organisationsnivå: Omgivande organisation, struktur och styrsignaler inom förvaltningen, bland annat regler, riktlinjer och rutiner, berednings- och beslutsprocesser, arbetsfördelning mellan olika enheter, access till data och kompatibilitet mellan tekniska system samt budgetutrymme. Utformning av ersättningssystem och kostnadsansvar, resultatrapportering och krav på enhetsvis resultatansvar.
- Policynivå: Värdering av nytta på policynivå, förankring hos centrala beslutsfattare, övergripande prioritet, politisk vilja och stöd. Policynivå inkluderar lokala och nationella myndigheter, samt indirekt även regering och landstingsfullmäktige.

Leading Health Care / Från Vinnova N2013/266/FIN, "Uppdrag att utveckla innovationskraften i offentlig sektor"

Det är viktigt att poängtera att hinder inte är ömsesidigt uteslutande eller har en generaliserbar inbördes rangordning. Vilka hinder som är "aktiva", hur de materialiseras och utifrån vems perspektiv de utgör ett problem, måste alltid bedömas i sitt sammanhang och för varje innovationssatsning separat. Att behålla ett systemperspektiv är viktigt för att samtidigt illustrera att "lösningar" inte bara behöver förankras, utan måste innebära deltagande av aktörer på alla nivåer.

37. Mähring & Kjellberg 2008, "IT i sjukvården: Evtigt löfte och daglig förbannelse".

38. Ett ramverk utvecklat av LHC inom Vinnova N2013/266/FIN, "Uppdrag att utveckla innovationskraften i offentlig sektor", föreslår åtta tematiska kategorier, samt tre systemnivåer där hinder kan förekomma generiskt. Hinderkartläggningen i denna förstudie har utgått från detta ramverk, men också utvecklat det med ett riktat fokus på värdeskapande innovation i partnerskap.

39. För tidigare fallstudier av hinder för mottaglighet enligt ramverket, se exempelvis LHC 2017:4, "Digital granskning av patologi i nätverk - En kvalitativ studie av mottaglighet för nya samarbetsformer", LHC 2015:3, "Drivkrafter och hinder vid läkemedelsbehandling i hemmet istället för på mottagning - Analys av fallet Humira", LHC 2015:2, "Ersättning baserat på utfall - en modell för riskdelning - Analys av mottaglighet och hinder vid införandet av utfallsbaserad ersättning för läkemedlet Zytiga", Vinnova Rapport 2015:08, "Ersättningssystem för innovation i vård och omsorg - En studie av åtta projekt som utvecklar nya ersättningsmodeller".

40. LHC/Vinnova N2013/266/FIN, "Uppdrag att utveckla innovationskraften i offentlig sektor".

5. OMVÄRLDSBEVAKNING

5.1. ANDRA INITIATIV MED SYSTEMPERSPEKTIV

Det finns ett flertal initiativ, både internationellt och nationellt i Sverige, där man på olika sätt försökt stärka hälso- och sjukvårdens innovationsmottaglighet – genom såväl hinderanalys som faktiska systemtransformationer av olika slag.

Scirocco Project, ett stort EU-projekt med fokus på att möjliggöra innovationer inom integrerad vård, är ett sådant exempel som sammanställt en rad hinder och önskvärda åtgärder relaterade till hur juridik, organisation, finansiell styrning och kompetensutveckling skulle kunna utformas mer innovationsvänligt.⁴¹ Bilden är mycket lik den som framkommer nationellt i Sverige. Och liksom i Sverige kvarstår internationellt också frågan om varför hindren inte adresserats, trots de massiva satsningar på innovation som görs och gjorts under de senaste åren i många länder.

Nuffield Trust, ett av de främsta analysinstituterna för hälso- och sjukvård i Storbritannien, konstaterar vidare att det fundamentala problemet för upptag av innovation är en "supply-driven and top-down approach" till innovationspolicy – sättet att styra ses alltså som en viktigare förklaringsfaktor än själva innehållet i styrningen. Det behövs utrymme på olika sätt i vårdprofessionellas vardag att ägna sig åt att komma på nya lösningar, tydligare mandat för chefer att fatta självständiga beslut om att testa nytt, samt ett ledarskap på förvaltningsnivå som inser vikten av att hitta och stödja lösningar över nuvarande silos.⁴²

Trots att förändringar inom hälso- och sjukvården inte skett i så hög takt som önskvärt, finns en rad goda exempel på hur man adresserat hinder i delar av systemet. Några initiativ som ofta brukar nämnas är Kaiser Permanente när det gäller datahantering och -analys som är relevant på verksamhetsnivå, Tyskland vad gäller snabbspår för införande av nya läkemedel, Holland vad gäller användningen av e-hälsa i vårdens vardag, Estland vad gäller öppna databaser där forskningen kan hämta information, samt svenska TioHundra för organisatorisk integrering mellan vård och omsorg.⁴³

Även om det inte finns en universell lösning eller en gyllene modell som kan appliceras direkt från en kontext till en annan, är det viktigt med denna omvärldsbevakning för att dra lärdom av hur andra satsningar har utformats och hur utfallet har varit. Med understöd från litteraturen⁴⁴ kan man dra slutsatsen att det är viktigt att ett initiativ som vill ta ett helhetsgrepp om systemet bör ske med utgångspunkt i verksamhetsnära processer och utformas med stark lokal förankring, och ha ett iterativt och utforskande förhållningssätt i nära koppling till vårdens vardag.

I Sverige är hälso- och sjukvården ett högt prioriterat område och regeringen har utsett life science-sektorn som ett av tre fokusområden för Nationella innovationsrådet (tillsammans med digitalisering samt miljö- och klimatfrågan), med uppdrag att utveckla Sverige som innovationsnation och internationell testyta. I februari 2018 lanserades ett permanent Life Science-kontor som har identifierat tre prioriteringsområden:

- Hälsodata, dvs. information som beskriver individens hälsa och som genereras i hälso- och sjukvården, i hemsjukvård och/eller av individen själv.
- Precisionsmedicin och framtidens behandlingsmetoder och bot, i linje med vidare begrepp som "personcentrerad vård" och omsorg, anpassad utifrån individens förutsättningar som helhet.
- Framtidens vård och behovet av en integrering av forskning, innovation och utbildning, t ex. nya processer, metoder och tekniker för att tillhandahålla hälso- och sjukvård.

Life Science-kontoret ska bland annat verka för att öka innovationstakten i hälso- och sjukvården och omsorgen, samt stärka Sveriges roll som internationell testmarknad. Som ett större nationellt krafttag för att möta de samhällsutmaningar för en hållbar utveckling som Sverige står inför, har regeringen sjösatt "Testbädd Sverige" med avsikt att stärka svensk konkurrenskraft och främja innovation i samverkan mellan offentliga aktörer, näringsliv och akademi. I samma anda finansierar Vinnova testbäddar för samhällets utmaningar, strategiska innovationsprogram inom området, bland annat för medicin-

41. <https://www.scirocco-project.eu/>, Maturity Model for Integrated Care.

42. Nuffield Trust 2017, "Falling short: Why the NHS is still struggling to make the most of new innovations".

43. Här kan det vara värt att påminna sig att svensk hälso- och sjukvård betraktat utifrån ofta ses som en föregångare, inte minst på innovationsområdet. Sverige toppar kvalitetsindex och rankar 4:a i världen när det gäller att sänka dödligheten i en rad diagnoser, vilket bland annat härleds till att vårt system är mycket bra på att ta till sig medicinska nyheter (The Lancet 2017). Och på området "teknikmognad" - förmågan att ta till sig och använda ny teknologi i både företag och hushåll - rankas Sverige som världsetta (World Economic Forum Global Competitiveness Report). Dock finns en stor utvecklingspotential i offentlig sektor, i TNS nationella Sifo-undersökning rankades offentlig sektors teknikmognad ur ett organisatoriskt perspektiv och mätte till 25 på en 100-gradig skala.

44. Strehlenhert 2017, "From policy to practice: exploring the implementation of a national policy for improving health and social care".

teknik (Medtech4Health) samt för att stärka koordinering och utveckling av stabila forsknings- och innovationsprocesser (SWElife) i samverkan. Även satsningar inom biologiska läkemedel som CAMP (Centre for Advanced Medical Products) har initierats för att främja ett framstående innovations- och företagsklimat, med målsättningen att stärka tillväxten i industri och i små- och medelstora företag, klinisk praxis, forskning och utbildning och avancerad produktionsteknik.⁴⁵ Idag finns även ett systematiserat sätt att arbeta med kunskapsstyrning i ett flertal sjukdoms- och organisationsområden – understött av SKL - i syfte att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården.

På regional och lokal nivå finns också flertalet inkubatorer, innovationsslussar, och testbäddar i syfte att främja innovation. Bland pågående arbeten på nationell nivå kan även nämnas Socialstyrelsens kartläggning av innovationssystemet inom vård och omsorg, samt SKL:s arbetsgrupp som arbetar med huvudfrågan "Hur omsätter vi 9 miljarder per år till riktig förändring i välfärdens verksamheter?".

5.2. RELATERADE STATLIGA UTREDNINGAR

Parallellt med de initiativ som genomförs har ett flertal statliga utredningar som är av direkt eller indirekt relevans för mottagligheten för innovation, utveckling och förändring. Dessa utredningar indikerar ett behov att se över hur hälso- och sjukvården – som system – fungerar idag, och hur förutsättningarna för värdeskapande, innovation och partnerskap kan stärkas.

Bland de utredningar som pågår eller har avslutats, är nedan av särskild relevans:

SOU 2013:12, Goda affärer – en strategi för hållbar offentlig upphandling

SOU 2013:40, Att tänka nytt för att göra nytta (Innovationsrådet).

SOU 2016:2, Effektiv Vård.

SOU 2017:53, God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild samt **SOU 2018:39**, God och nära vård – en primärvårdsreform, delbetänkanden för S 2017:01, Samordnad utveckling för en god och nära vård, enligt Dir 2017:24, Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.

SOU 2017:56, Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme, delbetänkande för Fi 2016:03, Tillitsdelegationen enligt Dir 2016:51 samt tillägg Dir 2017:119, Tillit i styningen.

SOU 2017:87, Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt, delbetänkande för S 2016:07: Läkemedelsutredningen enligt Dir 2016:95.

S 2017:04, Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring, enligt Dir 2017:44, Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring.

S 2017:08, Styrning för en mer jämlik vård, enligt Dir 2017:128 samt tillägg Dir 2018:14, Ordning och reda i vården.

6. VLL:S ERFARENHETER AV VÄRDESKAPANDE INNOVATION I PARTNERSKAP

I Västerbotten har man gjort ett aktivt försök till en systemisk ansats till innovation där partnerskapet med näringslivet varit centralt, med en tydlig förankring och målbild om värdeskapande direkt i verksamheterna och vårdens vardag. Arbetet som initierades 2013 har resulterat i en struktur och en ingång för partnerskap, samt ett verktyg för att driva partnerskapsprocesser för värdeskapande innovation. Sedan 2017 har man i Västerbotten dessutom operativa test- och implementeringsmiljöer där innovationssatsningar genomförs direkt i verksamheten som en verkstad. För vården har nya affärsmodeller utvecklats för att främja risk- och värdedelning mellan offentliga och privata aktörer. Senaste året har detta arbete börjat genomsyra organisationen på flertalet nivåer och förankringen har konsoliderats i och med en intern innovationsledning- och stödstruktur. En kompetens- och kulturväxling för värdeskapande innovation i partnerskap är påbörjad för att främja utmaningsdrivet ledarskap på samtliga nivåer i landstinget – från innovationsbärare på innovationskliniker till tjänstemannaledningens innovationsprogramråd.

6.1. VLL INNOVATION AB: EN INGÅNG FÖR PARTNERSKAP

Under början av 2010-talet växte insikten hos ledande politiker och tjänstemän inom VLL om att vårdens stora utmaningar inte går att lösa på egen hand, utan det måste ske i samverkan med omvärlden. Bolagens och landstingets kompetens skulle kunna berika varandra, genom att bättre kombinera landstingets stora behov av utveckling och nya lösningar med bolagens behov av att utveckla och testa produkter och tjänster som har relevans i hälso- och sjukvården. Detta ledde sedan till bildandet av det helägda dotterbolaget Västerbottens läns landsting Innovation AB (VLL Innovation), som en struktur för att facilitera partnerskap mellan hälso- och sjukvården och industrin, med innovationssatsningar och business case direkt i ordinarie verksamhet.

Sedan dess har VLL Innovation som facilitator inlett kontakter med över 30 bolag inom life science-sektorn, och närmare hälften så många interna vårdenheter inom landstinget. Cirka tio gemensamma satsningar har initierats. Erfarenheterna från detta arbete har varit positiva för såväl landsting som för partners från industrin, då det bidragit till ett ändrat synsätt kring samarbete bortom traditionell "beröringsskräck" och roller som köpare/säljare. Med en tydlig målbild och systematisk och transparent process för samverkan – med VLL Innovation som en processledande intermediär – har parterna lättare kunnat enas kring ett behovsanpassat, gemensamt formulerat slutresultat med tydliga värden för respektive part. Innovationspartnerskapen har i vissa fall även gått så långt att man med industrin kunnat enas om nya affärsmodeller samt principer för värdeskapande och värdefördelning som ett sätt att utforska nya innovativa former för samarbete. Nästa steg är att applicera dessa principer som betalningsmodell för en värdeskapande satsning.

6.2. VLL:S PROCESS FÖR VÄRDESKAPANDE INNOVATION: EN ORDNAD OCH TRANSPARENT PROCESS FÖR PARTNERSKAP

Den modell för innovationsatsningar i partnerskap som VLL och VLL Innovation utvecklat, kom till som ett svar på både landstingets och bolagens frustration över att det inte fanns några tydliga processer för att hantera partnerskap och samarbeten över organisationsgränser. Svårigheten för bolag att hitta fungerande vägar in i den offentliga hälso- och sjukvården har speglats av svårigheten för landsting och regioner, inklusive Västerbottens, att hitta en naturlig utvecklingsyta för samarbeten med bolag. Högt prioriterat var därmed att utveckla en ordnad och transparent process, generisk och skalbar för innovationsatsningar i partnerskap (se illustration 1). Processen gäller inte för traditionell anskaffning, inte heller för kliniska studier eller renodlad forskning.

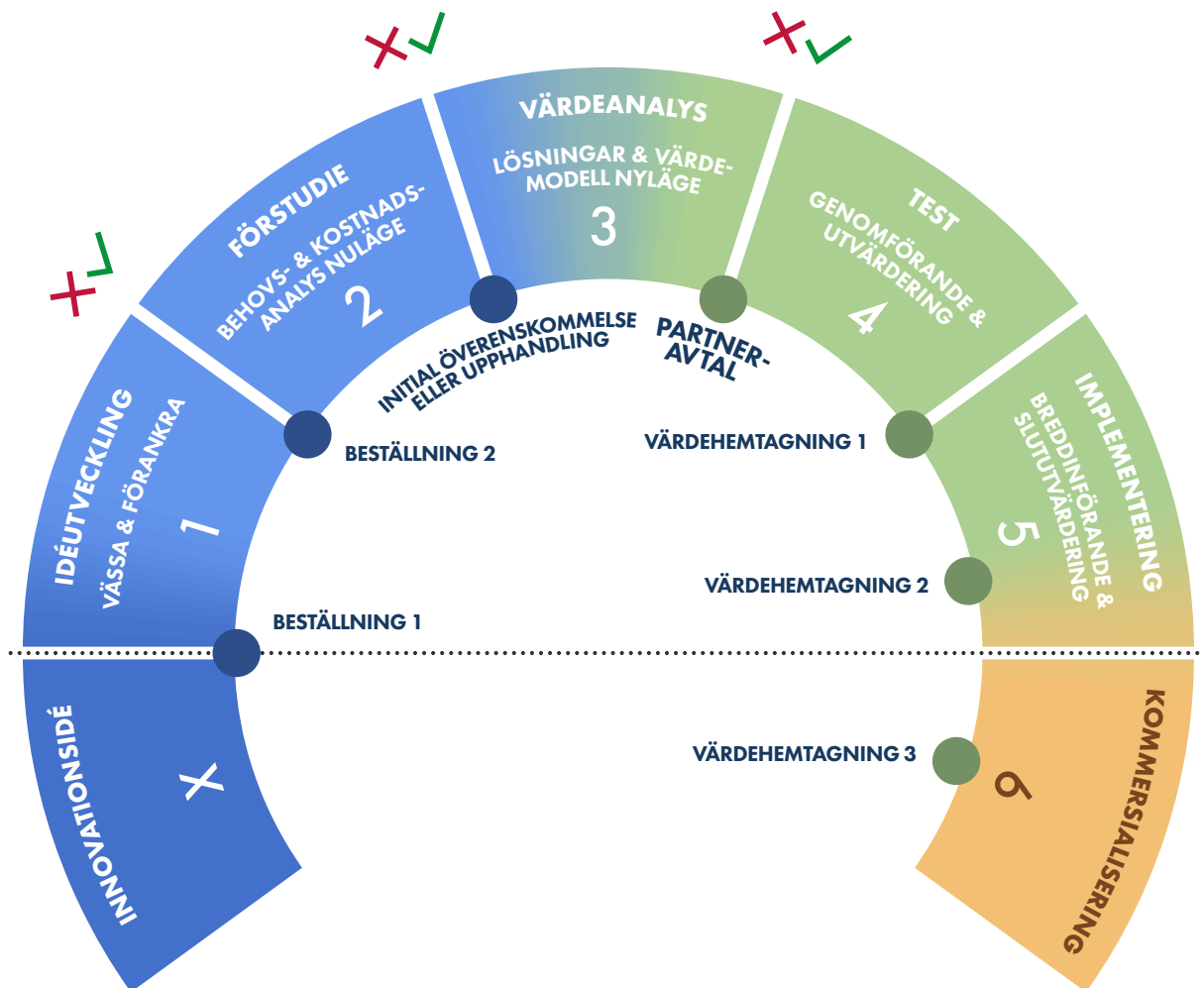


Illustration 1: VLL:s process för värdeskapande innovation i partnerskap

Processen säkerställer att de juridiska, organisatoriska och ekonomiska ramar som styr respektive partner tas i beaktande från start. Arbetssättet har präglats av kreativitet, kommunikation och iterativt arbete och har varit lika målfokuserat som en process av "partnerskapsträning" för parterna. Av betydelse har varit att redan från start kunna identifiera slutmål och värde för alla inblandade, kartlägga verkliga behov och kostnader samt en värdeanalys av lösningen innan en satsning går in i testfasen. Detta för att säkerställa värdepotential kontra eventuella kostnader och bygga ett affärsmässigt avtalsförfarande utifrån detta. Detta har krävt nya innovativa affärsmodeller. En annan nyckelfråga har varit hur utvärdering och uppföljning av utfall och värde ska ske som en förutsättning för vidare implementering och breddinförande av lyckade satsningar. Målet

har hela tiden varit att resultatet av lyckade innovationssatsningar ska spridas vidare. De hinder och utmaningar som innovationssatsningarna stött på under de första åren har använts för att ytterligare utveckla och justera processmodellen – för att säkerställa att hinder adresseras systematiskt.

NEDAN BESKRIVS PROCESSENS OLIKA STEG

Processen har i huvudsak två möjligheter till startskott: **(STEG X)**, dels på initiativ från en VLL-enhet internt där behovsperspektivet står i fokus i inledande samarbetsamtal i syfte att hitta nya lösningar, dels på initiativ från en extern partner från industrin med möjlighet att utveckla, förfina eller testa en lösning direkt i verksamhet. Grunden för det potentiella partnerskapet läggs här och processen handlar lika mycket om att förstå varandras behov och lösningar som att skapa en ökad förståelse för respektive parts förutsättningar, mål och drivkrafter. När en innovationsidé utvecklas **(STEG 1)**, startar kartläggningen av förutsättningarna för att genomföra en innovationssatsning, inklusive dialog med aktuell vårdenhet om förankring av idén samt dess värdepotential. Finns inte tillräckligt med förutsättningar för att gå vidare är devisen "fail fast" – och beslut om arbetets nästa steg tas för att undvika stora satsningar med marginellt alternativt negativt värdeutfall. I dessa fall avslutas – eller justeras – idén.

I de satsningar där parterna beslutat att gå vidare har nästa steg, **(STEG 2)**, varit att genomföra en behovsanalys och kostnadskartläggning för att identifiera de verkliga förutsättningarna för satsningen – för den specifika vårdverksamhet där innovationssatsningen genomförs. I detta skede sker också en initial identifiering av relevanta indikatorer för uppföljning; för testfasen i stort, och som mer specifikt underlag för värdeanalysen. Syftet är att få en relevant bild av nuläget som sedan kan jämföras med framtida lösningar och eventuellt användas som upphandlingsunderlag i de fall då detta blir aktuellt – i partnerskapsprocessens nästkommande skede.

Värde i det här sammanhanget har betraktats som den sammantagna nyttan som skapas i partnerskapet – för patienten, för den berörda vårdenheten och för landstinget, för bolagspartnern samt för samhället i stort. Värden kan inkludera såväl realiserbara värden som mer ideella värden – värden här och nu, samt framtida värden. Men utifrån den budgetekonomiska verklighet som landstinget står inför, och den marknadsekonomiska kontext som industrin har att förhålla sig till, har ett stort fokus legat på de realiserbara och transfererbara ekonomiska värden som identifieras för satsningen. Detta kan innebära minskade kostnader, mer effektivt resursnyttjande, alternativt att frigöra kapacitet i verksamheten och effektivisera ur ett helhetsperspektiv och samtidigt möjliggöra omfördelning av resurser mellan vårdenheter inom landstinget. Kartläggningen innebär en chans att revidera förutsättningarna för såväl innovationssatsningen som för partnerskapet, och avslutas med ett beslut om att avsluta eller gå vidare.

I de fall där parterna beslutat att gå vidare görs i regel en fördjupad nylägesanalys utifrån den specifika tänkta lösningen där indikatorer vässas ytterligare för att möjliggöra en relevant uppföljning i ett senare skede. Värdeanalysen **(STEG 3)** är i detta steg central då den bedömer värdet av nya lösningar och identifierar förutsättningar för att optimera och säkerställa värdehemtagning. Detta utgör grunden för förhandling av partnerskapet – innehållande de viktigaste affärsmässiga förutsättningarna inför beslut om genomförande av en innovationssatsning i partnerskap. Under avtalsförhandling kommer parterna även överens om en utfallsbaserad betalningsmodell, en värdemodell, som bygger på identifierade indikatorer. Resultatet blir ett partneravtal som reglerar affärsuppbyggnaden mellan landstinget och dess partners från industrin. På så vis nås en tydlighet kring partnerskapets förutsättningar och förväntade resultat redan innan genomförd innovationssatsning.

Vid eventuellt negativa ekonomiska värden och eventuellt kostnadsdrivande innovationssatsningar men som innebär positiv nytta för patienter, medarbetare, verksamhet eller utgör strategiskt viktiga satsningar för landstinget, är tanken att underlaget kan utgöra en grund för ett eventuellt strategiskt beslut att genomföra en satsning i alla fall – då i så fall som ett medvetet beslut och en prioritering utifrån andra värden än enbart de ekonomiska. På samma sätt har bolagen samma möjlighet att kunna ta liknande strategiska beslut när värdepotentialen inte kan härledas fullt ut i ekonomiska termer men innebär andra värden såsom stärkt produktutbud, marknadsfördelar, konkurrenskraft eller goodwill.

Under 2016 och 2017 har fokus för arbetet i Västerbotten mest legat på idéhantering, behovsinventering samt mätning av kostnader och värden i de aktuella innovationssatsningarna. VLL tar under 2018 nästa steg i processen tillsammans med de

partnerbolag man upparbetat ett samarbete med, och initierar då testfasen (**STEG 4**) av de första innovationssatsningarna direkt i vårdverksamheten. Ansatsen är även här att partnerskapet ska vara iterativt och utforskande och att lärdomar längs med resans gång ska användas för att ge utrymme för justering och möjlighet till förändringar för att stärka den framtida värdepotentialen. På förhand avtalade uppföljningstillfällen ska också identifiera de värden som realiserats och möjliggöra eventuell värdehemtagning och värdefördelning enligt framtagna partneravtal.

Målet är att resultatet av en innovationssatsning – anpassad till de behovsmässiga, organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna i vårdens vardag – ska kunna utgöra grunden för breddinförande och implementering i större skala (**STEG 5**), alternativt bli en möjlighet för bolag att nyttja innovationssatsningen som referens och potentiell konkurrensmässig marknadsfördel utifrån utfall och lärdomar. Denna del av processen ska också inkludera en uppföljning och slututvärdering med analys av utfallet, samt en bredare spridning av resultat, erfarenhetsutbyte för vidareutveckling, och utbildning för kompetensöverföring. I vissa fall kan även en gemensam kommersialisering av framtagen produkt eller tjänst komma att bli aktuell (**STEG 6**).

Vikten av en systematisk process för den här typen av arbete har gång efter annan bekräftats och erfarenheterna har varit många utifrån det utforskande förhållningssätt som VLL och VLL Innovation har haft. Processen har vässats och justerats för varje ny satsning, utifrån viktiga erfarenheter och lärdomar. Exempelvis har i vissa tidiga fall en antagen självskrivna lösning introducerats in i verksamheten utan den numera mycket noggranna förankringen i de första stegen av processen – ibland med referens till andra landstings framgångsrika genomförande eller ett antagande om höga förväntade nyttor och värden. Detta har visat sig bli en dyr lärdom för alla parter då det lett till att behov och lösning inte matchats korrekt och utifrån de lokala förutsättningarna inom VLL och den specifika verksamheten. Om lösningar introducerats utan att till exempel kartlägga kostnader och värden, har det i vissa fall visat sig vara kostnadsdrivande snarare än resurseffektivt, vilket lett till att parternas förväntningar på samarbetet då inte kunnat infrias på grund av nya fakta. En annan viktig erfarenhet har därmed blivit att det är viktigt att lägga in regelbundna beslutpunkter i ett partnerskap som möjliggör att snabbt avsluta de satsningar som inte har förutsättningar för att ge tillräckligt stort värde, och i stället fokusera på att vidareutveckla sådant med tydligare värdepotential.

Själva existensen av partnerskapsprocessen och dess tydliga steg med regelbundna gemensamma beslut om att fortsätta eller avsluta arbetet, har också visat sig vara en trygghet för såväl landstingspersonal som bolagsrepresentanter. Alla parter får möjlighet att under resans gång försäkra sig om att satsningen ger den önskade effekten – och fatta beslut därefter – vilket ger mod och handlingskraft där man tidigare ofta valt att avvakta i liknande situationer. Processens ramar gör det också möjligt att docka in satsningarna i respektive organisations egna rutiner och administration.

6.3. INNOVATIONSKLINIKER: EN VERKSTAD FÖR INNOVATIONSSATSNINGAR

I den nationella satsning som går under namnet Innovationsmotorer, initierat av Swedish Medtech för perioden 2017–2020, med finansiering av Vinnovas strategiska innovationsprogram Medtech4health, bedriver Västerbotten delprojektet Innovationskliniker.

En innovationsklinik är en operativ test- och implementeringsmiljö som jobbar mer fokuserat med en strukturerad innovationsprocess – direkt i verksamheten och i vårdens vardag. Innovationsklinikerna leder innovation-, utveckling-, och förändringsarbete över tid, och verka för att vara i teknikens framkant. Innovationskliniker ska utgöra en spjutspets inom vården för ny innovation och nya arbetssätt; fungera som en verkstad för att löpande och på ett systematiskt sätt identifiera behov och lösningar, utveckla, testa, mäta, implementera och följa upp innovationsarbete inom hälso- och sjukvården.

Innovationskliniker ska göra det möjligt att ständigt ligga i framkant, med modeller för systematisk kunskapsöverföring såväl mellan vårdens olika enheter som mellan den offentliga hälso- och sjukvården och näringslivet. De ska bygga på verkliga behov och utvecklas tillsammans med patienter och medarbetare samt externa samarbetspartners i form av andra

offentliga aktörer, bolag från industrin, akademi och forskningsinstitut samt civilsamhälle – utifrån organisatoriska och ekonomiska förutsättningar.

Målsättningen med Innovationsmotorer är att engagera landsting med universitetssjukhus för att utveckla verksamhetsnära metoder, arbetssätt, processer och affärsmodeller för innovation. Västerbotten blev först ut under 2017 och etableringen av de första tre innovationsklinikerna skedde under samma år, med en planerad expansion till totalt tio innovationskliniker under 2018-2019.

6.4. UTFALLSBASERAD VÄRDEMODELL: NYA AFFÄRSMODELLER FÖR VÄRDESKAPANDE INNOVATION I PARTNERSKAP

En viktig pusselbit för att möjliggöra värdeskapande innovation i partnerskap har varit att även tänka innovation av affärsmodeller snarare än att endast fokusera på innovativa produkter, processer och tjänster. Det finns två primära anledningar till detta. Dels finns ett stort behov av att hitta affärsmodeller som främjar partnerskap med delad risk i en satsning, delat ansvar för verkligt värdeskapande, och i förlängningen ett delat värde utifrån utfall. En annan aspekt är att hälso- och sjukvården behöver nya affärsmodeller för att klara ekonomin i framtiden. Detta gäller landsting och regioner som behöver få kontroll på kostnader i ljuset av ökade behov. Även bolag från industrin söker nya sätt att visa på faktiskt värdeskapande av lösningar – inklusive värden som skapas när bättre hälsoutfall kan nås till lägre eller effektivare kostnad. I tillägg finns det samhällsekonomiska perspektivet, oftast i ljuset av hälsoekonomi, som också behöver räknas hem.

Med hjälp av utfallsbaserade värdemodeller har målet varit att skapa förutsättningar för innovativa lösningar som kan disruptera hälso- och sjukvården och sättet som offentliga och privata aktörer samverkar på, genom partnerskap som gynnar alla. Målbilden är att en dag ha en värdemodell som på ett rättvist sätt kan spegla de värden som en lösning kan generera – med hänsyn till landsting och regioners budgetperspektiv, företagens marknadsperspektiv, samt värden som skapas för svenska samhället och dess invånare – och möjliggöra värdeöverföring av faktiska kronor utifrån detta. En värdemodell som alltså tar hänsyn till budgetkronor, marknadskronor och samhällskronor på en och samma gång.

Detta arbete är dock fortfarande i utvecklingsfas och har visat sig vara väldigt komplext. Under 2018 kommer de första versionerna av värdemodellerna att testas "på riktigt". Syftet är i dagsläget inte att skapa den perfekta värdemodellen från start, utan även detta arbete sker iterativt och kräver mod att pröva och ompröva för att hitta modeller som kan appliceras i olika typer av innovationssatsningar. Från bolagens sida har detta också krävt en mognad och riskvilja vad gäller typen av partnerskap samt nya affärsmodeller som frångår traditionella betalningsmodeller för anskaffning. De första värdemodellerna har baserats på ett begränsat antal indikatorer. I tillägg har man från VLL:s sida börjat identifiera andra aspekter av betydelse för att värdepotentialen ska materialiseras och optimeras – med fokus på förutsättningar för lyckad implementering samt incitament som understödjer värdeskapande.

6.5. VÄSTERBOTTENS SYSTEMPERSPEKTIV PÅ VÄRDESKAPANDE INNOVATION I PARTNERSKAP

Att VLL och VLL Innovation AB kunnat erbjuda partners en testyta för innovationsarbete med tillgång till vårdens kompetens och infrastruktur, en typ av "testbädd" direkt i verksamhet med möjlighet att utveckla produkter, tjänster och lösningar tillsammans med vården, har utgjort en unik möjlighet till utveckling och utvärdering för näringslivet och i förlängningen en positionering på marknaden. Näringslivets kompetens och infrastruktur, nationellt och internationellt, samt lösningar och arbetssätt som kan möta vårdens utmaningar har på samma vis varit en ovärderlig tillgång för vården i Västerbotten.

Att initialt förlägga detta arbete utanför landstinget som ett bolag var i Västerbotten en pragmatisk lösning som möjliggjorde ett momentum i uppstarten av arbetet med värdeskapande innovation i partnerskap. Arbetet har dock inte varit helt oproblematiskt och olika typer av hinder har uppstått längs med vägen. De hinder som identifierats på verksamhetsnivå har VLL och VLL Innovation adresserat genom att kontinuerligt bygga in lösningar för dessa små och stora hinder i själva processen (illustration 1). Men hindren visade sig också ha mer djupgående orsaker; organisatoriska hinder inom landstinget samt inom näringslivet. Detta föranledde därför en institutionalisering av värdeskapande innovation i partnerskap som en del i landstingets verksamhet. Etableringen av en intern innovationsledning- och stödstruktur i VLL har varit ett sätt att effektivisera innovationsarbetet och har som syfte att understödja innovationssatsningar på ett systemgenomgripande vis och bidra till att adressera de hinder som ligger inom förvaltningens mandat, och stärka förutsättningen för lyckad implementering av innovationssatsningar med tydligt ledarskap. Man har i Västerbotten alltså antagit en kombination av bottom-up och top-down-perspektiv för att stärka innovationsmottagligheten på flera fronter.

VLL INNOVATION ARBETAR MED UTVECKLING OCH FÖRÄNDRING GENOM TVÅ PARALLELLA OCH SAMVERKANDE PLAN:

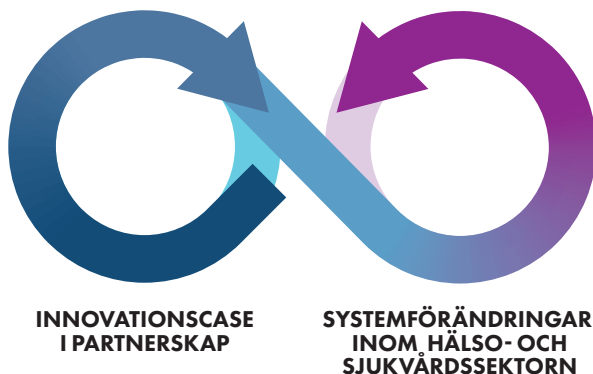


Illustration 2: Växelvis samverkan mellan satsningar i operativ miljö på verksamhetsnivå och systemförändringar på organisations- och policynivå

En rad hinder har dock identifierats som går bortom landstingets egna mandat att lösa och har kunnat härledas till en nationell nivå, i vissa fall av policykaraktär, för hela hälso- och sjukvården. Dessa hinder behöver därmed också adresseras med ett nationellt perspektiv – systemgenomgripande och som en central förutsättning för att den fulla potentialen av värdeskapande innovation i partnerskap ska komma hälso- och sjukvården till godo.

Denna typ av arbetssätt, där innovationssatsningar utvecklas och testas direkt i vårdens vardag och på ett pragmatiskt och iterativt vis, kan bidra till – och ställer krav på – systemförändringar på både organisations- och policynivå.

6.6. HUR SKILJER SIG VÄSTERBOTTENS ARBETE FRÅN ANDRA INITIATIV MED SYSTEMPERSPEKTIV?

Västerbottens sätt att anta arbetet med värdeskapande innovation i partnerskap har många beröringspunkter till andra pågående satsningar och initiativ i hälso- och sjukvården. Det finns dock ett antal delar som särskiljer Västerbotten.

De huvudsakliga aspekterna är att arbetet har en stark förankring på verksamhetsnivå med innovationssatsningar och business case direkt i vårdens vardag, samtidigt som man antar systemförändringar utifrån ett lösningsorienterat och pragmatiskt perspektiv. Fokus är i dagsläget inte enbart på specifika behov i hälso- och sjukvården, med avgränsade satsningar som ska lösa enskilda problem, istället ligger större vikt på att skapa förutsättningar för att partnerskap ska fungera – och vara värdeskapande – i praktiken. Detta för att hälso- och sjukvården som system ska skapa bästa tänkbara förutsättningar för att lösa framtidens utmaningar gemensamt, i partnerskap. Den modell som utvecklats i Västerbotten är dessutom en möjliggörare för snabbare breddinförande av innovationssatsningar då arbetet bygger på ett systematiskt värdefokus i införande av nya lösningar, i ljuset av bättre vård och god hälsa, och i kombination och med stark koppling till organisatoriska och ekonomiska förutsättningar för vårdgivare. Med sikte på långsiktig hållbarhet för förvaltningen från start finns potential att minska antalet innovationssatsningar som hamnar på den så kallade "projekt kyrkogården". Slutligen innebär arbetet med värdeskapande innovation i partnerskap att testa fram modeller för hur hälso- och sjukvården kan skapa test- och implementeringsmiljöer direkt i kärnverksamhet. Det möjliggör därmed test av nya lösningar i "skarpt läge", snarare än i kontrollerade eller artificiella kontexter.

Modellen för värdeskapande innovation i partnerskap har vidare potential att understödja andra pågående initiativ, inklusive Life Science-kontorets tre prioriterade områden. Med verksamhetsnära förankring ligger stor vikt på behov och behovsbaserade innovationssatsningar, inte minst vad gäller individens hälsa och förutsättningar ur ett helhetsperspektiv. Hälsodata är av central betydelse för de innovationssatsningar och business case som genomförs under värdeskapande innovation i partnerskap – stärkt av att hälsodata kombineras med kostnadsdata för organisatoriska insatser, vård och hälsoresultat. Att kombinera hälso- och kostnadsdata på detta vis är det i sig få initiativ som gör idag. Detta skapar förutsättningar för att utveckla nya behandlingsmetoder och bot utifrån ett långsiktigt hållbart perspektiv – för individ, offentliga och privata vårdgivare, bolag och samhälle. Framtidens vård skapas genom förutsättningar att arbeta gemensamt för att lösa framtidens utmaningar – med delade risker, delat ansvar och delat värde i utforskande och utmanande innovativa partnerskap.

7. HINDER FÖR VÄRDESKAPANDE INNOVATION I PARTNERSKAP INOM SVENSK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Hindersammanställningen beskriver de mest centrala hindren som försvårar eller motverkar möjligheten att realisera potentialen för värdeskapande innovation i partnerskap inom svensk hälso- och sjukvårdssektor. Den utgör en samlad bild av synpunkter och perspektiv som dels bygger på VLL och VLL Innovations empiriska erfarenheter från att bedriva denna typ av innovationsarbete – kompletterat med erfarenheter och intervjuer som gjorts med partners och företrädare för nyckelaktörer inom hälso- och sjukvårdssektorn. Detta som ett led i att säkerställa ett bredare nationellt perspektiv på hinder och utmaningar.

Sammanställningen omfattar två huvudsakliga indelningar, generella ramvillkor och ett antal centrala systemhinder. De utmaningar och hinder som återspeglas inom ramen för respektive indelning samspelar men är inte organiserade i någon hierarkisk ordning eller ömsesidigt uteslutande.

De generella ramvillkoren utgör i sig inte nödvändigtvis direkta hinder utan är snarare att betraktas som förutsättningar för det system som hälso- och sjukvårdssektorn verkar inom, i form av juridiska, organisatoriska, ekonomiska och kulturella rammar. Ramarna kan dock bli till hinder eller presentera utmaningar när de tolkas snävt och tillämpning sker restriktivt. Ramvillkoren kan också verka hindrande i fall då de används som argument mot eller bromskloss i olika typer av förändringsarbete.

De centrala systemhinder som presenteras är å andra sidan direkta hinder som identifierats i skapandet av den partnerskapsprocess man tillämpat i innovationssatsningar i Västerbotten, och som ytterligare verifierats och fördjupats av andra nyckelaktörer i Sverige, under arbetet med denna förstudie. Dessa systemhinder påverkar det fundament som behöver vara på plats för att man i hälso- och sjukvården ska kunna driva satsningar för värdeskapande innovation i partnerskap. Samtliga identifierade hinder och utmaningar är systemgenomgripande och återfinns på samtliga nivåer – verksamhets-, organisations- och policynivå.

7.1. GENERELLA RAMVILLKOR

7.1.1. JURIDIK: LAGAR, REGLER, RIKTLINJER OCH PREJUDIKAT

Hälso- och sjukvården är en sektor med stort behov av juridiska ramverk för integritet och säkerhet för patienter – och samtidigt tydliga riktlinjer för vårdens ansvar och professionalism. Trots stor respekt för behovet av lagar och regler och dess följsamhet, försvåras – och i vissa fall omöjliggörs – utvecklingen av innovativa lösningar för hälso- och sjukvården. Framförallt är tre huvudsakliga juridiska perspektiv viktiga att belysa i ljuset av värdeskapande innovation i partnerskap:



LAGEN OM OFFENTLIG UPPHANDLING (LOU)

- Vid partnerskap med bolag, otydlighet när/var/hur LOU träder i kraft i olika situationer.
- Avsaknad av effektiv intern process och bristande beställarkompetens gällande olika former av innovationsupphandling
- Brist på tid, resurser och kompetens för, samt goda exempel på, innovativ tillämpning.
- Rädslor och risk för överklagande samt påföljande sanktioner.
- Mentala hinder och en restriktiv tolkning av lagen.

I praktiken innebär dessa hinder att innovationssatsningar som genomförs i samarbete mellan vårdgivare och bolag försvåras i genomförande och att bolagen i vissa fall väljer att förlägga sina innovationssatsningar, test eller introduktioner av nya lösningar i andra länder. I fall där innovationen i sig handlar om ett nytt sätt att bedriva partnerskap och/eller utveckling av nya affärsmodell – och lösningen i sig är sekundär – är kompetensen begränsad vad gäller utformningen av lämplig upphandlingsform och en tid- och kostnadseffektiv upphandlingsprocess.

OFFENTLIGHET- OCH SEKRETESS, PERSONUPPGIFTLAGEN, DATASKYDDSFÖRORDNINGEN (GDPR)

- Svårigheter med datadelning vid behovs- och lösningsidentifiering i partnerskapsatsningar.
- Avsaknad av tydlighet när/var/hur datadelning är möjlig.
- Avvägningen mellan integritet och patientsäkerhet och effektiv vård.
- Risk för anmälan samt påföljande sanktioner.
- Mentala hinder och en restriktiv tolkning av lagen.

I praktiken innebär detta att tillgängligheten på data – undantaget kvalitetsregister – är begränsad, och svårt att dela mellan olika aktörer, olika huvudmän, som avser genomföra innovationssatsningar tillsammans. Det kan då bli svårt att formulera en gemensam behovsbild – tillika målbild inför ett gemensamt initiativ. Med hänvisning till personlig integritet innebär detta oftast långa ledtider, förlorad tid och kostnader, framförallt initialt i ett samarbete då formerna för det specifika datauttaget ännu inte är fastställd.

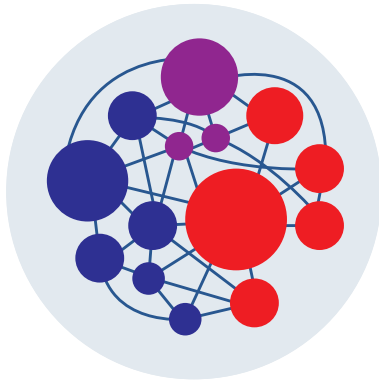
KOMMUNALLAGEN

- Värdehemtagning för lyckade satsningar, när/var/hur kan detta möjliggöras med rådande regelverk.

I praktiken försvåras detta möjligheterna för offentlig hälso- och sjukvård att hämta hem värden som genererats i gemensamma innovationssatsningar eller innovationspartnerskap med exempelvis bolag – där exempelvis ett landstings investeringar av tid, resurser och kompetens varit direkt avgörande för ett mer kommersiellt, marknadsmässigt värdeskapande.

7.1.2. STRUKTUR: MÅNGFALDIG STYRNING, MISMATCH MELLAN CENTRAL OCH DECENTRALISERAD NIVÅ

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av en strukturell mångfald; å ena sidan en decentraliserad struktur med huvudsakligt ansvar hos kommuner och landsting, och å andra sidan ett centraliserat systemansvar där staten har det övergripande ansvaret för medborgarnas hälsa och välmående. Styrning utformas på många nivåer.



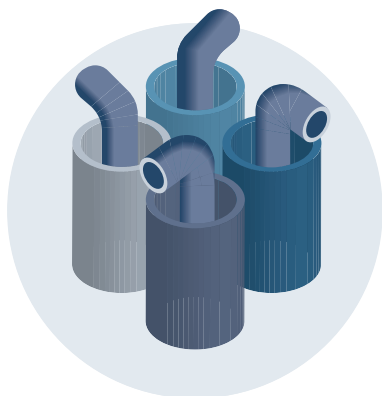
HINDER INKLUDERAR:

- Konkurrerande styrinstrument, strategier och mål som påverkar prioriteringar.
- Kultur av att driva innovationssatsningar i projekt (landsting, regioner och bolag).
- Brist på goda exempel på hur skarpa innovationssatsningar kan antas, direkt i verksamhet.
- Brist på stödstruktur på organisations- och policynivå för skarpa innovationssatsningar.
- Avsaknad av systemgenomgripande incitament för att främja innovation, utveckling, förändringsarbete och kostnadseffektivisering direkt i verksamhet, på alla nivåer.
- Långsam uppdatering av nationella riktlinjer på central nivå, samt eftersläpning av ordnade införanden på lokal nivå och i verksamheter.

I praktiken kan detta skapa en målkonflikt mellan central styrning och utformningen av initiativ och innovationssatsningar på lokal nivå och i verksamheter. Den projektifiering av innovationssatsningar som generellt präglar hälso- och sjukvården – och utgör ett viktigt verktyg för att stimulera innovation – tenderar att bidra till att faktiska behov och organisatoriska och ekonomiska förutsättningar på lokal nivå i många fall får stå tillbaka, eller hanteras som sekundära, till förmån för utlysning-kriterier eller på förhand identifierade projektmål. Breddimplementering i nästa steg försvåras då.

7.1.3. SILOS: ORGANISATORISKA OCH EKONOMISKA STUPRÖR

Den vertikala strukturen och de påtagliga organisatoriska stuprör som finns i hälso- och sjukvården innebär att olika vårdenheter inom samma landsting verkar utifrån egna verksamhetsmål, angivna resurser och budgetmål. Detsamma gäller mellan olika aktörer med angränsande uppdrag. Patienters och invånares behov – och innovationssatsningar som på allvar söker adressera dessa – är sällan så kliniskt avgränsande. Trots detta är en samordnad horisontell process lättare sagt än gjort att få till. De huvudsakliga hindren är:



- Svårt att jobba tvärfunktionellt över organisationsgränser, p.g.a. olika uppdrag och mål.
- Avsaknad av linjärt samband mellan investeringar och faktiskt värdeskapande, dvs. värden uppstår helt eller delvis i andra vårdenheter, alternativt utanför organisationen.
- Synliggörandet av värden och värdehemtagning kan inte optimeras.
- Resurserna, de skattefinansierade medlen, kan inte nyttjas ur ett helhetsperspektiv.
- Avsaknad av goda exempel på systematiska ansatser till innovation i partnerskap.

I praktiken försvårar detta för att företrädare från olika organisationer, och huvudmän, att sitta runt samma bord och gemensamt söka pragmatiska lösningar på identifierade behov – med invånaren i centrum, och effektivt resursnyttjande på riktigt.

7.1.4. ORGANISATIONSKULTUR: HIERARKIER, LEDARSKAP OCH KOMPETENS

En hierarkisk organisation, en professionsinriktad kultur samt specialiserad kompetens påverkar förutsättningarna för nytänkande och innovation inom hälso- och sjukvården. Processer för innovation och utveckling är ofta tvärprofessionella och tvärfunktionella. För att främja innovation i partnerskap krävs ett öppet och prestigelöst sätt att samarbeta och samverka över professionsgränser och ett tydligt ledarskap som premierar innovationsarbete och medarbetare som vågar utmana rådande strukturer och arbetssätt. Om ledarskapet däremot förstärker uppdelningen eller inte ger utrymme för eller stödjer förändring, så verkar det hindrande. Inom organisationskulturen står hälso- och sjukvården för en rad utmaningar:



- Svårt att jobba tvärfunktionellt inom organisationen, p.g.a. olika ansvar och incitament.
- Eftersläpning i kompetensväxling och nya kompetensprofiler i ordinarie verksamhet.
- Förändringsaversiv kultur p.g.a. rädsla att testa nya angreppssätt, befäster status quo.
- Avsaknad av incitament till riskoptimering som stöd till existerande förändringsvilja.
- Eftersläpning av ordnat införande av nya arbetssätt på verksamhetsnivå.

I praktiken utgör dessa hinder bromsklossar för innovation, utveckling och förändring i hälso- och sjukvården. Den kraft som möjliggörs av en organisationskultur som andas nytänk uteblir.

7.2. CENTRALA SYSTEMHINDER

7.2.1. DATA: BRISTANDE DATAKVALITET, TILLGÄNGLIGHET OCH MÖJLIGHET TILL UTTAG

En grundförutsättning för ett optimalt partnerskap är tillgång till likvärdig och användbar information. En tydlig bild av patientens och invånarens resa samt vårdrelaterade data, och en översikt av olika organisatoriska insatser i respektive steg, behövs som ett första led för att kunna formulera en sammantagen bild av såväl behov som potential för värdeskapande. I senare skede krävs samma typ av data för att anpassa lösningar och ta fram underbyggda beslutsunderlag, följa upp och utvärdera satsningar och dess faktiska värdeskapande. Att skapa bättre förutsättningar för balans mellan integritet och sekretess, samtidigt som tillgången till data förbättras, är en av de mest fundamentala frågorna för hur man skapar effektivitet och skala i värdeskapande innovationssatsningar som genomförs i partnerskap. Specifika utmaningar inkluderar:



- Registrerade data: Lång eftersläpning mellan mättillfällen, hög aggregeringsgrad.
- Datakvalitet: Typ av data, avsaknad av relevant data (historiskt och "i realtid").
- Tillgänglighet: Olika datakällor och svårt att hitta efterfrågade data.
- Datauttag: Bristande beställarkompetens samt avsaknad av effektiv intern process och stöd för beställningsunderlag för datauttag.
- Nya mätningar: Avsaknad av effektiv intern process för när/var/hur ny datainsamling kan genomföras, t.ex. behovsanalys, baseline-mätningar, värdeuppföljning.
- Avsaknad av lämpligt digitalt informationsstöd, en sorts automatiserad lösning för hälsodata – i kombination med kostnadsdata.

I praktiken innebär detta en utmaning för en effektiv behovsinventering inför utformningen av innovationssatsningar som möter hälso- och sjukvårdens utmaningar, och trubbiga analysverktyg för utvärdering och uppföljning av faktiskt värdeskapande.

7.2.2. EKONOMI: AVSAKNAD AV FAKTISKA KOSTNADSDATA SAMT KORTSIKTIG BUDGET- OCH INVESTERINGSHORISONT

På samma sätt som patientens/invånarens resa genom vården och organisatoriska insatser är avgörande för behovs- och värdeanalys ur ett patient-/invånar- och organisatoriskt perspektiv, är relaterade kostnadsdata av central betydelse ur ett ekonomiskt perspektiv. Detta är också viktigt för att i ett tidigt skede kunna synliggöra de ekonomiska förutsättningarna för en innovationssatsning, baserad på faktiska kostnadsdata. För landsting och regioner är det en fråga om överlevnad, och handlar också om att undvika oönskade kostnadsdrivare och säkerställa en aktivare prioritering och fördelning av existerande resurser.



- Hög aggregeringsgrad på existerande kostnadsdata.
- Svårt att bryta ner schabloner och genomsnitt till faktiska kostnader.
- Brist på kalkyleringskompetens och resurser för uppföljning i "business case".
- Kortsiktiga budgetcykler och investeringshorisonter för satsningar direkt i verksamhet.
- För landsting och regioner med ekonomiskt underskott; balansen mellan att investera i innovationssatsningar kontra kommunallagens krav på att återställa underskott (tre år).
- Avsaknad av lämpligt digitalt informationsstöd, en sorts automatiserad lösning för kostnadsdata – i kombination med hälsodata.

I praktiken innebär detta en utmaning för en effektiv kostnadsinventering inför utformningen av innovationssatsningar som möter hälso- och sjukvårdens utmaningar, och trubbiga analysverktyg för utvärdering och uppföljning av faktiskt värdeskapande. Detta skapar också en risk för ogenomtänkta initiativ och innovationssatsningar som i förlängningen visar sig utgöra kostnadsdrivare och därmed omöjliga att breddimplementera och överta i förvaltningen.

7.2.3. PARTNERSKAP: SVÅRIGHETEN ATT FÅ DET ATT FUNGERA "PÅ RIKTIGT"

Trots en positiv trend mot ett alltmer öppet förhållningssätt till samarbeten, är samverkan och partnerskap "på riktigt" lättare sagt än gjort. Sektorn har länge präglats av mer traditionella perspektiv på köpare/säljare där bolagen levererat färdigt paketerade lösningar till listpriser, som svar på landstingens behov och betalningsvilja. Då denna modell må vara fortsatt relevant i vissa sammanhang finns stora värden för samtliga parter att samverka, bygga broar och inleda nya former av partnerskap med fokus på gemensamt värdeskapande. De hinder som står i vägen för att naturalisera denna typ av samarbeten är såväl juridiska/regulatoriska som ekonomiska och kulturella:



JURIDISKT/REGULATORISKT

- LOU och rädsla för att upphandling ska påverkas av föregående samverkan.
- Mentala hinder för hur partnerskap får se ut. De samverkansregler för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin samt laborietekniska industrin som branschföreningarna tagit fram, har som andra regelverk en delvis avskräckande effekt. Många informanter beskriver en rädsla för att göra fel.

EKONOMISKT

- Tradition av samarbete i form av köpare respektive säljare där bolagen levererat färdigt paketerade lösningar till listpriser, som svar på landstingens behov och betalningsvilja.
- Svårt att hålla gemensamt värdefokus och finna nya innovativa affärsmodeller när budget-, marknads- och samhällsekonomiska perspektiv är motstridiga.

KULTURELLT

- Svårt att formulera en gemensam målbild.
- Avsaknad av ömsesidig förståelse för respektive parts organisatoriska struktur, beslutsvägar, perspektiv och förutsättningar.
- Pågående förankringsresa i bolagen och i offentlig verksamhet, vad innebär partnerskap "på riktigt"?
- Få goda exempel på hur lyckade partnerskapsåtaganden fungerar, från idé till effekt.

I praktiken befäster detta att partnerskap är svårare i praktiken än i teorin. Det finns ett stort behov för såväl landsting/regioner som bolag att tänka utanför traditionella former av partnerskap, och ett mod att anta gemensamma initiativ och innovationssatsningar med en utforskande ansats. Samtidigt är riskerna – och investeringarna – stora för de parterna (landsting/regioner och bolag) som väljer att vandra den ännu relativt utforskade vägen för värdeskapande innovation i partnerskap.

7.2.4. VÄRDE: SVÅRIGHETEN ATT DEFINIERA, SKAPA, MÄTA, FÖLJA UPP OCH FÖRDELA VÄRDE

Givet att partnerskapet är på plats, är en central utmaning för att verkligen kunna leverera tillsammans nära kopplad till behovet av samstämmighet i begreppet "värde". Detta är en förutsättning för att kunna definiera en gemensam målbild. I ljuset av hälso- och sjukvårdens utmaningar att leverera god vård och hälsa så kostnadseffektivt som möjligt, blir en stor utmaning att definiera värde som väger in såväl vårdrelaterade utfall som ekonomiska faktorer.

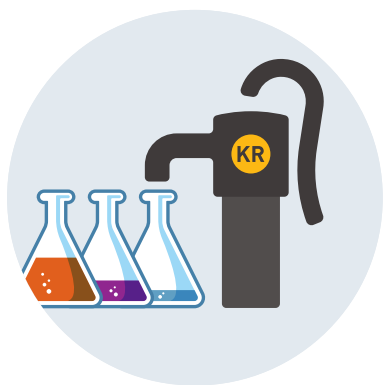


- Svårighet att gemensamt definiera, mäta, följa upp värde – på förhand identifiera värdepotential och möjliga kostnadsdrivare.
- Svårighet att kontrollera den fulla värdepotential som uppstår, samt att identifiera och mäta realiserbara värden.
- Svårighet att avväga prioriteringar – baserat på värdepotential – mellan hälsorelaterade utfall och kostnad för olika patientgrupper.
- Konflikt mellan budget-, marknads- och samhällsperspektiv i innovationssatsningar.
- Avsaknad av process eller riktlinjer för värdehemtagning i flertalet verksamheter, och möjligheten att fördela värde som uppstår – internt och externt.
- Frånvaro av "riskvilligt kapital"/"riskoptimeringsfond" för den övergångsfas då denna typ av värdemodeller och värdefördelande satsningar ska prövas och utforskas.
- Utformning av värdehemtagning och incitament för att optimera värdeskapandet.
- Pågående förankringsresa i bolagen och i offentlig verksamhet, från traditionell köp och sälj (listpris) till värdeskapande och mer utfallsbaserade fokus.

I praktiken skapar detta osäkerhet kring – och osynliggör – helt eller delvis de värden som skapas i olika initiativ och innovationssatsningar, samtidigt som det är svårt att fördela värden på ett rättvist sätt mellan berörda parter. Hindren innebär också svårigheter att överbrygga olika perspektiv på värde: värde för patienter och invånare, värde för kliniker och landsting/regioner som organisation, värde för bolag, värde för samhället i stort. Hur räknas dessa delar hem och hur fördelas värdet på ett rimligt vis? Ju svårare att identifiera och transferera värde till de parter som direkt ingår i en innovationssatsning, desto större risker associerade med partnerskapet.

7.2.5. ERSÄTTNINGSMODELLER: AVSAKNAD AV EKONOMISKA INCITAMENT SOM PREMIERAR INNOVATION, UTVECKLING OCH FÖRÄNDRING

En utmaning för att optimera potentialen för värdeskapande innovation ur ett systemperspektiv är avsaknad av effektiva ersättningsmodeller som skapar incitament för innovation, verksamhetsutveckling, förändringsarbete och effektivisering.



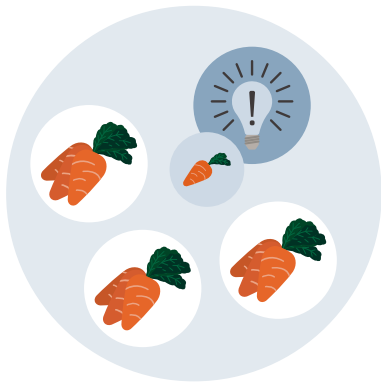
- Ersättning som idag primärt sker utifrån produktion av sjukvård begränsar utrymmet för att testa och införa nya lösningar och metoder som stärker vården.
- Avsaknad av effektiva ersättningsmodeller som skapar incitament för innovation, verksamhetsutveckling, värdeskapande, effektivisering, etc.
- Brist på riktade ersättningsmodeller och ekonomiska incitament skapar osäkerhet i såväl värdeskapandet som i värdehemtagningen, vilket skapar osäkerhet i investeringar som initieras i partnerskap med industrin.

I praktiken innebär detta en risk för hur väl en innovationssatsning genomförs och hur värdet optimeras. Avsaknaden av eller felriktade incitament kan få väldigt negativa konsekvenser för innovation, utveckling och förändring – där t.ex. effektiviseringar på verksamhetsnivå kan innebära minskade anslag eller lägre total ersättning för verksamheten. Ekonomiska incitament som på kort sikt justerar för detta saknas. Beroende på ersättningsmodell kan dessa hinder utgöra en riskfaktor för partnerskapet samt för slutresultat.

7.2.6. INCITAMENTSSTRUKTURER: AVSAKNAD AV RIKTADE INCITAMENT FÖR INNOVATION, UTVECKLING OCH FÖRÄNDRING

Utöver de ekonomiska incitamentsstrukturer och ersättningsmodeller som präglar hälso- och sjukvården, finns en rad incitamentsverktyg som är minst lika avgörande för möjligheten att optimera värdepotentialen i en innovationssatsning. Som övriga hinder visar finns ett stort behov av att se över formella och informella incitamentsstrukturer som råder inom hälso- och sjukvården, och se hur dessa kan nyttjas för att stärka värdeskapande innovation i partnerskap.

Ett sätt att skapa incitament är genom styrning och ledning som premierar nytänkande och riskoptimering när detta anses nödvändigt, d.v.s. en morot istället för piska för den som vågar testa nytt - trots risken att misslyckas. Detta saknas idag:



- Avsaknad av effektiva och riktade KPI-er för skarpa innovationssatsningar i partnerskap.
- Institutionellt – inte personbundet – ledarskap som vågar tänka nytt och ploga vägen framåt för reform.
- Avsaknad av system för meritvärdering av innovationsarbete i hälso- och sjukvården.
- Få goda exempel på hur effektiva incitament kan utformas för att möjliggöra värdeskapande innovation och partnerskap i praktiken.
- Brist på incitament skapar osäkerhet i såväl värdeskapandet som i värdehemtagningen, vilket skapar osäkerhet i investeringar som initieras i partnerskap med industrin.

I praktiken utgör utformningen av incitamentsstrukturer en risk för hur väl en innovationssatsning genomförs och hur värdet optimeras.

Ett bredare perspektiv på incitament är därför nödgrat för att utröna hur systemet kan optimeras. Vad är den gemensamma angelägenheten bland olika parter inom hälso- och sjukvården? Behöver delar av systemet revideras? Behöver resurser omfördelning? Är det möjligt att skapa värden och värdefördela på systemnivå? Hur kan effektiva incitament utformas för att möjliggöra värdeskapande innovation och partnerskap?

7.3. ATT UNDVIKA ELLER ADRESSERA HINDER

En enkel men kortsiktig lösning för att hantera systemhinder är en genväg som många vittnar om, som innebär att man helt enkelt hittar olika kreativa sätt att undvika eller runda det aktuella hindret – i syfte att möjliggöra planenlig implementering av projekt eller pilotsatsning. Det ligger nära till hands genom projektformens natur att hitta parallella sidospår och tillfälliga lösningar för att nå mål. Det blir dock kontraproduktivt i förlängningen och inte representativt för hur systemet fungerar på organisatorisk och ekonomisk nivå. Detta har man i Västerbotten identifierat som en central anledning till varför många projekt sedan faller eller stöter på problem i nästa steg, implementeringsfasen. Detta resulterar ibland också i att implementeringen blir en kostnadsdrivare när den övertas i förvaltningen, utan aktiv prioritering av verksamheten eller på organisationsnivå i landstinget.

Att driva innovationssatsningar direkt i ordinarie verksamhet, behovsbaserat utifrån potentiellt värde för vården men samtidigt anpassat till organisatoriska och ekonomiska förutsättningar ses som en möjlig lösning på de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Detta innebär dock att hinder måste adresseras – genomgripande och på allvar. Det är visserligen ett mer tidskrävande, utmanande och riskfyllt arbetssätt, men är i slutändan en avgörande pusselbit i att få långsiktighet i innovationssatsningar och bidra till att nyttiggöra värdet av innovationer på ett effektivare sätt.

Ett antal lösningar har identifierats som ett sätt att adressera hindren. Dessa har formulerats i direkt relation till respektive hinder, samt för värdeskapande innovation i partnerskap som koncept och modell.

8. LÖSNINGAR PÅ IDENTIFIERADE HINDER

1. JURIDIK



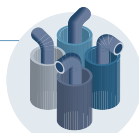
- Skapa förutsättningar för att pröva existerande lagrum utifrån mer utforskande ansatser, och under kontrollerade former, i syfte att hitta optimala tillämpningsformer och synliggöra eventuella reformbehov.
- Stöd och vägledning från tillsynsmyndigheter, som möjliggörare, för mer utforskande tillämpning.
- Systematisk spridning av erfarenheter och goda exempel.

2. STRUKTUR



- Tydligare fokus på ändamålsenlig styrning och prioritering, med utrymme för lokal variation utifrån behov och förutsättningar samt möjlighet till ny innovation.
- Flexibilitet i hur projektverktyget tillämpas för att stimulera ny innovation, med fokus på att möta behov och lösa utmaningar som genomsyrar systemet som helhet, på verksamhets-, organisations-, och policynivå.

3. SILOS



- Premiera och stimulera samverkanssatsningar som tar sig an utmaningar ur ett helhetsperspektiv, tvärfunktionellt och över organisationsgränser.
- Främja ett mer resurseffektivt nyttjande av skattefinansierade medel, och möjliggör transferering mellan olika budgetar – inom och mellan organisationer.

4. ORGANISATIONSKULTUR



- Främja ledarskap och mod från nationell nivå, för att stimulera mer utforskande arbetssätt och utmaning av rådande system.
- Frigör ekonomiska medel på organisations- och/eller nationell nivå, som möjliggör riskoptimering och mod att testa i innovationssatsningar med hög värdepotential och skalbarhet.

5. DATA



- Stärk datakvalitet – med tydligare länk mellan hälsodata, åtgärder och organisatoriska insatser och resurser.
- Öka tillgängligheten på disaggregerad data, som bättre kan beskriva verkliga behov och förutsättningar på verksamhets- och organisationsnivå.
- Stärk länken mellan hälso- och kostnadsdata och möjliggör värdeanalys för patienter/invånare samt klinik och landsting/regioner.
- Automatiserade informations- och beslutsstöd som kombinerar hälsodata med kostnadsdata.

6. EKONOMI



- Stärk kvaliteten på kostnadsdata – från schabloner och genomsnitt till faktiska kostnader.
- Öka tillgängligheten på disaggregerad kostnadsdata, som bättre kan beskriva verkliga behov och förutsättningar på verksamhets- och organisationsnivå.
- Stärk länken mellan kostnads- och hälsodata för att möjliggöra värdeanalys och underbyggda investeringsunderlag.
- Automatiserade informations- och beslutsstöd som kombinerar kostnadsdata med hälsodata.

7. PARTNERSKAP



- Skapa förutsättningar för parter som vill utforska nya former av partnerskap "på riktigt", för att stimulera antalet värdefokuserade partnerskapsåtaganden som initieras och genomförs.
- Stöd och vägledning till de landsting/regioner samt bolag som vill internt förankra "värdeskapande partnerskap" i den egna organisationen.
- Stimulera utvecklingen av nya värdefokuserade affärsmodeller i hälso- och sjukvården – som tar hänsyn till budget- marknads- och samhällsekonomiska perspektiv.
- Systematisk spridning av erfarenheter och goda exempel.

8. VÄRDE



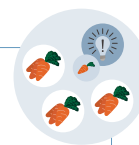
- Harmonisera synen på värde i hälso- och sjukvården: för invånare/patient, för klinik/landsting/region, för bolagspartner, för samhället i stort.
- Skapa förutsättningar för att lättare utforska olika sätt att identifiera, mäta och följa upp värde på ett systematiskt vis – med hänsyn till budget- marknads- och samhällsekonomiska perspektiv.
- Främja värdefördelade innovationsåtaganden genom att utveckla former för värdehemtagning och värdeöverföring – inom och mellan organisationer i offentlig sektor, samt till tredje part i privat sektor.

9. ERSÄTTNINGSMODELLER



- Stöd till att testa nya former av ersättningsmodeller och ekonomiska incitament för att understödja innovation, utveckling och förändring – direkt i verksamhet.
- Testa och utforska utformningen av lokal och/eller central innovationsfond eller andra ekonomiska incitamentsmodeller för satsningar som har hög värdepotential för samhället i stort. Systematisk spridning av erfarenheter och goda exempel.

10. INCITAMENTSSTRUKTURER



- Stöd till att testa och utforska utformningen av nya KPI-er och andra incitament som kan understödja och främja innovation, utveckling och förändring – direkt i verksamhet.

FÖR VÄRDESKAPANDE INNOVATION I PARTNERSKAP SOM KONCEPT OCH MODELL

- Förstärk möjligheterna att arbeta värdefokuserat inom hälso- och sjukvården – med hänsyn till värde som multidimensionellt begrepp, och inrymmande värde för såväl invånare och patienter som budget- marknads- och samhällsekonomiska perspektiv.
- Stärk innovationsmottagligheten inom hälso- och sjukvården som system, genomgripande på verksamhets-, organisations- och policynivå.
- Skapa förutsättningar för att integrera innovationsåtaganden direkt i vårdens vardag, för att möjliggöra långsiktighet, skalbarhet och breddimplementering från start.
- Främja nya former av partnerskap mellan offentlig hälso- och sjukvård och industrin, för att stimulera innovation av produkter, processer, tjänster och lösningar som bättre matchar vårdens behov och utmaningar, för att säkerställa effektiv vård och god hälsa, positionera Sverige som internationell testyta och samtidigt stärka svensk innovationskraft och konkurrenskraft globalt.
- Främja utvecklingen av värdefokuserade affärsmodeller för värdeskapande innovation i partnerskap – för delad risk, delat ansvar och delade värden, för att möjliggöra mer effektivt resursnyttjande i hälso- och sjukvården.
- Systematisk spridning av erfarenheter, lärdomar och goda exempel från värdeskapande innovation i partnerskap och hur det går att genomföra i praktiken – direkt i vårdens vardag och anpassat till organisatoriska och ekonomiska förutsättningar.

9. SLUTSATS

De hinder som identifierats för värdeskapande innovation i partnerskap inom svensk hälso- och sjukvård behöver adresseras systemgenomgripande, med ett helhetsgrepp. Det är en samstämmig bild som kartläggningen i denna förstudie ger, med enighet bland hälso- och sjukvårdsaktörer att en förändring är nödgad. Först då kommer till exempel det koncept som Västerbotten utvecklat och arbetat utifrån sedan 2013 kunna bli en fungerande modell för värdeskapande innovation i partnerskap – och appliceras i ett bredare perspektiv i hälso- och sjukvården som sektor. Detta kräver ett utforskande angreppssätt. Detta kräver också mod att utmana och "stresstesta" systemet. Och mandat att adressera hindren och hitta konkreta sätt att främja innovationsmottaglighet på alla nivåer – på verksamhetsnivå i specifika innovationssatsningar, på organisationsnivå i landsting/regioner och bolag, samt på policynivå. Ur detta kan goda exempel, vägledning i tillämpning samt förslag för reformering uppstå, med en chans för hälso- och sjukvården att accelerera mot en systemtransformation. Detta kräver förankring på bred front och partnerskap "på riktigt".

När konceptet och Västerbottens modell för värdeskapande innovation i partnerskap optimerats, är målet att svensk hälso- och sjukvård kan genomföra mer strategiska satsningar för att lösa framtidens stora utmaningar. En framtid där regioner/landsting, kommuner och bolag sitter runt samma bord och identifierar gemensamma värden och pragmatiska lösningar som kan skapa en mer kostnadseffektiv, god vård för exempelvis multisjuka äldre. En framtid där regioner/landsting och bolag sitter runt samma bord och utvecklar nya värde- och affärsmodeller och tänker nytt kring hur man tar sig an framtidens vård. En framtid där regioner/landsting, universitet och bolag sitter runt samma bord och hittar former för digitalisering, effektivisering och bättre nyttjande av resurser som svar på vårdens utmaning om kompetensförsörjning. En framtid där kostnadseffektiv vård och god hälsa är möjlig genom partnerskap.

I Västerbotten har man sett på värdeskapande innovation i partnerskap som en fråga om överlevnad. Denna förstudie stärker detta perspektiv och de intervjuer som genomförts visar på en samsyn i denna fråga. Hälso- och sjukvården behöver nya sätt att ta sig an framtidens utmaningar. Ett behov av att anta innovation och innovationsmottaglighet ur ett systemperspektiv och ett långsiktigt mål om systemtransformation för att bättre kunna bidra till, dra nytta av och främja innovationskraft för effektiv vård och god hälsa för hela befolkningen. Ett sätt att stärka Sverige som internationell testyta för innovation och samtidigt främja svensk innovationskraft och tillväxt på en global marknad. Ett nationellt initiativ för värdeskapande innovation i partnerskap skulle kunna bidra till detta, som svar på den frustration som finns i hälso- och sjukvården över de hinder som idag står i vägen för ett effektivt innovationsarbete.

Som svar på de tio hinder som identifierats och presenterats i denna förstudierapport, krävs att initiativet för värdeskapande innovation i partnerskap växlas upp, med fokus på att adressera angelägna hinder en gång för alla. Med detta kommer fler innovationssatsningar kunna parera den projektkyrkogård som Sverige präglas av, och skapa verkliga förutsättningar för skalbarhet och breddinförande av såväl enstaka innovationssatsningar som en organisk spridning av värdeskapande innovation i partnerskap som koncept.

För att ge ett sådant initiativ legitimitet och tyngd, behövs nationell förankring och bred uppslutning av relevanta aktörer, samtidigt som fokus måste vara på att leda det strategiska och operativa arbetet framåt för att få jobbet gjort. Synergier och samverkan med andra pågående initiativ behöver ses över för ömsesidigt utbyte. Med de erfarenheter man idag besitter, de framsteg man gjort i den interna organisationen, samt det fortsatta arbete som man bedriver i VLL, är Västerbotten i god position att koordinera ett sådant initiativ – som en spjutspets för värdeskapande innovation i partnerskap inom svensk hälso- och sjukvård.

Som ett första steg har fem rekommendationer formulerats som en väg framåt för svensk hälso- och sjukvård, med ett långsiktigt mål om att värdeskapande innovation i partnerskap kan skapa viktiga värden för hela Sverige.

En mer konkret plan för nästa steg presenteras i Västerbottens förslag till nästa steg: **Initiativ för värdeskapande innovation i partnerskap: En plan för långsiktig systemtransformation och svensk hälsosektorreform**

10. REKOMMENDATIONER

Sverige och svensk hälso- och sjukvård behöver värdeskapande innovation i partnerskap. Erfarenheterna från Västerbotten, intervjuerna med nyckelaktörer från hälso- och sjukvården, och organisationsteoretisk innovationsforskning vittnar om potentialen med att driva denna omställning för såväl landsting/regioner som industrin. I ljuset av den nationella Life Science-strategin samt andra nationella initiativ för en effektiv hälso- och sjukvård har följande fem rekommendationer formulerats som en väg framåt för Sverige.

1. **Fortsatt mandat till att driva och utveckla det nationella initiativet för värdeskapande innovation i partnerskap, i syfte att transformera svensk hälsosektor långsiktigt.**

Det behövs ett nationellt mandat för att ge kraft åt ett nationellt initiativ som plogar vägen framåt och tar sig an att adressera identifierade hinder för värdeskapande innovation i partnerskap, i ett långsiktigt perspektiv.

2. **Nationella resurser för att främja riskvilja, mod och uthållighet hos landsting/regioner och bolag att pröva nya angreppssätt för att gemensamt adressera hälso- och sjukvårdens stora utmaningar, direkt i vårdens vardag.**

Med de stora risker som associeras med att arbeta utforskande – i skarpa satsningar direkt i verksamhet och samtidig systemförändring – för såväl landsting/regioner som bolag krävs nationella resurser som kan stötta en långsiktig systemtransformation.

3. **Skapa förutsättningar för att adressera identifierade hinder för värdeskapande innovation i partnerskap ur ett helhetsperspektiv och på bred nationell front: på verksamhets-, organisations- och policynivå.**

För att klara av att adressera hinder ur ett systemperspektiv krävs samlade krafter på bred nationell front, där landsting och regioner, statliga och kommunala aktörer, bolag, universitet, forskningsinstitut, etc. arbetar mot samma mål.

4. **Skapa forum för nationellt utbyte av kunskap och erfarenheter kring värdeskapande innovation i partnerskap och hur innovationsmottagligheten i svensk hälso- och sjukvård kan stärkas.**

Svensk hälso- och sjukvård behöver systematisera informationsspridning, kunskaps- och erfarenhetsutbyte för ömsesidigt lärande, för att möjliggöra att goda exempel sprids och fallgropar undviks i arbetet med värdeskapande innovation i partnerskap. Detta är nyckeln till ökad innovationsmottaglighet.

5. **Stärka Västerbottens roll som bärare av konceptet värdeskapande innovation i partnerskap och bygga vidare på de erfarenheter man samlat på sig i ett "Center of Excellence".**

De erfarenheter som Västerbotten samlat på sig och de framsteg man gjort hittills kan bidra till att sprida värdeskapande innovation i partnerskap i svensk hälso- och sjukvård. Ett slags "Center of Excellence" kan institutionalisera detta.

REFERENSER

- Axelsson, Mattias (2014), Växla upp innovationskraft – skapa nya värden genom partnerskap
- Bringselius, Louise (2017), Tillitsbaserad styrning – ett ramverk, PM från Tillitsdelegationen
- Britnell, Mark (2015), In search of the perfect health system
- Breuer, Henning och Lüdeke-Freund Florian (2017), Values-based innovation management – Innovation by what we care about, Palgrave
- Cohen, Wesley och Levinthal, Daniel (1990), Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation
- Dir 2016:51 och dess tilläggsdirektiv 2017:119, Tillit i styrningen, samt delbetänkande SOU 2017:56, Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme (Tillitsdelegationen)
- Dir 2016:95, Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel, och dess delbetänkande SOU 2017:87, Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt.
- Dir 2017:08 och dess tilläggsdirektiv Dir 2018:40, Styrning för en mer jämlik vård
- Dir 2017:24, Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården, och dess delbetänkande SOU 2017:53, God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild samt SOU 2018:39, God och nära vård – en primärvårdsreform
- Dir 2017:44, Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring
- Dir 2017:128 och dess tilläggsdirektiv Dir 2018:14, Ordning och reda i vården
- Edquist, Charles (2014), Offentlig upphandling och innovation
- Etzkovitz Henry (2008), Triple Helix: University-Industry-Government Innovation in Action
- European Commission, COM (2014)215
- EU Scirocco Project, Maturity Model for Integrated Care, <https://www.scirocco-project.eu/>
- Helgesson, Claes-Fred och Winberg, Hans (red.) (2009), Detta borde vårddebatten handla om.
- Koch, Per and Hauknes, Johan (2005), On innovation in the public sector – today and beyond. Report from the PUBLIN project.
- Konkurrensverket, Uppdragsforskningsrapport 2014:5
- LHC Working Paper 2016:01, Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk
- LHC 2012:4, Organisering för innovation i sjukvården – Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling
- LHC 2014:1, Ekonomi på tvären: Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning
- LHC 2014:3, Framtidens hälsa, vård och omsorg - Detta kommer debatten att handla om
- LHC 2015:2, Ersättning baserat på utfall – en modell för riskdelning - Analys av mottaglighet och hinder vid införandet av utfallsbaserad ersättning för läkemedlet Zytiga
- LHC 2015:3, Drivkrafter och hinder vid läkemedelsbehandling i hemmet istället för på mottagning - Analys av fallet Humira
- LHC 2017:2, Ekonomi för förändring: Ersättningsmodeller för innovation – en vägledning
- LHC 2017:4, Digital granskning av patologi i nätverk - En kvalitativ studie av mottaglighet för nya samarbetsformer
- LHC 2018:1, 3 kronor – En jämförelse av hur olika ekonomiska analysmetoder synliggör värde i vården

- LHC/Vinnova N2013/266/FIN, Uppdrag att utveckla innovationskraften i offentlig sektor
- Mähring, Magnus och Kjellberg, Hans (2008), IT i sjukvården: Evigt löfte och daglig förbannelse
- Norges forskningsråd (2012), Aktivér det offentlige innovasjonspotensialet
- Nuffield Trust (2017), Falling short: Why the NHS is still struggling to make the most of new innovations
- Nählinder, Johanna (2007), Innovationer i offentlig sektor, en litteraturoversikt
- OECD (2017), Caring for quality in health: Lessons learned from 15 reviews of health care quality
- Prop. 2009/10:175, Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt
- Rådslaget Produktivitet i vård och omsorg (2016), De tio förbudsorden: Tio saker som vi inte ska göra och gör vi dem inte underlättar vi digitaliseringen och därmed skapar vi förutsättningar för vården och omsorgen att bli bättre och effektivare
- Sandebring, Adam (2006), Att organisera privat-offentlig samverkan, Score working paper 2006:4.
- Socialdepartementet (2010), Den ljusnande framtid är vård: Delresultat från LEV-projektet
- SOU 2013:12, Goda affärer – en strategi för hållbar offentlig upphandling,
- SOU 2013:40, Att tänka nytt för att göra nytta (Innovationsrådet)
- SOU 2016:2, Effektiv Vård
- Strehlenhert, Helena (2017), From policy to practice: exploring the implementation of a national policy for improving health and social care
- Sveriges Kommuner och Landsting (2018), Ekonomirapport, maj 2018 – Om kommunernas och landstingens ekonomi.
- Södergren, Birgitta (2016), Flaggskeppsfabriken – styrkor i svensk produktion
- Tillväxtanalys 2016:07, Hänt i världen våren 2016 – Innovation i offentlig sektor
- Vinnova 2013:01, Från eldsjäl drivna innovationer till innovativa organisationer
- Vårdanalys 2014:2, VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom
- Vinnova Rapport 2015:08, Ersättningssystem för innovation i vård och omsorg – En studie av åtta projekt som utvecklar nya ersättningsmodeller
- Vinnova, Så stärker vi innovationsförmågan, <https://www.vinnova.se/sa-framjar-vi-innovation/sa-star-ker-vi-innovationsformagan/>
- Vårdanalys 2016:1, Samordnad vård och omsorg En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem
- Williams, Iestyn och Shearer, Heather (2011), Appraising public value: past, present and future

BILAGA 1

LISTA PÅ GENOMFÖRDA INTERVJUER OCH SAMTAL

Anders Sylvan, Landstingsdirektör, Västerbottens läns landsting
Anna Lefevre, VD, Swedish Medtech
Anna Nergård, Utredare Regeringskansliet, Primärvårdsutredningen
Bengt Mattson, CSR- och miljöchef, Pfizer samt Kansliansvarig LIF "Task Force för ordnat införande"
Björn Arvidsson, Policychef, Roche
Camilla Wiklund, Externa relationer, UMU Holding AB (Umeå universitet)
Christina Östberg-Lloyd, CMR Director, Novo Nordisk samt ordförande, Swelife
Claes Ahlm, FoU-direktör, Västerbottens läns landsting
Daniel Forslund, Innovationslandstingsråd, Stockholms läns landsting
Emilie Erhardt, Director – Hospital Partnerships and Consulting, Getinge (numera Ivbar Institute)
Emma Spak, Samordnare, Utredningen Nära vård
Johan Järte, kontaktperson IML, LIF
Jenni Nordborg, Samordnare, regeringens Life Science-kansli samt chef för avdelningen Hälsa på Vinnova
Jonas Claesson, Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, Västerbottens läns landsting
Jonas Matthing, Research Manager, Rise
Jörgen Striem, Projektledare, Policy och strategier för innovation och digitalisering, landstinget Sörmland
Katarina Holmgren, Ekonomidirektör, Västerbottens läns landsting
Karolina Antonov, Analyschef, LIF
Katarzyna Wikström, Kommunchef, Norsjö Kommun
Kerstin Falck, Corporate Affairs Director, Pfizer
Lars Burström, Landstingsjurist, Västerbottens läns landsting
Lena Svendsen, Projektledare, Swedish Medtech
Louise Reuterhagen, Projektledare, Upphandling och hälsoekonomi, Swedish Medtech
Magnus Lejelöv, Strategic Accounts Head, MSD
Maria Helling, VD, Swecare
Marlene Almqvist, Market Access Manager, AbbVie
Martin Sparr, Chef Systemanalys, Socialstyrelsen
Nicklas Sandström, Oppositionslandstingsråd samt styrelseledamot VLL Innovation AB
Susanna Eklund, Utredare Forskningsfrågor, Sveriges Kommuner och Landsting
Patrick Sundström, Programansvarig för e-hälsa, Sveriges Kommuner och Landsting
Per Nygårds, Näringspolitisk Expert & Public Affairs, IT- och Telekombolagen
Robert Winroth, Innovationslandstingsråd samt ordförande VLL Innovation AB, Västerbottens läns landsting
Sara Lewerentz, IT- och digitaliseringsdirektör, Västerbottens läns landsting
Susanna Franke Rodau, Director Healthcare Development, Roche Diagnostics Scandinavia