

Möjligheter och hinder för innovation i vård och omsorg

Underlagsrapport till Socialstyrelsens
strategi för att främja innovation i
hälso- och sjukvård och socialtjänst

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publicerad

Socialstyrelsens intranät, maj 2018
www.socialstyrelsen.se, september 2019

Förord

Enligt 2017 års regleringsbrev ska Socialstyrelsen i samband med årsredovisningen redovisa de åtgärder som vidtagits för att främja innovation inom myndighetens ansvarsområde. Förutom att redovisa detta i en särskild rapport till regeringen (dnr 2621/2016) har myndigheten också bedrivit projektet ”Innovationsfrämjande åtgärder”. Projektet syftade till att komma med förslag på en strategi för myndighetens arbete för att främja innovationer i hälso- och sjukvård och socialtjänst, grundat på en kartläggning av innovationssystemet inom vård och omsorg. Denna rapport beskriver förslaget till strategi och hur den utarbetats samt resultatet av kartläggningen av behov och problem i innovationssystemet.

Strategin syftar till att tydliggöra myndighetens roll i det svenska innovationssystemet i relation till andra organisationer och utifrån myndighetens uppdrag, bidra till att främja innovation inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och undanröja hinder för innovation och på andra sätt förändra system på olika nivåer utifrån patienters och brukares behov.

Rapporten har utarbetats av utredaren Anna Löfgren Willeus tillsammans med Patrik Hedefjäll samt en projektgrupp med representanter från olika avdelningar på myndigheten.

Natalia Borg
Avdelningschef
Avdelningen för utvärdering och analys

Innehåll

Förord	3
Kartläggning av innovationssystemet vård och omsorg	7
Sammanfattning	7
Inledning.....	11
Syfte.....	11
Vad är innovation?	11
Metod och genomförande.....	14
Webbenkät svar om vad som främjar och hindrar innovation.....	18
Patienters och brukares situation samt ökad effektivitet är viktiga drivkrafter för innovation.....	18
Stuprör, resursbrist, svagt ledarskap och "fyrkantig" upphandling utgör hinder för innovation	19
Ledarskap, professionalitet och internt stöd för samverkan utgör framgångsfaktorer för innovation	20
Att gå från test i projekt till breddsättning i verksamheten är särskilt problematiskt.....	21
Många ser Socialstyrelsens roll i att leda omställningen av vård och omsorg till mer samarbete närmare patient och brukare	22
Generellt efterfrågas mer utbildning i att driva innovation	23
Innovation behöver ses som en naturlig del av arbetet	24
Intervjusvaren om vårdens och omsorgens innovationssystem	25
Vanliga hinder för innovation.....	25
Svårt att navigera innovationssystemet	28
Behov av internt innovationsstöd	32
Involvering av externa aktörer.....	34
Digitalisering öppnar för patienter, brukare och anhöriga	36
Vårdens mål och mätning av behandlingsutfall	38
Intervjupersoners åsikter om Socialstyrelsens roll i vårdens och omsorgens innovationsarbete.....	40
Litteratur på temat vård och omsorg i behov av omställning.....	45
Utredningen "Effektiv vård"	45
"Innovationer i sjukvården" – en enkätundersökning av SCB	47
"Innovation i offentlig verksamhet" – en kartläggning från SKL	48
Innovationsaktiviteter inom hälsa och life science finansierade av Vinnova	49
E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna – en kartläggning från Socialstyrelsen.....	51
Akademisk forskning om innovation inom svensk vård.....	52
Referenser.....	56
Bilagor.....	57

Kartläggning av innovationssystemet vård och omsorg

Sammanfattning

Denna rapport utgör resultatet av etapp 1 - kartläggning av behov och problem i innovationssystemet - i Socialstyrelsens projekt "Innovationsfrämjande åtgärder" som ligger till grund för strategin hur myndigheten kan främja innovation i hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Utifrån 40 intervjuer, 64 webbsvar, två workshoppar, genomgång av litteraturen om innovation i svensk vård och omsorg samt möten med andra myndigheter (t.ex. Vinnova, Rådet för styrning med kunskap) har vi kartlagt möjligheter och hinder för innovation i hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

Vi kan konstatera att det finns en utbredd entusiasm för innovation. Men ur detta kartläggningsarbete framträder också en bild av ett fragmenterat innovationssystem i så måtto att innovationsverksamheten är relativt frånkopplad den löpande verksamheten. Aktörer driver ofta innovation utifrån snäva problemformuleringar, otillräckligt samordnade över gränser med bristande kontinuitet och kortfristig extern finansiering. Skapandet av separata innovationsenheter i kommuner och landsting kan bidra till att innovationsfrågorna drivs mer långsiktigt, men innebär också risker. Bildandet av separata enheter kan göra dessa enheter isolerade från verksamheten eller att innovation drivs separat och att involveringen i implementering av innovationer i den löpande verksamheten blir lidande.

Implementeringen av innovationer utgör enligt våra resultat ett centralt problem och relaterar till frågor om omvärldsanalys, ny kompetens, ledarskap, tillgång på aktuell evidens, men också tid, resurser och upphandling. Både vid implementering och identifiering av ett innovationsbehov är involvering av patienter, brukare och anhöriga viktigt.

Våra viktigaste observationer av innovationssystemet i hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan sammanfattas i följande sju punkter:

- Behov av långsiktigt stöd och resurser för att gå från projekt till breddinförande i hälso- och sjukvård och socialtjänst
- Behov av översikt och vägledning gällande hur olika typer av innovation inom vård, omsorg och offentlig sektor berörs av olika regleringar
- Patienter, brukare och anhörigas behov behöver få en starkare röst inom vård och omsorg
- Behov av nationell IT-infrastruktur som möjliggör interoperabilitet och samverkan
- Behov av testmiljöer med snabb utvärderingsmöjlighet baserat på data samt aktuell evidens och stöd kring användning av e-hälsa och välfärdsteknik

- Behov av omvärldsanalys och extern kompetens för att identifiera och lösa problem eller få in nya synsätt
- Behov av systemsyn för att kunna navigera innovationssystemet och bedriva innovation samordnat



Behov av långsiktigt stöd och resurser för att gå från projekt till breddinförande i hälso- och sjukvård och socialtjänst

Inom hela innovationssystemet för vård och omsorg finns stora problem i att gå från projekt till breddinförande, dvs. implementeringen i verksamheten fungerar dåligt. Det verkar finnas relativt bra internt och externt stöd för verksamheter inom kommuner och landsting att starta projekt men övergången till att implementera en innovation i löpande drift i bred skala stabilt är svår att genomföra. Orsaker till detta kan vara kortsiktig extern finansiering, bristande organisatoriskt metodstöd (projekt eller innovationskontor), bristande resurser i form av pengar, personal och tid, fördröjningar och begränsningar vid upphandling, men även att professionens inneboende strävan efter kompetensutveckling inte får utrymme i en verksamhet med snäv budgetstyrning och olika kontrollsystem. Även bristande stöd från chefer i att driva implementering framförs som ett hinder.



Behov av översikt och vägledning gällande hur olika typer av innovation inom vård, omsorg och offentlig sektor berörs av olika regleringar

Få aktörer inom innovationssystemet har kunskap om hela innovationsprocessen från idé till omsättning i verksamheten och de regler och krav innovationer måste uppfylla för att kunna introduceras i vård och omsorg. Det kan gälla regleringar om användning av medicinteknik, CE-märkning, lagen om offentlig upphandling (LOU), hälsoekonomiska utvärderingar (HTA), patientdatalagen, personuppgiftslagen, dataskyddsförordningen, patientsäkerhetslagen, ersättningssystem, hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete etc.



Patienter, brukare och anhörigas behov behöver få en starkare röst inom vård och omsorg

Idag finns genom digitalisering nya möjligheter att låta patienter och anhöriga komma till tals och få mer inflytande över tjänster, men jämfört med andra sektorer ligger vård och omsorg efter.

Genom att utforma tjänster och organisatoriska processer utifrån brukares och patienters behov kan högre nytta och effektivitet uppnås i vård och omsorg. Även egen- och anhängigvården behöver tydliggöras och stödjas.



Behov av nationell IT-infrastruktur som möjliggör interoperabilitet och samverkan

Dagens IT-infrastruktur utesluter ibland digitala eller andra privata vårdgivare och hindrar då samverkan mellan kommuners sjukvård, omsorg samt

landstingens vårdgivare. Otydliga regler om vilka standarder och gränssnitt som ska gälla nationellt gör det svårt för vårdgivare och privata aktörer (t.ex. företag som erbjuder appar) att skapa lösningar med hög interoperabilitet som uppfyller krav på sekretess och dataskydd.

Behov av testmiljöer med snabb utvärderingsmöjlighet baserat på data samt aktuell evidens och stöd kring användning av e-hälsa och välfärdsteknik

Det uttrycks ett behov av att kunna genomföra snabbare utvärderingar av innovationer i löpande drift på olika nivåer inom vården och omsorgen samt att dessa data utvärderas och sprids snabbare som evidens i form av ”real world data”. Detta gäller data i olika former från produktionsdata, behandlingsutfall, men också i större utsträckning data från patienterna, hur de upplevt sin kontakt med vård och omsorg. Ett flertal respondenter framför behovet att vidga det pågående riktlinjearbetet till att inkludera användningen av fler och mer specifika digitala metoder och produkter (t.ex. e-hälsolösningar och välfärdsteknik).



Behov av omvärldsanalys och extern kompetens för att identifiera och lösa problem eller få in nya synsätt

För att kunna förstå att en verksamhet har problem som kräver nya lösningar behövs en kontinuerlig omvärldsanalys där behoven hos verksamhetens olika intressenter identifieras. I denna pågående dialog med externa aktörer brukar också lösningar och kunskap om vem som kan bidra med lösningar kunna identifieras. Många informanter uttrycker att det råder en ”berörings-skräck” inom vården för att tala med ”industrin” som motverkar den viktiga dialogen om problem och lösningar. Även internt inom vård och omsorg kan teamarbete där flera kompetenser samverkar göra det möjligt att lösa problem på ett mer effektivt sätt och uppnå bättre utfall.



Behov av systemsyn för att kunna navigera innovationssystemet och bedriva innovation samordnat

Många informanter uttrycker svårighet att navigera innovationssystemet, dvs. att veta vilken myndighet eller aktör som ansvarar för vilka frågor. Samtidigt visar kartläggningen att innovation betyder olika saker för olika aktörer, vilket är viktigt att ta hänsyn till vid samverkan inom systemet. Aktörer i gränssnittet mellan industri och vård och omsorg ser innovation främst som införande av nya tekniska produkter ofta i samspel med nystartade företag. Professioner inom vård och omsorg ser innovation främst som införande av nya metoder med påverkan på riktlinjer. De som arbetar nära brukare och patienter ser främst nya sätt att involvera dem genom ändrade tjänster baserade på e-hälsa eller välfärdsteknik. Slutligen uppfattar många administrativa beslutsfattare inom landsting och kommuner ofta innovation som en fråga om att ändra vem som ansvarar för vad genom införande av nya enheter. Enskilda aktörer är färgade av sin egen position i innovations-



systemet och ser främst de egna frågorna, även om de kan inse att innovationer är beroende av andra aktörer för att kunna omsättas praktiskt. Effektiv innovation förutsätter i regel att processer, organisation, införande av nya produkter samt utformning av nya tjänster sker samordnat och samtidigt. Genom att definiera problemet som innovationen ska adressera brett finns förutsättningar för att lösa flera aktörers problem samtidigt.

Inledning

Enligt 2017 års regleringsbrev ska Socialstyrelsen i samband med årsredovisningen redovisa de åtgärder som vidtagits för att främja innovation inom myndighetens ansvarsområde. Denna rapport utgör resultatet av etapp 1 - kartläggning av behov och problem i innovationssystemet - i Socialstyrelsens projekt ”Innovationsfrämjande åtgärder” om hur myndigheten kan främja innovation i hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Kartläggningen utgör tillsammans med etapp 2, som beskriver vad Socialstyrelsen redan gör för att främja innovation, en grund för ett förslag till Socialstyrelsens strategi för innovationsfrämjande åtgärder och ska förstås mot bakgrund av de utmaningar som hälso- och sjukvård samt socialtjänst står inför.

Kommuner, landsting och regioner står inför stora utmaningar gällande demografi, migration, kompetensförsörjning, multisjuklighet, kroniskt sjuka och förändrade krav från olika brukargrupper. För att hantera denna utveckling krävs sannolikt ett radikalt nytänkande när det gäller utformningen av offentlig finansierad vård och omsorg. I denna situation kommer förmågan att utnyttja ny teknik, ändra organisation och arbetsprocesser bli nödvändigt för att effektivare motsvara patienters och brukares behov och bättre utnyttja kunskapen hos personalen. Digitala lösningar i andra sektorer av samhället skapar förväntningar på liknande lösningar inom vård och omsorg. Innovationsarbetet blir en central del i denna omställning.

Syfte

Syftet med denna etapp 1 i projektet för innovationsfrämjande åtgärder är att kartlägga det svenska innovationssystemet inom vård och omsorg och identifiera brister, hinder och behov. Denna behovsinventering utgör en grund för arbetet att identifiera Socialstyrelsens roll i regeringsuppdraget att främja innovation. Socialstyrelsens roll formuleras tydligare i etapp 4 av projektet som utgör ett förslag till strategi för hur Socialstyrelsen kan främja innovation.

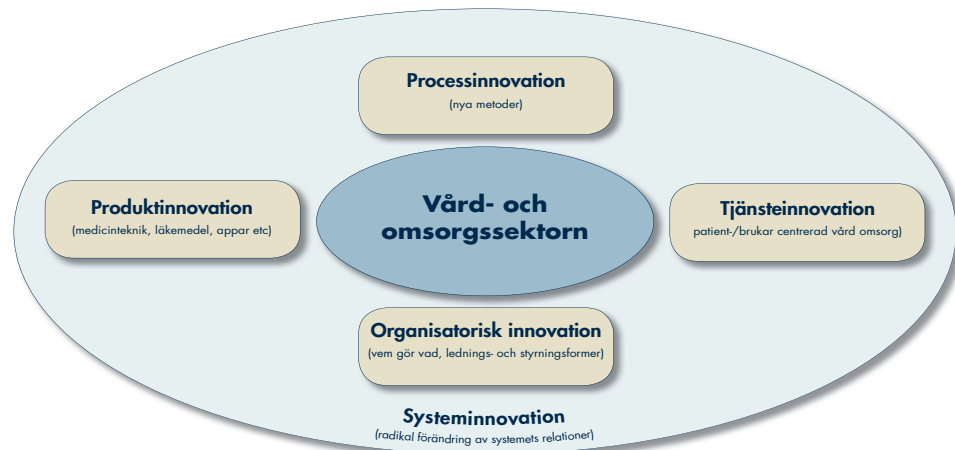
Vad är innovation?

Utgångspunkter och definitioner

En kortfattad definition av innovation innebär att *nyttiggöra* något *nytt* och *nyttigt*, dvs. att praktiskt använda eller införa t.ex. en ny produkt, process, metod eller organisation som är effektivare och/eller bättre motsvarar olika intressenters behov. Definitionen av innovation är central och vi kommer i rapporten att använda oss av fem typer av innovation (1, 2):

- nya produkter som används inom vård och omsorg
- nya produktionsprocesser eller metoder

- nya sätt att organisera vård och omsorg
- nya tjänster som erbjuds inom vård och omsorg, samt
- systeminnovationer, mer omfattande ändringar av arbetssätt och processer i vård och omsorgssektorn för att komma åt mer svårlösta problem.



Översikt över olika typer av innovationer som diskuteras i rapporten

Utöver att identifiera olika typer av innovation är även frågan om nyhetsgraden av en innovation för en aktör viktigt att definiera. Är innovationen helt ny i världen, ny i Sverige eller ny för den egna organisationen? I denna rapports användning av begreppet innovation kommer samtliga tre nivåer av innovation användas där ny för den egna organisationen utgör det vanligaste fallet.

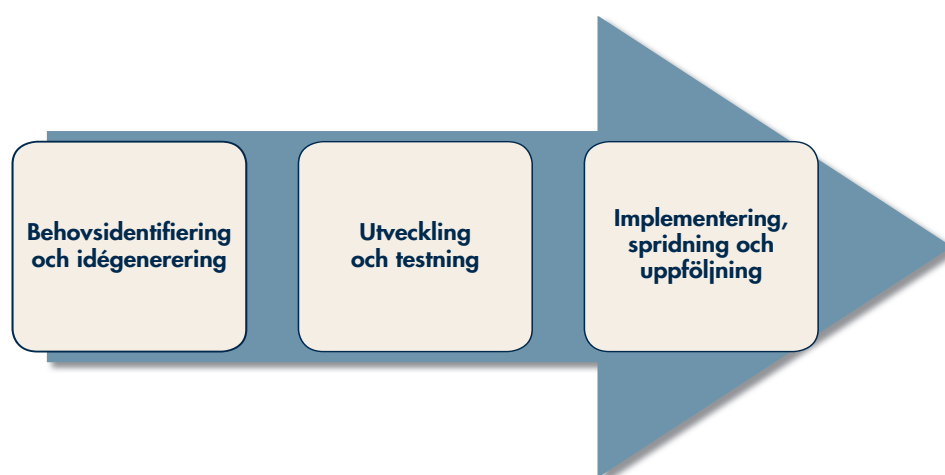
Förutom att definiera typ av innovation och för vilken betraktare innovationen är ny kan även omfattningen av och höjden på en innovation vara viktigt att beakta. Innovationer kan skilja sig åt i förändringsgrad från omfattande och stor förändring, ofta benämnt *radikal* innovation till en mer gradvis förbättring vilket beskrivs som *inkrementell* innovation. Den svåra gränsdragningen här utgör att skilja på mindre, löpande verksamhetsförbättringar och inkrementell innovation som måste utgöra en skalbar, kvalitativt annorlunda ny produkt, tjänst, process eller organisation med syfte (3) ”att väsentligt förbättra dess kapacitet, användarvänlighet, ingående komponenter eller delsystem”. Som framhålls i en Vinnova rapport om innovation är skalbarhet ett viktigt kriterium för att särskilja innovation från vardagsförbättring (4) ”ju mer skalbar, desto mer innovation.”

De fyra typerna av innovation kan ske inom ramen för ett givet organisatoriskt system så som sjukvårds- eller vårdssystemet. Om däremot transformationen av hela systemet från ett nuvarande tillstånd till ett önskvärt framtida tillstånd avses kommer denna transformationsprocess också kräva systeminnovationer av mer omfattande art och således vara radikal och ny för ett flertal aktörer. *Systeminnovation* är enligt OECD (1): ”In general terms, system innovation can be defined as a radical innovation in socio-

technical systems which fulfil societal functions, entailing changes in both the components and the architecture of system.” Systeminnovation är alltså en mer omfattande, radikal innovation som innebär en ändring i förutsättningarna för hälso- och vårdsystemets funktion. Detta förutsätter ofta ändringar i lagstiftning och kan då benämnas *policyinnovationer*.

Olika innovationer har olika processer och aktörer involverade

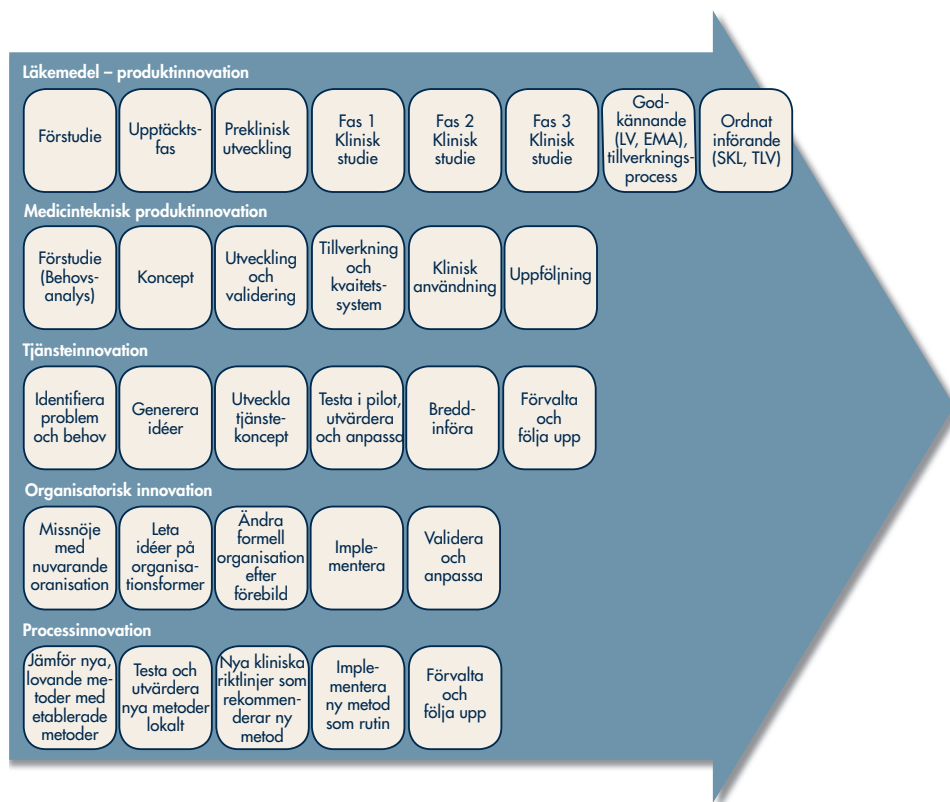
I denna rapport utgår vi ifrån en förenklad syn på innovationsprocessen som bestående av tre faser: behovsidentifiering och idégenerering, utveckling och testning samt implementering, spridning och uppföljning.



Översiktlig bild över innovationsprocesser

Även om innovationsprocesser ofta beskrivs som en linjär utveckling sker processen i verkligheten iterativt och ofta parallellt så att senare faser kan påbörjas även innan en tidigare fas har avslutats. Viktigt är också att innovationer ofta förändras till sitt innehåll under processen.

För de olika typer av innovationer vi diskuterar i denna rapport skiljer sig processerna åt beroende på att t.ex. produktinnovationer måste följa en del lagmässiga krav. Produktinnovationer brukar startas med en förstudie inom vilken behov kartläggs och idéer genereras, vilket ofta sker i samband med att en ny metod eller process introduceras i den egna organisationen. Också vid tjänste-, organisatorisk- och processinnovation berörs den egna organisationen på ett mer direkt sätt. I figuren nedan beskrivs den typiska processen för olika innovationer.



Översikt över olika innovationsprocessers typiska faser

Metod och genomförande

Rapporten bygger på tre typer av datakällor och metoder som analyseras och jämförs med varandra för att se om skillnader och likheter kan identifieras.

Datainsamling

Webbenkäter

Sammanlagt 64 webbenkäter samlades in mellan 12 september och 11 november 2017, företrädesvis från personer som följer Socialstyrelsens arbete genom att prenumerera på Socialstyrelsens nyhetsbrev eller Linked-in-sida. Deltagarna i webbenkäten har kategoriserats utifrån sina e-postadresser enligt följande kategorier:

Kategori	Antal
Företag	16
Landsting och regioner	17
Kommuner	9
Akademi	4
Patient/Medborgare/Anonym	16
Privat vårdgivare	2
Annan statlig myndighet	0

Intervjuer

Totalt 40 intervjuer har genomförts mellan maj och november 2017 med olika personer som är eller varit involverade i arbete med att ta fram och föra in innovationer inom det svenska vård- och omsorgssystemet. Intervjuerna genomfördes av sex medarbetare på Socialstyrelsen samt en konsult. En lista över intervjupersonerna finns i bilaga 1.

Kategori	Antal
Företag och företagsbranschorganisation	6
Landsting och regioner	17
Kommuner	8
Akademi	2
Samverkansorganisation	3
Patient/Medborgare/Anonym	1
Privat vårdgivare	3
Annan statlig myndighet	1

Workshoppar

Två workshoppar genomfördes i september med 17 personer samt i december med 19 personer som visat intresse för projektet internt på Socialstyrelsen samt externa personer med intresse för innovation i vård och omsorg:

Kategori	Antal
Företag	8
Akademi	1
Landsting och regioner	5
Kommuner	1
Annan statlig myndighet	5
Socialstyrelsen	16

Om vi tittar totalt på webbenkäter, intervjuer och medverkande i workshoppen ser vi att de flesta medverkande personer företräder verksamheter inom vård och omsorg, dvs. de centrala aktörerna i innovationssystemet.

Konsulter: 2 personer	Akademi och professioner: 7 personer	Kvalitetsregister:	Medicin- och vårdtidskrifter:	Media:
Näringsliv: 23 personer	Vård och omsorgsgivare: 61 personer (38 Landstingsanställda, 18 Kommunanställda, 6 privata vårdgivare)		Upplysnings-tjänster:	Allmänheten och civilsamhälle: 13 personer
Nätverk och mötesplatser:			Patienter/ Brukare/ Anhöriga: 5 personer	
Inkubatorer:	Bransch-organisationer: 4 personer	Samverkans-organisationer: 2 personer	Patient-organisationer:	Politik:
Finansiärer:		Myndigheter: 12 personer		Regeringen:

Huvuddelen av de medverkande personerna företräder vård- och omsorgsgivare (Kommuner och Landsting samt privata vårdgivare).

Litteraturgenomgång

Som utgångspunkt för litteraturgenomgången analyserades utredningsrapporten Effektiv vård (SOU 2016:2). Textstycken som innehöll ordet innovation samplades och analyserades i sitt sammanhang för att se hur begreppet innovation användes i rapporten. För att uppnå syftet att kartlägga det svenska innovationssystemet inom vård och omsorg genomfördes en genomgång av offentliga innovationsstödande program riktade mot vård- och omsorgssektorn. Litteratur identifierades utifrån SKL:s översiktsrapport Innovation i offentlig verksamhet, samt utifrån projektgruppens tidigare erfarenheter.

Akademisk forskning kring innovation inom svensk vård och omsorg identifierades genom en sökning i databasen PUBMED utifrån följande sökkriterier: 'Healthcare', 'Innovation' och 'Sweden'. Sökningen resulterade i 330 träffar vilka granskades utifrån kriterierna: att artikeln var tillgänglig utan kostnad eller tidsfördröjning samt att artikeln gäller sjukvård eller omsorg generellt och inte ett specifikt sjukdomstillstånd, samt att artikeln är publicerad under de senaste 6 åren, dvs. 2012–2017.

Analys av insamlat material

Analysen av litteraturen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys. Webbenkäterna analyserades semikvantitativt utifrån gemensamma teman för respektive fråga. Fem frågor ställdes i webbenkäten:

1. Vilka är dina drivkrafter för att arbeta med innovationer inom vård och omsorg?
2. Vilka är de största hindren respektive framgångsfaktorerna?
3. När i innovationsprocessen visar sig de största problemen?
4. Vilka områden tycker du Socialstyrelsen borde fokusera på för att bli bättre på att främja och/eller undanröja hinder för innovationer?
5. Vilket stöd skulle generellt sett behövas från statliga myndigheter för att underlätta innovation?
6. Andra funderingar och kommentarer.

Samtliga 40 intervjuer har skrivits ned i word-dokument. Utifrån dessa intervjuetranskript har enskilda teman brutits ut och kodats induktivt till dess att inga nya teman kunnat identifieras. 26 teman identifierades ur intervjuerna som sedan ”klustrades” i följande 7 grupper:

Problem och utmaningar

- Kortsiktig finansiering/projektfinansiering
- Bristande implementering p.g.a. bristande ändring av arbetssätt
- Detaljstyrning, överdokumentation, reglementering
- Affärsmodell/vårdmodellinnovation, förändrat tankesätt och organisering
- Bristande innovationshöjd, eller för liten omfattning ”scope”
- Tid, resurser, personal för innovation, ersättningssystem för innovation

Samordning och transparens

- Navigering av nationella innovationssystemet, vem är ansvarig för vad?
- Samverkan över gränser, organisatoriska (mellan huvudmän), vårdnivåer, utefter vårdkedjan
- Utvärdering av och riktlinjer för användning av välfärdsteknik
- Riktlinjer och exempelsamling, standardisering av begrepp, termer relaterade till innovation och användning av e-hälsa, välfärdsteknik

Utfallsdata, målsättningar

- Utfallsdata, behandlingsresultat, statistik, metrik, patientrapporterade utfall (PRO), kvalitetsmått
- Målbilder och visioner

Samverkan mellan vård och företag

- Testbäddar, kliniska studier, egentillverkade produkter, prototyper
- Lagen om Offentlig Upphandling (LoU) och dess konsekvenser för nya, mindre företag, innovation
- Industrisamverkan, licensiering

Stödformer för innovationsprocesser och projekt

- Kontinuitet och långsiktighet
- Innovationsarbete som meritering (kontra forskning)
- Eldsjälar, innovatörer, entreprenörer, intraprenörer
- Infrastruktur för projekt i form av projektkontor, metodstöd och utbildning
- Innovationskontor, expertstöd till innovation i form av kompetens att utvärdera patientnytta, tolkning av lagar (patientlagen, patientdatalagen, dataskyddslagen)
- Planeringsstöd IT-stöd för verksamheten

Patientorienterade lösningar och verksamhetsutvecklingsmodeller

- Behovsdriven utveckling, problemorienterad utveckling, design thinking
- Anhörig och patientinvolvering
- Digitalisering och interoperabilitet
- Patientsegmentering

Omvärlden utanför vård och omsorg

- Omvärldsanalys, lärande från andra sektorer och branscher
- Teamkompetens, nya kompetenser i vård och omsorg

Webbenkät svar om vad som främjar och hindrar innovation

Baserat på webbsvar från 64 personer som besvarat följande sex frågor sammanställs resultaten i ett antal tabeller. Webbenkäten var öppen mellan 12 september och 8 november 2017.

Sex frågor ingick i webbenkäten:

1. Vilka är dina drivkrafter för att arbeta med innovationer inom vård och omsorg?
2. Vilka är de största hindren respektive framgångsfaktorerna?
3. När i innovationsprocessen visar sig de största problemen?
4. Vilka områden tycker du Socialstyrelsen borde fokusera på för att bli bättre på att främja och/eller undanröja hinder för innovationer?
5. Vilket stöd skulle generellt sett behövas från statliga myndigheter för att underlätta innovation?
6. Andra funderingar och kommentarer.

Patienters och brukares situation samt ökad effektivitet är viktiga drivkrafter för innovation

Den första frågan om vilka drivkrafter respondenterna har för att arbeta med innovationer inom vård och omsorg besvarades av samtliga utom en person. Åtta teman har identifierats som kollektivt fångar samtliga respondents drivkrafter. Patienters och brukares situation samt önskan om ökad effektivitet är dominerande teman.

Översikt över drivkrafter för att arbeta med innovation (n= 63)

Teman	Beskrivning	Antal
Patienters situation & vårdresultat	Vårdutfall, tillgänglighet och interaktion med vård och omsorg	15
Ökad effektivitet och förbättring generellt	Ökad effektivitet, bidra till innovation, förbättring, göra skillnad	14
Skattebetalare, personal, patienter och anhöriga	Kostnadseffektivitet, arbetsmiljö, patientnytta	13
Utsatta gruppers situation	Multisjuka, funktionsnedsatta, missbrukare, utanförskap	6
Ökad effektivitet genom kunskap och IT-stöd	Använda senaste kunskap och IT-lösningar, modernisera	5
Frustration över specifika problem	IT-infrastruktur, processöverlämningar, slöseri, ineffektivitet	4
Vård & omsorg som kritisk samhällsfunktion	Vård och omsorg som kritiska funktioner för samhällskontraktet	4
Vård & omsorgspersonals situation	Lyfta fram kompetens, bättre arbetssituation	2

Stuprör, resursbrist, svagt ledarskap och "fyrkantig" upphandling utgör hinder för innovation

I den andra frågan om vilka hinder och framgångsfaktorer som respondenterna upplever som störst behandlas hinder och framgångsfaktorer separat. Samtliga respondenter har besvarat frågan om vilka hinder för innovation de upplever som störst. De olika svaren har fångats i 11 teman och beskrivs i tabellen nedan.

Organisering av verksamhet i stuprör förekommer ofta som orsak till att brukares behov inte identifieras, men också för att lösningar inte kommer till stånd. En orsak till bristande resurser som lyfts fram av några respondenter är otillräckliga prioriteringsunderlag, dvs. bättre underlag ger lättare tillgång till resurser.

Översikt över hinder för innovation i vård och omsorg (n= 67)

Teman	Beskrivning	Antal
Bristande resurser och kunskap om värdet av metoder	Resurser saknas då nytta är oklar, långsiktig finansiering saknas, inget prioriteringsunderlag	13
Lagstiftning och organisation – bristande samordning och stuprörprocesser	"stuprör" på alla nivåer (uppdrag, avtal, styrmedel, budget, ersättningar), gränslandet tillhör ingen, professionsgränser, långa beslutsvägar	12
Okunnigt, svagt och detaljstyrande ledarskap	Beslutsfattare kan inte verksamheten, tar politiska hänsyn, bristande systemtänk och överblick	10
Hinder för ny teknik, nya metoder, kunskap och arbetssätt att komma in i sjukvården	Långa upphandlingsprocesser, standarder och interoperabilitet saknas, öronmärkta resurser för innovation saknas, oklara beslutsmandat	10
Bristande behovsinsikt för att kunna erbjuda värde för patienten	Behovsanalys och målsättningar saknas, kundnöjdhet eller värdet av nya metoder mäts ej	6
Ineffektiv IT-infrastruktur, inte stöder alla aktörer nationellt	Nationella infrastrukturen ej för alla, otydligt definierade interface, oklart om standarder	4
Bristande användning av kunskap medicinskt, organisatoriskt, metodmässigt	Bristfällig samverkan mellan akademi och praktik/ profession, innovationsprojekt drivs utan förkunskap om innovation och digitalisering	4
Bristande vilja (entreprenörskap) att införa förbättringar	Personer som tröttnat på sin arbetsplats för länge sedan, kollegor som inte tar sig tid	3
Bristande kunskaps- och resurstöd för att realisera idéer	Vet inte vart att vända sig med idéer, svårt och omständligt att söka medel	2
Svårighet att behålla fokus på patient-säker vård	Som vårdgivare klara resursbrist utan att tappa fokus på patientens bästa	2
Få meriteringsvägar inom professionen som värdesätts	Finns nästan inga karriärvägar för personal som inte vill bli chefer	1

"Öka patientnyttan, det vill säga arbeta för att patienter får ta del av behandling och stöd som är effektivt (evidensbaserat om möjligt), tillgängligt, säkert och som ger patient och närstående ökad delaktighet i vård och omsorg. Förbättra samordnade insatser från olika aktörer, med samma målsättning som ovan."

Ledarskap, professionalitet och internt stöd för samverkan utgör framgångsfaktorer för innovation

Antalet respondenter som också angivit framgångsfaktorer var 27, vilket är färre än antalet som angivit hinder. Några av framgångsfaktorerna som förekommer relativt ofta i svaren är ledarskap som kommunicerar tydliga mål till organisationen, professionalitet och samverkan. Andra intressanta kommentarer är också behov att ändra roller, rutiner och arbetssätt för att bli mer framgångsrik i att driva innovation som en del av själva uppdraget.

Framgångsfaktorer för innovation i vård och omsorg (n=27)

Temat	Beskrivning	Antal
Ledarskap med tydliga mål	Tydliga och prioriterade förutsättningar, modiga ledare med tydlig målsättning	6
Professionalitet – vilja och förmåga att skapa goda resultat	Kompetens, professionalitet och uthållighet, vårdpersonalen vill delta och bidra i utveckling, drivkraft från professionen	6
Starkt internt stöd för innovation och samverkan	Bra samarbetspartners och stort externt utbyte, kontinuerlig samverkan internt och externt	5
Att kunna mäta framgång – framgång föder framgång	Positiv spiral när man ser positiva resultat, goda exempel som motivation och inspiration	3
Ändrad syn på sina roller inom vård och omsorg	Kulturförändring i arbetsrollen – innovationer en del av jobbet, ändra rutiner och arbetssätt	2
Forskningsanknytning och kunskapsstöd	Nära koppling till forskningsinstitutioner, förkorta tiden mellan evidens och aktiv implementering	2
Öronmärkta resurser för svenska innovationer	Mer resurser för att implementera svenska innovationer till den svenska sjukvården	1
Patientinflytande och rättigheter	Patienternas egen rätt att välja	1
Större förtroende för kommuner och landsting	Tilltro till huvudmännen	1

”Alla gränsövergångar är av ondo om de inte har ett väl definierat gränssnitt. Här tycks det inte finnas ”någon” som bevakar och följer upp kontinuerligt. Det vill säga gränslandet tillhör ingen men just det brukar vi som invånare märka mest av. Gränser inom vård och omsorg måste få mer uppmärksamhet för att inte bygga fler hinder. En uppmärksamhet som kvalitetssäkra goda idén och innovationer möjlighet att tas sig över gränserna.”

”Framgångsfaktorerna: kompetens, professionalitet och uthållighet.”

Att gå från test i projekt till breddomsättning i verksamheten är särskilt problematiskt

Intressant nog förs samtliga tre faser i innovationsprocesser fram som problematiska i innovationsarbetet, dvs. inledande behovsidentifieringsfas, beslutsfas då utveckling inleds samt implementeringsfasen.

I den tidiga fasen då behov ska identifieras och behovets legitimitet ska etableras framhåller ett antal respondenter att behoven ofta inte förstås på djupet. När ett projekt ska startas och resurser, personal och tid avsätts uppstår tveksamheter om projektets berättigande. Det problem som kommit fram tydligast av svaren är att gå från projekt till omsättning i vardaglig drift, dvs. att gå till breddanvändning i verksamheten.

Frågan när i innovationsprocessen de största problemen uppstår besvarades av 62 respondenter som gav 65 svar totalt.

När i innovationsprocessen uppstår de största problemen? (n=65)

Teman	Beskrivning	Antal
Vid implementering, igångsättning, anslutning till system, breddinförande i drift	Vid implementering, vid införande i större skala, när idéerna skall tas i bruk i linjen, från test till verksamhetsprocessändringar	25
I tidigt idéstadium p.g.a. av otillräckligt undersökta problem och behov, legitimitet	När vi ska bottna i det verkliga kundperspektivets behov har vi inte tillräcklig kompetens och hamnar fel, beror på varifrån idén kommer	16
När beslut måste tas om att resurser måste tillsättas (tid, pengar, personal)	När investering i teknik ska ske, otydlighet i beslutsprocesser, finansieringsfasen, Rekrytering av personal	11
När det krävs samverkan internt och externt	Innovationsprocessen tål ej svaga gränsövergångar med fler myndigheter, upphandlingar	4
När det inte finns någon definierad process	När det inte finns en tydlig utstakad väg för att driva innovation, saknas processledning	3
Oklart när	Vet inte, vad menas med innovationsprocess?	2
När det saknas en tydlig inriktning och ledarskap	När man bestämmer sig för att "innovera" utan att ha ramar klara, när innovation trycks på utan insikt om varför	2
När innovationens överensstämmelse med givna lagar inte görs	Innovationer behöver granskas ur laglig synvinkel, kräver bättre representation för att gemensamt hantera lagkraven i lösningsdiskussionerna	2

"Etablering i större skala, implementering (kräver finansiering som är längre än 1 år). Förvaltning är också ett stort problemområde. Ofta saknas förvaltningstänk och medvetenhet kring vad som krävs i förvaltningsfasen, varför innovationen inte sprids och dessutom riskerar att "dö" efter projektfasen."

Många ser Socialstyrelsens roll i att leda omställningen av vård och omsorg till mer samarbete närmare patient och brukare

På frågan om ”vilka områden Socialstyrelsen borde fokusera på för att bli bättre på att främja och/eller undanröja hinder för innovationer” erhöles 56 svar. Dessa indelades i åtta områden, varav ett flertal endast bestod av en respondents svar, då dessa svar var svåra att sortera in under de andra temana. Två vanliga teman var att driva och stödja likvärdighet och omställning av vården nationellt mot större samarbete närmare patient och brukare.

Var bör Socialstyrelsen fokusera sitt arbete för att främja innovation? (n=56)

Teman	Beskrivning	Antal
Leda omställningen av svensk sjukvård och omsorg	Stödja implementering av innovation, skapa övergripande mål hur vården ”ska” förändras, samordna nationella direktiv kopplade till utredningar som Stiernstedts utredning – effektiv vård	17
Driva likvärdighet och samarbete över organisatoriska gränser	Motverka ”stuprör” på alla nivåer, standarder, undanröja organisatoriska gränser mellan och inom region och kommun, stödja samarbete primärvård och specialistvård, samarbete mellan kommunal äldreomsorg och primärvård	14
Skapa nya konstellationer av aktörer i vård och omsorg	Bjuda in aktörer från andra områden tech startups, fortsatt med forum som ”Användardagen”, finansiera externa resurser för att leda innovationsprocesser	9
Bättre problemanalys inom vård och omsorgssystemet	Förstå vad som verkligen är problemet och underliggande behov, kartlägg juridiska hinder	7
Nationell IT-infrastruktur för vårdgivare och patienters egenvård	Standarder och interoperabilitet, att alla vårdgivare har tillgång till IT-infrastruktur, appar för patienten att kunna följa sin vårdprocess	6
Mindre detaljstyrt ersättningssystem som främjar innovation	Ge professionen tillit, utrymme att bli kreativa, då kommer innovationer in på naturlig väg	1
Bättre samverkan med Universitet och högskolor	Socialstyrelsen bör samarbeta mer med universitet och högskolor	1
Klargöra och utbilda i användningen av patientdata	Hur arbeta med patientdata i och mellan system, patientens rätt att välja hur data används	1

”Se till att det finns stöd i lagstiftning och arbetsmetoder för verksamheter att kunna vara innovativa!”

”Kanske ni ska skapa övergripande mål hur vården ”ska” förändras? Skapa kampanjer och projekt som tar tag i enskilda mål i ”innovationsinitiativ”. På så sätt blir det också enklare att hitta mottagare för innovationer”

Generellt efterfrågas mer utbildning i att driva innovation

På frågan ”Vilket stöd skulle generellt sett behövas från statliga myndigheter för att underlätta innovation?” erhöles 64 svar. Många respondenter ville få mer kunskap i att driva innovation samt mer verksamhetsnära stöd i innovationsprocessen.

Vilket stöd skulle generellt sett behövas från statliga myndigheter för att underlätta innovation (n=64)

Temat	Beskrivning	Antal
Stöd för innovation och ledarskap för utveckling och innovation	Utbildning kring innovationsprocessen, mer inspel från externa aktörer, patientsäkerhetscentrum som stödjer innovationer, innovationsrådgivare närmare verksamheten, Om lokal utvecklingsförmåga är (nära) noll styr statliga initiativ alltid fel, tydlig beslutsprocess	15
Resurser som blir enklare tillgängliga	Resurser för innovation som en del i vårdens ersättning och del i det dagliga arbetet, stödja utveckling i det lilla formatet, avsätta budget och sluta köra Vinnova och EU projekt	14
Flexibla, snabbare och mer lyhörd verksamhet	Snabbare processer, kortare beredningstider, flexibel lagtillämpning, mer kontakt med privat sektor, fler projektjänster	12
Bättre utbildning, rådgivning och kunskapsstöd	Tydligare rekommendationer, motivationshämmande att få höra ”så får du inte göra” och inte få svar på hur man kan göra istället, ökad vetenskaplig kompetens hos beslutsfattare	8
Bättre myndighetssamordning samt mellan kommuner	Samordning behövs för att klara framtidens välfärdsutmaning, Vilken lag/myndighet står överst? Förhindra dubbelarbete ute i kommunerna, samordning om vart man kan vända sig	5
Uthållighet och långsiktighet	Bättre samordning på nationell nivå, långsiktighet och uthållighet i initiativ, längre finansiering	4
Bättre brukar-/patientorientering	Att kunna boka rätt vård på nätet, innovation som hjälper till självhjälp, stöd till brukare med nedsatt kognitiv förmåga	3
Nationell IT-plattform som uppfyller lagkrav (sekretess)	Rikstäckande IT-lösningar som behåller sekretess, öppna/definierade API	3

”Stimulansmedel som är lättåtkomliga och praktisk hjälp till verksamheter att söka dessa. Innovationsrådgivare som arbetar närmare verksamheter, för att fånga upp frön som man inte annars skulle se som innovationer.”

Innovation behöver ses som en naturlig del av arbetet

”Undersök hur vi kan lära av bra exempel från andra länder.”

”Framför allt tycker jag att hinder just för oss handlar om hur vår verksamhet ersätts.”

”Tror inte att det i huvudsak är Socialstyrelsens brist på direktiv som ger upphov till en brist på innovation utan vår verksamhetens organisation och ledarskap som i sitt fokus på operativ verksamhet i mångt och mycket är oförmögna att driva utvecklingsarbete och således kväver många goda initiativ. Organisationen är inte utformad för att förnya sig själv.”

På den sista frågan om andra funderingar och kommentarer erhöles 24 svar från respondenterna vilka kunde ordnas i sex teman.

Teman	Beskrivning	Antal
Innovation som en naturlig del av dagliga arbetet	Innovation måste få större fäste bland beslutsfattare och allmänhet,	11
Styrformer, stöd och upphandling	Pengar styr, Vårdgivare är inga entreprenörer och behöver stöd, nationell journal, registrerings- och faktureringsystem där flöde/vårdepisod kan följas, LoU i digitala projekt fungerar ej	7
Regionala skillnader	Förutsättningarna för att bedriva sjukvård varierar i olika delar av landet	2
Behov av andra perspektiv	Undersök hur vi kan lära av bra exempel från andra länder, lär av barn och ungdomar	2
Offentlig eller privat finansierad vård	Extra viktigt att Socialstyrelsen är tydlig framöver med vad som ska omfattas av skattemedel	1
Integritet och effektivitet	Vem vill dölja sina recept när de ligger medvetslösa i en ambulans?	1

Intervjusvaren om vårdens och omsorgens innovationssystem

I detta avsnitt redogörs för synpunkter som framförts i intervjuer av personer som är aktivt involverade med att driva innovation inom vård och omsorg. Huvuddelen av de intervjuade personerna var anställda inom landsting och kommuner. Utifrån de 40 intervjuer som genomförts med olika aktörer inom det svenska innovationssystemet för vård och omsorg framkommer ett antal centrala teman. Bilden av ett delvis fränkopplat innovationssystem framträder, där flera lokala aktörer uppfinnar hjulet utifrån egna snäva definitioner av projekts omfattning, få projekt omsätts i praktiken och bristande kontinuitet och långsiktighet råder.

Vanliga hinder för innovation

Här följer en beskrivning av vanligt förekommande problem som möts av innovationsaktörer i svensk vård och omsorg.

Kortfristig projektfinansiering

Ett ofta återkommande tema är att det är relativt lätt att hitta medel för att starta projekt antingen via lokal finansiering i kommunen eller landstinget eller nationella finansiärer såsom Vinnova eller ALMI. Men finansieringen av dessa projekt är ofta alltför kort för att hinna med att uppvisa resultat och har ofta en alltför snävt definierad omfattning, antingen internt utifrån de lokala problemen upplevda inom ”de egna fyra väggarna” eller utifrån finansiärens målsättningar.

En avdelningschef inom kommunsektorn betonar att de många kortsiktiga finansieringarna vars krav kan peka i olika riktningar leder till bristande kontinuitet: ”Jag tycker att det har varit för mycket fokus på ansökningar där vi hela tiden ska göra nya saker. Jag tror inte det är bra för den ordinarie verksamheten att hela tiden tänka nytt utan vi ska tänka bättre.”

För snäv problemformulering

I vissa fall när innovation ska drivas inom linjeorganisationen blir det mer en fråga om verksamhetsförbättring (innovationsenhet landsting) men ”innovation är större steg som tar oss fram fortare” (IT-chef kommunsektorn), och ”de mer omvälvande idéerna kommer i regel utanför den egna linjeverksamheten” (Innovationsenhet Landsting). I problemdefinieringsfasen formuleras problemet ofta för snävt. Enligt representanten för Nationell samverkan för psykisk hälsa är... ”vi dåliga på att göra problemformulering som löser saker även för andra. Det behövs löpande dialog där man beskriver för varandra hur man upplever saker. Holistisk problembeskrivning. Gemensam beskrivning av vad man vill uppnå.”

”Man skickar saker med email istället för med post och tycker att man har digitaliserat ett flöde. Till exempel om du får ett förnyat recept via 1177 så skickas det till din VC, printas av en sjuksköterska, som ofta lägger det hos en läkare i dennes postfack som sen lägger in det i systemet.”

Grundaren av en digital vårdtjänst framhåller att digitalisering ofta är helt felaktigt tillämpat, just för att man inte ser helheten, hela processerna och vilka problem som ska lösas. ”Man skickar saker med email istället för med post och tycker att man har digitaliserat ett flöde. Till exempel om du får ett förnyat recept via 1177 så skickas det till din VC, printas av en sjuksköterska, som ofta lägger det hos en läkare i dennes postfack som sen lägger in det i systemet. Mina vårdkontakter har expeditionstid på fem dagar. Det är inte så den digitala vården fungerar. Det måste göras en direktbeställning!”

Ofta görs problemformuleringen inom en given ram som sätts av beställaren: ”Uppdelningen beställare och utförare utgör ett stort hinder för innovationer av tjänster och insatser. Om man kan arbeta mer tillsammans kan nya lösningar växa fram. Kravställan vid upphandling – även av innovationer” (chef, kommunsektorn).

Bristande ändring av organisation vid implementering

För att få en innovation att fungera i den dagliga praktiken behöver processer ändras och därför också beteenden och kompetens (IT-chef kommun; verksamhetsutvecklare i landsting; representant för branschorganisation). ”Många gånger kan nya lösningar upphandlas utifrån behov som kravställts av verksamheten för att i ett senare skede inte kunna implementeras, trots att de själva initierat satsningen och satsat egna eller andras (ALMI, Vinnova) pengar.” (innovationsenhet, landsting).

”I vissa fall handlar det helt enkelt om att man missat att tänka in hur det ska implementeras, hur man ska få det att hända.” (samverkansorganisation). I andra fall handlar det om internt motstånd. ”Mellanchefer, maktfrågor är ett av de största hindren.” (innovationsenhet, landsting).

Ställföreträdande chefen för en innovationsenhet i ett landsting hävdar: ”Många projekt blir som tomtebloss – massor med bra idéer men det finns ingen grund för hur det ska implementeras och spridas vidare.”

Förutom att ändra på processer, beteenden och kompetens behöver ofta ersättningssystemen ändras för att varaktigt säkerställa implementeringen enligt samma intervjuperson. Detta betonas också av en intervjuperson på en FoU-enhet i ett landsting: ”Även ersättningsmodellerna behöver ses över – idag motverkar de t.ex. att man minskar besök och istället löser saker på distans eftersom vården då får lägre ersättning.”

Chefsstrategen på en industribranschförening tydliggör att innovation kräver implementering. ”Begreppet innovation innebär också att ”prylen” blivit nyttjandegjord, annars är det inte en innovation”.

”Digitaliseringen ger möjligheter att helt ändra affärsmodeller, arbetssätt och metoder för att bedöma aktuella individuella behov och insatser med syfte att kontinuerligt säkerställa rätt bemanning och prioriteringar”, framhåller IT-chefen i en kommun. För att lösa problemet att attrahera personal till vård och omsorg måste ett radikalt omtänkande ske, hävdar FoUU-chefen på ett landsting: ”Vi pratade om hur vi ska få in mer personal i vården, delvis personer som står långt ifrån arbete idag men som skulle kunna jobba i vården. Jag tror att frågan om att få upp betydelsen av innovation för att för-

”Många projekt blir som tomtebloss – massor med bra idéer men det finns ingen grund för hur det ska implementeras och spridas vidare.”

bättra huvudsyftet med hälso-och sjukvårdens verksamhet: att bota patienter, bidra till bättre hälsa i Sverige och att göra detta på effektivare sätt. Det finns en koppling genom att ha en innovationsfrämjande kultur och tillåtande inställning till innovation också kan bidra till att nå huvudmålen för hela hälso- och sjukvården. Det kräver en omställning och nytt sätt att tänka som vi inte har recept på.” Det kan t.ex. handla om digital vård, enligt grundaren av en digital vårdtjänst.

Brist på tid och resurser vid implementering

En viktig aspekt i implementering är att innovation ses som en investering som kräver en extra resurssatsning inte bara under ett projekts utveckling utan även när lösningen ska implementeras, då implementeringen ofta kräver följdändringar i andra system för att kunna fungera effektivt, något som kan ta tid att identifiera och genomföra. ”Vi uppfattar att det inte är ovilja i verksamheterna som hindrar utvecklingen, men att det saknas förutsättningar genom incitament och stöd för utvecklingsarbete i den löpande produktionen. För den som ändå gör utvecklingsarbete kan det kortsiktigt innebära olika negativa konsekvenser på grund av detta. Det saknas också mått och regelmässig uppföljning av innovationer i offentlig verksamhet.” (representant för branschorganisation).

FoU-chefen för en region påpekar att: ”Det skapas inte tid från ledningen – man ska göra detta vid sidan om. Att få tid att reflektera. Därför måste man ha stöd - ledningen måste vara med och uppmuntra, efterfråga och förstå. Det finns ett ökat intresse från chefer men man skapar ändå ännu inte det utrymme som krävs.”

En verksamhetsutvecklare på ett landsting menade att: ”Väldigt mycket handlar om resurser när det gäller att få testa nya saker. Det handlar om bemanning och pengar, att avvara yrkesfolk för att jobba med olika utvecklingsprojekt om de kräver mer resurser än vanlig verksamhet. Det är det som också är de främsta hindren för innovation – att frigöra folk och pengar, för det finns mycket idéer och initiativ till olika saker.”

FoU-chefen på ett landsting tror: ”att hinder i innovationsarbetet kan vara brist på tid och engagemang ute i verksamheterna, i en vård som är hårt pressad av kompetensbrist, och ofta resursbrist så tror jag många gånger forskning utveckling och innovation kan få stå tillbaka. Innovation står inte högst upp på dagordningen. Och ibland bland ledare och chefer i vården menar jag att man inte prioriterar det här.”

En intervjuperson på en branschförening menar att investeringstänket ändå är bättre i vården jämfört med i kommunerna: ”Schemalagd tid för förbättring är viktigt. Hälso- och sjukvården har Kulturum och massa andra initiativ som syftar till att jobba med QI. Kommunerna saknar dessa system utan cheferna förväntas ta det ansvaret.” En avdelningschef på en kommun vi intervjuat bekräftar denna bild: ”Men jag tycker att man under lång tid har utvecklat projekt och att utvecklingsarbete har drivits i projektform med statsbidrag eller olika finansiärer, t.ex. Vinnova. Och många gånger kommer vi fram till nya arbetsmetoder i socialtjänsten eller andra nya smarta saker.

Men det blir dagsländor p.g.a. att vi som jobbar lokalt och regionalt har våra uppdragsgivare som inte har förutsättningar eller mandat eller resurser för att långsiktigt förvalta eller driva resultaten långsiktigt, dvs. resultaten av det som vore av nationellt intresse.”

Svårt att navigera innovationssystemet

Ett genomgående tema i intervjuerna är svårigheten att navigera innovationssystemet inom vård och omsorg, dvs. svårigheten att veta vilken aktör eller myndighet som är ansvarig för en frågeställning. Ett närliggande tema är behovet av nationell samordning inom vård, inom omsorg samt samordning mellan vård och omsorg.

Transparens

– vem ansvarar för vad i innovationssystemet?

För att kunna få till mer omfattande lösningar på problem är det viktigt att känna till vård- och omsorgssystemets aktörer, vem som ansvarar för vad. Ansvarig person för vårdsektorn på ett konsultföretag nämnde: ”För att komma från idé till implementerad produkt tog det cirka ett och ett halvt år bara i förankring och att hitta rätt personer. Att vi lyckades var helt på grund av personliga relationer. Men, de flesta andra innovationer där vi jobbat i två-tre år har fastnat utan att man kommer framåt – och det är inte för att man inte vill eller inte har budget utan för att det inte går att identifiera vem som kan fatta beslutet!”

Chefen för en innovationsenhet i ett landsting ger en liknande beskrivning: ”Ibland bollas vi mellan IVO, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen – någon säger det ligger nog mer på IVO, någon annan, det ligger mer på Läkemedelsverket osv. och så bollas vi runt. Socialstyrelsen skulle kunna skapa guidelines kring så här är det bra att jobba med utveckling och innovation, medicintekniska produkter, etik, ’verklighetslabb’. Socialstyrelsen borde kunna lyfta innovationer – visa hur man gjort det bra liksom man gjort med patientsäkerhet, lyfta exempel. Lyfta innovationens roll i framtidens vård.” Många frågor som är gemensamma för enskilda kommuner eller landsting skulle kunna drivas mer samlat utifrån ett nationellt perspektiv av en nationell myndighet. En representant för en innovationsenhet i ett annat landsting tar exemplet med fallprevention: ”Just nu driver vi lösningar för fallprevention i sjukhusmiljö. Fallskador kostar regionen 500 MSEK i sjukhusmiljö. Ingen myndighet har ansvaret för fallskador – Socialstyrelsen gör punktsatser. Diskussionen hamnar mellan Näringsdepartementet, Äldreminister, Socialdepartement...”

Avdelningschefen för en kommunal organisation ger några exempel på bristande nationellt ansvar för olika frågor inom vård och omsorg från sin erfarenhet: ”Ett annat exempel är Seniormedicin.se som vi tog fram. Det utgick från riktlinjer för äldre och medicinering. Men då visste man inte i landet vem som ska ha detta, vi gjorde det med nätverket för läkemedelskommittéer och Socialstyrelsen och vi hade kompetens med i projektet för

”Ibland bollas vi mellan IVO, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen – någon säger det ligger nog mer på IVO, någon annan, det ligger mer på Läkemedelsverket osv. och så bollas vi runt.”

att ta fram det. Sedan pekade alla övriga inblandade på oss att ta hand om det och förvalta, det var ingen som ville ha det ansvaret efter projektiden. Danmark har tagit ett skarpt grepp kring välfärdsteknik på nationell nivå samtidigt som man ger starka statliga medel för att styra upp detta. I Sverige finansierar man den här utvecklingen genom att hitta projektmedel samtidigt som alla kommuner kämpar med samma utmaningar. Alla anslagsgivare har idag skruvat upp kraven om medfinansiering.”

Nationellt enhetlig IT-infrastruktur saknas

Andra länder som framhålls som föredömen som kommit längre än Sverige i att skapa en transparent och enhetlig struktur för IT-system är bl.a. Estland. IT-chefen i en kommun: ”Generellt är vi fragmenterade med flera digitala öar i Sverige. Estland är min favorit. Estland har fokus på information och inte på system. De har en e-inloggning, man blir e-medborgare där man ser alla recept, p-böter, bygglov osv. Det vill säga all info som offentliga aktörer har om dig. Där kan du också tilldela behörighet till ex din läkare att se och få tillgång till information om dig och du kan också se vad läkaren har läst.”

IT-chefen fortsätter: ”Sverige arbetar med upphackade ansvarsområden. Att gå in med en systemledningstanke, det vore något. Om man tar en patient/klient/brukare så vore det innovativt om denne kunde möta ett enklare gränssnitt i alla vårdkontakter som handlar om appar, möten, inloggningar, läkartider, recept, kallelser, osv.. Där behöver vi informationsflöde mellan alla aktörer: kommuner, landsting, privata vårdgivare. Standardisera informationsflödena. Det är inte så spännande teknik för mig som ingenjör, men det skulle få revolutionerande resultat för brukarna och dem det berör.”

Programchefen för en samordningsorganisation påpekar: ”att betydelsen av pre-hospital vård kommer att öka i sjukvården inte bara för ambulansen utan även för sjöfart, försvar, 1177, automatiska larm som utlöses av bilarna vid olyckor etc. Alla dessa situationer är början på en vårdkedja och beslutet måste tas i den prehospitalla miljön. För att kunna fatta bra beslut behövs information och stöd. Idag delas inte data mellan kommunal vård och ambulans. Dessutom måste samverkan ofta ske med primärvård och kommunal sjukvård. Ska patienten lämnas hemma? Ska patienten med i ambulansen? Vem fattar det beslutet? Detta kan göras olika i olika landsting, men det är ingen som tar ansvar för hela ambulanssjukvården i Sverige. Det bästa vi har är FLISA - Föreningen för Ledningsansvariga Inom Svensk Ambulanssjukvård, men det är en frivillig intressentförening. De har inget bemyndigande att föra ut någon riktlinje. Det finns ingen som tar ett nationellt helhetsansvar och pekar med hela handen att så här gör vi i Sverige!”

Han fortsätter: ”Det är bättre att det blir ungefär rätt och vi kommer vidare istället för att vi ska ha 21 olika varianter bara för att vi har 21 landsting. Jag brukar jämföra med att köra tåg på järnvägar så måste man enas om spårbredden, man måste enas om hur vagnarna ska kopplas ihop, annars blir det inga vackra tåg som hänger ihop. Detsamma gäller vårdkedjor. Det blir ingen välfungerande vårdkedja utan IT-stöd som hänger ihop.”

Nationella strukturer för innovation saknas

Viss samordning nationellt har enligt en branschförening skett för införande av nya läkemedel inom ramen för ”Ordnat införande” som drivs av SKL och landstingen med TLV och Läkemedelsverket som medaktörer, vilket kan utgöra en förebild för införande av e-hälsa, välfärdsteknik eller medicinteknik mer generellt. En branschförenings representant betonar att vårdsektorn uppfattas som trög när det gäller att ta till sig nyheter och använda dem: ”Många uppfattar också att läget försämrats i Sverige över tid. För många bolag är det svårt att vidareutveckla verksamheten/produkterna när det är så svårt att etablera en ”referensmarknad” i Sverige. Det gör också att internationella bolag inte är så intresserade. Det saknas en nationell plattform och struktur som underlättar för företag och vårdverksamheter att mötas kring utveckling. Det är mycket tillfälligheter och ad hoc-lösningar som avgör.”

”Det saknas en nationell plattform och struktur som underlättar för företag och vårdverksamheter att mötas kring utveckling. Det är mycket tillfälligheter och ad hoc-lösningar som avgör.”

Men enligt en annan branschrepresentant kan också mer göras inom läkemedelsområdet gällande individbaserade data ur register: ”Mycket av initiativen sker i stuprör och inte samordnat. Exempelvis skulle en samlad satsning på att få fram individbaserad data från primärvården, individbaserad läkemedelsanvändning i slutenvården och ordinationsorsaker samt en effektivare infrastruktur för utlämnande av data från register, kunna förändra mycket i hur man arbetar med utvecklingen av behandlingar och läkemedel. Socialstyrelsen kunde potentiellt ha en mer kraftfull position än andra parter i sådan utveckling, genom ansvaret för de lagstadgade hälsodataregistren.”

Innovationsenhetschefen i ett landsting betonar vikten av att ledningen för sjukvården även på regionnivå ser till att skapa gemensamma strukturer: ”Att ledningen inom hälso- och sjukvården har ett starkt intresse och sätter upp ramverk för innovationsarbetet. Att skapa en gemensam bild av vad innovation innebär, att den är tydlig hela vägen och att alla kan medverka. Engagemang från ledningen är viktigt för att överbrygga stuprör i vården. Det är svårt att lägga sig på tvären och följa en patientresa hela vägen. Strukturer som sätter hinder. Överlämningar som inte samverkar, ekonomiska bitar som kan vara hinder för lösningar över avdelningar eller mellan olika professioner. Det blir suboptimeringar.”

Några intervjupersoner vill se mer av nationellt bindande standardisering: ”Om ansvaret för hälso- och sjukvården låg hos staten skulle det ge bättre förutsättningar för större likhet i fråga om innovation och lärande. Som det är idag finns det olika ledningar som agerar helt olika och oberoende av varandra.”

Informationsglapp mellan vård och omsorg

En representant från kommunsektorn betonar vikten av samordning mellan vård och omsorg: ”Vi måste jobba mer och mer aktivt med informationsöverföring mellan vård och omsorg. Här måste staten ta ett tydligare ansvar. Ingen myndighet tar det ansvaret – och myndigheterna är inte helt tydliga gentemot oss. E-hälsomyndigheten till exempel tycker att individen själv ska bära sin information – men hur hänger de ihop med resten? Det finns tryck från staten att vi ska lösa saker men vilka förutsättningar ger staten? T.ex.

digital vårdplanering. Det skulle underlätta om stat, departement var mer tydliga. Vore bra med fler nationella konferenser – scanna av var ligger utvecklingsarbeten, vad är fokus? Vad är huvudriktningar? Också viktigt veta vilken myndighet som äger vilken fråga och jobbar med vad. Otydligt just nu, E-hälsomyndigheten till exempel. Ibland när vi frågar myndigheter om saker och de inte kan svara så säger de att 'det står inte i direktiven att man "ska" jobba med sådant'. Betyder det att de INTE ska? Saker faller mellan stolarna i frågor där vi behöver riktning."

Han fortsätter att betona att överflyttning av patienter från vård till omsorg kräver en större tydlighet. "Egenvårdsmöjligheterna ökar, det är omsorgen som hjälper till med detta, det är sannolikt omsorgen t.ex. som kommer sätta upp rehab, förebyggande insatser mm. Vi måste få bort människor från sjukhusen, de går då till primärvården. Det räcker inte heller till, då går de till omsorgen. Digitalisering gör det inte billigare – men den kommer leda till att vi kan använda andra typer av resurser och kompetenser. Hur många strukturer för hembesök kan det finnas? Om du behöver göra hembesök har nästan alltid landstingen någon struktur för det. Kommunerna har det alltid för hemsjukvård. LSS kräver också hembesök vilket är ett tredje område på socialstyrelsen. Nu vill man få till en samordning. Ska man ha med sig 3-4 ipads för att kunna registrera utifrån olika lagrum?"

Han fortsätter att ta upp problem med journaler och läkemedelsanvändning: "Den kommunala sjukvården kan inte se mediciner (individen kan se den på apoteket). Datainspektionen ställer ofta till det. Socialstyrelsen behöver hjälpa till och förklara vad som inte fungerar. Vi behöver veta vad vi ska förhålla oss till, vad är idén om hur det här ska fungera i framtiden? Kommunen gör ett försök att integrera landstingets och den kommunala hälso- och sjukvårdens journalsystem. Men förstår alla vad vi är ute efter? Om man hade samlat alla hade man kunnat samla ihop, utvärdera, hitta vägar, driva förändring."

Utvärdering av och riktlinjer för användning av e-hälsa och välfärdsteknik

En IT-chef för en kommun tycker i likhet med flera andra intervjupersoner att Socialstyrelsen skulle kunna ta steg för att underlätta användningen av välfärdsteknik och e-hälsa genom att ta fram riktlinjer för deras användning: "Sätt ljus på natten, här pågår ett samarbete mellan flera kommuner och SKL samt IVO. Den processen pågår och jag vet att Socialstyrelsen är intresserade av deltagande men dialogen behöver föras mellan SKL och Socialstyrelsen. Det finns flera områden som behöver tas upp inom ramen för Riktlinjer för användande av välfärdsteknik, t.ex. kopplat till begränsningsåtgärder."

En representant för en region berättar hur idéer om användning av appar utvärderas: "Inom ungdomsmottagningen, psyk har det kommit förslag på användning av appar. Idéer som kommer från verksamheten hanteras i ett "råd" – som består av vårdchefer, direktör, IT, MT. Vi har försökt etablera ett system för hur vi arbetar med att fånga in och hantera idéer. Detta skulle kunna göras på nationell nivå såsom i England där NHS kvalitetsgranskar

appar. Vi kan bara kvalitetssäkra appar utifrån vårt perspektiv. Gällande diabetes hjälpmedel ville företagen sälja monitoreringslösningar till oss t.ex. att det skulle larma vid lågt blodsocker mm. Vi köpte inte. Nu går dessa bolag direkt till slutkunden och så blir det beslutsstöd för patienten. Då blir det ojämlik vård – det är de som har råd och kognitiva möjligheter som får det.”

Behov av internt innovationsstöd

Projektkontor, stöd för verksamhetsutveckling

Många intervjupersoner framhåller behovet av verksamhetsstöd för innovation. För att klara av att adressera behov och utmaningar inom vård och omsorg behöver aktörer i verksamheten som driver förändring uthålliga och stabila plattformar, metodstöd, hjälp att tolka lagar och incitament. Även de personer som inte har som huvuduppgift att driva innovation och verksamhetsutveckling behöver en tillgänglig enhet som kan se till att idéer och behov samlas upp och adresseras på ett systematiskt sätt.

En förbättringsansvarig läkare på ett sjukhus pekar ut ett vanligt förekommande problem: ”Utmaningen är att idéerna ofta blir hängande i luften och ingen orkar ta tillvara på dessa. När vi lämnar mötesrummet, springer alla vidare med sitt i vardagen. Jag vill gärna hitta ett sätt och en struktur för att ta tillvara på dessa idéer och se till att de förverkligas. Jag tror digitala plattformar är nödvändiga i kombination med personer, ett ”back office” som stöttar implementeringsgrupperna att komma framåt.”

En utvecklingsansvarig person på en kommun nämner ett bra exempel på ett stödprogram som fungerade bra: ”Vi hade tidigare projektet PIMM i flera kommuner i Östergötland där man jobbade med innovation utifrån enskilda medarbetare som lyckades komma på idéer. Då hade vi idélotsar som skulle lotsa fram till en eventuellt färdig produkt. Där var Almi inkopplat.”

I samtliga tre större regioner finns etablerade innovationsenheter som stöder innovationsarbete i verksamheten. ”Vi har fem enheter inom ramen för innovation Skåne och ger specifikt rådgivning regulativt kring vilka regler som gäller, datalagen, integritetsskydd, hur man räknar på patientvärde och liknande.”

En annan innovationsenhetsansvarig jämför: ”Jag jobbar mycket mot andra innovationsenheter i andra regioner men där har man inte kommit riktigt lika långt. På många platser uppmuntrar och stödjer man alla och alla idéer men man har inte ett strukturerat arbetssätt. Vi skapar ett sammanhållet innovationssystem med ett gemensamt ärendehanteringssystem”.

Enligt en informant från VGR ligger deras fokus på att låta innovatörer från verksamheten driva sina idéer istället för att lämna över dem till en innovationsenhet. Förutom detta har VGR sedan en lång tid tillbaka (år 2010) inom ramen för ordnat införande ekonomiska stöd vid införande av nya metoder. Enhetschefen för Innovationsplattformen i VGR säger: ”Vår filosofi är att verksamheterna och idégivarna ska fortsätta driva de innovationer de initierar, lite till skillnad från hur det organiseras i andra regioner. Vi menar att det är en framgångsfaktor att ägandet finns kvar ute i verksamheterna.”

”Utmaningen är att idéerna ofta blir hängande i luften och ingen orkar ta tillvara på dessa. När vi lämnar mötesrummet, springer alla vidare med sitt i vardagen. Jag vill gärna hitta ett sätt och en struktur för att ta tillvara på dessa idéer och se till att de förverkligas.”

Behov av utbildning i att driva innovation

Som en del i stödet för innovation i verksamheterna framhålls utbildning och ledningssystem. Chefen för en innovationsenhet i ett landsting: ”Vi arbetar med ett ”Innovationsledningssystem”. Det bottnar i en ISO standard framtagen utifrån teknisk rapport 16555-1. Nu börjar innovationsledning bli ganska moget så man skulle kunna jacka in det i ISO 9001. Vi kallar det för ett idétransporteringssystem, det finns checklistor, men det bygger på att man från högsta ledningen till medarbetare kartlagt hur processerna ska se ut. Det kräver en innovationspolicy och strategi i botten – och attention från högsta ledningen.”

I en region har enligt deras FoU-ansvariga person en innovationsledarutbildning tagits fram. Något som ansvarig på FoU-staben i ett annat landsting pekar på att det finns ett stort behov av: ”Det är en brist inom hälso- och sjukvården att det är väldigt lite vidareutbildningar och utbildning i affärs-mannaskap.”

Forskning meriterande, men inte innovation

En annan viktig aspekt som ett antal intervjupersoner lyfter fram är att göra innovationsarbete bättre meriterande. Vår intervjuperson på FoU-staben i ett landsting påpekar: ”Forskning är fortfarande det som är meriterande. Men man försöker premiera innovation. Det finns AT-forskartjänster, kunde det finnas AT-’innovatörstjänster’ – ST-innovatörer eller liknande? Dels så att det blir en del av utbildningen men det gäller också att få upp status i det på samma sätt som forskningen.”

Innovationsenhetschefen i ett landsting betonar vikten av incitaments-strukturer: ”Inom professioner där akademisk karriär är viktigt har strukturer byggts upp på antagandet att forska och publicera är viktigare än att tillämpa. Innovation kräver att införa. Det kan vara svårt att balansera. Om forskare sitter på höga chefspositioner handlar det undermedvetet om att publicera. Detta skiljer sig säkert mellan olika sjukhus och vårdinrättningar i regionen.”

En intervjuperson från en branschförening påpekar: ”På tal om incitament så finns det pengar i att skriva artiklar (forskning) och att producera vård, men inte för att innovera.”

”Forskning är fortfarande det som är meriterande. Men man försöker premiera innovation. Det finns AT-forskartjänster, kunde det finnas AT-’innovatörstjänster’ – ST-innovatörer eller liknande?”

Kompetensförsörjning är ett problem

Slutligen framhålls vikten av låg personalomsättning för att kunna arbeta med innovation framgångsrikt. Chefen för en samverkansorganisation, pekar på bristande kontinuitet som ett hinder för innovation: ”Den höga personalomsättningen gör att varken chefer eller medarbetare i verksamheter ser problem eller än mindre kan satsa tid till att göra något åt dem. Hälften av de projektförfrågningar som chefer lämnar in till FoU-enheten rinner ut i sanden på grund av att chefen slutar, personalgruppen är för instabil eller en omorganisation.”

Involvering av externa aktörer

Som framgår av flera intervjuer är det många uppgifter i att ställa om verksamheten med bättre processer och IT-stöd som omsorgen eller vården inte klarar att göra själva, de måste då samverka med företag och externa parter på ett smart sätt. Intervjupersoner framhåller att detta kräver kontinuerlig omvärldsanalys, identifiering av nya kompetenser inom vården, teamarbete. Men också att interna strukturer såsom testbäddar, och processer för samverkan och upphandling är anpassade för att stödja innovation.

Vår intervjuperson från en branschorganisation betonar hur extern kompetens kan bidra till att lösa sjukvårdens problem: ”Socialstyrelsen skulle kunna gifta ihop sjukvårdens utvecklingsbehov med sådana program som företagen kan bidra i, bland annat när det gäller olika stöd för digitaliseringen i vården generellt. Man borde titta på former för sådant framtida arbete. Inom läkemedelsbranschen är det en viktig fråga hur man ska agera i framtiden. Ska läkemedelsföretagen i framtiden leverera både produkter och tjänster kring dessa (t.ex. diagnostik-appar, behandlingsstöd). Ekosystemet som helhet inklusive ersättningar för behandlingar påverkar hur man kan tänka kring detta.”

Innovationsenhetschefen på ett landsting betonar betydelsen av att sjukvård och industri samverkar: ”Inom life science, bland annat företag inom medicinteknik, behövs kontakt med hälso- och sjukvård för att göra rätt. Det måste göras rätt. Ibland stänger sjukvården dörren och ibland blir det fel. Exempelvis när man inte har juridiken, man förstår inte att man måste vara offentlig. Mjuka och hårda värden. Vi ser till att mötet blir bra. Offentlig sektor måste utveckla sig ihop med näringslivet.”

Som en följd av omvärldsanalys och samverkan kommer vården att se behov av att få in nya kompetenser i vården, enligt tillförordnad chef på ett landstings innovationsenhet: ”Vi behöver effektivisera vården och det måste innebära att det kommer in nya personalkategorier.”

Samverkan mellan vård och näringsliv och omvärldsanalys är inte minst viktigt vid införande av ny teknik betonar innovationsenhetschefen i ett landsting vidare: ”Ibland kan lösningar köras in för snabbt. Vi kan se att man är snabb på lösningen och bara kör in den. Vi vill att man gör ordentlig behovskartläggning och vilka behov som patienten har. Man måste också ha en omvärldsbevakning och vilka lagkrav som finns. Ofta utgör juridiken hinder om man glömt prata om inköp om LOU, eller med IT om systemen. Man måste ha med allt det från början. Kan vara etiknämnder, lagar och regler. Det behöver inte vara hinder men man måste ta hänsyn till det.”

FoUU-chefen i ett landsting betonar det omfattande arbete man lägger ned på att skapa goda förutsättningar för samverkan kring innovation: ”Inom det arbete vi gör med koppling till hälso- och sjukvård har vi investerat i två tunga infrastrukturer där vi också är huvudfinansiärer: en anläggning för klinisk prövning samt en innovationsplattform. I dessa två infrastrukturer har vi gjort stora investeringar för att främja innovation. Ena sidan till plattformen handlar om att få med personalen i regionen och att få dem

involverade och engagerade i innovationsarbetet. Det finns även ingångar för patientinitiativ och för företag som har idéer som de vill utveckla tillsammans med vården.”

”Beröringsskräck” för industrin i vården

Ett tema som kommer upp i ett flertal intervjuer när samverkan mellan vård och industri diskuteras är ”beröringsskräcken”. Den förbättringsansvarige läkaren på ett sjukhus menar: ”Beröringsskräck med industrin kan också vara ett hinder. Vad får vi och vad får vi inte göra? Detta hinder kan göra så att man låter bli att samverka för att man inte vet vad som är okej.”

En representant för en branschförening betonar att de arbetar mycket med att skapa kontaktytor mellan industri och vård: ”Vi deltar även som partner i olika strategiska samarbetsprogram som Vinnova initierar och finansierar. Ett exempel från senare år är det s.k. StandIn-projektet. Det var ett projekt som indirekt skulle gynna innovation genom sin målsättning att bidra till att utveckla infrastrukturen i vården. Projektet skulle bl. a. identifiera ett gemensamt ramverk med standarder för informationshantering. [...] Vi ansvarar för ett nystartat projekt kring ”innovationsmotorer”, som tillkommit genom aktiviteter i Vinnovas innovationsprogram. Projektet genomförs i samarbete med några universitetssjukhus. Syftet är att utveckla kontaktytor och arbetsformer mellan företag och vården, med större tydlighet och trygghet om förutsättningar och spelregler.”

På frågan vilka framgångsfaktorer och hinder branschföreningen ser för innovationsarbetet svarar hon vidare: ”Det är avgörande att det finns ett väl fungerande ekosystem för att utveckling ska kunna ske. Det behöver finnas mötesförelse och nära dialog mellan de verksamheter som har behov, idéer och dem som kan bidra med att realisera lösningarna. Det kortar vägen från idé till genomförande, och ökar chansen att den verkliga nyttan uppstår [...] Ett ganska stort hinder är när kunderna inte är beredda att testa nya lösningar som erbjuds, trots att det skulle kunna ge stora nyttor framöver. Inget är ju perfekt från början så man behöver testa. När det gäller medicinteknik uppstår ju de önskvärda effekterna inte enbart av en enskild produkt utan i kombination med själva handhavandet/processerna. Olika personer och verksamheter behöver testa och öva på nyheter för att det ska bli bra. Om man inte är beredd att testa och öva finns det små möjligheter att lyckas. Detta upplevs av våra medlemmar som ett ganska stort problem i kontakt med vården.”

Hon tar också upp beröringsskräcken: ”Det är stor press i verksamheter att producera, och man hinner inte eller orkar inte tänka på framtiden. Det finns kanske en viss rädsla också, en sorts ”beröringsskräck” i offentlig sektor gentemot företag, mest på grund av att man inte vet vad som gäller. Man avstår att göra något nytt hellre än att riskera att göra fel! Just när det gäller medicinteknik och införande av nyheter krävs en nära involvering av verksamheter och medfinansiering. Ofta finns det inte resurser avsatta i vården för att t.ex. testa ett nytt arbetssätt och det förväntas att företagen ska stå för kostnaderna. Det gör att det blir svårt och riskfyllt.”

En landstingsrepresentant ser också ett förändrat mönster när det gäller

”Det är stor press i verksamheterna att producera, och man hinner inte eller orkar inte tänka på framtiden. Det finns kanske en viss rädsla också, en sorts ”beröringsskräck” i offentlig sektor gentemot företag, mest på grund av att man inte vet vad som gäller. Man avstår att göra något nytt hellre än att riskera att göra fel!”

idéer som tas fram i vården: ”När Vinnova startade innovationssluss då var det stort fokus på kommersialisering av produkter från medarbetarna. Nu blir det mer att man tar fram en produkt och licensierar till ett företag, det är inte så många medarbetare som vill driva bolag.”

Lagen om offentlig upphandling – hinder för mindre företag

En orsak bakom detta ändrade mönster är också att många av de nystartade företagens produkter inte lyckas ta sig in i vården trots att det tagits fram utifrån vårdens behov av vårdanställda. Ett problem i detta är hur lagen om offentlig upphandling (LOU) används. I upphandlingskriterierna ställs ofta krav på finansiell stabilitet, vilket få nystartade företag kan uppvisa enligt en landstingsrepresentant: ”LOU ställer till det för om man inte har referenser och kan visa på stabila finanser över lång tid så kan man inte vinna.”

Vår intervjuperson på FoU-staben i ett landsting påpekar: ”Upphandlingslagstiftningen är till för att det ska vara fri konkurrens, men den är också en väldigt bromsande faktor. Den premierar ofta ett lågt inköpspris och det blir ett problem, ett etablerat företag kan ju sätta ett pris som håller de nya aktörerna borta. Alla tycker att det är ett problemområde.”

Ofta kan problemen med LOU ha att göra med missuppfattningar hävdar intervjupersonen från en branschförening: ”Det händer att regler från staten missuppfattas, det går rykten om tolkning och praxis i regelverk. Man skulle kanske kunna prototypa detta och testa nya sätt. Ett område är innovationsupphandling, där man tror att det finns hinder i form av att man tror att man inte får prata med leverantörer inför en upphandling.”

Digitalisering öppnar för patienter, brukare och anhöriga

Digitalisering skapar nya kontaktvägar

För att klara av att ge en mer effektiv vård och stödja patienten i egenvård måste vården ställa om i samarbete med patient och anhöriga. För att underlätta detta samarbete sätter många intervjupersoner stora förhoppningar till digitala lösningar. Digitalisering utgör ett prioriterat område för många organisationer såsom SKL t.ex. Detta gäller även många kommuner: ”En av de viktigaste frågorna är hur vi prioriterar mellan våra utvecklingsbehov? Vi har valt att samla initiativ i ett antal ”paraplyområden” – till exempel: ett paraply är FHS - framtidens hälso- och sjukvård, vi behöver då säkra att det vi ska göra med digitala vårdcentraler då måste gå i linje med paraply inriktningen.” (Kommunrepresentant)

Vår intervjuperson på FoU-staben i ett landsting påpekar att digitala lösningar kräver ett omtänk: ”Hur man t.ex. kan få till bättre digitala miljöer som stödjer interaktion mellan patient och vårdpersonal, det går så mycket tid till att sitta och titta på en skärm så det blir lite tid över för mötet med patienten.” Detta kan behöva en omplanering av aktivitetsflöden så att patien-

terna t.ex. fyller i uppgifter innan mötet med läkaren eller sjuksköterskan så att de sedan gemensamt kan gå igenom underlaget och diskutera slutsatser av observationer. Detta gäller inte minst när patienten haft möjlighet att samla data digitalt. En av våra intervjupersoner menar att detta inte fungerar idag. ”Det finns i övrigt inga formella strukturer i ”hälso- och sjukvårdssystemet” för att fånga in patientperspektiven. Det finns en konflikt redan i att man har googlat när man kommer till vården, det säger man inte som patient.” Hon framför att mer borde göras för att utbilda patienter: ”Patienten måste också få lära sig att använda verktygen. För att vården ska fungera i framtiden krävs digitalisering och innovation. Digitaliseringen är i sig både centraliserande och individualiserande” (forskare i akademien).

Centralisering och individualisering

Detta innebär att många digitala lösningar kan erbjudas nationellt, såsom tjänsten 1177 och sedan användas i de olika regionala lösningarna. Chefen för en IT-enhet på ett sjukhus berättar hur de försöker att integrera plattformen 1177 i deras egna vårdflöden bättre: ”Det finns ett arbete med att utveckla 1177s roll. Att de ska ”tratta in” patientkontakten. I triagering finns självanamnes, självskattning skapas i personal health record.”

Han fortsätter att beskriva vad som gjorts på annat håll utanför Sverige: ”Man bör kunna hantera mycket centralt. Skilja på vad som är patientnära, plattform måste byggas på nationell nivå, ha den öppen, kunna få in entreprenörer, men arbetet kring processerna måste få ske lokalt. NHS i England har centrala nationella tjänster. Norge har en HIE (Health Information Exchange) på nationell nivå – kan vi lära av dem? Kaiser Permanente har byggt upp det bra inom sitt område. Kaiser är speciella eftersom de både är vårdgivare och försäkringsbolag.”

Användning av digitala hjälpmedel förutsätter utbildning

Även helt digitala läkarmöten kräver andra arbetsflöden och sätt att arbeta som inte är självklara varken för patient, anhörig eller vårdgivare. Grundaren av en digital vårdtjänst säger: ”Om läkarna som idag arbetar traditionellt ska börja ta patienter ”digitalt” en dag i veckan så vill de många gånger inte det. De behöver få tid att vänja sig, lära sig - vad innebär ett digitalt möte. Våra läkare kan det här nu. Alla behöver inte göra allt.”

Digitala hjälpmedel underlättar produktivitetshöjningar på samma sätt som skett inom andra områden såsom banker eller IKEA, dvs. att låta kunden göra mer själv. ”Vi vill inte simulera ett ”fysiskt möte”, utan datorn ställer i princip alla frågor som läkaren skulle ställa – läkaren kvitterar sen. Det är också en säkerhetsfråga. Bättre att patienten själv har beskrivit så mycket som möjligt. Du gör mer än banken idag och du gör mer än tidigare.” Han fortsätter att påpeka att andra nordiska länder kommit längre när det gäller utbildningen av vårdpersonal. ”Vi behöver utbilda vårdpersonalen – I Finland är digitalisering en del av läkarutbildningen.”

En verksamhetsutvecklare på en privat vårdgivare som vi talat med påpekar vikten att involvera anhöriga: ”Anhöriga har redan idag helt andra krav

och säger ifrån på ett annat sätt. Man vet sina rättigheter och förutsätter att man får det man har rätt till. Vi behöver involvera närstående på ett nytt sätt. Detta kan gälla att tillåta kameraövervakning på natten hos äldre med hemtjänst.”

Ersättningssystem för digitala tjänster

Som vi varit inne på tidigare framhåller många intervjupersoner vikten av samordning och att det finns genomtänkta nationella strukturer för att Sverige ska komma vidare i utvecklingen av innovativa digitala tjänster för vård och omsorg. När det gäller digitala vårdcentraler är en central fråga vem som ska betala för tjänsten? Detta verkar enligt vår intervjuperson fortfarande vara ett problem: ”E-hälsosystemet är felriggat för det som händer nu i vården: vi har digitala vårdaktörer som är över hela landet, men transaktionerna sker lokalt. t.ex. i Jönköping likställdes digitala besök med fysiska – då Min doktor och Kry anmälde sig som underleverantör till två vårdcentraler. I vissa fall kan vårdcentralerna få pengar för mig som patient. I de flesta regioner skickas fakturan tillbaka till vårdcentralen. I SLL tar man notan för utomlänsvården på landstingsnivå. I Västmanland får vårdcentralen fakturan - 500–700 000 faktureras per år för de besök som deras patienter har gjort. Det här gör att Kry och Min doktor inte blir populära hos den vårdcentralen.”

Enligt vår intervjuperson på den privata vårdgivaren har SKL gått ut med riktlinjer, men: ”Jag har inte sett att man gör som SKL säger, inte hittills i alla fall – men det är också konstigt att de satt ett fast belopp på 650 kr. SKL säger att man ska skicka en faktura på 650 kr vilket kanske är rimligt om det är telefonmöte eller läkemedelsförskrivning, men om man vill att digitala vårdcentraler ska kunna göra mer, ta prover t.ex. en odling t.ex. som kan kosta 650 kr styck så gör ju prissättningen att de digitala vårdcentralerna inte kommer kunna göra mer. Varför har man inte satt en fast del plus en rörlig del eller annan modell?”

Uppenbart utifrån intervjuerna är hur ersättningssystemen påverkar hur de digitala lösningarna används, dvs. om de sätts in för kroniska, vårdtunga patienter eller blir mer ett sätt att ta de lätta, snabba, akuta fallen. Grundaren av den digitala vårdtjänsten påpekar: ”När sjukvården tittar på att digitalisera så vill man få ned kostnader – därför tittar man på tunga dyra processer – KOL, hjärtsvikt. Vi valde de med lägst trösklar – vi har fått kritik för det. De enkla patienterna är ju inte ett stort problem för vården men vi tror att man måste börja där, där det är lägst trösklar för patienter och medborgare att börja. Liksom bankerna – de har börjat där det har varit lägst trösklar. Det kräver inte så mycket ”mod”. Man började med ”jag kan se mitt saldo”, allra sist tog man att lägga om lånen.”

Vårdens mål och mätning av behandlingsutfall

Behov av utfallsdata

Satsningarna på digitalisering och innovation i vården brukar ses som ett sätt att klara de utmaningar som svensk sjukvård står inför med ökat kost-

nadstryck och fler äldre personer. Det blir då viktigt att kunna tydliggöra resultaten av de innovationer som införs. Bidrar innovationerna till högre effektivitet ekonomiskt och bättre kliniska utfall? Detta betonas också av våra informanter som en kritisk frågeställning: ”Tillgång till data – det är jätteutmanande att få fakta på om det faktiskt blir bättre för patienten. Svårt att utvärdera och analysera effekter. Det är väldigt fragmenterade data vi får ut. Att kunna utvärdera och följa upp effekten av en innovation. Hur blev det?” (förbättringsansvarig läkare vid ett sjukhus)

Att få ut mer specifika behandlingsresultat är något som efterfrågas i samband med utvärderingar av nya metoder och ny teknik. En innovationsutvecklare i en region menar: ”Det vi saknar är en plattform för testresultaten, de små företagen går ofta mot en specifik sjuksköterska, läkare, det finns ingen kraft i de testerna och ofta försvinner resultaten. Vi måste starta från början hela tiden, vi ”tappar” bort testresultat, har svårt att återanvända kunskap. De små företagen går under för att de inte kommer framåt och måste göra om flera gånger. Kan man utveckla och använda kvalitetsregister mera?”

”Tillgång till data – det är jätteutmanande att få fakta på om det faktiskt blir bättre för patienten. Svårt att utvärdera och analysera effekter. Det är väldigt fragmenterade data vi får ut. Att kunna utvärdera och följa upp effekten av en innovation. Hur blev det?”

Behov av differentierade och mer relevanta data

Chefen för en innovationsenhet inom ett landsting menar att kvalitetsregistren måste utvecklas till att fånga patientens upplevda vårdkvalitet bättre: ”Socialstyrelsen skulle kunna driva på mot mer transparens för patienten. De kvalitetsregister man har idag mäter egentligen snarare läkarnas hantverksskicklighet än hur god vård det är. Vi måste mäta resultaten i ”kvalitet”, enstaka gånger kan du mäta det i ökat värde men sällan i sänkta kostnader.”

Verksamhetsutvecklaren vid en privat vårdgivare är inne på samma spår: ”Öppna jämförelser och undersökningar som görs kan utvecklas och vi kan bli bättre på att göra analyser.”

Utfallsdata är som tidigare nämnts viktiga för vårdens egen uppföljning, men också för utvärdering av nya produkter och metoder. En branschföreningsrepresentant betonar hur viktiga utfallsdata är för deras medlemsföretag: ”Den allra viktigaste frågan för de forskande medlemsföretagen handlar om att utveckla och få tillgång till relevanta data från hälso- och sjukvården för analys, oavsett om det handlar om stegvist regulatoriskt godkännande, prissättning och subvention eller ordnat införande och patienters tillgång till behandling. I båda fall ligger fokus på behandlings- och utfallsrelaterad information från vården.”

Hon fortsätter: ”Det viktigaste är nog att utveckla hälsodataregistren och infrastrukturen för de tjänster som ska tillgängliggöra data som är en central del i branschens innovationsarbete – så att de bättre matchar efterfrågan. Det är alltför mycket fokus på kvalitetsregistren. Socialstyrelsen behöver vara mer aktiv i utvecklingsdiskussionerna såsom ansvarig för registren som är en sorts grundpelare i sammanhanget.”

Vår intervjuperson från en samverkansorganisation menar att det kan handla om att fråga och lyssna mer på patienten: ”Indikatorerna som finns idag är ofta trubbiga, de är inriktade på vårdkonsumtion. Lyssna mer på

patienten - frågan 'skulle vi kunna ha gjort något som uppfyller just dina mål och behov?' borde ställas oftare."

Ledarskap i transformation av vård och omsorg

För att samla krafterna i svensk vård och omsorg har regeringen satt som mål att svensk vård ska vara världsbäst på e-hälsa 2025. Detta har inte kommit upp i intervjuerna. Däremot framförs hur viktigt det är att Socialstyrelsen engagerar sig offensivt i vidareutvecklingen av vård och omsorg. FoUU-chefen på en region framhåller: "Det är positivt att Socialstyrelsen jobbar med de här frågorna. Socialstyrelsen är nyckeln för att komma åt kärnverksamheten i hälso- och sjukvården generellt i landstingen. Om Socialstyrelsen hittar mekanismer där innovationer kan vara med och förbättra vårdens resultat vore det oerhört gynnsamt."

"Socialstyrelsen är den tyngsta myndigheten av alla som arbetar med de här frågorna. Om Socialstyrelsen tar på sig innovationströjan och säger att vården ska jobba med innovation så betyder det jättemycket, det är viktigt för all framtida kvalitetsutveckling inom vården. En väldigt tydlig signal."

FoUU-chefen vid en region är inne på samma spår: "Socialstyrelsen är den tyngsta myndigheten av alla som arbetar med de här frågorna. Om Socialstyrelsen tar på sig innovationströjan och säger att vården ska jobba med innovation så betyder det jättemycket, det är viktigt för all framtida kvalitetsutveckling inom vården. En väldigt tydlig signal."

FoUU-chefen för en region fortsätter: "Ledarskap inom hälso- och sjukvård är viktigt för hur folk tar till sig nyheter. I förnyelsearbete räcker det inte med styrdokument, utan det måste drivas framåt av engagerade och drivande ledare. Ett sådant angreppssätt är jätteviktigt från Socialstyrelsen, det är ni som har huvuduppdraget inom hälso- och sjukvård."

Intervjupersoners åsikter om Socialstyrelsens roll i vårdens och omsorgens innovationsarbete

Stödja implementering och digitalisering nationellt

En representant från en region funderar på hur man kan underlätta att ta till sig evidensbaserade metoder bättre: "Hur kan Socialstyrelsen bättre bidra med kunskaper? På vilket sätt förmedlar och paketerar Socialstyrelsen kunskapen. T.ex. riktlinjer, hur ska det implementeras för att man lättare ska kunna ta det till sig? Hur mycket har man dialog med användarna? Kan Socialstyrelsen använda andra former? Mer filmer?"

En representant från industrin anser att kompetensen att införa innovation skulle kunna ta sitt avstamp i införandet av nationella riktlinjer och utnyttja personalgrupper med redan definierade roller: "Vår idé är att riktlinjer även borde innefatta en införandeprocess, där Socialstyrelsen ges möjlighet att påverka och säkerställa införandet proaktivt nationellt. Att driva utveckling av innovation är nödvändigt, men lika viktigt är implementering av redan skapad innovation. Socialstyrelsen måste ta ett aktivt steg mot klinisk rutin. Först då förankras och tydliggörs Socialstyrelsens roll och uppdrag." Industrirepresentanten fortsätter: "Konkret bör, i samband med att nya riktlinjer ska publiceras, det ordnas ett multidisciplinärt nationellt införandemöte. Deltagarna i mötet ska representera en bred kompetens av beslutsfattare inom

hälsa- och sjukvård, såsom: Inköpare/Upphandlingsenhet, Verksamhetschef klinik och primärvård/budgetansvarig, Hälso- och sjukvårdsförvaltningsledning, Hälso- och sjukvårdslandstingsråd, Medicinteknik ansvariga”

Intervjupersonen från en myndighet menar att: ”SKL borde ha en roll och ett ansvar på nationell nivå för att samordna landstingen men de agerar inte så idag. Detta var en slutsats vi kunde dra från innovationsundersökningen av sjukvården.”

Förutom att konkret stödja nationellt införande av riktlinjer betonas behovet att även stödja införande av ny teknik i form av e-hälsa, digitala lösningar som appar eller välfärdsteknik. En respondent och verksamhetsutvecklare i en kommun betonar: ”Socialstyrelsen skulle kunna bidra med konkreta och goda exempel på vad en innovation inom socialtjänsten är – att det inte är utveckling - och hur det kan gå till. Då slipper kommunerna leta runt på varandras hemsidor för att hitta. Regionerna har kommit längre men det är fortfarande svårt.”

Enligt en branschrepresentant: ”...kan Socialstyrelsen bidra till att det skapas bättre förutsättningar för testbäddar genom att stödja vårdens digitalisering, det är nog det största utvecklingsområdet. Även i frågor som rör patientsäkerhet, bättre läkemedelsanvändning m.m. kan Socialstyrelsen vara en mer aktiv part för att öka kvaliteten men också minska kostnaderna för felaktig läkemedelsanvändning.”

Tydliggöra roller och ansvar i framtidens vård

En representant från ett landsting menar att Socialstyrelsen kunde ta utgångspunkten i en framtidsvision för vården och klargöra ”vem gör vad i framtidens hälso- och sjukvård?” och ställer också frågan: ”vad innebär GDPR? Det offentliga hamnar i en ny roll i att öppna sina data. Vad finns det för begränsningar? Vad får vi göra?”

En intervjuperson från en region menar att: ”Socialstyrelsen skulle kunna hjälpa till att skapa ett kreativt utrymme genom att ge kunskap och mandat om var gränser går och hur lagar och förordningar ska tolkas. Socialstyrelsen skulle också kunna samordna vad man bör ta gemensamma grepp om, vilka processer man kan låta verksamheter testa med mera. Främja kreativitet genom att skapa trygghet i systemet, var ansvar finns, tydliggöra regler. Idag är man ofta utan personligt ansvar - man bollar uppåt och nedåt samtidigt, det finns inget tydligt ansvar för att saker blir av.”

En intervjuperson från en region är inne på samma linje: ”Områden som är viktiga att Socialstyrelsen arbetar med. Ansvar, roller, vad händer när primärvården ska ta mer ansvar, vård ska ske i hemmet, patienter kan göra mer själva. Socialstyrelsen bör hjälpa till så att regelverken fokuserar på vad, inte hur. Socialstyrelsen har också en viktig roll i att säkerställa att patienten är i centrum. Att etablera vad som är jämlik vård. En del av oss klarar att ta ett större ansvar för vår egen vård, här bör Socialstyrelsen hjälpa till med regelverk och former.”

Intervjupersonen från FoU-staben i ett landsting nämner: ”Först vill jag börja med att säga att jag inte alls tänkt på Socialstyrelsen som en innova-

”Socialstyrelsen skulle kunna hjälpa till att skapa ett kreativt utrymme genom att ge kunskap och mandat om var gränser går och hur lagar och förordningar ska tolkas. Socialstyrelsen skulle också kunna samordna vad man bör ta gemensamma grepp om, vilka processer man kan låta verksamheter testa med mera. Främja kreativitet genom att skapa trygghet i systemet, var ansvar finns, tydliggöra regler. Idag är man ofta utan personligt ansvar – man bollar uppåt och nedåt samtidigt, det finns inget tydligt ansvar för att saker blir av.”

tionsaktör eller i samband med innovation alls. Jag har inte varit i kontakt med Socialstyrelsen i den typen av frågor. I kärnkraftsindustrin har man delat in lokalerna i zoner i grönt, gult, rött. Grönt där kan man ta egna initiativ. Gult, där måste man fråga närmsta chef. Rött där måste det upp till ledningen. På så sätt kan alla agera. Om Socialstyrelsen kan göra något liknande där vore det väldigt värdefullt.”

Skapa överblick, tydliggöra evidens, tillgängliggöra data

En representant för ett konsultföretag säger: ”När Landstingen har två tusen olika sätt att beskriva saker – kan SoS ta ledningen på att göra mappningen?”.

En intervjuperson från kommunsektorn säger: ”Jag har hejat på kring de tag man har tagit när man beslutat att samlas kring Kunskapsguiden. Det ska vara ett ställe där man hittar svar om bästa tillgängliga kunskap. Innovationer och kunskap måste spridas på något sätt. Socialstyrelsen kan inte ha en så detaljerad roll. Man har inte den kontrollerande funktionen. Ni pratar om produkter och underlag och säger till verksamheterna att dessa kan ni använda. Håll fast vid en långsiktighet från Socialstyrelsens sida. För verksamheterna är ni en trygg garant att det inte blir dagsländor av dessa produkter, utan att vi jobbar med ’det här ska vi ha’ och det ska leda till ständig förbättring.”

Flera intervjuade personer framhåller den trovärdighet som Socialstyrelsens arbete åtnjuter. En kommunrepresentant säger: ”När ett projekt eller metod presenteras på Kunskapsguiden eller Socialstyrelsens hemsida känns det som att den är bra att använda – kvalitetssäkring.”

En kommundirektör är inne på samma linje och tar exemplet suicidprevention: ”Jag tycker Socialstyrelsen måste hitta någonting där man kan ha mötesplatser som samlar landsting och kommuner som går i takt. Mötesplatser som samlar bilden och kompetensen. Polisen och många andra är också inblandade. Man pratar mycket om skjutningar nu, men det är en promille av dem som tar livet av sig. Kanske man kan säga att SKL borde göra någonting, men de har inte kunskapen. Det har ju Socialstyrelsen, det är genom er det kan bli kunskapsbaserat.”

Många intervjupersoner tycker också att Socialstyrelsen kan göra mer än idag. FoU-chefen på en samverkansorganisation: ”Kan man ha ett nationellt dokumentationssystem för socialtjänsten? Alla sliter med detta och det stör möjligheten för uppföljning. Stöd till kommuner i hur man kan plocka data för uppföljning ur systemen.” En branschrepresentant lyfter några områden för Socialstyrelsen att förbättra: ”Under satsningen på kvalitetsregister har man t.ex. inte från statens sida satsat lika mycket på att utveckla hälsodataregistren, inklusive läkemedelsregistret och servicen kring dessa, på Socialstyrelsen. Läkemedelsföretagen värderar hälsodataregister högre än kvalitetsregister, men upplever stora problem med att få ut rätt data i tid och med rätt kvalitet från Socialstyrelsen i nuläget. Socialstyrelsen borde styra sin verksamhet kring hälsodataregistren mycket mer efter aktuell och kontextspecifik efterfrågan. Vetenskapsrådets satsning på registerdata.se är mycket lovande.”

En annan branschrepresentant ser att Socialstyrelsen kan göra en hel del för sjukvården: ”Vi deltar liksom Socialstyrelsen bl. a. i utvärdering av medicintekniska produkter, i uppdrag som SBU har. En viktig fråga i det sammanhanget är vilka kunskapsunderlag som vården behöver, och vilka behov företagerna ta fram? Hur kan man mötas och arbeta tillsammans? Vi deltar även som sakkunniga eller remissinstans när det gäller nationella riktlinjer. Ju tidigare vi får vara med i processen desto bättre, då går det att förutse och förebygga problem som kan uppstå i ett senare skede. Tyvärr tar det väldigt lång tid att ta fram nationella riktlinjer på nya områden, och de som finns uppdateras alltför sällan. Eftersom den tekniska utvecklingen går så fort hinner det hända massor på sju år! För att det ska bli bra resultat för användare behöver sådana utvecklingsarbeten göras med ett snabbare tempo.”

Branschrepresentanten framhåller vidare: ”Socialstyrelsens utvärdering av universitetssjukhusen borde även ta med någon indikator på förekomsten av innovation i verksamheten, det borde alltså ingå. Uppdraget om högspecialiserad vård är också viktigt. Resultaten av detta arbete kan vara av betydelse för hur intressant det är för olika internationella företag att förlägga utvecklingsverksamhet till Sverige. Om man kan visa att det finns ett öppet utvecklingsinriktat klimat i vården och att den specialiserade vården arbetar med ständiga förbättringar kan det stimulera bolag att satsa på Sverige. Man kan se över regler som kan bli mer stödjande än hindrande. Bra om det finns uppdrag i regleringsbrev och mål som relaterar till innovation. Det kan inte vara tillfälliga projekt utan måste ingå som ett perspektiv som stödjer och möjliggör samarbete med olika aktörer, t.ex. andra myndigheter som Vinnova eller andra. Socialstyrelsen kan bli ledare och inspiratör för vården utifrån sin trovärdighet som expertmyndighet, och inte som Vinnova som i huvudsak bidrar med finansiering och projektledning.”

Den regulatoriska rollen

FoU-chefen för en region betonar den regulatoriska rollen för Socialstyrelsen: ”Som regulatorisk myndighet kan jag se en roll i att t.ex. bevaka patientsäkerhetsfrågorna i ett innovationssystem. Jag tänker exempelvis på Macchiariniskandalen på Karolinska, liknande problem finns på SU. Det handlar om gränsfall mellan innovationer och forskning. Här kan Socialstyrelsen sätta spelreglerna för hur man ska göra sakerna. Det finns ju etiknämnden, men någonstans går gränsen när ny teknik ska användas. Där tror jag många vill se ett tydligt regelverk, inte minst verksamhetschefer i vården. Socialstyrelsen kan skapa en tydlig rågång för vad som är möjligt och inte. Det är en personlig reflektion. [...] Jag tror att det finns en osäkerhet ute bland verksamhetschefer vad man kan göra och vad man inte kan göra. Någon form av råd och stöd hur man ska arbeta med innovationer på ett patientsäkert sätt inom lagens och författningarnas ramar. Det kanske vore något som en myndighet som Socialstyrelsen skulle kunna verka för och uppmuntra, utbildningar inom innovationsområdet. Kanske inte genomföra själva, men någon form av riktlinje för att driva frågorna framåt.”

”Jag tror att det finns en osäkerhet ute bland verksamhetschefer vad man kan göra och vad man inte kan göra. Någon form av råd och stöd hur man ska arbeta med innovationer på ett patientsäkert sätt inom lagens och författningarnas ramar.”

Innovationsenhetschefen på ett landsting tycker att Socialstyrelsen kan hjälpa till mer med tolkningen av lagar, t.ex. om egentillverkning: ”Föreskrifter: hjälp oss bidra och tolka. Kanske inrätta en frågefunktion, om vi har frågor så skulle det vara skönt att ha någon som kan informera om hur det fungerar nationellt. Där skulle Socialstyrelsen kunna ha en roll. Finns det föreskrifter, riktlinjer eller allmänna råd från Socialstyrelsen som relaterar till innovation i er organisation? Föreskrift Användning av Medicinskt tekniska produkter i hälso- och sjukvård SOSSF 2008:1. Också andra lagar. Exempel om egentillverkning och hur det ska kunna spridas bättre. Socialstyrelsens register: det finns ju ganska mycket innovativa lösningar som skulle ha nytta av att basera sina resonemang kring sådana här register. Om syftet är att du ska forska är det inget konstigt, men om du också ska motivera att införa nya lösningar borde registren också kunna vara en bra källa.”

En forskaren inom akademien tar upp betydelsen av egenvård: ”Hela tanken med egenvård har en mängd kopplingar till innovation – både vad gäller innehåll och utförande. Socialstyrelsens definition för egenvård håller inte men det har vi haft dialog om så det är på gång att förändras. Vi använder mer den som WHO använder. Mycket av ramverken kring egenvård behöver ses över och förändras för att framtidens vård ska fungera. [...] Föreskriften för egenvård - den säger att om patienten kan klara av det själv så kan vårdpersonalen delegera det – då finns det inget som motsäger Patientlagen.”

Hon fortsätter att betona att: ”verkliga innovationer för socialstyrelsen vore, för det första, att vården behöver gå till att också stödja egenvården – vi behöver innovera begreppet. För det andra, det finns ingen samlad patient-röst; medianförbundet har en medlemskvot på 3 procent. Kan Socialstyrelsen skapa detta?”

Litteratur på temat vård och omsorg i behov av omställning

I denna icke-heltäckande litteraturgenomgång är ambitionen att fånga rapporter, utredningar och forskningsresultat som publicerats de senaste fem åren med fokus på innovation i vård och omsorg ur ett systemperspektiv. I detta ingår att försöka få med flera perspektiv så att inte endast myndighetsrapporter utan även akademisk forskning tas med. För en kort bakgrund om hur vi definierar och beskriver vårdens och omsorgens innovationssystem hänvisas till bilaga 3.

I vår litteraturgenomgång utgör utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) en viktig utgångspunkt vars perspektiv på innovation inledande redogörs för. SCB:s kartläggning av innovationsaktiviteter inom hälso- och sjukvården utgör en bra empirisk grund för att bedöma hur mycket innovation som görs i svensk vård. SKL:s rapport om ”Innovation i offentlig verksamhet” erbjuder en översikt över de initiativ som tagits för att främja innovation i offentlig sektor under perioden 2004–2014. Utifrån denna rapport identifieras ett antal initiativ direkt mot vård och omsorg, bl.a. Vinnovas utlysningar om Innovationsslussar, Testbäddar som analyseras i denna litteraturgenomgång. Spridningen av e-hälsa och välfärdsteknik är också en indikator på hur innovationssystemet inom omsorgen fungerar, varför denna aspekt också tas med i genomgången. Slutligen analyseras också ett antal forskningsrapporter om hantering av innovation inom svensk hälso- och sjukvård.

Utredningen ”Effektiv vård”

Utredningen ”Effektiv vård - Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården” (SOU 2016:2) har flera beröringspunkter till innovation (5). Innovation innebär rent definitions- mässigt införande av något nytt, som är nyttiggjort och skapar nytta och därmed bidrar till högre måluppfyllnad på ett bättre sätt, dvs. ökad effektivitet i sitt användningssammanhang.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att utredningen har ett positivt synsätt på innovation som ett sätt att öka effektiviteten i svensk vård och omsorg, där samtliga fyra typer av innovation har viktiga roller att fylla. Produktinnovation, där medicintekniska innovationer framhålls som den främsta effektiviseringskällan. Tjänsteinnovationer som möjliggör en bättre samverkan med och involvering av patienter. Organisatoriska innovationer i form av flera typer av vårdgivare närmare patienten utanför sjukhuset. Samt processinnovation i nya sätt att arbeta för att t.ex. förbättra ”beläggning, bemanning och vårdplatsantal” (s. 532).

För att på ett mer konkret sätt tydliggöra utredningens direkta relation till innovation har sökning på ordet innovation i utredningsrapporten gjorts och

en sammanställning av de sammanhang inom vilket begreppet innovation förekommer. En kort sammanfattning av dessa sammanhang görs här i den följande texten.

En av de centrala utgångspunkterna för utredningen var att vårdens effektivitet avgörs i mötet mellan patienter och vårdgivare och att patienten måste involveras mer i vårdprocessen. Här finns enligt utredningen utrymme för *tjänsteinnovation* som förbättrar samspelet mellan olika kommuniserande aktörer (s. 251).

Förutom att betona samspelet mellan patient och vårdgivare präglas hela utredningen av behovet att genomföra organisatoriska innovationer, dvs. att flytta verksamheter från en mer specialiserad vård till primärvårdsnivå och att skapa nya samverkansformer med socialtjänsten. ”Samtidigt innebär utredningens förslag en betoning på multiprofessionella team och mikrosystem som utredningen bedömer kan vara särskilt gynnsam för små företag. Gemensam upphandling av sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst kan skapa förutsättningar för organisatoriska innovationer, t.ex. genom att små leverantörer av hälso- och sjukvård respektive socialtjänst går samman och skapar nya tjänstekoncept. En sådan utveckling saknas i dag på grund av avsaknaden av incitament till att ta fram nya lösningar” (s. 615). Tidigare genomförda vårdvalsreformer har enligt utredningen inte åstadkommit mycket av förändring eller förbättring utöver ändrade öppettider. ”Sammantaget kan dock sägas att vårdvalsreformerna inte haft någon påtaglig effekt på hälso- och sjukvårdens eller primärvårdens övergripande struktur. Primärvården bedrivs ungefär på samma sätt som före reformen. Förekomsten av innovationer utöver förändrade öppettider är hittills begränsade” (s. 705, s. 782). Utredningen föreslår därför att slutna vård ska kunna ges på annan plats än sjukhus. ”I dag är det vanligt att det är personalens kompetens och bemanningssituation som avgör vilka åtgärder som med bibehållen patientsäkerhet kan göras var. Utredningen anser att denna utveckling är positiv då den möjliggör inte bara för nära och personcentrerad vård, utan också för att en uppluckring av gränserna i detta fall bäddar för innovation och effektivare lösningar” (s. 371). Samtidigt som organisatoriska innovationer genomförs behöver infrastruktur och IT-system samordnas mellan vårdnivåer och mellan olika huvudmän.

För att få en förflyttning av verksamhet mot primärvården samt organisatoriska innovationer inom primärvård att ske betonas vikten av ekonomiska incitament såsom höjda löner. ”Vi menar att det är befogat att landstingen ökar sin innovationsförmåga avseende att använda löneinstrumentet för att attrahera och behålla läkare” (s. 411). Den ekonomiska styrningen får dock inte vara för detaljerad. ”En detaljerad styrning konserverar också processer, metoder och åtgärder. Arbetssättet blir konformt i stället för att fokusera på det som ger bäst resultat i det enskilda fallet. Möjligheterna till innovation i arbetssätt och metoder minskar” (s. 496). ”Utvecklingen mot allt mer detaljerade ersättningssystem bör brytas och riskerna med ersättning kopplad till medicinska kvalitetsindikatorer bör uppmärksammas. Flera aspekter bör beaktas i vid ändring av eller införande av ersättningssystem, bl.a. om

styrningen stimulerar kontinuitet för patienten och om styrningen möjliggör innovation i form av ändrade arbetssätt” (s. 497).

För att få till stånd en bredare och bättre implementering av innovation också inom primärvården framhålls betydelsen av att klinisk forskning genomförs inte bara i en sjukhusmiljö. ”Utgångspunkten bör vara att hela det svenska vårdssystemet ingår i det akademiska systemet, dvs.. såväl slutenvård som öppen vård, såväl sjukhusvård som primärvård men också den kommunala hälso- och sjukvården [...] I diskussionerna kring bredd resp. elitsatsningar glöms, i strävan på excellens, betydelsen av bredd för en akademisk miljö lätt bort. Det borde inte finnas någon motsättning i diskussionerna kring bredd respektive excellens. Excellens förutsätter bredd om inte annat för att excellenta innovationer ska kunna implementeras” (s.346).

Implementering av förbättringsarbete (innovationer) framhålls som ett problem i svensk vård och omsorg. ”Förbättringsarbete i vården är mycket vanligt förekommande, enligt en utvärdering av Statistiska centralbyrån om innovation i vården. Få förändringsprojekt lyckas dock. En genomgång av tidigare forskning indikerar att endast 20–40 procent av alla förbättringsinitiativ är framgångsrika och att de flesta initiativ, av olika anledningar, misslyckas. Misslyckade utvecklingsarbeten leder till onödiga kostnader i form av tid och pengar samt kan ha betydelse för viljan att genomföra framtida förbättringsarbeten” (s. 283). Oförmåga att genomföra förändringar och innovation i den löpande driften kan också skapa negativa kulturella konsekvenser. Kultur definieras i utredningen som: ”värderingar och förhållningssätt som skapar synliga arbetssätt och beteenden eller sätt att tänka” (s. 23).

Å andra sidan kan en positiv kultur vara en stark kraft för innovation. ”Ett prestigelöst arbetsklimat, där alla medarbetare är och förväntas vara delaktiga i förbättringsarbete och innovationer utgör en bättre grund för att förändringsarbete faktiskt sker. Klimatet på arbetsplatsen och relationer mellan olika individer och mellan individ och grupp har också avgörande betydelse för hur nya idéer tas om hand eller om nya idéer och perspektiv framförs över huvud taget.” (s. 141).

”Innovationer i sjukvården” – en enkätundersökning av SCB

I SCB:s kartläggning av innovationer inom sjukvården används fyra typer av innovation: produkt, process, organisatorisk samt kommunikationsinnovation (3). Utifrån svaren framgår att produktinnovationer innebär användningen av en ny produkt i vården. Processinnovationer förekommer oftare än införandet av nya produkter och den vanligaste processinnovationen utgjordes av riktlinje för att samordna vård runt den egna patienten. Den vanligaste organisatoriska innovationen utgjordes av system för inhämtning och behandling av kunskap och information eller införande av organisationsstyrningssystem. Kommunikationsinnovationer innebar främst nya sätt att kommunicera med patienter och närstående i syfte att främja en mer hälsosam livsstil.

I sjukhusen är den uppskattade effekten av innovationer som störst för förbättrad patientsäkerhet, kortare behandlingstid och effektivare behandling av patienten, även för vårdcentraler utgör förbättrad patientsäkerhet en central effekt. Intressant nog uppgav mellan 5 och 10 procent av sjukhus och vårdcentraler att vissa innovationer medfört negativa effekter i form av ökade kostnader, ökad arbetsbelastning och lägre arbetstillfredsställelse. Sjukhusens stöd för innovation kommer i huvudsak från kommuner eller landsting samt från Vinnova, ALMI, forskningsråd eller andra statliga organisationer. Vårdcentralers stöd för innovation är betydligt mindre och kommer nästan uteslutande från kommuner eller landsting.

Drivkrafterna för innovation är genomgående starkare för sjukhus jämfört med vårdcentraler och utgörs i huvudsak av önskemål från vårdpersonal, önskemål från patienter eller nya lagar och policys. Idéerna kommer huvudsakligen från den egna personalen, dvs. sjuksköterskor, läkare, ledning och administratörer. Samarbetet kring innovation sker också övervägande internt inom den egna organisationen. Cirka hälften av sjukhusen och tre av tio vårdcentraler hade introducerat ett system för utvärdering och utveckling av innovativa idéer framförda av anställda. Över hälften av vårdcentralerna och nästan 80 procent av sjukhusen uppgav att de inte har tillräckliga resurser för att utveckla en innovation. Endast 25 procent av vårdcentralerna och 16 procent av sjukhusen uppgav att de hade tillräckliga resurser för att utveckla en innovation. När det gäller involveringen av patienter i innovationsarbetet görs detta bara av cirka hälften av sjukhusen helt eller delvis samt endast en tredjedel av vårdcentralerna.

Av de respondenter som utmärkt sig i svarsmaterialet som mest innovativa framgår att de i högre utsträckning samarbetar och tar upp idéer utanför den egna organisationen. Men slutsatsen som dras i rapporten är att externa samarbeten endast förekommer i begränsad utsträckning. ”Eftersom de allra flesta sjukhus och vårdcentraler har innovationsverksamhet skulle man kunna förvänta sig att man är mer nyfiken på vad andra gör. Baserat på vår undersökning tror vi att innovationskraften i sjukvården kan förbättras. Det kan ske genom att på olika sätt stimulera samarbete och idéutbyte mellan olika aktörer inom sjukvården, på nationell, regional och lokal nivå.”

”Innovation i offentlig verksamhet” – en kartläggning från SKL

I rapporten om innovation i offentlig verksamhet som skrivits av Per Frankelius på uppdrag av SKL kartläggs vilka initiativ och insatser som gjorts för att främja innovation i offentlig sektor (6). I rapportens bilaga 1 visas att den offentliga sektorns roll i innovation kommit att uppmärksammas som alltmer central och som ett värde i sig. Rapportens slutsats utgår egentligen från dess utgångspunkt att det inte räcker med att tillsätta mer resurser för att lösa samhällsproblem utan att det krävs nya sätt att arbeta. Förslagen är:

- inrätta omvärldsanalysfunktion
- skapa praktikfallsbank
- skapa en innovationsutställning
- etablera ett innovationsseminarium
- verka för att arbetsställen inom offentlig sektor blir en innovativ miljö

Rapporten ger en bra översikt i bilaga 1 över de insatser som gjorts för att främja innovation inom offentlig sektor samt vård och omsorg och bidrog till identifieringen av viktiga rapporter inom fältet.

Innovationsaktiviteter inom hälsa och life science finansierade av Vinnova

Vinnova är den viktigaste statliga finansiären av innovationsprojekt inom hälso- och samhällsutvecklingsområdet och arbetar med att främja samverkan mellan akademi, näringsliv och myndigheter enligt en så kallad Triple-Helix ansats.

Vinnovas program Testbäddar samt Innovationsslussar inom vård och omsorg

I detta avsnitt sammanfattas två olika Vinnova-program som drivits under de senaste åren: Innovationsslussar bedrevs 2010-14 (7) och följdes av Testbäddar 2012-16 (4). I båda dessa program var målsättningen att öka införandet av nya företags idéer till vården samt att vårdpersonal skulle stödjas i att starta nya företag. Arbetet inom innovationsslussar beskrivs först, därefter testbäddar för att sedan dra några jämförande slutsatser.

Det innovationsfrämjande Vinnova-programmet att etablera innovationsslussar i hälso- och sjukvården startade 2010 på sex platser i Sverige: Region Skåne, SLL innovation, Innovation Akademiska, Innovationssluss Västerbotten, VGRs innovationssluss samt Innovationssluss Östergötland. I Region Skåne fanns redan sedan 2005 ett beslut att stödja och scouta idéer inom vården som kom att ingå i Vinnovas program. På samma sätt fanns SLL Innovation sedan 2003 med samma inriktning att främja vårdpersonals kommersialisering av idéer. Innovation Akademiska startades 2008 för att stödja idéer från Akademiska sjukhusets personal. Innovationssluss Västerbotten arbetade redan på samma sätt med att stödja realiserandet av idéer hos landstingets personal. VGRs innovationssluss fanns som verksamhet inom regionens utvecklingssekretariat. Innovationssluss Östergötland hade tidigare verksamhet sedan början av 2000-talet i samverkan med Hälsans Nya Verktyg och ALMI inom ramen för PIMM-projektet (PIMM står för Produktförnyelse InoM vård och oMsorg).

Innovationsslussarnas resultat framgår av utvärderingen som framgångsrika och kan sammanfattas i ett antal punkter:

- Totalt uppskattar innovationsslussarna att de bedömt närmare 1900 idéer inifrån hälso- och sjukvården och att de fört diskussioner gällande utvecklingsprojekt med cirka 480 företag.

- Totalt har innovationsslussarna sökt 13 patent (varav fem beviljats) och fyra mönsterskydd (varav tre beviljats).
- Innovationsslussarnas arbete har lett till att 109 lösningar har implementerats inom hälso- och sjukvården – knappt hälften av lösningarna har skett inom området medicinteknik.
- Innovationsslussarna har gemensamt bidragit till att skapa tolv enskilda firmor, 22 aktiebolag och ett handelsbolag.

Dessa resultat måste bedömas utifrån en aktiv påverkan inom landstingen att samla all innovationsverksamhet som pågått i olika former i verksamheten till innovationsslussarna och det därmed är svårt att bedöma nettoeffekten. Den redan pågående verksamheten borde också innebära att resultat redan infaller från start vilket innebär att de 109 implementerade lösningarna motsvarar 4,5 implementerad lösning per år och innovationssluss. De flesta av dessa implementerade lösningar (63) kom från företag som introducerar nya produkter regelbundet direkt till vårdens löpande verksamhet. Av de 35 startade företagen hade endast 13 en registrerad omsättning på totalt 5 miljoner, varav ett företag hade en omsättning på 2 miljoner kr. Övriga 12 bolag hade i genomsnitt en omsättning på 250 000 kr, vilket är betydligt mindre än en årslön.

Innovationsslussarna bedömdes väl integrerade i innovationssystemet främst genom det finansiella stödet från Landstingsledningarna samt kontakter med ALMI. Förankringen internt mot verksamheterna har främst bestått i att agera idésamlare och stödja dessa idéer till vidareutveckling. Av rapporten framgår att målsättningen att upphandla idéerna eller mer brett stödja innovationsupphandling inte uppnåts. Kontakter mellan innovationsslussarna och vårdens normala utvärderings- och selektionsmekanismer i form av upphandling, standarder, riktlinjearbete, HTA-utvärdering, utrymme i löpande vårdverksamheters budget diskuteras inte alls i rapporten, vilket tyder på att kommersialiseringen inte setts som ett ansvarsområde för arbetet med innovationsslussar.

Vinnovas testbäddsprogram omfattade 15 testbäddar. Enligt rapporten om Innovationsslussar fanns ytterligare 15 aktiva testbäddar i hela landet (7). En central målsättning för Testbäddsprogrammet var att etablera processer för att möta behov från företag, akademi, brukare, vård- och omsorgspersonal vilket i rapporten ansågs vara uppfyllt, om än i vissa fall otillräckligt dokumenterat. Det mål som enligt rapporten uppfylldes sämst var att se till att arbetssätt för införande av innovationer i ordinarie verksamhet med involvering av upphandling och implementering kom till stånd (s. 35).

Implementeringsuppgiften kommenteras i rapporten på sid. 18 (7): ”Den fas som har varit svårast, och där flera testbäddsrepresentanter ser att man inte heller har eller bör ta ett ansvar, är implementeringsfasen. Flera intervjupersoner betonar att det är en lång tid från idé till marknad för en genomsnittlig innovation, och vidare uppfattas upphandlingsfrågor av flera som något komplicerat där risken är att testbäddsaktören snarare stjälper än hjälper om man lägger sig i för mycket.”

Till skillnad ifrån Innovationsslussprogrammet verkar Testbäddprogram-

met ha haft mer fokus på lagstiftning och juridik (4). ”Bilderna från flera testbäddsrepresentanter är att man aktivt sökt upp frågeställningar som rör otydlighet i lagstiftning. Ett exempel är Innovation Akademiska, som tagit in projekt just på grund av sådana frågor. Man har arbetat med frågeställningar rörande tillgång till biologiskt material; huruvida app-testning blir anmälningspliktigt för klinisk prövning; samägande av medicinsk infrastruktur för produktion av stamceller; hur LoU förhåller sig till provuppställningsförfarande av CE-märkt utrustning under tester av nya processer; samt huruvida man kan använda egentillverkning i samband med utvärdering av icke CE-märkt utrustning.” (sid 20)

I rapporten framgår vidare hur svårt det är att införa innovation i sjukvårdens mycket produktionsinriktade verksamhet (s. 21): ”En lärdom som de intervjuade testbäddsrepresentanterna till största del är överens om, är att vården i dag är väldigt trång i den meningen att det finns begränsad tid över för samverkan eller innovationsarbete i verksamheterna. Denna svåra förutsättning förstärker bilden av att vårdverksamheternas nytta måste vara tydlig, eftersom det redan är svårt att prioritera annat än själva vårdproduktionen.”

En annan aspekt av implementering som omnämns i rapporten är den bristande utvecklingen av betalningsmodeller för testbäddsverksamheten, vilket ledde till bristande långsiktighet. Flera testbäddar var projektfinansierade och kunde komma att upphöra efter projektens avslutning. Det poängterades också i rapporten (s.45) att förutsättningarna att bedriva testbäddar var generellt sämre i kommuner jämfört med inom landstingen. För att möjliggöra en långsiktigt fungerande testbäddsverksamhet inom kommun driven omsorg måste det enligt rapporten ske i samverkan mellan kommuner.

Vinnovas pågående satsningar inom Hälsa

Förutom ovan beskrivna och utvärderade projekt som Vinnova drivit inom hälsa och omsorg pågår ett antal projekt där myndigheter, kommuner och landsting är involverade. Enligt statistik från Vinnova november 2017 pågår inom området hälsa och Life Science 583 projekt tillsammans med offentlig sektor. Av dessa 583 projekt är kommuner eller kommunala organisationer involverade i 127 (22 procent), landsting, eller landstingsstyrda organisationer såsom sjukhus, involverade i 363 projekt (62 procent) och resterande 93 projekt (16 procent) genomförs tillsammans med statliga myndigheter eller organisationer.

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna – en kartläggning från Socialstyrelsen

Ett centralt område när det gäller innovation i kommunernas vård och omsorg är införande av digitala hjälpmedel, e-hälsa och välfärdsteknik. I detta avsnitt kommer Socialstyrelsens egen kartläggning av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017 kort att refereras med angivande av sidhänvisningar (8).

Den typ av innovation vi diskuterar här handlar om införande av etablerade produkter, dvs. införande av produktinnovationer som fristående lösningar, utvecklade av externa leverantörer, men även av kommunerna själva utvecklade IT-stöd som kan integreras med andra verksamhetsstöd (s.8). I båda fallen handlar det om processinnovationer, antingen baserad på en färdig produkt eller ett egenutvecklat IT-stöd som i många fall också innebär en tjänsteinnovation i form av en till medborgarna erbjuden e-tjänst, t.ex. via en websida.

I rapporten tydliggörs att utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna är ojämn med låg användning av e-tjänster inom socialtjänsten, låg användning av nationella patientöversikten (NPÖ), låg användning av säker roll- och behörighetsidentifikation samt en liten andel av personalen som kan läsa och dokumentera information mobilt (s.7). Säker roll och behörighetsidentifikation används främst inom den kommunala hälso- och sjukvården (s.8).

Den intervjuundersökning som redogörs för i rapporten på sidorna 44–46 tydliggör hindren för införande av digitala innovationer i kommunerna. Ett stort hinder är att digitalisering inte behandlas som en strategisk fråga inom kommunerna, där många egenutvecklade lösningar, som inte tagits fram enligt standarder, återfinns. Detta gör integrationen mellan system svår att få till stånd samt gör det svårt att upphandla lösningar effektivt. Upphandlingarna sker inte heller alltid på ett sätt som tar tillvara på användarnas behov. Vidare framgår ur rapporten att ”kommunerna menar att det är relativt lätt att starta piloter men steget till breddinförande är svårt” (s.45). Ett sätt som anges i rapporten för att underlätta införandet av digitala lösningar i kommunerna är att se till att mer av nationell samordning och styrning sker, t.ex. via större upphandlingar, tydliggörande av standarder att använda, samt goda exempel på hur e-hälsa och välfärdsteknik implementerats framgångsrikt.

De nationella stöd som byggts upp i regi av SKL med regionala e-hälsosamordnare under 2013–2014 med statliga medel visade sig fungera väl, men när de statliga stöden till detta arbete upphörde 2015 ströks dessa samordnartjänster i flera kommuner. Enligt rapporten finns endast ett fåtal samordnartjänster kvar, ofta på deltid.

Akademisk forskning om innovation inom svensk vård

Utifrån de kriterier som redovisades i metoddelen identifierades 32 artiklar som adresserar förutsättningar och/eller effekter av innovation i svensk vård och omsorg (bilaga 2). Av dessa 32 artiklar bedömdes sex adressera temat innovation i svensk vård och omsorg från ett mer systembaserat perspektiv och analyseras mer utförligt. Dessa artiklar beskrivs kort nedan.

I artikeln ”Understanding healthcare innovation systems: the Stockholm region case” analyseras det regionala innovationssystemet i Stockholms län utifrån en funktionsansats (9). De viktigaste resultaten var att tydliggöra

de hinder som finns för de olika innovationsfunktionerna. Systemet kännetecknades av fragmentering, bristande ledarskap, otillräcklig involvering av patienter och professionerna. Det finns en dominerande föreställning att forskning ska leda till innovation, vilket inte är fallet. Restriktioner på samarbete med industrin, stela ersättningssystem och upphandlingsrutiner hämmar entreprenöriella initiativ i Stockholms vårdinnovationssystem.

I artikeln ”Technology Ready to be Launched, but is there a Payer? Challenges for Implementing eHealth in Sweden” betonas potentialen av

e-hälsolösningar för att möta de utmaningar som sjukvården står inför med en åldrande befolkning och färre produktiva att betala för de äldres vård och omsorg (9, 10). Författarna konstaterar att e-hälsolösningarna inte kommer in i vårdens praktik. Orsakerna som författarna belyser är följande:

- Användarnas behov är inte tillräckligt förstådda.
- Nya teknologiers införande kräver ändrade arbetsprocesser.
- Vårdgivare är inte beredda att betala för e-hälsolösningar som bidrar till att patienten kommer att komma mer sällan till vården och därmed får mindre intäkter.
- Offentlig upphandling motverkar innovation.
- Interoperabilitet och standarder är fortfarande ett problem även om samordningsinitiativ påbörjats.
- Datautvärdering, tolkning och beslutsstöd har inte funnits.
- Arenor för samverkan mellan företag, användare och sjukvård behöver skapas så att kompletterande kompetens utvecklas, dvs. utvecklare lär sig om behov och regulatoriska krav, sjukvården lär sig om teknik.
- Säkerhet och integritet har inte prioriterats vilket krävs för acceptans.
- Det råder oklarhet om regulatoriska krav för e-hälsa.

I artikeln ”Evaluating a questionnaire to measure improvement initiatives in Swedish healthcare” utvärderas ett förbättringsprogram som genomförts i Kalmar Landsting med hjälp av en enkät byggd på Minnesota Innovation Survey (11). Utvärderingen visade ett stort engagemang och tillfredsställelse med utfallen, men arbetet med förbättringar var svårt att få tid till.

I artikeln ”Organizational culture and the implementation of person centered care: results from a change process in Swedish hospital care” studeras vilken påverkan en organisationskultur har på patienters upplevelse av vårdrelaterad osäkerhet under implementeringen av en ny vårdmodell (12). Den vårdmodell som studeras är patientcentrerad vård. Resultaten av studien visar att en byråkratisk organisationskultur som författarna, baserade på ett flertal referenser till andra studier, menar är typisk för svensk sjukvård kan bidra till att minska patientens upplevelse av vårdrelaterad osäkerhet. Den byråkratiska organisationskulturen i svensk vård främjar inte en förändringsprocess från nuvarande standardiserad vård till en mer patientcentrerad vård. Däremot, om en förändring till en patientcentrerad vård kan åstadkommas, skulle den svenska byråkratiska vårdkulturen kunna stödja en patient-centrerad vårdmodells effekter av reducerad vårdrelaterad upplevd patientsäkerhet.

Författarna till artikeln ”Innovation as emergence in healthcare: unpacking change from within” argumenterar för behovet att förstå innovation, inte

bara som implementering av en färdig produkt i en ordnad process, utan också som en systemisk, framväxande process av ömsesidigt påverkande faktorer (13). Dessa faktorer kan vara processinnovationer, ändringar i arbetssätt understödda av ny teknik eller organisatoriska innovationer. Inifrån framväxande innovation beskrivs utifrån arbetet med reumatologiregistret som initierat av externa utmaningar (fluctuation) som sätter igång inom professionerna självorganiserande förändringsprocesser och innovation vilka förändrar registret från ett stabilt tillstånd till ett mer avancerat tillstånd. Detta skedde i en dialog mellan aktörer som driver spontana förändringsinitiativ och registrets centrala organisation utifrån givna resurser vars användning kunnat omdefinieras till att stödja registrets aktiviteter. Det pågående förändringsarbetet som inkluderar ett antal separata innovationer understöddes av ett antal gemensamma värderingar såsom att främja patientens hälsa och professionens självbestämmande. Lärdomen som författarna drar är att dessa internt genererade innovationer har en större sannolikhet att överleva och slå rot i den kliniska praktiken relativt extern manager- eller policyledd innovation. Denna typ av interntdriven innovation kräver multikompetenta aktörer i klinisk praktik som kan navigera medicinska, ekonomiska och teknologiska frågeställningar.

I denna studie "Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: lessons from a comparison of 12 cases" dras slutsatser om framgångsfaktorer för innovation i svensk sjukvård (14). Författarna kommer fram till att goda initiala interna betingelser med chefsstöd, resurser och planer är viktiga, men utan starka kliniska förkämpar eller eldsjälar med externt kunskapsstöd blir innovationerna inte framgångsrika. Innovationsprocessen beskrivs också i likhet med Essén och Lindblad (2012) som en framväxande, föränderlig process av vägledad utveckling snarare än förutdefinierad implementering.

Sammanfattande reflektioner av vald akademisk forskning

Även om de olika refererade artiklarna som valts ut för att få en bild av vad akademisk forskning om innovationer i svensk vård är sinsemellan olika och vår metod för litteratursökningen med stor sannolikhet missat viktig forskning kan ändå slutsatserna av dessa studier jämföras med det vi sett från våra intervjuer, webenkäten och den andra litteraturen vi studerat.

Samtliga sex artiklar som valts ut utifrån att de adresserar systemiska interventioner eller beskrivningar av innovationsaktiviteter på systemnivå framhåller implementeringsfasens kritiska betydelse. Larisch m.fl. 2016 beskriver ett antal initiativ i SLL att stödja innovation, men p.g.a. fragmenterad struktur, bristande ledarskap och bristande involvering av profession och patienter blir omsättningen lidande. Hollmark m.fl. 2015 pekar på stora möjligheter att adressera sjukvårdens utmaningar med e-hälsa men lösningarna sprider sig inte i vårdens kliniska praxis beroende på bristande vidareutveckling och anpassning av innovationer och system. Andersson m.fl. 2013 beskriver förbättringsarbete i Kalmar Landsting där respondenterna visar på

arbetets nytta, men där svårigheter att hitta tid för förbättringsarbetet utgör ett hinder. Alharbi m.fl. 2012 betonar svårigheten att föra in en ny vårdmodell, patient-centrerad vård i svensk vård p.g.a. den byråkratiska struktur och kultur som råder. Essén och Lindblad 2012 visar på betydelsen av en pågående professionsdriven förändring av klinisk praktik för att få enskilda innovationer att omsättas praktiskt i ett sammanhang. Också Övretveit m.fl. 2012 lyfter fram att innovationer visserligen kräver goda initiala förutsättningar men måste drivas av kliniska ledare och att innovationerna under processens gång genomgår anpassningar.

Gemensamma slutsatser som kan dras utifrån detta mycket begränsade urval av artiklar är den kritiska betydelsen av professionens involvering i innovation och att innovation bör ses som en process istället för något färdigt som bara ska införas, implementeras eller omsättas. Tvärtom bör man utgå ifrån att innovationen kommer att behöva förändras och att även sjukvårdens system behöver förändras vad man skulle kunna kalla ”koevolutionär” process, vilket kan kräva att professionen är aktivt involverad via multikompetenta eldsjälar. Dessa lärdomar är viktiga att ha med sig så att inte förutbestämda processmodeller hindrar innovationsverksamheten.

Referenser

1. OECD. System Innovation: Synthesis Report. OECD; 2015.
2. OECD/Eurostat. Oslo Manual: OECD Publishing; 2005.
3. SCB. Innovationer i sjukvården 2012 - 2013 - En enkätundersökning av Sveriges sjukhus och vårdcentraler. Statistiska centralbyrån - SCB; 2015.
4. Cederberg K, Lindblom & Östlund - Kontigo AB. Testbäddar inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Vinnova; 2017.
5. Stiernstedt G. Effektiv vård - Slutbetänkande av En nationell samordning för effektivare resursutnyttjande inom hälso och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet; 2016.
6. Frankelius P. Innovation i offentlig verksamhet - VAR STÅR VI? VART GÅR VI? : Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
7. Martin Fröberg JHAZ-R. Slututvärdering Innovationsslussar inom hälso- och sjukvården. Vinnova; 2014.
8. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017 – Redovisning av en uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
9. Larisch LM, Amer-Wahlin I, Hidefjall P. Understanding healthcare innovation systems: the Stockholm region case. *Journal of health organization and management*. 2016;30(8):1221-41.
10. Hollmark M, Lefevre Skjoldebrand A, Andersson C, Lindblad R. Technology Ready to be Launched, but is there a Payer? Challenges for Implementing eHealth in Sweden. *Studies in health technology and informatics*. 2015;211:57-68.
11. Andersson AC, Elg M, Perseus KI, Idvall E. Evaluating a questionnaire to measure improvement initiatives in Swedish healthcare. *BMC health services research*. 2013;13:48.
12. Alharbi TS, Ekman I, Olsson LE, Dudas K, Carlstrom E. Organizational culture and the implementation of person centered care: results from a change process in Swedish hospital care. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2012;108(2-3):294-301.
13. Essen A, Lindblad S. Innovation as emergence in healthcare: unpacking change from within. *Social science & medicine (1982)*. 2013;93:203-11.
14. Ovretveit J, Andreen-Sachs M, Carlsson J, Gustafsson H, Hansson J, Keller C, et al. Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: lessons from a comparison of 12 cases. *Journal of health organization and management*. 2012;26(2):237-57.

Bilagor

Bilaga 1. Lista över intervjupersoner

- Klas Danerlöv SKL, Samordnare innovationsfrågor
- Sven Silvander SCB, Avdelningen för ekonomisk statistik
- Inga-Lill Felizia Norrköpings kommun, Ansvarig för PUFF (Praktik Utveckling Forskning Framtid)
- Kerstin Lindström Region Norrbotten, Innovationsutvecklare
- John Fristedt Linköping kommun – enhetschef IT-utveckling
- Morten Kildal Akademiska Universitetssjukhuset i Uppsala, överläkare och ansvarig för värdebaserad vård
- Tomas Edman Experio Lab Värmlands Läns Landsting, Verksamhetsansvarig
- Sara Brolin Göteborgs stad, Verksamhetsutvecklare
- Sigrid Petterssen Region Gävleborg, Projektledare för Upphandlingsdriven Innovation för Regional tillväxt,
- Johanna Wihl Landstinget i Kalmar, verksamhetsutvecklare
- Bengt Stavenow Innovation Skåne, Chef Innovation management i hälso- och sjukvård
- Annette Alkebo SLL Innovation, Strateg
- Stefan Vlachos Stockholms Läns Landsting, Innovationschef, Karolinska Universitetssjukhuset
- Patrik Wahlberg IT leverantör HiQ, Försäljningschef vård och omsorg
- Carina Forsman Region Sörmland, FoU-chef Björkman
- Karin Grist Aleris Omsorg, Verksamhetsutvecklare
- Thomas Gustafsson Västerbottens landsting, Landstingsdirektörens stab, FoU stab
- Magnus Stridsman Östergötlands Landsting, Chef för test och Innovation
- Cecilia Bokenstrand GR Velfärd, Göteborgsregionens kommunalförbund, Avdelningschef
- Karolina Antonov Läkemedelsindustriföreningen - LIF, Analyschef
- Lina Blombergsson Nacka kommun, Bitr. socialchef
- Kristina Enwall FoU-Södertörn, Chef/ forskningsledare
- Catrin Ditz Kommunledningskontoret Uppsala kommun, CIO (IT-chef)

- Mårten Jansson NSPH - Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, utvecklingsledare
- Ulla-Marie Hellenberg Norrtälje kommun, Kommundirektör
- Ulrika Sjöstrand Västernorrlands Landsting, Verksamhetsutvecklare
- Lina Strand Backman Innovationsplattformen VGR, Enhetschef
- Anders Carlberg Koncernstab regional utveckling, FoUU-chef VGR
- Claes-Olof Jönsson Västra Götalandsregionen, FoU-chef
- Jonas Gumbel SVID Stiftelsen svensk industridesign, Programansvarig hälsa
- Sofia Medin Swedish Medtech, Chefsstrateg
- Sara Riggare Karolinska Institutet, Doktorand
- Tomas Ward Bioservo, Grundare och tidigare VD
- Magnus Nyhlén Min doktor, Grundare och VD
- Christian Foster Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, Förbundsdirektör
- Anne Västgård Roche Diagnostics Scandinavia, External affairs manager
- Peter Nilsson Karolinska Sjukhuset, Chef Strategisk IT
- Tobias Perdahl Healy/Aleris, Chief Medical Officer, Vårdmaktpodden, läkare
- Bengt-Arne Sjöqvist Prehospital ICT-arena, Lindholmen Science Park AB, Chef
- Henrik Hellqvist Danderyds sjukhus, ST-läkare

Bilaga 2: Identifierad litteratur om innovation i svensk vård

Litteraturen är baserad på litteratursökning i databasen Pubmed med sökkriterierna: Sweden, Healthcare, Innovation under åren 2012–17.

Författare	År	Titel
Mirza Mansoor Baig, Hamid Gholam Hosseini, Aasia A. Moqem, Farhaan Mirza, Maria Lindén	2017	A Systematic Review of Wearable Patient Monitoring Systems – Current Challenges and Opportunities for Clinical Adoption
Wass S, Vimarlund V, Ros A.	2017	Exploring patients' perceptions of accessing electronic health records: Innovation in healthcare
Larsson LG, Bäck-Pettersson S, Kylén S, Marklund B, Carlström E.	2017	Primary care managers' perceptions of their capability in providing care planning to patients with complex needs.
Larisch LM, Amer-Wählin I, Hedefjäll P.	2016	Understanding healthcare innovation systems: the Stockholm region case.
Mazzocato P, Stenfors-Hayes T, von Thiele Schwarz U, Hasson H, Nyström ME.	2016	Kaizen practice in healthcare: a qualitative analysis of hospital employees' suggestions for improvement.
Richter A, von Thiele Schwarz U, Lornudd C, Lundmark R, Mosson R, Hasson H.	2016	iLead-a transformational leadership intervention to train healthcare managers' implementation leadership.
Parston G, McQueen J, Patel H, Keown OP, Fontana G, Al Kuwari H, Darzi A.	2015	The Science And Art Of Delivery: Accelerating The Diffusion Of Health Care Innovation.
Hellman S, Kastberg G, Siverbo S.	2015	Explaining process orientation failure and success in health care--three case studies.
Carlfjord S, Festin K.	2015	Association between organizational climate and perceptions and use of an innovation in Swedish primary health care: a prospective study of an implementation.
Kuhlmann E, Larsen C.	2015	Why we need multi-level health workforce governance: Case studies from nursing and medicine in Germany.
Lapão LV.	2015	The challenge of benchmarking health systems: is ICT innovation capacity more systemic than organizational dependent?
Zhang Y, Koch S.	2015	Mobile health apps in Sweden: what do physicians recommend?
Wass S, Vimarlund V.	2015	Challenges of stimulating a market for social innovation - provision of a national health account.
Hollmark M, Lefevre Skjöldebrand A, Andersson C, Lindblad R.	2015	Technology Ready to be Launched, but is there a Payer? Challenges for Implementing eHealth in Sweden.
Holden RJ, Eriksson A, Andreasson J, Williamsson A, Delle L.	2015	Healthcare workers' perceptions of lean: a context-sensitive, mixed methods study in three Swedish hospitals.

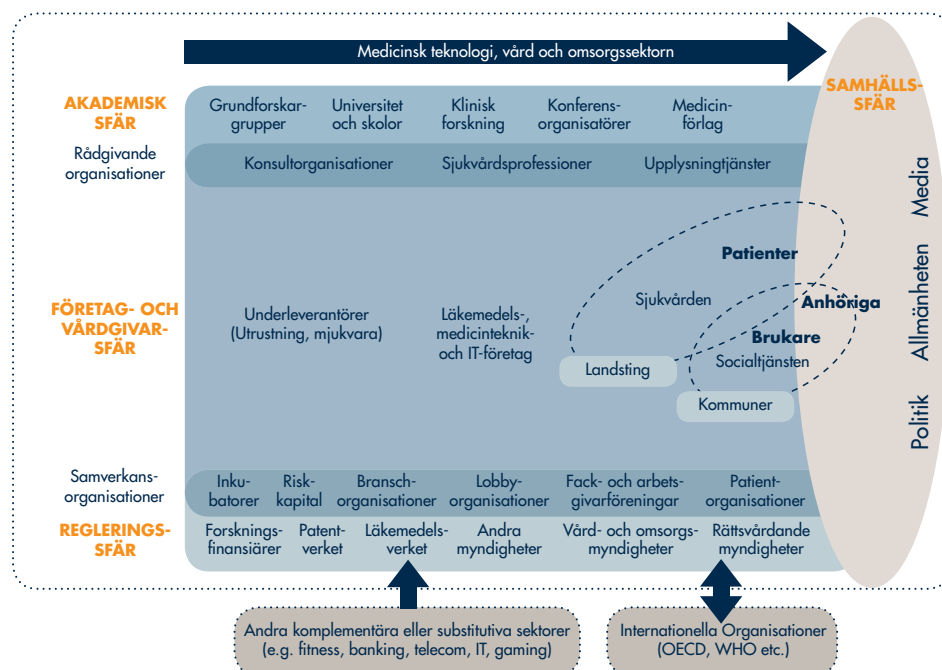
Saltman RB.	2015	Structural patterns in Swedish health policy: a 30-year perspective.
Carlstrom E, Olsson LE.	2014	The association between subcultures and resistance to change--in a Swedish hospital clinic.
Dannapfel P, Poksinska B, Thomas K.	2014	Dissemination strategy for Lean thinking in health care.
Lindén M, Björkman M.	2014	Embedded sensor systems for health - providing the tools in future healthcare.
Carlfjord S, Festin K.	2014	Primary health care staff's opinions about changing routines in practice: a cross-sectional study.
Maun A, Nilsson K, Furåker C, Thorn J.	2014	Primary healthcare in transition--a qualitative study of how managers perceived a system change.
Lindgren H.	2013	Sociotechnical systems as innovation systems in the medical and health domain.
Carlsson B, Vimarlund V.	2013	What type of innovation effects can you expect when offering e-services in the AAL domain.
Wass S, Carlsson B, Vimarlund V, Korkmaz S, Shemeikka T, Vég A.	2013	Towards capturing innovation effects of a CDSS (NjuRen).
Lundberg N, Koch S, Hägglund M, Bolin P, Davoody N, Eltes J, Jarlman O, Perlich A, Vimarlund V, Winsnes C.	213	My care pathways - creating open innovation in healthcare.
Lehnbom EC, McLachlan AJ, Brien JA.	2013	A qualitative study of Swedes' opinions about shared electronic health records.
McAlearney AS, Terris D, Hardacre J, Spurgeon P, Brown C, Baumgart A, Nyström ME.	2013	Organizational coherence in health care organizations: conceptual guidance to facilitate quality improvement and organizational change.
Andersson AC, Elg M, Perseus KI, Idvall E.	2013	Evaluating a questionnaire to measure improvement initiatives in Swedish healthcare.
Alharbi TS, Ekman I, Olsson LE, Dudas K, Carlström E.	2012	Organizational culture and the implementation of person centered care: results from a change process in Swedish hospital care.
Essén A, Lindblad S.	2012	Innovation as emergence in healthcare: unpacking change from within.
Øvretveit J, Andreen-Sachs M, Carlsson J, Gustafsson H, Hansson J, Keller C, Lofgren S, Mazzocato P, Tolf S, Brommels M.	2012	Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: lessons from a comparison of 12 cases.
Carlström ED, Ekman I.	2012	Organisational culture and change: implementing person-centred care.

Bilaga 3. Innovationssystemets aktörer och roller

Aktörers roller i innovationssystemet

För att få en överblick över de aktörer som medverkar till innovationer inom vård och omsorg försöker vi att ordna aktörerna enligt en sektorslogik. I figuren nedan sker detta genom att aktörer inordnas utmed en tänkt värdeskapandekedja från leverantörer till vänster och slutkunder till höger med patient, brukare och anhöriga som systemets slutliga nyttomottagare i figuren. Aktörerna ordnas också enligt tre sektorsspecifika sfärer: akademi, företag och vårdgivare samt reglerande sfär. Dessa sfärer överlappar varandra t.ex. mellan akademi och vårdgivare där olika rådgivande organisationer kan placeras. På samma sätt har företagen och vårdgivarnas aktörer behov av samverkan vilka kan placeras i överlappningen mellan företag och vårdgivarsfären och regleringssfären. Den specifika vård- och omsorgssektorn angränsar till samhället i stort som återges längst till höger i bilden nedan.

Den samverkan som sker i samband med utveckling och spridning av innovationer påverkas av olika institutioner som kan vara *normativa*, t.ex. riktlinjer; *kognitiva*, t.ex. standarder, klassificeringar, koder etc., eller; *reglerande* i form av lagar, regler, men också statsstöd, finansiering etc. Akademin och professionerna styr ofta med normer, samverkan mellan organisationer underlättas av standarder och myndigheter har en primärt reglerande roll.



Innovationssystemet för medicinsk teknologi, vård- och omsorg kan indelas i tre sfärer och ett antal organisationer som bidrar till innovation.

Aktörers roller i innovationssystemet

Utifrån sektorsöversikten kan ett antal centrala aktörer i innovationssystemet identifieras och deras primära roller i att främja innovation beskrivas.

Sfär	Organisation	Exempel på innovationssystemet
Akademi/ Profession	Högskolor och universitet	Utbilda professioner Bidra med forskning Sprida kunskapens användning
	Sjukvårds/omsorgsprofessioner	Vidareutveckla metoder, praktik Definiera "best-practice"
	Medicinska publicister/förlag	Sprida forskningsresultat
Rådgivning	Konsultorganisationer	Bidra med metoder och kunskap
	Upplysningstjänster	Medicinsk rådgivning
Företags- och vårdgivarsfär	Företag och leverantörer	Utvecklar, tillverkar, marknadsför medicinteknik, läkemedelsprodukter och tjänster
	Vårdgivare	Sjukvård
	Omsorgsgivare	Omsorg
	Kommun	Säkerställa kommunal omsorg och vård
	Landsting	Säkerställa vård inom landsting
Samverkan	Inkubatorer/ Science parks	Stöd till nystartade företag
	Branschorganisationer	Värna branschmedlemmars intressen
	Arbetsmarknadsorganisationer	Värna medlemmars intressen av trygghet, förutsägbarhet etc.
Reglerande och stödjande samhällsfär	Finansiärer	Riskkapitalförsörjning Forskningsfinansiering
	Förvaltningsmyndigheter	Stödjer regeringens myndighetsutövning
Media	Tidningsutgivare Radio och TV Poddar, bloggar etc	Opinionsbildning Information
Civilsamhälle och allmänhet	Stödorganisationer Intresseorganisationer Religiösa/ andliga organisationer	Stöd, hjälp och inspiration medborgare emellan Val av representanter till politiska organ
Politik	Partier	Opinion och nominering av kandidater
	Tankesmedjor	Opinionsbildning
Regering	Departement	Omsättning av regeringens politik

Bilaga 4: Myndigheters innovationsuppdrag i regleringsbrev

De identifierade myndigheternas regleringsbrev har också analyserats utifrån ett innovationsperspektiv för att tydliggöra respektive myndighets uttalade roll i innovationssystemet. De första nio myndigheterna utgör tillsammans rådet för styrning med kunskap. Regleringsbrevet för övriga myndigheter med tydliga roller i innovationssystemet beskrivs därefter.

Myndigheter inom rådet för styrning med kunskap	Uppdrag	Beskrivning ur regleringsbreven (i de fall relevant för vård och omsorg) år 2017
Socialstyrelsen	Ja	1 Mål och återrapporteringskrav Innovation: Socialstyrelsen ska i samband med årsredovisningen redovisa de åtgärder som vidtagits för att främja innovation inom myndighetens ansvarsområde.
E-hälsomyndigheten	Nej	Nya och ändrade uppdrag 1. Samordnings- och utvecklingsarbete på e-hälsoområdet E-hälsomyndigheten ska fokusera sin verksamhet på genomförande av den vision för e-hälsoarbetet som regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting enades om i mars 2016. Detta arbete ska genomföras i samråd med Socialstyrelsen och Myndigheten för delaktighet samt lämpliga organisationer.
Läkemedelsverket	Ja	Mål Återrapporteringskrav 1. Innovationsarbete 1. Innovationsarbete
Folkhälsomyndigheten	Nej	
Forte	Ja	Forte ska redovisa och kommentera de internationella aktiviteter och samarbeten som har initierats och bedrivits med särskilt fokus på det europeiska forsknings- och innovationsprogrammet Horisont 2020.
Myndigheten för delaktighet	Ja	4. c) hur innovationer, universell utformning och användning av digital teknik kan bidra till ökad delaktighet 4. d)... i samråd med Socialstyrelsen, Vinnova och Sveriges Kommuner och Landsting fortsätta utveckla sitt arbete med teknik och innovationer. 2. ...skapa en nationell digital plattform under myndigheten för information, kunskapsutveckling, erfarenhetsutbyte och innovation.
TLV	Ja	1 Mål och återrapporteringskrav Mål: TLV ska när så är lämpligt med beaktande av myndighetens ansvarsområden främja innovation genom att främja användning av nya, innovativa och kostnadseffektiva läkemedel.
IVO	Nej	
SBU	Nej	Nya uppdrag 1. Utveckling av Health Technology Assessment – nätverket 6. Underlag till Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Andra myndigheter	Uppdrag	Beskrivning ur regleringsbrevet (i de fall relevant för vård och omsorg) år 2017
Upphandlingsmyndigheten	Ja	Förlängt uppdrag att genom tidig dialog främja innovation i upphandlingar Uppdrag att utveckla upphandling av innovationer och ny teknik baserade på spetstekniker och avancerade systemlösningar.
Vinova	Ja	Vinnova ska bidra i genomförandet av det nationella regional-fondsprogrammet 3. Testbädd biologiska läkemedel. 4. Social innovation
Tillväxtverket	Ja	Tillväxtverket ska samverka med Upphandlingsmyndigheten om insatser för kompetens- och metodutveckling för innovations-upphandling.
Försäkringskassan	Nej	
Vård- och omsorgsanalys	Nej	
Ekonomistyrningsverket	Nej	

Bilaga 5. Analys av myndigheters instruktioner utifrån ett innovationsperspektiv

Instruktionerna för samtliga myndigheter inom rådet för styrning med kunskap samt de centrala innovationspåverkande myndigheterna analyseras i denna bilaga.

Socialstyrelsen:

I paragraf 4 finns stöd för att Socialstyrelsen ska stödja innovationsverksamhet.

4 § Socialstyrelsen ska

1. **genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet,**
2. **ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde,**
3. arbeta med och **ge stöd till metodutveckling inom sitt verksamhetsområde,**
4. främja **utvecklingen av metoder och arbetsformer** i socialt arbete genom forskning, systematisk prövning och värdering av utfall och effekter av insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, inbegripet metoder som möjliggör för barn med funktionsnedsättning att ge uttryck för sina åsikter när sådana insatser rör dem, samt förmedla kunskap om verkningsfulla metoder och arbetsformer, [...]
7. **följa forsknings- och utvecklingsarbete av särskild betydelse inom sitt verksamhetsområde och verka för att sådant arbete kommer till stånd,**
8. **skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom sitt verksamhetsområde,**

Även paragraf 11, där det framhålls att Socialstyrelsen ska samverka utgör ett stöd för innovationsrollen.

Samverkan

11 § Socialstyrelsen ska samverka med relevanta aktörer inom sitt verksamhetsområde för att uppnå målen med verksamheten.

Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende av hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad.

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Paragraf 17 om specialisttjänstgöring kan också utgöra en möjlighet att främja kompetens inom innovation.

17 § Inom myndigheten finns ett rådgivande organ som benämns

Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring. Det rådgivande organet ska bistå Socialstyrelsen med att

1. dela in och benämna de specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås **samt med att avgöra vad som ska krävas för att få bevis om specialistkompetens,**
2. **utarbета målbeskrivningar** som avses i 4 kap. 5 § 3 patientsäkerhetsförordningen (2010:1369),
3. stödja huvudmännen för att uppnå hög kvalitet i specialiseringstjänstgöringen,
4. främja utbildning av handledare inom specialiseringstjänstgöringen,
5. följa upp kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen, samt
6. utarbета kriterier för utbildande enheter för att säkerställa att verksamheten har den bredd och inriktning som behövs för att erbjuda specialiseringstjänstgöring av hög kvalitet.

Rådet ska vidare bistå Socialstyrelsen i frågor om enskilda läkares och tandläkares kompetens i förhållande till fastställda målbeskrivningar.

Om Socialstyrelsen bestämmer det, får rådet även fullgöra andra uppgifter.

Även främjandet av högspecialiserad vård kan bidra till bättre förutsättningar att införa nya innovativa arbetsmetoder. Detta omnämns i paragraf 19.

19 § Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan som benämns Rikssjukvårdsnämnden. ***Beslutsorganet ska fatta beslut om rikssjukvård enligt 7 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).***

Om Socialstyrelsen bestämmer det, får nämnden även fullgöra andra uppgifter

E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten har en central roll i omställningen av hälso- och sjukvård med hjälp av digitalisering. I paragraf 1 finns ett starkt stöd för att spela en viktig roll i innovationsarbetet.

1 § E-hälsomyndigheten ska ansvara för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering. ***Myndigheten ska vidare samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet.***

I paragraf 3 återfinns en central uppgift i att stödja att hälso- och sjukvård kan tillgå patientdata som samlats in av patienterna själva via olika appar och andra egenvårdsstödjande metoder.

3 § Myndigheten ska ***tillhandahålla en elektronisk tjänst som ger enskilda personer möjlighet att i ett personligt hälsokonto kostnadsfritt lagra uppgifter om sin hälsa.*** Handlingar i ett personligt hälsokonto får endast förvaras hos myndigheten i form av teknisk lagring för enskilds räkning. Myndigheten ska ge tredje part möjlighet att ansluta tillämpningar och tjänster

till den elektroniska tjänsten. Anslutning av tillämpningar och tjänster till en enskilds personliga hälsokonto får enbart göras med den enskildes uttryckliga samtycke.

I paragraf 7 återfinns uppdraget att samverka vilket är centralt för all innovationsverksamhet.

Samverkan

7 a § Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Läkemedelsverket

Läkemedelsverket har tillsynsuppgift för läkemedel och medicintekniska produkter och ska se till att inga osäkra produkter finns på den svenska marknaden. Genom denna uppgift som formuleras i paragraf 1 innebär att Läkemedelsverkets har en central roll i att utvärdera innovationer ur ett säkerhetsperspektiv och därmed bidra till tidig evidens. I uppdraget ingår också att utgöra ansvarig myndighet för hur medicintekniska produkter ska utvecklas, enligt medicinteknikregleringen.

1 § Läkemedelsverket ansvarar för **kontroll och tillsyn av läkemedel**, narkotika och vissa andra produkter som med hänsyn till egenskaper eller användning står läkemedel nära samt **tillsyn av medicintekniska produkter**, kosmetiska produkter, tatueringsfärger och vissa varor som är avsedda för kosmetiska och hygieniska ändamål, i den utsträckning sådana frågor inte ska handläggas av någon annan myndighet. Förordning (2013:521).

Enligt paragraf 2, punkter 18 och 19 genom samverkan i sektorn under-stödja en effektiv användning av läkemedel

18. bedriva utrednings- och utvecklingsverksamhet för att **förbättra läkemedelsanvändningen** samt **verka för samordning och samverkan mellan de aktörer som är verksamma på området**,
19. inom ramen för den egna verksamheten och i samarbete med andra aktörer arbeta för att **bidra till genomförandet av Sveriges politik för global utveckling**,

I paragraf 5 nämns samverkansuppdraget

Samverkan

5 § Myndigheten ska löpande samråda med Konsumentverket på de områden där myndigheterna har ett gemensamt tillsynsansvar.

Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård är samordnad.

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Förordning (2015:165).

Folkhälsomyndigheten

Paragraferna 1 och 2 utgör en god grund för myndigheten att involvera sig i innovation inom hälsofrämjande.

1 § Folkhälsomyndigheten ska verka för god folkhälsa, utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsoområdet, följa hälsoläget i befolkningen och faktorer som påverkar detta, genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador samt verka för ett effektivt smittskydd.

Verksamheten ska stå på vetenskaplig grund.

Särskild vikt ska fästas vid de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa. Förordning (2015:173).

2 § Myndigheten ska

1. ansvara för uppföljning av befolkningens hälsa och för sektorsövergripande uppföljning av utvecklingen av folkhälsans bestämningssfaktorer med utgångspunkt i folkhälsopolitikens målområden samt utvärdera insatser och metoder inom folkhälsoarbetet,
2. svara för kunskapsuppbyggnad inom sitt ansvarsområde,
3. förse regeringen och statliga myndigheter med kunskaps- och beslutsunderlag inom sitt ansvarsområde,
4. identifiera, analysera och förmedla för ansvarsområdet relevant kunskap till berörda i kommuner, landsting och andra berörda samhällssektorer,
5. samordna, följa och utveckla smittskyddet på nationell nivå, och
6. medverka till minskad negativ miljöpåverkan på människors hälsa.

Förordning (2015:173).

Myndigheten har också enligt paragraf 3 ett uppdrag att främja folkhälsa vilket ger utrymme för innovativt, preventivt arbete.

14. vara samordnande myndighet för det friluftslivsmål för god folkhälsa som regeringen har fastställt och verka för att detta mål nås genom att sammanställa och sprida evidensbaserade kunskaper om insatser som skapar förutsättningar för friluftsliv och främjar hälsa till kommuner, landsting och andra berörda samhällssektorer,

I paragraf 20 nämns också samverkansuppdraget med andra myndigheter inom rådet för styrning med kunskap.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)

Myndigheten har enligt paragraferna 1 och 2 en viktig kunskapsstödande roll som kan utgöra en bas för innovation.

1 § Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd har till uppgift att främja och stödja grundforskning och behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet samt inom social- och folkhälsovetenskap. Förordning (2013:422).

I paragraf 3 uttrycks samverkansuppdraget.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Myndigheten har främst genom sitt tillsynsuppdrag en viktig roll i att upptäcka negativ evidens av nya produkter och metoder, men också att utgöra en pådrivande faktor för nya bättre arbetssätt som kan möjliggöra bättre kvalitet i vård och omsorg.

- 1 § Inspektionen för vård och omsorg har som huvudsakliga uppgifter att
1. svara för tillsyn inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
 2. som en del av tillsynen pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659), och
 3. svara för tillståndsprövning inom de områden som anges i 1.

Verksamheten ska bedrivas strategiskt och effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet. Förordning (2014:1049).

2 § Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som **är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.**

IVO ska också utföra tillsyn på egentillverkade produkter (artikel 5.5 i medicinteknikförordningen), enligt paragraf 3b.

3 b §/Träder i kraft I:2017-11-26/ Myndigheten är behörig myndighet för sådana medicintekniska produkter som avses i artikel 5.5 och sådana implantatkort och sådan information som avses i artikel 18.2 i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter, om ändring av direktiv 2001/83/EG, förordning (EG) nr 178/2002 och förordning (EG) nr 1223/2009 och om upphävande av rådets direktiv 90/385/EEG och 93/42/EEG.

I paragraf 4 uttrycks samverkansuppdraget inom rådet för kunskapsstyrning.

Myndigheten för delaktighet

Denna myndighet har en viktig roll i att främja innovationer inom medicintekniska hjälpmedel samt välfärdsteknik.

I paragraf 1 uttrycks myndighetens huvuduppgift:

1 § Myndigheten för delaktighet har till uppgift att främja respekten för och medvetenheten om rättigheter för personer med funktionsnedsättning samt att ur ett rättighets-, mångfalds-, jämställdhets- och medborgarperspektiv verka för full delaktighet i samhällslivet för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar och för jämlikhet i levnadsvillkor.

I paragraf 3 uttrycks också myndighetens roll i att främja innovation inom sitt verksamhetsområde.

3 § Myndigheten ska bidra till kunskapsutveckling i frågor som rör delaktighet, tillgänglighet, universell utformning, välfärdsteknologi, miljö, levnads-

villkor och rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Myndigheten ska arbeta tvärsektoriellt och sprida kunskap, ansvara för utbildnings- och informationsinsatser, förmedla erfarenheter och goda exempel, initiera utvecklingsarbete, initiera och följa forskning samt främja innovationer i nationella och internationella sammanhang.

Enligt paragraf 4 punkt 7 ska myndigheten verka för standardisering, vilket ofta utgör en viktig förutsättning för skalekonomier och avkastning på enskilda innovationsinitiativ.

7. följa och vid behov medverka i strategiskt viktig nationell och internationell standardisering inom välfärdsteknologi och tillgänglighet samt verka för att tillgänglighet och universell utformning inkluderas i relevanta standarder,

Inget explicit uppdrag att samverka finns med i instruktionen. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) SBU spelar en nyckelroll i att ta fram evidens för innovationer och samordna HTA-verksamhet i ett nationellt nätverk. I paragraf 1 uttrycks huvuduppgiften:

Uppgifter

1 § Statens beredning för medicinsk och social utvärdering har till uppgift att utvärdera det vetenskapliga stödet för tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården och i den verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ur ett medicinskt perspektiv där så är tillämpligt, samt ur ett ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv. Förordning (2015:285). Samverkansuppgiften är tydligt uttryckt för SBU.

Samverkan

2 a § Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad.

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Förordning (2015:167).

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

TLV har en central roll i att genom läkemedelsförmånen främja en snabb användning av innovationer inom läkemedel. I första paragrafen som uppdaterades 2014 anges huvuduppgifterna.

1 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ska genom sin verksamhet medverka till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och tandvård, en god tillgänglighet till läkemedel i samhället och en väl fungerande apoteksmarknad. Verksamheten ska bedrivas i enlighet med de etiska principerna för prioriteringar i vården.

1 a § Myndigheten ansvarar för

- beslut om subventionering och prisreglering av varor som ingår i läkemedelsförmånerna,
- frågor om öppenvårdsapotekens handelsmarginal och utbyte av läkemedel,
- tillsyn över efterlevnaden av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och av föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen, samt
- beslut om utformningen av det statliga tandvårdsstödet i fråga om ersättningsberättigande åtgärder, referenspriser samt beloppsgränser och ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader.

Samverkansuppdraget är tydligt uttryckt i paragraf 2.

Samverkan

2 a § Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård är samordnad.

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende häl-sooch sjukvård och socialtjänst.

Verket för innovationssystem (Vinnova)

Vinnova har en uttrycklig roll i att verka för utvecklingen av innovationssystem i Sverige. I paragraf 1 som beskriver uppdraget ingår även en definition av vad som menas med innovationssystem.

1 § Verket för innovationssystem har till uppgift att främja hållbar tillväxt genom finansiering av behovsmotiverad forskning och utveckling av effektiva innovationssystem. Myndigheten har ett särskilt ansvar inom teknikområdet samt områdena transport, kommunikation och arbetsliv. Med innovationssystem avses nätverk av offentliga och privata aktörer där ny teknik och kunskap produceras, sprids och används.

Myndigheten ska verka för nyttiggörande av forskning för att uppnå hållbar tillväxt och stärka Sveriges konkurrenskraft.

I paragraf 2 finns utrymme för stärkande av innovationssystem inom vård och omsorg.

2 § Verket för innovationssystem ska

1. bidra till att stärka och utveckla universitet och högskolor, industriforskningsinstitut, företag och andra samhällsaktörer samt utveckla samarbetet mellan dessa inom de svenska innovationssystemen,
2. bidra till att utveckla en mer sammanhållen och internationellt konkurrenskraftig institutssektor, samt att stärka dess roll inom de svenska innovationssystemen,
3. bidra till att stärka och utveckla viktiga sektorer inom de svenska innovationssystemen,
4. medverka i genomförandet av det regionala tillväxtarbetet i enlighet med

förordningen (2007:713) om regionalt tillväxtarbete, bidra till en effektiv användning av EU:s strukturfonder och bidra till att utveckla samspelet mellan det regionala tillväxtarbetet och den nationella forsknings- och innovationspolitiken,

5. sprida information om forskning, utveckling och innovation till utförare, användare och allmänhet, och
6. beakta forskningsetiska frågor, främja jämställdhet inom sitt verksamhetsområde och främja forskning om jämställdhet med fokus på vad som hindrar eller möjliggör innovation. Förordning (2013:1094).

Vinnova har ett tydligt samverkansuppdrag där samverkan med Formas uttrycks explicit.

Samverkan

6 § Verket för innovationssystem ska inom sitt verksamhetsområde samverka med och utveckla dialogen mellan berörda regionala, nationella och internationella aktörer. Förordning (2012:973).

7 § För Verket för innovationssystem, Vetenskapsrådet, Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggande, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd och Statens energimyndighet ska det finnas en samordningsgrupp bestående av myndighetscheferna. Gruppen ska samverka och gemensamt utarbeta analyser, strategier och forskningsprogram samt i övrigt ta initiativ för att utveckla och förnya formerna för forskningsverksamheten. Förordning (2013:469).

Upphandlingsmyndigheten

Denna myndighet har ett uttryckligt innovationsuppdrag, vilket framgår av ett flertal paragrafer (1, 2:4)

Uppgifter

1 § Upphandlingsmyndigheten har det samlade ansvaret för att utveckla, förvalta och stödja den upphandling som genomförs av upphandlande myndigheter och enheter. Myndigheten ska verka för en rättssäker, effektiv och socialt och miljömässigt hållbar upphandling till nytta för medborgarna och näringslivets utveckling. Myndigheten ska främja innovativa lösningar inom upphandling.

2 § Myndigheten ska ge stöd till upphandlande myndigheter, enheter och leverantörer. Stödet ska inriktas på att

1. bidra till att upphandlingar hanteras strategiskt, genom metodutveckling eller på annat sätt,
2. bidra till att upphandlingar planeras, genomförs, följs upp och utvärderas på ett ändamålsenligt sätt,
3. verka för ökad miljöhänsyn och sociala hänsyn samt utveckla och förvalta kriterier för miljöhänsyn, inklusive energikrav, och sociala hänsyn inom upphandling,
4. öka kompetensen om innovationsupphandling,

5. bidra till att hela inköpsprocessen kan genomföras elektroniskt och delta i standardiseringen av densamma,
6. underlätta för små och medelstora företag samt idéburna organisationer att delta i upphandling, samt
7. utveckla och förvalta en nationell databas för annonsering av valfrihets-system samt en kriteriedatabas för miljöanpassad upphandling.

Myndigheten har ett tydligt samverkansuppdrag.

Samverkan

8 § Myndigheten ska samverka med statliga myndigheter, särskilt Konkursverket, Verket för innovationssystem, Kommerskollegium, Naturvårdsverket, Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket, samt med landsting, kommuner, berörda offentliga organisationer och näringslivet för att utveckla upphandlingen. Myndigheten ska vid behov även samverka med andra organisationer.

Tillväxtverket

Myndighetens primära uppgift är att främja hållbar näringslivsutveckling, vilket framgår ur paragraf 1.

1 § Tillväxtverkets huvuduppgifter är att i alla delar av landet främja hållbar näringslivsutveckling och hållbar regional tillväxt samt genomföra struktur-fondsprogram.

Myndigheten har ingen direkt uppgift i vårdens om omsorgens innovations-system, men ska enligt paragraf 4, punkt 9:

9. främja en god kunskap hos myndigheter om hur företag påverkas av tillämpning av regelverk och förenklingsarbetet.

Myndigheten har ett samverkansuppdrag som inte direkt berör vård och omsorg.

Samverkan

7 § Tillväxtverket ska samverka med andra berörda nationella, regionala och lokala aktörer med uppgift att skapa förutsättningar för hållbar näringslivsutveckling, innovationer och internationalisering.

Försäkringskassan

Försäkringskassans uppdrag framgår ur paragraf 1 i Förordningen.

Uppgifter

1 § Försäkringskassan är förvaltningsmyndighet för de delar av socialförsäkringen och andra förmåner och ersättningar som enligt lag eller förordning ska administreras av Försäkringskassan. Verksamheten består huvudsakligen i att besluta och betala ut sådana förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för.

Försäkringskassan ska enligt paragraf 5 inom rehabiliteringsområdet samverka med Socialstyrelsen.

5 § Försäkringskassan ska samverka med

1. berörda myndigheter, kommuner och landsting samt andra berörda parter

för att bedriva en effektiv och rättssäker verksamhet och därvid särskilt verka för att felaktiga utbetalningar inte görs,

2. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och andra berörda parter i frågor om det statliga tandvårdsstödet,
3. Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Försäkringskassan ska i samma syfte träffa överenskommelse med kommun, landsting eller Arbetsförmedlingen samt bedriva finansiell samordning enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Förordning (2016:11).