



Statistics Sweden

Statistiska centralbyrån

Innovationer i sjukvården 2012 - 2013

En enkätundersökning av Sveriges sjukhus och
vårdcentraler

SCB, Stockholm
08-506 940 00

SCB, Örebro
019-17 6 00

www.scb.se

Statis



Förord

I december 2011 fick Statistiska Centralbyrån (SCB) ett fyraårigt regeringsuppdrag att förbättra statistik om innovationer i den privata och i den offentliga sektorn. Inom ramen för regeringsuppdraget har SCB undersökt innovation i Sveriges sjukhus och vårdcentraler. Denna undersökning presenteras i denna rapport.

Många personer på olika myndigheter har varit till stor hjälp. SCB vill därför tacka alla som deltagit i diskussioner, låtit sig intervjuas eller på annat sätt lämnat information som hjälpt projektarbetet framåt. SCB vill även tacka alla dem inom sjukvården som svarat på undersökningen.

Sven Silvander och Hans-Olof Hagén ansvarar för den här rapporten.

Statistiska centralbyrån i maj 2015

Folke Carlsson

Sven Silvander

SCB tackar

Tack vare våra uppgiftslämnare – privatpersoner, företag, myndigheter och organisationer – kan SCB tillhandahålla tillförlitlig och aktuell statistik som tillgodoser samhällets informationsbehov.

Innehållsförteckning

Förord	5
Sammanfattning	7
1 Inledning	11
1.1 Regeringsuppdrag till SCB att utveckla statistiken om innovation.....	11
1.2 Bakgrund - Innovationer i offentlig sektor	11
1.3 MEPIN – Nordisk studie om innovation i offentlig sektor	11
2 SCB har undersökt innovation i sjukvården	13
2.1 Mätning av innovation i offentlig sektor.....	13
2.2 Därför valde vi att undersöka sjukvården.....	13
2.3 Syftet med undersökningen	14
2.4 Svarsfrekvens.....	15
2.5 Undersökningsobjekten.....	15
3 Definition av innovation i sjukvården	17
3.1 Oslomanualens definition.....	17
3.2 Definitionerna i undersökningen till sjukvården.....	18
4 Frågorna till sjukvården	23
4.1 Avsnitt A – Allmän information	23
4.2 Avsnitt B – Typer av innovation och effekter av innovation	24
4.3 Avsnitt C – Stöd till innovation.....	24
4.4 Avsnitt D – Drivkrafter och strategier för innovation (inkluderar innovationskultur).....	24
4.5 Avsnitt E – Innovationens radikalitet	25
4.6 Avsnitt F – Kommentarer	26
4.7 Avsnittsövergripande områden	26
5 Undersökningens resultat	29
5.1 Förekomsten av innovationer.....	29
5.2 Effekter av innovationer	31
5.3 Innovationsfrämjande.....	32
5.4 Organisationens inriktning mot innovation	35
5.5 Uppdelning i kvartiler beroende på innovationskraften.....	37
5.6 Radikala innovationer.....	45
5.7 Sammanfattande kommentarer om innovation i sjukvården.....	50
6 Diskussion om metoden att mäta innovation i offentlig sektor	53
6.1 Ett eller flera frågeformulär.....	53
6.2 Bättre skicka till arbetsställe än till juridisk enhet	54
6.3 Definitionen behöver utvecklas	54

6.4	Nödvändigt med fortsatt arbete.....	55
Bilagor	57

Sammanfattning

Om undersökningen

I december 2011 fick Statistiska Centralbyrån (SCB) ett fyraårigt regeringsuppdrag att förbättra statistik om innovationer i den privata och i den offentliga sektorn. Uppdraget ska slutredovisas i februari 2016.

Inom ramen för regeringsuppdraget har SCB undersökt innovation i sjukvården. Syftet med undersökningen är att ta fram ny statistik som kan bidra med ny policyrelevant kunskap om sjukvården.

Definitionen på innovation i undersökningen utgår ifrån den definition som används i innovationsundersökningen av privata företag, men har modifierats för att bättre passa offentligt finansierad verksamhet.

SCB skickade ut en enkät med frågor om innovation för åren 2012-2013 till samtliga sjukhus med fler än 99 anställda och till samtliga vårdcentraler med fler än 9 anställda. Knappt hälften av sjukhusen och knappt en tredjedel av vårdcentralerna svarade. Den låga svarsfrekvensen beror sannolikt på att undersökningen var frivillig att besvara och att det har varit besvärligt att hitta korrekta adressuppgifter. Trots den låga svarsfrekvensen tror vi ändå att svaren tämligen väl speglar innovationsverksamheten i landets sjukvård.

Nästan alla har introducerat minst en innovation

Av undersökningen framkommer att samtliga sjukhus uppgav att de under 2012–2013 hade introducerat minst en innovation. Däremot uppgav 22 vårdcentraler att de inte introducerat någon innovation. Definitionen på innovation vi använder är bred och utbildningsnivån bland personalen är hög. Detta tillsammans med den avancerade verksamheten i sjukvården gör att det inte är överraskande att alla sjukhus och nästan alla vårdcentraler introducerat en eller flera innovationer.

Externt samarbete mindre vanligt

Från innovationsundersökningen av privata företag vet vi att de som samarbetar med aktörer utanför det egna företaget är mer framgångsrika i sitt innovationsarbete än de som inte gör det. Utifrån undersökningen av sjukvården har vi sett att samarbete med externa aktörer är betydligt mindre vanligt än med interna aktörer. Vi har dock sett att de som samarbetar med externa aktörer är mer framgångsrika i sitt innovationsarbete än de som inte gör det. Inte heller anses de externa aktörerna vara viktiga samarbetspartners i någon större utsträckning. Detsamma gäller för vem som kommer med idéer till innovation. Idéerna kommer i mindre utsträckning från externa aktörer och anses mindre viktiga än de som kommer från interna aktörer.

Sjukvårdens resurser påverkar innovationskraften

I undersökningen har vi sett att flera anser att bristande resurser påverkar deras innovationsverksamhet negativt. Över hälften av vårdcentralerna och mer än 80 procent av sjukhusen uppgav att de inte har tillräckliga resurser för att utveckla en innovation. Utifrån analyser av företagens innovationskraft vet vi att en nyckel till framgång är finansiella resurser inom hela kedjan från idé till implementerad produkt eller process.

Innovationsfrämjande organisation viktigt

För att kunna initiera, utveckla och implementera innovationer är det viktigt att organisationen anpassas efter det. Utifrån vår undersökning såg vi att flera sjukhus och vårdcentraler i viss utsträckning har anpassat sin organisation. Men det är långt ifrån alla. Överlag ger informationen signaler om att det, för många inom sjukvården, finns utrymme att stärka en innovationsfrämjande organisation.

Patientfokus

Vi har ställt många frågor där patientens roll har lyfts fram. Många sjukhus och vårdcentraler uppger att patienten står i fokus för deras innovationsarbete. Men om man har gjort det i tillräcklig omfattning är emellertid svårt att bedöma.

Innovationskraften i sjukvården kan stärkas

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. Det kan också ske genom att uppmuntra flera till att implementera en innovationsfrämjande organisation. Sannolikt skulle även ett mer intimt samarbete om innovationer mellan sjukvården och universiteten stärka innovationskraften.

Funderingar om att mäta innovation i offentlig sektor

Under senare år har intresset väckts för att mäta innovation i offentlig sektor. En central fråga är om den offentliga sektorn ska mätas med ett gemensamt frågeformulär eller med flera olika. Sektorn är heterogen vilket å ena sidan kan tala för att använda flera frågeformulär. Å andra sidan vore det värdefullt att mäta hela sektorn med ett identiskt frågebatteri eftersom jämförelser därmed underlättas. Vår undersökning ger inget svar på denna fråga. Undersökningen ska istället ses som ett inlägg i diskussionen om den offentliga sektorn ska mätas med ett gemensamt frågeformulär eller flera olika.

Undersökning av sjukvården har skraddarsytt för just denna sektor. Avsikten var att vi ville få policyrelevant kunskap om sjukvården. Genom att koppla frågorna till politikerns styrinstrument såsom lagstiftning, budgetansvar och särskilda satsningar fick vi konkreta svar på hur innovationsverksamheten i sjukvården förhåller sig till detta.

Det är viktigt att till kommande innovationsundersökningar av sjukvården fundera kring definitionen av innovation. Hur bred ska den vara? Är det relevant att fråga om innovationers nyhetsvärde om få skapar världsunika innovationer?

Enligt SCB:s uppfattning har undersökningen gett en hel del viktig och tidigare inte känd policyrelevant kunskap om innovation i sjukvården. Utifrån denna kunskap är det därmed fullt möjligt att justera de styrinstrument som står till beslutsfattarens befogenhet.

Nödväntigt med fortsatt arbete

Arbetet med denna undersökning har bedrivits inom ramen för SCB:s regeringsuppdrag att förbättra mätning av innovation i privat och offentlig sektor. Regeringsuppdraget ska slutföras i februari 2016 och någon mer undersökning av innovation i offentlig sektor i Sverige kommer inte att göras innan dess. Enligt SCB:s uppfattning är det emellertid viktigt att fortsätta arbetet med att utforma en

regelbunden undersökning av innovation i offentlig sektor efter det att regeringsuppdraget slutförts.

I dagsläget är det för tidigt att låsa fast sig vid en metod. Det fortsatta arbetet bör istället bedrivas förutsättningslöst genom att följa det internationella arbetet samtidigt som man i Sverige fortsätter att mäta innovation i den offentliga sektorn på olika sätt. Hur sådana mätningar ska se ut är ännu inte möjligt att fastställa. Värdet av innovationsundersökningen av sjukvården behöver fastställas innan sådana beslut kan tas. Vi kan däremot redan nu peka på tre alternativa spår.

1. SCB skulle kunna ta fram ett gemensamt frågeformulär för hela den offentliga sektorn.
2. SCB skulle även kunna ta fram specifika frågeformulär för olika delar av offentlig sektor. Vi har hittills undersökt delar av landstingens verksamhet. Det vore även intressant att undersöka kommunal och statlig verksamhet. Exempel är utbildningssektorn, eller barn- och äldreomsorg på den kommunala nivån. Ett annat exempel är att se närmare på statlig sektor, till exempel försäkringskassan eller arbetsförmedlingen. I ett kommande arbete är det viktigt att kostnader och olika typer av mervärden för de olika alternativen belyses noggrant.
3. SCB skulle även kunna kombinera de två alternativen, det vill säga att skapa ett frågeformulär som innehåller sektorsspecifika frågor och allmänna frågor som kan ställas till hela den offentliga sektorn.

1 Inledning

1.1 Regeringsuppdrag till SCB att utveckla statistiken om innovation

I december 2011 fick Statistiska Centralbyrån (SCB) ett fyraårigt regeringsuppdrag att förbättra statistik om innovationer i den privata och i den offentliga sektorn.¹ Uppdraget ska slutredovisas i februari 2016. Inom ramen för regeringsuppdraget har SCB undersökt innovation i Sveriges sjukhus och vårdcentraler. Denna undersökning presenteras i denna rapport.

1.2 Bakgrund - Innovationer i offentlig sektor

Innovation i den privata sektorn mäts vartannat år i alla EU-länder sedan mitten av 1990-talet genom Community Innovation Survey (CIS), ofta kallad *innovationsundersökningen*. Där frågas företagen bland annat om vilka typer av innovationer man introducerat och hur man samarbetat kring innovationerna.

Någon liknande undersökning om innovationer i offentlig sektor finns inte. Bristen på kvantitativ statistik begränsar möjligheten att förstå och få insyn i den innovation som sker i offentlig sektor och därmed försvåras möjligheterna till att utforma en politik som på ett effektivt sätt främjar innovation i offentlig sektor.

Kraven på den offentliga sektorn blir inte bara fler, de blir ofta även mer komplexa. Samtidigt är de ekonomiska villkoren för den offentliga sektorn begränsad. Många anser att det inte är möjligt att möta de ökade kraven enbart med ökade resurser. Lösningen anses istället främst ligga i att den offentliga sektorn ska öka sin effektivitet och kunna leverera fler eller bättre tjänster med bibehållen kvalitet till samma eller till lägre priser. Det blir då nödvändigt att arbeta kontinuerligt med innovationer, att hitta nya lösningar som är effektivare än de gamla.

1.3 MEPIN – Nordisk studie om innovation i offentlig sektor

SCB har tidigare, tillsammans med de övriga nordiska länderna, genomfört en pilotundersökning av innovationer i hela den offentliga sektorn. År 2009–2010 medverkade SCB i ett nordiskt projekt (MEPIN) med syftet att ta fram en kvantitativ undersökning om innovationsverksamheten i den offentliga sektorn. Ett frågeformulär togs fram som i grunden var baserat på CIS, men som modifierats för att passa den offentliga sektorn. Formuläret var uppdelat på elva områden: produktinnovationer, processinnovationer, organisatoriska innovationer, kommunikativa innovationer, innovationsaktiviteter, syfte och effekter med innovationer, informationskällor och innovationssamarbeten, innovationsfrämjande upphandling, drivkrafter för innovation, strategi och interna resurser och hinder för innovationsaktiviteter.

Under arbetet med pilotstudien stötte man på problem med val av målpopulation och undersökningsenhet. Vid val av målpopulation var det exempelvis nödvändigt

¹ Det finns många olika definitioner på offentlig sektor. I denna rapport går vi inte närmare in på dessa. Vi definierar offentlig sektor som verksamhet som finansieras med offentliga medel.

att enas om en definition om vad som utgör offentlig sektor. Man valde att inkludera såväl statliga som regionala och lokala (kommuner) enheter. Valet av undersökningsenhet försvårades av den offentliga sektorns heterogenitet. Många organisatoriska enheter täcker exempelvis flera olika verksamhetsområden. Ett exempel på detta är kommunerna som ansvarar för allt från skola till renhållning. Ett annat problem är storleken på undersökningsobjekten. Det finns sannolikt ingen enskild person inom en kommun eller ett landsting som kan svara för all den innovationsverksamhet som sker i hela kommunens eller landstingets verksamhet. Efter att MEPIN avslutades har bland annat Nesta, EU och The Australian Public Sector Innovation Indicators Project (APSI) genomfört studier av innovation i offentlig sektor.

2 SCB har undersökt innovation i sjukvården

2.1 Mätning av innovation i offentlig sektor

Det finns en begränsad kunskap om hur den offentliga sektorn ska utveckla och effektivisera sin produktion. En anledning är att det i stor utsträckning saknas empiriska analyser om innovation i offentlig sektor. Bristen på studier beror bland annat på att det tidigare varit en vanlig uppfattning att innovationer endast sker i den privata sektorn. Den offentliga sektorn har ansetts vara en passiv mottagare av den privata sektorns innovationer.

I takt med att intresset för innovationer i den offentliga sektorn har ökat har även intresset för att mäta innovation ökat, både i enskilda länder och i internationella organisationer som EU och OECD.

Vid mätning av innovation i den offentliga sektorn rekommenderar bland annat OECD att mäta på tre olika nivåer:

1. Verksamhetschefer
2. Personal
3. Brukare

Syftet med att undersöka på tre nivåer är att man då erhåller en mer komplett bild av innovationsverksamheten. Vid undersökning av privata företag är kravet att man ska ha tagit den nya produkten till en marknad med antagandet att det finns en efterfrågan på produkten. Den offentliga sektorn verkar inte på en sådan marknad och man behöver därför fråga de som efterfrågar produkterna om innovationens värde. Detsamma gäller för produktionen. Företagen vinstmaximerar och därmed antas även att de förändringar som vidtas i produktion och organisation påverkar företagets produktivitet positivt, åtminstone på sikt. I den offentliga sektorn finns inga krav på vinstmaximering. Därför blir det nödvändigt att fråga personalen om dess uppfattning om bland annat process- och organisationsförändringar.

I denna undersökning av sjukvården mäter vi innovation endast genom att fråga verksamhetschefer. I framtida undersökningar är det önskvärt att komplettera med ytterligare två undersökningar, en av brukare och en av personalen.

Inför framtida innovationsundersökningar är det viktigt att utreda hur en komplett innovationsundersökning av den offentliga sektorn skulle kunna ske. Det finns idag undersökningar som riktar sig till myndigheters personal, ett exempel är MEADOW. I vilken utsträckning kan denna undersökning ingå? För sjukvården finns en undersökning som heter Nationella patientenkäten, kan denna ingå? Det finns ytterligare en rad resultatmätt för sjukvården, kan dessa ingå? Dessa frågor är viktiga att besvara i kommande arbeten.

2.2 Därför valde vi att undersöka sjukvården

Inom ramen för regeringsuppdraget har SCB genomfört en pilotundersökning om innovation i sjukvården. Syftet med denna pilotundersökning är att testa hur en innovationsundersökning av offentlig produktion skall utformas. Vi har valt att avgränsa den till en bransch, sjukvård. Vi har ytterligare begränsat den till att undersöka innovationsverksamheten bland sjukhus och vårdcentraler och därmed

uteslutet alla annan vård eller olika form av understödande verksamhet till vården.

Eftersom vården numera bedrivs av såväl den offentliga sektorn i egen regi som av privata aktörer på uppdrag av denna så har vi tagit med sjukhus och vårdcentraler oberoende av om dessa är offentligt äga eller inte, eller om de bedrivs i företagsform eller inte. SCB skickade ut frågeformuläret till samtliga sjukhus med fler än 99 anställda och till samtliga vårdcentraler med fler än 9 anställda.

En annan viktig faktor till att studera sjukvården är att den åldrande befolkningen i Sverige och EU troligtvis kommer att öka belastningen på sjukvården. För att sjukvården ska kunna tillfredsställa denna troliga ökade belastning anser många att det är centralt att man inom sjukvården tar fram nya lösningar som är effektivare än de gamla, det vill säga innovationer.

Ett annat skäl till att studera sjukvården är att den är omfattande. Antalet anställda är många och en betydande del av skattemedlen går till denna sektor. I den offentligt bedrivna sjukvården arbetar drygt 200 000 personer. En stor del av den offentligt finansierade sjukvården utförs av privata företag. Cirka 100 000 årsarbetskrafter finns i dessa företag. Kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgår till cirka 300 miljarder kronor vilket motsvarar cirka 10 procent av BNP.

Inom sjukvården finns det flera mått som mäter prestationer i olika former, till exempel antal operationer. Det finns även undersökningar som riktar sig till patienter, till exempel den nationella patientenkäten. Dessa "resultatmått" kan sedan relateras till den information vi samlar in i vår undersökning.

2.3 Syftet med undersökningen

Som tidigare nämnts har SCB, tillsammans med övriga nordiska länder, undersökt innovationer i hela den offentliga sektorn. Det visade sig dock svårt att konstruera ett frågeformulär som var relevant för alla delar av sektorn. När hela den offentliga sektorn undersöks med ett identiskt utformat frågeformulär måste frågorna dessutom ställas på en övergripande nivå, vilket medför att information om sektorsspecifika egenskaper uteblir och informationen blir mindre omfattande jämfört med att använda ett sektorsanpassat frågeformulär.

I denna undersökning som riktar sig till sjukvården kan vi ställa sektorsspecifika frågor. Vi kompletterar dessa med mer allmänt hållna frågor som kan ställas till alla delar av den offentliga sektorn. Eftersom vi redan har undersökt innovationsverksamheten i hela den offentliga sektorn (MEPIN) kan vi med hjälp av denna pilotundersökning belysa för- och nackdelar med respektive angreppssätt.

Avsikten med undersökningen är att ta fram ny statistik som kan bidra med ny policyrelevant kunskap om sjukvården. För att kunna det måste sjukhus och vårdcentraler kunna ge relevanta svar på frågorna. Det är således centralt för oss att bedöma om sjukhusen och vårdcentralerna kunnat det. SCB kontrollerar detta, exempelvis genom att titta på om många respondenter svarat *vet ej* på många frågor, eller om många uppger att frågorna inte är möjliga att svara på. Om frågorna anses möjliga att svara på vore ett intressant framtida arbete att undersöka en annan sektor med samma allmänna frågor och en sektorsanpassad del, precis som i enkäten till sjukvården.

2.4 Svarsfrekvens

Pilotundersökningen skickades ut till 97 sjukhus och 941 vårdcentraler. 46 sjukhus (47 %) och 286 vårdcentraler (30 %) svarade på enkäten. I bilaga 4 finns frågeformuläret och i bilaga 5 redovisas svaren för nästan alla delfrågor.

Genomgående i rapporten redovisar vi resultat som är uppräknade till att gälla för alla sjukhus och vårdcentraler. Den låga svarsfrekvensen gör dock att resultaten bör tolkas försiktigt. Från Stockholms landsting (SLL) har svarsfrekvensen emellertid varit högre jämfört med andra landsting beroende på olika insatser från SLL för att få upp svarfrekvensen. Av svaren från SLL att döma har fler icke-innovativa sjukhus och vårdcentraler svarat där jämfört med resten av landet. Av detta kan vi misstänka att vi från övriga landet fått in svar från de mest innovativa vilket gör att våra resultat kan ge en alltför positiv bild av innovationsverksamheten. Dock tror vi ändå att helhetsbilden som undersökningen ger är en god återspeglingsbild av verkligheten. Trots allt har vi information från en stor del av den totala populationen, betydligt större del än jämfört med innovationsundersökningen av privata företag.

Den ganska låga svarsfrekvensen beror sannolikt på flera olika orsaker. En orsak är att undersökningen var frivillig. Innovationsundersökningen som vänder sig till företag har uppgiftslämnarplikt, det vill säga den är inte frivillig att besvara och cirka 85 procent svarar på den.

En annan förklaring är att objektslistan innehåller felaktiga adresser. Undersökningen har skickats till arbetsställen som inte är sjukhus eller vårdcentral. Vi har hela tiden varit medvetna om att listan vi haft tillgång till inte var helt korrekt men det fanns inget bättre alternativ. Vid eventuellt framtida undersökningar är det nödvändigt att SCB tillsammans med ansvariga myndigheter tar fram en mer adekvat lista.

En annan förklaring till den låga svarsfrekvensen kan vara att uppgifterna inte finns hos respondenten. Det är inte alls säkert att uppgifterna som efterfrågades fanns lättillgängliga i varje organisation. Respondenten kan därmed anse att det är alltför betungande att ta fram uppgifterna och heller inte vilja uppskatta omfattning med mera och därför välja att inte svara på enkäten alls.

2.5 Undersökningsobjekten

Undersökningen omfattar sjukhus och vårdcentraler, se bilaga 5 för en beskrivning av svensk sjukvård. Det finns varken en enhetlig definition på sjukhus eller vårdcentral, eller en komplett lista över landets alla sjukhus och vårdcentraler. Vi har varit i kontakt med Socialstyrelsen, SKL, Vårdanalys med flera men ingen av dem har en komplett lista. Deras uppfattning är att det med mycket stor sannolikhet inte heller finns någon sådan. För att få ett heltäckande och metodologiskt korrekt urval valde vi därför att utgå ifrån näringsgrensindelning SNI 2007, vilket är det vanligaste förfarandet inom SCB.

Våra undersökningsobjekt finns i två näringsgrenar, 86102 och 86211.

86102 – Specialiserad slutenvård somatisk hälso- och sjukvård på sjukhus omfattar:

- specialiserad slutenvård somatisk hälso- och sjukvård som ges till patienter inskrivna vid vårdenhet på sjukhus under direkt överinseende av läkare
- specialiserad slutenvård somatisk hälso- och sjukvård som omfattar medicinsk utredning, behandling och omvårdnad som kräver mer specialiserade insatser samt större tekniska och personella resurser än primärvården.

Samtliga objekt (sjukhus) inom näringsgren 86102, som har fler än 99 anställda, har fått enkäten. Inga objekt med färre än 100 anställda fick den.

86211 - Primärvårdsmottagningar med läkare med mera omfattar:

- undersökning, vård och behandling vid primärvårdsmottagningar med läkare
- privata allmänmedicinska mottagningar samt även primärvårdsansluten hemsjukvård.

Samtliga objekt (vårdcentraler) inom näringsgren 86211, som har fler än 9 anställda, har fått enkäten. Inga objekt med färre än 10 anställda fick den.

Organisationsformer och sektorer

Verksamheten inom dessa näringsgrenar är organiserad i olika juridiska former. I undersökningen har vi inkluderat följande juridiska former:

- Handelsbolag
- Aktiebolag
- Ekonomisk förening
- Övriga stiftelser
- Kommuner
- Landsting

Vi exkluderar fyra juridiska former, Fysiska personer, Enkla bolag, Ideella föreningar och Utländska juridiska personer. Verksamheten vi är intresserade av bedrivs inte i dessa former och de ska därmed inte inkluderas i undersökningen. Utländska juridiska personer, är exkluderad eftersom det främst rör sig om enskilda personer utan anställda samt främst lokaliserade i utlandet.

Följande sektorer ingår i undersökningen:

- Icke-finansiella företag (110)
- Primärkommuner (411)
- Landsting (421)
- Andra institutioner hänförliga till landstingskommunal undersektor (423)
- Hushållens ej vinstdrivande organisationer utom registrerade trossamfund (710)

Här exkluderas bland annat 130 stycken filialer till icke-finansiella företag i utlandet. Det rör sig om ungefär samma objekt som har juridisk form – Utländska juridiska personer, och tas därmed bort av samma anledning som angivits ovan. Sektorerna 611 och 612 exkluderas på grund av att det främst rör fysiska personer och små bolag med få anställda. De bedöms därmed inte vara vårdcentraler eller sjukhus.

Varje objekt klassificeras utifrån ägare av verksamheten. Följande ägarkategorier finns med i undersökningen:

- Kommunalt kontrollerade enheter (20)
- Landstingskontrollerade enheter (30)
- Privat svenskkontrollerade enheter utan koncern tillhörighet (41)
- Privat svenskkontrollerade enheter med koncern tillhörighet (42)
- Utlandskontrollerade enheter (50)

3 Definition av innovation i sjukvården

Det centrala begreppet i undersökningen är innovation. I samband med tidigare undersökningar har det framkommit att begreppet innovation kan vara svårt att tolka för dem som undersökningen riktar sig till. Det är därför viktigt att det finns en tydlig definition i undersökningen för att minimera eventuella tolkningsproblem.

I undersökningen till sjukvården valde vi att utgå ifrån den definition som används i innovationsundersökningen av privata företag, den så kallade Oslomanualens definition. Vi anpassade därefter denna definition till den svenska sjukvården. I detta avsnitt beskriver vi kort definitionen i Oslomanualen och därefter den definition som används i undersökningen av sjukvården.

3.1 Oslomanualens definition

Uppfattningarna om hur begreppet innovation ska definieras är många. Det krävs endast en snabb överblick av litteraturen för att konstatera att det existerar flera definitioner av begreppet innovation, från en mer klassisk ansats där innovation ska utgöra "något helt unikt på den ekonomiska marknaden" till den numera flitigt använda Oslomanualens definition. I innovationsundersökningen av privat sektor används den senare. Enligt Oslomanualen bör innovation definieras på följande sätt:

An innovation is the implementation of a new or significantly improved product (good or service), or process, a new marketing method, or a new organizational method in business practices, workplace organization or external relations.

I Oslo-manualen definieras även fyra olika typer av innovationer, produktinnovation, processinnovation, marknadsföringsinnovation och organisatorisk innovation.

Produktinnovation:

The introduction of a good or service that is new or significantly improved with respect to its characteristics or intended uses. This includes significant improvements in technical specifications, components and materials, incorporated software, user friendliness or other functional characteristics.

Processinnovation:

The implementation of a new or significantly improved production or delivery method. This includes significant changes in techniques, equipment and/or software.

Marknadsföringsinnovation:

The implementation of a new marketing method involving significant changes in product design or packaging, product placement, product promotion or pricing.

Organisatorisk innovation:

The implementation of a new organisational method in the firm's business practices, workplace organization or external relations.

Kommentar till definitionerna

Grundläggande i Oslomanualens definition är att innovationen ska ha tagits i bruk, antingen externt genom att produkten förts till en marknad eller internt genom att innovationen införlivats i verksamheten. Företagets marknad kan ses som en opartisk värderare av produktinnovationen då man antar att det finns ett ekonomiskt värde i en produkt om den introduceras på en marknad. På samma sätt antas att ett företag endast introducerar nya produktionsmetoder, marknadsföringsstrategier eller en ny organisation om företaget anser att det kommer att förbättra eller behålla dess produktivitet.

3.2 Definitionerna i undersökningen till sjukvården

I den offentliga sektorn finns ingen marknad som ska värdera organisationens produkt, det vill säga tjänst eller vara, på samma sätt som i den privata sektorn. Syftet med verksamheten är heller inte att maximera vinsten utan att förse befolkningen med olika typer av tjänster. Åtgärder som vidtas i den offentliga sektorn syftar ofta till att förbättra eller att åtminstone behålla kvaliteten i tjänsterna. Åtgärderna behöver dock inte upplevas som, eller de facto vara, förbättringar av omgivningen för att tas i bruk. Sannolikt är det ibland förhoppningar om att åtgärderna ska ha positiva effekter som ligger bakom vidtagna förändringar.

Men förändringar kan även bero på andra orsaker, som exempelvis budgetnedskärningar. Om man till exempel minskar personalstyrkan tvingas ofta förändringar fram vilka kan upplevas som försämringar av omgivningen. Likväl kan förändringarna vara nya för organisationen och därmed ses som en innovation. En organisation som fått sina resurser minskade och därmed tvingats till förändringar som i sin tur medfört avsevärda försämringar skulle således utkomma som innovativ.

SCB valde att utgå från samma definition av innovation som används i undersökningen om innovation i det privata näringslivet, det vill säga definitionen i Oslomanualen. Eftersom privat och offentlig sektor skiljer sig åt i väsentliga avseenden är det dock inte möjligt att använda exakt samma definition. I undersökningen av definieras därmed innovation enligt följande:

Definition av produktinnovation:

"För att räknas som tjänste- eller varuinnovation måste tjänsten eller varan vara ny eller väsentligt förändrad jämfört med tidigare tjänster och varor på ditt sjukhus. Observera att tjänsten eller varan inte behöver vara ny för andra sjukhus, vårdcentraler, företag eller organisationer. Syftet med förändringen av varan eller tjänsten ska vara att väsentligt förbättra dess kapacitet, användarvänlighet, ingående komponenter eller delsystem."

Definition av processinnovation:

"En processinnovation är en ny eller väsentligt förändrad produktionsprocess, distributionsmetod eller stödverksamhet jämfört med tidigare på ditt sjukhus/vårdcentral. Observera att processen inte behöver vara ny för andra sjukhus, vårdcentraler, företag eller organisationer."

Definition av organisatoriska innovationer:

"En organisatorisk innovation är en ny eller väsentligt förändrad metod för att organisera verksamheten på ditt sjukhus som skiljer sig från tidigare metoder på ditt sjukhus."

Observera att metoden inte behöver vara ny för andra sjukhus, vårdcentraler, företag eller organisationer. Den organisatoriska innovationen måste vara resultatet av strategiska beslut av vårdcentralen/sjukhusets ledning."

Definition av kommunikationsinnovationer:

"Med kommunikativ innovation avses nya eller väsentligt förändrade sätt för hur ditt sjukhus/vårdcentral kommunicerar internt och externt som skiljer sig från tidigare metoder på ditt sjukhus/vårdcentral. Observera att innovationen inte behöver vara ny för andra sjukhus, vårdcentraler, företag eller organisationer."

Gemensamt för samtliga innovationstyper är:

"Ta endast med sådant som tagits i bruk"

"Bortse från förändringar, utvidgningar av existerande aktiviteter och omstruktureringar som inte förväntas resultera i förbättrad verksamhet eller bättre resultat."

Kommentarer till definitionen

"Förändrad" istället för "förbättrad"...

I definitionen i innovationsundersökningen till företag krävs att produkt- eller processinnovationen är "ny eller väsentligt förbättrad". Vi har i denna undersökning valt att använda oss av begreppet "förändrad" istället för "förbättrad" för dessa innovationstyper. Att fråga om innovationer som "förbättrat" något innebär att respondenten måste veta om innovationen resulterat i förbättring. Vi tror att det är svårt för respondenten att veta detta. I de flesta fall är det dessutom omöjligt att veta detta utan en utvärdering.

... men syftet med förändringen ska vara att förbättra

I innovationsundersökningen för privat sektor utgör marknaden en central referenspunkt gällande produktinnovation eftersom en ny produkt ska ha introducerats på en marknad för att kunna räknas som innovation. Det anses inte att en ny produkt är en innovation innan den introducerats på marknaden. En sådan restriktion är inte möjlig i en undersökning som riktar sig till den offentliga sektorn eftersom produkter inom denna sektor inte avsätts på en marknad. I definitionen till sjukvården lägger vi därför till följande:

"Syftet med förändringen av varan eller tjänsten ska vara att väsentligt förbättra dess kapacitet, användarvänlighet, ingående komponenter eller delsystem."

"Ta endast med sådant som tagits i bruk."

Genom att inkludera dessa formuleringar blir vår definition mer jämförbar med definitionen i Oslomanualen som inte ställer några krav på faktisk försäljning. När företag tar en vara till marknaden kan företaget inte veta om den kommer att sälja, även om det är avsikten. Samma resonemang gäller för sjukvården. I och med att en produkt tas i bruk antar vi att produkten har ett värde för sjukhuset eller vårdcentralen utan att med säkerhet fastslå att så är fallet, vilket kan jämföras med att ett företag tar en produkt till en marknad.

Vi misstänker att vissa förändringar inom sjukhusen och vårdcentralerna är av mindre betydelse för verksamheten och ber därför respondenterna att också bortse ifrån sådana.

Viktigt fånga in de mest produktinnovativa sjukhusen och vårdcentralerna

Det finns kritik mot att produktinnovationens nyhetsvärde ska ställas i relation till den egna verksamheten. Det räcker således med att företaget (sjukhuset eller vårdcentralen) producerar eller säljer en produkt man tidigare inte gjort för att vara produktinnovativt. Kritiken bottnar i att flera företag kommer ut som innovativa i undersökningen, trots att produkten redan finns på marknaden. Kritikerna menar att de "verkligt" innovativa företagen, det vill säga de som tar fram helt nya produkter som inte fanns tidigare, döljs bland alla andra som inte utvecklar unika produkter.

För att ringa in de "verkligt" produktinnovativa företagen rekommenderas det i Oslomanualen att alla som uppger att de har en produktinnovation även ska svara på om den var ny för världen, marknaden eller företaget. Denna rekommendation har vi följt i undersökningen av sjukhus och vårdcentraler. För att anpassa frågan till sjukvården har vi ersatt "marknaden" med "Sverige", och "företaget" med "sjukhus" eller "vårdcentral".

Att använda ordet "marknaden" i samband med offentlig sektor är inte helt oproblematiskt eftersom stora delar av den offentliga sektorn inte verkar på en "marknad". Möjligtvis skulle "ny för sektorn" kunna fungera bättre. Men både "marknad" och "sektor" kan vara svåra att definiera för offentliga organisationer eftersom vissa organisationer kan ses som unika aktörer inom sitt område. Vi tror därför att det blir enklare för sjukhusen och vårdcentralerna att svara om vi väljer alternativet "Sverige". Även OECD har rekommenderat att man ska använda "landet" istället för marknad vid dessa situationer. Anledningen till att vi ändrat "företag" till "sjukhus eller vårdcentral" är att en liten del av verksamheten bedrivs i företagsform.

Samtliga respondenter som uppger att de introducerat en produktinnovation ska alltså svara på om den var ny för:

1. världen
2. Sverige
3. sjukhuset eller vårdcentralen.

Trots den omfattande kritiken mot att produktinnovationens nyhetsvärde ska ställas i relation till den egna verksamheten tror SCB, liksom OECD, att det är av värde att ha en bred definition. Det är viktigt att veta vilka som uppdaterar sin utrustning eller maskinpark, särskilt inom sjukvård där nya tekniker och metoder tas fram regelbundet. Med tilläggsfrågan ges även kunskap om de verkligt innovativa sjukhusen och vårdcentralerna.

De som har uppgett att de har introducerat process-, organisations- eller kommunikationsinnovation får ingen fråga om innovationens nyhetsvärde. Anledningen är att SCB har bedömt att det är svårare att veta om dessa innovationer är världsunika jämfört med produktinnovationer.

Undersökningsperiod

Vi frågar om innovationer som sjukhuset eller vårdcentralen introducerat under en tvåårsperiod, 2012–2013. Även i MEPIN använde man sig av en period av två år.

Kommunikation istället för marknadsföring

Begreppet "marknadsföringsinnovationer" används i undersökningen av den privata sektorn. SCB tror dock inte att "marknadsföring" är ett optimalt begrepp

att använda för de flesta enheter vi undersöker. I tidigare undersökningar, bland annat MEPIN, har det framkommit att den offentliga sektorn snarare informerar om sina tjänster än marknadsför dem som privata företag gör. I undersökningen ändrade vi därför till "kommunikativa" innovationer, vilket även gjordes i MEPIN.

4 Frågorna till sjukvården

Vid framtagningen av frågorna i undersökningen var fokus på policyrelevans. Syftet med undersökningen är att samla in information om sådant som politiker och andra beslutsfattare har möjlighet att styra över.

För att utforma frågeformuläret tog SCB hjälp av Carter Bloch, Århus Universitet, som också arbetar med att utforma riktlinjer för hur innovationer i den offentliga sektorn ska mätas åt OECD. Tillsammans med Carter Bloch tog SCB fram ett första utkast till frågeformulär. Formuläret baseras på tidigare innovationsundersökningar riktade till offentlig sektor och på OECD:s arbete om innovationsundersökningar av offentlig sektor. Frågeformuläret bygger även på forskning om innovationer i sjukvården.

Frågeformuläret förädlades vidare genom att Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen, Vårdanalys, Vinnova, Tillväxtanalys med flera gavs möjlighet att framföra synpunkter på dess utformning och inriktning. Frågeformuläret testades dessutom av SCB:s mätlaboratorium på de tänkta respondenterna och korrigerades utifrån deras synpunkter.

Frågeformuläret består av fem avsnitt med totalt drygt 20 frågor. I de flesta frågor har vi gett respondenten flera delfrågor som denne ska svara *ja*, *nej* eller *vet inte* på. Eftersom sjukhusen och vårdcentralerna, såvitt vi vet, aldrig tidigare medverkat i en innovationsundersökning av denna typ är det viktigt att respondenterna erbjuder tydliga delfrågor. Dessutom vet vi sedan tidigare att det överlag är svårt att svara på frågor om innovation, vilket ytterligare understryker behovet av tydliga delfrågor. I och med att flera aktörer med sakkunskap om sjukvård varit delaktiga i processen med att utarbeta frågeformuläret är vår förhoppning att delfrågorna är tydliga och heltäckande.

De fem avsnitten är:

- Avsnitt A – allmän information om respondenten
- Avsnitt B – förekomst av produkt-, tjänste-, process-, organisations-, kommunikationsinnovation samt effekter av innovation
- Avsnitt C – stöd till innovation
- Avsnitt D – drivkrafter och strategier för innovation
- Avsnitt E – innovationens radikalitet.

4.1 Avsnitt A – Allmän information

Frågeformuläret inleds med ett par frågor av allmän karaktär. Vi börjar med att fråga efter respondentens position. Anledningen är att vi vill veta vilken position personen har som svarar på enkäten. Detta är värdefull information som kan återanvändas vid en eventuell kommande undersökning eftersom vi kan skicka enkäten direkt till en person med den vanligast förekommande positionen.

Vi frågar även efter hur många år personen haft denna position. Vi tror att en person med många års erfarenhet har enklare att svara på flera av frågorna vi ställer. Om det visar sig att personer med längre erfarenhet har enklare att besvara frågorna är det viktig information vid tolkning av svaren på frågorna.

4.2 Avsnitt B – Typer av innovation och effekter av innovation

Det första avsnittet i frågeformuläret handlar om typer av innovation och effekter av innovation. Avsnittet består av 6 frågor som finfördelats till drygt 40 delfrågor. En fråga handlar om produktinnovationens nyhetsvärde. Vi frågar om den var ny för världen, Sverige eller sjukhuset/ vårdcentralen.

De övriga frågorna handlar om de fyra olika typerna av innovation:

- Produktinnovation
- Processinnovation
- Organisationsinnovation
- Kommunikationsinnovation

De som inte introducerat någon produktinnovation får även svara på frågan om de "bedrivit verksamhet med syfte att utveckla varu/ tjänsteinnovation under år 2012-2013 som ännu inte introducerats". Anledningen till att vi ställer denna fråga är att vi vill veta om det finns sjukhus eller vårdcentraler som varken introducerat en produktinnovation eller har försökt att utveckla en sådan. Vi ställer samma typ av fråga för varje innovationstyp. Man kan uppge flera olika innovationer.

I avsnittet frågar vi även om vilka effekter man fått tack vare innovationen. Respondenten får ta ställning till totalt 13 olika typer av effekter. Respondenten ska för varje alternativ uppge om innovation haft *positiv effekt*, *ingen effekt* eller *negativ effekt*. Som exempel kan nämnas att vi frågar om effekterna:

- förbättrat patientsäkerheten
- förbättrat patienters tillgång till information
- ökat självbestämmande för patienter eller närstående.

4.3 Avsnitt C – Stöd till innovation

Avsnitt C är ett kort avsnitt som består av två frågor. Den första handlar om antalet innovationer som man introducerat på sjukhuset/ vårdcentralen. Det är intressant att veta om omfattningen mellan olika sjukhus/ vårdcentraler skiljer sig åt.

Den **andra** frågan handlar om sjukhuset/ vårdcentralen erhållit externt stöd för sin innovationsverksamhet. Vi ger några exempel som respondenterna ska svara ja, nej eller vet inte på.

4.4 Avsnitt D – Drivkrafter och strategier för innovation (inkluderar innovationskultur)

Avsnitt D är ett relativt långt avsnitt. Det består av 5 delar uppdelat på 8 frågor med cirka 50 delfrågor.

I den första delen vill vi fånga in orsakerna till att innovationer kom till stånd. Vi ger knappt 15 olika alternativ som respondenterna ska svara *ja*, *nej* eller *vet inte* på. Vi vill veta om det är önskemål från patienter/ närstående eller om det är förändringar i budget, praxis eller lagstiftning som är orsak till att innovationer påbörjats på sjukhuset eller på vårdcentralen. Eftersom respondenterna kan svara ja på flera orsaker ber vi dem även svara på vilken orsak som var viktigast. Här får de endast uppge ett alternativ.

I avsnittets andra del vill vi fånga in vem som kom med idéerna till innovationerna. Även här ger vi cirka 15 alternativ som respondenterna ska svara

ja, nej eller *vet inte* på. Vi frågar bland annat om det är sjukhusets/ vårdcentralens personal, patienter, andra sjukhus eller politiker som ligger bakom. Liksom på föregående fråga ber vi respondenterna svara på vilken aktör som var viktigast.

En central framgångsfaktor för innovation är samarbete. I den tredje delen frågar vi därför om samarbete med andra aktörer kring innovationer. Det handlar både om externt och internt samarbete. Internt frågar vi om andra enheter eller personalgrupper på sjukhuset/ vårdcentralen. Externt frågar vi till exempel om man samarbetat med andra sjukhus, universitet, statliga myndigheter, ideella organisationer eller universitet. Även på denna fråga ska man uppge vilken aktör som var viktigast.

Den fjärde delen handlar om sjukhusets/ vårdcentralens innovationskultur. Med denna fråga försöker vi fånga in om sjukhuset arbetar strategiskt kring innovationer. Det vill säga, har de avsatt personal för att fånga upp, utveckla och införa innovationer? Vi ställer knappt 10 delfrågor som på olika sätt försöker fånga in detta.

Den avslutande delen i avsnitt D handlar om sjukhusets/ vårdcentralens förutsättningar för arbete med innovation. Vi ber respondenterna att ta ställning till knappt 10 olika förutsättningar om de *i hög grad, viss grad* eller *inte alls* bidragit till att underlätta arbetet med innovation. De får även svara *vet inte*. Förutsättningarna handlar bland annat om politikens, övriga ledningsfunktioners och personalens förändringsbenägenhet. Det handlar även om olika former av samarbete, både internt och externt.

4.5 Avsnitt E – Innovationens radikalitet

Det avslutande avsnittet består av 8 frågor och cirka 50 delfrågor. I detta avsnitt vill vi fånga in den allra viktigaste innovationen. Som vi skrivit om tidigare är definitionen vi använder i undersökningen ganska bred vilket medför att även mindre förändringar inkluderas. I detta avsnitt vill vi att respondenterna fokuserar på deras allra viktigaste innovationer.

I avsnittets första fråga ska respondenten uppge om de introducerat *en* eller *flera*, *ingen alls* eller *vet inte* om man introducerat en innovation som radikalt påverkat verksamheten. I de kommande tre frågorna ska de på olika sätt beskriva denna innovation. Anledningen är att vi vill få mer kunskap om vilka typer av innovationer som anses som mest radikala för verksamheten i sjukvården.

Därefter frågar vi om vilken/ vilka aktörer som kom med idén till denna innovation. En liknande fråga ställs i avsnitt D. Anledningen till att vi ställer den i detta avsnitt är att vi vill veta vilka aktörer som ligger bakom de allra viktigaste innovationerna och om det är andra aktörer än de som ligger bakom innovationer i stort. Respondenterna får knappt 15 alternativ och de ska endast klicka i en ruta för varje aktör som kom med idén.

Nästa fråga handlar om vilka som bidrog mest till utvecklingen av den radikala innovationen. Det är samma delfrågor och struktur som i frågan innan.

De två sista frågorna handlar om vem/ vilka som berörs av innovationen samt vilket syfte innovationen hade. På frågan om vilka som berörs så ges respondenten knappt 10 alternativ, bland annat verksamhetens olika personalgrupper, patienter eller närstående. Vad gäller innovationens syfte frågar vi bland annat om det var att minska kostnader, öka kvalitén, erbjuda ny tjänst eller skapa större värde för patient.

4.6 Avsnitt F – Kommentarer

Frågeformuläret avslutas med att respondenterna får ge förslag på förbättringar av frågeformuläret eller andra synpunkter. Vi ber även respondenten uppge hur lång tid det tog att fylla i enkäten.

4.7 Avsnittsövergripande områden

Vissa områden är avsnittsövergripande. Till exempel de olika aktörernas påverkan kring innovation och vårdens patientfokus. Frågor om detta finns i alla avsnitt.

Politikernas och tjänstemännens roll kring innovation

Innovationer i sjukvården skapas i samklang mellan ledningen och personalen. När vi formulerat frågorna har vi utgått ifrån följande tre grupper (nivåer) inom sjukvården:

1. politiker
2. cheftjänstemän
3. personal (personal i sjukvården utan chefsansvar).

Dessa tre grupper har olika ansvar kring sjukhusens innovationsarbete. I våra frågor har vi försökt att fånga in dessa olika gruppers inverkan på innovationsverksamheten. Vi har också velat belysa lagstiftningen och vilken roll den spelar för innovationsverksamheten.

Ledningen ansvarar för om organisationen av sjukvården anpassats till att tillvarata och utveckla nya idéer. Vi har ställt flera frågor kring detta. Bland annat om det finns särskilda resurser, i form av tid, pengar och personal att arbeta med att fånga in nya idéer, utveckla dem till en färdig produkt eller process och att få dem i bruk.

Såväl politiker som sjukhusens tjänstemannaledning äger frågan om hur resurser ska fördelas inom sjukvården. Minskade resurser, likväl som ökade resurser, kan påverka förekomsten av innovation. Vi har därför frågat om resursernas omfattning påverkat förekomsten av innovation.

I sjukvården, liksom i alla andra sektorer och arbetsplatser, är det centralt att ta tillvara personalens kompetens vid innovationsarbete. I sitt dagliga arbete kommer personalen i kontakt med patienter. Personalen får därmed en unik kompetens i hur patienter och närstående uppfattar sjukvården. Personalen använder även olika interna arbetsprocesser dagligen. Genom att systematiskt fånga in personalens erfarenheter underlättas utvecklings- och innovationsarbete. Vi är därför intresserade av att veta hur sjukhusen och vårdcentralerna arbetar med att fånga upp personalens erfarenheter och vi frågar därför om personalen varit delaktig i innovationsarbete.

Från innovationsundersökningen av privata företag vet vi att de företag som samverkar i störst utsträckning med externa aktörer som konkurrenter, underleverantörer, kunder med flera är mer framgångsrika i sitt innovationsarbete än de som samverkar i mindre utsträckning. Vi har därför ställt flera frågor om det externa samarbetet.

Patientfokus och innovation

Den 1 januari 2015 trädde patientlagen (2014:821) i kraft. Målet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet,

självbestämmande och delaktighet. Vi ställer flera frågor om huruvida innovationerna i sjukvården syftar till att stärka patientens ställning. Den mest centrala intressenten för sjukvård är förstås patienten (och närstående) vilket vi också tagit hänsyn till vid utformningen av frågorna.

Som exempel kan nämnas att vi frågar om sjukhuset och vårdcentralen har introducerat:

- riktlinjer för att samordna vård runt den enskilde patienten
- metoder för att involvera patient eller närstående i beslutsfattande
- metoder för att engagera patienter i sin egen sjukvård.

5 Undersökningens resultat

I detta avsnitt redovisar vi resultaten från undersökningen. Resultaten visas uppräknat för hela Sverige. Den låga svarsfrekvensen gör att svaren ska tolkas med försiktighet.

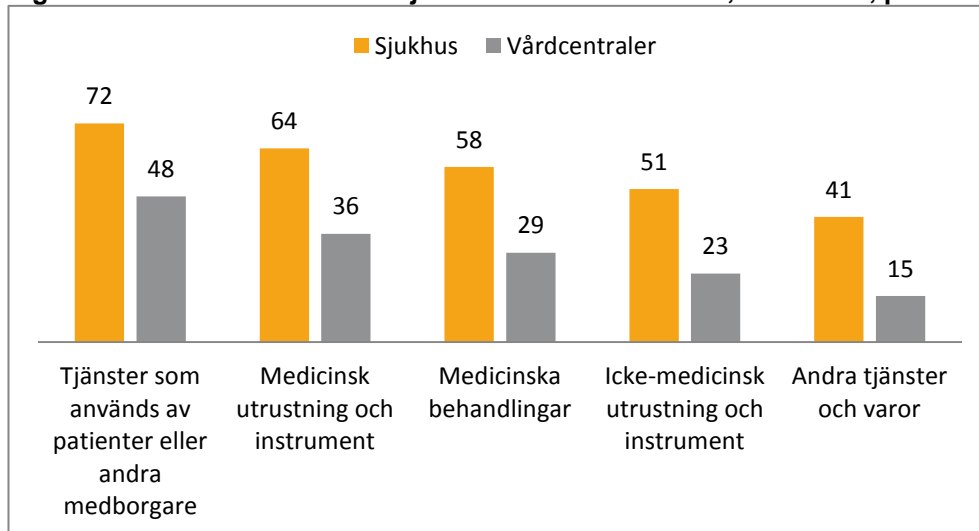
5.1 Förekomsten av innovationer

Vi frågade sjukhusen och vårdcentralerna om de under perioden 2012–2013 introducerat en produktinnovation (tjänste- eller varuinnovation), processinnovation, organisationsinnovation eller kommunikativ innovation. Vi ställde närmare 30 delfrågor om olika typer av innovationer som respondenterna skulle svara *ja*, *nej* eller *vet inte* på.

Samtliga sjukhus uppgav att de under 2012–2013 introducerat en eller flera innovationer. Däremot uppgav 22 vårdcentraler att de inte introducerat någon typ av innovation under samma period.

I figur 1 visas förekomsten av produktinnovationer för sjukhus och vårdcentraler. De vanligaste produktinnovationerna för sjukhus och vårdcentraler är *tjänster som används av patienter eller andra medborgare*, *medicinsk utrustning och instrument* samt *medicinska behandlingar*. Nästan tre av fyra sjukhus uppger att man introducerat en sådan innovation. Knappt hälften av vårdcentralerna uppgav *tjänster som används av patienter eller andra medborgare* och cirka en tredjedel uppgav de andra två typerna.

Figur 1. Produktinnovationer i sjukhus och vårdcentraler, 2012-2013, procent.

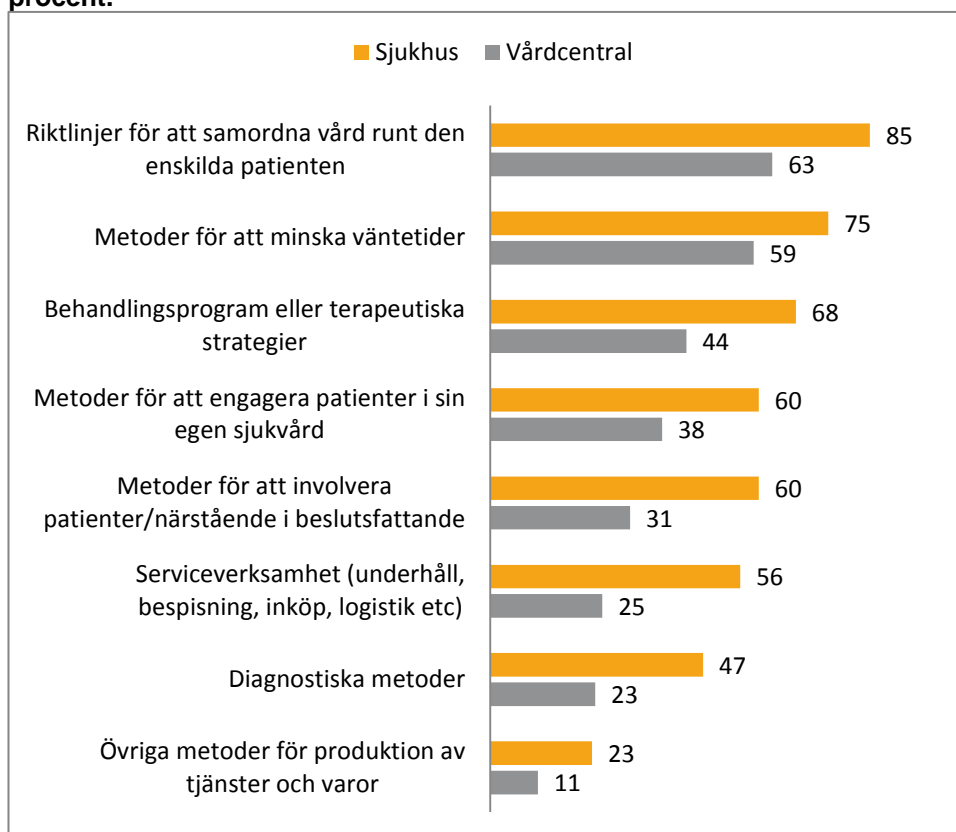


Vi frågade sjukhusen och vårdcentralerna om produktinnovationens nyhetsvärde, det vill säga om innovationen var först i världen eller Sverige eller om den redan var introducerad på ett annat sjukhus eller vårdcentral i Sverige. Ungefär vart sjätte sjukhus uppgav att innovationen var först i världen. En av fem uppgav att de var först i Sverige med innovationen och drygt hälften uppgav att deras produktinnovation redan var introducerad på annat sjukhus. Ingen vårdcentral uppgav att de introducerade en innovation som var först i världen. En av 25 vårdcentraler uppgav att de var först i Sverige med en produktinnovation och

knappt hälften att produktinnovationen redan var introducerad på annan vårdcentral i landet.

I figur 2 visas processinnovationer för sjukhus och vårdcentraler. Figuren visar att det är betydligt vanligare, både för sjukhus och vårdcentraler, med processinnovation jämfört med produktinnovation. Den vanligaste processinnovationen för sjukhus och vårdcentraler är *riktlinjer för att samordna vård runt den egna patienten*. Fler än åtta av tio sjukhus och fler än sex av tio vårdcentraler uppgav att de tagit en sådan förändring i bruk.

Figur 2. Processinnovationer i sjukhus och vårdcentraler, 2012-2013, procent.



Vi frågade sjukhusen och vårdcentralerna om de introducerat organisatoriska innovationer, se bilaga för figur. De vanligaste organisatoriska innovationerna för sjukhus är *system för inhämtning och behandling av kunskap och information, organisationsstyrningssystem, samverkan mellan kommun och landsting samt utbildnings- eller träningssystem för personal eller ledning*. Mellan 70 och 80 procent av alla sjukhus uppgav att de introducerat en sådan innovation. De vanligaste organisatoriska innovationerna för vårdcentraler är desamma men omfattningen var mindre: mellan hälften och en tredjedel av vårdcentralerna uppgav en sådan innovation.

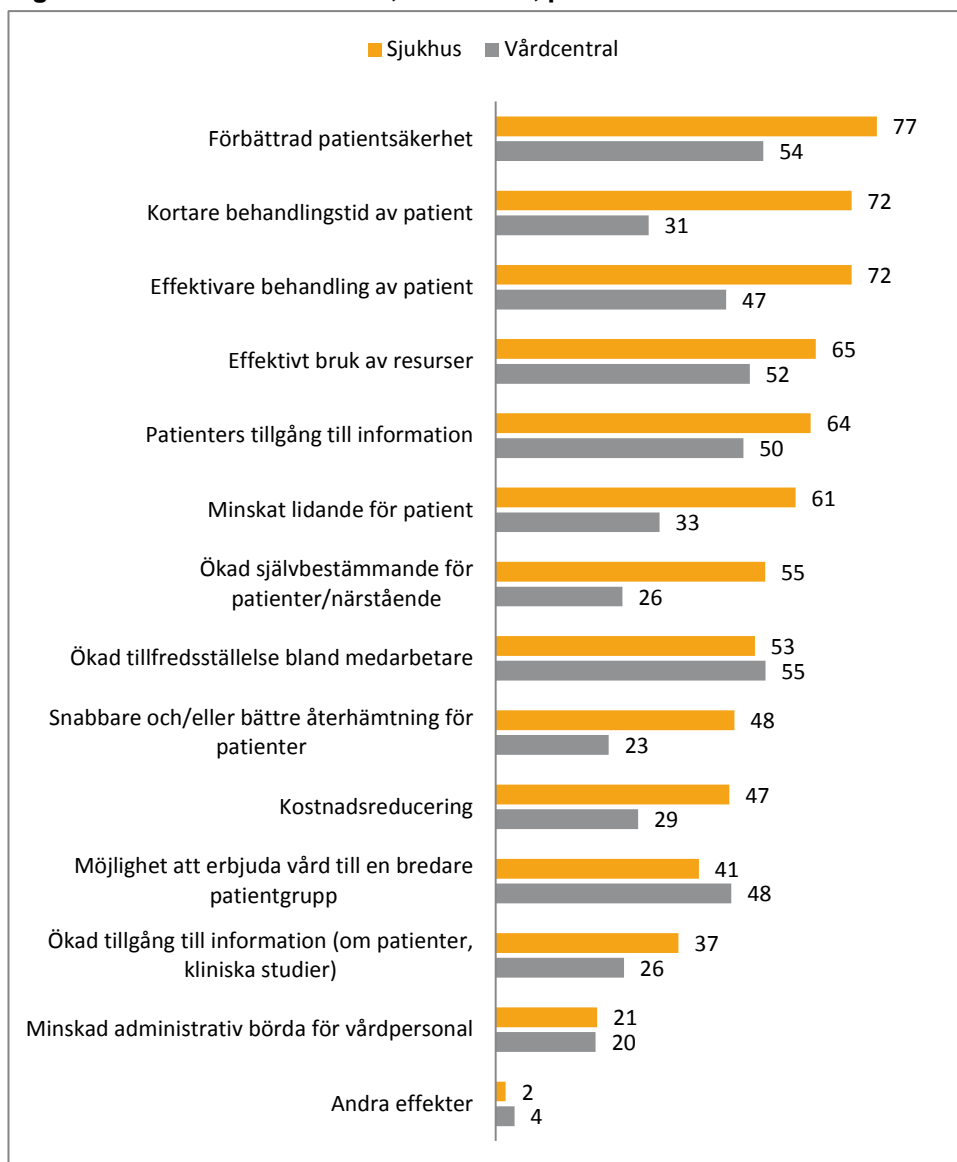
Vi frågade även efter kommunikativa innovationer, se bilaga för figur. De vanligaste för sjukhus var att *främja en mer hälsosam livsstil bland patienter* och att *förbättra kommunikationen med patienter/närstående/medarbetare*. Ungefär två av tre sjukhus uppgav sådana innovationer. Den vanligaste kommunikativa innovationen för vårdcentraler var att *främja en mer hälsosam livsstil bland patienter*

som två av tre uppgav. Cirka hälften uppgav *förbättra kommunikationen med patienter/närstående/medarbetare*

5.2 Effekter av innovationer

Vi frågade sjukhusen och vårdcentralerna om vilka effekter innovationerna medfört, se figur 3. Generellt kan sägas att självskattningar av effekter i regel har begränsat informationsvärde, våra resultat bör därför bedömas med viss försiktighet. Sjukhusen uppger positiva effekter i högre grad än vårdcentralerna. Det behöver inte betyda att deras innovationer varit mer effektiva utan det kan bero på att sjukhusen är större, har fler enheter och därmed fler innovationer som kan generera effekter.

Figur 3. Effekter av innovation, 2012-2013, procent.



I sjukhusen är effekterna av innovationer som störst kring *förbättrad patientsäkerhet*, *kortare behandlingstid* och *effektivare behandling av patient*. Även för vårdcentraler är

förbättrad patientsäkerhet en central effekt, men även *ökad tillfredsställelse bland medarbetare*. Både sjukhus och vårdcentraler har rapporterat flera andra effekter, vilket visas i figur 3.

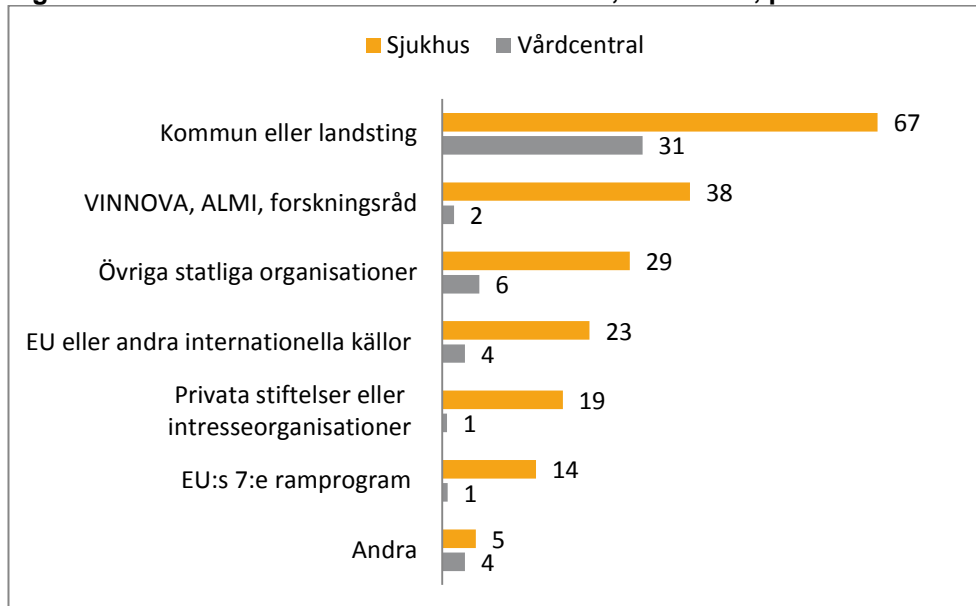
I viss mån sjukhusen men framförallt vårdcentralerna uppger att vissa innovationer haft negativa effekter, se bilaga. De vanligaste negativa effekterna verkar ha att göra med den interna organisationen i form av *kostnader*, *arbetsbelastning* och *tillfredsställelse bland medarbetare*. Runt fem procent bland såväl vårdcentraler som sjukhus uppger att de introducerat en innovation med sådan negativ effekt. Var tionde vårdcentral uppger att de haft negativa effekter för den *administrativa bördan*, vilket är den klart största negativa effekten.

5.3 Innovationsfrämjande

Vi frågade sjukhusen och vårdcentralerna om vilka aktörer som gett stöd till deras innovationer, se figur 4. Vårdcentralerna erhåller stöd i stort sett endast från *kommuner och landsting*, cirka en tredjedel har fått stöd från dem. Stödet från övriga aktörer är högst begränsat.

Sjukhusen erhåller stöd i större omfattning. Cirka två tredjedelar har fått stöd från *kommuner och landsting*. Nästan fyra av tio har fått stöd från *VINNOVA, Almi och forskningsråd* och en knapp tredjedel från övriga statliga organisationer. Runt två av tio sjukhus uppger också att de fått stöd från *privata stiftelser* eller *intresseorganisationer* samt *EU*.

Figur 4. Externt stöd till innovationsverksamhet, 2012-2013, procent.



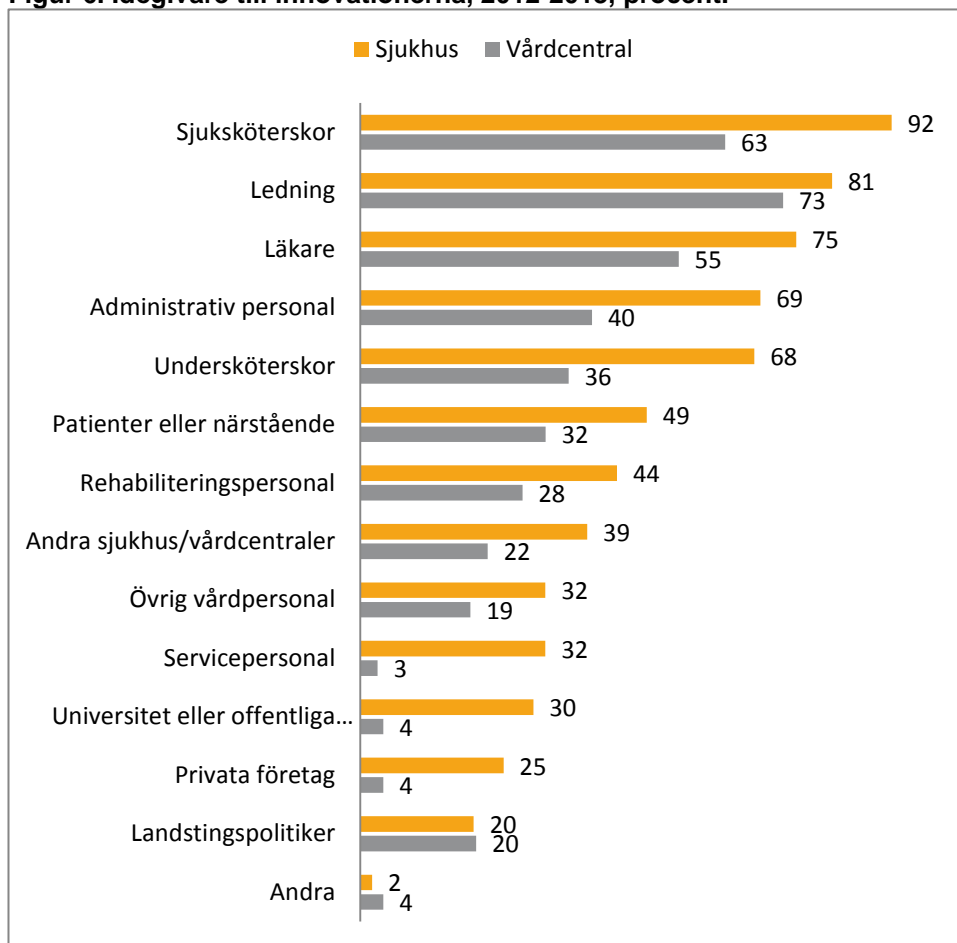
I figur 5 visas drivkrafter för att innovation påbörjas. För sjukhusen är *önskemål från vårdpersonal* den vanligaste drivkraften, fler än åtta av tio uppger detta. Mer än hälften uppger att *önskemål från patienter med mera* var en drivkraft. Drygt fyra av tio uppger att *nya lagar eller policyer* låg bakom innovationen. Från vårdcentralerna är svaren ungefär desamma, dock något lägre andel uppger *önskemål från vårdpersonal* och *önskemål från patienter*.

Figur 5. Drivkrafter för innovation, 2012-2013, procent.



Vi frågade om vilken aktör som kom med idéerna till innovationen, se figur 6. Av svaren framgår att idéerna främst hämtas internt. Betydligt färre sjukhus och vårdcentraler uppger att idéerna kommer från någon aktör utanför den egna verksamheten. Bland de interna idégivarna framgår att såväl bland vårdcentralerna som bland sjukhusen så har sjuksköterskorna gett fler idéer än läkarna. Vi bad även respondenterna att uppge vilken aktör som var viktigast. Svaren gav samma bild, de viktigaste idégivarna fanns internt.

Figur 6. Idégivare till innovationerna, 2012-2013, procent.



Vi frågade sjukhusen och vårdcentralerna om vilka man samarbetade med kring sin innovationsverksamhet. I figur 7 framgår att samarbete främst sker med interna aktörer, både för sjukhus och för vårdcentraler. Sex av tio sjukhus och fyra av tio vårdcentraler samarbetar med andra sjukhus. Cirka 40 procent av sjukhusen samarbetar med universitet och patientorganisationer medan cirka en av tio vårdcentraler gör det. Samarbete med privata företag med mera förefaller inte ske i någon större omfattning. Totalt sett är skillnaden mellan sjukhus och vårdcentraler mycket tydlig när det gäller externa samarbeten. Även om det är en minoritet av sjukhusen som har ett externt samarbete är det ännu mer sällsynt att en vårdcentral har det. Vi frågade om vilken aktör som var viktigast vid samarbetet och även här var de interna aktörerna viktigast. Trots att man samarbetar med andra sjukhus så är det få som anser att detta samarbete är viktigast.

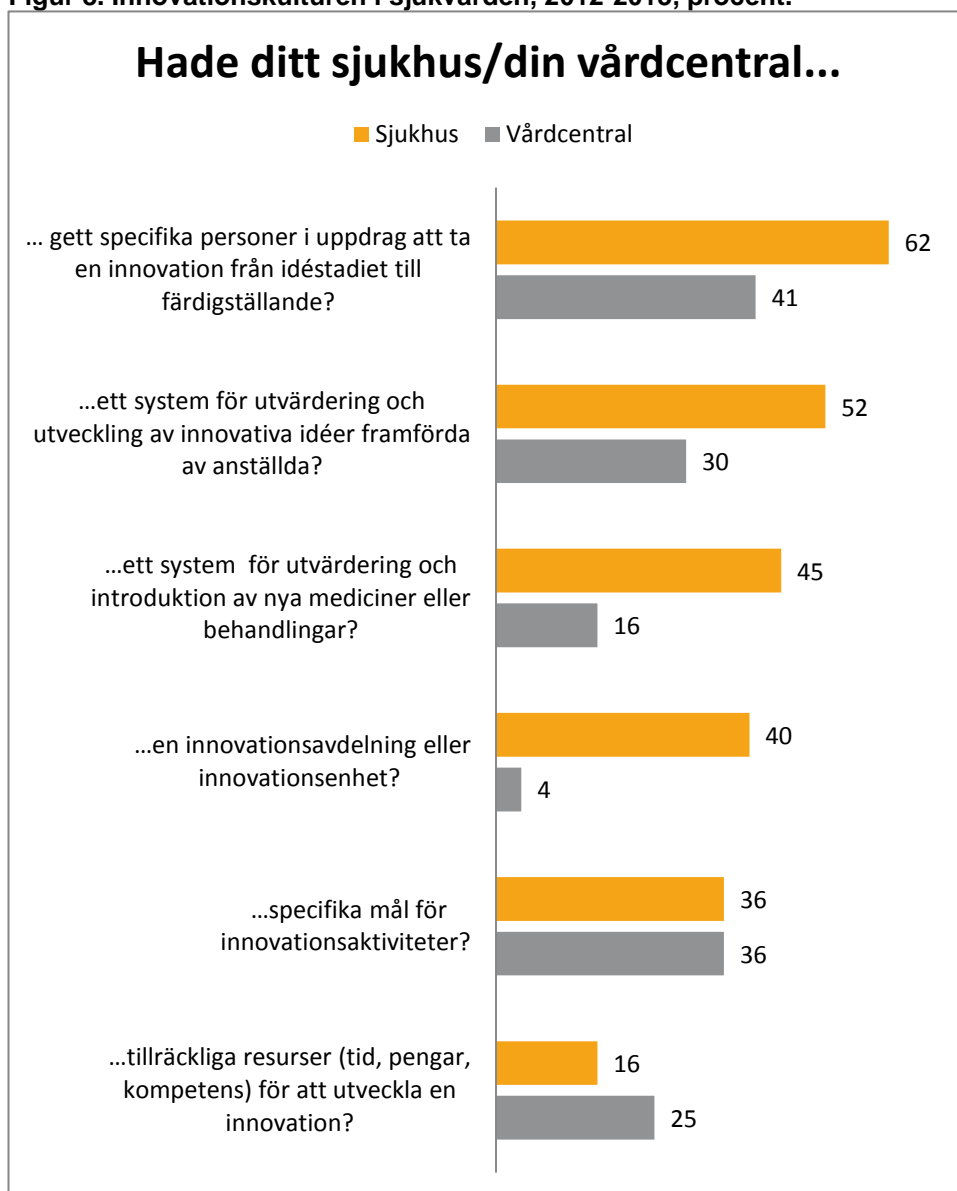
Figur 7. Samarbete kring innovation, 2012-2013, procent.



5.4 Organisationens inriktning mot innovation

För att kunna initiera, utveckla och implementera innovationer är det viktigt att organisationen anpassas för detta. Vi ställde flera frågor om detta tema, frågor som helt utan omarbeting kan ställas till hela den offentliga sektorn. I figur 8 framgår att knappt två av tre sjukhus och fyra av tio vårdcentraler har *gett specifika personer i uppgift att ta en innovation från idéstadiet till färdigställande*. Drygt hälften av sjukhusen och tre av tio vårdcentraler hade introducerat ett *system för utvärdering och utveckling av innovativa idéer framförda av anställda*. Knappt hälften av sjukhusen och 16 procent av vårdcentralerna uppgav att de introducerade ett *system för utvärdering och introduktion av nya mediciner eller behandlingar*. Cirka 25 procent av vårdcentralerna och 16 procent av sjukhusen uppgav att de hade *tillräckliga resurser (tid, pengar, kompetens) för att utveckla en innovation*. Mest uppseendeväckande är att över hälften av vårdcentralerna och nästan 80 procent av sjukhusen uppger att de inte har tillräckliga resurser för att utveckla en innovation, se bilaga.

Figur 8. Innovationskulturen i sjukvården, 2012-2013, procent.



Vi frågade även om patienter och närstående involveras i innovationsarbetet gällande problemidentifiering, lösningar, testning och introduktion. Cirka hälften av sjukhusen involverar *patienter eller närstående i testning och introduktion av innovationer*. Motsvarande andel för vårdcentraler är en av tre. Cirka två av tre sjukhus och hälften av vårdcentralerna *involverar patienter, helt eller delvis*, i sitt arbete med att identifiera problem och möjliga lösningar, se bilaga.

Vi frågade även om förutsättningar som underlättar arbetet med innovation. Nästan alla sjukhus och sju av tio vårdcentraler uppgav att *förändringsbenägen personal* är en sådan förutsättning, se bilaga. Även *effektiv samverkan inom sjukhuset* uppges i stor omfattning, cirka nio av tio sjukhus gör det. Även en *förändringsbenägen tjänstemannaledning på sjukhuset eller vårdcentralen* är en central förutsättning, ungefär åtta av tio sjukhus och sex av tio vårdcentraler uppgav det. Ungefär hälften av sjukhusen och vårdcentralerna uppgav att *stor tillgång till expertkunskap* är en viktig förutsättning.

5.5 Uppdelning i kvartiler beroende på innovationskraften

Vi har klassificerat sjukhusen och vårdcentralerna beroende på hur de svarat på frågorna om produkt-, process-, organisations- och kommunikationsinnovationer. För varje innovationstyp har antalet olika innovationer summerats och normerats till talet 1. Exempelvis så innebär det att om ett företag har introducerat två av de olika typerna av produktinnovationer; inte ”andra tjänster som används av patienter och medborgare” eller ”icke medicinsk utrustning av instrument” eller ”andra tjänster och varor” men väl ”medicinsk utrustning och instrument” samt medicinsk behandling”; så blir värdet för produktinnovationer 0,4. Detta tal har skapats genom formeln $(0+0+0+1+1)/5=0,4$.

Därefter har värdena för de fyra innovationstyperna adderats och normerats till 1. Detta tal anger alltså hur stor andel av de olika typerna av innovation som man introducerat. Talet uttrycker hur bred innovationsverksamheten varit på respektive vårdcentral och sjukhus, inte antalet innovationer eller hur avancerade de är. Troligen finns dock ett starkt samband mellan dessa storheter. Detta understryks av en analys av den tredjedel vårdcentraler som svarat på frågan om hur många innovationer de introducerat. Bland dessa finns ett tydligt samband mellan antalet innovationer och det ovan nämnda måttet.

Det är efter detta totalindex som sjukhusen och vårdcentralerna har rangordnats och sedan uppdelats på kvartiler. De 25 procent sjukhus som har det lägsta värdet på innovationsindexet har klassificerats till kvartil 1. De nästkommande 25 procenten tillhör kvartil 2 och så vidare. Samma procedur har vi gjort för vårdcentralerna. Vi har alltså fyra kvartiler för sjukhusen och fyra för vårdcentralerna där kvartil 4 är mest innovativ och kvartil 1 är minst innovativ.

Personalstrukturen påverkar inte

Vi har studerat personalstrukturen i alla kvartiler för att se om någon kvartil utmärker sig på något sätt. Vi har analyserat eventuella skillnader avseende ålder, kön, utbildning och födelseland. De registerdata som vi har använt oss av för att kunna beskriva personalstrukturen i de olika sjukhusen och vårdcentralerna har vi hämtat från SCB:s LISA-databas. LISA är uttytt ”Longitudinell Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier” och är baserad på samkörning av olika register inklusive arbetsgivardata så att individerna kan kopplas till i vårt fall respektive sjukhus och vårdcentral.

Resultaten visar att personalstrukturen inte skiljer sig åt. Strukturen är nästan identisk för alla kvartilerna. Det är alltså inte så att de mest innovativa har fler naturvetare, läkare eller sjuksköterskor.

Många idékällor bland de mest innovativa

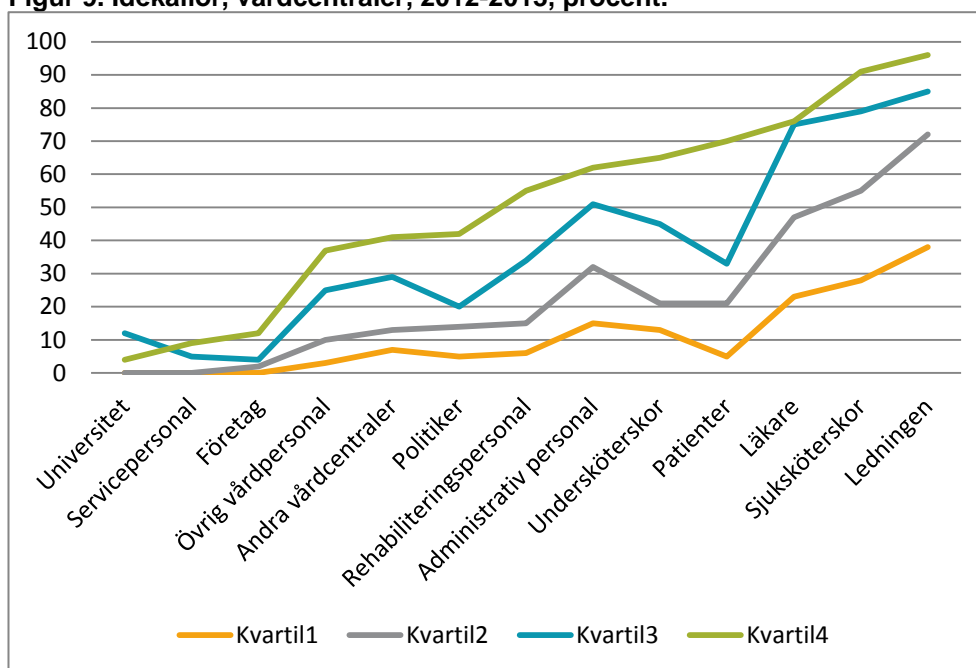
Vi frågade om vilka som kom med idéerna till innovationerna, se bilaga för en komplett redovisning av svaren i de olika kvartilerna.

Vårdcentraler och idéer

Ju mer innovativa vårdcentralerna är desto högre andel hämtar idéer från nästan alla källor. Det är också nästan samma rangordning mellan de olika idékällorna oberoende av innovativitetsgraden. I de två mest innovativa kvartilerna bland vårdcentralerna hämtar knappt hälften idéer från nästan samtliga källor vi frågade om, se figur 9. Vi har valt att använda en mycket oortodox programtyp för denna

illustration. Självklart är det lite oegentligt att dra linjer mellan våra punkter. Det är ju inte frågan om någon successiv utveckling mellan dessa värden. Likafullt har vi valt denna metod då den på ett mycket klarare sätt illustrerar skillnaden mellan de olika kvartilerna. Figurer är ju trots allt bara en metod att åskådliggöra ett datamaterial.

Figur 9. Idékällor, vårdcentraler, 2012-2013, procent.

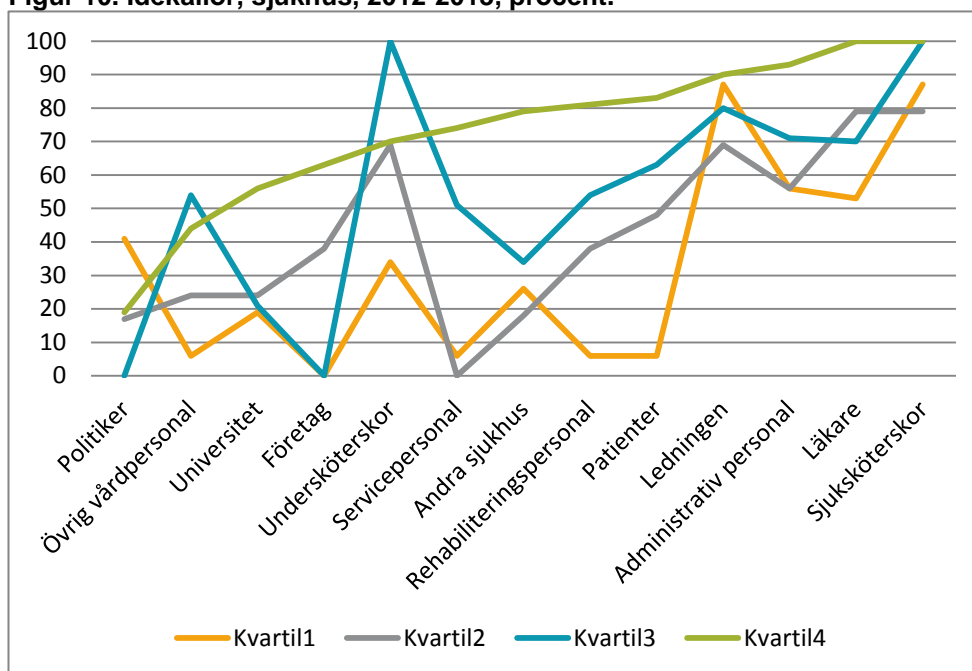


Som framgår av figuren är det i alla kvartiler betydligt vanligare att idéerna hämtas internt än externt. I de två främsta kvartilerna hämtas idéer främst från ledningen och sjuksköterskor. Den största avvikelser från mönstret var att de mest innovativa fick betydligt fler idéer från patienterna än alla de andra kvartilerna. Även undersköterskorna, och i viss mån politikerna, har relativt sett gett idéer i större utsträckning till de innovativa vårdcentralerna. Det är faktiskt ingen skillnad mellan den främsta och näst främsta kvartilen för läkare, idéer hämtas i samma utsträckning från dem i båda kvartilerna. Däremot följer idéer från undersköterskor, administrativ personal, rehabiliteringspersonal och övrig personal strikt innovativiteten. Värt att notera är att idéer kommer i liten utsträckning från universiteten, faktiskt i ungefär i samma utsträckning som från servicepersonalen.

Sjukhus och idéer

I figur 10 visas sjukhusens idékällor. Den mest innovativa kvartilen hämtar idéer från olika personalgrupper, främst från sjuksköterskor och läkare.

Figur 10. Idékällor, sjukhus, 2012-2013, procent.



De två minst innovativa kvartilerna får idéer från väsentligt färre antal källor jämfört med de andra två.

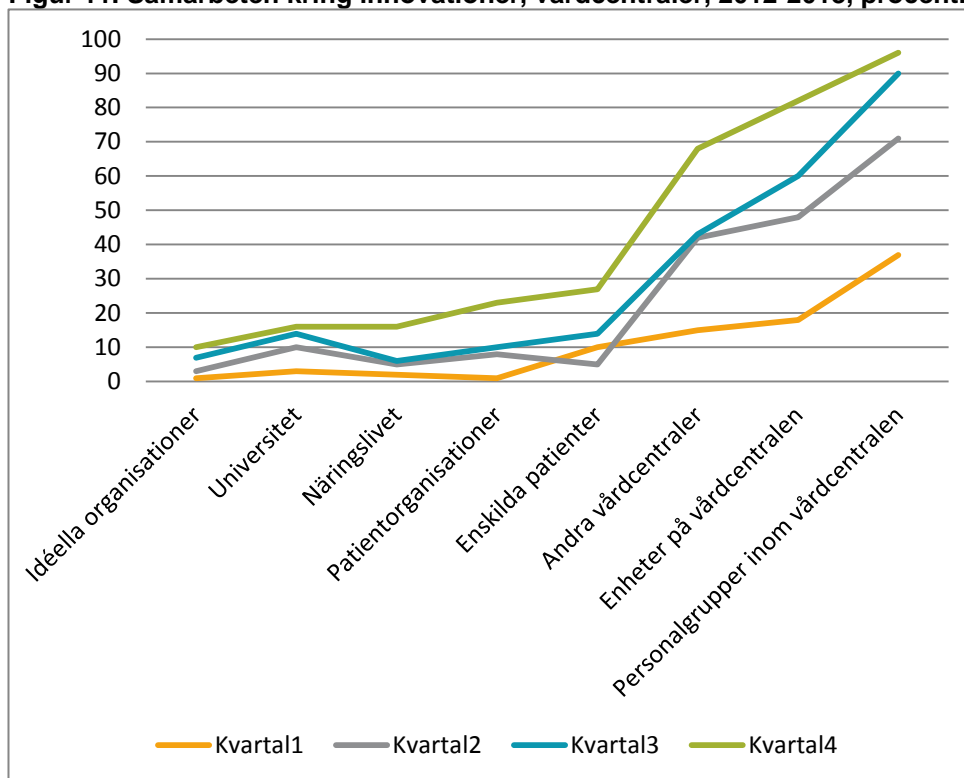
Skillnaden är tydligast mellan de två mest innovativa kvartilerna. Den mest innovativa kvartilen har ett väsentligt högre inflöde av idéer från patienter, andra sjukhus, universitet och företag än någon av de andra kvartilerna, och det är bara två idégivare som är mer frekventa i kvartil tre jämfört med kvartil fyra. En av dessa har gett idéer till alla i kvartil tre och det är undersköterskorna, vilket innebär att de toppar tillsammans med sjuksköterskorna för denna kvartil och för alla kvartiler tillsammans med den sistnämnda gruppen och läkarna i kvartil fyra. Det finns en kategori där skillnader mellan alla kvartiler är små. Detta är idéer från sjukhusledningen, de förekommer i ungefär lika stor utsträckning i alla fyra kvartiler.

Ett mycket intressant undantag från det ovan skildrade mönstret är politiker, den minst innovativa kvartilen har fått idéer från politiker i dubbelt så stor utsträckning som i de andra kvartilerna.

Många samarbetspartners för de mest innovativa

Vårdcentraler och samarbeten

I figur 11 visas vilka aktörer som vårdcentraler samarbetar med kring innovationer. Som framgår av tabellen följer antalet samarbeten innovativitetsgraden, det vill säga de mest innovativa har flest samarbetspartners. För samtliga kvartiler är internt samarbete vanligast. Men också samarbeten med andra vårdcentraler är ofta förekommande, dock med betydande skillnader mellan kvartilerna. Samarbeten med övriga externa aktörer som universitet och näringsliv sker i liten omfattning.

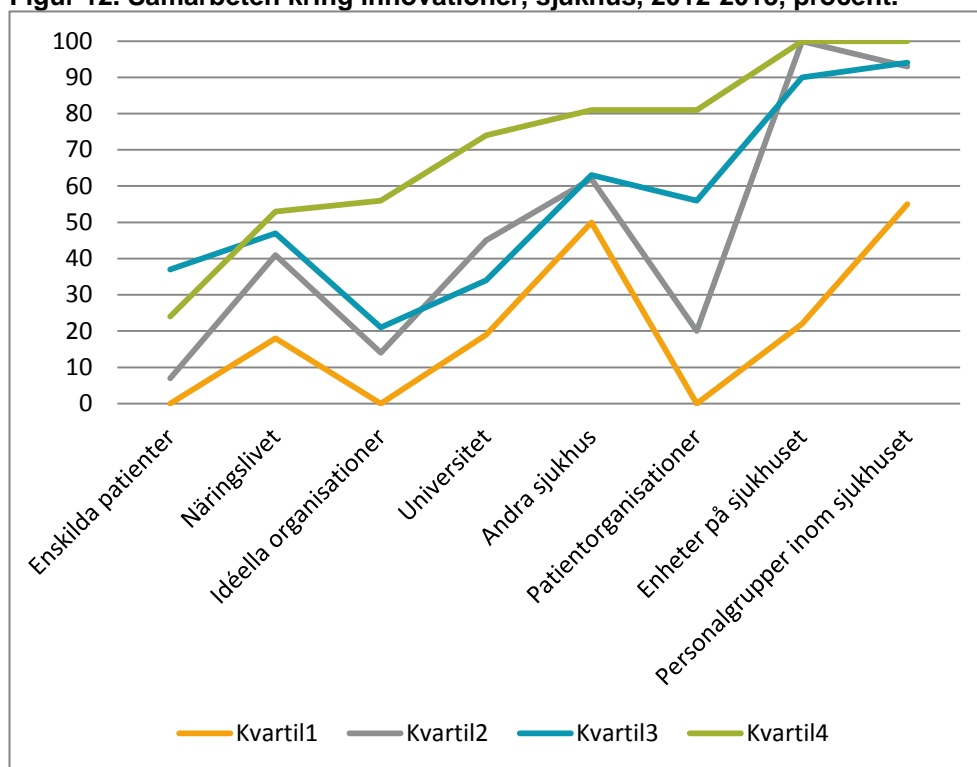
Figur 11. Samarbeten kring innovationer, vårdcentraler, 2012-2013, procent.

Sjukhus och samarbeten

I figur 12 visas sjukhusens samarbeten kring innovationsverksamheten. I alla, utom de minst innovativa, samarbetar såväl olika personalgrupper som olika avdelningar i utvecklingen av innovationerna.

Den mest innovativa kvartilen har klart flest samarbetspartners. För denna kvartil är även de externa samarbetena frekventa då tre fjärdedelar samarbetar med patientorganisationer och universitet och hälften med ideella organisationer och företag. Dessa samarbeten är klart mindre frekventa för de andra kvartilerna. Det enda undantaget är näringslivet som alla, utom den sämsta kvartilen, samarbetar med i ungefär samma utsträckning. Det kan också noteras att den samarbetskategori där de två högsta kvartilerna gemensamt avviker från de andra är patientorganisationerna.

Figur 12. Samarbeten kring innovationer, sjukhus, 2012-2013, procent.



Vilka idékällor, samarbeten och innovationsorganisationer verkar vara viktigast för innovationsverksamheten?

I ett försök till att få en uppfattning om vilka idékällor och samarbeten som påverkar sannolikheten för en bredare innovationsverksamhet har vi med hjälp av en regression försökt förklara indikatorn för de olika innovationstyperna separat, samt totalindexet som vi använde för att dela upp sjukhusen och vårdcentralerna i kvartiler.

När man använder en tvärsnittsregression, det vill säga alla data är från samma år, innebär det att man inte kan hävda att det finns ett orsakssamband. Vi kan endast hävda att det kan vara en indikation på det. Det kan också vara osäkert om i vilken riktning sambandet går. Det är dock troligen så att det inte är bredden på samarbetet som förklarar vilka idégivare eller vilka samarbeten man väljer att ha, snarare tvärtom, det är idégivarna som kan tänkas påverka innovationsverksamheten. Med detta sagt är det naturligtvis möjligt att bredden på innovationsverksamheten kan påverka vem man samarbetar med.

Däremot är det inte lika säkert i vilken riktning påverkan har när det gäller innovationsverksamheten och dess organisering. Det är ju möjligt att en mer utvecklad organisation för innovationsverksamheten lika gärna kan vara en följd av en mer omfattande verksamhet, som att denna förklarar omfattningen av verksamheten. Antagligen går pilen i båda riktningarna. För att kunna avgöra detta skulle man kunna observera innovationsorganisationen för tidigare år och analysera hur den kan förklara innovationsverksamheten ett senare år. Resultaten av dessa tvärsnittsskattningar underlättar dock en bedömning av vilka idégivare och samarbeten som framförallt är kopplade till en bred innovationsverksamhet och vilka som inte verkar ha något sådant samband.

Vårdcentraler

Genomgående har skattningarna skett med hjälp av en stepwise regression. Det innebär att man först väljer den förklarande variabel som förklarar mest av indikatorn för innovationsverksamheten. Därefter testas om några av de skillnader i innovationsindikatorns värde som inte kan förklaras av denna faktor kan förklaras av någon annan. Detta upprepas successivt så att allt fler faktorer inkluderas som kan förklara något av skillnaden i innovationsverksamheten som den mäts med denna indikator.

I hela processen undersöks också om någon faktor som togs in tidigare fortfarande bidrar till den totala förklaringen. Det gör att bara några av alla de faktorer som nämnts ovan av typen idégivare, samarbetspartner och innovationsorganisation inkluderas.

För att vara mer trygga i att denna metod gett rimliga resultat så har också den omvända metoden tillämpats. Det vill säga att alla förklarande faktorer har inkluderats varefter de som inte bidragit till förklaringen av innovationsindikatorn på ett tydligt sätt tagits bort successivt. Då slutresultaten från ett antal exempel visat en liknande bild har den förstnämnda metoden använts genomgående.

I figur 13 och följande har sambanden markerats med olika färger, där grönt indikerar ett positivt samband och rött ett negativt samband. Intensiteten i färgen indikerar styrkan i sambandet eller signifikansnivån, medan talen indikerar effekten.

Antar man att sambandet entydigt går i riktningen från en kategori idégivare till andelen vårdcentraler som har en viss andel produktinnovationer, så skulle man kunna tolka detta samband som att det verkligen gav en effekt på innovationsverksamheten. Exempelvis om en vårdcentral har fått idéer från rehabiliteringspersonalen så ökar sannolikheten för vårdcentralen att introducera produktinnovation med 12 procent. Det motsvarar ytterligare en dryg halv innovationstyp eftersom det finns fem typer av produktinnovationer totalt sett, vilket gör att varje ytterligare typ ökar värdet på en vårdcentralens indikator med $0,2=1/5$. Allt detta jämfört med ett företag som inte fått några innovationsidéer från denna kategori idégivare och följaktligen har värdet 0 på denna delfaktor.

Figur 13. Sambanden mellan de olika innovationstyperna och idégivare, samarbetspartner och innovationsorganisation för vårdcentraler, 2012-2013.

	Produkt	Process	Organisation	Kommunikation	Innovation
Privat		0.06			
Stockholm				0.17	
Idéer ledningen	0.12		0.11		0.12
Idéer sjuksköterskor		0.13			0.10
Idéer rehab personal	0.12			-0.11	0.10
Idéer politiker		0.08	0.10	0.11	0.09
Idéer patienter	0.06	0.09	0.13	0.11	0.11
Idéer andra vårdcen	0.13		0.08	0.15	0.08
Idéer näringslivet		0.13			
Samarbete personalen		0.14			
Samarbete patientorg.			0.12	0.07	
Innovationsmål	0.15		0.11		0.09
Innovationsutvärdering	0.11	0.12	0.12		0.15
Innovationsresurser	0.15			0.13	0.11
Innovationspersonal		0.16	0.07	0.12	

Generellt kan det konstateras att respektive innovationsindikator kan förklaras väl av de oberoende variablerna, det vill säga indikatorerna för de olika idégivarna och samarbetena. De så kallade R^2 -värdena ligger mellan 0,35 och 0,47 för delkomponenterna och 0,58 för totalindexet. Då R^2 -värden är ett mått på hur de kvadrerade avvikelserna förklaras så innebär det att det är de stora avvikelserna som påverkar detta mått mest. Värderar man alla avvikelser på samma sätt så är det R -värdet som är relevant. Det innebär att om exempelvis R är 0,5 så blir $R^2=0,25$. Det innebär att avvikelserna i respektive delindex kan förklaras till omkring två tredjedelar (roten ur $0,35=0,60$ respektive $0,47=0,68$) och totalindexet till drygt tre fjärdedelar (roten ur $0,58=0,77$). Detta är mycket höga tal i en tvärsnittsskattning. Som nämnts ovan så är det bara de faktorer som kan bidra till förklaringen av innovationsindikatorerna som ingått i respektive regression.

Resultaten är klart intressanta, som exempel kan nämnas att för produktinnovationer är de viktigaste idégivarna rehabiliteringspersonalen och ledningen samt andra vårdcentraler, medan samarbetet mellan personalen inte förefaller bidra i lika stor utsträckning.

Framförallt förefaller det som att det påverkar positivt om vårdcentralerna har en innovationsinriktad organisation. Vi kan konstatera att tre av de fyra indikatorerna för innovationsorganisation har gett tydligt utslag, varav två av dem det högsta bidraget. Såväl mål, utvärderingar som tillräckliga resurser har varit av betydelse. Dock detta sagt med reservation för det tidigare resonemanget om att orsaksriktningen är osäker speciellt för denna kategori.

Med ett mindre tydligt genomslag men likafullt med en tydlig effekt var idéer som kommit från patienter. Gruppen har generellt sett varit den som fått det största

genomslaget av alla idégivare och har haft en mycket stark och tydlig effekt på alla de andra innovationstyperna, inklusive totalindexet. Effekten på totalindexet är självklar då det är en sammanvägning av alla de ingående delfaktorerna. Även den halvinterngruppen politiker har haft en nästan lika stor effekt.

Bland de andra personalgrupperna så kan noteras att ledningen och sjuksköterskorna visat sig ha betydelse för totalindexet, medan idéer från läkare och undersköterskor inte verkar få någon tydlig effekt på skillnader i innovativitet mellan vårdcentralerna. Det innebär dock inte att de inte bidrar till innovationsverksamheten, bara att skillnaden mellan hur stor andel av vårdcentralerna som får idéer från dem inte skiljer sig åt på ett annat sätt än för de andra grupperna, när man jämför värdet på denna innovationsindikator. Hur innovationsorganisationen ser ut verkar också ha stor betydelse. Men som nämnts ovan så kan pilen också gå i andra riktningen för dessa variabler.

Sjukhus

Eftersom antalet svarande sjukhus är få blir regressionsresultaten mycket mer begränsade med färre signifikanta variabler och mindre tillförlitliga resultat. Här slår också den högre svarsfrekvensen i Stockholm igenom då fler mindre innovativa sjukhus har svarat där än i resten av landet. Trots detta är förklaringsgraden ännu högre med R²-värden mellan 0.63 och 0.79 vilket innebär att mellan fyra femtedelar och nio tiondelar av variationen i innovationsindikatorerna kan förklaras.

Figur 14. Sambanden mellan de olika innovationstyperna och idégivare, samarbetspartner och innovationsorganisation för sjukhusen, 2012-2013.

	Produkt	Process	Organisation	Kommunikation	Innovation
Stockholm	-0.22	-0.17	0.20		
Idéer service pers.		0.17	0.11	0.20	0.18
Idéer övrig pers.	0.25				
Idéer patienter		0.17			0.14
Idéer andra sjukh.			0.21		0.14
Idéer näringslivet	0.41				0.14
Samarbete personalen					0.19
Samarbete patientorg.		0.19		0.45	
Samarbete ideella org.				0.19	
Innovationsutvärdering	0.22	0.18			0.09

För produktinnovationer är det bara tre indikatorer som gör jobbet. Utöver Stockholmssjukhusens negativa effekt, är det idégivarna; övrig icke medicinsk personal, företag och praxisen att utvärdera innovationer. Alla dessa har mycket tydliga effekter, till skillnad från förklaringsfaktorerna för processinnovationerna.

Den i särklass största effekten står företagen för, de sjukhus som har fått idéer från dessa har i genomsnitt två mer innovationstyper än de sjukhus som inte fått det. Även alla de andra effekterna är också stora då de motsvarar minst en mer, eller för Stockholms del en mindre, innovationstyp. Även om effekterna inte är lika tydliga för processinnovationerna så är effekterna relativt kraftiga även för dessa förklaringsvariabler.

För totalindexet är det dock servicepersonalen som är den idégivare bland personalgrupperna som har fått störst genomslag. I övrigt är det bara externa idégivare; patienter, företag och andra sjukhus som bidragit till förklaringen. Det verkar som att impulserna till förändringarna kommer utifrån, medan själva

samarbetet mellan olika personalgrupper är det som gör att man utvecklar eller anpassar innovationerna och inför dem.

Det är dock inte bara bredden i innovationsverksamheten utan också höjden eller spetsigheten som kan vara av intresse. Endast ett fåtal vårdcentraler och sjukhus har skapat innovationer som de anser sig vara först i Sverige med. Detta innebär att nästan alla de utvecklingsprojekt som här kallas innovationer är något som har utvecklats av den egna vårdcentralen eller sjukhuset, men inte bidragit till att tillföra någon ny kunskap till vården i vårt land utöver att sprida denna. Det gör att det inte går att skatta meningsfulla regressioner för detta.

5.6 Radikala innovationer

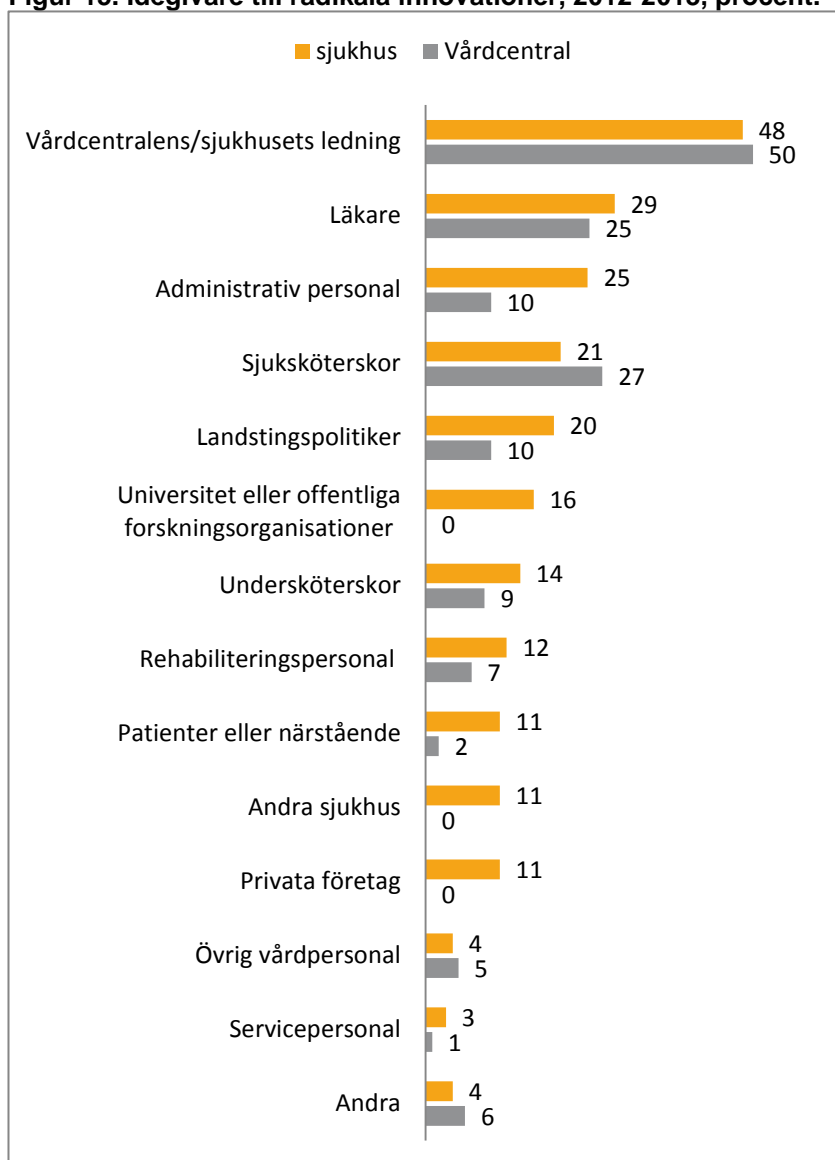
Vi frågade sjukhusen och vårdcentralerna om de hade infört en eller flera innovationer som radikalt påverkade verksamheten, så kallade radikala innovationer. Det innebär inte att det är speciellt epokgörande innovationer utan bara att den förändrat den egna verksamheten på ett mer brett och tydligt sätt. Knappt hälften av sjukhusen uppgav att de introducerat en sådan innovation. Cirka en fjärdedel svarade nej och några fler uppgav att de inte visste. Bland vårdcentraler uppgav mindre än tre av tio att de introducerat en radikal innovation. Lika många uppgav att de inte visste och drygt en tredjedel svarade nej.

Idéer till radikala innovationer

Vi frågade om vem som kom med idén till den radikala innovationen på sjukhuset eller vårdcentralen, se figur 15. För sjukhusen var *ledningen* viktigast, cirka hälften uppgav det. Ungefär en av fyra sjukhus uppgav även att *sjuksköterskor* och *läkare* kom med idén. För vårdcentralerna var svaren liknande. Det fanns dock en viss skillnad då läkarna förekom något oftare som idégivare på sjukhusen jämfört med sjuksköterskorna och det omvända förhållandet gällde på vårdcentralerna. Dessutom gav *administrativ personal* och *landstingspolitiker* idéer i större utsträckning på vårdcentralerna jämfört med på sjukhusen. Detta har nog ett samband med vilka typer av innovationer som får stora effekter på verksamheten i de två typerna av organisation. Få uppgav att det var en aktör utanför det egna sjukhuset som kom med idén.

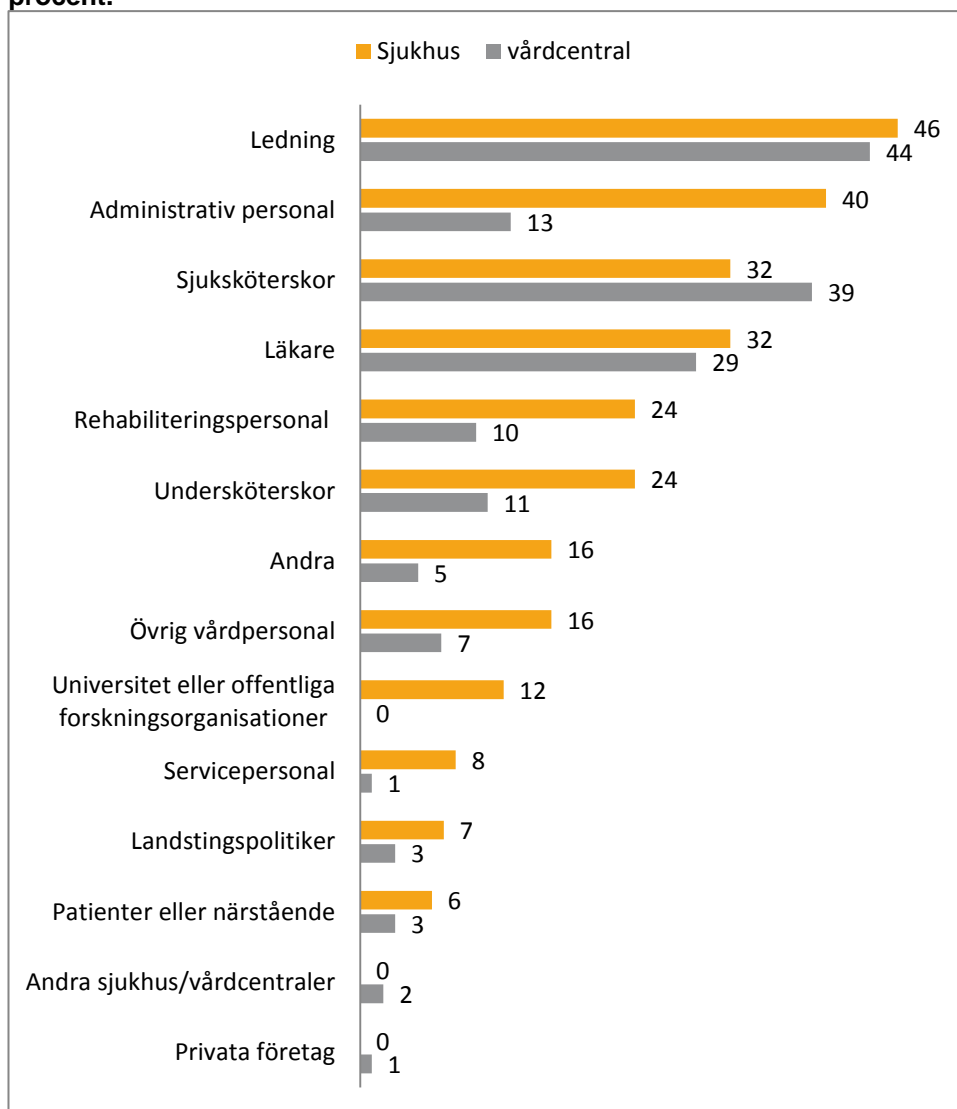
Som framgår av figur 15 är ledningen alltså den i särklass största idégivaren till radikala innovationer. Det är viktigt att komma ihåg att vi adresserat undersökningen till ledningen.

Figur 15. Idégivare till radikala innovationer, 2012-2013, procent.



Interna samarbeten viktiga

Vi frågade även om vilka aktörer som bidrog mest till utvecklingen av den radikala innovationen, se figur 16. För vårdcentralerna är det främst tre kategorier som står för utvecklingen. Cirka fyra av tio uppgav vårdcentralens *ledning* och *sjuksköterskor* och cirka tre av tio uppgav *läkare*. För sjukhusen var samma aktörer viktiga men ytterligare tre tillkommer: *Administrativ personal* som fyra av tio uppgav och *rehabiliteringspersonal* och *undersköterskor* som ett av fyra uppgav.

Figur 16. Viktigste aktör vid utveckling av radikal innovation, 2012-2013, procent.

Vi frågade om vem som berörs av den radikala innovationen, se bilaga för figur. De som berörs i störst utsträckning är *patienter* och *sjuksköterskor* och i marginellt mindre utsträckning *läkare* och *undersköterskor*. Cirka hälften av sjukhusen uppgav också att andra personalgrupper och närstående berördes av den radikala innovationen.

Vi frågade även om syftet med den radikala innovationen. Det vanligaste syftet var kvalitetsförbättringar och att skapa större värde för patienterna. Ett annat ganska vanligt syfte var att ersätta en tidigare tjänst eller vara.

Vilka idékällor, samarbeten och innovationsorganisationer verkar vara viktigast för att skapa innovationer med radikala effekter?

Vi har också skattat regressioner för radikala innovationer i syfte att studera sambanden mellan radikala innovationer med idégivare, samarbeten och innovationsorganisation. Det vill säga i princip samma som tidigare regressioner

men istället för en kontinuerlig variabel blir det nu en dummyvariabel med värdena 0 och 1 som vi vill förklara. Med andra ord vill vi förklara varför vissa vårdcentraler och sjukhus har introducerat en radikal innovation medan andra inte har gjort det. Har man gjort det blir värdet 1 och annars blir värdet 0 för vår beroende variabel.

Som framgår av figur 17 så slår såväl storlek som ägande och region igenom. Givet detta så är det likafullt ett betydande antal idégivare som det finns tydliga samband för.

Figur 17 Sambanden mellan innovationer med radikala effekter och idégivare och samarbetspartner och innovationsorganisation för vårdcentraler, 2012-2013.

Antal sysselsatta	1.02
Stockholm	1.60
Privat	1.93
Idéer ledningen	2.45
Idéer läkare	1.42
Idéer rehab personal	2.39
Idéer admin personal	0.56
Idéer patienter	1.84
Samarbete personalen	4.44
Samarbete ideella org.	2.81
Samarbete näringsliv	0.38
Samarbete patientorg.	0.55
Innovationsmål	2.82
Innovationsutvärdering	1.85
Innovationsresurser	1.98
Innovationspersonal	1.53

Storleken slår nästan inte igenom alls. Det är däremot en tydlig skillnad mellan vårdcentraler i Stockholm jämfört med övriga landet. Dessutom har de privata vårdcentralerna gjort det oftare än de offentliga, nästan dubbelt så ofta.

Det är ganska naturligt att ledningen finns med som initiativtagare eller idégivare då det självklart krävs att ledningen är med på noterna om det ska bli någon radikal förändring. Dessutom är det ledningen som har till uppgift att tänka i mer övergripande termer.

Vidare återfinns rehabiliteringspersonalen även här. Det tyder på att en betydande del i nytänkande på vårdcentralerna sker just inom rehabiliteringsområdet. Även läkarna finns med men sambandet är inte så starkt. Det understryker bilden av att trots att läkarna står för en hel del innovationsidéer så verkar inte de utgöra skillnaden mellan vårdcentraler som utvecklat en bred utvecklingsverksamhet, eller introducerat innovationer med radikala effekter, och de som inte gjort det.

Kontrasten är dock stor till den administrativa personalen på de vårdcentraler där många av idéerna kommer från, då den administrativa personalen mindre ofta skapar innovationer med radikala effekter. Idéer från dem halverar sannolikheten för radikala innovationer. Detta kan enkelt förklaras av att de idéer som kommer från den administrativa personalen nästan enbart berör administrationen och

därför inte får några större effekter för verksamheten. Det innebär för den delen inte att deras idéer på något sätt är ovälkomna.

Att patienter återkommer här, i likhet med rehabiliteringspersonalen, understryker återigen deras centrala roll i förnyelsen på vårdcentralerna. Det finns också flera intressanta samarbetspartner i detta arbete. Den med det tydligaste positiva sambandet är ideella organisationer. Det är en grupp som i vårt land har fått en internationellt sett undanskymd roll i vården. Resultatet understryker det olyckliga i detta förhållande, vilket dock verkar ha uppmärksammats den senaste tiden.

Sambandet för patientorganisationerna är förvånansvärt negativt då det minskar sannolikheten för radikal innovation. Uppenbarligen har de få vårdcentraler som samarbetat med dessa i sitt innovationsarbete gjort det med innovationer som inte haft någon omvandlande effekt på hela verksamheten utan varit mer avgränsade.

Det starkt negativa och tydliga sambandet när det gäller näringslivet är inte lika lättolkat. Möjligtvis så är också idéerna som kommer från denna grupp relativt avgränsade.

Slutligen understryks återigen att en bred och tydlig organisation av innovationsverksamheten framstår som mycket viktig. Med detta sagt med den tidigare reservationen om ett dubbelriktat orsakssammanhang.

Av den knappa tredjedel vårdcentraler som har introducerat en radikal innovation så är det klart under hälften av dessa som introducerat flera sådana. Skattningar av skillnaden mellan de som introducerat flera radikala innovationer och de som bara introducerat en sådan blir relativt svåra då antalet observationer blir få. Osäkerheten i resultaten ökar därmed. Det blir likväl en del intressanta resultat.

Figur 18. Vad förklarar sannolikheten att ha skapat flera radikala effekter givet att vårdcentralen har skapat en, 2012-2013.

Stockholm	13.59
Idéer undersköterskor	3.77
Idéer rehab personal	84.46
Idéer service personal	0.04
Idéer patienter	8.38
Idéer universitet	<0.001
Idéer andra vårdcen	3.95
Samarbete andra vårdc.	0.04
Samarbete universitet	77.72
Samarbete näringslivet	0.05
Samarbet enskilda pat.	0.03
Innovationsmål	14.51
Innovationsavdelning	11.36
Innovationsutvärdering	44.15
Innovationsresurser	0.04
Innovationspersonal	6.87

Även här kan idéer från rehabiliteringspersonalen göra verklig skillnad, vilket understryker det tidigare resonemanget om deras viktiga roll för vårdcentralernas

utvecklingsverksamhet ytterligare. Detsamma gäller patienterna som idégivare. Till och med det negativa resultatet för den administrativa personalen känns igen.

Här tillkommer dock personalkategorin undersköterskor, och det på ett tydligt sätt, medan läkarna faller bort. Det sistnämnda understryker den mindre avgörande roll som läkarna verkar ha i vårdcentralernas utvecklingsarbete. Kanske kan det kopplas till det negativa idéflödet från universiteten vilket troligen sker via läkarna. Det verkar som detta avser mindre genomgripande innovationer för hela verksamheten även om det kan ha stor betydelse för ett visst vårdområde eller för en patientgrupp.

Det finns dock en viss motsats till ovanstående då samarbetet med universiteten verkar mycket starkt positivt. Dessa är tydligen en kraft som utnyttjas i det storskaliga förändringsarbetet som initieras från andra håll. Slutligen kan konstateras att det ser ut som att skulle vara centralt hur man administrerar förändringsarbetet, dock sagt med samma reservation som tidigare.

För sjukhusens del blir talen mycket små även om andelarna är klart högre än för vårdcentralerna när det gäller innovationer med radikala förändringar. Det resulterar i att endast ett fåtal variabler blir signifikanta, vilket framgår av figur 19.

Figur 19. Sambanden mellan innovationer med radikala effekter och idégivare och samarbetspartner och innovationsorganisation för vårdcentraler, 2012-2013.

Idéer patienter	38.28
Idéer näringslivet	10.58
Idéer universitet	22.89
Samarbete universitet	0.01
Innovationsresurser	0.07

Återigen framkommer betydelsen av att fånga upp idéer från patienterna, men här är också företagen och universiteten relativt tydliga bidragsgivare. Däremot saknas alla interna grupper. Det verkar, till skillnad från vårdcentralerna inte ske några verkligt storskaliga samarbeten som får radikala effekter för sjukhus. När det gäller så stora organisationer som sjukhus verkar inte universiteten vara en samarbetspartner som tillför något. I stället verkar universitetssamarbeten vara mer vanligt förekommande hos de sjukhus som inte introducerat innovationer som fått radikala förändringar. Intressant nog verkar förmågan att ha tillräckliga resurser vara negativt kopplade till de innovationer som får radikala effekter. På grund av det mycket begränsade antalet observationer är det inte möjligt att skatta skillnaden mellan de sjukhus som gjort flera radikala innovationer och övriga.

5.7 Sammanfattande kommentarer om innovation i sjukvården

Vanligt med innovationsverksamhet i sjukvården

Enligt vår pilotundersökning har samtliga sjukhus och nästan alla vårdcentraler i undersökningen introducerat åtminstone en innovation under 2012–2013. Med tanke på den breda definitionen av innovation vi använt så är detta ett förväntat resultat. En annan förklaring är sannolikt den högt utbildade arbetskraften inom

såväl sjukhus som vårdcentraler. Dessutom är dessa organisationer mycket stora, särskilt sjukhusen, jämfört med företagen och det är därför inte så förvånande att så många introducerat något nytt.

Det var inte särskilt många sjukhus och inga vårdcentraler som skapat en världsunik produktinnovation. Några fler hade skapat något som var nytt för Sverige. Jämfört med företagen på den privata marknaden är detta trots allt inte så stora tal. Särskilt inte när man även tar hänsyn till skillnader i storlek och utbildning.

Pilotundersökningen har också gett oss insikt i att typerna av innovationer varierar mellan sjukhus. Vi ställde ett trettiotal delfrågor om olika innovationstyper och svaren visar att vissa är vanligare än andra. Hur ska då dessa svar värderas? Vad är bra, eller dåligt? För att kunna göra en sådan värdering är det nödvändigt att ha jämförbara data över tid, gärna för fler länder. I nuläget saknas sådan data och våra resultat får istället ses som ett utgångsläge och som ett underlag för diskussioner om ämnet.

Viktigt med samarbete kring innovation

Från innovationsundersökningen av privata företag vet vi att de som samarbetar med aktörer utanför det egna företaget är mer framgångsrika i sitt innovationsarbete än de som inte gör det. Utifrån undersökningen av sjukvården har vi sett att samarbete med externa aktörer inte sker i särskilt stor omfattning, men att de som gör det är mer framgångsrika i sitt innovationsarbete än de som inte gör det. Inte heller anses de externa aktörerna vara viktiga samarbetspartners i någon större utsträckning. Detsamma gäller för vem som kommer med idéer till innovation; de kommer betydligt oftare från interna aktörer.

Det kan finnas många förklaringar till att man inom sjukvården verkar samarbeta mindre med externa aktörer jämfört med vad privata företag gör. För sjukhusens del kan det till exempel bero på att många är stora organisationer med varierande verksamhet och att man därför kan inspireras och läras av kollegor inom sjukhuset. Det går också att vända på resonemanget och istället fråga sig varför man inte i större utsträckning lyfter blicken utanför sitt eget sjukhus eller vårdcentral och inspireras av alla andra innovationer utanför den egna dörren. 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.

Resursernas omfattning påverkar innovation

I undersökningen har vi sett att många anser att bristande resurser påverkar deras innovationsverksamhet negativt. Utifrån analyser av företagens innovationskraft vet vi att en nyckel till framgång är finansiella resurser inom hela kedjan från idé till implementerad produkt eller process.

Vår undersökning visar också att flera sjukhus och vårdcentraler får stöd i sitt innovationsarbete. Men utifrån svaren i undersökningen bör man ställa sig frågan om det sker i tillräcklig omfattning. Det är alltså viktigt att fortsätta utreda resursernas betydelse för innovationskraften i sjukvården.

Viktigt att anpassa organisationen till innovationsverksamheten

För att kunna initiera, utveckla och implementera innovationer är det viktigt att organisationen anpassas efter det. Utifrån vår undersökning såg vi att flera sjukhus och vårdcentraler i viss utsträckning har anpassat sin organisation. Men det är långt ifrån alla. Överlag ger informationen signaler om att det, för många inom sjukvården, finns utrymme att stärka en innovationsfrämjande organisation.

Patientfokus i utvecklingsarbetet?

Vi har ställt många frågor där patientens roll har lyfts fram. Många sjukhus och vårdcentraler uppger att patienten står i fokus för dess innovationsarbete. Men om man har gjort det i tillräcklig omfattning är emellertid svårt att bedöma.

6 Diskussion om metoden att mäta innovation i offentlig sektor

I många år har innovation endast mätts i privat sektor. Under senare år har dock intresset väckts för att även mäta innovation i offentlig sektor. I dag handlar frågan inte om att mäta innovation i offentlig sektor utan snarare *hur*. En viktig fråga är om den offentliga sektorn ska undersökas med ett eller flera frågeformulär. En annan viktig fråga är vem frågorna ska skickas till. Ska de skickas till den juridiska enheten (till exempel ett landsting eller kommun)? Eller ska de skickas till arbetsställen (till exempel ett enskilt sjukhus eller vårdcentral)?

6.1 Ett eller flera frågeformulär

En central fråga är alltså om den offentliga sektorn ska mätas med ett gemensamt frågeformulär eller med flera olika. Sektorn är heterogen vilket å ena sidan kan tala för att använda flera frågeformulär. Å andra sidan vore det värdefullt att mäta hela sektorn med ett identiskt frågebatteri eftersom jämförelser därmed underlättas. I innovationsundersökningen för privat sektor skickas en gemensam enkät ut till alla företag, oavsett branscher. Även i MEPIN skickades ett gemensamt frågeformulär ut till hela den offentliga sektorn.

Slutsatsen i MEPIN var att det var fullt möjligt att ta fram en gemensam enkät för hela den offentliga sektorn, trots en hel del svårigheter på grund av den heterogena verksamheten i offentlig sektor. I MEPIN konstaterades att även om många respondenter hade svårigheter att svara fanns det inte någon del av sektorn som ansåg undersökningen vara mindre relevant för dem jämfört med andra sektorer. Även om det går att undersöka hela den offentliga sektorn med en gemensam undersökning menar man i MEPIN att det ändå finns fall då det kan vara lämpligt att differentiera frågeformuläret, till exempel att homogena sektorer som sjukvård och utbildning studeras var för sig.

SCB delar slutsatsen att det sannolikt är möjligt att undersöka den offentliga sektorn med ett gemensamt frågeformulär. Alternativet – det vill säga att utveckla olika frågeformulär för olika delar av den offentliga sektorn – är dyrare, mellan 2 och 4 miljoner årligen beroende på omfattning. Om detta alternativ ska väljas måste den ytterligare information som man får stå i proportion till de större kostnaderna.

SCB kan konstatera att frågorna i denna undersökning varit relevanta för respondenterna. Utifrån tester som gjordes innan undersökningen, kunde vi konstatera att frågorna är relevanta och möjliga att besvara. Även utifrån respondenternas kommentarer om undersökningen kan vi dra samma slutsats. Endast ett fåtal förde fram synpunkter på att frågorna var svåra att svara på. Visserligen är bortfallet avsevärt men det beror sannolikt mer på att undersökningen är frivillig än på att frågorna skulle vara irrelevanta.

Avsikten med att skräddarsy undersökningen för sjukvården var att vi ville få policyrelevant kunskap om sjukvården. Genom att koppla frågorna i undersökningen till politikerns styrinstrument såsom lagstiftning, budgetansvar och särskilda satsningar från myndigheter fick vi konkreta svar på hur innovationsverksamheten i sjukvården förhåller sig till detta. Exempelvis kan

nämnas att vi fick flera svar kring patientens ställning i sjukvården. Vi såg även att vissa sjukhus var mer innovativa än andra.

Enligt vår uppfattning har undersökningen gett en hel del viktig och tidigare inte känd policyrelevant kunskap om innovation i sjukvården. Utifrån denna kunskap är det därmed fullt möjligt att justera de styrinstrument som står till beslutsfattarens förfogande.

6.2 Bättre skicka till arbetsställe än till juridisk enhet

I undersökningen av sjukvården valde vi att skicka frågeformuläret till arbetsställen istället för till juridisk enhet. I MEPIN drog man slutsatsen att det är svårt att hitta en person inom ett landsting som har kunskap om alla innovationer som sker där. Vi delar helt denna uppfattning.

Av undersökningen av sjukvården kan vi konstatera att det har fungerat väl att skicka frågeformuläret till arbetsställen. Vi skickade till verksamhetschefen som enligt lag ska finnas på varje arbetsställe. De som svarade var antingen verksamhetschefer eller kvalitets- och utvecklingsansvariga.

SCB:s bedömning baserat utifrån denna och tidigare pilotundersökningar är att det verkar vara mest lämpligt att skicka frågor om innovation till arbetsställen vid undersökningar av innovation i offentlig sektor.

I sammanhanget bör dessutom nämnas att urvalsförfarandet var tämligen komplicerat eftersom det inte finns ett sammanställt nationellt register över varken alla sjukhus eller vårdcentraler i Sverige.

6.3 Definitionen behöver utvecklas

I denna pilotundersökning använde vi samma breda definition på innovation som används i innovationsundersökningen som riktas till det privata näringslivet. Nackdelen med en bred definition är att många företag eller sjukvårdsinrättningar ses som innovativa, trots att deras innovation redan existerar och används av andra. För produktinnovationer finns det emellertid frågor om innovationens nyhetsvärde. Alla som uppger att de har en produktinnovation ska även svara på om den var ny för världen, Sverige (marknaden) eller sjukhuset/ vårdcentralen (företaget).

För näringslivet fungerar denna fråga väl. En hel del företag uppger att de introducerat sådana världsunika produktinnovationer vilket framkommer i SCB:s rapport "Förnyare och andra utvecklare". Där har företagen delats in i fyra grupper: de som skapat något nytt för världen, de som utvecklat något som varit nytt på sin marknad men ej i världen, de som bara utvecklat något som varit nytt för det egna företaget samt de som inte skapat något nytt alls.

Frågan om nyhetsvärdet fungerar dock mindre bra i vår pilotundersökning och det blir därför inte lätt att välja rimliga mått på innovationsförmågan för vårdcentraler och sjukhus. Av de 36 sjukhus som svarade så uppgav 6 att de tagit fram en ny produkt för Sverige och fyra uppgav att de tagit fram en ny produkt för världen. Samtliga sjukhus uppgav att de introducerat något nytt. Ingen vårdcentral av de 242 som svarade uppgav att de tagit fram en världsunik produkt och nio uppgav att de utvecklat något som var nytt för Sverige. 22 vårdcentraler uppgav att de inte introducerat något nytt.

Eftersom för få har utvecklat världsunika produkter är det inte möjligt att använda frågan om nyhetsvärde för att ringa in de allra mest innovativa sjukhusen och vårdcentralerna. Det medför att en meningsfull analys av hur de mer

innovationsmässigt framgångsrika företagen skiljer sig från varandra och de andra därmed inte blir möjlig.

Vi har istället valt ett mått som anger bredden på innovationsverksamheten. Detta har varit möjligt då respondenterna har svarat på om de introducerat en viss typ av innovation uppdelat i de fyra olika innovationstyperna, och i mellan fem och sex undergrupper vardera. Baserat på dessa uppgifter har det varit möjligt att skapa ett meningsfullt mått som troligen har ett positivt samband med mer smala mått på hur kvalificerade dessa innovationer är. Vidare har också efterfrågats om det är några innovationer som introducerats som har fått radikala effekter på arbetet. Detta mått har också utnyttjats som en annan indikator på innovationsverksamheten.

Till framtida undersökningar om innovation i offentlig sektor är det viktigt att se över frågan om innovationens nyhetsvärde. Sannolikt är det väldigt få organisationer inom offentlig sektor som utvecklar världsunika produkter och om de gjort det är frågan om de känner till att produkten är världsunik.

6.4 Nödvärdigt med fortsatt arbete

Arbetet med denna undersökning har bedrivits inom ramen för SCB:s regeringsuppdrag att förbättra mätning av innovation i privat och offentlig sektor. Regeringsuppdraget ska slutföras i februari 2016 och någon mer undersökning av innovation i offentlig sektor i Sverige kommer inte att göras innan dess. Enligt SCB:s uppfattning är det emellertid viktigt att fortsätta arbetet med att utforma en regelbunden undersökning av innovation i offentlig sektor efter det att regeringsuppdraget slutförts.

I dagsläget är det för tidigt att låsa fast sig vid en metod, till exempel att skicka ut ett gemensamt frågeformulär till hela den offentliga sektorn. Det fortsatta arbetet bör istället bedrivas förutsättningslöst genom att följa det internationella arbetet samtidigt som man i Sverige fortsätter att mäta innovation i den offentliga sektorn på olika sätt. Hur sådana mätningar ska se ut är ännu inte möjligt att fastställa. Värdet av innovationsundersökningen av sjukvården behöver fastställas innan sådana beslut kan tas. Vi kan däremot redan nu peka på tre alternativa spår.

1. SCB skulle kunna ta fram ett gemensamt frågeformulär för hela den offentliga sektorn.
2. SCB skulle även kunna ta fram specifika frågeformulär för olika delar av offentlig sektor. Vi har hittills undersökt delar av landstingens verksamhet. Det vore även intressant att undersöka kommunal och statlig verksamhet. Exempel är utbildningssektorn, eller barn- och äldreomsorg på den kommunala nivån. Ett annat exempel är att se närmare på statlig sektor, till exempel Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. I ett kommande arbete är det viktigt att kostnader och olika typer av mervärden för de olika alternativen belyses noggrant.
3. SCB skulle även kunna kombinera de två alternativen, det vill säga att skapa ett frågeformulär som innehåller sektorsspecifika frågor och allmänna frågor som kan ställas till hela den offentliga sektorn.

Bilagor

Bilaga 1 – Regeringsuppdraget

Bilaga 2 – Frågeformulär innovationer i sjukvården

Bilaga 3 – Svar från sjukhus

Bilaga 4 – Svar från vårdcentraler

Bilaga 5 – Kort beskrivning av svensk sjukvård

Samtliga bilagor kan laddas ner på www.scb.se/innovation

