

Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene

En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren

Gunnar Sivertsen

Arbeidsnotat 16/2015

Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene

En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren

Gunnar Sivertsen

Arbeidsnotat 16/2015

Arbeidsnotat 16/2015

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
Adresse Postboks 2815 Tøyen, 0608 Oslo, Norge. Besøksadresse: Økernveien 9, 0653 Oslo, Norge

Prosjektnr. 12820246

Oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet
Adresse Postboks 8011 Dep, 0030 Oslo

Trykk Link Grafisk

ISBN 978-82-327-0132-2
ISSN 1894-8200 (online)

www.nifu.no

Forord

Arbeidet som presenteres i denne rapporten er utført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten har blitt til i samarbeid med en arbeidsgruppe oppnevnt av Nasjonalt nettverk for innovasjon i universitetssykehusene og i samspill med Nasjonal strategigruppe for forskning, Helse Sør-Øst og Inven2. NIFU takker oppdragsgiver og alle som har bidratt til dette nyskapende arbeidet med å måle innovasjon.

Oslo, september 2015

Sveinung Skule
Direktør

Espen Solberg
Forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	9
2 En ny modell for måling og stimulering av innovasjon	11
3 Faseinndeling	13
3.1 Faser og fasekriterier	13
3.2 Poeng for gjennomført fase	15
4 Nyttevurdering	16
4.1 To alternativer som også kan kombineres	16
5 Spredning og kommunikasjon	18
6 Pilotering	19
Vedlegg A: To eksempler på nyttevurdering av innovasjonsprosjekter	21
Vedlegg B: Innovation Impact Overview	23

Sammendrag

I denne rapporten foreslås en ny modell for måling og stimulering av innovasjon i helseforetakene. Modellen er basert på at man som datagrunnlag bruker den informasjonen som uansett blir til når tjenesteinnovasjon og kommersialisering følges opp på en profesjonell måte i en beslutningsprosess. Ideen er å måle innovasjonsaktiviteten i forhold til hvor langt prosjektene føres gjennom et faseforløp i retning av implementering og spredning eller kommersialisering. Dessuten skal målingen omfatte vurdert og realisert økonomisk potensiale eller samfunnsøkonomisk betydning.

Den nye modellen vil kunne være et arbeidsbesparende alternativ til nåværende modell, hvor resultater av innovasjon telles enkeltvis gjennom en egen årlig rapportering. Modellen forutsetter et nasjonalt integrert informasjonssystem for profesjonell oppfølging av innovasjon. Et slikt system eksisterer, men er ikke fullt ut implementert.

Oppdragsgiver for rapporten er Helse- og omsorgsdepartementet. Ideene til den nye modellen er utviklet av NIFU i samarbeid med en arbeidsgruppe oppnevnt av Nasjonalt nettverk for innovasjon i universitetssykehusene og i samspill med Nasjonal strategigruppe for forskning, Helse Sør-Øst og Inven2.

1 Innledning

I 2014-2015 har NIFU hatt som oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å lage et forslag til videreutvikling av innovasjonsindikatorerne som i dag brukes til rapportering fra helseforetakene. Oppgaven er formulert slik: «Utvikle og lage en vektet indeks av innovasjonsindikatorer benyttet i de regionale helseforetakene basert på rapporteringskrav og indikatorer for innovasjon i de regionale helseforetakene/helseforetakene.» Oppgaven inngår som en av åtte i forbindelse med et mer omfattende oppdrag hvor NIFU i 2012-15 skal bidra til «videreutvikling av Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale system for måling av forskningsresultater og indikatorer for forskning og innovasjon i helseforetakene». Ifølge avtalen skal arbeidet gjennomføres i dialog med departementet og sentrale aktører og med Nasjonal strategigruppe for forskning som referansegruppe.

De første ideene til hvordan denne oppgaven kunne løses ble utviklet i møter mellom NIFU, Helse Sør-Øst, Idepoliklinikken ved Oslo Universitetssykehus og Inven2. Deretter ble ideene presentert for Nasjonalt nettverk for innovasjon i universitetssykehusene, som oppnevnte en arbeidsgruppe fra nettverket for å bidra til å videreutvikle ideene. I arbeidsgruppen har representanter for samtlige universitetssykehus og dermed alle fire helseregioner deltatt.

Underveis har arbeidsgruppens foreløpige resultater vært presentert og diskutert i RHFenes strategigruppe for forskning ved tre anledninger, dessuten på Innovasjonskonferansen i 2014, og i innovasjonsnettverket i Helse Sør-Øst. Sentralt har Helse Sør-Øst bistått i hele prosessen med verdifulle forslag, kommentarer og kontakter. Også Inven2 har gitt viktige innspill.

Arbeidet har tatt utgangspunkt i rapporten *Forslag til nye nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren*, som ble levert Helse- og omsorgsdepartementet i september 2011. Der finnes en avklaring av **innovasjonsbegrepet** (s. 6-7) som vi mener kan videreføres. Forslaget til løsning i vår rapport tar utgangspunkt i samme avgrensning (for eksempel overfor utviklingsarbeid) og inkluderer på samme måte *både* forskningsbasert innovasjon med et kommersielt potensiale og innovasjon knyttet til tjenester og prosesser i helseforetakene. De ulike formene for innovasjon behandles på lik linje i vårt forslag.

Et annet viktig utgangspunkt i rapporten fra 2011 er **åtte kriterier for etableringen av indikatorer for innovasjon** (s. 10). Vi anser disse kriteriene som viktige og nødvendige, selv om de er ambisiøse og ennå ikke innfridd, verken i Norge eller i andre land:

1. Skal lett kunne måles, registreres og rapporteres
2. Bør fange opp store og små "milepæler" i innovasjonsforløpet; det er nødvendig å registrere aktiviteter i tidlig fase så vel som endepunkter for å stimulere innsats.

3. Stimulere til økt innovasjon, herunder å øke fokus på og forståelse for innovasjon (skape innovasjonskultur).
4. Stimulere til økt samarbeid og kunnskapsdeling om innovasjon i ulike deler/sektorer av samfunnet
5. Bør kunne gi et nyansert bilde av foretakenes fokus og innsats på innovasjon
6. Favne flere sider av innovasjonsbegrepet enn dagens, så som prosess- og tjenesteinnovasjon, samt flere nivåer av nyskaping.
7. Bør kunne hjelpe oss å nå målene som er satt for innovasjon innen helse (se f.eks. OUS' innovasjonsstrategi).
8. Bør kunne brukes til nasjonal benchmarking

Den dagen disse åtte kriteriene fra 2011 kan innfris, mener vi at det vil være grunnlag for å måle, skape oversikt over, stimulere og finansiere innovasjon på tilsvarende måte som man siden 2003 har målt, skapt oversikt over, stimulert og finansiert forskning i helseforetakene ved hjelp av forskningsindikatorer. Men i motsetning til forskningsaktiviteter, munner de fleste innovasjonsaktiviteter ikke ut i entydige, uavhengige og målbare resultater som tilsvarer vitenskapelige publikasjoner og doktorgrader. Derfor har regionshelseforetakene siden 2007 rapportert sine innovasjonsaktiviteter gjennom en kombinasjon av kvalitative beskrivelser i forhold til spesifikke målsettinger og kvantitative indikatorer. De seks kvantitative indikatorene i den årlige rapporteringen er:

1. Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene.
2. Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensiale.
3. Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed.
4. Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk
5. Antall nye patentsøknader
6. Innovasjonskulturtiltak (tekstlig omtale)

Det er vanskelig å foreslå forenklinger eller utvidelser av denne listen som samtidig gjør den bedre. Likevel, til tross for at helseforetakene antakelig har de best mulige innovasjonsindikatorerne i dag, kom det fram i en tidlig fase i vårt prosjekt at det er bred enighet blant de som arbeider med innovasjon og rapportering i helseforetakene om at indikatorene ikke er dekkende og ikke skaper god oversikt. Dessuten innfrir ikke alle indikatorene ambisjon nummer 1 ovenfor om at de lett skal kunne måles, registreres og rapporteres. Noen er imidlertid viktige og relativt enkle å rapportere. I kapittel 3 nedenfor om «Faseinndeling» foreslår vi at indikator nummer 1 rapporteres i fase 4 og indikator nummer 5 i fase 2. Indikator 4 vil få en mer generell løsning ved at den knyttes til et nasjonalt integrert informasjonssystem for oppfølging av innovasjon, se kapittel 2 og 3.

Det ble likevel tidlig klart i dette prosjektet at det ville bli vanskelig å skape og begrunne en «vektet indeks» på grunnlag av de eksisterende indikatorene. I stedet har vi utformet en helt ny modell for måling og stimulering av innovasjon på et nytt datagrunnlag.

2 En ny modell for måling og stimulering av innovasjon

Ideen til den nye modellen kom gjennom en diskusjon av ambisjon nummer 1: Innovasjon bør bli lett å måle, registrere og rapportere. Er det mulig å la dette skje av seg selv i innovasjonsarbeidet, uten ekstra rapportering? Parallellen i forskningen er den vitenskapelige publikasjonen. Den blir ikke til for at den skal måles, men som en integrert siste fase i forskningsprosessen. Måling av vitenskapelig publisering skjer med utgangspunkt i bibliografiske systemer som ikke er skapt for målingen, men for at andre forskere skal kunne søke, gjenfinne og lese publikasjonen. Finnes lignende kommunikasjonssystemer for innovasjonsarbeidet som av seg selv kan avgi data til målingen?

Ja, TTO'ene bruker informasjonssystemer for å følge opp og kommunisere omkring innovasjonsforløp fram mot lisensiering. Samme eller tilsvarende systemer er tatt i bruk, eller er i ferd med å bli tatt i bruk, i helseforetakene for å følge opp tjeneste- og prosessinnovasjon. Disse systemene er spesialdesignet for å følge opp innovasjon – de er ikke vanlige systemer for prosjektstyring.

Informasjonssystemer er nødvendige hvis man på en profesjonell måte skal selektere og følge opp konsekvensrike nye ideer og løsninger gjennom vurderings- og beslutningsprosesser og videre til eventuell pilotering, implementering, spredning eller kommersialisering. Underveis i beslutningsprosessene må man i hver fase ta stilling til innovasjonens kommersielle eller samfunnsøkonomiske potensiale og begrunne ressursene som brukes i innovasjonsforløpet i forhold til potensialet. Man må også forankre oppfølgingen hos ansvarlige beslutningstakere. Alt dette kan foregå mer effektivt i et godt informasjonssystem.

Den nye modellen for måling og stimulering av innovasjon som vi presenterer her, er basert på at datagrunnlaget blir til gjennom informasjonssystemer for oppfølging av innovasjon. Dermed skal det ikke skapes særskilte data (eller databaser) for å måle innovasjon. Også selve målingen og rapporteringen kan være en integrert del systemet.

For å realisere denne modellen, er det nødvendig at alle helseforetak har et informasjonssystem for profesjonell oppfølging av innovasjon, helst ved å delta i et nasjonalt integrert system, men ellers ved å ha et system som muliggjør informasjonsutveksling med andre helseforetaks systemer. Et nasjonalt integrert system vil være den beste løsningen av to grunner: For det første kan man da på en mer transparent måte måle og sammenligne innovasjon på tvers av helseforetakene. For det andre skapes muligheten for kommunikasjon og mer effektiv spredning av innovasjon mellom dem.

Beskrivelsen av innovasjonsarbeidet ovenfor viser at vurderingene og beslutningene forholder seg til **to dimensjoner**: I den ene besluttes oppfølgingen gjennom bestemte **faser**. I den andre dimensjonen, **nyttevurdering**, foretas en vurdering av innovasjonens nytte, verdi eller kommersielle potensiale. Den nye modellen vi her foreslår for måling og stimulering, innebærer at data fra begge dimensjoner kan benyttes og kombineres til en samlet beregning av **innovasjonspoeng**. Ideen er å gi økt poeng dess mer fremskreden i fasene innovasjonen er og dess større nytte, verdi eller kommersielt potensiale innovasjonen har. Hver **fase** må defineres gjennom et sett av oppgaver og et bestemt beslutningsgrunnlag eller en dokumentasjon som må foreligge ved fullføring. Vi gir derfor konkrete forslag til felles nasjonale kriterier som definerer innovasjonsprosessenes faser: 1) Idémottak og idévurdering, 2) Forprosjekt, utredning, 3) Eventuell pilotering/verifisering, 4) Implementering/lisensiering, 5) Spredning, kommersialisering, evaluering. Denne faseinndelingen er allerede i bruk der hvor man har informasjonssystemer for oppfølging av innovasjon. Kapittel 3 har en mer konkret gjennomgang av fasene.

Den andre dimensjonen, **nyttevurdering**, handler kapittel 4 om. Nyttevurdering må defineres gjennom felles retningslinjer, metoder, referanserammer, informasjonssystemer og økonomiske modeller for i de ulike fasene å vurdere, revurdere og eventuelt verifisere nytte, samfunnsøkonomisk verdi eller kommersielt potensiale. Slike vurderinger er både tid- og kompetansekrevende å gjennomføre. Likevel vil vurderingene som oftest være nødvendige i alle faser av en innovasjonsprosess, blant annet for å skape et godt og realistisk beslutningsgrunnlag for bruk av ressurser.

Ressursene og kompetansen til arbeidet med nyttevurdering er ulikt fordelt mellom helseforetakene. Mindre helseforetak kan mangle ressursen helt, mens enkelte større helseforetak allerede arbeider systematisk med nyttevurdering. Vi mener at et nasjonalt målesystem for innovasjon, knyttet til et integrert informasjonssystem som vi foreslår her, vil kunne stimulere en videre utvikling ved å bidra til at alle helseforetak får mer direkte kontakt med kjernekompetanser på feltet og dermed kan utvikle felles faglig forståelse og metodikk i forbindelse med det lokale arbeidet med nyttevurdering. Nasjonale hjelpemidler, som tabeller med enhetskostnader, vil være til god hjelp i den forbindelse.

Det er naturlig å uttrykke et kommersielt potensiale eller resultat i økonomiske termer. Potensiell nytte av tjeneste- eller prosessinnovasjoner kan også som oftest uttrykkes økonomisk ved å bruke en helhetlig samfunnsøkonomisk referanseramme. Men i tillegg kan det være behov for å gi ekstra verdsetting av visse innovasjoner ut fra mer kvalitative kriterier. For dimensjonen **nyttevurdering** fremmer arbeidsgruppen derfor to alternativer, som også kan kombineres. Det ene er at innovasjoner med et potensiale over en viss økonomisk terskel måles med mer poeng enn innovasjoner under terskelen. Det andre alternativet er at det økonomiske kriteriet settes sammen med mer kvalitative kriterier som legges til grunn for en fagfellevurdering og/eller en juryordning hvor det benyttes en karakterskala. Innovasjoner med ekstra poeng kan dermed også gis ekstra oppmerksomhet i mediene en gang årlig.

For å styrke **spredning** av innovasjon, foruten god datakvalitet i målesystemet, foreslår vi at helseforetakene bruker et **felles nasjonalt informasjonssystem** for å følge opp og kommunisere om innovasjon. Videre foreslår vi at både helseforetaket som skaper en innovasjon og helseforetaket som benytter innovasjonen måles med innovasjonspoeng for dette. Poengberegning foretas pr. helseforetak pr. år. Det står mer om dette i avsnitt 3.2 og i kapittel 5.

Vi foreslår at den nye modellen utvikles og utprøves gjennom **pilotering** før den realiseres. Kapittel 6 avslutter rapporten med et forslag til hvordan dette kan gjøres.

3 Faseinndeling

I dimensjonen **faser** må målesystemet bygge på kriterier for gjennomførte faser. Arbeidsgruppen har arbeidet både med å beskrive fasene og å foreslå kriteriene. Femdelingen av fasene bygger på de systemene som allerede er i bruk for å følge opp innovasjon, både i TTO'ene og i helseforetakene. Tanken er at begge typer innovasjonsforløp kan rapporteres i samme modell.

Vi presenterer først forslagene til fasebeskrivelser og kriterier for gjennomført fase. Den konkrete beskrivelsen av fasene er foreløpig ment som illustrasjon. Beskrivelsen må videreutvikles gjennom erfaringene som dannes ved pilotering. Merk at de nåværende indikatorene 1 og 5 (se s. 9 ovenfor) er tatt med i fasebeskrivelsene, mens indikator 4 generelt får en ny løsning gjennom et integrert informasjonssystem for oppfølging av innovasjonsprosjekter.

3.1 Faser og fasekriterier

Fase 1. Idémottak og idévurdering

Skjemaet som betegnes *DOFI* (Disclosure of idea/Invention) brukes i dag kun i forbindelse med innovasjoner med kommersielt potensiale. Vi foreslår at dette innføres for alle typer innovasjoner med utspring i helsesektoren. Forutsetningen for at Fase 1 er gjennomført, er dermed at ideen er meldt inn på et skjema i et system for oppfølging av innovasjon i vedkommende TTO eller helseforetak, at ideen er vurdert, og at det er tatt en eventuell beslutning om videreføring til neste fase, hvor det må avsettes ressurser til oppfølging. Siktemålet må være en felles DOFI for alle former for innovasjon med utspring i helseforetakene.

I Fase 1 blir alle nye DOFI fra idémottaket vurdert. Spørsmål til vurderingen:

- a. Er løsningen ny, adoptert fra andre, behov for tilpassing?
- b. Er nytteverdien stor nok, for hvem?
- c. Er alle interessentene identifisert?
- d. Er gjennomføring realistisk (forankring og ressurser)?

Gjennomført ved: Akseptert DOFI, dvs. beslutning om videreføring

Fase 2. Forprosjekt

I denne fasen skal man «designer» prosjektet.

- a. Hva er formålet? Hva innebærer måloppnåelsen?

- b. Hvem er prosjekteier?
- c. Hvem blir berørt av løsningen når den er satt ut i praksis?
- d. Hvordan blir disse berørt?
- e. Hva trengs av kompetanse og ressurser, hos hvem?
- f. Hva skal måles og hvordan skal målingen gjennomføres?
- g. Plan for gjennomføring og implementering, evt. med pilotering, kan begge inneholde:
- h. Formål
 - ii. Milepæler og hovedaktiviteter
 - iii. Prosjektorganisering inkludert ressursoversikt
 - iv. Budsjett og finansiering
 - v. Plan for nyttevurdering og evaluering
 - vi. Plan og budsjett for implementering (behov for kommersialiseringspartner/bedrift?)

Gjennomført ved: Plan for videreføring (pilotering/hovedprosjekt/implementering) godkjent av prosjekteier; patentsøknad.

Fase 3. Eventuelt pilotprosjekt

Konkret løsningsforslag utarbeides og det opprettes et prosjekt med gjennomføring av pilot/uttesting i liten skala.

- a. Gjennomføre pilot – evalueringer/justeringer underveis:
 - i. Gjennomføre målinger og innsamling av data
 - ii. Analysere resultater og evaluere måloppnåelse både underveis (der hensiktsmessig) og ved pilotens slutt.
- b. Oppdatering og godkjenning av implementeringsplan med basis i resultatene fra piloteringen.
- c. Sluttrapport med anbefaling.

Gjennomført ved: Gjennomført pilot med publisert resultat /sluttrapport. (Også hvis resultatet ikke fører til implementering.)

Fase 4. Implementering/lisensiering

Løsningen settes i drift. Implementeringen kan være mer eller mindre kompleks og involvere hele sykehuset, en klinikk, en avdeling eller seksjon. Lisensiering dokumenteres gjennom kontrakt.

Gjennomført ved: Innovasjonen dokumentert implementert/tatt i bruk i henhold til godkjent implementeringsplan. Evt. lisensiering eller bedriftsetablering.

Fase 5. Spredning, kommersialisering

Spredning innebærer at idéhaver (prosjekteier) og de som adopterer innovasjonen, sammen skaffer opplysninger som verifiserer at innovasjonen er tatt i bruk; herunder omfang og dokumentert nytte. Kommersiell innovasjon: dokumentere inntekter (TTO).

Gjennomført ved: Dokumentert spredning/kommersialisering av ideen som lå til grunn, samt en evaluering på et eget, enkelt skjema av erfaringene etter at løsningen har vært i drift en forhåndsbestemt tid.

Vi ser som nevnt behov for å videreutvikle og teste fasekriteriene, og foreslår at dette gjøres i en pilot, se kapittel 6.

3.2 Poeng for gjennomført fase

Vi foreslår at det gis økende poeng dess lenger ut i fasene innovasjonen er ført. Tabellen nedenfor er kun ment som eksempel. Vi foreslår at det ikke gis poeng i fase 1, dvs. før det løper større utgifter til oppfølging av innovasjonen. Videre foreslår vi at også helseforetak som bidrar til spredningen av en innovasjon, men ikke har ført den fram selv, får poeng i fase 4 og 5.

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5
Poeng	0 poeng	1 poeng	2 poeng	3 poeng	6 poeng

Poengberegningen foretas en gang årlig. Det enkelte helseforetak velger selv hvilket år man vil rapportere et prosjekt i en bestemt fase og dermed utløse poeng. Hvis man velger å hoppe over faser i et prosjekt, får man likevel poeng for disse fasene det året hvor seneste fase rapporteres.

4 Nyttevurdering

Nyttevurderingen bør være en dimensjon i tillegg til fasene ved beregningen av innovasjonspoeng. Nyttevurdering er nødvendig i enhver beslutningsprosess i et innovasjonsforløp. Men det er ikke ukomplisert å bruke nyttevurderingen i en modell som skal måle og stimulere innovasjon. Som et utgangspunkt mener vi at både kommersielt potensiale og samfunnsøkonomisk nytte kan uttrykkes i økonomiske termer. To eksempler på samfunnsøkonomisk vurdering av prosjekter ved Oslo Universitetssykehus er vist i Vedlegg A. Ved TTO'ene er det en veletablert praksis for vurderinger av kommersielt potensiale og for registrering av realisert potensiale i økonomiske termer. Men de fleste helseforetak er ennå ikke kommet langt nok med å utvikle kompetanse og rutiner for samfunnsøkonomisk nyttevurdering av intern innovasjon. I kapittel 2 begrunnet vi at innføringen av et nasjonalt målesystem for innovasjon både vil kreve og stimulere utviklingen av en felles faglig forståelse og metodikk i forbindelse med nyttevurdering – og dermed til bedre beslutninger i forbindelse med innovasjonsprosesser.

Det er mange utviklingstrekk som vil kunne støtte opp om et mer systematisk arbeid med nyttevurdering ved helseforetakene. Ett eksempel er planen om å utvikle en oversikt over enhetskostnader i helsetjenestene. Slike sentrale hjelpemidler vil gjøre det lokale arbeidet med nyttevurdering enklere, og de vil gjøre resultatene av arbeidet mer sammenlignbare. Siden ressursene og kompetansen til arbeidet med nyttevurdering er ulikt fordelt mellom helseforetakene, kan det dessuten være behov for at alle helseforetak får direkte kontakt med kjernekompetanser på feltet og dermed kan utvikle felles faglig forståelse og metodikk i forbindelse med det lokale arbeidet med nyttevurdering.

Et annet utviklingstrekk er innføringen av såkalt «mini-HTA» for vurdering av nye metoder i helseforetakene, som nå er innført gjennom oppdragsdokumentet, kan ha overføringsverdi for arbeidet med nyttevurdering i forbindelse med innovasjon. Det viste blant annet den internasjonale HTA-kongressen i Oslo i juni i år, som også var en påminnelse om at internasjonalt samarbeid og inspirasjon fra utlandet vil kunne gi god støtte til arbeidet med å videreutvikle nyttevurderingsdimensjonen i et målesystem for innovasjon.

Endelig kan nevnes at det i informasjonssystemer for innovasjon er mulig å bygge inn et felles rammeverk for nyttevurdering hvor det samtidig kan oppnås gjensidig informasjon og læring i arbeidet. Et eksempel på dette er vist i vedlegg B, Innovation Impact Overview.

4.1 To alternativer som også kan kombineres

Selv om nyttevurdering av innovasjon kan uttrykkes i samfunnsøkonomiske eller kommersielle termer, kan det tenkes at det vil stimulere innovasjonsarbeidet enda mer hvis man også bruker kvalitative

kriterier for å gi oppmerksomhet til særlig betydningsfulle, originale og konsekvensrike innovasjoner. Effektivt innovasjonsarbeid og realistisk nyttevurdering i enhver fase kan også tenkes som ett av kriteriene for velge ut de beste prosjektene. For dimensjonen **nyttevurdering** fremmer arbeidsgruppen derfor to alternativer (som også kan kombineres) for å gi økt poeng (for eksempel tredobling) i denne dimensjonen:

1. Nyttevurderingen uttrykkes økonomisk slik at innovasjoner med potensiale over en viss økonomisk terskel måles med ekstra poeng. Fordelen med dette alternativet er at det er enkelt å bruke (gitt at nyttevurdering brukes på alle prosjekter som følges opp) og at det ivaretar at helseforetakene har ulik størrelse og dermed ulikt ressursforbruk og potensiale i forbindelse med innovasjon.
2. Nyttevurderingen uttrykkes ved at en mindre del av innovasjonsprosjektene selekteres ut fra både økonomiske og kvalitative kriterier gjennom fagfellevurdering og/eller en juryordning. Disse måles med ekstra poeng og gis ekstra oppmerksomhet i mediene en gang årlig. Fordelen med dette alternativet er at det øker stimulansen til og oppmerksomheten omkring innovasjon, og at det øker læringseffekten i innovasjonsarbeidet.

Blant kvalitative kriterier som en fagfelleordning/jury kan tenkes å bruke i alternativ 2, er:

- Global nyhetsverdi
- Radikalitet
- Samfunnsmessig betydning
- Klar beskrivelse, god oppskrift
- Risikovillighet
- Kvalitet i innovasjonsarbeidet, realisme i nyttevurdering
- Sammenheng med strategi og prioriteringer

Hvis alternativ 2 velges, kommer det inn et element av evaluering, men også av læring, som kan være verdifullt. En nyttevurdering etter flere kriterier enn de økonomiske kan dessuten gjøre det enklere for ledelsen ved helseforetakene å formidle innad og utad betydningen av innovasjonsprosjektene. Den årlige utvelgelsen av prosjekter som får ekstra poeng etter alternativ 2 bør skje etter nærmere bestemte kriterier og kan for eksempel skje etter følgende prosedyre:

- Helseforetakene nominerer selv (i den fasen de ønsker) det eller de prosjektene som de selv mener svarer best til kriteriene.
- Et fagpanel med eksperter fra nabolandene gjennomgår nomineringene og gir en innstilling.
- En jury av anerkjente samfunnsrepresentanter med forståelse for betydningen av innovasjon i helsesektoren kårer årets mest betydningsfulle innovasjoner og bidrar til å gi mediene og offentligheten innblikk i verdien av disse.

Verken alternativ 1 eller 2 kan realiseres uten at en del organisatoriske forutsetninger er etablert. Derfor er det muligens best å implementere **poeng for fase** først i målesystemet, mens **poeng for nyttevurdering** tilføyes senere. Dette kan man vurdere etter at pilotering er gjennomført.

5 Spredning og kommunikasjon

Som nevnt i avsnitt 3.2, foreslår vi økte poeng ved spredning av innovasjoner, også til den parten som tar andre helseforetaks innovasjoner i bruk. Men dette prosjektet har gitt innblikk i at mangelen på spredning av innovasjon mellom norske helseforetak ikke bare skyldes mangel på incentiver, men også mangel på informasjon og kommunikasjon på tvers. Det hender at to helseforetak arbeider med samme idé uten å kjenne til hverandre. Blant annet derfor foreslår vi at helseforetakene ikke benytter hvert sitt informasjonssystem for å følge opp innovasjon, men at de benytter et felles, nasjonalt integrert system som de også kan kommunisere gjennom ved å følge med på hverandres prosjekter (den tekniske løsningen for selv å velge riktig tidspunkt for offentliggjøring finnes allerede).

En annen grunn til at vi sterkt anbefaler et felles, nasjonalt integrert system er datakvaliteten som skal ligge til grunn for målesystemet. I likhet med i Cristin, hvor forskningspublikasjoner registreres, vil det være viktig at alle kan se og sjekke hverandres data på en åpen arena. I innovasjonsarbeidet gir dette dessuten et betydelig potensiale for læring.

Modellen vi foreslår vil neppe kunne fungere godt uten et felles nasjonalt informasjonssystem. Det er nå etablert en rammeavtale for anskaffelse av et bestemt system som i utgangspunktet kan brukes lokalt, men som også vil kunne fungere som nasjonalt integrerende. I denne situasjonen er det foreløpig bedre at noen helseforetak venter med å ta systemet i bruk enn at de velger et *annet* system. For de helseforetakene som er avventende, er det muligens en bedre idé å la dem *delta passivt* eller som *grupper* - og slik få innblikk i og kunne hente ideer fra andres innovasjonsarbeid – enn å stille dem utenfor.

6 Pilotering

I innledningen nevnte vi åtte ambisiøse krav som ble satt opp i 2011 i forbindelse med forslaget den gang til innovasjonsindikatorer. Verken her i Norge eller i utlandet kjenner vi systemer som tilfredsstillende alle disse åtte punktene. Vi har forsøkt å beskrive en helt ny modell som kanskje vil kunne innfri dem alle fordi modellen helhetlig dekker alle aktiviteter som uansett må gjennomføres i innovasjonsprosesser, samtidig som den ikke krever andre aktiviteter, bortsett fra at aktivitetene må følges opp og kommuniseres i et godt, felles informasjonssystem.

Siden modellen er ny – og vil kunne være en innovasjon i seg selv – foreslår vi at det gis god tid og tilstrekkelig med ressurser til pilotering før modellen eventuelt implementeres. En ytterligere begrunnelse for pilotering er at helseforetakene hittil i svært ulik grad har kommet i gang med å etablere organisatoriske løsninger for sitt innovasjonsarbeid, herunder bruk av informasjonssystemer for oppfølging av innovasjon og systematisk arbeid med nytteevaluering. Både i forbindelse med fasekriterier og felles metodikk og ressurser for nytteevaluering på det påregnes tid og ressurser til utviklingsarbeid i forbindelse med piloten. Piloteringen bør blant annet inkludere følgende oppgaver:

- Samarbeid med TTO'ene om å avdekke konkrete muligheter og begrensninger ved å bruke felles modell og informasjonssystem for kommersialisering og tjenesteinnovasjon.
- Videreutvikling og testing av kriteriene for de fem fasene.
- Utvikling og testing av kriterier for nytteevaluering.
- Utvikling av felles hjelpemidler til nytteevaluering.
- Utprøving av et felles eller integrert informasjonssystem til oppfølging, kommunikasjon og spredning i forbindelse med innovasjon

To grupper av helseforetak, som begge har vært med i utviklingen av forslaget til den nye modellen, ønsker selv å gjennomføre pilotering. Vi foreslår at *begge* grupper får muligheten fordi de dekker behovene på en supplerende måte:

- Helseforetak i Helse Sør-Øst RHF. Dermed dekkes ulike typer av sykehus i piloten, men på en koordinert måte.
- De deltakende helseforetakene i Nasjonalt nettverk for innovasjon i universitetssykehusene. Dermed medvirker også hver helseregion på en koordinert måte.

Vedlegg A: To eksempler på nyttevurdering av innovasjonsprosjekter

VERDIVURDERING

PROSJEKTNAMN:
Poliklinisk telemedisinsk behandling

PROSJEKTLEDER:
Hilde Sørli
Ingebjørg Irgens

AVDELING:
Samhandlingsavdelingen
Sunnaas Sykehus HF

DATO:
April 2014

RAPPORT NV 1-2014

METODE

Økonomisk:
Kostnadsberegninger basert på innsamlet kostnadsdata og litteraturstudie

Pasienter:
Intervjuer av pasienter og ansatte (semistrukturert intervjuguide)

Organisatorisk:
Intervjuer av pasienter og ansatte (semistrukturert intervjuguide)



Bakgrunn/Utfordring: Pasienter med ryggmargsskade har økt risiko for å utvikle trykksår og mange har langvarige sykehusopphold i forbindelse med oppfølging og behandling. Trykksåret kan forverres og nye sår kan oppstå som følge av reisen til og fra sykehus. Prosjektet ønsker å bidra til forebygging og bedre oppfølging av pasienter med ryggmargsskade.

Innovasjonen: Videokonferansebaserte trykksår-poliklinikk for pasienter med ryggmargsskade. I prosjektet ble pasientene behandlet av sykepleiere fra hjemmetjenesten under ledelse av et sår-team fra Sunnaas gjennom et web- grensesnitt. Sår-teamet bestod av en lege, sykepleier og en ergoterapeut.

ANALYSE OG RESULTATER

Økonomisk: Innføring av poliklinisk telemedisinsk oppfølging og behandling av pasienter med ryggmargsskade og trykksår, vil gi store samfunnsøkonomiske gevinster. Ti polikliniske konsultasjoner ved Sunnaas kostet 267.060 kr pr. pasient. Tilsvarende telemedisinsk poliklinisk behandling koster 39.240 kr – En besparelse på 227.820 kr pr. pasient! Beregningene viser for øvrig at pasientene som ikke er innlagt fikk poliklinisk telemedisinsk behandling istedenfor poliklinisk behandling på sykehus, ville samfunnet spare 484 mill.kr.pr.år. Ved telemedisinsk behandling vil vi i tillegg unngå en rekke kostbare innleggelse. Med gitte forutsetninger (rapport NV-3-2014) vil samfunnet kunne spare 1,7 milliarder kr for sårbehandling av ryggmargsskade i Norge pr. år totalt.

Pasientnytte: Pasienten slipper belastende reisevei til og fra sykehuset. I forbindelse med oppfølging og behandling av trykksåret. I stedet for å ligge på sykehus, kan pasienten være i sitt eget hjem i nærheten av både venner og familie. Alle pasientene i prosjektet kan anbefale en løsning med telemedisin.

Organisatorisk: Telemedisinsk poliklinikk bidrar til kompetanseheving og økt samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, noe som kan være med å begrense unødvendige sykehusinnleggelse. Tjenesten vil også gjøre at pasientene har tilgang til spesialisthelsetjenesten uavhengig av bosted.

ANBEFALING:

Både pasienter og ansatte ga uttrykk for trygghet og tilfredshet ved det telemedisinske tilbudet. Pasientene følte seg delaktig i behandlingen og kan være hjemme hos familie og venner i stedet for å ligge på sykehus. Tilbudet har bidratt til økt grad av samhandling og kompetanseheving blant ansatt i hjemmetjenesten. Færre reiser til sykehus vil føre til bedre livskvalitet for pasientene, samt færre unødvendige innleggelse og mindre bruk av spesialtransport. Tilbudet vil også gi betydelige besparelser for samfunnet.

Idépoliklinikken anbefaler at tjenesten implementeres og at det legges opp til en nasjonal strategi i samarbeid med de to spesialitetene for ryggmargsskade (Haukeland universitetssykehus HF og St. Olavs hospital) om en telemedisinsk løsning for denne pasientgruppen. Det kan i tillegg være fornuftig å teste ut løsningen på andre pasientgrupper.



IDÉPOLIKLINIKKEN, Innovasjonsseksjonen – Oslo universitetssykehus HF
Ønsker du full rapport send e-post til: Idépoliklinikken@ous-hf.no

VERDIVURDERING

PROSJEKTNAMN:
Ambulerende sårteam

PROSJEKTLÉDER:
Dr. Kristin Bergersen

AVDELING:
Villa Derma
Hudavdelingen OUS

DATO:
30.01.2014

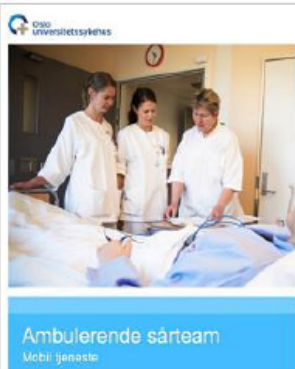
RAPPORT: NV 1-2014

METODE

Økonomisk:
Kostnadskalkyler basert på innhentede data

Organisatorisk:
Intervju av ansatte (semi-strukturert intervjuguide er benyttet).

Pasienter:
Intervju av ansatte (semi-strukturert intervjuguide er benyttet)



Bakgrunn/Utfordring: Eldre sårpasienter fra sykehjem utsettes for ubekvem transport både til og fra sykehuset. Transport er også kostbar, og krever mye venting. Informasjonsflyten mellom behandlingsledd for disse pasientene er variert og er ofte mangelfull, noe som har konsekvenser for kvaliteten på behandlingen.

Innovasjonen: Opprettelse av et ambulerende (mobilt) sårteam bestående av en spesial lege og spesialsykepleier. Teamet reiser ut til sykehjem for undersøkelse og behandling av immobile pasienter med kroniske sår. Bed-side undervisning og umiddelbar overlevering av epikrise og sårprosedyre er en del av intervensjonen.

ANALYSE OG RESULTATER

Økonomisk: For sykehjem fører tjenesten til en kostnadsbesparelse på 1.264 kr pr. pasient behandling, og 4.126 kr pr. pasientbehandling totalt sett for samfunnet. Gitt de samme forutsetningene som for Oslo vil samfunnet spare ca. 380 mill. kroner ved innføring av Ambulerende sårteam for sårpasienter fra landets sykehjem.

Grunnet dagens inntektssystem fører innovasjonen til reduserte inntekter for sykehusets Hud-poliklinikk. For sykehuset blir den totale kostnadsøkningen på kr 894 pr pasient. Hud-poliklinikken får økte kostnader på 1.327 kr pr pasient behandling. Pasientreiser får en besparelse på 432 kr pr pasient behandling.

Pasientnytte: Pasientene slipper egenandel på 266 kr, og reisen til og fra sykehuset. Immobile pasienter som ellers ikke nås vil få adekvat behandling. Pasientene vil med ordningen få raskere tilheling av såret, noe det reduserte antallet kontroller indikerer.

Organisatorisk: Vurderingen viser bedre samhandling mellom sykehus og sykehjem, kortere epikrisetid, større forståelse av sårprosedyrene hos pleierne og økt sårkompetanse i sykehjemmene med innføring av Ambulerende sårteam som ny tjeneste.

ANBEFALING:

Den totale nytten, både økonomisk og ikke-økonomisk, for innføring av et Ambulerende sårteam er klar, alt tatt i betraktning. **Ambulerende sårteam gir åpenbar klinisk nytte og tilfredse pasienter, økt grad av samhandling og kompetanseheving på sykehjemmene.** Videre viser vurderingen besparelser for sykehjemmene og for samfunnet sett under ett. Oslo universitetssykehus vil tape økonomisk på ordningen, 894 kr pr pasientbehandling, og Hudpoliklinikken taper 1.327 kr pr pasientbehandling. Samtidig vil samfunnet få kostnadsreduksjoner på 4.126 kr pr pasientbehandling.

Idépoliklinikken anbefaler implementering av ordningen. For varig implementering må det gis insentiver for Hudavdelingen ved OUS. Dette kan være i form av kompensasjon eller annen fordeling av kostnadene. Det kan for øvrig være fornuftig å etablere Ambulerende sårteam som en autonom enhet innen VD med egne faste ressurser.



Idépoliklinikken, Innovasjonsseksjonen – Oslo universitetssykehus HF
Ønsker du full rapport send e-post til: Idépoliklinikken@ous-hf.no

Vedlegg B: Innovation Impact Overview.

Fra: Induct Software AS: *Innovation Impact Framework. Template Proposal*, tabell 11, s. 15.

	Negative (0)	Neutral (0.15)	Low (0.3)	Moderate (0.5)	High (0.8)	Very High (1)
Revenue Increase	The innovation had negative impact in aspects like productivity of financial savings.	The innovation had none or negative impact.	The innovation produced few long-term benefits (0 - 0.01%) at high costs of implementation.	The innovation produced moderate long-term revenue increase (0.01 - 0.05%), although the implementation was affordable.	The innovation produced considerable long-term revenue increase (0.05 - 0.10%), even at high short-term implementation costs.	The innovation produced high long-term revenue increase at low implementation costs.
Cost Efficiency	The innovation had a negative impact over spending savings and hospital-wide cost efficiency metrics.	The innovation had no impact over established, hospital-wide cost efficiency metrics.	The innovation had a low impact over established, hospital-wide cost efficiency metrics.	The innovation had a moderate impact over established, hospital-wide cost efficiency metrics.	The innovation had a high impact over established, hospital-wide cost efficiency metrics.	The innovation had a very high impact over established, hospital-wide cost efficiency metrics.
Operational Efficiency	The innovation hindered established operations.	The innovation did not suppose an impact in established operations.	The innovation had a moderate impact in one area of operations.	The innovation had a significant impact in one area of operations.	The innovation had a significant impact in more than one area of operations.	The innovation had a high impact in more than one area of operations.
Patient Experience	The innovation generated negative outcomes for patients.	The innovation had no relevance either for patients.	The innovation had a moderate impact for patients.	The innovation had a significant impact for patients.	The innovation had a very significant impact for patients.	The innovation had a great impact for patients.
Employees & External Stakeholders Experience	The innovation generated negative outcomes for patients, employees or external stakeholders.	The innovation had no relevance either for patients, employees or external stakeholders.	The innovation had a relevant impact in at least one of the three main categories of stakeholders.	The innovation had a high relevant impact in at least one of the main stakeholders, and may had also a slight impact in another category.	The innovation had, at least, a significant impact in more than one of the main stakeholders.	The innovation had a great impact in, at least, one of the main stakeholders.
Quality of Care	The innovation hampered quality of services provided to patients, services clients or community members.	The innovation did not produce an overall increase in the quality of services provided to patients, services clients or community members.	The innovation did produce an overall slight increase in the quality offered, although sustainability in time remains to be proven.	The innovation did produce an overall moderate increase in the quality offered. Sustainability in time is proven.	The innovation did produce an overall significant increase in the quality offered. Sustainability is proven.	The innovation did produce an overall high increase in the quality offered. Sustainability is proven.

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no