

report



Leading Health Care nr 4 2012

Organisering för *innovation* i sjukvården

Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling

Författare: Anna Brattström

Med förord av LHC om

Ett enprocentsmål för innovationens slutsteg



Organisering för *innovation* i sjukvården

Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling

Anna Brattström,
Handelshögskolan i Stockholm

Ett enprocentsmål för innovationens slutsteg!

I Sverige läggs årligen ca 9 miljarder av offentliga medel på innovationsområdet i vården. Den stora merparten av dessa resurser läggs på grundforskning och klinisk forskning. Så som strukturerna för kunskapsgenerering och finansiering ser ut, har innovationsarbetet alltmer kommit att avgränsas runt enskilda medicinska specialiteter och enskilda aktörer. Glappet mellan kunskapsfronten och de senaste teknologiska landvinningarna och den kliniska vardagen tycks dock växa, och rapporter om ojämn fördelning av behandlingsformer är frekventa. Men om vi säger att vi vill erbjuda befolkningen bästa tillgängliga vård – vad är det som lägger hinder i vägen för det?

Stiftelsen Leading Health Care har under 2011-2012 sammankallat kvalificerade praktiker till gruppdiskussioner kring dessa och andra centrala frågeställningar och utmaningar kring innovation inom hälso- och sjukvården. Den så kallade Fokusgruppen för innovation har träffats under tre tillfällen med deltagande av sammanlagt ett 30-tal kvalificerade praktiker från hälso- och sjukvårdens utförarsida, läkemedels- och medtechindustrin samt myndigheter, professionsförbund och patientföreningar.

En av Leading Health Cares bärande idéer är att vi genom ett öppet och generöst samtalsklimat, och genom att kommunicera ett samhällsvetenskapligt forskningsperspektiv, kan bidra med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas. Dessutom genererar mötet mellan praktiker från olika håll inom vårdssystemet, och mellan praktik och akademi, inte sällan nya forskningsuppdrag. Denna rapport visar vad den företagsekonomiska innovationsforskningen kan tillföra i relation till möjligheterna och svårigheterna med att implementera innovationer i vården, har vuxit fram precis på detta sätt. Fokusgruppen har definierat utgångspunkterna för forskaren Anna Brattströms arbete. Vår förhoppning är att innehållet därför ska uppfattas som både relevant och viktig tav den kräsne läsaren.

Vi är definitivt inte ensamma om att intressera oss för det svenska innovationsklimatet, varken generellt eller när det gäller vården. Utredningar och delegationer kring klinisk forskning har också slagit fast att något saknas i dagens vårdvardag. Regeringens nya innovationsstrategi, den nyligen aviserade miljardsatsningen på FoU inom livsvetenskaperna, inrättandet av ett innovationsråd för kvalitetsutveckling inom offentlig sektor liksom Vinnovas särskilda satsning på vårdutvecklingsfrågor är bara några i raden av aktuella statliga initiativ. Till

dessa skall läggas alla de satsningar som görs av privata aktörer på lokal, nationell och internationell nivå.

Givet denna kraftsamling för att stimulera innovationer i vården upplever vi det som en aning förvånande att en så liten del av resurserna läggs på att studera de ekonomiska och organisatoriska sammanhang i vilka innovationerna ska tas emot och omsättas. Denna rapport visar tydligt att organisationsteoretisk innovationsforskning endast i begränsad utsträckning har använts inom vårdområdet. Kunskaper från andra sammanhang är inte alltid direkt överförbara till hälso- och sjukvården, men de flesta är ändå överens om att det finns poänger med att undersöka vilken kunskap som finns och vad som går att lära av framgångar och misstag i andra verksamheter. Likaså verkar det finnas en bred konsensus kring det faktum att det finns problem med hur innovationer hanteras och tas emot i vården idag. Rapporten innehåller många tankespor kring detta tema som är väl värda att utveckla vidare. Några poänger som vi särskilt vill lyfta fram som utgångspunkt för framtida arbete är att:

- Vårdens långt drivna specialisering är en grund för fördjupad kunskapsutveckling och innovation, men hindrar samtidigt överföring mellan enheter och funktioner.
- En annan konsekvens av vårdens specialistfokus är att innovationer som fungerar lokalt inte alltid passar in i omgivande strukturer i form av exempelvis ersättningsmodeller och vårdprogram.
- Stora innovationssatsningar och utvecklingsprojekt som får begränsad spridning eller kortlivade effekter är ofta möjliga att identifiera på förhand.
- För att se sådana mönster krävs andra insikter och analysramar än den rent tekniska/kliniska kunskap som ofta är den enda som används.

För att förstå varför förbättringsarbete inom vården är svårt – speciellt när det ska till förändringar som involverar fler än en aktör och vars resultat kanske inte märks för rån på längre sikt – måste man ta hänsyn till såväl själva innovationsprocessen och dess utmaningar internt, som det kringliggande systemets inverkan på denna process. Varje innovationssatsning, vare sig den är centralt utformad eller lokalt framväxande, är beroende av kringliggande strukturer och konkurrerande incitament i form av lagar och regler, ersättningsmodeller, medicinska föreskrifter, professionella normer med mera. Satsningar som tar hänsyn till vilka krockar eller överlappningar som kan finnas med annan styrning som påverkar hälso- och sjukvården har större sannolikhet att få ett brett och varaktigt genomslag i praktiken.

Därmed är vi tillbaka till de 9 miljarder som investeras i livsvetenskaperna och hur de ska fördelas. Den absoluta merparten av dessa medel hamnar – och, vill vi understryka,

bör även fortsättningsvis hamna – inom grundforskning och klinisk forskning. Dock borde en del av resurserna även användas för att bättre förstå såväl förutsättningarna för att ta fram innovationer som att omsätta dem i vardagen. Vi bör alla arbeta för att skapa mer värde för de resurser vi använder i vård och omsorg. Målet skall vara en högre kvalitet givet tillgängliga resurser för att bättre ta tillvara medborgares och patienters intressen.

Vi anser därför att ett rimligt mål är att en procent av de resurser som används för medicinsk forskning avsätts till att studera de ekonomiska och organisatoriska sammanhang i vilka forskningen formas och tillämpas. På så vis kan vi få större nytta av de resterande 99 procenten.

Rapporten har författats av Anna Brattström, forskare vid Center for Innovation and Operations Management vid Handelshögskolan i Stockholm. Ek Dr Jon Rognes från LHC har varit projektledare och Ek Dr Anna Krohwinkel Karlsson (också LHC) har hjälpt till att granska den färdiga texten. Vi vill också tacka Daniel Forsslund, chefsstrateg för vårdutveckling på Vinnova, för värdefulla synpunkter vid LHC:s seminarium kring en arbetsversion av rapporten.

Trevlig läsning!

Stockholm i maj 2012

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Jon Rognes, Ek Dr
Bitr. generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Innehåll

Bakgrund	8
Utmaningar kring implementering av innovationer i sjukvården	9
Forskning kring införandet av innovationer i organisationer	9
Drivkrafter för innovation	12
Vad innebär det att en produkt eller tjänst är innovativ?	12
Införa tvärfunktionella förändringar i en funktionellt orienterad organisation	14
<i>Att se helhet, istället för delar</i>	15
<i>Resurseffektivitet och flödeseffektivitet</i>	16
<i>När är det extra viktigt att arbeta tvärfunktionellt?</i>	17
Att skapa en innovativ organisationskultur	18
<i>Hur kan en innovativ kultur främjas?</i>	20
<i>Hur kan en organisation motiveras till att vara innovativ?</i>	21
Implikationer i dagens vårdssystem	23
<i>(1) Varför är det viktigt att arbeta tvärfunktionellt och hur gör man det?</i>	23
<i>(2) Hur sprider man kunskap över funktionsgränserna?</i>	24
<i>(3) Hur skapas ett innovativt klimat, bortom enskilda och isolerade punktinsatser?</i>	25
Det behövs ökad förståelse för hur innovationer skall tas tillvara i vården	26
Referenser	28
Om Leading Health Care	29
<i>Kvalitetskriterier för en LHC-rapport</i>	29
<i>Vill du veta mer om LHC?</i>	29
LHC:s publikationer	30

Bakgrund

Denna text utgör en sammanfattning och analys av organisationsforskning kring begreppet Innovation. Texten utgår ifrån de utmaningar kring införandet av innovationer i sjukvården som Fokusgruppen för innovation vid stiftelsen Leading Health Care har identifierat.

Innovation är ”både förbättringar av teknologi och bättre metoder eller sätt att uträtta verksamheter. De ges uttryck i förändringar i produkter, processer, marknadsföring, distribution eller i nya sätt att definiera ett erbjudande.”¹ Apparater för magnetkameraundersökningar är ett exempel på en innovativ produkt. Psykologstöd via internet för patienter med lindrigare psykiska åkommor, är ett exempel på innovativ distribution som rönt stor framgång. Noggranna sanitetsrutiner är ett exempel på en innovativ process som i sig fått stora och positiva effekter på såväl forskning i laboratorium som behandling av patienter. På samma sätt klassificeras nya styrmekanismer, administrationsrutiner och uppföljningsmekanismer som exempel på innovativa processer.

Forskning kring innovation handlar om hur organisationer kan arbeta systematiskt med förändring och förbättring. Denna forskning brukar dela in innovationsarbetet i tre faser: från att kreativt *utveckla idéer*, till att på ett systematiskt sätt arbeta med att *utveckla nya produkter och tjänster* för att realisera dessa idéer, och slutligen till att *implementera nya produkter och tjänster* i organisationer. Varje fas är viktig och varje fas kommer med specifika utmaningar. Att *utveckla* nya idéer, produkter och tjänster, kräver ofta en hög grad av specialisering. Att *implementera* nya produkter eller tjänster kräver å andra sidan integrativ, mer än specialiserad, förståelse. Som ett enkelt exempel: utan högspecialiserad kunskap inom fysik och kemi skulle inte Marie Curie gjort sina upptäckter kring radioaktivitet. Men när röntgenapparater skall köpas in och sättas i bruk i vården, krävs en bred förståelse för ekonomiska och medicinska effekter av den nya produkten.

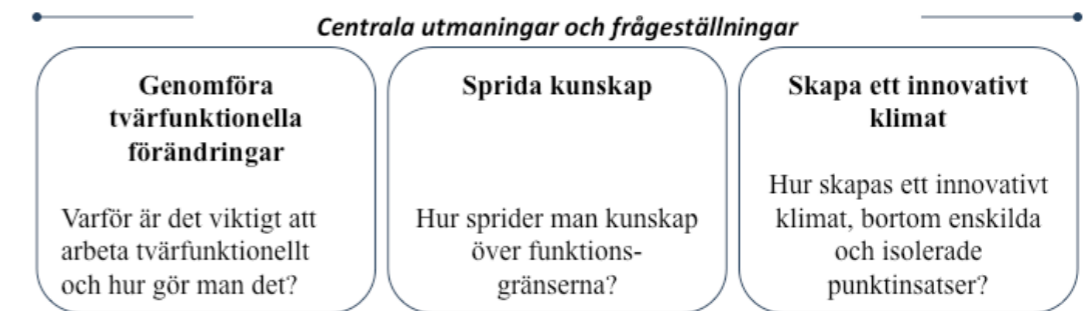
Genom diskussionerna i Fokusgruppen för innovation har ett behov uttryckts av att öka förståelsen kring implementeringsfasen av innovationsarbete i vården. Inom organisationsforskningen finns en stor kunskap och förståelse för utmaningar i samband med implementering av innovationer. Syftet med denna text är att redogöra för forskning i anknytning till införandet av innovationer i organisationer. Texten speglar i första hand generell innovationsforskning. Den redogör därmed inte för innovationsforskning specifikt relaterad till en vårdkontext och inte heller söker denna text värdera eventuella svårigheter att införa innovation i vården.

¹ Porter, M. E., *The Competitive Advantage of Nations*, utgiven av Macmillan, 1990.

Utmaningar kring implementering av innovationer i sjukvården

Ett återkommande tema i Fokusgruppen för innovation vid stiftelsen Leading Health Care har varit att brist på acceptans för nya rutiner, produkter och tekniker verkar hindra innovationer från att komma fram i dagens svenska hälso- och sjukvårdssystem. Fokusgruppens analys kan sammanfattas i tre områden:

För det *första* belyses utmaningen i att genomföra tvärfunktionella förändringar i en sektor som traditionellt är uppbyggd i tydliga och relativt isolerade funktionella enheter. Vården är en verksamhet med flera starka intressegrupper som ibland har olika synsätt på vad som är rätt, riktigt och viktigt.² I relation till denna utmaning betonar fokusgruppen betydelsen av att kunna sätta värde på innovationer. Om, till exempel, en förändring i ett led i värdekedjan ger en positiv effekt senare i värdekedjan, behöver detta tydliggöras för att motivera och stimulera förändringsarbetet. För det *andra* belyses vikten av kunskapsspridning i vården och svårigheterna att föra över kunskap från en enhet till andra. För det *tredje* belyses det centrala i att skapa ett innovativt klimat i vården, bortom enskilda och isolerade insatser på stabsnivå. Dessa tre utmaningar illustreras i Figur 1.



Figur 1: Centrala utmaningar och frågeställningar enligt Fokusgruppen för innovation

Forskning kring införandet av innovationer i organisationer

De tre områden som Fokusgruppen för innovation identifierat må vara centrala för vården. Däremot är de inte unika för vården. Tvärtom, så återfinns utmaningarna med organisationsrelaterade förändringar i en miljö som domineras av en stark profession; tvärfunktionella förändringar i funktionella miljöer; kunskapsspridning och skapande

² För en analys av hur och varför vården är segmenterad, se gärna Glouberman, S. och Mintzberg, H., *Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: Differentiation*. *Health Care Management Review*, Winter 2001, s. 56-69.

av ett innovativt organisationsklimat i många olika typer av organisationer. Världen över bedrivs det också mycken forskning kring ledning av innovation.

Vissa innovationer skapas ur ett ögonblickets ingivelse, som en idé sprungen ur ett kreativt kaos. **De allra flesta innovationer – särskilt de mest framgångsrika – är emellertid ett resultat av medvetet och systematiskt sökande efter möjligheter.** Ledning av innovation handlar om detta sökande. Att leda och utveckla innovationer är en utmanande uppgift. Den kräver inte bara tekniskt kunnande utan i lika hög utsträckning kunnande om strategi, processer, ledning, marknadsföring och finansiering. Därför är ledning av innovation en spännande uppgift och ett intressant forskningsfält. Bredden och komplexiteten inom innovation som forskningsfält kräver en balans mellan att stundom djupdyka ner i noga avgränsade kunskapsområden och stundom höja blicken och se integrativt över flera kunskapsfält.

Innovation är varken en stokastisk process, eller en process där ensamma snillen i isolering arbetar på idéer som förändrar världen. Tvärtom visar forskningen att innovationsarbete faktiskt kan styras mer eller mindre strukturerat och att innovationer är centrala för samhällens utveckling. Därför är denna forskning också viktig. Organisationsteoretisk forskning kring innovation är nära anknuten till praktisk verksamhet. Till skillnad från naturvetenskaplig forskning finns inga absoluta, matematiska lagar att följa, utan forskningen återger bästa möjliga uppskattning av praktiken. Det innebär att det är i princip omöjligt att föra över en framgångsrik innovation från ett företag i en annan bransch till en vårdkontext, utan att anpassa innovationen till vården. Samtidigt finns det mycket vi kan lära av att studera innovation i olika miljöer – och fundera kring vad en miljö kan lära sig av en annan.

Även om det inte går att hitta absoluta sanningar kring hur innovation kan främjas, har forskningen inom innovationsledning gjort stora framsteg de senaste trettio åren. Under denna tid kan vi se hur organisationer blivit alltmer effektiva i sitt innovationsarbete.³ Den europeiska organisationen Product Development Management Association genomför med jämna mellanrum studier på europeiska företag i syfte att fånga trender i hur dessa företag bedriver innovationsarbete. Över tid visar dessa studier att såväl idégenerering, som produktutveckling och implementering av nya produkter, idag genomförs på kortare tid och med större precision än tidigare. Forskning kring innovationsledning har drivit på denna utveckling.

Nedan behandlas först en bakgrund till begreppet innovation: vad är drivkrafter för innovation och vad innebär det att en produkt eller tjänst är innovativ? Därefter behandlas två områden som är särskilt centrala för innovation i allmänhet – och enligt Fokusgruppen för innovations analys – för vården i synnerhet: att införa tvärfunktionella förändringar i en funktionell organisation och att skapa en innovativ organisationskultur.

³ För en överblick över hur företag förändrat sitt innovationsarbete under perioden 1985-2003, se gärna Barczak, G., Griffin, A., & Kahn, K. B., *Perspective: Trends and drivers of success in npd practices: Results of the 2003 pdma best practices study**, *Journal of Product Innovation Management* vol. 26(1) s. 3-23, 2009.



Drivkrafter för innovation

Innovation är förändring, och möjligheter till innovation uppstår i sin tur ur förändring. **När omvärlden förändras behövs innovationer för att svara på de nya behov som uppstår.** Ledning av innovation börjar därmed med att förstå drivkrafter bakom förändring. *Teknologiska framsteg* är en sådan drivkraft och det finns otaliga exempel på hur teknologiska framsteg framkallat innovationer. Den vård som bedrivs idag är i mångt och mycket ett resultat av stora och viktiga teknologiska framsteg såsom nya mediciner, utrustning eller rutiner. En annan drivkraft är *förändringar i patienternas behov*. I takt med att åldersstruktur, vanor och inte minst förväntningar på vården förändras hos befolkningen, behöver också vården anpassas för att möta nya behov hos patienterna. Som ett exempel så ser förlossningsvården idag radikalt annorlunda ut jämfört med för trettio år sedan. Idag ges papporna ofta möjlighet att bo över tillsammans med mamman och den nya familjemedlemmen, samtidigt som vårdtiden efter förlossning har kortats avsevärt. En tredje drivkraft är *ökad konkurrens*. I takt med avregleringar på vårdmarknaden har inte bara kraven på effektiv organisation och effektiva processer ökat. Även kraven på tillgänglighet och service har ökat inom vissa områden inom vården, samtidigt som härresande exempel på negativa innovationer på sistone uppdragats inom bland annat äldreården.⁴

Såväl avancerad teknologisk utrustning som avancerade mediciner, nya rutiner för förlossningsvård, ökad tillgänglighet hos husläkare och – dessvärre – alltför besparingsfokuserade aktörer inom äldreården är exempel på innovationer sprungna ur de möjligheter som uppstår ur förändring. Ur dessa exempel förstås också att innovation är långt mer än bara en ny produkt och att vissa innovationer är mer genomgripande än andra. Ur dessa exempel förstås också att all innovation inte med nödvändighet eller per automatik ger goda effekter (även om på det hela taget progression är av godo), utan att ledning av innovationer kräver etiska såväl som praktiska överväganden.

Vad innebär det att en produkt eller tjänst är innovativ?

Innovationer kan vara små justeringar av existerande produkter eller tjänster eller genomgripande förändringar som för alltid reformerar världen. Att lansera en etablerad produkt på en ny marknad är innovativt. Likaså klassas ett nytt sätt att ta betalt för en tjänst som en innovation, oavsett om tjänsten är gammal eller ny.

⁴ Detta ramverk med fyra drivkrafter bakom innovation utvecklas av J. N. Sheth och R. Ram i boken *Bringing Innovation to Market: How to Break Corporate and Customer Barriers*, utgiven av Wiley, 1987. Se även P. Druckers bok *Innovation and Entrepreneurship*, utgiven av HarperBusiness, 1990, eller motsvarande Harvard Business Review-artikel vid namn *The Discipline of Innovation*, publicerad i november-decembernumret, 1998. Drucker beskriver ett ramverk liknande Sheth och Rams, men med sju drivkrafter.

Ett klassiskt ramverk för att förstå graden av innovation har presenterats av forskarna Rebecca Henderson och Kim Clark.⁵ En produkt eller tjänst består av små komponenter som hänger samman i ett stort system. En bil, till exempel, består av tusentals mekaniska och elektroniska komponenter. En tjänst, till exempel ett besök på vårdcentralen, kan förstås på samma sätt. Alla komponenter, från marknadsföring till tidsbokning, läkarbesök, eventuell provtagning och uppföljning, hänger samman i ett system som tillsammans skapar ett besök på vårdcentralen. Kärnan i Henderson och Clarks ramverk är att innovation antingen sker i termer av komponenter, i termer av system – eller både och. En innovation där både komponenter och system förändrats kraftigt kallas *radikal innovation*. Telefonin är ett exempel på en sådan innovation. Jämfört med brevskrivning innebär telefoni en radikal förändring både av tekniska komponenter (telefonen i relation till pennan) och i system (telefonsamtal i relation till brevväxling). Motsatsen är en inkrementell innovation. För en sådan innovation har enskilda komponenter modifierats men den övergripande strukturen är konstant. Detta är den vanligaste typen av innovation och kärnan i mycket av det utvecklingsarbete som bedrivs inom organisationer. Mellan de båda ytterligheterna radikal och inkrementell innovation utmålar Henderson och Clark även *modulmässig innovation* – en innovation där komponenterna är kraftigt förändrade men systemet detsamma. Kanske kan införandet av MR-scannern i diagnostisering av cancertumörer räknas till denna kategori? Slutligen definieras *arkitekturmässig innovation*, innovationer där enskilda komponenter är relativt oförändrade men systemet nytt. Här är psykologstöd via internet ett bra exempel. Varje enskild del är oförändrad (psykologens verktyg och metoder, regelbundna patientmöten, uppföljningar), men sättet på vilket delarna sätts samman helt nya (via internet istället för personliga möten).

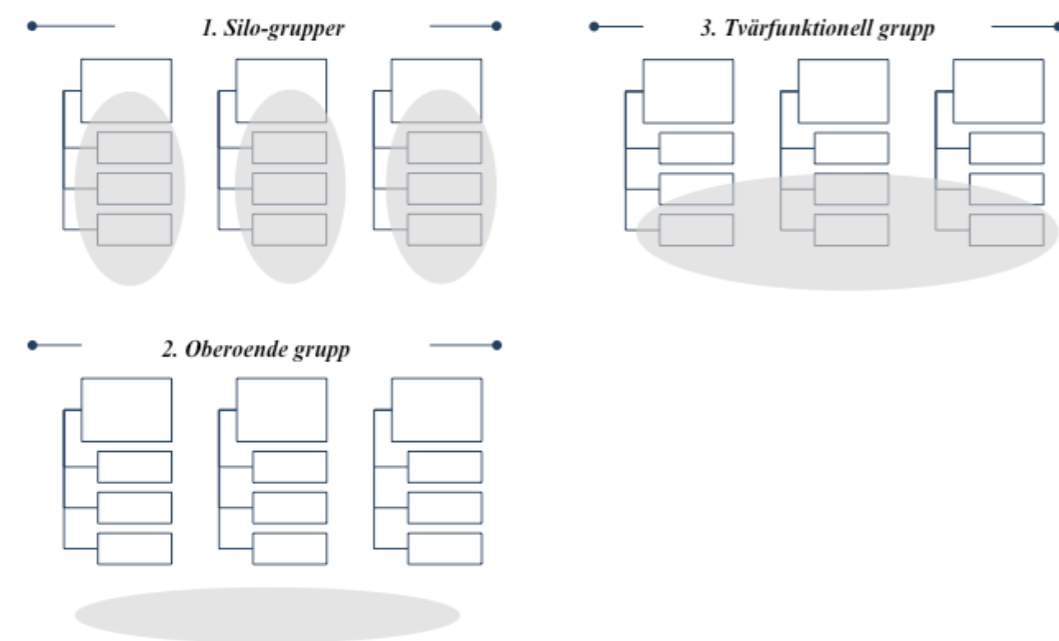
Vad är då nyttan av Henderson och Clarks ramverk? För det första hjälper det oss att förstå att alla innovationer inte är lika – och att ledning av innovation därför måste variera beroende på vilken typ av innovation som avses. För det andra hjälper det oss att se att olika förändringar kan ha olika konsekvenser. Tidigare i denna text identifierades fyra drivkrafter bakom innovation: teknologiska förändringar; förändringar i kunders behov; ökad konkurrens och förändringar i företagsklimatet. Behovet av innovation är beroende av om en förändring påverkar en enskild komponent eller ett helt system. Låt oss ta vaccin mot tuberkulos som ett exempel, en teknologisk innovation som fick stora konsekvenser för hela system. Ur ett organisationsperspektiv så innebar vaccinet att behovet av sanatorium minskade drastiskt – många sanatorier lades ner och andra förändrade sin verksamhet. Poängen är att innovation kan få mer eller mindre genomgripande konsekvenser och att en innovation på komponentnivå (vaccin) kan få effekter på system (organisationen för behandling av TBC) – eller tvärtom.

⁵ Henderson, R. M. och Clark, K. B., *Architectural Innovation: The Reconfiguration of Existing Product Technologies and the Failure of Established Firms*, *Administrative Science Quarterly* vol. 35 s. 9-30, 1990.

Införa tvärfunktionella förändringar i en funktionellt orienterad organisation

Det finns en enskild faktor som i studie efter studie visar sig ha stor effekt på huruvida ett innovationsarbete blir framgångsrikt eller inte. Det är samverkan över funktionsgränserna.

I sin fulla ytterlighet så finns det två sätt att organisera innovationsgrupper: i silo-baserade grupper vis-à-vis i oberoende grupper. *Silo-grupperna* är i sträng mening inga "grupper". Ett innovationsprojekt bedrivs i dessa fall inom en silo, till exempel en funktion (till exempel akutmottagningen eller ekonomiavdelningen), eller baserat på en organisationstillhörighet (till exempel Ankeborgs Sjukhus). Innovationsprojektet förs sedan över från en grupp till en annan där varje grupp arbetar enskilt. Om hela sjukhuset har ett besparingskrav kan till exempel akutmottagningen arbeta silo-orienterat för att effektivisera sin verksamhet, medan ekonomiavdelningen arbetar för sig. *Oberoende grupper* fungerar tvärtom. I dessa fall drivs innovationsarbetet av gruppen, på tvärs med funktions- eller organisationsgränser. Gruppen har ett eget mandat att agera, med egen budget och egna regler. Många företag använder oberoende grupper som ett strukturerat sätt att arbeta med förändringsarbete. Mellan de båda ytterligheterna silo-grupper och oberoende grupper finns flera mellansteg, och det finns fördelar och nackdelar med olika sätt att arbeta. Tre stiliserade typer är illustrerade i Figur 2.



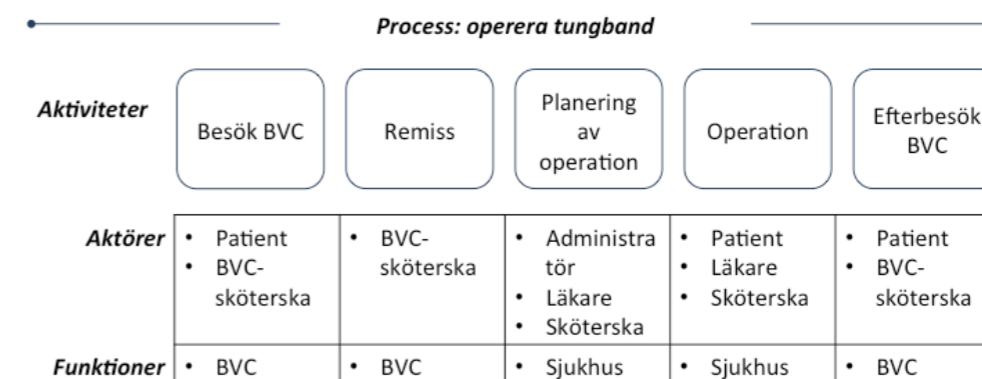
Figur 2: Olika sätt att organisera innovationsarbete⁶

⁶ För vidare läsning om olika sätt att organisera innovationsarbete, se gärna Wheelwright, S. C. och Clark, K., *Revolutionizing product development: Quantum leaps in speed, efficiency, and quality*, utgiven av The Free Press, 1992.

Att arbeta över funktionsgränserna är kanske den enskilt viktigaste faktorn för framgångsrikt innovationsarbete.⁷ Kort sammanfattat har tvärfunktionella grupper fyra unika och viktiga effekter. För det första gör tvärfunktionellt arbete det möjligt att undvika dyra omarbetningar i senare faser av ett förändringsprojekt, eftersom de bredare konsekvenserna av förändringsprojektet uppdagas tidigt. För det andra kan dyra förseningar och osäkerhet undvikas när projektet skall implementeras, eftersom medarbetare ges en större möjlighet att fysiskt och psykiskt förbereda sig för förändringen. För det tredje möjliggör tvärfunktionella grupper att föra över kunskap från en funktion till andra. För det fjärde möjliggör det att se helheten, istället för att optimera på delarna.

Att se helhet, istället för delar

För att tydliggöra skillnaden mellan helhet och delar i en organisation är det viktigt att förstå vad en process är. En verksamhet består av *processer*. En process är, enkelt beskrivet, det arbete som utförs, till exempel "en operation", "ett akutbesök", eller "en vaccinering". En process involverar flera aktiviteter, flera aktörer och tenderar att skära över flera funktioner. En så enkel sak som att operera ett för kort tungband på ett barn kan, till exempel, föregås av ett besök på BVC, en remiss från BVC-sköterskan till öron-näsa-hals-kliniken, och så ett besök på kliniken för att utföra operationen.



Figur 3: Förenklad illustration av en vårdprocess

Om vi tänker oss att ett innovationsarbete skall bedrivas för att förändra denna process, är det förstås viktigt att se till helheten, inte till delarna. Detta verkar kanske enkelt, men faktum är att de flesta organisationer har svårt att samverka över funktionsgränserna. **Därför är det också mycket vanligt att ett förändringsarbete i en del leder till positiv förbättring för just denna aktivitet – men får negativa konsekvenser för helheten.** Som ett exempel: om ett förändringsprojekt sker i aktiviteten "operation" i Figur 3 kan det få positiva konsekvenser som till exempel att kliniken ökar sin beläggning. Samtidigt kan en sådan effektiviseringsåtgärd för kliniken få negativ effekt för andra aktiviteter och aktörer i processen, till exempel genom att patienten kanske

⁷ Se Brown, S. L. och Eisenhardt, K. M., *Product development: Past research, present findings, and future directions*. *The Academy of Management Review* vol. 20(2) s. 343-378, 1995.

får vänta längre på operation eller att BVC-sköterskan får ägna tid åt att koordinera mellan klinik och patient. Poängen med detta exempel är inte att påstå att det aldrig är bra att öka beläggningen på en klinik. Poängen är att illustrera att förändringar i ett led av en process får konsekvenser för andra led och att effektivt innovationsarbete därför måste ske på tvären över funktionsgränserna.

Resurseffektivitet och flödeseffektivitet

Varför blir det så? Jo, det finns faktiskt generella förklaringsmodeller, teorier, som beskriver varför. En aktuell bok i detta ämne är boken *Vad är Lean*, författad av Handelshögskolans forskare Pär Åhlström och Niklas Modig.⁸ I denna bok beskrivs skillnaden mellan flödeseffektivitet och resurseffektivitet.

Tänk dig att du sitter i bilen på Sveavägen i Stockholm, klockan halv fem en fredag. Du är på väg till Arlanda flygplats men kom iväg för sent från jobbet. Trafiken sniglar sig fram och du känner pulsen slå. Varför blir det trafikstockning? Det finns tre generella orsaker. Den första har att göra med varians: om alla bilar hade kört lika fort hade det varit färre köer. Eftersom bilar nu kör i olika hastigheter, bromsar in och gasar, byter fil och i allmänhet betar sig oregelbundet uppstår störningar i trafikflödet – det blir kö. Den andra orsaken har att göra med *flaskhalsar*: Ett vägbygge gör att en väg bana stängs av: trafikstockning. En underdimensionerad avfart gör att alla bilar vill ut på samma ställe samtidigt: trafikstockning. Den tredje orsaken till köer på Sveavägen har att göra med *många bilar och långsamma reaktioner*. Att köerna blir längre ju fler bilar som är på plats är lätt att förstå. Mindre intuitivt är reaktionshastighetens påverkan på köer. Om alla bilar hade reagerat snabbt vid, till exempel omslag från rött till grönt ljus hade det varit mindre köer. Nu har förare en reaktionstid från det att ljuset slår om till att bilen börjar rulla. Dessa fördröjningar skapar i sin tur köer. Hade vi bara reagerat snabbare, till exempel vid grönt ljus, hade vi kunnat ha betydligt fler bilar på vägen utan att det blivit kö.

En organisation fungerar i mångt och mycket på liknande sätt: ett stort antal personer och grupper (bilar) skall genomföra aktiviteter (köra), ofta samtidigt och på samma vägar. Inom sjukvården kan man förenklat tänka sig patienten som en bil på Sveavägen klockan fem, med målet att komma ut på E4:an innan klockan slagit sex. För att göra denna resa så snabb och effektiv som möjligt är det viktigt att inte bara se till delarna – utan till hela trafiksituationen, till flödet. Detta blir särskilt viktigt om vi vill genomföra en förändring – en innovation – i en process. Det är lätt hänt att vi optimerar på delar istället för på helhet.

⁸ Se Modig, N. och Åhlström, P., *Vad är Lean? En guide till kundfokus och flödeseffektivitet*, utgiven av Stockholm School of Economics Institute for Research, 2012.

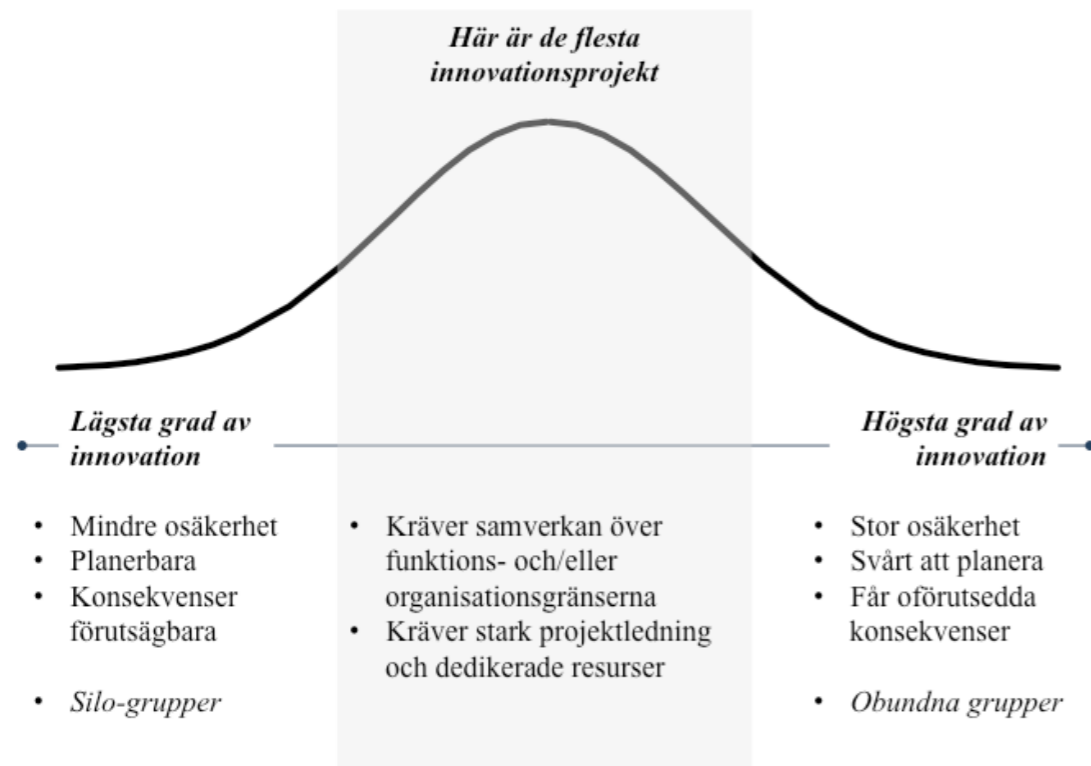
Aktiviteter in en organisation är beroende av varandra: innan kliniken kan boka en operation, behövs en remiss från primärvården. Olika aktiviteter sker i olika hastighet – det finns varians och därför blir det kö. Vissa aktiviteter eller resurser är flaskhalsar – därför blir det kö. Vissa tider på dygnet eller på året är det många patienter inom ett visst område, vissa patienter tar längre tid att diagnostisera och behandla – därför blir det kö.

Om vi tänker oss att ett innovationsarbete skall syfta till högre effektivitet i resurser (till exempel beläggning på kliniken) får det ofta negativa effekter på flödet (till exempel den tid patienten får vänta på operation). Å andra sidan, om vi vill ha ett bra flöde (till exempel inga patientköer) kan det kosta mer i termer av resurser (läkare får stå stand-by). Poängen är att **vi måste förstå både resurs-aspekter och flödes-aspekter när vi bedriver innovationsarbete**. Annars blir det köer i processerna.

När är det extra viktigt att arbeta tvärfunktionellt?

Den avgörande faktorn för hur innovationsarbete bäst organiseras är graden av innovation i projektet. Ju högre innovationsgraden i ett projekt, desto viktigare är det inte bara att arbeta tvärfunktionellt, utan också att ha stark projektledning och dedikerat arbete med innovationen. En inkrementell innovation kan ofta klaras av en silo-grupp: man vet på förhand vad som skall göras och i vilken ordning. En mer genomgripande förändring, däremot, kräver tvärfunktionellt arbete. Det finns flera anledningar till detta. För det första är sådana projekt mycket osäkra: man vet inte på förhand vad resultatet kommer att bli eller hur det skall nås. Därför kräver ofta sådana projekt täta avstämningar: personer eller grupper arbetar individuellt ett tag för att sedan träffas och stämma av så att alla är på samma spår, återgår till individuellt arbete och så vidare. För det andra så har genomgripande förändringar ofta stora och oförutsebara konsekvenser för verksamheten – flödet påverkas om resurserna förändras.

De flesta innovationsprojekt hamnar någonstans mellan ytterligheterna små förändringar, respektive genomgripande innovationer. De flesta innovationsprojekt mår därför bra av samverkan över funktions- och organisationsgränser, en stark projektledning, men också anknytning till den funktion eller organisation som de berör (jfr alternativ tre i Figur 2).



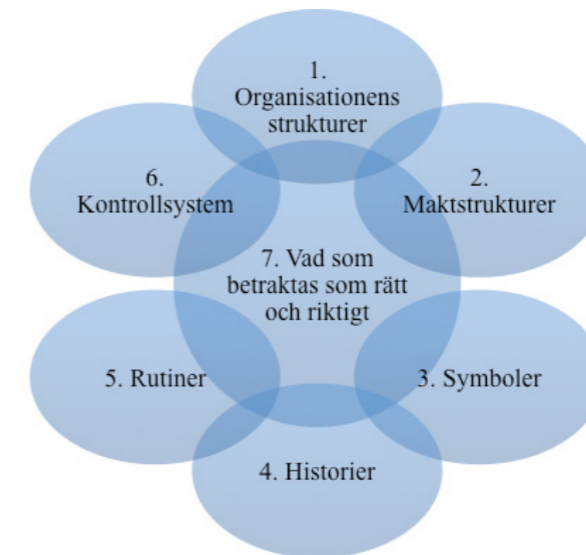
Figur 4: Hur man bäst organiserar ett innovationsprojekt beror på hur innovativt projektet är

Att skapa en innovativ organisationskultur

Olika organisationer har olika kulturer. Det finns exempel på organisationer med en mycket stark företagskultur, till exempel IKEA som gjort sig kända för en platt organisation där kostnadsfokus genomsyrar allt arbete, från flygresor till lagerhållning. Ett annat exempel är Apple som är känt för en innovativ kultur, med starkt fokus på design. Den starka organisationskulturen lyfts ofta fram som ett exempel på varför såväl IKEA som Apple lyckas väl. En "organisationskultur" brukar definieras som "de värderingar, förståelse och sätt att resonera som delas av en majoritet av organisationens medlemmar, och som för nya medlemmar i organisationen lärs ut som det rätta".⁹ **En organisationskultur är därmed något som är svårt att ta på, något som sitter i väggarna, något som tar tid att förändra och, något som är starkt relaterat till hur välfungerande organisationen är.**

⁹ Definition från Bratton, J. och Gold, J., *Human Resource Management: Theory and Practice*, utgiven av Palgrave Macmillan, 2003, s. 485.

Hur kan man då förstå och beskriva en organisationskultur? Ett bra verktyg är "kulturnätet",¹⁰ se Figur 5.



Figur 5: Kulturnätet

(1) *Organisationens strukturer*: den formella organisationen, det som syns på organisationskartan, är en tydlig aspekt av organisationskultur. En organisationskarta brukar spegla vad som anses viktigt i en organisation: är det många eller få hierarkier, vilka funktioner är högre upp i strukturen och hur är organisationens olika avdelningar sammanlänkade. (2) *Maktstrukturer*: denna aspekt är relaterad till den formella organisationsstrukturen, men det är inte alltid att så den verkliga makten speglas i organisationskartan. Inom vården har läkarna av tradition en stor maktbas. Enskilda specialister kan till exempel besitta en maktposition, även om deras plats på organisationskartan inte är särskilt utmärkande. (3) *Symboler*: liksom religioner ofta har ett starkt symbolspråk (tatueringar, talen sju inom kristendomen och judendomen, slöjan inom islam), har även organisationer symboler. Sättet att klä sig, uttrycka sig och placera sig i lunchrum och arbetsmöten har ofta en inneboende mening som är tydlig för organisationens medlemmar men svårare att förstå för utomstående. Läkarrock och stetoskop, till exempel har i många sammanhang större symbolvärde än det praktiska värdet. (4) *Historier*: alla organisationer har historier som beskriver kritiska händelser och som ofta förmedlas till nya organisationsmedlemmar. På AstraZeneca berättas ofta historien om hur Losec skapades som ett resultat av under-coverarbete av två drivna analytiker, trots upprepade försök från företagsledningen att avsluta utvecklingsarbetet. Oavsett om dessa historier är sanna eller inte, är de ofta seglivade myter som finns eftersom de beskriver viktiga sidor hos organisationen.

¹⁰ Kulturnätet (the Cultural Web) är framtaget av Johnson, G. och Scholes, K., och beskrivs utförligt i boken *Exploring Corporate Strategy*, utgiven av Pearson Education Limited, 5e upplagan, 1999.

(5) *Rutiner* är de sätt på vilka organisationens medlemmar interagerar med varandra. Inom vissa organisationer är det viktigt att alltid stämna av viktiga beslut skriftligt, i andra organisationer gör man det muntligt. Rutiner tas ofta för givet och är därför svåra att förändra. En mycket viktig rutin för innovationsarbete är sättet på vilket man förstår kundernas behov i en organisation. Organisationer inom vilka ”det anses viktigt” att ägna tid och kraft att förstå kunderna, är ofta betydligt mer innovativa. En viktig anledning till detta är inte bara att kunderna är en viktig kunskapskälla, utan också att kundfokus gör det lättare att förstå flöde, och inte bara resurser (se ovan). (6) *Kontrollsystem* inkluderar till exempel formella processer, mätinstrument och belöningsystem. Genom olika kontrollsystem främjas ofta vissa beteenden till förmån för andra och organisationens kraft riktas åt ett visst håll. För läkare är det till exempel i många sammanhang viktigt att disputera. Inte bara för att det är intressant att förkovra sig själv, utan också för att organisationens belöningsystem utformats för att främja vetenskapligt tänkande. Slutligen, (7) *Vad som betraktas som rätt och riktigt* är själva kärnan i en organisationskultur. Vad som betraktas som rätt upplevs ofta som självklart för dem som verkar i organisationen, men om man jämför olika organisationer kan det vara stor skillnad. De övriga faktorerna i kulturnätet påverkar själva kärnan i kulturen.

Hur kan en innovativ kultur främjas?

Det finns, förstås, inget idealexempel på den ideala innovationskulturen utan alla organisationer behöver fundera kring sin egen kultur, vilken kultur de skulle vilja främja och hur de kan förändra sin kultur. Olika verksamheter ser olika ut, och innovationsforskning som främst baseras på företag i andra branscher går inte alltid att översätta till en vårdkontext. Det finns dock ett par tumregler att hålla sig till, baserat på forskning kring innovation i företag. *Organisationens strukturer* kan utformas för att vara mer eller mindre innovationsvänliga. Organisationer med starkt kundfokus, som ofta omorganiserar sig, med oberoende innovationsgrupper (se Figur 2) och med en dedikerad innovationschef har i många studier visat sig särskilt innovativa.¹¹ *Maktstrukturer* kan vara hämmande för innovation. **Radikala innovationer kan utmana existerande maktstrukturer och leda till stora spänningar och ovilja till förändring inom en organisation.** För att skapa ett innovationsvänligt klimat är det därför viktigt att förstå hur maktbalansen inom organisationen ser ut och hur innovation i olika dimensioner kan påverka denna maktbalans.

Symboler kan användas för att främja innovation. Nya produkter eller sätt att arbeta kan tydliggöras och visas upp eller nya arbetskläder kan vara ett sätt att markera förändring. *Historier* är en viktig aspekt av ledarskap. Att kunna berätta historier, som fångar komplexa händelser på ett enkelt sätt, är en metod som en chef kan använda för att rikta organisationens kraft. Organisationer där många historier knyter an till ”den gamla goda tiden”, kan till exempel antas vara mindre innovationsfrämjande. *Rutiner* kan skapas för att, till exempel ta emot nya idéer från patienter, nyutexaminerade eller

nyanställda. Rutiner kan också utformas för att främja lärande mellan avdelningar eller yrkesgrupper. Belöningsystem som främjar innovativt tänkande och kunskapsutbyte (istället för belöningsystem som främst främjar arbete i etablerade banor eller system där kunskapsutbyte över funktionsgränserna inte uppmuntras) är exempel på innovationsfrämjande *kontrollsystem*.

Hur kan en organisation motiveras till att vara innovativ?

I grunden är det människor som driver organisationer och motiverade människor är ofta mer innovativa. I grunden finns det två typer av teoretiska ramverk för att beskriva vad som motiverar människor: ett som fokuserar på de *faktorer* som motiverar människor och de som fokuserar på de processer genom vilka människor blir motiverade.¹²

Faktorstudier bygger i mångt och mycket på teorier om de behov vi som människor har av att känna oss trygga, sedda och behövda. Kort sagt går dessa teorier ut på att människan har olika behov och att innan vissa grundläggande behov är uppfyllda, är mer förfinade behov mindre relevanta. Ett exempel är Herzbergs teorier om *hygienfaktorer* och *motiverande faktorer*. Tesen är att såtillvida hygienfaktorer är uppnådda: till exempel en rimlig lön, en känsla av säkerhet på jobbet, kamratskap och trevnad, så spelar ett extra lönepåslag mindre roll för motivationen. Istället är det andra saker, till exempel möjlighet att vara kreativ, att få styra sin egen tid eller att förverkliga idéer som skapar en motiverande arbetsplats.

Processteorier fokuserar på processen kring vilka motivation uppnås. Som ett exempel betonas ofta vikten av rättvisa: om man upplever att man blir orättvist behandlad jämfört med andra kollegor sjunker motivationen. Vidare betonas vikten av det *psykologiska kontraktet*, det vill säga implicita avtalet mellan en anställd och organisationen; att den anställda ställer upp för organisationen – och att organisationen ställer upp för den anställda. Slutligen betonas vikten av *förväntningar*; det vill säga att anställda mår bra av en tydlig bild av vad som förväntas av dem för att kunna prestera.

För den som söker skapa en innovativ kultur är det viktigt att fundera kring vad som motiverar organisationens medlemmar och att säkerställa att vad som motiverar individer har en positiv effekt för innovation. Kanske behöver till exempel mycket låga löner höjas för att skapa motivation för kreativitet, medan att höja redan höga löner har mindre effekt? Kanske behövs det skapas utrymme för anställda att vara kreativa? **Vissa organisationer sätter av ett par timmar varje månad då de låter sina anställda arbeta med ”precis vad de vill” – under förutsättningar att arbetet redovisas.** Sådana initiativ kan leda till innovativa lösningar och också mer motiverad personal. Sist men inte minst är det viktigt med erkännande: att den som gör något bra får erkännande, gärna inför arbetskamraterna. Ofta är själva erkännandet till och med viktigare än eventuell monetär eller annan belöning.

¹¹ Tushman, M. L. och Anderson, P. *Managing Strategic Innovation and Change: a Collection of Readings*, utgiven av Oxford University Press, 1997.

¹² Distinktionen är hämtad från Goffin, K. och Mitchell, R. *Innovation management - strategy and implementation using the pentathlon framework*, utgiven av Palgrave Macmillan, 2a utgåvan, 1995.



Implikationer i dagens vårdssystem

Jämfört med för trettio år sedan bedrivs innovationsarbete i företag betydligt mer effektivt idag än förr. Det innebär konkret att idag används mindre resurser för att skapa större nytta än tidigare.¹³

Vad händer då när forskning om innovation i andra branscher skall översättas till en vårdkontext? Om detta vet vi mindre och dylika översättningar bör göras med försiktighet. Samtidigt är det rimligt att anta att den stora kunskap om innovationsarbete som byggts upp inom företagssektorn också kan ha viktiga implikationer för vården.

Fokusgruppen för innovation har identifierat tre centrala utmaningar för vården (se Figur 1): För det *första* belyses utmaningen i att genomföra tvärfunktionella förändringar i vården som traditionellt är uppbyggd i tydliga och relativt isolerade funktionella enheter. För det *andra* belyses vikten av kunskapsspridning i vården och svårigheterna att föra över kunskap från en enhet till andra. För det *tredje* belyses det centrala i att skapa ett innovativt klimat i vården, bortom enskilda och isolerade insatser på stabsnivå. Forskningen kring innovationsledning kan bidra till att hantera dessa tre utmaningar.

(1) Varför är det viktigt att arbeta tvärfunktionellt och hur gör man det?

Det är viktigt att arbeta tvärfunktionellt eftersom det möjliggör att se till helheten istället för till delarna. Detta påstående kan låta enkelt och självklart, men **det finns många faktorer som gör att arbete i en vårdkontext gärna sker utifrån delarnas bästa istället för helheten.**

För det första så bygger vetenskap på specialisering, och vården har en starkt vetenskaplig grund. För att vi skall kunna göra vetenskapliga framsteg är det nödvändigt att fokusera smalt och intensivt – istället för brett och tvärfunktionellt. Därför är också medicinska landvinningar – innovationer – ett resultat av en mycket snäv specialisering. För det andra har läkarna – av hävd och av nödvändighet – en mycket stark position inom vården. Läkarna i sin tur är en specialiserad yrkeskår, läkaryrket beskrivs ibland som en livslång utbildning i syfte att skapa en mycket djup förståelse av ett avgränsat fenomen. För att läkaren således skall vara effektiv i sin yrkesutövning, krävs att hon tänker djupt snarare än brett. Dessa två faktorer driver att förändringsarbete inom vården oftare sker i avgränsade grupper än på tvären över funktionsgränserna. Detta är nödvändigt och bra. Samtidigt talar sig innovationsforskningen varm för tvärfunktionellt arbete. Går det att förena med vårdens krav på specialisering?

¹³ För en sammanställning av denna utveckling, se Barczak, G., Griffin, A. och Kahn, K. B., *Perspective: Trends and drivers of success in npd practices: Results of the 2003 pdma best practices study*, *Journal of Product Innovation Management* vol. 26(1) s. 3-23, 2009.

Fokusgruppen för innovation har dragit slutsatsen att svaret på denna fråga är ja. Nyckeln ligger att särskilja *utveckling* av innovationer från *implementering* av innovationer. Även om en innovation av nödvändighet *utvecklas* genom specifik, snarare än generell kunskap, får den när den *implementeras* stora effekter på det generella systemet. När en innovation således skall implementeras är det nödvändigt med tvärfunktionellt arbete, att förstå delarnas effekt på helheten. Inom organisationsforskning i allmänhet och innovationsforskning i synnerhet finns stor kunskap om hur system och flöden fungerar – i relation till resurser. Liksom tidigare nämnts så vet vi från denna forskning att det är svårt att kombinera hög effektivitet i resurser med hög effektivitet i system.

Baserat på tillgänglig innovationsforskning ser jag flera möjliga tillvägagångssätt för att uppnå ökat samarbete över funktionsgränserna i vården, även om jag vill poängtera att dessa möjligheter bör utvärderas av personer med specifik kännedom om vården. Ett är ökat patientfokus – med vilket jag menar att ett fokus på effektivitet i patientens flöde genom systemet, snarare än effektivitet i utnyttjandet av medicinska resurser. Ett fokus på effektivitet ur ett patients perspektiv, snarare än ur till exempel läkarens perspektiv, skulle med nödvändighet öka behovet att arbeta tvärfunktionellt. Ett annat sätt att uppnå tvärfunktionella arbetsgrupper är genom förändrade incitamentssystem, återigen att premiera effektivitet i helheten, snarare än i delarna. Ett tredje sätt att uppnå integration kan vara att arbeta med oberoende innovationsgrupper, men med mandat och budget att genomföra förändringar i de berörda organisationerna.

För att kunna implementera förändringar (innovationer) i vården vill jag hävda nödvändigheten av att skynda långsamt. Förändringsarbete innebär ofta att existerande maktstrukturer rubbas vilket i sin tur kan leda till osäkerhet och ovilja till förändring, så även i vården.¹⁴ Att gå från silo-tänk till tvärfunktionellt samarbete görs därmed lättare genom förhandling och kompromiss, än genom radikala och snabba reformer.¹⁵ Liksom den djupa specialiseringen har fördelar inom sjukvården, är tröghet i förändring i grunden positivt i en vårdkontext. När Toyota får fel på sina bilar kan de återkallas och felet repareras. Den möjligheten finns inte i vården. Samtidigt, och just av denna anledning, är det extra viktigt att vi ökar kunskapen om hur innovationer skall implementeras i vården. Inte bara för att öka nyttan av de innovationer som görs, utan lika mycket för att förhindra att de får negativa konsekvenser.

(2) Hur sprider man kunskap över funktionsgränserna?

I en organisation som bygger på specialisering är det utmanande att sprida kunskap över funktionsgränserna. Liksom tidigare nämnts kräver vetenskapliga framsteg specia-

¹⁴ För en analys av förändring och makt i sjukvården, se till exempel Kollber, B., Dahlgård, J., och Brehmer, P.O., *Measuring Lean Initiatives in Health Care Services: Issues and Findings*, *International Journal of Productivity and Performance Management* vol. 56(1) s. 7-24, 2007.

¹⁵ Se Hellström, A. *Towards a Conceptual Framework of Adoption of Management Ideas: Findings from Three Empirical Studies*, Division of Quality Sciences, Licentiate Thesis, Chalmers University of Technology, Göteborg, 2005.

lisering, snarare än bredd. Samtidigt vill vi att vetenskapliga framsteg inom ett område skall komma andra områden till del.

Tvärfunktionella team är en nyckel för att kunna sprida kunskap (se Figur 2). Varför är det så? Jo, för kunskap består av två delar. Å ena sidan sådant som vi kan skriva ner och förmedla. Genom skrifter, föreskrifter och dokument kan sådan kunskap förmedlas genom en organisation – även om också detta kan vara väl så komplicerat. Ett aktuellt exempel är föreskrivning av hostmedicin – trots att hostmedicin bevisligen har liten effekt skrivs det ut mängder av hostmedicin i förkylningstider. Det är helt enkelt svårt att få ut kunskap i en organisation.

En annan del av kunskap är det vi kallar tyst kunskap: sådant som vi inte kan ta på. Att cykla, till exempel, är en färdighet som måste förvärfvas, det går inte att via handböcker lära någon att cykla. Tyst kunskap är också svår att sprida utan att involvera människor. Genom att arbeta tvärfunktionellt tvingas vi involvera kollegor från andra funktioner än vår egen i arbetet, och på detta sätt sprids även tyst kunskap genom organisationen.

(3) Hur skapas ett innovativt klimat, bortom enskilda och isolerade punktinsatser?

Ett innovativt klimat kan inte ”skapas” lättvindigt. Däremot kan vi skapa förutsättningar för att på lång sikt främja ett innovativt tänkande. Det tidigare presenterade ”Kulturnätet” (se Figur 5) är ett verktyg som många organisationer använt sig av för att förstå sin egen organisations kultur och för att arbeta fram en vision om hur denna kultur skulle kunna förändras.

Fokusgruppen för innovation har identifierat ett antal faktorer som hämmande för det innovativa klimatet i vården. Som exempel beskriver Fokusgruppen för innovation ett klimat där samarbete med externa parter (till exempel företag eller politiker) anses ”fult”. Istället för att man drar nytta av den kunskap som finns, dominerar en protektionistisk miljö med attityden att allt bör finnas inom den egna organisationens väggar. Istället för att uppmuntra till samarbete finns en inneboende misstro och ovilja till förändring. Vidare beskriver Fokusgruppen för innovation att förändring ofta föder rädsla, till exempel en rädsla för att bli ”bortrationaliserad”, rädsla för att de yrkesgrupper som idag har en stark maktposition skall förlora denna och brist på ledarskap som uppmuntrar till förändring. Alla dessa exempel täcks inom ramen för kulturnätet (se Figur 5). Kulturnätet förefaller därför vara ett bra verktyg för att på djupet förstå om och i vilka dimensioner innovationsklimatet inom vården kan förändras.

Det behövs ökad förståelse för hur innovationer skall tas tillvara i vården

Som författare av denna rapport kan jag konstatera att **kunskapen om hur vårdens ekonomi och organisation påverkas av framsteg inom medicinsk forskning är relativt liten**. Det finns en etablerad uppfattning om att vården är starkt segmenterad och att olika intressegrupper inom vården har olika – och ibland oförenlig – syn på hur vårdarbete bör bedrivas.¹⁶ Det finns logiska och riktiga förklaringsgrunder till varför vården är segmenterad. En kärna i sammanhanget är vårdens inneboende krav på forskningsbaserad vård, ett krav som driver specialisering istället för generalisering.

Med utgångspunkt i detta synsätt är också implementering av förändring en vetenskap som i dagsläget främst appliceras på företag. Trots att vi vet relativt mycket om hur, varför och när till exempel tvärfunktionella arbetsgrupper främjar innovationsarbete i företag, vet vi mindre om vad detta innebär i en vårdkontext. Samtidigt har Fokusgruppen för innovation gjort ett stort antal observationer som indikerar att de problem vi sett i andra branscher är relevanta även i vården. Detta tyder på att det skulle finnas mycket att vinna på att applicera organisationsteoretisk forskning om innovationsledning på vården. Det är dock av stor vikt att en sådan applicering sker utifrån kunskap om de specifika förhållanden som råder i vården. Det sker en del forskning inom detta område. Som två exempel vill jag nämna Torbjörn Jacobssons avhandling *Implementering av processlösningar i sjukvården* framlagd vid Chalmers år 2010 samt Niklas Källbergs empiririka avhandling kring implementering av organisationsförändringar i vården som kommer läggas fram vid Handelshögskolan i Stockholm under 2012.

Trots dessa båda förtjänstfulla avhandlingar vore det önskvärt med ytterligare, forskningsbaserat kunnande om varför, hur och när innovationsarbete bör bedrivas i vården. I relation till de stora summor som varje år satsas på att utveckla nya produkter och arbetssätt inom vården vore det önskvärt med ökad kunskap om effekten när dessa nya produkter och arbetssätt implementeras. En sådan kunskap skulle inte bara vara förtjänstfull i slutledet, när innovationen skall implementeras. Kunskap om hur medicinska landvinningar implementeras skulle också kunna möjliggöra mer effektivt innovationsarbete i tidiga faser, till exempel när nya mediciner skall tas fram.

¹⁶ För en analys av hur och varför vården är segmenterad, se gärna Glouberman och Mintzberg, *Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: Differentiation*, *Health Care Management Review*, Winter 2001, s. 56-69.



Referenser

- Barczak, G., Griffin, A. och Kahn, K. B. (2009), Perspective: Trends and drivers of success in npd practices: Results of the 2003 pdma best practices study, *Journal of Product Innovation Management* vol. 26(1) s. 3-23.
- Bratton, J. och Gold, J. (2003), *Human Resource Management: Theory and Practice*, Palgrave Macmillan.
- Brown, S. L. och Eisenhardt, K. M. (1995), Product development: Past research, present findings, and future directions. *The Academy of Management Review* vol. 20(2) s. 343-378.
- Drucker, P. (1998), The Discipline of Innovation, *Harvard Business Review*, November-December issue, 1998.
- Drucker, P. (1990), *Innovation and Entrepreneurship*, HarperBusiness.
- Glouberman, S. och Mintzberg, H. (2001), Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: Differentiation, *Health Care Management Review*, Winter 2001, s. 56-69.
- Goffin, K. och Mitchell, R. (1995), *Innovation management - strategy and implementation using the pentathlon framework*, Palgrave Macmillan, 2a utgåvan.
- Hellström, A. (2005), Towards a Conceptual Framework of Adoption of Management Ideas: Findings from Three Empirical Studies, licentiate thesis, Chalmers University of Technology,.
- Henderson, R. M. och Clark, K. B. (1990), Architectural Innovation: The Reconfiguration of Existing Product Technologies and the Failure of Established Firms, *Administrative Science Quarterly* vol. 35 s. 9-30.
- Johnson, G. och Scholes, K. (1999), *Exploring Corporate Strategy*, Ort: Pearson Education Limited, 5e upplagan.
- Kollber, B., Dahlgaard, J., och Brehmer, P.O. (2007), Measuring Lean Initiatives in Health Care Services: Issues and Findings, *International Journal of Productivity and Performance Management* vol. 56(1) s. 7-24.
- Modig, N. och Åhlström, P. (2012), Vad är Lean? En guide till kundfokus och flödeseffektivitet, Stockholm School of Economics Institute for Research.
- Porter, M. E. (1990), *The Competitive Advantage of Nations*, Macmillan.
- Sheth, J. N. och Ram, R. (1987), *Bringing Innovation to Market: How to Break Corporate and Customer Barriers*, Wiley.
- Tushman, M. L. och Anderson, P. (1997), *Managing Strategic Innovation and Change: a Collection of Readings*, Oxford University Press.
- Wheelwright, S. C. och Clark, K. (1992), *Revolutionizing product development: Quantum leaps in speed, efficiency, and quality*, The Free Press.

LHC:s publikationer

2012

Nilsson, Maria, Linus Johansson Krafve och Claes-Fredrik Helgesson: *Vem vill ha rökavvänjning? Att styra motivationen eller låta motivationen styra*. LHC Report Nr 3 2012.

Rognes, Jon och Anna Krohwinkel Karlsson (red.). *Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar*. LHC Report Nr 2 2012.

Delrapporter:

Rognes, Jon och Anna Svarts: *Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige*

Tyrstrup, Mats: *Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv*

Fernler, Karin: *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*

Helgesson, Claes-Fredrik: *Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll*

Krohwinkel-Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningsystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. LHC Report Nr 1 2012.

Delrapporter:

Krohwinkel Karlsson, Anna: *Styrning mot samverkan: Hur kan ledningssystemen anpassas?*

Bowin, Rolf och Dag Norén: *De ”mest sjuka äldre”:* Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för en bättre vård och omsorg

Thoresson, Karin: *Mångfaldig styrning – en teoriöversikt*

Fernler, Karin: *Styrning på gränsen mellan sluten och öppen vård: Våga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar*

Rognes, Jon och Ida Larsson: *Lean i äldreomsorgen – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker*

Anell, Anders: *Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre – implikationer för mål och indikatorer*

Sjögren, Ebba och Per Åhblom: *Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet*

Leading Health Care Årsskrift 2010-2011.

2011

Rognes, Jon: *Lika vård för alla? En studie av vårdkedjan för prostatacancer*. LHC Report Nr 2 2011.

Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes: *Tid eller pengar: Exempel från cancer vården – bröstcancerprocessen*. LHC Report Nr 1 2011.

2010

Sjögren, Ebba, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij: *Hälsa per krona:*

Hälsa till varje pris? Kronor i vården, vad värderar vi med pengars hjälp? Dags att styra mot hälsa! LHC Report Nr 1 2010.

Om hur 1 € 1 kan bli oändligt mycket mer. Leading Health Care Årsberättelse 2009-2010.

2009

Winberg, Hans, Jon Rognes och Claes-Fredrik Helgesson (red.): *Leading Health Care - Organizing healthcare for greater value*. Stockholm: EFI.

Rognes, Jon: *Heart Center Varde*. Undervisningscase.

Sjögren, Ebba: *Recept för klinisk forskning - Förutsättningar för innovation och framgång*. Rapport för Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen.

2008

Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (red.): *Detta borde vårddebatten handla om*. Stockholm: IFL och EFI.

Om Leading Health Care

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik.

LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas både på policy- och verksamhetsnivå.

Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienterna får en bättre vård och omsorg.

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC-rapport ska uppfylla följande krav:

- Rapportens författare har rätt att självständigt formulera rapportens innehåll och slutsatser.
- En LHC-rapport håller hög akademisk standard och har framtagits med iakttagande av god forskningssed. Åtminstone en författare bör vara disputerad forskare.
- Författarens eventuella jävsintressen måste deklarerats i rapporten.
- En färdig LHC-rapport har godkänts efter kvalitetsgranskning av LHC:s kansli och av ytterligare en namngiven disputerad extern granskare med kompetens på området.
- En LHC-rapport ska vara skriven på ett sådant sätt att de primära målgrupperna lätt ska kunna ta till sig rapportens innehåll. De skrivs för att bli lästa och väl spridda.
- Rapporten ska ämnesmässigt falla inom LHC:s verksamhetsområde.

Vill du veta mer om LHC?

På vår sajt hittar du mycket information om ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Här kan du läsa alla våra rapporter och utredningar på skärm.

www.leadinghealthcare.se



Leading Health Care

