



Ersättningsystem för innovation

*En studie av åtta projekt som utvecklar nya ersättningsmodeller inom
vård och omsorg*

Innehåll

Förord	4
Sammanfattning	6
1. Bakgrund och upplägg	10
LHC:s följeforskning.....	10
Rapportens disposition	11
2. Ett systemperspektiv på innovation.....	12
Innovation.....	12
Mottaglighet.....	13
Hinder.....	13
3. Ersättningssystem som innovationsbroms	15
Ersättningen är för detaljerad – ger ingen flexibilitet.....	15
Ersättningen är konserverande – nya arbetssätt ersätts inte	15
Ersättningen är för produktionsinriktad – ger inga incitament till effektivisering	15
Ersättningen är för snäv – premierar inte innovationer vars värde realiseras mellan mer än en resultatenheter	16
Ersättningen är för kortsiktig – premierar inte innovationer vars värde realiseras över lång tid	16
Är ersättningen för omodern?	17
4. Studiens fokus: Nya ersättningssystem som innovation	18
Ersättningssystem som drivkraft eller möjliggörare?.....	18
5. Metod och genomförande.....	20
Ramverk för identifiering av hinder.....	21
6. Fallbeskrivningar	24
Framtidens ersättningssystem i hemtjänst och hemsjukvård	25
Kroninnovation.....	26
InnoCent	28
INNOVERSUM.....	30
Ersättningsmodeller för virtuella hälsorum	32
Diagnostiska nätverk.....	34
Riskdelningsmodell för läkemedel.....	36
Ersättningsrelaterade konsekvenser av ett nytt sätt att administrera läkemedel	38
7. Jämförande observationer	40
Projektens inriktning varierar	40
... men det finns vissa gemensamma drag.....	43
Observerade hinder i tidig fas.....	43
Ibland mindre hinder än väntat	45
Särlösningar under projekttiden kan bli hinder senare	45
8. Processanalys.....	47
Förändringar i projekten – dynamik och lärande under designfasen.....	47
Arbetet med ersättningsmodeller synliggör komplexitet i andra dimensioner ..	48

Hur iterativ ska man vara?	49
9. Gemensamma lärdomar kring innovation i och genom ersättningssystem	51
Administrativa konsekvenser är lika viktiga att beakta som de ekonomiska incitamenten	51
Hållbara dataunderlag är en nyckelfaktor	51
Se upp för projektfällan!.....	52
Förankringsdilemmat en utmaning.....	53
10. Rekommendationer till den som stödjer innovation	55
Checklista för utveckling av ersättningssystem för innovation	57

Förord

Spridningen av innovationer i vården går långsamt. En ofta återgiven bild är att det kan ta upp till 17 år från en validerad upptäckt till genomförande. Ofta möts denna bild med den otåliga kommentaren att "vi ju vet vad vi ska göra – så det är väl bara att göra"! Men så, där spricker det ofta. Vanligast för att vi inte vet hur det ska gå till. Men även för att huret och vadet är så intimt sammankopplade att de påverkar och påverkas av varandra under resans gång.

Stiftelsen Leading Health Care har erhållit anslag från Vinnova för att under 2014-2015 följa ett antal innovativa projekt inom hälso- och sjukvården och undersöka vilka hinder de upplever i sina försök att få till en förändring. Fokus i dessa projekt ligger särskilt på att utveckla ersättningsmodeller inom vård och omsorg, och ett syfte bakom satsningen att analysera sambandet mellan förändrad ekonomisk styrning och verksamhetsutveckling.

Det är en ny och djärv satsning att vidga perspektivet från att ta fram nya produkter, tjänster eller arbetsmetoder till de sammanhang som dessa ska fungera i för att vi ska kunna tala om innovation på riktigt. LHC har här fått kombinera vår expertis inom såväl ersättningssystem som implementering. Förväntningarna är höga och ska så vara. Det är ett oerhört viktigt och för framtiden avgörande att förbättra vår förmåga att ta emot och omsätta nya, goda idéer till praktisk vardag. I rapporten presenteras ett ramverk och empiriskt underlag som sätter fokus på detta. Som innovationslandstingsrådet i Stockholm, Daniel Forslund, uttryckte det på seminariet om denna rapport: Med en välgjord hinderanalys om vad som bromsar innovation kan vi komma längre.

Rapporten kring ersättningssystem som underlättar innovation blir en ingång till ett systemsynsätt på hållbara förändringar inom vård och omsorg. Många i de studerade projekten har vittnat om att angreppssättet fått mycket uppmärksamhet och att det vidgat perspektivet på såväl vad vi kan göra som hur det ska gå till.

Vår förhoppning är att läsningen, förutom en stunds underhållning, ska bidra till ökad förståelse och bättre angreppssätt för förändring. Fortsatta studier av mottaglighet krävs för att komma närmare implementering – projekten är i princip alla i en designfas när detta skrivs – men i det korta perspektivet har Vinnovas utlysning satt en viktig och relevant fråga på kartan. Vi vill tacka för gott samarbete, särskilt Karin Eriksson som hållit ihop en stor del av arbetet.

Jag vill också tacka Anna Krohwinkel och Jon Rognes, båda LHC, som svarat för undersökningar och skrivande av slutrapporten. Tack också till Peter Markowski, Stockholms Universitet, som deltagit i insamling av empiri kring läkemedelsprojekten.

Och sist men inte minst: tack till alla generösa deltagare i projekten som delat med er av tid och erfarenheter. Utan er hade det alls inte blivit någon rapport. Eller, ännu viktigare, ingen utveckling som gör livet lättare för alla personer som behöver hjälp både i vården och omsorgen. Tack!

Stockholm i juni 2015

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Sammanfattning

Vinnova formulerade under 2014 en utlysning om projektmedel för "Ersättningsmodeller som främjar innovation i vård och omsorg" Satsningen innebär ett nytt område för Vinnova inom myndighetens insatser för innovationskraft i offentlig verksamhet. Syftet är att utveckla och på sikt etablera nya ersättningssystem som stärker möjligheterna för innovativa produkter och tjänster tidigt ska tas upp i verksamheten och komma vården, omsorgen och inte minst patienterna och brukarna tillgodo (Vinnova 2013-05536).

Den här rapporten redovisar LHC:s observationer efter att ha följt åtta pilotprojekt som utvecklat nya, innovationsfrämjande former för ekonomisk styrning. Projekten har initierats av landsting, kommuner, vårdgivare och läkemedelsbolag inom många olika vårdområden. LHC har studerat projektens angreppssätt och utveckling under designfasen, med fokus på de hinder och utmaningar som de stött på.

Bland projekten finns dels sådana där en förändrad ersättningsmodell avses ge incitament till innovation i verksamheten; dels sådana där innovation i verksamheten har synliggjort behovet av en förändrad ersättningsmodell. Exempel på verksamhetsutveckling som främjas är ökad situationsanpassning till patienter/brukare, bättre nyttjande av distans/egenvård och nya former för samverkan mellan vårdgivare/huvudmän.

Det är en stor bredd på de ekonomiska lösningar som föreslås för att förbättra mottagligheten för innovationer. Modellerna som utvecklats inom de olika projekten omfattar modifiering av fasta, rörliga och målrelaterade ersättningar såväl som samfinansierings- och marknadslösningar. Det faller utanför LHC:s uppdrag att i detta inledande steg utvärdera nyttan/effekterna av de olika ersättningsprinciperna. Vi kan dock konstatera att det bland de föreslagna lösningarna både finns de som genom specifika incitament vill främja ett visst beteende eller arbetssätt, liksom de som vill göra ersättningen bredare/mer flexibel för att möjliggöra experimenterande i berörda verksamheter. Detta är två principiellt olika angreppssätt som har olika för och nackdelar som bör övervägas vid utveckling av ersättningssystem för innovation.

Trots projektens olikheter finns ett antal generella observationer kring innovation i ersättningssystem som kan fungera som underlag för ett lärande inför framtida projekt av liknande slag.

Vanliga systemhinder i tidig fas:

- Tekniska eller juridiska hinder kring inmatning eller uttag av den data som är tänkt att utgöra underlag för den nya ersättningsmodellen.
- Bristande stöd från centrala aktörer för den föreslagna lösningen – uppifrån (politisk ledning/huvudman) eller nedifrån (profession/patienter).

Särlösningar under projekttiden kan försämra mottagligheten senare!

Tillfälliga lösningar för databearbetning, regelundantag och specialrutiner är vanliga strategier för att komma runt systemhinder och möjliggöra ett smidigare genomförande av projektet. Hur projektet på längre sikt passar in i det omgivande systemet – och vilka anpassningar som krävs för att få det att överleva – bör dock uppmärksammas så tidigt som möjligt.

Framträdande utmaningar kring utveckling av ersättningssystem:

- Ersättningsmodeller knyter an till många närliggande styrområden, t ex uppdrag, förfrågningsunderlag och avtal.
- Ekonomisk styrning är enbart en av flera styrsignaler som påverkar praktiken (inkl. informell styrning i form av professionella normer).
- Utveckling av ersättningsmodeller och verksamhetsutveckling behöver gå hand i hand, men mandatet för att förändra styrningen respektive utveckla verksamheten oftast ligger hos olika parter.

Olika sätt att hantera hinder/omgivande system har olika för- och nackdelar:

- En färdig modell är enkel att genomföra på kort sikt eftersom hinder ofta ses ligga utanför projektet. På lång sikt kan verkligheten “hinna ikapp” så att förändringen får svårt att få fäste och permanenteras.
- Med en iterativ modell tar förändringen längre tid att genomföra, eftersom man tar hänsyn till så många faktorer. Ibland blir det inget av alls. Men det som blir av är med större sannolikhet väl förankrat och har bättre överlevnadspotential.
- Både förankring nedåt (i berörda verksamheter) respektive uppåt (mot beslutande politiker/huvudmän) behövs. Få projekt är helt oförankrade, men de har ofta “slagsida” åt något av hållen, beroende på vilken part som driver projektet och existerande relationer till omgivande aktörer. Detta är en utmaning som behöver hanteras.

Gemensamma lärdomar kring innovation i och genom ersättningssystem:

- **Administrativa konsekvenser av att förändra ersättningssystem är lika viktiga att beakta som de ekonomiska incitamenten**

En tillfällig lösning med manuellt arbete är ofta nödvändig, och test av nya arbetsätt kommer att kräva mer resurser under en period. Att utveckla mer permanenta lösningar och hållbara rutiner som fungerar inom ordinarie system bör ses som en central del av utvecklingsarbetet. Följaktligen bör administrativt merarbete betraktas som en utvecklingskostnad och inte som en grund för utvärdering av den långsiktiga nyttan med projektet.

- **Hållbara dataunderlag är en nyckelfaktor för utveckling av ekonomisk styrning**

Mätbarhet och datatillgång bör vara ett fokusområde redan i projektets initiala skeden. Med detta avses inte primärt temporära lösningar som kan fungera under en pilotperiod, utan hantering av frågan hur databehov ska tillgodoses om och när projektet permanenteras och eventuellt skalas upp. Detta kan föranleda krav på utveckling av gemensamma IT-lösningar för exempelvis beskrivning av

komplexa vårdvägar, pooling av datakällor eller utvecklade metoder för att ta hand om patientrapporterade utfall.

Se upp för projektfällan!

Även om projekt har initierats fristående, så behövs metoder för att identifiera och hantera systemhinder under processens gång – helst med början redan i designfasen. Det handlar om att vidga den avsedda förändringens tidsperspektiv till "livet efter projektet" och analysera hur projektet kommer att passa in i ordinarie verksamhet. Men det är lika mycket en fråga om vilja och möjlighet att bryta sig loss från det välavgränsade projektet som norm för utvecklingsarbete, inklusive de vanligt förekommande föreställningarna att innovationer måste pilottestas och evidens produceras under strikt kontrollerade förhållanden. Att designa en perfekt studie och att åstadkomma verksamhetsförändring är två svårförenliga uppdrag.

Förankringsdilemmat en utmaning

Kopplingarna till det kringliggande systemet måste kartläggas och tas med i beräkningen, men de områden som inte kan hanteras på kort sikt får inte leda till att projektet handlingsförlamas. Att tidigt identifiera systemhinder är centralt, men det är inte alltid lämpligt för projektet att bredda sig och höja målbilden till att åtgärda/eliminera hindren för att kunna göra en förändring av den typ som är målet. När systemhinder uppmärksammas kan en mer konstruktiv lösning vara att påtala och kravställa detta till dem som har mandat att genomföra en större förändring.

Rekommendationer för den som stödjer innovation:

- **Formulera utlysningar som betonar mottaglighet (i fler dimensioner än ersättningssystem)**
Den som överväger att bevilja medel för innovation bör ställa krav på lokala aktörers kompetens att genomföra och presentera en mottaglighetsanalys i tidigt stadium. Detta bör innefatta en kartläggning av systemhinder som kan försämra projektets möjligheter att permanenteras och spridas, liksom strategier för att hantera hindren under projektiden. Givet att detta är tillgodosett kan större frihetsgrader lämnas i själva genomförandet.
- **Tänk igenom målet med satsningen och bevilja medel till dem som har mandat att driva den önskade utvecklingen**
Beställare och finansiärer behöver vara tydliga kring vad som är målet med en innovationssatsning; verksamhetsutveckling eller ett försök som skall ge ny kunskap men som i sig inte är tänkt att leda till en praktiskt implementerad lösning. Om målet är att få till stånd en varaktig förändring i ordinarie verksamhet bör detta ledas i linjeorganisationen, eller med ett tydligt mandat och uppdrag från den. Om man å andra sidan vill testa nya idéer eller ta fram nya koncept kan det ske i stabsform eller i isolerade testbäddar.

- **Lägg fokus på att stödja utveckling av praktiskt användbara lösningar, snarare än generaliserbara modeller**
Att uppdragsgivaren initialt ställer krav på att lösningen skall vara allmängiltig och skalbar kan leda fel, eftersom lokala förutsättningar ofta har en stark inverkan på om en innovation fungerar som det är tänkt. Kravet på allmängiltighet måste i så fall gälla tillämpbarhet under liknande förutsättningar, inte allmänt införande.
- **Basera utvärderingar på överlevnadspotential snarare än genomförande enligt plan**
Avvikelser från ursprunglig plan bör inte ses som ett problem i sig. Det visar på att projektet befinner sig i en rörlig omgivning och har förmåga att anpassa sig till förändrad målbild över tiden. En mer relevant utvärderingsfråga än conformance enligt plan är huruvida de förändringar som projektet medfört har möjlighet att permanenteras efter att det temporära uppdraget slutförts.

1. Bakgrund och upplägg

Vinnova formulerade under 2014 en utlysning om projektmedel för "Ersättningsmodeller som främjar innovation i vård och omsorg". Satsningen på utveckling av styrsystem snarare än innovativa produkter och tjänster innebär ett nytt område för Vinnova inom myndighetens insatser för innovationskraft i offentlig verksamhet. Syftet är att utveckla och på sikt etablera nya ersättningssystem som stärker möjligheterna för innovativa produkter och tjänster tidigt ska tas upp i verksamheten och komma vården, omsorgen och inte minst patienterna och brukarna tillgodo (Vinnova 2013-05536).

Utlysningen riktades till kommuner, landsting och regioner som finansiärer och huvudmän av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen samt till privata vård- och omsorgsgivare med offentlig finansiering. I första ansökningsomgången fick fyra projekt finansiering med sammanlagt 14,5 miljoner kronor:

- Östersunds, Lunds och Sundsvalls kommuner: Framtidens ersättningssystem i hemtjänst och hemsjukvård
- Stockholms läns landsting: Kroninnovation
- Akademiska sjukhuset, Uppsala, InnoCent
- Västerås kommun, INNOVERSUM

Sedermera knöts även två projekt som fått planeringsbidrag inom utlysningen "FRÖN – För ökad innovation i offentligt finansierad verksamhet" (Vinnova 2014-01592) till satsningen. Dessa har deltagit i studien på samma villkor som övriga Vinnovafinansierade projekt.

- Jämtlands läns landsting: Ersättningsmodell för virtuella hälsorum
- Regionalt Cancercentrum Stockholm/Gotland: Ersättningsmodell för diagnostiska nätverk

I tillägg till de sex projekten ovan har LHC även valt att inkludera två fristående ersättningsrelaterade projekt i denna rapport. Uppdraget att studera dessa kommer från respektive läkemedelsbolag, med medgivande att observationer och slutsatser även får delges i denna sammanfattande rapport.

- Janssen: Riskdelningsmodell för läkemedel
- AbbVie: Ersättningsrelaterade konsekvenser av ett nytt sätt att administrera läkemedel

LHC:s följeforskning

Som ett led i Vinnovas satsning inom det nya området utveckling av styrsystem erhöll stiftelsen Leading Health Care anslag för att följa projekten som följeforskare. Enligt utlysningen är målet med forskningen "att skapa förutsättningar för ett lärande och samlat kunskapsunderlag både för de projekt som ingår i denna utlysning men även för liknande projekt".

Praktiskt har detta inneburit att vi deltagit med en aktiv aktionsforskningsansats i projektens processer med att utforma och i vissa fall påbörja implementering av förändringsinitiativ. Utöver att observera och dokumentera själva processerna och deras utfall har vår roll varit att fungera som expert och stöd i utvecklingsarbetet. Detta har genomförts bland annat genom regelbundna gemensamma workshops med projektledare, samt öppna diskussioner i samband med enskilda intervjuer och deltagande vid interna möten. (Se vidare om empiriinsamling och interaktion i metodavsnittet.)

En annan implikation av uppdragsbeskrivningen är att fokus i denna rapport ligger på en *jämförande* analys av projekten. Vi har tagit fasta på skrivningarna om lärande och samlat kunskapsunderlag snarare än att bedöma om de enskilda projekten "lyckats" eller inte.

Detta kan också motiveras med att merparten av projekten inte är avslutade än. Ursprungligt slutdatum var den sista april 2015, men alla projekt utom ett¹ har fått utökad projekttid till den sista september. Då LHC:s rapport ingår som en del av ett regeringsuppdrag till Vinnova som ska rapporteras in i juni 2015 (N2013/266/FIN, Uppdrag att utveckla innovationskraften i offentlig sektor) har följeforskarnas arbete inte kunnat förlängas i motsvarande utsträckning. Det innebär att med undantag av de två externa projekten har föreliggande rapport kommit att inrikta sig på att analysera projektens designfas, snarare än implementeringen av förändrade ersättningsmodeller i berörda verksamheter.

Rapportens disposition

Rapporten är upplagd enligt följande: Vi inleder med en allmän bakgrund kring innovation, mottaglighet och hinder. I anslutning till detta tar vi särskilt upp kopplingen mellan ersättningssystemens utformning och utrymmet för innovation, samt hur man kan studera förändring i ersättningssystem som en innovation i sig. I nästföljande avsnitt presenteras studiens metod och genomförande, och det allmänna ramverket som vi använt för att identifiera faktorer som påverkar mottaglighet i de olika fallen. Därefter följer fallbeskrivningar där projektens målbilder, utvecklingsarbete och utmaningar under studieperioden sammanfattas. Vår analys inleds med jämförande observationer kring likheter och skillnader i projektutformning och observerade hinder. Därefter beskrivs och diskuteras dynamik och lärande under designfasen, inklusive projektens olika strategier för att hantera uppkomna hinder. Rapporten avslutas med slutsatser kring förutsättningarna för projektens långsiktighet och spridning samt implikationer för hur innovation ska drivas och stödjas.

¹ Ersättningsmodell för diagnostiska nätverk. Utvecklingsarbetet fortsätter inom ramen för ett större Vinnovafinansierat projekt.

2. Ett systemperspektiv på innovation

Leading Health Care har genom sitt arbete med organisering, ledning och styrning av hälso- och sjukvården kommit att intressera sig för skärningen mellan innovation, verksamhetsutveckling och policyfrågor. Utifrån omfattande diskussioner med parter från sjukvårdssektorn har det framgått att mottagligheten för innovationer i dagens sjukvårdssystem är ett eftersatt område. Mycket resurser läggs på att ta fram nya produkter och lösningar, men nya idéer och arbetssätt stöter ofta på patrull. Vi har därför tagit fram ett allmängiltigt ramverk som utarbetats för att analysera mottagligheten för innovationer inom hälso- och sjukvården.

Nedan introduceras kortfattat hur vi ser på några nyckelbegrepp som utgör utgångspunkter för denna studie: innovation, mottaglighet och hinder. Ersättningssystem som innovationsbroms alternativt som innovation i sig behandlas mer ingående i påföljande avsnitt. I rapportens metodavsnitt finns en mer detaljerad kategorisering och nivåstrukturering av olika typer av hinder för mottaglighet.

Innovation

Innovation handlar om att introducera något nytt. En nyhet kan vara en produkt, tjänst, process eller organisationslösning. Innovationer tar sig ofta uttryck i förändringar i produkter, processer, marknadsföring, distribution eller i nya sätt att definiera ett erbjudande. Men nya styrmekanismer, administrationsrutiner och uppföljningsmekanismer kan också ses som exempel på innovativa processer.

Graden av nyhet varierar förstås mellan olika innovationer. En stegvis innovation innebär en viss förbättring av något som redan finns, exempelvis en ny produktgeneration. En radikal innovation innebär att det som introduceras påtagligt skiljer sig från det som fanns tidigare. Styrssystem utvecklas ofta stegvis, genom justering av befintliga skrivningar eller beräkningsmodeller. Men det finns också exempel på försök att införa helt nya koncept och styrverktyg.

Även om förändringen i sig är liten så förutsätter innovationer ofta nya processer och arbetssätt för att fungera effektivt i organisationen. Det kan i sin tur leda till att vissa organisationselement behöver ses över. När styrsystem förändras så är det vanligt att även stödsystem i form av exempelvis IT-lösningar eller beslutsstöd behöver ses över. Nyheten som introduceras är med andra ord sällan endimensionell utan är i regel en del av ett komplext sammanhang av förändringar.

Sammanfattningsvis utgår vi i den här studien från ett systemperspektiv på innovation. Innovation är inte bara spridning, det är försök till att påverka verksamheter så att en ny metod eller ett nytt arbetssätt bejakas. I den här rapporten fokuserar vi särskilt på hur sambanden mellan förändringar i styrssystem och behovet av verksamhetsutveckling ser ut.

Mottaglighet

Mottaglighet handlar om i vilken grad en organisation har förmåga att ta till sig exempelvis ny teknik eller förändrade arbetssätt. Inom innovationsforskningen diskuteras en organisations absorptionsförmåga som väsentlig för mottagligheten.

I princip avser absorptionsförmåga i vilken grad organisationen kan förstå och omsätta kunskap från omvärlden, och vilka förutsättningar det finns för att förändra organisationen för att de nya lösningarna ska kunna användas och integreras i vardagsarbetet. Organisationsrelaterade förändringar kan till exempel röra utmaningarna att införa nya arbetssätt i en miljö som domineras av en stark profession eller tvärfunktionella förändringar i funktionella miljöer.

Hur väl en innovation tas emot är beroende av innovationen i sig, men också av kringliggande strukturer och konkurrerande styrsignaler. Utifrån ett systemperspektiv är implementeringen av ett projekt inte enbart en sak för den som har formellt ansvar för genomförandet, utan många olika aktörer med olika intressen är involverade. I större organisationer finns det dessutom ofta flera samtidiga initiativ som konkurrerar om pengar, tid och uppmärksamhet. Implementeringsstrategier som redan i designfasen tar hänsyn till vilka krockar eller överlappningar som kan uppkomma mellan innovationer och omgivande verksamhetsprocesser, prioriteringar och intressen har större sannolikhet att få ett brett och hållbart genomslag i praktiken.

Hinder

Den här studien ingår i ett större arbete inom LHC vars fokus ligger på att identifiera hinder för mottaglighet av innovationer i vården. Anledningen till att vi valt detta angreppssätt, och inte att lyfta fram lyckade exempel eller best practice, är att det rent vetenskapligt är lättare att identifiera hinder och hur de kan överbryggas, än att på ett relevant sätt lyfta fram de mest stödjande faktorerna.

Hinder blir tydliga just eftersom de utgör hinder, det vill säga kritiska faktorer för att förändring inte kommer till stånd. Enskilda stödjande faktorer däremot är i många fall svåra att identifiera som avgörande. Ett exempel kan vara tillgång till elektricitet. Det kan anses vara en mycket viktig stödjande faktor för de flesta vårdverksamheter, men tas sällan upp i sammanhanget. På samma sätt kan det göras en lång lista på stödjande faktorer där sannolikheten att de kommer få en avgörande betydelse är liten.

Framgång beror på en lyckad kombination av åtgärder, men vilka dessa är, beror av situationen. Hinder kan å andra sidan vara mer generiska, och uppträda i olika situationer. Det räcker dessutom att det finns ett hinder för att det skall få (negativ) effekt, medan omvänt alla framgångsfaktorer måste vara på plats för att uppnå ett lyckat resultat. Om man vill kunna dra generella slutsatser är det därför mer relevant att undersöka hinder än framgångsfaktorer.

Genom att fokusera på hinder, och söka mönster i form av återkommande hinder på olika nivåer, har vi en mekanism där vi kan hitta avgörande faktorer som lett till explicita problem vid införandet av innovationer. Vi kan på så sätt fånga relevanta framgångsfaktorer med en omvänd ansats.

3. Ersättningsystem som innovationsbroms

Ekonomisk osäkerhet vid framtagande och introduktion av innovationer är ett klassiskt problem, särskilt i tidiga faser av utvecklingsarbetet. Ett mindre uppmärksammat strukturellt hinder till att innovationer inte tas emot eller sprids är att de styrsystem som finns på plats inte utvecklas i samma takt. Inom vården gäller detta i synnerhet den ekonomiska styrningen, där innovativa aktiviteter ofta missgynnas på grund av ersättningsystemens egenskaper. "Problemet" med ersättningsmodellernas utformning är dock inte entydigt, utan består av flera delkomponenter. Nedan presenteras några vanliga problematiker.

Ersättningen är för detaljerad – ger ingen flexibilitet

Ett första delproblem med den ekonomiska styrningen är att den kan uppfattas som för detaljerad. Detta gäller speciellt när ersättningen utgår per åtgärd, exempelvis baserat på fördefinierad insatslista som det upplevs som svårt att avvika ifrån. Fasta anslag och listersättningar ger generellt bättre stöd för användningen och implementeringen av innovationer, eftersom flexibiliteten för vårdgivaren att variera arbetssätt utan att det påverkar intäkterna är större inom ramen för dessa modeller. Målrelaterad ersättning används ibland som ett argument för att öka innovationsutrymmet, men om de resultat som ersätts är mycket specifika, till exempel genom sin koppling till vissa processer eller snävt avgränsade patient/brukargrupper, så kan effekten bli den motsatta.

Ersättningen är konserverande – nya arbetssätt ersätts inte

Ett andra delproblem är eftersläpningar i den ekonomiska styrningen, det vill säga att ersättningsystemen inte revideras tillräckligt snabbt när nya arbetssätt eller behandlingsmetoder har tagits fram. Osäkerheter kring vilken ersättning en vårdgivande enhet kommer att få om man använder sig av en ny metod försvårar den bredare spridningen av dessa metoder, även om den medicinska nyttan med innovationen är oomtvistad.

Ersättningen är för produktionsinriktad – ger inga incitament till effektivisering

Ett tredje delproblem är att det inom ramen för dagens ersättningsmodeller finns begränsat med incitament för vårdgivare att satsa på innovationer som innebär en minskning av den egna produktionen. Ett sådant exempel är vård på distans där utveckling av avancerad teknologi och e-tjänster idag möjliggör att patienter i många fall kan vårdas eller vårda sig själva i hemmet med samma medicinska säkerhet som om de var på sjukhus. Det finns dock inte många ersättningsmodeller som ekonomiskt premierar en minskning av antalet fysiska möten med vården, vilket försvårar etableringen av distanslösningar. Samma resonemang kan tillämpas för rehabiliterande åtgärder, där målet är att minska patientens behov av vård.

Ersättningen är för snäv – premierar inte innovationer vars värde realiseras mellan mer än en resultatenheter

Beskrivningarna ovan illustrerar en mer grundläggande problematik som grundar sig i att investeringar och besparingar av innovationer inom vården typiskt sätt spänner både över tid (se nedan) och organisationsgränser. Nya arbetssätt inom hälso- och sjukvården kan minska kostnaderna i t ex äldreomsorgen, eller tvärtom för den delen. Att kostnader och vinster hamnar inom olika områden krockar med betoningen i den nuvarande styrningen på enskilda enheters resultatansvar: Varje vårdenhet ges ett avgränsat ansvar och ersätts för att ta detta ansvar, inte mer. Då ersättning ges som budgettilldelning till, eller per utförd åtgärd inom, en specifik enhet uppmuntras en effektiv vård inom varje del av vårdkedjan/ processen, oberoende av vilken effekt det får för den övriga vården. Traditionell ekonomisk styrning leder följaktligen till att enheter vars verksamheter är nära kopplade blir ekonomiskt avgränsade från varandra. Det primära för varje enhet blir att klara sitt eget avgränsade uppdrag, snarare än att se till helheten för patienten. Därmed minskar också incitamenten till innovation över verksamhetsgränser.

Eftersom sjukvårdens organisation i hög grad utgår från medicinska specialiteter kan nya tvärfunktionella lösningar få stora ekonomiska konsekvenser för en verksamhet. Motstånd brukar uppkomma när en innovation leder till att den verksamhet som tidigare hanterat ett sjukdomstillstånd förlorar resurser, samtidigt som den verksamhet som får ta över behandlingen inte anser att de får tillräcklig kompensation för sina uppgifter. Exempelvis har innovationer inom medicinsk teknik gjort det möjligt att i hög grad flytta behandlingen av stora folksjukdomar, som diabetes, från specialistvård till primärvård.

Ersättningen är för kortsiktig – premierar inte innovationer vars värde realiseras över lång tid

Kostnader och utfall av sjukdomsförebyggande och hälsoförbättrande insatser spänner typiskt sätt över lång tid, medan den ekonomiska styrningen på verksamhetsnivå vanligen omfattar ett budgetår. Utifrån detta perspektiv blir införandet av en ny behandlingsmetod under ett visst år problematiskt, om inte åtgärden är budgetneutral under budgetens tidsperiod. För att vara budgetneutral måste behandlingsmetoden antingen genast leda till minskade kostnader eller ökade intäkter till resultatenheten.

Hälsoekonomiska bedömningar karakteriseras av möjligheten till en längre tidshorisont, från några år till flera decennier. Det som värderas är såväl direkta som indirekta kostnader och intäkter. När en kostnad eller intäkt uppstår (och var) spelar mindre roll. TLV tar exempelvis inte hänsyn till eventuella budgetrestriktioner som ett visst landsting har för läkemedel under det kommande budgetåret, vilket kan skapa motsättningar.

Problemet med att innovationers "investeringshorisont" skiljer sig från den gängse ekonomiska styrningen löses ofta genom någon form av temporär finansieringslösning, vanligen i projektform. Projekt är dock sällan en långsiktig lösning för att öka mottagligheten för innovationer i vårdens vardagsarbete. Tvärtom uppstår ofta problem med överlevnad och spridning efter projektperiodens slut, även om projektet i sig varit lyckat.

Är ersättningen för omodern?

En sista problematik som ibland diskuteras är att den ekonomiska styrningen inom vården helt enkelt är förlegad. Detta argument har två sidor. Dels är det välkänt att verksamheter som styrs på olika sätt tenderar att anpassa sig till det rådande systemet. Ersättningsmodeller kan därför behöva modifieras över tid så att de fortsätter att stimulera till de mål man vill uppnå. I sökandet efter alternativa lösningar är det naturligtvis positivt med omvärldsbevakning och sökande efter ny kunskap. Samtidigt måste en brasklapp utfärdas för att revidera för reviderandets skull, eller att anamma populära styrningskoncept utifrån antagandet att det finns universallösningar som passar överallt. En noggrann underliggande analys av lokala omständigheter och förutsättningar är en nödvändighet, inte minst eftersom problemen varierar enligt ovan.

4. Studiens fokus: Nya ersättningssystem som innovation

Vinnovas utlysning utgår ifrån ett antagande om att det finns ersättningsrelaterade problem som påverkar innovationskraften negativt – och att situationen kan förbättras med hjälp av förändringar i ersättningssystem. Utlysningen är en uppmaning till huvudmän och vårdgivare att tänka nytt inom styrningsområdet.

Det är alltså förändringar i ersättningssystem – nya sätt att ersätta som innovation i sig – som vi studerar här. Dessa innovationer är avsedda att reducera hinder för mottaglighet, men stöter i sin implementering likafullt på hinder i det omgivande systemet som försvårar förändring av den ekonomiska styrningen.

I nästföljande avsnitt beskriver vi mer ingående hur projekten har utformat sina initiativ till styrningsutveckling och vilka utmaningar de har stött på. Redan som utgångspunkt kan det dock vara värt att notera två möjliga projektlogiker:

- En förändrad ersättningsmodell avses ge incitament till innovation i verksamheten
- Innovation i verksamheten har synliggjort behovet av en förändrad ersättningsmodell

Dessa projektlogiker utgår från olika antaganden gällande kopplingen mellan förändring i ersättningssystem och verksamhetsutveckling. Den första logiken handlar om att styrningen inte i tillräcklig grad driver eller främjar uppkomsten av nya innovationer. Ett annat sätt att formulera problemet är att nuvarande styrsystem försvårar mottaglighet och spridning av innovationer som i praktiken redan finns. Båda angreppssätten finns representerade bland projekten, vilket exemplifieras kort nedan.

Ersättningssystem som drivkraft eller möjliggörare?

Exempel från projekten:

“Vi har valt att förändra ersättningssystemet först för att på så sätt möjliggöra förändringar inom verksamheten. Anledning till detta är att många husläkarmottagningar idag arbetar under tuffa ekonomiska villkor och därmed inte har det finansiella utrymmet att genomföra genomgripande verksamhetsförändringar under rådande ersättningssystem” (Kroninnovation).

“Vår uppfattning är att en ersättningsmodell ska stödja verksamhetsmodellen/målen och inte tvärtom. Om man kan skapa en ersättningsmodell som inte hindrar det man vill uppnå har man kommit långt. Att de ekonomiska incitamenten är det som styr tror vi inte riktigt på. Ekonomin är viktig men inom vården finns det andra drivkrafter man

framförallt måste ta hänsyn till. [...] Man måste först se till att det finns en affärs/verksamhetsmodell. Utan den kan man inte skapa en ersättningsmodell som främjar det mål man vill uppnå” (Diagnostiska nätverk).

5. Metod och genomförande

Syftet med denna studie har varit att undersöka utmaningar vid utveckling av nya ersättningssystem inom vård och omsorg. En explorativ ansats har använts för att undersöka hur deltagande projekt ser på kopplingen mellan ersättningssystem och verksamhetsutveckling, vilka tillvägagångssätt man har valt och hur man har hanterat hinder under processens gång.

En kvalitativ forskningsmetodik har använts, till största delen grundad i observationer vid individuella intervjuer samt gemensamma workshops med projektrepresentanter. Workshops och intervjuer har varit semi-strukturerade och interaktiva, vilket innebär att skriftliga underlag utgjort utgångspunkten för mötena, som sedan tagit formen av mer djupgående diskussioner mellan följeforskare och projektrepresentanter, såväl som mellan representanter från olika projekt då de närvarat samtidigt.

Innehållet i intervjuer och workshops har utgått från det ramverk för undersökning av hinder som LHC tidigare har tagit fram (se *Forskningsprojekt kring innovation i hälso- och sjukvården: Mottaglighet – den sista biten i pusslet*. Ansökan till Vinnova ingiven av Stiftelsen Leading Health Care i januari 2014).

Som komplement till dokumentation från de personliga mötena har skriftligt material från projekten samlats in, både formella underlag (projektansökningar och avrapporteringar till Vinnova), projektinterna dokument samt i form av "inlämningsuppgifter" från projekten i samband med workshops, där man på ett mer informellt sätt fått beskriva sin projekttid och hur den utvecklats under studieperioden. Dessa underlag har sedan utgjort utgångspunkt för erfarenhetsutbyten mellan projekten.

Sammanfattningsvis har LHC:s följeforskning genomförts med en interaktiv, longitudinell ansats, där vi lagt lika stor vikt vid att skapa dialog och agera bollplank som att analysera "utifrån". Strukturerat lärande inom och mellan projekten under designfasen har varit ett delmål i sig. Det innebär att vi i analysen inte gör någon bedömning av huruvida projekten "lyckats" hålla sig till sina ursprungliga planer. Vi ägnar däremot mycket utrymme åt att diskutera den dynamik vi sett i projekten över tid, samt hur olika sätt att angripa utmaningar får konsekvenser för projektens förutsättningar att på längre sikt permanenteras i ordinarie verksamhet.

Projekten har följts från sin start under år 2014 fram till april/maj 2015. Som tidigare nämnts har de flesta projekt förlängts till hösten 2015. Det är värt att förtydliga att det är fråga om "idéutvecklingsstöd" från Vinnova där projekten endast i mycket begränsad omfattning hunnit genomföra skarpa test av de föreslagna modellerna. Det innebär att vi inte haft möjlighet att studera de beteendepåverkande effekterna av förändrade ersättningssystem ute i berörda verksamheter. Denna rapport ska alltså inte ses som en slutgiltig resultatrapportering, utan som en studie av projektens designfas.

Ramverk för identifiering av hinder

Nedan beskrivs en kategorisering i två steg – tematisk indelning samt nivåstrukturering – av kontextuella faktorer som kan påverka mottagligheten för innovation negativt. Ramverket bygger på tidigare studier inom bland annat innovationsforskning och organisationsteoretisk implementeringsforskning I den här studien har hinderramverket främst använts som metodstöd i observations- och intervjusituationer, för att se till att relevanta områden täckts in.

För varje tematisk kategori nedan ges ett antal exempel på hur hinder kan uttrycka sig inom kategorin. Det betyder inte att de kategorier som redovisas är absoluta, eller ömsesidigt uteslutande. Hinder kan variera över projektets olika faser, och skilja sig beroende på om man ser till utmaningar på kort sikt eller hinder för långsiktig överlevnad.

Nivåstruktureringen betonar att samma typ av hinder kan förekomma på olika systemnivåer, vilket är relevant då möjligheterna att hantera hindren varierar beroende på var de placeras. Det är dock viktigt att understryka att nivåstruktureringen inte säger något om olika hinders relativa betydelse, utan detta måste bedömas från fall till fall (jfr checklista sist i denna rapport).

I analysen diskuteras bland annat hur hinder uppfattas och hanteras beroende på vilken projektdesign man har valt.

Tematisk indelning

Ekonomi och budgetar²

- Ersättningen är insatsstyrd och tillåter inte experimenterande
- Nya innovativa aktiviteter ersätts inte i dagens system
- Innovationer som innebär en produktionsminskning missgynnas ekonomiskt
- Kostnader och vinster hamnar på olika enheter
- Budgetsystemet försvårar finansiering och genomförande över längre tid

Regler och riktlinjer

- Förändringen tillåts inte inom ramen för nuvarande regelverk
- Genomförandet försvåras av exempelvis upphandlingslagstiftning
- Kunskapsstyrning släpar efter eller är för specialiserad
- Uppdatering av riktlinjer tar lång tid
- Konkurrens/konflikt mellan olika regleringar, omöjligt att följa alla
- Följsamhet till nya riktlinjer är dålig, svårt att få till förändring

² Jämför avsnitt 3.

Organisation och arbetsfördelning

- Problem med roller och ansvarsfördelning mellan enheter/avdelningar
- Olika mål för olika enheter/avdelningar som måste samverka
- Personrelaterade samarbetssvårigheter
- Projektet motverkas av andra uppsatta mål
- Projektet kräver nya rutiner och/eller merarbete som konkurrerar med andra arbetsuppgifter

Tekniska system och IT

- Existerande IT-system stödjer inte innovationen
- Dålig kompatibilitet med andra tekniska system
- Närliggande avdelningar saknar ny teknik
- Resurser för förändring av teknikstöd saknas
- Konflikter med andras krav på tekniska lösningar

Professionella arbetssätt och samverkan

- Problem med roller och ansvarsfördelning mellan yrkesgrupper
- Projektet kräver nya samarbeten som tar tid att etablera
- Förändringströghet – så har vi aldrig gjort
- Innovationen skapar en ofördelaktig bild av delar av nuvarande verksamhet

Kompetens och kompetensutveckling

- Personalrotation försvårar lärande
- Kompetens hos dagens personal passar inte nya arbetssättet
- Rekrytering av ny kompetens en flaskhals
- Tid och resurser för utbildning fattas

Nivåstrukturering

Policynivå

- Här återfinns hinder relaterade till projektets förankring på policynivå och hos andra centrala beslutsfattare, övergripande prioritet, politisk vilja, stöd på ledningsnivå, värdering av nytta, relationer till andra satsningar, tid till resultat, med mera.

Strukturnivå

- Här finns hinder relaterade till omgivande strukturer och styrsignaler, i form av regler och riktlinjer, rutiner, budgetutrymme och ekonomiska incitament, arbetsfördelning, gemensamma IT-system.

Verksamhets-/projektnivå

- Hinder relaterade till intern förmåga att genomföra förändringen, till exempel tillgång till tid och resurser, lokala tekniska förutsättningar, kunskap och kompetens att arbeta nytt, arbetsbelastning, faktorer

rörande innehållet i och utformningen av projektet i sig, inklusive upplevd lokal nytta.

6. Fallbeskrivningar

Över de kommande sidorna summeras kortfattat vart och ett av de projekt som ingått i studien med avseende på ursprunglig projekttid, föreslagen och faktisk utveckling av ersättningssystem, samt kortfattat om observerade utmaningar under studieperioden. Fallbeskrivningarna utgör lägesbeskrivningar i april/maj 2015, vilket motsvarar ca halvtid för merparten av projekten – ytterligare förändringar kan ha skett mer nyligen. Utvecklingsprocesserna i respektive projekt beskrivs mer ingående i påföljande avsnitt, där vi även diskuterar strategier för att hantera uppkomna utmaningar, samt förutsättningar för lösningarnas långsiktighet.

Framtidens ersättningssystem i hemtjänst och hemsjukvård

Projektet löper till den 30 september 2015.

Basfakta

Drivs av: Östersunds, Lunds och Sundsvalls kommuner

Mottagare: Hemtjänst och hemsjukvård

Ursprunglig projekttid: Tre projektkommuner med olika förutsättningar testar skarpt ersättningsmodeller som bygger på olika bonusmodeller för olika brukargrupper. Syftet är att skapa ett ersättningssystem som ger utförare incitament som på individnivå styr mot mål och resultat. Målet är att ersätta för det som är värdeskapande för brukaren. Premiering utgår i alla tre kommunerna från Socialstyrelsens ÄBIC-modell för att beskriva individens behov och mål.

Urval: Olika för de tre kommunerna. Lund: alla brukare inom ett geografiskt hemtjänstområde. Sundsvall: alla brukare hos två privata utförare. Östersund: ett urval av brukare baserat på funktionstillstånd (hög grad av rehabiliteringsmöjlighet).

Utveckling av ersättningssystem

Underliggande problem: Önskan att gå mot mer flexibilitet i genomförandet av hemtjänst och högre grad av situationsanpassning utifrån brukarens behov.

Underliggande ersättningsrelaterade hinder: Alltför insatsstyrd verksamhet – ersättning baserat på tidsåtgång för fördefinierade arbetsmoment.

Utveckling av ersättningsmodell: Projektet testar en form av pay-for-performance på individnivå. Målen avser förbättring eller bibehållande av den enskilda brukarens funktionstillstånd. Ett premiebelopp betalas ut månads- eller kvartalsvis till utföraren baserat på måluppfyllelse, antingen som en procentuell premienivå utöver ordinarie ersättning (Lund & Sundsvall) eller med fasta belopp baserat på enskilda utfall (Östersund).

Nivå av implementering: Pågående test med skarpa premiebelopp i Lund och Östersund. Test och "kalibrering" av fiktiv modell i Sundsvall.

Utmaningar under projektiden

- Tidskrävande implementering av behovsbedömningsmodellen som ligger till grund för resultatmätning.
- Nuvarande IT-system stödjer inte aggregerat uttag av individbaserad måluppfyllelse, manuella beräkningar krävs.
- Stort bortfall ur urvalsgruppen i en kommun.

Kroninnovation

Projektet löper till den 30 september 2015.

Basfakta

Drivs av: IVBAR (konsult) på uppdrag av SLL. I styrgruppen ingår Närsjukvården och Idérådet inom SLL samt Medical Management Center på Karolinska Institutet.

Mottagare: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom SLL

Ursprunglig projektidé: Syftet är att utforma ett system för design, implementering, uppföljning och förvaltning av innovationsdrivande och värdebaserade ersättningsformer för vård av kroniska sjukdomar och personer med stora vårdbehov. Målet är utveckling av en värdebaserad ersättningsmodell som stödjer innovation vid omhändertagande av patienter inom husläkarverksamheten.

Urval: Pilottestning på fyra husläkarmottagningar i stadsdelen Hässelby-Vällingby. Dock breddinförande inom hela landstinget av vissa av de föreslagna förändringarna under 2016 (se nedan).

Utveckling av ersättningsystem

Underliggande problem: Vårdtunga patienter och kroniker får i många fall inte den vård de behöver – kontinuiteten brister och ingen tar ett helhetsansvar för dem. Outnyttjad potential för nya innovativa omhändertagandeformer.

Underliggande ersättningsrelaterade hinder: Nuvarande ersättningsmodell är till stor del baserad på fysiska läkarbesök och vissa åtgärds-koder, vilket skapar ett fokus på de åtgärder där ersättning utgår och minskar flexibiliteten för vårdgivare att anpassa vården efter patienters olika behov. Ersättningsmodellen fungerar konserverande och hämmar därmed innovationer och införandet av nya och effektivare omhändertagandeformer.

Utveckling av ersättningsmodell:

Projektet har diskuterat utveckling av ersättningsmodellen för husläkarverksamheten utifrån en mix av olika komponenter:

- Besöksersättning mindre beroende av typ av besök (video alt. fysiskt) och yrkeskategori
- Högre andel listersättning och lägre andel besöksersättning
 - Viktning baserat på sjuklighet
 - Viktning baserat på demografi och socioekonomi
- Utvecklade målrelaterade ersättning mindre fokuserade på specifika aktiviteter
- Ev. ökat kostnadsansvar

Projektet har under projektperioden samordnat sig med SLL:s Husläkaruppdrag. Införandet av en högre andel kapitering viktad enligt CNI kommer att breddinföras i hela landstinget från och med 2016.

Övriga komponenter kommer att pilottestas vid fyra husläkarmottagningar under 2016. Viktning baserat på sjuklighet är dock pausat i väntan på datauttag.

Nivå av implementering: Höjning av andelen kapitering från 40 % till 60 %, viktning baserad på socioekonomi och utvecklad målrelaterad ersättning i hela SLL från och med 2016. Visst arbete med simuleringar har påbörjats i de andra delarna.

Utmaningar under projektiden

- Delar av den nya ersättningsmodellen är beroende av nya IT-stöd.
- Oklara juridiska förutsättningar vid användande av persondata från journaler.
- Huvudmannen har som krav att det endast ska finnas en ersättningsmodell som täcker alla patienter inom husläkarverksamheten – begränsar möjligheten att fokusera särskilt på kroniker.

InnoCent

Projektet löper till den 30 september 2015.

Basfakta

Drivs av: Innovation Akademiska (projektkontor) vid Akademiska sjukhuset, Uppsala

Mottagare: Diabetesvården vid Akademiska Sjukhuset

Ursprunglig projektidé: Målet för projektet är att via ett pilotprojekt inom distansvård av barn och unga vuxna med typ-1 diabetes utvärdera Health Impact Bonds som ersättningsmodell för att främja innovation inom hälso- och sjukvård.

Urval: 30 st. speciellt rekryterade unga vuxna (15-25 år) med eget intresse att testa behandling och uppföljning med hjälp av e-hälsoverktyg.

Utveckling av ersättningssystem

Underliggande problem: Unga vuxna är en nationellt prioriterad grupp när det gäller behov av preventiva insatser inom diabetes typ 1, och också en grupp där vården i nuläget saknar bra verktyg och redskap att nå fram till patienterna. Potential att erbjuda virtuell mottagning för ökad tillgänglighet och patientinvolvering.

Underliggande ersättningsrelaterade hinder: Dagens ersättningssystem utgår från en prislista som till största delen utgår från att vårdpersonal och patient befinner sig på samma fysiska plats. Att arbeta med införande av innovationer, till exempel i form av olika typer av vård på distans, missgynnar för närvarande klinikerna ur ett rent ekonomiskt perspektiv. Även preventiva aktiviteter missgynnas då värdet av dem vanligen realiserar på längre sikt än ett budgetår.

Utveckling av ersättningsmodell: Projektets ursprungliga ide var att utveckla en form av pay-for-performance baserat på aggregerade resultat/adderat värde av e-hälsosatsningen, en så kallad Health Impact Bond, gärna med extern finansiering.

Under nuvarande projektperiod har fokus koncentrerats till att införa jämlik ersättning till kliniken för (diabetes)vård inom och utanför sjukhuset. Ersättning för virtuell mottagning ges nu på samma villkor som fysiska besök.

Diskussioner har inletts kring att använda HIB-modellen som ersättningsmodell för landstingets målrelaterade ersättningar till sjukhuset (exempelvis baserat på patientupplevd kvalitet i kombination med medicinska indikatorer).

Nivå av implementering: Faktisk förändring i ordinarie prislista. Övriga delar på idéstadiet.

Utmaningar under projektiden

- Drivs av projektkontor utan formellt mandat att genomföra verksamhetsförändringar – mycket resurser har fått läggas på relationsbyggande, utbildning och information.
- Användarna tveksamma till att använda den valda appen för automatisk resultatinmatning – andra rapporteringsmetoder har fått väljas.
- Trögheter i att förändra professionella arbetssätt i riktning mot distansvård.

INNOVERSUM

Projektet löper till den 30 september 2015.

Basfakta

Drivs av: Västerås stad

Mottagare: Äldreomsorg

Ursprunglig projekttid: Projektet syftar till att bidra till en övergång till nya ersättningsmodeller för äldreomsorg som främjar och möjliggör införande av olika typer av innovationer vilket kommer att vara till gagn för brukare och patienter, personal och vårdutförare, kommunernas budget och verksamhet samt innovatörer. Projektet kommer att pröva olika typer av indikatorer för ersättningsmodellen såsom t.ex. uppmätt kvalitet, systematiskt arbete med kvalitetsregistren och implementering av innovationer och nya arbetssätt.

Urval: Särskilt boende. Pilot med ett mindre antal verksamheter planeras till hösten 2015.

Utveckling av ersättningsystem

Underliggande problem: Underutnyttjad potential att införa och använda olika typer av innovationer inom äldreomsorgen. Flera parallella projekt kring e-tjänster och välfärdsteknologi pågår i kommunen – behov av samordning/stöd.

Underliggande ersättningsrelaterade hinder: Dagens ersättning till särskilt boende utgår per plats. Modellen hindrar inte innovation, men det saknas tydliga incitament att testa nya metoder och arbetssätt.

Utveckling av ersättningsmodell: Ersättningsmodeller som särskilt premierar nya arbetssätt och införande av innovationer. Olika idéspår under projekttidens gång. En ambition har varit att bygga på praktiska försök med välfärdsteknologi inom äldreboenden.

För närvarande diskuteras en tredelad komponent som bygger på dels en direkt mätbar komponent kopplad till register (resultatbaserad), dels en komponent som utgår från den enskildes upplevelse av kvaliteten (upplevelsebaserad), samt en komponent där enheten arbetar med uppsatta kvalitetsmål i dialog med förvaltningen (processbaserad).

Nivå av implementering av ny ersättningsmodell: På Idéstadie/utvecklingsarbete. Tanken är att modellen ska vara fullt implementerbar vid projektslut 2015.

Utmaningar under projektiden:

- Att komma igång med pilotförsöken med ny teknik har tagit längre tid än väntat, och teknikförsöken har därmed kommit att få en mer perifer roll i modellutvecklingen än planerat.
- Behov av förändringar i andra ramverk som reglerar förhållandet mellan beställare och utförare (förfrågningsunderlag, avtal, uppföljning) har uppmärksammats.
- Utvecklingen av ersättningsmodellen har behövt omfatta fler aktörer än vad som initialt avsågs – komplex process att komma fram till lösning.

Ersättningsmodeller för virtuella hälsorum

Projektet löper till den 1 januari 2016.

Basfakta

Drivs av: Jämtlands läns landsting i samarbete med Västerbottens läns landsting samt Bräcke och Ragunda kommuner

Mottagare: Primärvården och delar av kommunal vård och omsorg

Ursprunglig projektidé: Syftet är att pröva virtuella hälsorum (VHR) som en förbättring av hälso- och vårdutbudet för patienter som ofta återkommer med likartade kroniska behov för uppföljning eller kontroller. Projektet har som målsättning att etablera VHR med stöd av ett ersättningsystem som synliggör samordningsvinsterna för medverkande aktörer och stimulerar till ett organisatoriskt gränsöverskridande nyttjande av resurser mellan landsting och kommuner.

Urval: Målet är att starta 1 VHR vardera i Bräcke och Ragunda kommuner, samt 7 VHR i 5 kommuner i Västerbotten. De flesta VHR planeras att vara förlagda vid särskilda boenden. 2 VHR kommer att invigas i närtid.

Utveckling av ersättningsystem

Underliggande problem: Utmaning med att erbjuda tillgänglig, jämställd och högkvalitativ vård till en åldrande befolkning som är spridd och bor glest. Underutnyttjade möjligheter att införa och tillämpa modern distansberoende kommunikationsteknik inom vård och omsorg.

Underliggande ersättningsrelaterade hinder: Befintliga ersättningsmodeller för primärvården och äldreomsorgen är till stora delar baserade på listersättning och utgör därför inte något direkt hinder mot exempelvis distansvård. Dock ges inte heller några särskilda incitament till samverkan mellan kommun och landsting i utvecklingen av innovativa arbetsätt.

Utveckling av ersättningsmodell: Projektet har haft två komponenter, dels att ta fram ekonomiska lösningar specifikt för etableringen av virtuella hälsorum, dels en bredare analys av hur sättet att finansiera verksamheterna inom deltagande landsting och kommuner stimulerar samverkan och innovation mer generellt.

Projektet har under projekttiden kommit att fokusera främst på den bredare utvärderingen av ersättningsmodeller. En intervjuundersökning med förvaltningschefer och ekonomer har genomförts med fokus på beskrivning av alla parter ersättningsmodeller och om de stimulerar/motverkar samverkan och innovation, samt vilka ekonomiska diskussioner/lösningar som har uppstått

när de virtuella hälsorummen planeras. Definitioner och analys har utgått från LHC:s vägledning "Ekonomi på tvären – ersättningsmodeller för samverkan".

Nivå av implementering av ny ersättningsmodell: Utvecklingen av allmänna finansieringsformer (ev. samfinansiering) inom kommuner och landsting är på idéstadiet.

Skriftliga överenskommelser om ekonomisk fördelning vad gäller hur lokal- respektive personalkostnader för de virtuella hälsorummen är snart klara i Ragunda och Bräcke (innebär dock ingen förändring i nuvarande ersättningssystem).

Projektet med införande av VHR har också gett idéer till vidareutveckling av mobila lösningar för distriktssköterskor.

Utmaningar under projektiden

- Omfattande och komplext förändringsarbete med många involverade intressenter.

Diagnostiska nätverk

Projektet är avslutat per den 31 mars 2015, men utvecklingen av ersättningsmodellen finns med som en komponent i ett större projekt (ExDIN) som delfinansieras av Vinnova under 2015-2016.

Basfakta

Drivs av: SLL & Regionalt cancercentrum Stockholm/Gotland med hjälp av en extern konsult (Facesso)

Mottagare: Patologilabb/verksamheter, både privata och offentliga.

Ursprunglig projektidé: Projektet tar fram ersättningsmodeller för granskning av patologi i nätverk, baserat på samverkan mellan enheter och arbetsdelning. Nätverkets uppgift är att koppla samman parter som vill outsourca eller utföra granskningar utifrån samma villkor (t. ex pris, tid) för en given granskning.

Urval: Patologiverksamheter med speciellt intresse för deltagande (för närvarande tre landsting samt ett privat labb).

Utveckling av ersättningssystem

Underliggande problem: Det finns en stor brist på patologikapacitet i Sverige, och den är ojämnt fördelad vilket leder till ojämlig vård. Med hjälp av digital arbetsdelning inom granskningsområdet skulle befintliga patologers kompetens och kapacitet kunna användas effektivare.

Underliggande ersättningsrelaterade hinder: Dagens ersättningssystem premierar varje kliniks egen produktion. Bilateral samarbeten mellan enskilda labb förekommer enligt fasta prislistor, men det saknas ekonomiska lösningar för att möjliggöra köp och sälj av digitala granskningar i nätverksform.

Utveckling av ersättningsmodell: Projektets ursprungliga idé var att ta fram en förspecifierad ersättningsmodell/ramavtal baserat på viktad styckbetalning för granskningar utifrån skattningar av exempelvis tidsåtgång och svårighetsgrad.

Under projektidens gång omprövades idéerna. Det nuvarande förslaget är en öppen handelsplats för granskningstjänster, där varje tjänst har ett angivet pris och en svarstid. En medlem kan vara både leverantör av och kund till nätverkets tjänster och de kan fritt välja vilka tjänster de vill utföra/leverera och utnyttja/köpa.

Nivå av implementering av ny ersättningsmodell: Idé stadium. Planen är att köra med testfall under våren 2015 och primärdiagnostik under hösten 2015, inklusive simulering av de ekonomiska utfallen av tjänsteutbyte under olika prissättningsalternativ.

Utmaningar under projektiden:

- Tekniska förutsättningar för praktiskt test av ersättningsmodellen saknas
- Det arbetssätt som projektet vill främja utmanar invanda hierarkier och professionella normer
- Vissa oklarheter kring vem som på nationell nivå ska äga och förvalta nätverket
- Projektet övergick ganska snabbt till att mer omfatta verksamhetsutveckling än enbart framtagande av en ersättningsmodell

Riskdelningsmodell för läkemedel³

Försöket har pågått under två år, 2013-2014, och är nu under utfasning.

Basfakta

Drivs av: Läkemedelsbolaget Janssen, med landstingen som avtalspartner

Mottagare: Förskrivande läkare inom cancervården

Ursprunglig projekttid: Läkemedelsbolaget Janssen har tagit fram och testat en ny betalningsmodell specifikt för läkemedlet Zytiga, ett läkemedel som används för behandling av prostatacancer. Syftet är att öka förskrivningen av läkemedlet genom att minska den ekonomiska risken för landsting och kliniker.

Urval: Prostatavården i ett antal landsting som valt att köpa enligt riskdelningsavtalet.

Utveckling av ersättningsystem

Underliggande problem: Läkemedlet är dyrt att förskriva, och det saknas en tydlig markör på om det kommer att vara verksamt eller ej för enskilda patienter.

Underliggande ersättningsrelaterat problem: Läkemedlet fick avslag på att ingå i subventionssystemet på grund av för stora osäkerheter i den aggregerade nyttokalkylen.

Förslag till utveckling av ersättningsmodell: Ersättningsmodellen bygger på ett riskdelningsavtal mellan tillverkaren och landstingen, där en del av kostnaden för läkemedlet återbetalas för patienter som efter behandling inte uppvisar en klar medicinsk förbättring.

Nivå av implementering: Skarpt test av betalningsmodell genomfört under 2 år.

Observerade hinder

Hinder på policynivå:

- Oklara riktlinjer för/kunskap om hälsoekonomisk bedömning av klinikläkemedel

Hinder på strukturnivå:

³ Fallet beskrivs mer ingående i LHC-rapport 2015-02: "Ersättning baserat på utfall – en modell för riskdelning: Analys av mottaglighet och hinder vid införandet av utfallsbaserad ersättning för läkemedlet Zytiga".

- Beställarnas budgetprocess är inte anpassad för riskdelningsmodeller
- Avtalet svårörenligt med rådande konkurrenslagstiftning
- Lokal utvärdering och kontinuerlig uppföljning kräver resurser
- Behov av nya rapporteringsstrukturer mellan landstingets inköpsfunktion och klinikerna
- Bristande IT-infrastruktur försvårar uttag av data

Hinder på verksamhetsnivå:

- Svårt att budgetera för riskdelning på enhetsnivå
- Bristen på helhetssyn döljer kostnader
- Zytiga faller mellan riktlinjerna för receptläkemedel och klinickläkemedel
- Administrativt merarbete för att möjliggöra uppföljning
- Samordning av specialiteter krävs
- Bristande IT-stöd för inrapportering av utfall

De största utmaningarna rör organisation och arbetsfördelning, samt tekniska system och IT. Det innebär ett stort administrativt merarbete hos både beställare och utförare att följa upp patientrelaterade utfall, särskilt i avsaknad av en teknisk infrastruktur anpassad för inmatning och uttag av denna typ av data. Ekonomiskt innebär den nya budgeteringsmodellen ett större risktagande, som är mest märkbart på kliniknivå på grund av de höga kostnaderna för denna typ av läkemedel i relation till en enskild enhets budget. Administrativa merkostnader slår också hårdare på verksamhetsnivå. På strukturnivå har de största hindren utgjorts av oklara och/eller konflikterande regler kring införandet av den nya betalningsmodellen.

Ersättningsrelaterade konsekvenser av ett nytt sätt att administrera läkemedel⁴

Detta är ett pågående "naturligt experiment" där konsekvenser i ekonomiska incitament och pengaströmmar har studerats, snarare än intentionell förändring i ersättningssystem.

Basfakta

Drivs av: Läkemedelsbolaget AbbVie AB

Mottagare: Förskrivande läkare inom specialiserade mag-tarmsjukvård

Ursprunglig projekttid: Läkemedelsbolaget AbbVie har tagit fram ett läkemedel för behandling av IBD (Humira), som möjliggör behandling i hemmet med en självinjicerbar spruta/penna istället för intravenös droppbehandling på mottagning. Det nya sättet att administrera läkemedlet får ersättningsmässiga konsekvenser, eftersom egenbehandling med läkemedel ersätts annorlunda än om läkemedlet administreras på sjukhus. Det är i detta fall inte fråga om någon avsiktlig förändring av ersättningssystem, utan snarare "oavsiktliga" konsekvenser i ersättningssystem vid ett nytt sätt att administrera läkemedel.

Urval: Alla som förskriver läkemedlet

Konsekvenser i ersättningssystem

Underliggande problem: Behandling i hemmet ordinerar inte i den grad det vore möjligt, trots att det kan innebära resursbesparingar inom vården och högre patientnöjdhet.

Underliggande ersättningsrelaterat problem: Vid medicinering på sjukhus får kliniken ersättning för den utförda behandlingen enligt ett lokalt ersättningssystem (DRG). Ersättning kan ges för utförd åtgärd, per patient och år (kapitering), eller via ett anslag (fast belopp för att bedriva verksamheten). I många landsting finns dock idag inga motsvarande schabloner för ersättning för patienthantering på distans. Egenadministrering av läkemedel i hemmet innebär alltså att ersättning till sjukhuset uteblir.

Ett annat problem är att totalkostnaden för ett receptläkemedel inte nödvändigtvis sätts i relation till totalkostnaden för motsvarande behandling i slutenvården. Det innebär att administrering av klinikläkemedel kan ses som en fördyring, även om en motsvarande eller större besparing görs inom sjukvården i stort.

⁴ Fallet beskrivs mer ingående i LHC-rapport 2015-03: "Drivkrafter och hinder vid läkemedelsadministrering i hemmet istället för på mottagning: Analys av fallet Humira".

Förslag till utveckling av ersättningsmodell: n/A

Nivå av implementering: Naturligt experiment pågår. Läkemedelsbolaget har inlett diskussioner med vissa landsting om möjlig utveckling av ersättningsmodellerna som i högre grad skulle stödja egenadministrering av läkemedel i hemmet.

Utmaningar

- Kostnads- och ersättningsrelaterade frågor utgör enbart en delmängd av vad som övervägs vid val mellan sjukhusadministrerad medicinering kontra självadministrering av läkemedel i hemmet. Det går inte att på ett entydigt sätt att uttala sig om de ekonomiska incitamentens roll utan att ta hänsyn till de konkurrerande incitament som förekommer samtidigt.
- Styrning med prisnivåer och ersättningar påverkar endast i begränsad omfattning på verksamhetsnivå. Styrning från HSF når verksamhetschef, men inte nödvändigtvis förskrivande läkare. Intern organisation och flexibilitet, medicinska avvägningar (indikation men även syn på compliance och kontroll) och inställning till patientens önskemål är andra faktorer som påverkar och som måste påverkas om man vill styra mot en ökad andel vård i hemmet.

7. Jämförande observationer

Det här avsnittet sammanfattar fallbeskrivningarna i föregående avsnitt utifrån grundläggande projektkarakteristika och påträffade hinder i tidig fas. Projektens inriktning och omfattning varierar stort, vilket gör en jämförande studie utmanande men intressant. Vi har valt att utgå från en empirinära framställning som i hög grad baserar sig på konkreta exempel, ofta i citatform, från de enskilda projekten. Syftet är inte att i detalj analysera processen för varje projekt separat, utan att återge variationen under gemensamma analytiska teman. Utöver basfakta anges uppgifterna utan källa, för att inte direkt peka ut särskilda individers åsikter.

Projektens inriktning varierar...

Tabellen nedan summerar projektens profil med avseende på fokusområde inom vården, den underliggande problematik som adresseras, samt föreslagen ersättningslösning.

Tabell 1: Jämförelse av projektkarakteristika

Projekt	Vårdområde	Innovationsproblem	Ersättningslösning
Hemtjänst och hemsjukvård	Äldrevård - hemtjänst	Bristande situationsanpassning till brukare	Målrelaterad ersättning utifrån brukarutfall
Kroninnovation	Primärvård – husläkarverksamhet	Bristande omhändertagande av kroniker och multisjuka	Högre andel aggregerad ersättning (kapitering), viktningsmodeller
InnoCent	Specialistvård - diabetes	Vård på distans underutnyttjad vårdform	Ersättning för ny åtgärd - fjärrkontakt
INNOVERSUM	Äldrevård – särskilt boende	Trögt med införandet av välfärdsteknologi	Indikatorsbaserad ersättning utifrån registerdata, brukarupplevd kvalitet samt kvalitetsledningsarbete
Virtuella hälsorum	Primärvård och viss äldrevård	Bristande tillgänglighet till vården för äldre i glesbygd	Samfinansiering

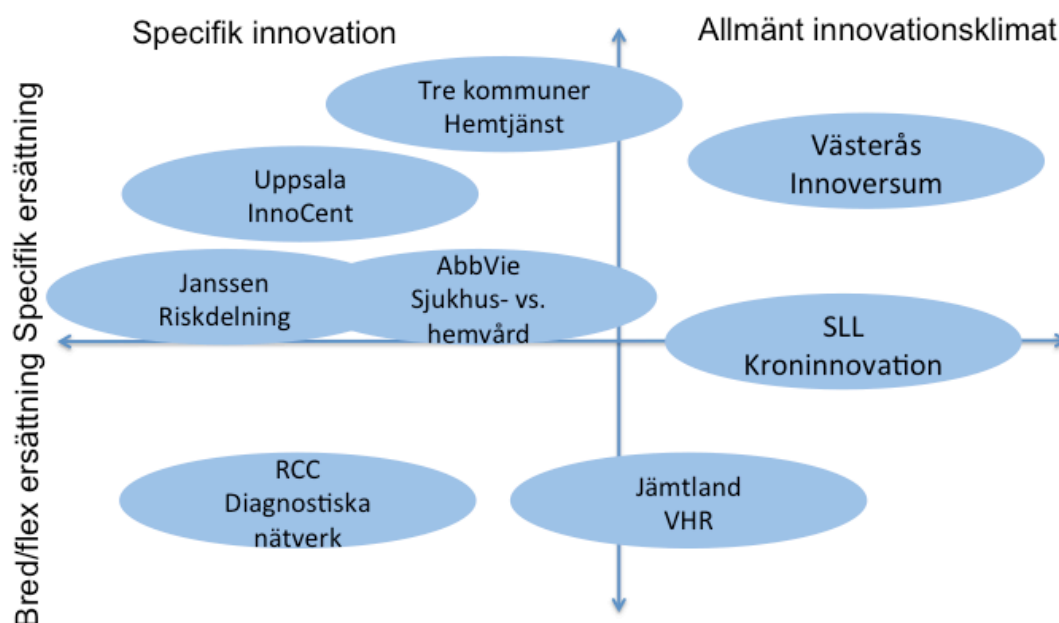
Diagnostiska nätverk	Specialistvård - patologi	Bristande arbetsdelning mellan labb trots resursbrist och ojämlikheter	Marknadslösning
Riskdelningsmodell läkemedel	Specialistvård - prostatacancer	Riskfyllt förskriva nytt läkemedel som inte är verksamt på alla	Ersättning utifrån patientutfall (kostnadsfritt vid uteblivna resultat)
Sjukhus- vs. Egenadministrering läkemedel	Specialistvård - IBS	Medicinering i hemmet underutnyttjad vårdform	Naturligt experiment. Både ersättningen till vårdgivare och kostnadsdelning för läkemedel berörs

I ett första sammanfattande steg ser vi att variationen mellan projekten kan ses utifrån två dimensioner, som har att göra med hur pass specifika de förändringar är som avses i verksamheten respektive ersättningssystemet. Projekten kan här sorteras utifrån två olika angreppssätt:

- Vill man föra in en viss innovation eller förbättra det allmänna innovationsklimatet?
- Vill man utveckla en ersättningsmodell med specifika incitament för ett visst beteende, eller bredare ersättning som möjliggör experimenterande?

Om dessa två dimensioner sammanförs i en fyrfältare, så kan projekten placeras enligt nedan:

Figur 2: Jämförelse av projektens specificitet



Not: Förklaring medsols med start i övre vänstra kvadranten:

- Uppsala fokuserar specifikt på e-hälsa inom diabetesvården och har hittat ett specifikt sätt att ersätta för virtuella besök.
- Janssen vill föra in ett visst läkemedel och testar en ny betalningsmodell specifikt för det läkemedlet.
- AbbVie har sett att det finns utmaningar att förskriva ett visst läkemedel för medicinering hemma, p.g.a. hur vård och läkemedel ersätts beroende på behandlingsplats.
- Östersund, Lund och Sundsvall vill främja användningen av ett visst behovsbedömningsinstrument och betalar för måluppfyllelse inom ramen för det (indirekt: fokus på individuella mål istället för insatser ska ge allmänt sett större flexibilitet/innovativitet i genomförandet).
- Västerås vill allmänt sett öka användningen av välfärdsteknologi i äldrevården, och jobbar med en mix av olika indikatorer (resultat, process, brukarupplevelse).
- Kroninnovation arbetar med en breddning av ersättningsformen från besöksersättning till kapitering, men också med målstyrning på vissa specifika indikatorer.
- Jämtland för diskussioner mellan kommun och landsting om breda samfinansieringslösningar för att förbättra innovation i samverkan.

- RCC vill få igång nätverkande (köp/sälj av digitala bilder) inom patologi specifikt, och tänker att det främjas bäst med en flexibel ersättningsmodell där var och en kan delta på egna villkor.

De föreslagna ersättningslösningarna kan klassificeras teoretiskt enligt vedertagen terminologi för ekonomistyrning och ersättningsprinciper. Beskrivning utifrån ett teoretiskt ramverk kan vara till nytta för den som på ett systematiskt sätt vill analysera olika alternativ för utvecklingen av ersättningssystem för innovation. Sist i denna rapport finns en checklista som kan fungera som vägledning.

... men det finns vissa gemensamma drag

Några övergripande, gemensamma tendenser i utvecklingen av ersättningsmodeller som vi inledningsvis kan observera är:

- Patient/brukarfokus: Ersättning baserad på utfall på patient/brukarnivå. Inte främst kvalitetsregisterindikatorer utan andra typer av resultat på individnivå, patientrapporterade utfall, även patient/brukarupplevd kvalitet, "sjukdomsbörda", målstyrning på individnivå. Nya sätt att utnyttja patientdata och göra patienten delaktig.
- Fokus på innovation i samverkan: Ersättning för att stimulera innovation över resultatenhetsgränser. "Ekonomi på tvären".

Fokusområdena motsvarar bredare trender/problemområden som är aktuella inom vård och omsorg generellt. Varken patientcentreringsmålet eller samverkansmålet är nya i sig, men har tidigare fått begränsad uppmärksamhet när ersättningssystem och dess styrande effekter har utretts och diskuterats. Det är först under de senaste åren som den här typen av frågor fått större utrymme (jfr LHC rapport nr 2014-01 om "Ersättningssystem för samverkan"). I detta avseende är såväl projekten som Vinnovas utlysning uttryck för ett nytänkande inom området.

Observerade hinder i tidig fas

Då de flesta projekten är i idéutvecklings/designfas och har de endast i begränsad utsträckning stött på hinder relaterade till faktiskt införande i berörda verksamheter. Redan på ett tidigt stadium kan man dock se att:

- Många projekt har stött på någon form av tekniska eller juridiska hinder kring inmatning eller uttag av den data som är tänkt att utgöra underlag för den nya ersättningsmodellen.
- I en del projekt har bristande stöd från centrala aktörer – uppifrån (politisk ledning/huvudman) eller nedifrån (profession/patienter) –

föranlett modifieringar av den ersättningsmodell man ursprungligen tänkt sig.

Några exempel från projekten:

Teknik och IT:

”Tillgången till IT-system är en begränsande faktor då befintliga verksamhetsstöd inte ännu är färdigutvecklade för de nya funktionerna kring ÅBIC. Till exempel finns en modul för biståndsbedömning men inte någon statistikmodul kopplad till denna vilket är en förutsättning för att ta ut underlag till ersättningsystem.”

”Planen var ursprungligen att ersättningsmodellen skulle kunna testas i praktiken men tyvärr fanns inte de tekniska förutsättningarna på plats så att riktigt nätverksarbete kunde ske. Det handlar framför allt om integrationen mot verksamheternas LIS samt hur långt de olika parterna kommit i sin digitalisering.”

”Förhoppningen var att uppföljning skulle kunna ske med hjälp av datafångst från journalsystem och kvalitetsregister. På grund av en bristande IT-infrastruktur så har dock denna uppföljning inte varit möjlig, vilket lett till att uppföljning måste ske manuellt genom direktkontakt mellan ansvarig funktion på landstinget och behandlande klinik.”

”Patienterna i gruppen unga vuxna rapporterade att de ville välja de lösningar de skulle använda; stanna kvar på redan valda plattformar; och de prioriterade enkelhet och snabbhet. Eftersom överlappet mellan e-hälsolösningar som vid projektets start uppfyllde vårdens krav på säkerhet och integrerbarhet och de av patienterna använda lösningarna är begränsat fick den tänkta insatsen planeras om.”

Regler och riktlinjer:

”Arbete med vissa delar av ersättningsmodellen är pausat på grund av oklara juridiska förutsättningar kring användningen av journaldata.”

”HSF har ställt som krav att det endast ska finnas en ersättningsmodell som täcker alla patienter inom husläkarverksamheten.”

Professionella arbetssätt:

”Detta är ett nytt sätt att tänka och inte helt självklart för alla varför det vid en första anblick kan verka lite abstrakt... Användarna är idag för få för att det ska vara meningsfullt att börja jobba med att ta fram standardavtal. Det blir svårt att ta fram ersättningskriterier som är generiska innan det kommit igång”

Ibland mindre hinder än väntat

Vissa inledningsvis identifierade hinder (enligt projektens egna riskskattningar) visade sig under studietiden vara överskattade. En förklaring kan vara att man tidigt har lagt sig vinn om att hantera dessa hinder så att de kunnat kringgå/mildras, (medan de hinder som beskrivs ovan i högre grad varit oförutsedda).

Några exempel från projekten:

”Risken med broms från ledningar var klart överskattad – vi har inte upplevt någon bromsning alls, snarare tvärtom, d.v.s. en efterfrågan på hur det går och hur dialogen mellan huvudmännen utvecklas.”

”En stabilisering av den politiska situationen har skett och uttalat stöd för den föreslagna inriktningen för den nya ersättningsmodellen finns nu från den politiska ledningen.”

”Att ändra i ersättningssystemet var lättare än vi trodde när vi väl hittat rätt i organisationen och systemet. Det visade sig att det faktiskt redan fanns en produktkod i prislistan för ”fjärrkontakt”.”

Särlösningar under projekttiden kan bli hinder senare

Föregående avsnitt visar på utmaningar inom olika områden som uppmärksammas av projekten själva. Vi vill också visa på omständigheter som inte är lika uppenbart problematiska i den fas projekten befinner sig i, men som riskerar att hämma långsiktig överlevnad och spridning senare. Det handlar om ”särlösningar” som inte spontant omnämns som hinder, utan snarare brukar beskrivas som lösningar för att driva igenom projektet under rådande förutsättningar.

Exempel från projekten:

”Proceduren som ligger till grund för ersättning kräver en extra personalresurs som finansieras av projektet.”

”Vårt urval av utförare är inte konkurrensneutralt, men det funkar nu under testperioden.”

”Vi måste utreda om det är i linje med LOU att offentliga och privata utförare handlar med varandra på det här sättet, men det blir ett problem först i nästa fas.”

”Det finns juridiska problem kring datadelning, men vi har forskningsgodkännande inom projektet.”

”IT-systemet stödjer inte datauttag, men vi räknar för hand i piloten.”

”Specialrutiner kan man hantera för ett enskilt läkemedel, men inte hur många som helst.”

Att designa sär lösningar är vanlig en strategi för att komma runt systemfaktorer av olika slag och möjliggöra ett smidigare genomförande av projektet. Hur projektet på längre sikt passar in i det omgivande systemet – och vilka anpassningar som krävs för att få det att överleva – bör dock uppmärksammas tidigt. I nästa avsnitt beskrivs därför vilka förändringar vi sett i projektens innehåll och utformning under studietiden.

8. Processanalys

Förändringar i projekten – dynamik och lärande under designfasen

Många av projekten har under den tid vi följt dem genomgått stora förändringar jämfört med de ursprungliga planerna. I vissa fall på grund av externa hinder, men lika ofta som ett resultat av omtänk inom projekten. Detta kommer sig till viss del naturligt då Vinnovas utlysning var en form av idéutvecklingsbidrag där ett av målen var att en ersättningsmodell skulle ha tagits fram först efter ett års designfas. Interaktionen med följeforskarna och mellan projekten kan antas ha bidragit till processen. Utveckling som skett i projekten inkluderar bland annat:

- Insänkning av målgrupp/fokus
- Breddning av målgrupp/fokus
- Ersättningsmodell med färre komponenter
- Ersättningsmodell med fler komponenter
- Byte av projektlogik och syn på "vad som bör komma först"
- Uppmärksamhet behov av bredare förankring och inflytande
- Uppmärksamhet nya områden där förändring krävs

Några exempel från projekten:

"Fokus inriktades initialt på att bygga en ersättningsmodell med stark koppling till specifika förbättringar i kvalitetsregistren. Tanken var att lyfta fram några centrala mått och koppla en del av ersättningen till prestationen i dessa. [...] I omvärldsspaningen, dialogen med registerhållarna och intressenterna blev det tydligt att den här typen av inriktning riskerar att medföra en rad allvarliga problem. [...] Mot bakgrund av ovanstående omprövar projektet nu inriktningen. Istället utvecklas en modell med tydligare utgångspunkt i enheternas eget kvalitetsarbete och förbättringspotential."

"Det fanns en teoretisk idé som anpassades när den mötte "verkligheten". Dels när det gäller avgränsning av målgruppen och dels i beräkningen/fastställandet av bonusbeloppen. I den teoretiska modellen fanns en beräkningsalgoritm för hur stor bonusen ska vara med hänsyn till ett antal variabler. I praktiken har det dock visat sig mer rimligt och enklare att fastställa ett (eller möjligen ett par) belopp oavsett olikheterna i förutsättningar. Det viktiga är att bonusen är så pass stor att den upplevs som ett tillräckligt starkt incitament för utföraren."

"Ca två månader in i projektet trodde vi att vi hade hittat en modell som vi kunde använda men då vi parallellt med utvecklandet av modellen även arbetade med frågor kring mål, syfte och grundprinciper för nätverket upptäckte vi att målen inte var de som vi först trodde. Det fick oss att göra en ganska stor ändring av ersättningsmodellen.[...] Vi insåg att alla olika aktörer som skulle vara med i nätverket hade olika tankar om vad en

rimlig ersättning skulle vara, hur den skulle se ut, vilka svarstider som var önskvärda etc. Vi insåg att vi aldrig skulle kunna hitta EN modell utan snarare många och att nätverkets roll då blir att föra samman de aktörer som vill arbeta på sina egna villkor.”

”Vi har inte kommit så långt att vi har en färdig ersättningsmodell än. Vi analyserar just nu vad som händer i samarbetet mellan kommunerna och regionen d.v.s. vilka frågor blir det och vilka hinder upplever man när de virtuella hälsorummen ska etableras. Vi vill analysera vår (befintliga) ersättningsmodells möjligheter/hinder för samverkan och innovation – så att vi kan göra förändringar som ytterligare stödjer samverkan och gemensamt nytänkande för regionen och kommunerna.”

”Vi har gått iterativt till väga genom succesiva insatser i vad som skiljer förutsättningarna i vår pilot från exemplet i USA. Där utgick de ifrån ”enkla”, evidensbaserade åtgärder som kunde utföras av en extern leverantör [...], vi vill införa innovationer i den ordinarie verksamheten. Åtgärderna har lett att projektet också måste rymma en verksamhetsutvecklande del. Därför kommer vi i ett första steg att säkerställa att ersättning kan utgå för distansvård motsvarande ett traditionellt besök på fysisk mottagning. Som ett senare steg avser vi att också räkna in det förmodade mervärdet (ur patientens perspektiv, men även ur vårdens) i ersättningen, och då blir det mer en ”sann” impact bond.”

Arbetet med ersättningsmodeller synliggör komplexitet i andra dimensioner

Projektet som studerats skiljer sig från många andra innovationsprojekt i och med att det är en förändring i styrsystem som ska utformas och föras in, snarare än en ny produkt eller tjänst. Specifika utmaningar kring att utveckla ersättningssystem som synliggjorts i projektprocesserna är bland annat att:

- Utveckling av ersättningssystem knyter an till många närliggande styrverktyg, t ex uppdrag, förfrågningsunderlag, avtal och mandat.
- Den formella styrningen i form av bland annat ekonomisk styrning är enbart ett av flera styrsystem som påverkar praktiken. Även informell styrning i form av professionella normer och organisationskultur är viktig att beakta.
- Utveckling av ersättningssystem och verksamhetsutveckling behöver gå hand i hand, men det är en utmaning då mandaten för att förändra styrningen respektive utveckla verksamheten oftast ligger hos olika parter.

Några exempel från projekten:

”I arbetet med utvecklingen av modellen har det blivit tydligt hur det knyter an till många närliggande områden. Ett som varit särskilt framträdande är utformningen av förfrågningsunderlag, avtal och beställningar. Både i dialogen med utförare och internt har man återkommit till hur dessa skapar begränsningar vad gäller utförarnas möjlighet till innovation och nytänkande. Det har därför blivit tydligt att vårt arbete med att skapa ett innovationsvänligt ersättningssystem bör omfatta också dessa aspekter.”

”Vid genomförande kan det komma att bli en styrningsmässig reform som får konsekvenser långt utanför de virtuella hälsorummen. Men vi undersöker nu om det går att hitta ekonomiska lösningar utan en gemensam nämnd.”

”Vi har märkt att det finns många andra innovationshinder än det rent ekonomiska, t ex kulturella faktorer/makt. Hur man ser på patientens ställning och på värdet av den egna produktionen... Projektet har synliggjort arbetet med verksamhetsutveckling som måste ske för att införa innovativa e-hälsolösningar.”

”Projektet övergick ganska snabbt till att mer omfatta verksamhetsutveckling än enbart framtagande av en ersättningsmodell. Mål, arbetsätt, roller etc. var vi tvungna att förtydliga för att kunna ta fram en modell.”

”Styrning med prisnivåer och ersättningar påverkar endast i begränsad omfattning på verksamhetsnivå. Styrning från HSF når verksamhetschef, men inte nödvändigtvis förskrivande läkare. Intern organisation och flexibilitet, medicinska avvägningar och inställning till patientens önskemål är andra faktorer som påverkar och som måste påverkas om man vill styra mot en ökning av vård i hemmet.”

Hur iterativ ska man vara?

Förankring av innovationer hos relevanta aktörer är centralt för att avsedda förändringar ska komma till stånd, få fäste och leva vidare. Inom de flesta av projekten poängteras värdet av samverkan trots att man ser att det tar mycket tid och resurser i anspråk och riskerar att försena projektets genomförande enligt plan. En iakttagelse är att projekten har kommit in i utlysningen med olika ”färdighetsgrad”, och därigenom olika syn på vad förankring och interaktion med omvärlden ska tillföra.

Några exempel från projekten:

”Fördelarna med att tidigt involvera berörda parter är att det skapar en förståelse för projektomfattning och mål, och därmed ökar sannolikheten

för ett framgångsrikt införande. Det innebär också att kvalitén på projektleveranserna höjs då berörda parter tidigt har tydliga hypoteser att ta ställning till, vilket leder till konstruktiv input och att felaktiga slutsatser tidigt elimineras.[...] Det är viktigt att tydligt kommunicera syftet gentemot de tidiga kontakterna, annars finns risk att projektet uppfattas som oseriöst och oförberett utan tydliga hypoteser.”

”Ett interaktivt och kontinuerligt omprövande arbetssätt kan förhoppningsvis bidra till att skapa en både förankrad, relevant och fungerande ersättningsmodell. [...] Det är många personer, funktioner och organisationer som berörs och därmed är involverade i arbetet. En risk med att ständigt ompröva är också att man aldrig lyckas välja utan ständigt utvecklar nya idéer och förslag.”

Sammanfattningsvis ser vi att vilken projektlogik man följer, och hur mottaglig man är för extern input, påverkar förändringsbenägenheten i tidig fas. Detta påverkar även förutsättningarna för långsiktig överlevnad efter projektfasen.

- En färdig modell är enkel att genomföra på kort sikt eftersom hinder ofta ses ligga utanför projektet. På lång sikt kan verkligheten “hinna ikapp” så att förändringen får svårt att få fäste och permanenteras.
- Med en iterativ modell tar förändringen längre tid att genomföra, eftersom man tar hänsyn till så många faktorer. Ibland blir det inget av alls. Men det som blir av är med större sannolikhet förankrat och med bättre överlevnadspotential.
- Både förankring nedåt (i berörda verksamheter) respektive uppåt (mot beslutande politiker/huvudmän) behövs. Få projekt är helt oförankrade, men de har ofta “slagsida” åt något av hållen, beroende på vilken part som driver projektet och existerande relationer till omgivande aktörer. Detta är en utmaning som behöver hanteras t ex i sammansättningen av projektgrupper.

9. Gemensamma lärdomar kring innovation i och genom ersättningssystem

Administrativa konsekvenser är lika viktiga att beakta som de ekonomiska incitamenten

Under senare år har allt mer ljus riktats mot den ekonomiska styrningens roll som förklaring till olika typer av problem inom vård och omsorg, inklusive bristande effektivitet, patientsäkerhet, samverkan och innovation. När fokus riktas mot ersättningssystem som en avgörande orsak till ett svagt innovationsklimat finns ofta den underliggande förhoppningen att en justering av de ekonomiska incitamenten kan överbrygga andra typer av hinder för mottaglighet i berörda verksamheter.

Utifrån våra observationer av projekten ser vi dock att de administrativa förändringar som krävs för att förändra ersättningssystem har större praktisk påverkan i tidig fas än de ekonomiska incitamenten i sig. De beteendepåverkande effekterna av den ekonomiska styrningen är ofta svåra att skatta och utvärdera på verksamhetsnivå – däremot kan det snabbt bli tydliga kringeffekter av försök till förändring i ersättningsmodeller. Ofta i form av administrativt merarbete, som upplevs som betungande och ett hinder för projektet särskilt då stödstrukturer för det nya sättet att mäta inte finns på plats. (Vi har dock även sett exempel där en ny uppföljningsmetod har uppfattats som något positivt bland de vårdprofessionella, exempelvis för att den förbättrar interaktionen med patienter/brukare).

Implikationer:

En tillfällig lösning med manuellt arbete är ofta nödvändig, och test av nya arbetssätt kommer att kräva mer resurser under en period. Att utveckla mer permanenta lösningar och hållbara rutiner som fungerar inom ordinarie system bör ses som en central del av utvecklingsarbetet. Följaktligen bör administrativt merarbete betraktas som en utvecklingskostnad och inte som en grund för utvärdering av den långsiktiga nyttan med projektet.

Hållbara dataunderlag är en nyckelfaktor

En förutsättning för utveckling av den ekonomiska styrningen är att det finns data som fångar det man vill ersätta för. En vanlig orsak till administrativt merarbete, är att den tilltänkta data som behövs för att beräkna ersättningen enligt det nya systemet fattas eller är svår att komma åt. En varning är på plats: det är sällan bra att man tager vad man haver i detta fallet. Att bygga indikatorer och ersättningar på tillgängliga data i stället för önskade data kan lätt leda fel och få beteendepåverkande effekter som inte överensstämmer med målen.

En vanlig "lösning" som vi sett i projekten är att man skaffar sig en möjlighet att temporärt mäta eller analysera den data man vill åt utanför ordinarie system.

Datahantering som på ett sätt som av olika anledningar (juridiska eller systemmässiga) inte är uppskalbart och/eller långsiktigt möjligt försämrar dock förutsättningarna för projektets permanentering.

Om piloten testas med "fiktiva pengar" (vilket är en vanlig konsekvens av att data inte kan hämtas från/matras in i ordinarie system) så tillkommer en ytterligare problematik: Fiktiva modeller möjliggör simulering av ekonomiska konsekvenser allt annat lika, men ger inte underlag för att studera de beteendepåverkande effekterna som en verklig förändring i ekonomiska incitament föranleder. Därför är nyttan med fiktiva test av ersättningsmodeller utanför ordinarie system svårbedömd.

Implikationer:

Mätbarhet och datatillgång bör vara ett fokusområde redan i projektets initiala skeden. Med detta avses inte primärt temporära lösningar som kan fungera under en pilotperiod, utan hantering av frågan hur databehov ska tillgodoseas om och när projektet permanenteras och eventuellt skalas upp. Detta kan föranleda krav på utveckling av IT-lösningar för exempelvis beskrivning av komplexa vårdvägar, poolning av datakällor eller utvecklade metoder för att ta hand om patientrapporterade utfall.

Gemensamma IT-system kommer alltid att vara en utmaning, och är ett viktigt generellt hinder för utvecklingsarbete i vården, liksom i många andra sektorer. Ett stort och stelbent IT-system, bristande journalhantering, överbeskyddad data, långa feedbackloopar som inte når verksamhetsnivån och många olika mål med samma system är några av de allmänna problemen. Vad vi kan göra är att ge ytterligare input till vilka krav som skall ställas på ett fungerande system lokalt respektive nationellt.

Se upp för projektfällan!

I många handböcker kring projekt och hur de bör hanteras framställs utvecklingsarbete som något som kan styras rationellt i mer eller mindre "autonoma" enheter. Fokus ligger ofta på utmaningarna i att följa planer och hålla deadlines. En förändring behöver ibland initieras avgränsat, men det är en fara om den förblir isolerad från verksamhetens ordinarie arbete. Detta kan ha flera orsaker. En vanlig orsak är vilja att åstadkomma resultat. Projektet skapar lokala och pragmatiska sätt att tillfälligt hantera problem. Risken är stor att det blir en återvändsgränd som gör att man inte kan fortsätta när projektet är över.

En helt annan orsak som leder till samma återvändsgränd är synen på hur en förändring skall genomföras för att senare kunna utvärderas. För att isolera effekterna av en förändring designar man ett projekt som inte skall förändra omgivningen förrän det är bevisat att det fungerar väl. Ett sådant tankesätt leder till att piloter genomförs under artificiella förutsättningar som närmast garanterar att de inte kommer kunna permanenteras eller skalas upp, eftersom

ingen hänsyn har tagits till hur omkringliggande organisation kommer att anpassa sig.

I den här studien har vi försökt gå bortom själva projektarbetet och dess utmaningar internt, för att även fånga beroenden mellan projekt och det omgivande "systemet". En slutsats är att implementeringsstrategier som tar hänsyn till vilka krockar eller överlappningar som kan finnas mellan projekt och relaterade verksamhetsprocesser, prioriteringar och intressen är avgörande om ambitionen är att projektresultat på längre sikt ska övertas, integreras och vidareutvecklas i ordinarie verksamhet.

Implikationer:

Även om projekt har initierats fristående, så behövs metoder för att identifiera och hantera systemhinder under processens gång – helst med början redan i designfasen. Det handlar om att vidga den avsedda förändringens tidsperspektiv till "livet efter projektet" och analysera hur projektet kommer att passa in i ordinarie verksamhet. Men det är lika mycket en fråga om vilja och möjlighet att bryta sig loss från det välvärnsade projektet som norm för utvecklingsarbete, inklusive de vanligt förekommande föreställningarna att innovationer måste pilottestas och evidens produceras under strikt kontrollerade förhållanden. Att designa en perfekt studie och att åstadkomma verksamhetsförändring är två svårförenliga uppdrag.

Förankringsdilemmat en utmaning

Som beskrivs ovan utgör brist på förankring i "verkligheten" en risk att projektet lyckas, men att det inte överlever när projekttiden är slut. Den andra sidan av myntet är att om projektet skall förankras på alla nivåer och hos alla instanser så ökar sannolikheten att det aldrig leder till någon förändring. Ytterligheterna blir att göra något som sedan inte går att använda; eller att försöka göra alla nöjda, men inte uppnå något alls.

Här finns inte något självklart läge som är bäst, det beror på målet med projektet, vilken fas man befinner sig i och förändringens karaktär. Är målet att ta fram nya idéer och förslag så kan det ske i separata utvecklingsenheter, men är målet att införa ett nytt ersättningssystem i skarpt läge så är förankring i de verksamheter som ska motta styrningen helt centralt.

Relaterat till förankringsdilemmat är risken att projektet inte i tillräcklig grad lyckas avgränsa sig mot befintliga problem och intressen. Vi har sett att det är relativt vanligt att man får ärva gamla utmaningar, som man förväntas lösa inom sitt nya projekt. Har man som ambition att vara receptiv mot omgivningen tenderar projektets omfattning att öka, och målet blir allt vidare. Detta är i sig inte fel, men problemet är ofta att de personer eller funktioner som är med i det ursprungliga projektet sällan är de som har mandat att genomföra en större förändring. Det kräver en annan projektkonstellation, andra mandat, en bredare ansats, och ibland andra beställare.

Implikationer:

Förändringar i ersättningssystem synliggör ofta komplexitet i närliggande dimensioner, allt från tekniska systemkrav till parallella styr signaler och politisk vilja. Balansen är att inte förlamas av komplexiteten i ett för tidigt stadium. Kopplingarna till det kringliggande systemet måste kartläggas och tas med i beräkningen, men de områden som inte kan hanteras på kort sikt får inte leda till att projektet handlingsförlamas. Att tidigt identifiera systemhinder är centralt, men det är inte alltid lämpligt för projektet att bredda sig och höja målbilden till att åtgärda/eliminera hindren för att kunna göra en förändring av den typ som är målet. När systemhinder uppmärksammas kan en mer konstruktiv lösning vara att påtala och kravställa detta till dem som har mandat att genomföra en större förändring.

10. Rekommendationer till den som stödjer innovation

Under arbetet med den här studien har vi lyssnat till och deltagit i diskussioner inte bara om projektens utformning och utmaningar, utan även kring den roll som beställare och finansiärer har eller bör ha för att designa framgångsrika projekt. När det gäller utveckling av ersättningssystem finns det många alternativa angreppssätt, allt från fokus på att hitta innovativa sätt att ersätta i sig, till att skapa specifika incitament för att främja vissa innovativa arbetsätt, till att utforma ersättningsmodeller som allmänt sett ger större utrymme för verksamheterna att experimentera och testa nytt.

För denna Vinnovasatsning kan vi se att synliggörandet av ersättningssystem som innovationshinder har varit viktigt i sig. Vi hör mycket om specialsatsningar på att ta fram innovationer, men hur ordinarie ersättningssystem påverkar förutsättningarna för omsättning och spridning i vardagsarbetet har tidigare varit en bortglömd dimension.

Att titta på hur innovationer passar in i ordinarie ersättningssystem har också visat sig vara en ingång för att komma ur "projekttänket". När man riktar fokus mot förutsättningarna för långsiktig överlevnad börjar man också se på innovation i ett längre och bredare perspektiv, som sträcker sig utanför det avgränsade försöket/piloten. Som ett projekt beskrev det hela:

"Reaktionen från klinikerna har varit "är det här alltså på riktigt?!"

Många av projekten vittnar om att deras utvecklingsarbete rönt särskilt intresse just på grund av att man adresserar ersättningsfrågan. Vi har också sett att arbetet med utveckling av ersättningssystem i många fall synliggjort andra typer av systemhinder och utmaningar som måste hanteras på sikt. På det sättet har satsningen på innovation i ersättningssystem lett till en förståelse för behovet av systemtänkande hos deltagande verksamheter.

Sammanfattningsvis har Vinnovas utlysning kring ersättningsmodeller som främjar innovation riktat ljuset mot ett område som är relevant för många. Erfarenheterna från projekten har också tydliggjort behovet av ett bredare angreppssätt, där förutsättningarna för mottaglighet betonas även i andra dimensioner än den ekonomiska styrningen. Här ger vi några rekommendationer för den som vill stödja projekt som leder till hållbar innovation även efter projekt slut.

Formulera utlysningar som betonar mottaglighet (i fler dimensioner än ersättningssystem)

Att förstå hur ett projekt på sikt kan passa in och integreras i en viss verksamhet är svårare ju längre bort från det lokala sammanhanget man befinner sig. Inte minst för projektbeställare/finansiärer på förvaltningsnivå kan det vara en stor utmaning att förutse de förutsättningar som kommer att råda vid implementeringen "på golvet". En bättre strategi är att lämna frihetsgrader i genomförandet, men ställa krav på lokala aktörers kompetens att genomföra och

presentera en mottaglighetsanalys i tidigt stadium. Detta bör innefatta en kartläggning av systemhinder som kan försämra projektets möjligheter att permanenteras och spridas, liksom strategier för att hantera hindren under projekttiden. Att ta in ett brett spektrum av kompetens och beakta perspektiv från olika funktioner är en förutsättning för en väl genomförd mottaglighetsanalys.

Tänk igenom målet med satsningen och bevilja medel till dem som har mandat att driva den önskade utvecklingen

Var ett förändringsinitiativ skall placeras beror till stor del på vad som skall uppnås. Om målet är att få till stånd en varaktig förändring i ordinarie verksamhet bör detta ledas i linjeorganisationen, eller med ett tydligt mandat och uppdrag från den. Att "förvaltningen" ensam står som mottagare är inte lämpligt, inte ens när det gäller utveckling av styrsystem. Om man å andra sidan vill testa nya idéer eller ta fram nya koncept kan det ske i stabsform eller i isolerade testbäddar. En implikation för beställare är att det krävs tydlighet kring vad som är målet, verksamhetsutveckling eller ett försök som skall ge ny kunskap men som i sig inte är tänkt att leda till en praktiskt implementerad lösning.

Lägg fokus på att stödja utveckling av praktiskt användbara lösningar, snarare än generaliserbara modeller

Kräv inte att allt ska vara skalbart och bra för alla. Att uppdragsgivaren initialt ställer krav på att lösningen skall vara allmängiltig och skalbar kan leda fel, eftersom lokala förutsättningar ofta har en stark inverkan på om en innovation fungerar som det är tänkt. Kravet på allmängiltighet måste i så fall gälla tillämpbarhet under liknande förutsättningar, inte allmänt införande.

Basera utvärderingar på överlevnadspotential snarare än genomförande enligt plan

Avvikelser från ursprunglig plan är inte ett problem i sig, utan snarare ett sundhetstecken. Det visar på att projektet befinner sig i en rörlig omgivning och har förmåga att anpassa sig till förändrad målbild över tiden. Detta kan antingen bero på nya insikter inom projektet, eller att yttre omständigheter förändrats. En förutsättning är dock att beställaren delar detta perspektiv, och inte styr på conformance mot plan. En mer relevant utvärderingsfråga är om de förändringar som projektet medfört har möjlighet att permanenteras efter att det temporära uppdraget slutförts.

Checklista för utveckling av ersättningsystem för innovation

	Fråga	Exempel på aspekter som kan undersökas	Önskat resultat
UTGÅNGSPUNKTER			
1.	Inom vilket område är otillräcklig innovation ett problem?	<ul style="list-style-type: none"> Berörda vårdområden? Särskilt berörd patientgrupp? 	Definition av vårdområde/ patientgrupp i fokus
2.	Vari består innovationsproblemet?	<ul style="list-style-type: none"> Nya lösningar behöver tas fram Nya lösningar finns, men implementering och spridning brister 	Beskrivning av grundläggande innovationsproblematik
3.	Syfte och ambition med förändringen av ersättningsystem?	<ul style="list-style-type: none"> Förändrad ersättningsmodell avses ge incitament till ökad innovation i verksamheten Innovation i verksamheten har synliggjort behovet av förändrad ersättningsmodell 	Beskrivning av den tänkta kopplingen mellan verksamhetsutveckling och förändring i ersättningsystem
NULÄGESBESKRIVNING			
4.	Vilka parter har problem med innovationskraften?	<ul style="list-style-type: none"> Berörda utförare inom varje vårdområde? Berörda huvudmän? Andra berörda aktörer (forskning, industri etc.) 	Lista på inblandade parter
5.	Hur är dagens ersättningsystem utformade?	Kartlägg för samtliga inblandade parter: <ul style="list-style-type: none"> Fasta ersättningar Rörliga ersättningar Målrelaterade ersättningar 	Beskrivning av befintliga ersättningsystem
6.	Hur påverkar dagens ersättningsystem förutsättningarna för mottaglighet?	Försvåras mottaglighet exempelvis av att ersättningen är <ul style="list-style-type: none"> För detaljerad – ger ingen flexibilitet Konserverande – nya arbetssätt ersätts inte För produktionsinriktad – inga incitament till minskning av vård För snäv – premierar inte innovation i samverkan 	Analys av incitamenten i befintliga ersättningsystem

		<ul style="list-style-type: none"> • För kortsiktig – premierar inte preventiva åtgärder • För omodern? • Generell osäkerhetsproblematik vid oklar nytta med innovation 	
PRINCIPIELLA LÖSNINGAR			
7.	På vilket sätt ska ersättningssystemet bidra till ökad innovation?	Alternativa angreppssätt, jfr figur 2: <ul style="list-style-type: none"> • Specifika incitament för ett visst arbetssätt? • Bredare ersättning som möjliggör experimenterande? 	Beskrivning av vilken typ av innovation som ska främjas
8.	På vilka sätt kan dagens ersättningssystem förändras för att förbättra förutsättningarna för mottaglighet?	<ul style="list-style-type: none"> • Reducering av antalet ersättningsobjekt • Uppdatering av ersättningsobjekt • Mindre andel rörliga ersättningar • Aggregering av ersättningsobjekt över organisationsgränser • Möjlighet att flytta medel över årsskiften/investerings-tänk 	
9.	Vilka förändringar kan göras dagens ersättningssystem?	Alternativ till förändring, jfr tabell 4: <ul style="list-style-type: none"> • Modifiering av fasta ersättningar? • Modifiering av rörliga ersättningar? • Modifiering av målrelaterade ersättningar? • Modifiering av andel/nivå på de olika ersättningarna? 	Lista på konkreta möjligheter att förändra befintliga ersättningssystem
PRAKTISK TILLÄMPNING			
10.	Finns praktiska förutsättningar för att genomföra alternativa förändringar?	Aspekter att beakta, t ex: <ul style="list-style-type: none"> • Datatillgång • Lagutrymme • Politisk vilja • Lokal samarbetsanda 	Analys av förutsättningar och hinder för möjliga förändringar av ersättningssystemet
11.	Hur påverkar övriga styrsystem den förväntade effekten av förändringarna av ersättningssystemet?	Beakta t ex utformningen av: <ul style="list-style-type: none"> • Uppdragsbeskrivningar • Avtal • Uppföljning 	Lista på önskvärda förändringar av andra styrsystem

12.	Sammantagen analys av genomförbarhet och effekt av olika alternativ		Beslut om och specificering av det nya ersättningsystemet
13.	Införande och uppföljning av det nya ersättningsystemet	<p>Följ upp hur systemet tas emot och genomförs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Synpunkter från utförare • Faktiska effekter på mottagligheten för innovation i praktiken 	Kontinuerlig utveckling av ersättningsystem för innovation