



# **Attityder till idé- och innovationsutveckling inom Universitetssjukhus organisationerna**

- Intervjustudie i Göteborg- och Oslo Regionen

*Linda Sonesson*

Projektledare

Arvid Wallgrens Backe 20

413 46 Göteborg

Mail: [linda.sonesson@gu.se](mailto:linda.sonesson@gu.se)

Tfn: +46 (0)708-75 28 90

”...Ska man se långt ska man stå på andras axlar...”

Isaac Newton

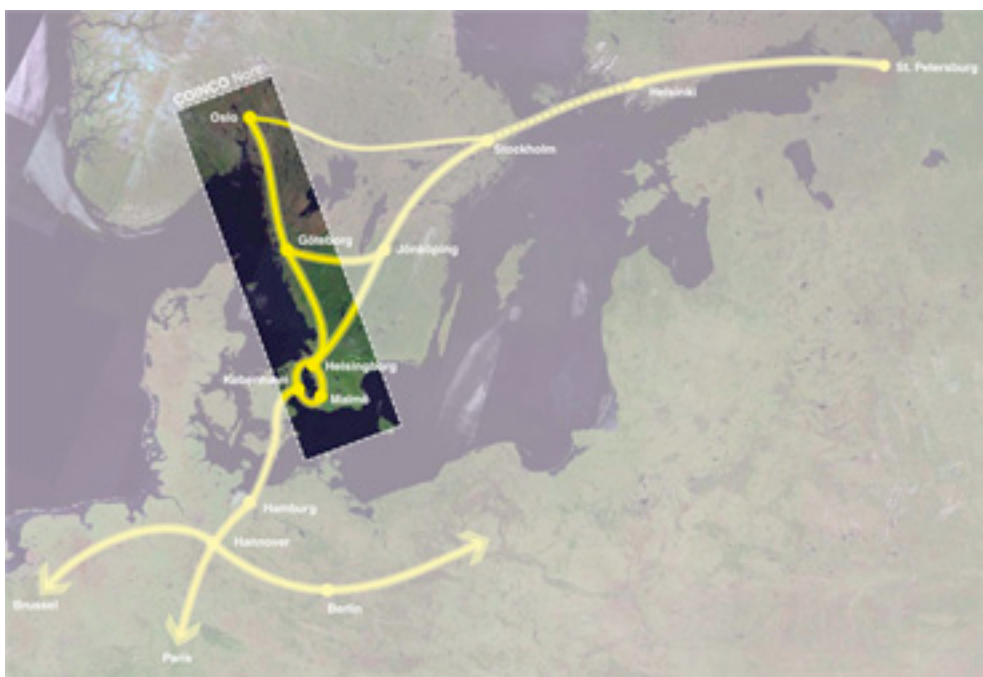
## Innehållsförteckning

<i>Inledning</i> .....	5
<i>Ökat behov av Innovation och Entreprenörskap för hälsosektorn</i> .....	5
<i>Innovation och Entreprenörskap för hälsosektorn</i> .....	7
<i>Triple Helix</i> .....	7
<i>Hur kan begreppet Innovation tolkas i förhållande till Hälsosektorn</i> .....	8
<i>Innovationsprocessens steg</i> .....	9
<i>Begreppet Innovationssystem</i> .....	10
<i>Olika styrmodeller för hälso- och sjukvården</i> .....	11
<b>Hälsosektorn i Västra Götaland</b> .....	<b>11</b>
<i>Styrmodell: Beställar-/utförar modellen</i> .....	12
<i>Oslo Regionen: Helse Sør-Øst</i> .....	13
<i>Sahlgrenska Universitetssjukhuset</i> .....	15
<i>Akershus Universitetssykehus</i> .....	17
<i>Studiens design</i> .....	19
<i>Urval och Avgränsning</i> .....	19
<i>Kvalitativa Intervjuer</i> .....	19
<i>Resultat</i> .....	22
<i>Chefernas reflektioner kring begreppet Innovation</i> .....	22
<i>Innovationsklimatet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akershus Universitetssykehus</i> .....	23
<i>Vad är nytt under solen - finns det nya idéer</i> .....	23
<i>Kultur och tradition</i> .....	24
<i>Omvärldsbevakning och Kunskapsspridning</i> .....	25

<i>Behovsbild av stöd för att främja idé- och innovationsutveckling.....</i>	<i>27</i>
<i>Ledarskapet .....</i>	<i>27</i>
<i>Chefernas ledaregenskaper och erfarenheter av innovation och entreprenörskap.....</i>	<i>29</i>
<i>Stöd och resurser för att kunna ta hand om nya idéer.....</i>	<i>30</i>
<i>Lagar och regelverk.....</i>	<i>31</i>
<i>Samverkan med industrin .....</i>	<i>33</i>
<i>Regionala och lokala satsningar på idé- och innovationsutveckling .....</i>	<i>34</i>
<i>Diskussion .....</i>	<i>35</i>

## Inledning

Detta är den andra rapporten inom ramen för projektet COINCO North, WP2 och området hälsa. Uppdraget var att beskriva attityder och kultur till idé- och innovationsutveckling inom Universitetssjukhus organisationer i Göteborg och Oslo Regionen. Syftet var att öka förståelsen för hur idéer tas om hand inom universitetssjukhus organisationens basvård samt förutsättningar och attityder för möjligheter att utveckla en innovativ miljö. COINCO North finansieras delvis av medel från Interreg IV A Öresund-Kattegat-Skagerak och delvis från de deltagande kommunerna. COINCO North har en projektperiod som varar mellan februari 2009 till september 2011. Förväntade resultat från COINCO North som är relevanta för området hälsa är bl. a nya och utökade nätverk för samarbete mellan näringsliv, hälsosektor, Life Science och akademi. Ytterligare förväntade resultat är en tredubbling av antalet studenter i entreprenörskaps utbildningar och att området hälsas bidrag till ökad kunskap om innovation i hälsosektorn kan bidra till en förbättrad Regional utveckling.



**Figur 1:** COINCO North korridoren

### Ökat behov av Innovation och Entreprenörskap för hälsosektorn

Det svenska och norska samhället samt övriga Europa befinner sig i ett paradigmskifte, från att ha varit industrialiserade och centraliserade samhällen till att vara alltmer ett kunskapssamhälle med kunskapsbaserad ekonomi (Petrusson. 2007). Ett kunskapssamhälle ställer andra typer av krav på incitament och medborgare, som ett led i denna samhällsutveckling beslutade Europa kommissionen år 2000 att utarbeta en gemensam långsiktig handlingsplan med hållbar tillväxt och sysselsättning som

målsättning för att rusta medlemsländerna och dess medborgare inför den nya tiden. Detta paradigmskifte påverkar hela den Europeiska strukturen men också varje enskilt lands samhällsstruktur och kräver en ökad flexibilitet av såväl samhällsincitament som hos den enskilde medborgare.

För att studera utvecklingen av innovation och entreprenörskap relaterat till hälsosektorn ur ett internationellt perspektiv har beslutsprocessen från EU kommissionens styrdokument och handlingsplanen (SEK (2000)1832.) följts. Anpassning till nationella och regionala nivåer har också studerats (Svenska Regeringskansliet: Skr. 2008/09:34). Handlingsplanen utvecklades som en långsiktig strategi för medlemsländerna i arbetet med att rusta länderna för paradigmskiftet till ett kunskapssamhälle byggt på en fördjupad kunskapsbaserad ekonomi. Bakgrunden till EU's handlingsplan var den lågkonjunktur som inträffade med början av 1995 med en massiv arbetslöshet som följd, dels på grund av lågkonjunkturen *per se* men också till följd av ett paradigmskifte där industrialismen vittrade sönder och en ny tid med inriktning mot information och kunskap tog plats. Det blev tydligt för medlemsländerna under lågkonjunkturen år 1995 att den kunskap och utbildning medborgarna haft tidigare inte var tillräckligt bred, det medförde att medlemsländerna hade stora svårigheter att omplacera arbetslösa medborgare då deras kompetens inte längre matchade medlemsländernas behov av kompetens på arbetsmarknaden. Lågkonjunkturen från år 1995 utgör bakgrunden till varför EU kommissionen utvecklade en internationell omfattande handlingsplan så att medlemsländerna skulle kunna rusta sina länder och dess medborgare för ett kunskapssamhälle. Detta innebar också att styrsystem och stora organisationer som tidigare funnits behövde utvecklas till att bli mer flexibla för att kunna möta framtidens krav på ständig förändring. En rad områden har identifierats som viktiga bl. a utveckling av information och kommunikationsteknologi inom samtliga områden i samhället och för den enskilde medborgaren samt utveckling av innovation och entreprenörskap inom utbildnings och forsknings området för att bidra till en långsiktig och hållbar ökad tillväxt samt ökad flexibilitet för länderna (SEK 2000:1832 och Svenska Regeringskansliet: Skr. 2008/09:34).

Inom områden i samhället såsom affärsutveckling och teknologi är innovation och entreprenörskap etablerat sedan lång tid men för hälsosektorn är detta område och tankesätt relativt okänt (Weberg. 2009). Sedan EU's handlingsplan presenterades och om man för Sveriges del följer beslutsprocessen till nationell nivå så har bl. a en ny högskolereform implementerats inom utbildnings- och forskningsområdet till en följd av EU's handlingsplan. Syftet med högskolereformen var att bidra till flexibla framtida medborgare genom att använda ett gemensamt system för högskola och universitet i Europa. Ämnesområdet innovation och entreprenörskap finns också representerat på samtliga utbildningsnivåer i såväl Sverige som Norge. Norge är inte medlem i Europa kommissionen men följer utvecklingen i Europa och USA och är i forsknings- och utvecklingsarbete knutet till EU via bl. a ESS avtalet och EEA. EES står för Europeiska ekonomiska samarbetsområdet. EES- och EEA avtalen är avtal mellan EU, dess medlemsländer och Norge, Island och Liechtenstein. EES är ett frihandelsområde och det närmaste samarbete som EU har med andra länder. Genom EES-avtalet har Norge, Island

och Liechtenstein samma regler som EU-länderna inom de områden som ingår i avtalet. EEA står för European Economic Area ([www.eu-upplysningen.se](http://www.eu-upplysningen.se)).

## **Innovation och Entreprenörskap för hälsosektorn**

Hälsosektorn är ett av de största och mest komplexa områdena i samhället. Att bedriva vård och omsorg i ett kunskapsbaserat samhälle ställer helt nya krav på hälso- och sjukvårdssystemet avseende kultur och tradition, organisation och ledarskap, rollfördelningar, samverkan, ekonomi och lagar- och regelverk, där patientens vård och patientens egen kunskap är prioriterad. För att förbättra tillväxt och främja en hållbar utveckling inom hälsosektorn är det viktigt att få igång en stadig och kontinuerlig ström av innovationsaktiviteter och därmed stärka och utveckla innovationsmiljön, och öka antalet entreprenörer villiga och kunniga att ta hand om dessa idéer. För att kunna stärka innovationsmiljön i hälsosektorn krävs utveckling av stödstrukturer (SOU: 2003:90, Bjerke. 2005, Mckeown. 2008).

Främjandet av forsknings- och innovationsmiljöer har därför hög prioritet i Europa kommissionens handlingsplan där forskningen inte längre ses som en linjär process utan ingår numera i ett komplext samspel mellan akademi, näringsliv och offentlig sektor utifrån en *Triple Helix* modell.

(Svenska Regeringskansliet: Skr. 2008/09:34).

## **Triple Helix**

Triple Helix är en modell som beskriver samspelet mellan politik/samhälle, forskning och näringsliv. Triple Helix bygger på ett aktivt deltagande och samspel mellan regionala aktörer inom forskning, politik och näringsliv. Genom att utveckla en gemensam vision och samordna de utvecklingsresurser som satsas inom en region är syftet att få till stånd en ökad innovationsförmåga och större avkastning på insatserna ([www.tillvaxtverket.se](http://www.tillvaxtverket.se)).

I de nationella handlingsprogram för Sverige och Norge avseende tillväxt och sysselsättning lyfter regeringarna fram vikten av att lägga grunden för en ekonomisk stabilitet genom att investera i utbildning, forskning samt utveckla ny teknologi främst inom områdena Hälsosektorn och Life Science. Innovationer inom områdena Hälsosektorn och Life Science har lyfts fram som starka områden för forskning och tillväxt såväl inom EU som i Sverige och Norge. Detta är dock långt ifrån tillräckligt och för att ytterligare stärka Sverige och Norges konkurrenskraft internationellt behöver innovations- och företagsklimatet radikalt förbättras (Skr. 2008/09:34). I Stortingets behandling av statliga medel i Norge (nr: 7 2008-2009) betonas vikten av att utveckla och implementera nya produkter, diagnostik- och behandlingsmetoder, tjänster och organisatoriska lösningar inom hälso- och sjukvård för att öka ett offentligt värdeskapande genom ökad kvalitet och kostnadseffektiva tjänster. Stortinget beslutade därför att i Norge satsa ytterligare på behovsdrivna- och forsknings innovationer för hälsosektorn samt näringsutveckling och

inkludera forskning om innovation, relaterat till hälsosektorn, med syfte att genom en ökad samverkan mellan hälsosektorn och akademi möjliggöra en bättre kommersialiserings kompetens. Bjerke (2005) menar att satsning på innovationer är det enda kända sättet att klara intensifierad konkurrens utan att försämra medborgarnas levnadsstandard. Den svenska regeringen (N2008/7291/FIN) har bedömt att de antal nätverk som arbetar med att främja kommersialisering från innovationer inom hälso- och sjukvården är få men samtidigt bedöms potentialen att utveckla detta område till förmån för näringsliv och hälso- och sjukvård som stor. Svensk regering menar vidare att behovet av att utveckla särskilda affärsmodeller för hälso- och sjukvård bör lyftas fram och studeras närmare, som ett led i en ökad nationell och internationell konkurrens.

### Hur kan begreppet Innovation tolkas i förhållande till Hälsosektorn

Innovationer inom hälsosektorn har funnit under lång tid men innovation som begrepp relaterat till hälsosektorn är relativt nytt. Weberg (2009) konstaterar i sin litteraturöversikt gällande begreppet innovation att tvärvetenskaplig samverkan inom akademien karaktäriserar området och att ingen renodlad disciplin behärskar alla aspekter av begreppet innovation. Avgränsningen består av perspektiv på begreppet innovation från ekonomi, business och hälsosektorn. Innovation som begrepp definieras i denna rapport ur ett bredare perspektiv utifrån Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD menar att en innovation kan vara:

<b>Produkt</b>	Ny eller förbättrad vara eller tjänst som blir ny genom nya kombinationer och utveckling
<b>Process</b>	Ny eller avsevärt förbättrad produktions- eller leveransmetod
<b>Organisation</b>	Ny organisationsmetod på en arbetsplats eller i samband med externa relationer.
<b>Marknad</b>	Ny marknadsföringsmetod med avsevärt förbättrad produktdesign, förpackning, annonsering eller prissättning

**Figur 2:** Definition av begreppet innovation utifrån OECD. Oslo Manual. 2005

Weberg (2009) menar att innovation som begrepp definieras i vårdkontext som något som är nytt, eller upplevs nytt av människor och som också har potential att driva en förändring som kan resultera i att vården omstruktureras så att ekonomiska och / eller sociala nyttogörande effekter, kvalitet och värden höjs. Weberg menar även att befintlig forskning kring definition av begreppet innovation är alltför vid. Tidigare forskning gällande innovationer i hälsosektorn behandlar ofta diffusion och/eller spridning av innovationer, men det saknas forskning som behandlar innovationsbegreppet som sådant

relaterat till hälsosektorn. Det saknas även studier som belyser vad som krävs för att identifiera möjliga innovationer i hälsosektorn. Weberg efterlyser mer forskning gällande beskrivning av bakomliggande drivkraft i innovationsprocesser inom hälsosektorn samt resultaten av desamma. Schumpeter (ref) beskriver ur ett ekonomi- och affärsskapande perspektiv innovation som drivkraften till förändringar inom organisationer. Ur ekonomi- och businessperspektiv så har innovationer påverkan på hälsosektorns ekonomi- och affärsskapande aktiviteter och strategiska riktlinjer för verksamheter inom hälsosektorn. Weberg (2009) menar att det är viktigt att lyfta fram att innovation är knutet till en process, tid, kontext, historia, marknadsföring och applikation. Innovation kommer oftast från hårt arbete i kombination med rätt förutsättningar och Alänge (1998) poängterar även att studier har visat att ibland har till och med själva processen varit mer ekonomiskt viktig än själva innovationen initialt. Weberg (2009) och Alänge (1998) menar vidare att det är svårt att studera innovationsprocesser eftersom de oftast inte är linjära utan ganska spretiga processer i praktiken.

I Norge används ofta begreppen forskningsdriven och behovsdriven innovation men är inte lika vanligt förekommande i Västra Götaland:

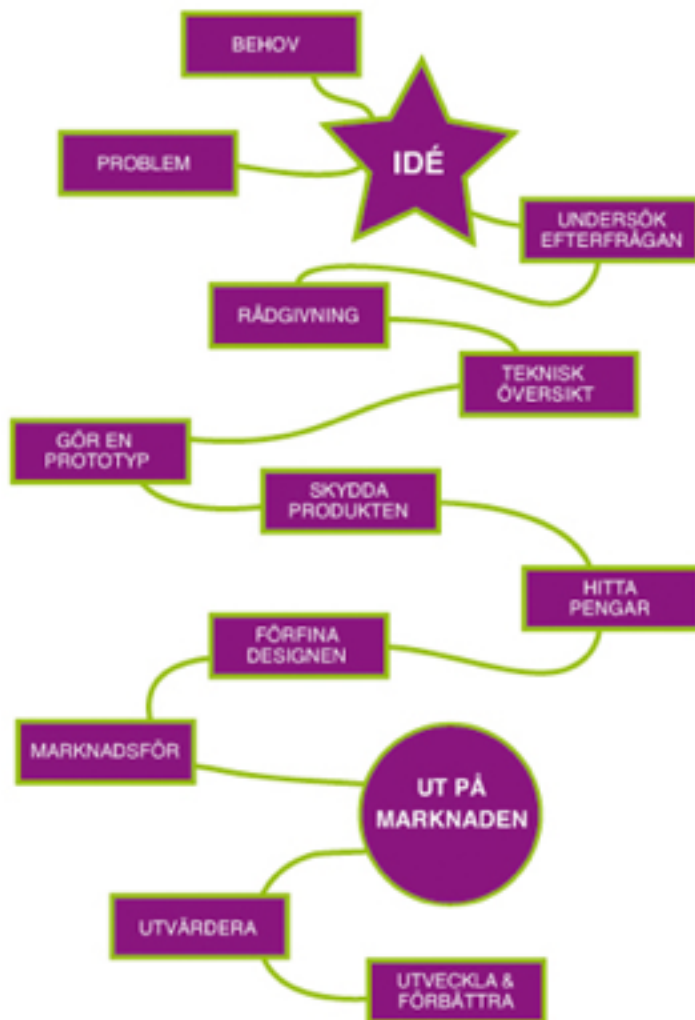
*Den forskningsdrivna innovationen är pådrivare för en teknologisk utveckling, som under de senaste åren har tagit fart och som under de kommande åren kommer att ta ytterligare fart inom hälso- och sjukvård med hänsyn till utveckling av nya behandlingsformer och läkemedel samt medicinsk- tekniska lösningar (ECON. 2006).*

*Behovsdriven Innovation utgår från ett identifierat konkret behov från klinisk verksamhet där lösningen kan bli en ny tjänst, produkt eller arbetsmodell. Processen för att identifiera behov och konkretisera lösningar sker genom arbete utifrån en specifik modell (Helsedirektoratet, SINTEF och InnoMed. 2010).*

## **Innovationsprocessens steg**

Innovationsprocessen avser alla händelser och steg som inträffar från en relativt tydlig produkt-, tjänste- eller processidé fram till en innovation med marknadsintroduktion och tillämpning. I praktiken är denna process mycket sällan linjär utan genomsyras av en mängd överlappande och svårförutsägbara delprocesser. Kunskapsuppbyggnad utgör naturligtvis en viktig delprocess, men andra exempel på betydelsefulla delprocesser är utveckling, finansiering och påverkan på efterfrågesidan. I stället kan man likna innovationsprocessen vid en spiral som ömsom vidgas och ömsom smalnar av efter inhämtad information och därpå följande beslut (se Figur 2). Tidigare beskrevs innovationsprocessen som en linjär process med start i vetenskapliga upptäckter som sedan tillämpas i nya produkter, tjänster eller processer. Moderna innovationsstudier bygger istället på det grundläggande antagandet om innovationsprocessen som interaktiv. De flesta innovationer uppstår genom lärandeprocesser där en mängd olika aktörer,

individer såväl som organisationer, är involverade på olika sätt. Avgörande genombrott sker inte nödvändigtvis vid forskningsinstitutioner eller i företags utvecklingsavdelningar; de kan lika gärna uppkomma i produktions- eller brukarledet. Forskning och forskningskompetens är dock en viktig del och spelar oftast en avgörande roll för att lösa problem i innovationsprocesser som kräver hög kunskapsnivå ([www.tillvaxtverket.se](http://www.tillvaxtverket.se), [sv.wikipedia.org/wiki/Innovation](http://sv.wikipedia.org/wiki/Innovation)).



**Figur 3:** Innovationsprocessen som kännetecknas av interaktion mellan flera olika aktörer

## Begreppet Innovationssystem

Det saknas en enhetlig definition av begreppet innovationssystem oavsett område. Trots att det har genomförts kartläggningar av innovationssystemet för Life Science saknas även i dessa resultat definition av begreppet innovationssystem ([www.inno-group.com](http://www.inno-group.com), 2011, Carlsson, I och Norrman, B. 2011). När det gäller begreppet innovationssystem relaterat till

hälsosektorn, och i synnerhet basvården i universitetssjukhus organisationerna, är kunskapsluckorna omfattande. Det saknas även här definition av begreppet innovationssystem och de resultat som finns att tillgå är kartläggningar av innovationssystemet med fokus enbart på Life Science området, dess aktörer och styrkeområden. Det saknas kartläggningar av innovationssystemet i Västra Götalandsregionen och Oslo Regionen med fokus på basvården inom universitetssjukhus organisationen.

Generellt beskrivet utmärks ett innovationssystem av teknologi- och informationsflöde samt interaktion mellan människor inom industri, akademi och myndigheter samt institutioner. Vanlig kategorisering av begreppet innovationssystem är att relatera det till nationell-, regional- och lokal nivå. Porter (1990) definierar innovationssystem som kluster som består av samlokaliserade och länkade industrier, myndigheter, akademi, finans och institutioner som alla samarbetar inom systemet utifrån en gemensam strategi eller riktlinjer. Alänge (1998) menar att det dessutom är nödvändigt för ett innovationssystem att vara länkat till internationella kanaler och relationer för att kunna utvecklas och fortleva. I denna rapport har Porters definition använts.

### **Olika styrmodeller för hälso- och sjukvården**

Styrmodellerna för hälso- och sjukvården skiljer sig åt mellan Göteborg- och Osloregionen. Västra Götalandsregionen tillämpar beställar- och utförarmodellen och är både huvudman för hälso- och sjukvården och ansvarar för tillväxten i regionen. I Osloregionen tillämpas koncernmodellen och sjukhusorganisationerna är indelade i olika hälsoföretag och tillhör Helse Sør-Øst.

### **Hälsosektorn i Västra Götaland**

Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård har tillsammans med kommunerna i regionen ansvar för att Västra Götalands drygt 1,5 miljoner invånare får den hälso- och sjukvård de behöver. Här finns 18 sjukhus med ett omfattande antal specialistmottagningar, 205 vårdcentraler och 170 tandvårdskliniker. Dessutom finns privata vårdmottagningar som har avtal med Västra Götalandsregionen. Hälso- och sjukvården är Västra Götalandsregionens största verksamhet med cirka 48 000 anställda och 90 procent av regionens totala budget. De flesta av regionens anställda arbetar inom utförarförvaltningar som primärvård, handikappförvaltning, tandvård och sjukhus.



**Figur 2:** Västra Götalandsregionen

### *Styrmodell: Beställare-/utförare modellen*

Västra Götalandsregionen använder sig av styrmodellen beställare och utförare. I styrmodellen finns tre huvudsakliga roller: ägare, beställare och utförare.

#### *Ägare*

Ägarna utgörs av regionfullmäktige samt regionstyrelsen och dess utskott (hälso- och sjukvårdsutskottet, ekonomiutskottet och personalutskottet) har ett övergripande ansvar för verksamheten och ekonomin.

#### *Beställare*

Beställare är de tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna. De är befolkningens företrädare och svarar för beställning och uppföljning av hälso- och sjukvård ur ett lokalt medborgarperspektiv.

#### *Utförare*

Utförare är sjukhusen, primärvården, tandvårdsförvaltningen samt handikappförvaltningen. Var och en av dessa förvaltningar har en styrelse som svarar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård inom sina förvaltningar utifrån ägarens uppdrag och överenskommelserna med beställarna. I regionen finns även ett flertal privata vårdgivare som tillhandahåller hälso- och sjukvård oftast efter avtal med regionens beställare.

## Primärvården

Primärvården ansvarar för all hälso- och sjukvård som inte behöver sjukhusens speciella resurser. På vårdcentralerna behandlas de vanligaste sjukdomarna och här finns oftast barnavårdcentral, mödravård och rehabilitering.

## Sjukhusen

På flera av Västra Götalandsregionens 18 sjukhus finns både akutsjukvård och planerad vård inom flera olika specialiteter. För att hålla en hög medicinsk kvalitet och säkerhet har akutsjukvården koncentrerats till vissa sjukhus. Andra sjukhus har specialiserat sig på planerad vård och utvecklat egna profiler.



**Figur 3. Beställar-/utförar modellen:** Beställaruppdragets huvuduppgifter, den övre raden speglar de politiska huvudprocesserna och den undre raden beställartjänstemännens huvudprocesser. Styrningen kompletteras med ytterligare moment t ex ersättningsformer, dialog mellan beställare och utförare som ger kunskapsutbyte och uppföljning.

## Oslo Regionen: Helse Sør-Øst

I Norge är hälsosektorn uppdelad i fyra regioner: Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt och Helse Nord. Dessa fyra regioner tillämpar koncernmodellen och är regionala hälsoföretag som har ansvar för de olika sjukhusen inom respektive region. För varje regionalt hälsoföretag finns en VD administrativ chef och varje sjukhus inom regionen har också en VD.

Helse Sør-Øst är Norges största Hälsoregion med ansvar för hälso- och sjukvård till en befolkning på 2,7 miljoner människor och har cirka 70 000 medarbetare samt en omsättning på omkring 58 miljarder NOK. Helse Sør-Øst är en statlig hälsoföretagsgrupp som består av fylkene: Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder och Vest-Agder. Verksamheten har underliggande dotterbolag. Helse Sør-Øst RHF samarbetar även med privata sjukhus.



**Figur 4:** Regions karta over Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF's regionala oppdrag defineres av Hälso- och omsorgsdepartementet. I oppdraget ingår patientbehandling, utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal, forskning og information og utbildning av patient og anhöriga. Verksamheten omfattar 11 sjukhus, som är underliggende dotterbolag - hälsoföretag, institutioner inom psykiatri med profilering inom missbruk, ambulanstjänst, larmtjänst, patienttransport, rehabilitering og sjukhusapotek. Varje hälsoföretag är en självständig verksamhet med arbetsgivaransvar. Hälsoföretagen ansvarar för en god drift i dialog med de hälsopolitiska mål og økonomiska ramar som ägarna og Stortinget har satt ([www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)).



**Figur 5:** Koncern modellen

## Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset består av flera sjukhus: Sahlgrenska sjukhuset, Östra Sjukhuset, Mölndals sjukhus och Högsbo sjukhus. På Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns kompetensen att utföra de allra mest avancerade behandlingar och ingrepp som dagens medicinska utveckling tillåter. Samtidigt är omtanken och omvårdnaden om patienten främsta fokus. För att kunna garantera kvalitet är ständig utveckling och förbättring ett viktigt mål. Som ett av Sveriges största universitetssjukhus finns närheten till allt det som erbjuds inom utbildning och forskning på Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset fungerar som ett länsjukhus för invånarna i göteborgsområdet. I Västra Götalandsregionen är Sahlgrenska Universitetssjukhuset en motor för hälso- och sjukvårdsutvecklingen. Patienter från hela regionen kommer hit för olika specialistbehandlingar och kunskap förs också ut till regionen.

Inom cirka 25 specialiteter finns spetskompetens och Sahlgrenska Universitetssjukhuset behandlar patienter från hela Sverige. Det gäller bland annat transplantationer, hjärt- och kärlsjukvård, rekonstruktiv kirurgi, barnsjukvård, vaccin, immunologi, reumatologi och kateterburen intervention. Barnhjärtkirurgin på barnsjukhuset, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, har utsetts till rikssjukvård av Socialstyrelsen i Sverige.

### *Uppdrag och vision*

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har tre huvuduppgifter:

- ge länsjukvård till invånarna i främst Storgöteborg
- ge högspecialiserad vård till invånarna i Västra Götaland och i övriga Sverige
- bedriva forskning, utveckling och undervisning

### *Vision*

Sahlgrenska Universitetssjukhuset ska bidra till ett gott liv för invånarna i Västra Götaland – för hälsa och trygghet i vardagen och för ett livskraftigt Västra Götaland. Det är alla verksamheters och alla medarbetares ansvar – oavsett roll, uppgift, uppdrag – att både se till den enskilda individens behov och till regioninvånarnas samlade behov.

Visionen är:

Sahlgrenska Universitetssjukhuset: sjukvård, forskning, utveckling och utbildning med högsta kvalitet.

## Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Vårdplatser: 2 100

Vårdavdelningar öppenvård: 170

Vårdavdelningar slutenvård: 140

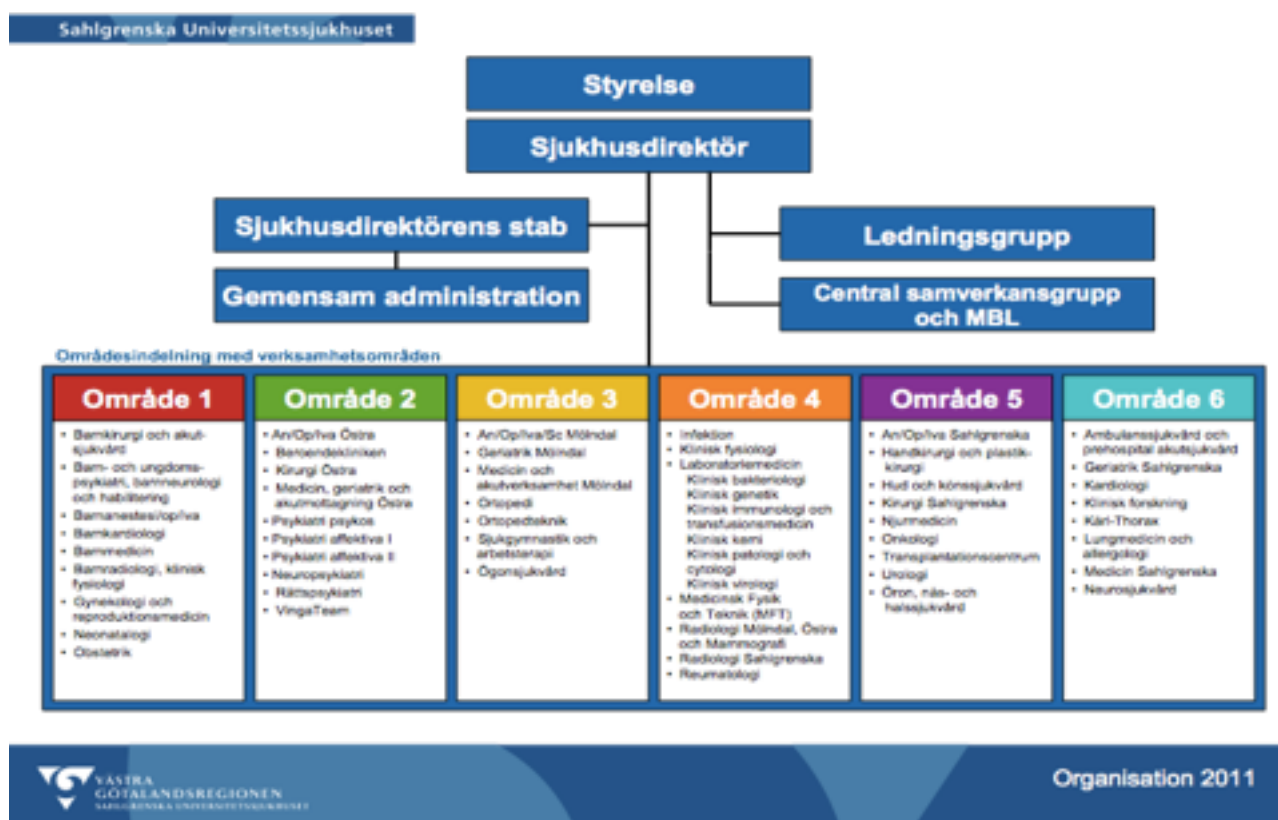
Medarbetare: 16400

Kliniska utbildningsplatser: 1800

Omsättning: 12,3 miljarder kr

Resultat 2010: +34 miljoner kr

([www.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/](http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/))



Figur 4: Organisationskarta över Sahlgrenska Universitetssjukhuset

## **Akershus Universitetssykehus**

Helseforetaket Akershus Universitetssykehus ägs av Helse Sør-Øst RHF grundades 2001 i samband med att ansvaret för den specialiserade hälso- och sjukvården flyttades över från landsting till staten. Helse Sør-Øst RHF fortsätter den nationella visionen som låg bakom när vårdreform bildades 2002: Bra och rättvis sjukvård till alla som behöver när de behöver det, oavsett ålder, bosättning, kön, ekonomi och etnicitet.

### ***Huvuduppgifter och Mål***

Som lokalt och regionalt sjukhus skall det nya Akershus Universitetssjukhuset leverera hälsotjänster till 460.000 personer. Målet är att framstå som ett av de mest patientfokuserade sjukhusen i Europa och kännetecknas av framstående service, kvalitet och gott bemötande i nära samarbete med primärvården. Avancerad teknik skall bidra till att öka patientsäkerheten och frigöra tid för det direkta patientarbetet. Akershus Universitetssjukhus är en central och viktig del av Lørenskog. Det är kommunens största arbetsgivare och ett av landets största sjukhus. Sjukhusets huvuduppgift är patientbehandling, forskning och undervisning. Helseforetaket har specialiteter för somatiskt centralsjukhus och levererar specialist hälsotjänster för psykisk hälsa och missbruk. Det finns över 6 200 anställda på sjukhuset.

### ***Vision***

Patientnära och stark kompetens- och forskningsmiljö

### ***Plats***

Akershus Universitetssjukhus består av sjukhusen Nordbyhagen, Lillestrøm sjukhus, Stensby sjukhus (Eidsvold), Ski sjukhus, avdelningar av psykisk hälsa vid Skytta i Nittedal, Gaustad i Oslo och Bråten och Lurud i Skedsmo, regionala psykiatriska centra, barn-och ungdomspsykiatriska polikliniker och ruspoliklinikker i Jessheim, Lillestrøm, Grorud, Furuset och Ski. Sjukhuset har också, i samarbete med kommunerna, en korttidsenhet på Romsås, en på Nordbyhagen och en lindrande enhet på Skedsmotun.

### ***Fakta och siffror***

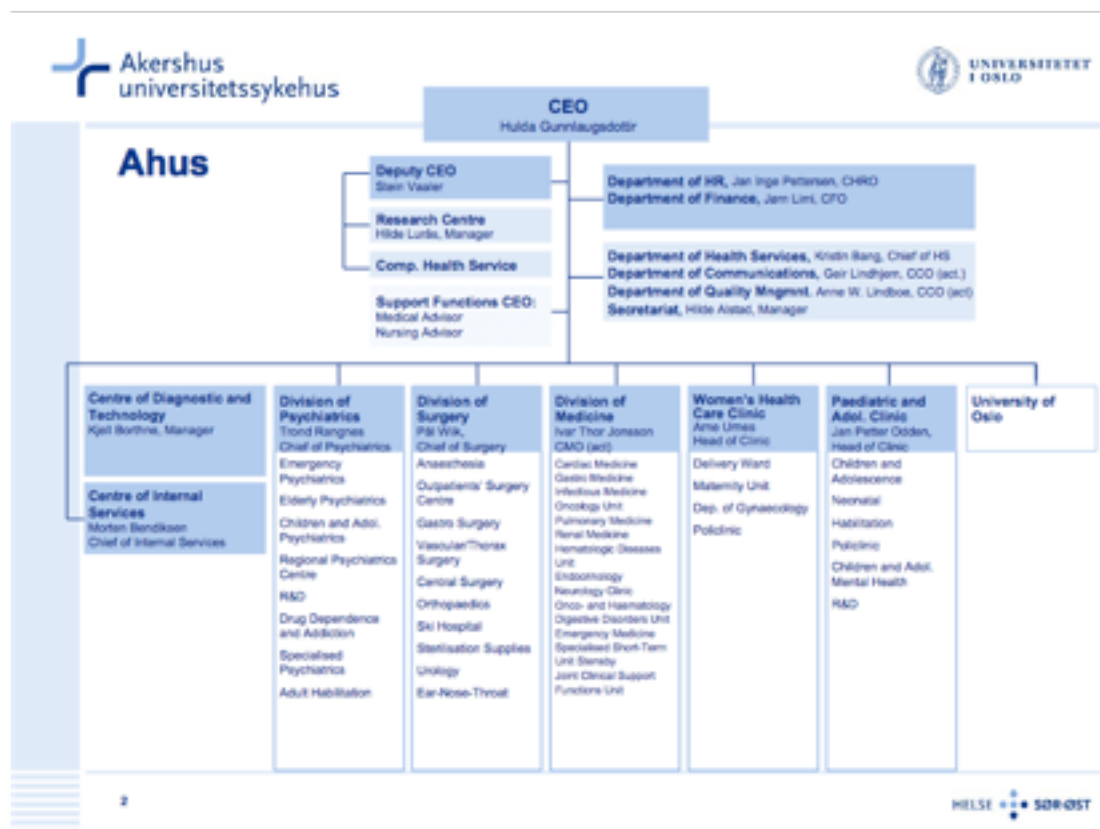
Upptagsområde:

13 kommuner i Romerike. Nannestad, Hurdal, Eidsvoll, Ullensaker, Gjerdrum, Nes, Rælingen, Nittedal, Skedsmo, Lørenskog, Fet, Sorum och Aurskog -Høland. 7 kommuner i Follo: Vestby, Nesodden, Ås, Enebakk, Ski, Oppegård, Frogn och tre stadsdelar i Oslo: Stovner, Grorud, Alna samt Rømskog kommun i Østfold.

Patientunderlag	460 000
Anställda	6 200
Somatisk inlagda patienter (2009)	69 750
Somatisk polikliniska konsultationer (2009)	164 122

Vuxenpsykiatrisk patientvård dygn- och dag (2009)	79 724
Vuxenpsykiatriska polikliniska konsultationer (2009)	68 298
Barn-och ungdomspsykiatriska behandlingar öppenvård (2009)	42 660
Barn-och ungdomspsykiatriska dygns behandling (2009)	5 659
Missbruk - polikliniska konsultationer (2009)	15 908
Drogmissbruk - behandlingsdygn (2009)	8 466
Barn födda (2009)	4 680
Budget (2011)	ca. 6.4 miljarder NOK

([www.ahus.no/](http://www.ahus.no/))



Figur 5: Organsjonskarta över Akershus Universitetssykehus

# Studiens design

## *Urval och Avgränsning*

Urvalet har styrts utifrån MedCoast Scandinavias intresseområde och fokuserar därför på Göteborg- Oslo Regionen. Göteborg ingår i Västra Götalandsregionen och Oslo ingår i Helse Sør-Øst. Avgränsning inom innovationsområdet är fokus på Universitetssjukhus organisationerna, Akershus Universitetssykehus i Akershus Fylke och Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, som består av Sahlgrenska sjukhuset, Mölndals sjukhus och Östra Sjukhuset. Urvalsgruppen representeras av Sjukhusdirektör, områdeschefer, VD, divisionschefer och avdelningschefer.

## *Kvalitativa Intervjuer*

Kvalitativa intervjuer utmärks av relativt öppna frågor där intervjun liknar ett samtal. Syftet med kvalitativa intervjuer är att studera hur de intervjuade upplever ett fenomen genom att låta de intervjuade själva få beskriva så mycket som möjligt om fenomenet (Kvale. 1996, Malterud. 2006). Alla informanter informerades om vilken definition av begreppet innovation som ingick i studien och definitionen var utifrån OECD (2005). Informanterna intervjuades utifrån en semistrukturerad intervjuguide men genom en öppen intervjuform utvecklades fler frågor och utvecklingar skedde under samtalets gång. Informanterna fick även skriftlig information och informerades om att intervjumaterialet skulle behandlas med sekretess och aidentifieras vid transkribering. Informanterna erbjöds även att ta del av slutresultatet (Kvale. 1996, Malterud. 2006). Intervjuerna spelades in med digitaldiktafon och varje intervju pågick i snitt mellan 60-90 minuter. 16 intervjuer har genomförts, 8 stycken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och 8 stycken vid Akershus Universitetssykehus. Av de 16 intervjuade var 4 kvinnor och 12 män (figur 6).

	<i>n</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>
<i>Sahlgrenska Universitetssjukhus</i>	8	6	2
<i>Akershus Universitetssykehus</i>	8	6	2

**Figur 6:** *Fördelning av 16 intervjuer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akershus Universitetssykehus*

## *Frågeställningar*

- Hur tänker du kring begreppet innovation?
- Arbetar ni med idéutveckling inom din verksamhet?
- Anser du att medarbetarnas idéer tas tillvara?
- Motiverar du medarbetare att tänka nytt?
- Anser du att nya och fler idéer är viktiga för verksamheten?
- Hur kan ledarskapet på olika nivåer stödja utveckling av fler idéer?
- Finns det hinder i verksamheten eller organisationen avseende nya idéer?
- Har du själv drivit/ varit verksam i ett innovationsprojekt?
- Vart kan du vända dig med nya idéer?
- Behöver hälsosektorn fler innovationer?
- Känner du till något om riktlinjer som kan vara relevanta för idé- och innovationsutveckling?
- I Europa och Skandinavium satsas det på innovation och entreprenörskap relaterat till hälsosektorn, varför tror du att dessa satsningar görs?
- Känner du till om man inom regionen strategiskt arbetar med idé- och innovationsutveckling för hälsosektorn?
- Har du erfarenhet från att vara egen företagare?
- Hur vill du beskriva dig själv när det gäller att ta tillvara på nya idéer?

## *Bearbetning och analys*

De inspelade intervjuerna transkriberades till textformat och innehållsanalys tillämpades. Rekommenderade antal intervjuer i kvalitativa studier är 8-10 stycken, i denna studie har 16 intervjuer genomförts vilket innebär ett oerhört omfattande textmaterial. Valet av 16 kvalitativa intervjuer motiverades med att innovationområdet var nytt för hälso- och sjukvården och att det därför fanns ett värde av att kunna beskriva attityder och kultur där alla Universitetssjukhus organisationernas högre chefer kom till tals och därmed kunde antas ge en översikt över hur området upplevdes av cheferna i Universitetssjukhus Organisationerna . Innehållsanalys kan göras med olika abstraktionsnivåer och stegen i analysprocessen utgörs av följande:

- Hela texten (analysenheten) läses igenom upprepade gånger för att man ska få en känsla för helheten.
- Meningar eller fraser som innehåller information som är relevant för frågeställningarna plockas ut. Omgivande text måste tas med så sammanhanget kvarstår. Dessa meningar eller fraser kallas meningsbärande enheter.
- De meningsbärande enheterna kondenseras i syfte att korta ned texten men ändå behålla hela innehållet.
- De kondenserade meningsenheterna kodas och grupperas i kategorier som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna. Dessa kategorier utgör det manifesta innehållet.

- Slutligen kan man formulera teman, där det latent innehåll i intervjuerna framgår.

(Graneheim & Lundman. 2004)

Resultatet av analysprocessen består i denna studie av kategorier och dessa utgör rubrikerna i resultatdelen.

*Tidsperiod:* datainsamling och intervjuer genomfördes under perioden april-oktober 2010.

## Resultat

De intervjuade informanterna bestod av sjukhusdirektör, vice VD, forsknings- och utvecklingsdirektör, områdeschefer och divisionschefer men i resultatet nedan benämns samtliga informanter som chef/ chefer. Dessa benämningar används för att bibehålla informanternas rätt till anonymitet.

### Chefernas reflektioner kring begreppet Innovation

Samtliga intervjuade fick begreppet innovation definierat för sig utifrån OCED. Begreppet innovation var generellt nytt för yrkesprofessioner inom sjukhusorganisationerna men de chefer som hade erfarenhet av forskning och hade en stark forskningsprofilering inom sitt område var välbekanta med begreppsapparaten. Av 16 intervjuade hade fem stycken erfarenheter av innovationsprocessen och fyra stycken arbetade strategiskt med idé- och innovationsutveckling, på såväl lokal som regional nivå (Intervju: 4, 8, 9, 12 och 13) . Åtta av de intervjuade ansåg att detta område var så nytt och okänt att de inte hade reflekterat över frågeställningar knutna till idé- och innovationsutveckling tidigare och associerade främst till tekniska produkter (Intervju: 2, 3, 5, 6, 7, 10, 14 och 16). Samtliga av de intervjuade hade inte reflekterat över innovationsprocesser i basvården utan uppfattade att förändrings- och utvecklingsarbete kunde vara innovationer och ytterligare tre stycken upplevde att innovationsprocessen var knuten endast till stark forskningsmiljö. I Norge används ofta begreppen forskningsdriven och behovsdriven innovation men är inte lika vanligt förekommande i Västra Götaland.

*"...Det är egentligen inte ett ord som vi använder i vardagen, om man tänker nytänk och nystart så har det kanske varit ... men jag tänker att det egentligen är styrmedel för att effektivisera vården... men det är ingen diskussion på klinikerna..."*

(Intervju 2)

*"...Jag tänker mycket på produkter och nya processer för att organisera nya arbetet. Det kan till exempel vara behandlingslinjen från patienten blir inlagd tills patienten blir utskriven..."*

(Intervju 5)

*"...det behöver inte vara nånting i min värld som är fysiskt, utan det kan vara virtuell också, det kan vara en idé, det kan vara en process och innovation kan också vara kopplat till ett sätt att styra och leda. Sen naturligtvis är det stark koppling till forskningsdelen, där finns ju mycket innovationsdel i forskning som akademien då oftast står för. Men för mig är det också det vardagliga, man träffar på ett problem som man behöver förändra någonting omkring, ett lyft eller vad som helst så ger ju det en ny idé..."*

(Intervju 12)

## **Innovationsklimatet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akershus Universitetssykehus**

### *Vad är nytt under solen - finns det nya idéer*

Samtliga informanter var eniga om att nya idéer utgör universitetssjukhusets drivkraft och motor och att utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård var i behov av fler nya idéer för att kunna rustas för den förändrade demografiska bilden. En chef uttryckte att universitetssjukhus organisationen skulle kunna komma att stagnera utan snabbare utveckling av nya idéer (Intervju: 4).

Resultatet visade en tydlig skillnad mellan idéer som utvecklas från en stark forskningsmiljö jämfört med idéer från basvården. De chefer som hade erfarenhet från en stark forskningsmiljö ansåg att det fanns stöd för nya idéer och dessa idéer kunde handla om läkemedelutveckling, medicinsk teknisk utveckling eller nya produkter (Intervju: 4, 9, 13 och 15). De områden inom universitetssjukhus organisationerna som hade starka forskningsmiljöer var rutinerade i att arbeta med forskningsdrivna innovationer utifrån triple helix modellen. Cheferna menade att samtliga stödstrukturer i innovationsprocessen fanns med från projektets början och att universitet oftast drev projekten och tillhandahöll vägledning i form av juridiska råd, patentansökningar och koordinerade partners inom projektet (Intervju: 4, 9, 10 och 13). Ytterligare en markant skillnad mellan Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akershus Universitetssykehus var att det fanns en väletablerad kultur och tradition vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset gällande forskningsdrivna innovationer:

*”...vi fokuserar väldigt mycket på forskningsfronten, därför att det ligger i den här organisationens natur. Internationell konkurrens och att visa framfötterna, spetsen kallar man det för...jag tycker väl att vi fokuserar alldeles för lite på bredden och vi fokuserar väldigt mycket på spetsen...”*

(Intervju: 10)

Flera chefer vid Akershus Universitetssykehus menade att detta förhållande hade sitt ursprung i att Akershus Universitetssykehus är ett nytt universitetssjukhus och var tidigare mer produktionsinriktat (Intervju: 1, 3 och 8). Ytterligare skillnader var att i den forskningsdrivna innovationsmiljön vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset hade majoriteten av cheferna inte reflekterat nämnvärt över att idéer som skulle kunna komma från basvården kunde utvecklas till innovationer (Intervju: 9, 10, 13, 14 och 16) och en chef var tveksam till om det verkligen fanns nya idéer som var värda att tas om hand från basvården (Intervju: 10). Utveckling av idéer från basvården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset sågs ur ett verksamhetsutvecklingsperspektiv med fokus på förbättringar av logistik, patientsäkerhet och ledtider. Samtliga cheferna vid Akershus Universitetssykehus funderade över utveckling av idéer från basvården i sitt dagliga arbete men dock oftast ur ett verksamhetsutvecklings- eller teknologiskt perspektiv (Intervju: 3, 5, 6 och 7).

Gemensamt för samtliga chefer var att deras vision var att alla medarbetare i universitetssjukhus organisationen skulle se det som sitt ansvar och uppdrag att bidra med förbättringar genom att delge erfarenheter, funderingar och förslag till förbättring inom den verksamhet som de var verksamma inom. De menade vidare att det var viktigt att medarbetare kände att någon lyssnade på deras idéer och att det var chefernas ansvar att utveckla en positiv miljö för nya idéer där medarbetare kunde känna att de vågade lämna idéer och blev stimulerade.

Cheferna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset var inte nära verksamheten och dess medarbetare och hade därför begränsade möjligheter att röra sig mellan nivåerna i linjeorganisationen, detta medförde även att de inte ansåg sig ha någon uppfattning om nya idéer från basvården fanns. De framhöll vikten av kompetenta och drivande chefer på samtliga nivåer och menade att verksamhetschefer och verksamhetsutvecklare var de i linjen som stod närmast verksamheten och dess medarbetare och att det därför var viktigt att dessa chefer var positivt inställda och trodde på nya idéer (Intervju: 10, 11, 13, 14 och 15). De intervjuade cheferna hade främst erfarenhet av idéer från medarbetare i stark forskningsmiljö som oftast representerades av läkarprofessionen.

Förhållandet vid Akershus Universitetssjukhus var annorlunda jämfört med Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Cheferna vid Akershus Universitetssjukhus fanns i verksamhetsmiljön och rörde sig mellan samtliga nivåer inom organisationen och flera chefer arbetade aktivt med olika problemlösningssmodeller tillsammans chefer på andra nivåer inom divisionen (Intervju: 2, 4 och 8). Dessa chefer arbetade proaktivt och uppsökande och menade att nya idéer ofta uppstod i dialog med andra yrkesprofessioner:

*"...oftast får man de bästa idéerna från de längst ner..."*  
(Intervju: 3)

### ***Kultur och tradition***

Flera av cheferna framhöll vikten av en öppen och positiv miljö för nya idéer med delaktiga medarbetare. Även vid Akershus Universitetssjukhus var läkarprofessionen dominerande gällande nya idéer men vid studiens genomförande fanns även en sjuksköterskedivision representerad och denna division arbetade också aktivt och uppsökande för att främja nya idéer. Sjuksköterskedivisionen hade flera exempel på behovsdrivna innovationer där behov identifierats i verksamheten (Intervju: 2, 3, 7 och 8).

Universitetssjukhus organisationens kultur beskrevs av samtliga chefer som komplex dels bestod den av flera olika kulturer som representeras av olika yrkesprofessioner och inom dessa kulturer fanns även subkulturer. Subkulturerna representerades av de olika specialiteter som finns inom varje yrkesprofession och vissa av dessa kunde vara isolerade. En chef framhöll även att det var kulturella skillnader mellan medicin och kirurgi:

*"...medicinare grubblar mer och är ofta väldigt kritiska till sina egna idéer innan de lämnar från sig sina idéer för de är måna om att idéerna skall vara väldigt bra. Så är det inte hos oss, där delar folk med sig av sina idéer väldigt tidigt och snabbt...vi har många individualister, ja, primadonnor med stort självförtroende och de är övertygade om att de kan bidra, de tror på sin idé och att de kan förändra världen om bara folk lyssnar..."*

(Intervju: 3)

Flera chefer ansåg att det i chefskapet var en svår balansgång att hantera intelligenta, kreativa medarbetare som ofta var individualister och som kunde ha svårt att acceptera chefskap och auktoritet. De menade att respekten för specifik kompetens och evidens ofta kunde leda till att medarbetare fick lov att göra på sitt eget sätt och ställdes mot ovillighet att upprätta en bra omvärldsbevakning inom det egna området (Intervju: 3, 5, 8, 10, 11, 12 och 15). Flera chefer uttryckte att det i universitetssjukhus kulturen fanns en förmäntenhet i uppfattningen om att alltid klara allting på egen hand och att det var gemensamt för samtliga yrkesprofessioner (Intervju: 3, 5, 6, 8, 11, 12 och 15). Flera chefer uttryckte även att det inte fanns någon tradition knutet till idé- och innovationsutveckling ur ett tillväxtperspektiv (Intervju: 9, 10, 15 och 16). En chef ansåg att universitetssjukhus organisationens kultur och tradition tog sin början redan under utbildningstiden och sedan förstärktes av hälso- och sjukvårdens styrmodell för offentlig vård:

*"...Vi har inte lärts upp att tänka i dessa banor...så vi måste ju börja tänka helt annorlunda, vi måste tänka på att vi har möjligheter i vardagen. Vi tror egentligen att vi får hålla oss till det vi får och sen göra det bästa av det, det är så vi tror världen skall vara..."*

(Intervju: 6)

Flertalet chefer ansåg att det fanns en tung hierarkisk ordning inom universitetssjukhusorganisationen som medförde att det inte vilken yrkesprofession som helst kunde komma upp med nya idéer och att denna konservativa hierarki även hindrade nya idéer från att få genomslagskraft (Intervju: 3, 5, 6, 8, 10, 11, 12 och 15). En chef vid Akershus Universitetssjukhus menade att läkarprofessionen traditionellt haft tolkningsfördetråde inom forskning och därmed också i den hierarkiska ordningen inom organisationen men att hierarki fanns inom läkarprofessionens subkulturer. Trots att det satsats inom området på forskning för fler yrkesprofessioner så hade detta inte resulterat i framgångsrika projekt. Chefen menade att det kunde bero på att det tidigare inte funnits forskningstradition för dessa yrkesprofessioner (Intervju: 8). Flera chefer ansåg att universitetssjukhus organisationens kultur var paradoxal: sökande efter ny kunskap i forskningsfronten men samtidigt konservativ inför förändringar inom organisationen (Intervju: 1, 8, 10 och 11). En chef menade att äldre ledare var konservativa och kunde uppvisa ett förakt mot akademisk forskning men trodde att det kunde bero på rädsla inför det nya i kombination med svårighet att upprätta en omvärldsbevakning (Intervju: 8).

## ***Omvärldsbevakning och Kunskapsspridning***

Alla intervjuade i Göteborg- och Osloregionen var eniga i att det inte fanns någon vana inom organisationen att systematiskt söka och uppdatera kunskap. Ett verksamhetsområde vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset utmärkte sig dock genom att arbeta utifrån en strategisk kommunikationsplan. Chefen för området använde en styrmodell som syftade till att såväl inspirera som styra medarbetare att söka kunskap. Styrverktyg som användes var att man mätte antalet disputationer kontinuerligt, erbjöd återkommande FoU dagar till medarbetare för att inspirera till forskning, tillhandahöll vetenskapliga tidskrifter och visade områdets vetenskapliga resultat i form av antalet publicerade artiklar per år, nya forskningsresultat och vårdresultat:

*"...Detta är verktyg för att påverka kulturen. Viktigt att låta alla se resultaten från forskning och verksamhet. En viss sporre att vi skall vara bäst. Inte bara inspirera utan mäta för att kunna styra rätt..."*

(Intervju: 9)

Denna chef använde sig även av processgenomgångar med medarbetare när ny kunskap visade sig på fältet.

Samtliga intervjuade chefer menade att all personal först borde utgå från en omvärldsbevakning inom det egna området för att erhålla en översikt över vad som gjorts inom området. Flera chefer menade att en bra omvärldsbevakning skulle kunna bidra till att verksamhetsområden snabbare kunde följa utvecklingstrender men även fungera för den enskilde i utveckling av nya idéer:

*"...Sen tror jag att omvärldsbevakning, tillhör inte en utav våra grundinställningar när man börjar med någonting. Utan man tror att man alltid utgått från det sättet som man själv arbetar är det rätta. Och istället så borde man ju göra precis tvärtom, att någon måste ha gjort detta innan..."*

(Intervju: 12)

Samtliga chefer ansåg att negativa attityder och förändringsrädsla låg till grund för ovana att inte upprätthålla omvärldsbevakning. Förändringsrädslan menade flera chefer var förknippad med att man var van vid att vara expert inom sitt eget område och genom erfarenhet fått egen evidens för vilka behandlingsmetoder som fungerade bättre än andra och att detta förhållningssätt bidrog till att man ansåg sig arbeta med rätt metoder som man även i parktiken prövat ut under flera år. Samtliga chefer ansåg att oförmågan till systematisk omvärldsbevakning resulterade i att saker gjordes om och om igen eftersom intresset av att lära från andra var så lågt. Akershus Universitetssykehus organisation hade nyligen genomfört flera omorganisationer och fått sämre ekonomi och detta menade fyra chefer (Intervju: 1, 2, 3, 8) ytterligare försvårade omvärldsbevakning och kunskapsspridning då ett flertal medarbetare var omotiverade, uttröttade och nedstämda. I samband med omorganisationerna vid Akershus Universitetssykehus sammanfördes

även olika kulturer och två chefer menade att de tydligt upplevde kulturkrockar som troligtvis bidrog till svårigheter med information- och erfarenhetsutbyte samt spridning (Intervju 3, 8).

En chef uttryckte att en systematisk omvärldsbevakning var så viktigt att man i linjeorganisationen, från verksamhetsnivån, borde inrätta avdelade ansvarsområden som bevakades för att bli bättre och snabbare på att urskilja trender samt följa utvecklingen snabbare (Intervju: 11).

När det gällde kunskapsspridning var det tydligt att verksamhetsområden med stark forskningsprofil redan hade etablerade kanaler för information- och kunskapsspridning till andra sjukhus, både nationellt och internationellt men däremot fungerade inte kunskapsspridningen så väl inom den egna sjukhusorganisationen. De forskningsprofilerade verksamheternas kommunikationskanaler kunde bestå av: Advisory board, nationella- och internationella nätverk, forskarkonferenser och interna arbetsmöten.

Verksamhetsområden med basvård (cirka 95 % av sjukhusorganisationen) saknade såväl etablerade kommunikationskanaler som verktyg för information- och kunskapsspridning. Flertalet chefer menade att detta förhållande var problematiskt och svårlöst. Ett par chefer ansåg att problematiken bottnade i att sjukhusorganisationen var så stor och att information då behövde färdas genom flera nivåer för att nå ut till alla medarbetare (Intervju: 4, 10, 13, 16). Detta förhållande, i kombination med att det saknades systematiska verktyg för information- och kunskapsspridning, resulterade i att informationsflödet ofta var långsamt och stannade av. Två chefer ansåg däremot att storleken på organisationen inte hade någon egentlig betydelse utan att problematiken bottnade i att chefer på samtliga nivåer i linjeorganisationen var ovana att arbeta proaktivt (Intervju: 1, 4, 15). Samtliga chefer var eniga i problematiken med information- och kunskapsspridning var alla chefers ansvar på samtliga nivåer i linjeorganisationen.

## **Behovsbild av stöd för att främja idé- och innovationsutveckling**

### ***Ledarskapet***

Alla chefer var överens om att ledarskapet vid linjeorganisationens samtliga nivåer var avgörande för utveckling av nya idéer i verksamheten och för att alla medarbetare skulle kunna bli delaktiga och motiverade. Cheferna betonade vikten av ett tydligt och konkret ledarskap samt positivt och uppmuntrande förhållningssätt till nya idéer för att möjliggöra en utveckling av strukturer för att stimulera till nya idéer. Trots detta var det endast två chefer vid Akershus Universitetssykehus som uppgav att de hade ledarskapsutbildning (Intervju: 2, 8). En av dessa chefer hade utvecklat ett ledarskapsprogram för sina medarbetare:

*"...man kan inte vara tydlig nog, jag har utvecklat ett avtal med mina medarbetare där det är tydligt vad de förväntar sig av mig som chef och vad jag förväntar mig av dem som arbetstagare. När jag startade med detta hade mina medarbetare inga förväntningar på mig men det har de nu!..."*

(Intervju: 8)

Flera chefer uttryckte att det var problematiskt att cheferna på samtliga nivåer i linjeorganisationen inte hade någon ledarskapsutbildning och efterfrågade även utbildning för idé och innovationsutveckling samt information om vilken typ av resurser och stöd som fanns i regionerna. De betonade vikten av att samtliga chefer i linjeorganisationen bör vara delaktiga i satsning på idé- och innovationsutveckling för att föra utvecklingsprocessen framåt och motivera övriga medarbetare (Intervju: 1, 2, 3, 5, 6, 8, 12 och 13). En chef exemplifierade med sin egen chefsroll:

*"...cheferna på samtliga nivåer hade blivit kallade till möte om stimulering av nya idéer vid flera tillfällen men nästan inga kom. När jag i min chefsroll personligen gick ut och betonade hur viktigt detta var då kom de allihop..."*

(Intervju: 12)

Flera chefer ansåg att bristen på ledarskapsutbildning kunde bidra till passiva chefer som hellre ägnade tid åt egen forskning. Passiva chefer resulterade i passiva medarbetare (Intervju: 8, 11 och 12). Det fanns generellt en svårighet att implementera ny kunskap i organisationen enligt flera chefer, trots delaktighet och konsensus. Samtliga chefer ansåg dock att medarbetare hade förtroende för dem men ett par chefer på Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansåg att de var placerade för långt bort från verksamheten och ansåg att de inte hade någon egentlig uppfattning samt att inte var så vanligt att medarbetare lämnade funderingar eller idéer till dem (Intervju: 12, 14 och 15). Samtliga chefer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset var överens om att även om idéer skulle lämnas av medarbetare så var de osäkra på hur och vart de skulle hänvisa de idéer som de bedömde som intressanta.

Cheferna vid Akershus Universitetssjukhus upplevde att de hade god kommunikation med sina medarbetare och flera chefer ansåg att de motiverade sina medarbetare till att tänka nytt samt delge funderingar och reflektioner, oftast genom att vara lyhörda och be medarbetarna om förslag till de problem som identifierats i verksamheten (Intervju: 2, 3, 7 och 8):

*"...vara öppen och säga att kom till mig om du har nya idéer. Och så kan du säga att den idéen förkastar jag men den går vi vidare med, i dialog med din medarbetare...Du måste känna organisationen, du måste gå runt..."*

(Intervju: 3)

Även ett flertal chefer vid Akershus Universitetssjukhus var osäkra på vart de skulle hänvisa de idéer som de bedömde som intressanta och efterfrågade själva därför tydlighet och konkretisering centralt (Intervju: 1, 2, 3, 5 och 6). Två chefer vid Akershus

Universitetssykehus upplevde att det fanns flera omotiverade medarbetare och trodde att bidragande orsaker var flertalet omorganisationer och resurs brister som visade sig i ökad stress och minskad tid (Intervju: 2 och 5).

### *Chefernas ledaregenskaper och erfarenheter av innovation och entreprenörskap*

Samtliga chefer ansåg sig positivt öppna för nya idéer och intresserade av innovation och betonade att de inom ramarna för chefsuppdraget kunde bidra med att utveckla ramarna för idé- och innovationsutveckling inom universitetssjukhus organisationen. Flera chefer menade att det var viktigt att uppmuntra kreativitet hos medarbetare men de såg sig själva inte som innovatörer utan mer praktiskt lagda och kritiskt tänkande och menade att det var nödvändiga egenskaper i chefskapet för att kunna skapa grundläggande förutsättningar för stimulering av idé- och innovationsutveckling för deras medarbetare. Ekonomi var centralt för flera chefer som hävdade att om det var ordning på ekonomin kunde fler satsningar göras på kreativitet och idéutveckling (Intervju: 2, 3, 8, 12, 16).

Fyra chefer från Sahlgrenska Universitetssjukhuset och en chef från Akershussykehus hade deltagit i innovationsprocesser, tre genom egen forskning innan de blev chefer och två hade inom ramarna för sitt chefskap stöttat medarbetare i en del av innovationsprocessen när det gällde att söka patent (Intervju: 4, 9, 13, 14 och 15). Sex av de 16 intervjuade cheferna beskrev att de arbetade utifrån en vision och upplevde att de hade en målbild som gav dem inspiration i chefsrollen. Dessa sex ansåg även att de hade lätt för att fånga upp nya idéer för egen del och en chef hade genom åren upplevt att han ofta låg långt före utvecklingen inom hälso- och sjukvården (Intervju: 2, 3, 8, 9, 11 och 15). Två chefer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och två chefer vid Akershus Universitetssykehus hade personliga erfarenheter av entreprenörskap då de uppgav att de tidigare varit företagare och drivit egna företag (Intervju: 4, 8, 12 och 15).

De flesta av cheferna hade inte funderat över satsningen på innovation och entreprenörskap i samhället relaterat till hälso- och sjukvården. Två chefer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset som hade en bakgrund från forskningsdriven innovation upplevde att detta alltid hade funnits (Intervju: 9 och 13). Två andra chefer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset upplevde att den förändrade samhällsutvecklingen med lågkonjunktur bidrog till satsningen på innovation och entreprenörskap för nya tillväxtområden (Intervju: 12 och 15):

*"...Regionen håller på att gå över från att vara en tillverkningsindustri till att bli tjänstesäljande och en innovation- och utvecklings region...Det finns säkert tillväxtområden som inte behöver vara high tech och fräckt, det kan vara stor volym. Det finns länder som inte vet hur man tar hand om en 80-åring...Vi har i alla fall en modell som fungerat hyggligt som är möjlig att exploatera och sälja..."*

(Intervju: 15)

Ytterligare en chef menade att det utvecklats en kommersialiserings trend under de sista åren som även spridits inom universitetsorganisationen och förändrat mentaliteten. Den förändrade mentaliteten utmärkte sig främst i att kunskap som tidigare var självklar att dela med sig av inte längre var lika självklar och att trenden utvecklats mot att det hade blivit viktigare att kommersialisera kunskapen och tjäna pengar på den. (Intervju: 9, 10, 12 och 13). En chef vid Akershus Universitetssykehus trodde att satsning på innovation och entreprenörskap inom organisationen var ett styrmedel för att effektivisera vården samt spara resurser medan två andra chefer ansåg att satsningen berodde på förändringar i samhället och menade att det även berör hälsosektorn som ett av de största områdena i samhället (Intervju: 2, 4 och 8).

### *Stöd och resurser för att kunna ta hand om nya idéer*

Alla chefer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akershus Universitetssykehus var överens om att det inte fanns stödstrukturer inom organisationen som kunde fånga upp nya idéer från basvården. De var även osäkra på vart de skulle hänvisa nya idéer och såg endast forsknings- och utvecklingsdirektören som en central person som kanske skulle kunna hänvisa rätt. Samtliga chefer ansåg att det krävdes en förankring hos samtliga chefer på samtliga nivåer i linjeorganisationen för att kunna utveckla en kultur där nya idéer upplevdes som positivt. En chef vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och en chef vid Akershus Universitetssykehus ansåg att ledarskapsutbildning var betydelsefullt och skulle kunna bidra till en positiv utveckling (Intervju: 8 och 12). Flera chefer efterfrågade även utbildning i idé- och innovationsutveckling som kunde erbjudas chefer, framförallt på verksamhetsnivå, och en konkret och tydlig information om vad det eventuellt fanns för stöd att tillgå för att ta hand om nya idéer inom universitetssjukhus organisationen (Intervju: 2, 3, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15 och 16).

Samtliga chefer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansåg att det inte fanns möjligheter att föra nya idéer från basvården vidare, dels för att de själva satt för långt från verksamheten och dels för att det saknades såväl kompetens som delegerade personer i linjeorganisationen som skulle kunna ta hand om nya idéer från basvården och föra dem vidare (Intervju: 10, 11, 12, 13, 15 och 16). Endast fyra av de 16 intervjuade cheferna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akershus Universitetssykehus kände till aktörer i innovationssystemet och dessa fyra chefer kände endast till någon enstaka aktör i innovationssystemet. De fyra cheferna ansåg att det fanns alltför många aktörer inom innovationssystemet som samtliga erbjöd liknande tjänster och de upplevde att det fanns en oklarhet i aktörers roller och uppdrag i innovationssystemet samt att fokus låg på life Science området och inte hälsa (Intervju: 1, 4, 12 och 13). Utöver denna problematik lyfte en av dessa fyra chefer, som även arbetade strategiskt med idé- och innovationsutveckling tillsammans med regionen, fram ytterligare en svårighet i glappet mellan behovet av stöd för att kunna ta hand om en idé från basvården till vad inkubatorerna i innovationssystemet egentligen kunde erbjuda. Denna chef menade att glappet mellan en ny idé inom basvården till inkubatorn var alldeles för stort:

*"...Inkubatorer, de finns ju men då har man redan passerat första tänket, alltså gått igenom en förprocess. Men idag är det ju väldigt få medarbetare inom sjukhuset som når dit. Det är ju vägen innan de kommer dit upp på den nivån som man måste arbeta med..."*

(Intervju: 12)

Övriga 12 chefer upplevde att det inte fanns något innovationssystem som var utvecklat för hälsosektorn och kände inte heller till aktörer inom innovationssystemet. Samtliga chefer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akershus Universitetssjukhus efterfrågade en tydlighet från styrsystemet inom respektive region, dels när det gällde vilka aktörer som fanns och vilken typ av stöd som kunde erbjudas för att ta hand om nya idéer från hälsosektorn och dels dessa aktörers uppdrag.

Två chefer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset som strategiskt arbetade med idé- och innovationsutveckling tillsammans med Västra Götalandsregionen, hade reflektioner kring faktiska behov av stöd för att kunna ta hand om nya idéer från basvården. De menade att det inte borde vara ett hinder i sig att universitetsorganisationen var omfattande utan hävdade att det mer handlade om att skapa en rutin för cheferna i form av kunskap i kombination med en modell för hur nya idéer och ärenden skulle kunna processas. Innovationscoacher med kunskap om idé- och innovationsutveckling och en hälso- och sjukvårdsbakgrund, skulle kunna vara delegerade att ha ett operativt ansvar för utveckling av stöd för nya idéer. Innovationscoacherna skulle finnas tillgängliga inom universitetssjukhus organisationen och arbeta mellan linjeorganisationens samtliga nivåer och inneha en gemensam utbildning och rapporteringsväg. För övergripande information om stöd för nya idéer inom universitetssjukhusorganisationen ansåg dessa två chefer att utveckling av hemsidan för sjukhuset var central för att personal lätt skulle kunna finna information om vilken typ av stöd som fanns, kontaktpersoner som skulle kunna finnas samt möjligheter till information om juridisk hjälp och värderingshjälp av en ny idé. Dessa två chefer menade även att då Västra Götalandsregionen är huvudman för hälso- och sjukvården, och även har ett ansvar för tillväxt, borde det finnas ett regionalt kansli för idé- och innovationsutveckling. Ett regionalt innovationskansli skulle kunna bidra till ett utvidgat perspektiv och möjligheter till en regional bedömning av den eventuella nyttan av en innovation för hälso- och sjukvården. Cheferna betonade även vikten av att regionen medverkade i att frigöra resurser för att den enskilde individen som kommit med en idé skulle kunna få möjlighet att vidareutveckla den och arbeta med den under en avgränsad period. Om idéen skulle vara så bärkraftig att den utvecklades till en kommersiell produkt borde det finnas ett system utvecklat för hur den enskilde idégivare skall ersättas (Intervju: 10 och 12).

### *Lagar och regelverk*

Det som skiljde förhållandena gällande lagar och riktlinjer i Västra Götaland respektive Helse Sør-Øst var främst att lärarundantaget fanns kvar i Västra Götalandsregionen. Sverige har valt att behålla det så kallade lärarundantaget (lagen 1949:345 om rätten till arbetstagares uppfinningar). I Norge och Danmark har denna lag avskaffats. Senast under

år 2008 utredde Sveriges regering lärarundantaget och beslutade att det skulle kvarstå. Motiveringen till beslutet var att inget universitet eller högskola hade tillräckliga finansiella resurser för att kommersialisera forskningsresultat och att det inte heller kunde anses som ett ansvarsfullt sätt att utsätta den skattefinansierade basen för den typen av risker som skulle kunna äventyra den viktiga uppgiften universiteten och högskolorna har att garantera fri forskning. Inte heller alla universitet eller högskolor besatt den omfattande affärsmässiga kompetens som krävdes för att kunna kommersialisera forskningsresultat och att innovationsprocessens risker därför bör överlämnas till näringslivet (Bengtsson, F och Norlén, A. 2008/09:Ub404).

I Helse Sør-Øst ägde hälsoföretagen idéerna och det fanns ett utvecklat system där idégivaren ersätts med en 1/3 av intäkterna vid en kommersialisering. Ytterligare skillnad var att innovationsprocessen var centralt styrd i Helse Sør-Øst jämfört med Västra Götalandsregionen. Styrsystemet i Helse Sør-Øst inrättade hösten 2010 Inven2 som blev Norges största Technology Transfer Office (TTO) och servar Oslo universitet, Akershus Universitetssykehus och Oslo Universitetssjukhus. Inven2 uppdrag var att samla idéer från hälsoföretagen och värdera dessa samt bistå med stöd under innovationsprocessen från värdering av idé till avtal med näringslivet och kommersialisering.

Endast en av de 16 intervjuade cheferna kände till lagar och regler som kan bli aktuella vid idé- och innovationsutveckling (Intervju: 12). Samtliga chefer ansåg att om det blev aktuellt med lagar och riktlinjer knutna till idéutveckling så fanns det stöd och juridisk hjälp att få, i första hand kontaktade de forsknings- och utvecklingsdirektören. De påpekade även att idégivaren skall ha kommit relativt långt i idéutvecklingen innan dessa lagar och riktlinjer blev aktuella och att det var stegen innan som de saknade kompetens och stöd för. Tre chefer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset hade varit deltagande i en del av innovationsprocessen gällande stöd för ansökning om patent (Intervju: 9, 11 och 15):

*"...Jag har faktiskt ett patent här, det är Västra Götalandsregionen som äger patentet men det är ovanligt. Bara för att beskriva hur vår miljö har varit så har alla varit misstänksamma mot...och hans engagemang. Alla har trott att han nånstars tjänar massor med pengar och på det här viset vill han bevisa att han har gjort det i arbetsgivarens namn och till nytta för hela regionen. Vi har själva betalat patentet..."*

(Intervju: 15)

Ytterligare en chef vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och en chef vid Akershus Universitetssykehus hade personlig erfarenhet av patentansökning genom sina erfarenheter från forskningsdriven innovation (Intervju: 4 och 13). Samtliga chefer ansåg inte att deras verksamheter hade ekonomiska förutsättningar för att stödja en patentansökan men fyra av cheferna ansåg samtidigt att om idégivaren kommit långt så skulle de eventuellt kunna stödja processen (Intervju: 3, 8, 9 och 14).

Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansåg cheferna att det var viktigast att som chef känna till lärarundantaget eftersom det fanns olika regelverk beroende på hur anställningen var inrättad. På ena sidan den statliga sidan med universitetet som gav

rätten till innovation till innovatören själv medan det på regionsidan med universitetssjukhuset var omvänt förhållande, arbetsgivarens egendom eller rätten till nyttan av innovationen. Samtliga chefer ifrågasatte starkt lärarundantaget och ansåg att det var svårt att arbeta med och att det hade varit bättre om det hade varit samma grundsystem oberoende av vem som var arbetsgivare (Intervju: 10, 11, 12, 15 och 16). Tre av cheferna menade att de som ville skydda lärarundantaget nog var mer intresserade av att skydda egna intressen än att vara delaktiga i att skapa en miljö som skulle kunna bidra till ett bättre klimat för landstinget i Sverige (Intervju: 10, 11 och 15). Dessa tre chefer menade vidare att det ofta blev kollisioner framförallt vid handläggning av bisysslodiskussioner som bedömdes utifrån tre grundpelare: om volymen var så att det störde det vanliga arbetet, om det konkurrerade med sjukhuset och om det var förtroendeskadligt. Cheferna efterlyste en diskussion i var lojaliteten fanns:

*"...Man kan säga att läkarkollektiv är väldigt naiva i form av, framför allt förtroendeskadlig verksamhet, de tycker ju att de är helt objektiva oavsett om de är avlönade med stora pengar från ett företag där det finns en konkurrens, det påverkar inte deras beslut, vilket ju är navit. Det klart att det gör..."*

(Intervju: 15)

## **Samverkan med industrin**

Av 16 intervjuade chefer hade åtta chefer erfarenheter från samverkan med industrin, fördelat på fyra chefer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och fyra chefer vid Akershus Universitetssjukhus. Tre av dessa åtta chefer i samarbeten inom forskningsdriven innovation och övriga fem i samarbeten från behovsdriven innovation. De relationer som fanns med industrin hade skett slumpartat, ofta vid besök i samband med konferenser eller att en leverantör självständigt hade tagit kontakt med cheferna. Övriga åtta chefer hade ingen erfarenhet av samarbete med industrin och menade att det inte fanns något system för samverkan med industrin inom universitetssjukhus organisationerna. En chef från Akershus Universitetssjukhus uttryckte:

*"...Nej, det är ju alltså...vi ska ju egentligen inte ha ett samarbete med leverantörer och industrin heller och det är inte satt i något system här. Man blir ju betänklig över att vara industrins varuutsällning..."*

(Intervju: 3)

Flertalet chefer efterfrågade mer direktkontakt med industrin och representanter som kände till utvecklings- och produktionsprocessen tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal. Två chefer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset framhöll att omfattande satsningar på utvecklad samverkan med industrin pågick och hänvisade till att ett projektdatabasregister utvecklats tillsammans med Västra Götalandsregionen. Projektdatabasregistrets syfte var att underlätta samverkan genom att bland annat företag

kan söka efter kontakter utifrån sin egen bransch. Ytterligare en omfattande satsning var Gothia Forum som skulle bidra till att öka kontaktytan mot industrin genom bland annat kompetenta personer vars uppdrag skulle vara att ge råd och hänvisningar för aktörer från såväl företag som akademi och hälso- och sjukvård (Intervju: 10 och 15).

## **Regionala och lokala satsningar på idé- och innovationsutveckling**

Endast fem av de 16 intervjuade vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akershus Universitetssjukhus kände till att det fanns regionala satsningar på idé- och innovationsutveckling på regionalnivå. Tre av dessa chefer deltog själva i satsningarna på idé- och innovationsutveckling (Intervju: 1, 10, 11 och 12) och ansåg att det fanns en regional strategi för idé- och innovationsutveckling men att den behövde kommuniceras och förtydligas i form av en tydlig policy:

*"...den nationella forskningsstrategin har jag jobbat med men den är inte tydlig nog upplever jag. Jag tror att man måste vara tydlig gällande policy, det jag sett är att man faktiskt inte kan driva detta som en del av den dagliga driften utan det måste urskiljas och synliggöras i en organisering och finansiering. Det tror jag är det viktiga..."*  
(Intervju: 8)

Övriga 11 intervjuade chefer kände inte till regionala satsningar för idé- och innovationsutveckling och hade upplevde inte att det fanns någon regional strategi. De hävdade att idé- och innovationsutveckling i basvården inte var något man prioriterade då man inte reflekterat över det inom organisationen. Flera av de intervjuade cheferna ansåg att det var viktigt att det regionala styrsystemet för hälsosektorn utvecklade tydliga riktlinjer för utveckling av nya idéer i inom universitetssjukhus organisationerna samt att ekonomiska förutsättningar möjliggjordes:

*"... Helse Sør-Øst införde ett nytt inköpssystem där de bestämde att Ahus skulle vara pilotsjukhus. Detta nya inköpssystem gör att vi har fått en extra utgift på 80 miljoner (NOK). Då blir vi inte motiverade. Vi skall vara en pilot men vi måste ta hela räkningen..."*

Flera chefer vid Akershus Universitetssjukhus upplevde att den ekonomiska situationen var ansträngd på grund av flertalet omorganisationer och menade att detta resulterat i att de inte kunnat genomföra planerade aktiviteter vilket medfört att den ansträngda ekonomiska situationen begränsade möjligheterna att gå vidare med nya idéer samt även påverkade personalens motivation negativt till att ta till sig nya satsningar (Intervju: 2, 3, 4, 5, 7 och 8).

Det fanns en generell oro bland cheferna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akershus Universitetssjukhus för hur det centrala styrsystemet i regionerna skulle utveckla strategi för idé- och innovationsutveckling för hälsosektorn. Flera chefer menade att de redan nu ofta kapade utgifterna och att det inte fanns förutsättningar att arbeta aktivt med intäktssidan då det fanns en lagstiftning som hindrade detta. Två chefer ansåg

att satsningar på idé- och innovationsutveckling egentligen handlade om en ny typ av styrmodell av hälso- och sjukvården (Intervju: 2 och 15) och baserade det på att statliga organisationer varken hade kultur, vana eller förutsättningar att driva idé- och innovationsutveckling. Den politiska miljön och kulturen samt lagar- och regelverk ansågs vara ett hinder för hälso- och sjukvården att bedriva idé- och innovationsutveckling:

*"...Det är en statlig organisation, vi får inte vara vinstdrivande. Det är ju en helt annan typ av människor som ska driva men de rekryteras oftast från sjukvården och det har ju aldrig tagit heller riktigt..."*

(Intervju: 15)

## Diskussion

Resultatet visade att trots olika styrmodeller i Västra Götalandsregionen och Helse Sør-Øst var begreppsapparaten inom området innovation relaterat till hälsosektorn okänt för majoriteten av de intervjuade och förutsättningarna för idé- och innovationsutveckling inom basvården var likartade.

Endast fem chefer kände till begreppsapparaten och de hade gemensamt att de arbetade strategiskt med idé- och innovationsutveckling eller hade förankring i forskningsdriven innovation. Gemensamt för samtliga chefer var också att de inte hade reflekterat i någon större utsträckning om idéer från basvården. De chefer som reflekterade utifrån basvården var ofta inne på förbättringsarbete eller verksamhetsutveckling (Intervju: 3, 5, 11, 14 och 16) endast två chefer hade erfarenhet från innovationer från basvården (Intervju: 2 och 12). Under intervjuerna väcktes ett intresse för idéer från basvården, som med hjälp av nya stödstrukturer i organisationen kanske skulle kunna utvecklas till innovationer. Flera chefer var positivt inställda till nya idéer och trodde att satsning på idé- och innovationsutveckling för basvården skulle kunna påverka till en mer stimulerande arbetsmiljö för medarbetarna (Intervju: 1, 2, 3, 5, 8, 11, 12, 13, 15 och 16). Två chefer ansåg även att framförallt nya vårdkoncept och hälsotjänster skulle kunna utvecklas betydligt mer och att basvården var lämpad för den typen av innovationer. Innovationer som sedan skulle kunna exporteras till en internationell marknad. De såg geriatriken som ett möjligt styrkeområde för ökad tillväxt (Intervju: 11 och 15). En chef var dock osäker på om det fanns nya idéer i basvården och hänvisade till tidigare satsningar som gjorts inom området idéutveckling där resultatet inte motsvarade förväntningarna (Intervju: 10). Anmärkningsvärt var att resultatet visade att cheferna ansåg att det inte fanns stödstrukturer inom universitetssjukhus organisationen som kunde ta hand om idéer från basvården och föra dem vidare trots att 95% av sjukhusorganisationerna utgörs av basvård. Basvården i universitetssjukhus organisationerna skulle kunna utvecklas till en innovationsmiljö för utveckling av patientnära produkter, nya processer, arbetsmodeller och hälsotjänster.

Forskningsdrivna innovationer hade dock etablerade stödstrukturer för innovation, där man arbetade utifrån triple helix modellen i forskningsprojekt, som vid Sahlgrenska

Universitetssjukhuset oftast drevs av universitetet. Kontakt med industrin skedde oftast slumpartat och majoriteten av cheferna hade ingen samverkan med industrin. Fyra av de 16 intervjuade cheferna hade erfarenheter från forskningsdriven innovation (Intervju: 4, 9, 13 och 15). En möjlig förklaring kan vara att i universitetssjukhus organisationernas kultur och tradition, speciellt vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, utgjorde forskningsdrivna innovationer en del av sjukhusets profilering som sjukhuset konkurrerar med nationellt och internationellt. Ytterligare en förklaring kan vara att det i kulturen traditionellt främst varit en yrkesprofession som fått stöd för forskning och att det även bidragit till att övriga yrkesprofessioner inte har haft liknande förutsättningar för utveckling av nya idéer. Flera chefer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset menade att det var en tung hirearki som var en del i att nya idéer inte kom fram. Vid Akershus Universitetssjukhus, som var ett ungt universitetssjukhus, ansåg cheferna att det inom kulturen fanns en ovana i att tänka nytt och att det förhållandet i kombination med omorganisationer och försämrade ekonomi utgjorde hinder för nya idéer att komma fram.

Trots att det fanns erfarenheter av forskningsdriven innovation för ett par av cheferna så kände få till innovationssystemets aktörer och hela 12 stycken av de intervjuade cheferna kände inte till några aktörer alls inom innovationssystemet. Samtliga intervjuade chefer upplevde att det inte fanns något utvecklat innovationssystem för hälsosektorn utan menade att det var alltför starkt fokus på life science området och inte på hälsa (Intervju: 1, 2, 3, 5, 8, 10, 12, 14, 15 och 16). De få chefer som kände till några aktörer inom innovationssystemet ansåg att de aktörer som fanns inom innovationsmiljön i regionerna var alltför många, som dessutom erbjöd liknande tjänster och efterfrågade därför en tydlighet från regionerna angående aktörernas roller och uppdrag (Intervju: 1, 4, 12 och 13). Samtliga chefer framhöll att omvärldsbevakningen inte var välfungerande och att det fanns ett behov av att utveckla ett internt system där ansvarsområden kunde delegeras till olika personer som sedan skulle kunna ansvara för att uppdatera och följa omvärldsbevakningen inom ansvarsområdet. Samtliga chefer ansåg att det var ett problem att omvärldsbevakning och kommunikationskanaler inte var välfungerande, även en paradox då universitetssjukhus organisationerna hade stark forskningsprofilering och antas därför vara en kunskapsökande organisation.

Ett värdefullt resultat lyftes fram av två chefer vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset som ansåg att kunskapsglappet mellan området hälsa och life science var omfattande på såväl regional som lokal nivå (Intervju: 10 och 12).

*"...Inkubatorer, de finns ju men då har man redan passerat första tänket, alltså gått igenom en förprocess. Men idag är det ju väldigt få medarbetare inom sjukhuset som når dit. Det är ju vägen innan de kommer dit upp på den nivån som man måste arbeta med..."*

(Intervju: 12)

Alla intervjuade chefer var eniga om ledarskapets betydelse för att möjliggöra utveckling av en innovativ miljö i basvården. De ansåg att samtliga chefer på linjeorganisationens samtliga nivåer måste engageras för att möjliggöra en positivare miljö för idéutveckling. På Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansåg flera chefer att verksamhetschef och verksamhetsutvecklare hade centrala positioner för en operativ utveckling av en

innovativare miljö. Till skillnad mot Akershus Universitetssykehus där cheferna rörde sig mellan de olika nivåerna i linjeorganisationen så satt de intervjuade cheferna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset ganska långt bort från verksamheterna. En chef vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och en chef vid Akershus Universitetssykehus ansåg att ledarskapsutbildning var viktigt för att utveckla starka ledare som hade verktyg för att utveckla ledarstrategier och som även skulle våga styra verksamheterna mer (Intervju: 8 och 12). Samtliga chefer upplevde att kulturen var för tillåtande för vissa yrkesprofessioner och att dessa yrkesprofessioner agerade utifrån egna intressen som kanske inte alltid låg i linje med arbetsgivarens mål och att det var ett svårt problem. Trots att Sahlgrenska Universitetssjukhusets chefer satt långt ifrån verksamheten jämfört med Akershus Universitetssykehus, där cheferna rörde sig mellan nivåerna i linjeorganisationen, så hade de gemensamt att representanter från samtliga yrkesprofessioner inte räknades in i beslutsfattande forum på en strategisk nivå. Läkarprofessionen var överlägset representerad på den strategiska nivån och för att främja utveckling av idé- och innovation i basvården bör samtliga yrkesprofessioner finnas representerade för att kunna bidra med olika perspektiv, uppnå såväl genomslagskraft som förankring.

Samtliga chefer efterfrågade utbildning inom idé- och innovationsutveckling samt tydlig policy centralt från regionerna. Två chefer som arbetade strategiskt med idé- och innovationsutveckling vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset tillsammans med regionen hade konkreta idéer om vilken typ av faktiska resurser som skulle kunna bidra till utveckling av en mer öppen miljö. Dessa två chefer ansåg inte att organisationens storlek utgjorde ett hinder för idé- och innovationsutveckling, trots flertalet nivåer som en idé behöver passera i linjeorganisationen utan menade att det i första hand handlade om att stödja cheferna genom dels utbildning men även faktiska resurser såsom delegerade personer som kunder fungera som innovationscoacher och röra sig mellan nivåerna i linjeorganisationen, använda samma typ av modell för hur nya idéer och ärenden skulle processas samt utveckla hemsidan för information om idéutveckling, kontaktpersoner och stöd i kombination med regelbunden information och årliga aktiviteter i universitetssjukhus organisationen samt ett regionalt kansli för idé- och innovationsutveckling. De menade att ett regionalt kansli skulle kunna bidra till ett utvidgats perspektiv och möjligheter till regional bedömning av den eventuella nyttan av en innovation för hälso- och sjukvården (Intervju: 10 och 12).

## **Konklusion**

- Olika styrmodeller och arbetsätt men liknande resultat
- Innovationssystemet nyttjas i liten utsträckning
- Kunskapsglapp mellan hälsa och Life Science
- Tydlighet och policy från regionala styret efterfrågas

## Referenser

Alänge, S. 1998. *Innovation processes in a systems perspective*

Berwick, D. M. 2003. Disseminating Innovations in Health Care. *JAMA*. 2003;289(15): 1969-1975

Bjerke, B. 2005. *Förklara eller förstå entreprenörskap?* Studentlitteratur: Lund

Carlsson, I och Norrman, B. 2011. *"Life Science i Västra Götaland - möjligheter och utmaningar"*. Västra Götalandsregionen.

Europeiska gemenskapernas kommission. SEK (2000) 1832. *Memorandum: - Livslångt lärande*

Graneheim & Lundman. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112

Helsedirektoratet. *Avtale om samarbeid om behovsdrevet innovasjon og naeringsutvøikling i helsesektorn 2007-2011*.

Helse- og Omsorgsdepartementet. *Oppdragdokument 2010 Helse Sør-Øst*

Helsedirektoratet, SINTEF och InnoMed. 2010. *Behovsdrevet Innovation*

Kvale, S. 1996. *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. SAGE: London.

Lagen 1949:345 om rätten till arbetstagares uppfinningar

Malterud, M. 2006. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Studentlitteratur: Lund.

Mckeown, M. 2008. *The truth about innovation "A small book about big ideas"*. Pearson education limited

Organisation for Economic Co-operation and Development. *Oslo Manual*. 2005

Petrusson, U. 2007. *Universitetet i Kunskapsekonomin*. VINNOVA

Porter, M.E. (1990) *"The Competitive Advantage of Nations"*, Free Press, New York,

SOU: 2003:90. *Innovativa processer*. Utbildningsdepartementet

Svenska Regeringskansliet: Skr. 2008/09:34. *Sveriges handlingsprogram för tillväxt och sysselsättning 2008-2010.*

Weberg, D. 2009. Innovation in Healthcare - A Concept Analysis. *Nurs Admin Q. Vol 33, No. 3, pp. 227-237*

### **Länkar**

[www.ahus.no/](http://www.ahus.no/)

[www.eu-upplysningen.se](http://www.eu-upplysningen.se)

[www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)

[www.inno-group.com](http://www.inno-group.com). 2011

[www.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/](http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/)

[www.tillvaxtverket.se](http://www.tillvaxtverket.se)

[www.tillvaxtverket.se](http://www.tillvaxtverket.se)

[sv.wikipedia.org/wiki/Innovation](http://sv.wikipedia.org/wiki/Innovation)