

Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsnytte

Statusrapport pr. 18.12.2017

Videreutvikling av nasjonale innovasjonsindikatorer for helsesektoren

Rapport 18.12.2017

Utgitt av Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt RHF, Helse Nord RHF

Adresse Grev Wedels plass 5, Oslo, NO-0151 OSLO

Oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet

Samarbeidspartnere Induct AS:

Tor Andre Johansen, Synnøve Jacobsen, Liv Arnica Hovland

Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning

(NIFU): Gunnar Sivertsen

Sammendrag

Den foreliggende rapporten presenterer status for et arbeid med utvikling av innovasjonsindikatorer initiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdraget har vært ledet av Helse Sør-Øst RHF og er formelt forankret i Oppdragsdokument for 2016 til de regionale helseforetakene. Ut over oppdragsformuleringen er det presisert fra departementets side at man med utgangspunkt i indikatorene vil vurdere å etablere en insentivordning for å stimulere til økt innovasjonsaktivitet i helseforetakene.

I 2016 ble det utviklet og pilotert en indikator for måling av innovasjons*aktivitet*. Her registreres hvor mange innovasjonsprosjekter helseforetakene gjennomfører og hvor langt fremskredne de er relatert til en definert faseinndeling.

I 2017 har det vært arbeidet med utvikling av en indikator for måling av innovasjons*nytte*, dvs. nytteverdien av de innovasjonsprosjektene helseforetakene gjennomfører. Arbeidsgruppen har vurdert et utvalg relaterte eller lignende rammeverk, og hentet inn innspill fra bidragsyttere med kompetanse på disse rammeverkene. Eksempler på rammeverk som har vært vurdert, er Clinical Impact Study (CIMIT), Research Excellence Framework (REF) og forskningen innen tidligfase HTA ved Senter for fremtidig helse – C3. Ingen av de vurderte rammeverkene for nyttevurdering har som mål å kunne sammenligne prosjekter på tvers i et nasjonalt system, slik innovasjonsindikatorerne skal, men arbeidsgruppen har i stor grad bygget videre på arbeidet i C3.

Arbeidsgruppen foreslår en nytteindikator som består av tre hovedkategorier med tilhørende, beskrivende underkategorier:

- **Pasientnytte** – pasienttilfredshet, behandling/helsegevinst, redusert klinisk risiko
- **Økonomisk nytte** – reduserte kostnader, økte inntekter
- **Organisatorisk nytte** – medarbeidertilfredshet, enklere/bedre arbeidsprosesser, reduksjon i flaskehals

Arbeidsgruppen foreslår at hver av disse kategoriene skal gis en skår på en skala fra 0 til 5, hvor hver nytteeffekt registreres i to dimensjoner, hhv. *nytte* og *omfang/populasjon*. Nytte defineres kvalitativt som lav, middels eller høy. Omfang/populasjon uttrykker i hvilket omfang nytten realiseres (i eget sykehus eller nasjonalt) og hvor mange pasienter som omfattes (få eller mange).

I det nasjonale systemet skal innovasjonens nytte måles og rapporteres etter at innovasjonen er implementert. Siden karaktersettingen internt i hvert helseforetak i stor grad vil være subjektiv, foreslår arbeidsgruppen en modell der ett RHF validerer nytteskåren i et annet RHF. I tillegg til økt objektivitet vil en slik modell bidra til erfaringsutveksling og informasjon om innovasjonsprosjekter på tvers av regionene. Det vil styrke kunnskapen om innovasjon i foretakene generelt, og bidra til at nyttevurderingene nasjonalt blir mer enhetlige og konsistente. Ved at alle innovasjonsprosjektene i utgangspunktet vil kunne bli utsatt for ekstern

evaluering av et annet regionalt helseforetak, vil evalueringsordningen virke disiplinerende og hindre feilaktig innrapportering.

Arbeidsgruppen foreslår fullskala pilotering av aktivitetsindikatoren og «frivillig» pilotering av nytteindikatoren i 2018.

Oslo, 18.12.2017



Kjetil Storvik
Innovasjonssjef
Helse Sør-Øst RHF



Johnny Heggstad
Prosjektdirektør
Helse Vest RHF



Tove Klæboe Nilsen
Forskningsjef
Helse Nord RHF



Øyvind Hope
Seniorrådgiver
Helse Midt-Norge RHF

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Sammendrag..... | 2 |
| 1 Innledning | 6 |
| 1.1 Bakgrunn og oppdrag..... | 6 |
| 1.2 Avgrensning av oppdraget..... | 7 |
| 1.3 Fremdriftsplan | 8 |
| 1.4 Organisering og deltagere | 8 |
| 1.5 Organisering av arbeidet | 8 |
| 2 Prosjektets arbeid..... | 9 |
| 2.1 Om nyttevurderinger..... | 9 |
| 2.2 Utvikling av rammeverk for nytteindikator | 10 |
| 3 Anbefalt modell for nyttevurdering | 10 |
| 3.1 Beskrivelse av modellen..... | 11 |
| 3.1.1 Nyttekategorier..... | 11 |
| 3.1.2 Nytteeffekter..... | 12 |
| 3.1.3 Måleparametere..... | 14 |
| 3.1.4 Skala og scoring for nyttevurderinger | 14 |
| 3.2 Evaluering av nyttevurderinger | 15 |
| 3.3 Nytteindikator og forskning hos C3..... | 17 |
| 3.4 Begrensninger ved modellen..... | 17 |
| 3.5 Forslag til om pilotering i 2018..... | 18 |
| 4 Nasjonale resultater for innovasjonsaktivitet..... | 19 |
| 4.1 Nasjonale resultater | 19 |
| 4.2 Regionale resultater | 20 |
| 4.3 Lokale resultater..... | 21 |
| 4.3.1 Helse Sør-Øst – Oslo universitetssykehus (OUS) | 21 |
| 4.3.2 Helse Sør-Øst – Akershus universitetssykehus (Ahus)..... | 21 |
| 4.3.3 Helse Sør-Øst – Sykehuset i Vestfold | 21 |
| 4.3.4 Helse Sør-Øst – Sørlandet sykehus | 21 |
| 4.3.5 Helse Vest – Haukeland universitetssykehus | 22 |
| 4.3.6 Helse Vest – Stavanger universitetssykehus..... | 22 |
| 4.3.7 Helse Vest – Helse Førde | 22 |
| 4.3.8 Helse Vest – Helse Fonna..... | 23 |
| 4.3.9 Helse Midt – St. Olavs hospital..... | 23 |
| 4.3.10 Helse Midt – Møre og Romsdal | 23 |

| | | |
|--------|--|----|
| 4.3.11 | Helse Nord – Universitetssykehuset i Nord-Norge..... | 23 |
| 5 | Anbefalinger til videre arbeid | 24 |

1 Innledning

I oppdragsdokument 2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene er følgende mål angitt for 2016:

Det er i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og andre helseforetak, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU fra 2015.

Arbeidet som er utført i 2017 er en videreføring av arbeidet fra 2016 som tok utgangspunkt i oppdraget som ble gitt i 2016.

Rapporten fra NIFU fra 2015¹ foreslår at man skulle videreutvikle og teste aktivitetsmåling, dernest utvikle og teste kriterier for nytteevaluering. I 2016 utviklet og piloterte man en indikator for innovasjonsaktivitet. Rapport fra dette arbeidet ble overlevert til HOD i desember 2016.² I 2017 har vi utviklet en indikator for innovasjonsnytte. Denne indikatoren anbefales pilotert i helseforetak i 2018.

Denne rapporten dokumenterer arbeidet med utvikling av nytteindikatoren i 2017 ved å anbefale en utforming av nytteindikatoren og hvordan den kan piloteres i 2018. Den gir også en status for videreføringen av pilotering av indikatoren for innovasjonsaktivitet og en tilsvarende prøverapportering som ble gjort i 2016.

1.1 Bakgrunn og oppdrag

Som nevnt har prosjektet basert seg på arbeidet i 2015-16 (note 1 og 2) og ovenfor nevnte oppdragsdokument.

I 2017 skulle prosjektet ha særlig fokus på å utvikle en metode for nytteindikatoren og å følge opp pilotering av aktivitetsindikatoren. Det har vært et utgangspunkt at måling av innovasjonsarbeidet i helseforetakene eventuelt skal kunne benyttes som grunnlag for etablering av et insentivsystem på linje med systemet for forskningsproduksjon. Arbeidet har uansett betydning for å kunne utvikle et nasjonalt system for å følge opp innovasjonsarbeidet

¹ Gunnar Sivertsen: Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene: En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren. NIFU Arbeidsnotat 2015:16.

² Helse Sør-Øst RHF: Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet. Videreutvikling av nasjonale innovasjonsindikatorer for helsesektoren. Rapport 13.12.2017.

i helseforetakene, og for å kunne informere om, lære fra og dra nytte av arbeidet på tvers av helseforetakene.

1.2 Avgrensning av oppdraget

De nasjonale innovasjonsindikatorne består av to separate indikatorer som til sammen vil gi helseforetak en score på innovasjonsindeksen. , se NIFU-rapporten i note 1 ovenfor - Disse to indikatorene er;

- *Innovasjonsaktivitet* – hvor mange innovasjonsprosjekter helseforetakene arbeider med i de ulike innovasjonsfasene
- *Innovasjonsnytte* – nytteverdien av de innovasjonsprosjektene helseforetakene gjennomfører

Prosjektets omfang i 2017 var begrenset til utvikling av en indikator for innovasjonsnytte samt videreføring av måling av innovasjonsaktivitet. Vi har ikke gjennomført en pilot av den foreslåtte nytteindikatoren, men anbefaler konkret hvordan dette kan gjøres i 2018.

1.3 Fremdriftsplan

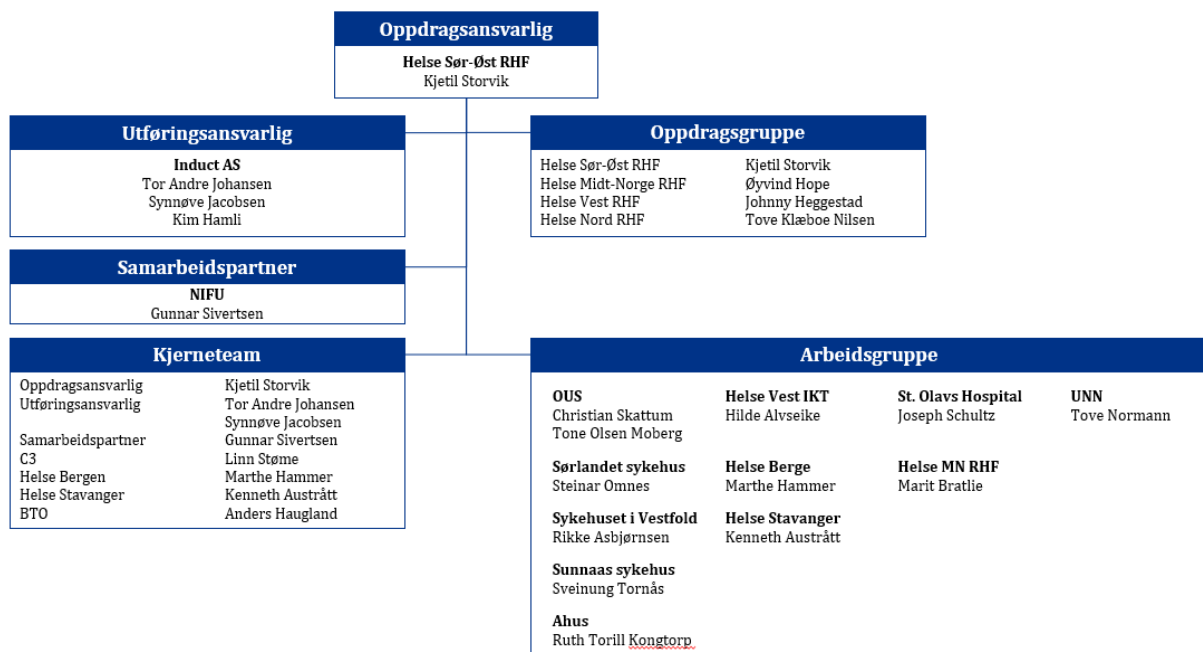
Alle aktiviteter i 2017 ble utført etter den planen som er vist i figur 1.

Figur 1. Fremdriftsplan i 2017.

| # | Aktivitet | Slutt dato |
|---|-------------------------------------|--------------------|
| 1 | WS1 Oppstart (Arbeidsgruppen) | 20. juni 2017 |
| 2 | Arbeidsmøter kjerneteam (ukentlig) | September 2017 |
| 3 | WS2 Nyttevurdering (Arbeidsgruppen) | 28. september 2017 |
| 4 | Arbeidsmøter kjerneteam (ukentlig) | Oktober 2017 |
| 5 | WS3 Nyttevurdering (Arbeidsgruppen) | 16. november 2017 |
| 6 | Rapport ferdigstilt | desember 2017 |
| 7 | Presentere rapporten til HOD | desember 2017 |

1.4 Organisering og deltagere

Figur 2 viser hvordan arbeidet i 2017 har vært organisert og hvem som har deltatt.



1.5 Organisering av arbeidet

Prosjektet har vært organisert med en rådgivende arbeidsgruppe bestående av representanter fra både små og store helseforetak, for å få frem synspunkter fra et stort spekter ulike HF. Videre har det i samråd med arbeidsgruppen blitt oppnevnt et kjerneteam som mellom møtene i arbeidsgruppen har arbeidet med utvikling av metoden for nyttemåling. Kjerneteamets arbeid har blitt oppsummert og presentert for arbeidsgruppen, som deretter har gitt innspill og tilbakemeldinger. Kjerneteamet har hatt ukentlige møter, og har også involvert relevant kompetanse fra tilhørende eller relevante organisasjoner.

2 Prosjektets arbeid

Prosjektet har pågått fra juni til desember 2017. I tillegg til arbeidet med å finne en metodikk for å kunne angi nytten av innovasjonsprosjekter har prosjektet fulgt opp arbeidet med aktivitetsindikatoren fra 2016, herunder utvikle malen for en-siders rapporter for prosjektene.

2.1 Om nyttevurderinger

Prosjektet har valgt å legge KommIT sin definisjon av nytte/gevinster til grunn for arbeidet. Denne definisjonen er den samme som benyttes i Helsedirektoratets rapporter om Nasjonalt program for velferdsteknologi.

«Gvinster er nyttevirksomheter, fordeler eller positive effekter som forventes oppnådd ved et prosjekt eller tiltak. Gvinster er ønskede og planlagte, og helst forhåndsdefinerte, men kan også oppstå som ikke-planlagte virkninger underveis og i etterkant av prosjekter.» (KommIT, 2013).

Selv om det er flere beslektede metodikker for nyttevurderinger (f.eks Samveis sitt verktøy for gevinstkartlegging eller KS sin Gevinstkokebok), har prosjektet ikke funnet at noen av disse passer innovasjonsindikatornes formål.

Nyttevurderinger som inngår i forbindelse med innovasjonsindikatorne har som formål å

- A) sammen med aktivitetsindikatoren danne grunnlaget for score på innovasjonsindeksen.
- B) gi andre interessenter enn gjennomførende foretak innsikt i verdien eller nytten ved å gjennomføre et tilsvarende prosjekt,
- C) gi et evalueringsgrunnlag for å si noe om hvorvidt dette var et vellykket prosjekt med tanke på verdioppnåelse/ nytteeffekt for gjennomførende foretak,

Det er viktig å skille mellom rene nyttevurderinger, slik som dette prosjektet tar for seg, og andre type vurderinger som gjøres i prosjektsammenheng, slik som kost/nytte beregninger og risikovurderinger. En tradisjonell kost/nytte analyse beregner alle kostnader og all nytte i prissatte og eventuelt ikke prissatte kostnader og gvinster. Slike analyser benyttes tradisjonelt til å vurdere hvorvidt det er lønnsomt å investere i prosjektet, og risikovurderinger brukes til å vurdere sannsynlighet og konsekvens for uønskede hendelser som kan inntreffe i drift eller prosjekter. I vårt prosjekt med innovasjonsindikatorer skal nyttevurderingene utelukkende knyttes til antatt eller realisert nytte av selve innovasjonene.

2.2 Utvikling av rammeverk for nytteindikator

For å kunne lage en indikator som gir et sammenligningsgrunnlag for graden av nytte på tvers av prosjekter og helseforetak har prosjektet sett det som nødvendig å etablere et rammeverk som tillater sammenlignbare kategorier eller kriterier, samtidig som det har fleksibilitet med tanke på både type prosjekt, prosjektomfang og organisasjon. Innovasjonsprosjektene som pågår i de forskjellige HF kan være vidt forskjellige, og rammeverket må ha en relativt høy grad av fleksibilitet for å ivareta dette.

I arbeidet med å utvikle et slikt rammeverk har både arbeidsgruppen og kjerneteamet vurdert et utvalg relaterte eller lignende rammeverk, og hentet inn innspill fra bidragsytere med kompetanse på disse rammeverkene. Eksempler på rammeverk som har vært vurdert er CIMIT Clinical Impact Study, Research Excellence Framework (REF), C3s forskning innen tidligfase nyttevurderinger, arbeid med Kost/Nytte-vurderinger fra Helse Bergen HF, samt annen prosjektmetodikk, slik som DIFIs Prosjektveiviseren, og KS' Veikart for tjenesteinnovasjon. Det foreslåtte rammeverket har tatt utgangspunkt i C3 sin forskning på tidligfase HTA. Ingen av de vurderte rammeverkene for nyttevurdering har som mål å kunne sammenligne prosjekter på tvers i et nasjonalt system, slik innovasjonsindikatorerne skal. Dermed har prosjektet sett hen til etablerte metoder, som man har forsøkt å tilpasse for å ivareta et bredt spekter av prosjekter og foretak. De viktigste vurderingene og tilpasningene som er gjort er drevet frem i hovedsak for å ivareta følgende hensyn:

1. Metoden må være relativt enkel å benytte innenfor det eksisterende systemet med aktivitetsindikatoren, også i det daglige arbeidet med å følge opp innovasjonsprosjektene i Induct
2. Metoden må kunne gi et sammenligningsgrunnlag på tvers av ulik innretning og størrelse på HFER
3. Metoden må ivareta stor spredning i omfang, tema og kompleksitet for enkeltprosjekter
4. Metoden skal kunne danne grunnlag for et insentivsystem

I tillegg til dette har kjernetamet og arbeidsgruppen vurdert hvordan man best kan sikre objektivitet i nyttevurderinger på tvers av HF og RHF.

3 Anbefalt modell for nyttevurdering

Alle modellene og innfallsvinklene som har vært vurdert og utforsket, har spørsmål og usikkerhet knyttet til seg. Prosjektet har veid ulike hensyn, ønsker og praktiske behov, og velger å foreslå den følgende modellen.

3.1 Beskrivelse av modellen

Prosjektet anbefaler en nyttevurderingsmodell operasjonalisert i tre nivåer, som til sammen gir en total score for nytteindikatoren. De tre nivåene er; Nyttekategorier, Nytteeffekter og måleparametre. Denne modellen vil kunne gi innovasjonsprosjekter poeng for dokumentert nytte og disse poengene vil kunne beregnes etter at prosjektet er ferdig implementert, slik foreslått i NIFU-rapporten fra 2015.

3.1.1 Nyttekategorier

Nyttekategoriene er vist i Figur 3. Det er tre overordnede nytte kategorier; Pasientnytte, Økonomisk nytte og Organisatorisk nytte. Kategoriene er inspirert av C3 sin forskning med tidligfase HTA og hver av disse kategoriene har noen underpunkter, til sammen åtte, som antyder hva slags nytteeffekter som inngår i hver kategori. Summen av den score man oppnår i hver kategori er det som til slutt angir nyttepoeng pr prosjekt.

Figur 3. Nyttekategorier

| NYTTEVURDERING | | | | | | | Total score: | 5 |
|---|-------------------------|---------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------------|--|------------------------------------|---|
| Pasientnytte | | | | | | | | |
| | 0 poeng | 1 poeng | X 2 poeng | | 3 poeng | 4 poeng | 5 poeng | |
| Pasienttilfredshet Behandling-/helsegevinst Redusert klinisk risiko | Ingen dokumentert nytte | Lav nytte Få pasienter | Lav nytte Mange pasienter | | Middels nytte Få pasienter | Middels nytte Mange pasienter eller Høy nytte Få pasienter | Høy nytte Mange pasienter | |
| Økonomisk nytte | | | | | | | | |
| | 0 poeng | X 1 poeng | | 2 poeng | 3 poeng | 4 poeng | 5 poeng | |
| Reduserte kostnader Økte inntekter | Ingen dokumentert nytte | Lav nytte Eget sykehus | Lav nytte Øvrige helsetjenester | | Middels nytte Eget sykehus | Middels nytte Øvrige helsetjenester eller Høy nytte Eget sykehus | Høy nytte Øvrige helsetjenester | |
| Organisatorisk nytte | | | | | | | | |
| | 0 poeng | 1 poeng | X 2 poeng | | 3 poeng | 4 poeng | 5 poeng | |
| Medarbeidertilfredshet Enklere/bedre arbeidsprosesser Reduksjon i flaskehals | Ingen dokumentert nytte | Lav nytte Eget sykehus | Lav nytte Øvrige helsetjenester | | Middel nytte Eget sykehus | Middels nytte Øvrige helsetjenester eller Høy nytte Eget sykehus | Høy nytte Øvrige helsetjenester | |

Modellen har:

Pasientnytte inkluderer alle nytteeffekter fra pasientens ståsted, både kvantifiserbare og mer kvalitative nytteeffekter. Eksempelvis inkluderer dette både klinisk nytte i form av bedre behandlingsresultat, redusert behandlingsrelatert sykkelighet og pasienttilfredshet.

Økonomisk nytte inkluderer alle nytteeffekter som har økonomisk nytte for helseforetaket eller samfunnet. Det inkluderer f.eks. både reduserte kostnader og økte inntekter, både for det enkelte sykehus og for samfunnet for øvrig, for eksempel i primærhelsetjenesten.

Organisatorisk nytte inkluderer øvrige organisatoriske nytteeffekter, slik som økt medarbeidertilfredshet, reduksjon i flaskehals, bedre/enklere arbeidsprosesser, eller lignende.

3.1.2 Nytteeffekter

For å kunne angi en score innenfor en kategori, må kategorien inneholde en eller flere nytteeffekter. Nytteeffektene forteller konkret hva slags nytte som er oppnådd i prosjektet.

Modellen legger til grunn at det enkelte prosjekt selv definerer nytteeffektene prosjektet har/oppnår, under relevant nyttekategori. For å sikre at modellen er enkel i bruk har prosjektet vurdert det slik at man ikke har ønsket å *forhåndsdefinere* nytteeffekter som hvert prosjekt må ta stilling til. Dersom hvert prosjekt måtte velge fra et forhåndsdefinert sett nytteeffekter vil det både øke tidsbruken i selve gjennomføringen av nyttevurderingen, og det ville medføre behov for et svært stort «bibliotek» av nytteeffekter, som det likevel ikke er sikkert at ivaretar et hvert prosjekt. Prosjektet har allikevel i rapporten tatt med et *utvalg* nytteeffekter som kan fungere som utgangspunkt og *eksempler* på hvordan definere nytteeffekter i Figur 4.

Figur 4. Eksempler på nytteeffekter.

NYTTEVURDERING

Total score: 5

| Pasientnytte | | X | | | | | |
|--|--|-------------------------|---------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|------------------------------------|
| | | 0 poeng | 1 poeng | 2 poeng | 3 poeng | 4 poeng | 5 poeng |
| Pasienttilfredshet | | Ingen dokumentert nytte | Lav nytte Få pasienter | Lav nytte Mange pasienter | Middels nytte Få pasienter | Middels nytte Mange pasienter eller Høy nytte Få pasienter | Høy nytte Mange pasienter |
| Behandling-/helsegevinst | | | | | | | |
| Redusert klinisk risiko | | | | | | | |
| Nytteeffekter | | | | | | Nytte | Populasjon |
| Økt tilfredshet ved behandling | | | | | | Lav | Få |
| Reduksjon i unødvendig tidsbruk for pasient | | | | | | Lav | Mange |
| Likhet i tjenestetilbud til innbyggere | | | | | | Ingen | |
| Økt tilfredshet med tilgjengelighet og informasjon | | | | | | Ingen | |
| Grad bedring av helsetilstand | | | | | | Ingen | |
| Reduksjon i behandlingsrelatert sykkelighet | | | | | | Ingen | |
| Økt forebygging | | | | | | Ingen | |
| Økonomisk nytte | | X | | | | | |
| | | 0 poeng | 1 poeng | 2 poeng | 3 poeng | 4 poeng | 5 poeng |
| Reduserte kostnader | | Ingen dokumentert nytte | Lav nytte Eget sykehus | Lav nytte Øvrige helsetjenester | Middels nytte Eget sykehus | Middels nytte Øvrige helsetjenester eller Høy nytte Eget sykehus | Høy nytte Øvrige helsetjenester |
| Økte inntekter | | | | | | | |
| Nytteeffekter | | | | | | Nytte | Omfang |
| Samme aktivitet med redusert ressursbruk | | | | | | Lav | Eget sykehus |
| Økt aktivitet med samme ressursbruk | | | | | | Ingen | |
| Økt/riktig kvalitet med redusert eller samme ressursbruk | | | | | | Ingen | |
| Organisatorisk nytte | | X | | | | | |
| | | 0 poeng | 1 poeng | 2 poeng | 3 poeng | 4 poeng | 5 poeng |
| Medarbeidertilfredshet | | Ingen dokumentert nytte | Lav nytte Eget sykehus | Lav nytte Øvrige helsetjenester | Middels nytte Eget sykehus | Middels nytte Øvrige helsetjenester eller Høy nytte Eget sykehus | Høy nytte Øvrige helsetjenester |
| Enklere/bedre arbeidsprosesser | | | | | | | |
| Reduksjon i flaskehals | | | | | | | |
| Nytteeffekter | | | | | | Nytte | Omfang |
| Enklere og bedre arbeidsprosesser | | | | | | Lav | Øvrige helsetjenester |
| Redusert tidstap | | | | | | Ingen | |
| Mestring - ansatte | | | | | | Ingen | |
| Økt kompetanse/riktig bruk av kompetanse - ansatte | | | | | | Ingen | |
| Økt påvirkning på egen arbeidstid - ansatte | | | | | | Ingen | |
| Reduksjon i behov for ekstravakter - ansatte | | | | | | Ingen | |
| Opplevelse av endringsprosesser - ansatte | | | | | | Ingen | |
| Arbeidsflyt | | | | | | Ingen | |
| Tillit og medvirkning | | | | | | Ingen | |

Hver nytteeffekt registreres med to dimensjoner: Nytte og Omfang/Populasjon. Nytte defineres kvalitativt som Lav, Middels eller Høy. Omfang/Populasjon sier noe om hvor bredt nytten realiseres. Bredde defineres henholdsvis som Eget sykehus / Øvrige helsetjenester og Få pasienter / Mange pasienter.

Den nytteeffekten som har «best» kombinasjon av nytte og omfang er den som angir score innenfor en kategori.

Vi erkjenner at det kan være problematisk med subjektivitet i vurderingen av den kvalitative nytteverdien, altså hva som er lav nytte, middels nytte og høy nytte.

For å kvalitetssikre nyttevurderinger foreslår vi derfor at det settes opp en evalueringsordning. I tillegg til å være en validering vil dette samtidig kunne øke kunnskapen om innovasjonsprosjekter på tvers av RHF, samt øke en felles forståelse om hvordan man vurderer nytte (se avsnitt 0 nedenfor).

3.1.3 Måleparametere

For å kunne operasjonalisere vurderingen av nytteeffektene er det et behov for å identifisere relevante måleparametere for hver nytteeffekt. Dette er i tråd med andre metodikker innenfor nytte-/gevinstrealisering. Hva som er relevante måleparametere må vurderes for hvert innovasjonsprosjekt. Eksempler er gitt i figur 5.

Figur 5. Eksempler på måleparametre.

| Pasientnytte | | 0 poeng | 1 poeng | 2 poeng | 3 poeng | 4 poeng | 5 poeng |
|--|--|-------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Pasienttilfredshet | | Ingen dokumentert nytte | Lav nytte Få pasienter | Lav nytte Mange pasienter | Middels nytte Få pasienter | Middels nytte Mange pasienter | Høy nytte Mange pasienter |
| Behandling-/helsegevinst | | | | | | Høy nytte Få pasienter | |
| Redusert klinisk risiko | | | | | | | |
| Nytteeffekter | | | | | | Nytte | Populasjon |
| Økt tilfredshet ved behandling | | | | | | Lav | Få |
| Måleparametere | | | | | | Resultat | |
| Tilfredshet via Spørreundersøkelse | | | | | | <Tall/rapport/analyse> | |
| ExpressPod registrering ved avdeling | | | | | | <Tall/rapport/analyse> | |
| Reduksjon i unødvendig tidsbruk for pasient | | | | | | Lav | Mange |

3.1.4 Skala og scoring for nyttevurderinger

Arbeidsgruppen har vurdert flere varianter, og anbefaler en sekstrinnsskala. Skalaen for hver kategori går fra 0 (ingen dokumentert nytte) til 5 (Høy nytte med stort omfang/populasjon). Vi har vært sett på andre lignende kvalitative skalaer hos CIMIT, Research Excellence Framework og KS Verktøy for gevinstkartlegging hvor lignende metodikk er benyttet for å kunne sammenligne ulike typer prosjekter eller kvalitetsnivåer. I tillegg har ressurspersoner innenfor arbeidsgruppen som har erfaring med bruk av skalaer kommet med sine synspunkter.

Et poeng som har blitt vurdert spesielt er hvorvidt skalaen skal ha en negativ side, altså at man har anledning til å angi både positiv og negativ nytte. Eksempelvis kan man se for seg et prosjekt som oppnår en god nyttescore for organisatorisk nytte selv om det er negativ pasientnytte. Dette er et eksempel på et prosjekt som kanskje ikke burde vært gjennomført. Nyttvurderingene i innovasjonsindikator-sammenheng har imidlertid ikke som formål å

erstatte kost/nytte- og risikovurderinger i sammenheng med prosjektplanlegging og -gjennomføring. Slike etablerte arbeidsmetoder skal sikre at man ikke gjennomfører prosjekter med uønskede eller negative konsekvenser. Dette er et særlig viktig poeng da nyttevurdering først fullføres etter at prosjektet er gjennomført, og metoden er dermed ikke egnet til å stanse slike prosjekter før man ser konsekvensen.

Vi har ikke beskrevet eventuelle «terskler» for de deskriptive verdiene/intervallene i skalaen. Dette temaet har blitt grundig diskutert underveis i arbeidet, uten at man har lyktes med å angi mer detaljerte terskler man tror ivaretar kravet om å fungere på tvers av alle typer prosjekter. Dette kan det imidlertid være mulig å vurdere på nytt på bakgrunn av erfaringer fra pilotering. Vi erkjenner at det innebærer at poenggivningen vi foreslår har innslag av subjektiv vurdering, med de utfordringer dette har. Piloteringen vil derfor være viktig for å vurdere hvordan dette fungerer, og om det vil ha uønskede konsekvenser.

Prosjektet anbefaler at skalaen for nyttevurdering følges opp spesielt i evaluering av pilotperioden.

3.2 Uavhengig evaluering av nyttevurderinger

Som en konsekvens av at nyttevurderingene har de begrensningene som beskrevet i forrige kapittel har prosjektet diskutert hvordan man kan sikre intersubjektivitet, samforståelse, læring og sammenlignbarhet i nyttevurderingene på tvers av både prosjekter og helseforetak.

Skal nyttevurderingen brukes i et nasjonalt innovasjonsindikatorsystem som også danner grunnlaget for framtidig statistikk og finansiering, er det en forutsetning at man gjør faseinndeling og nyttevurderinger av innovasjonsprosjektene på samme måte, og at dette er åpent og transparent. Ved felles bruk av Induct-løsningen så har man allerede en åpen nasjonal oversikt over prosjekter, men i tillegg er det behov for å kvalitetssikre faseinndeling og nyttevurdering for sykehusenes innovasjonsprosjekt.

Prosjektet ser derfor behov for en evalueringsordning for innmeldte nyttevurderinger på tvers av sykehus og regionale helseforetak.

Evalueringsordningen bør være effektiv og lite ressurskrevende. Den bør kunne tjene flere formål, foruten statistikk og indikatorer også samarbeid, erfaringsutveksling, læring og spredning av innovasjon på tvers av sykehus og helseregioner.

«Evaluering på tvers av RHF»-modellen

Arbeidsgruppas innspill til modell for evaluering/godkjenningsordning er «Evaluering på tvers av RHF». Dette er en modell der ett RHF evaluerer innovasjonsprosjektene til et annet RHF. Utvalgte personer (f.eks. de som jobber operativt med innovasjon) i de ulike regionale helseregionene/sykehusene evaluerer prosjektene til en annen helseregion.

Evaluering av *alle* innovasjonsprosjekter ved alle sykehus vil kunne bli være svært ressurskrevende, og en kan derfor se for seg at et visst antall prosjekter i hvert sykehus blir evaluert hvert år, enten ved trekking, stikkprøver eller annen kategorisering.

Prosjektet mener et slikt system vil være overkommelig ressursmessig. Ressursinnsatsen kan også forsvares ved at den vil bidra til erfaringsutveksling og informasjon om innovasjonsprosjekter på tvers av regionene. Det vil styrke kunnskapen om innovasjon i foretakene generelt, og bidra til at nyttevurderingene nasjonalt blir mer enhetlige og konsistente. Ved at alle innovasjonsprosjektene i utgangspunktet vil kunne bli utsatt for ekstern evaluering av et annet regionalt helseforetak, vil evalueringsordningen virke disiplinerende og hindre unødig og feilaktig innrapportering.

Prosjektet foreslår at man piloterer evalueringsordningen samtidig med pilot for nyttevurderingene, og vurderer behovet for et slikt system på bakgrunn av erfaringer fra piloten.

3.3 Nytteindikator og forskning hos C3

Som tidligere nevnt er kategoriene og beskrivelsene av disse inspirert av forskningen på tidligfase HTA hos Center for Connected Care (C3). C3 vektlegger 4 domener fra HTA metodikken, og vurderer 2 dimensjoner innen hvert domene, se figur 6.

Figur 6. Kategorier og beskrivelser for tidligfase HTA ved C3

| Vurderingskategori | | Utfall sammenlignet med eksisterende løsning | | |
|-----------------------|---|--|-----------------|---------------|
| Pasient | For pasienten | Negativ/verre | Nøytral/uendret | Positiv/bedre |
| | For medarbeidere (indirekte pasientnytte) | Negativ/verre | Nøytral/uendret | Positiv/bedre |
| Klinisk | Behandlings-/helsegevinst | Negativ/verre | Nøytral/uendret | Positiv/bedre |
| | Risiko ved innføring | Negativ/verre | Nøytral/uendret | Positiv/bedre |
| Økonomisk | Kostnadsgevinst for sykehuset | Negativ/verre | Nøytral/uendret | Positiv/bedre |
| | Kostnad andre deler av helsetjenesten | Negativ/verre | Nøytral/uendret | Positiv/bedre |
| Organisatorisk | Organisasjonsforbedring i implementert avdeling | Negativ/verre | Nøytral/uendret | Positiv/bedre |
| | Flaskehals ved andre enheter i sykehuset | Negativ/verre | Nøytral/uendret | Positiv/bedre |
| | | -1 poeng | 0 poeng | 1 poeng |

Vi har valgt å anbefale en mer detaljert skala for hver kategori ved å redusere de overordnede vurderingskategoriene til tre. De åtte dimensjonene fra C3 metodikken er derimot beholdt for å beskrive kategoriene. Det er mulig å kategorisere nytteeffektene innen disse åtte dimensjonene ved en pilotering, slik at vårt prosjekt og arbeidet hos C3 kan dra nytte av hverandre fremover.

3.4 Begrensninger ved modellen

Synliggjøring av negative virkninger

Som beskrevet i kapitlet om skala nyttevurdering har skalaen noen begrensninger ved at nyttescore ikke synliggjør eventuelle negativ effekter ved et prosjekt. Imidlertid er det noe det vil være naturlig å omtale i en-siders rapport for prosjekter som har negative effekter. På den måten ivaretar man muligheten for erfaringsdeling for slike prosjekter.

Samme uttelling for radikale og inkrementelle innovasjoner

I arbeidet har det blitt tatt opp at radikale innovasjonene kan bli nedprioritert, eller i hvert fall insentiveres mindre enn «enkle» mer inkrementelle innovasjonsprosjekter. Radikale innovasjonsprosjekter avsluttes oftere i tidligere faser, siden det alltid er større risiko/usikkerhet med slike prosjekter. En potensiell negativ konsekvens av dette kan være at det satses mindre på prosjekter med høy usikkerhet, selv om de kanskje kan ha større verdi om de er vellykkede. Imidlertid er det flere som i løpet av arbeidet har tatt til orde for at det å øke poenggivningen utover i fasene kan ha positive effekter, og bidra til å insentivere fremdrift i prosjekter.

Subjektivitet i nyttevurderinger

Som beskrevet i kapittel 3.2 er det foreslåtte systemet i noen grad basert på subjektive vurderinger. Det foreslås et evalueringssystem for å avhjelpe dette.

3.5 Forslag til om pilotering i 2018

Prosjektet anbefaler at systemet for nyttevurdering piloteres på utvalgte HF i 2018, for å få operasjonelle erfaringer og tilbakemeldinger. Både verktøyene for å registrere og følge opp nytte, samt evalueringssystemet via RHF, er ønskelig å få testet ut. Det er flere HF som i dag jobber etter metodikker som inneholder gevinstrealisering, slik at det burde være rimelig å anta at disse sykehusene kan inkluderes i pilotering av nyttevurderinger.

I piloten bør det spesielt vektlegges å finne ut hvorvidt en evaluering på tvers av RHF er gjennomførbart samt hvordan forståelsen av den subjektive skalaen oppleves og fungerer i praktisk bruk. Målet for arbeidet i 2018 vil være å etablere en mulighet for implementering i løpet av 2019 for helseforetak som benytter Induct i sitt innovasjonsarbeid.

4 Nasjonale resultater for innovasjonsaktivitet

Prosjektet har videreført piloteringen på nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet. Antall helseforetak som er med i uttrekkene er økt fra 6 til 11. I tillegg er det flere Helseforetak som har implementert Induct for å telle aktiviteten, men som ikke er operative enda.

Prosjektet er ønsket å presisere at flere av HFene ikke er fullt operative på innmelding og oppfølging av innovasjonsaktiviteten i Induct, og at dette kan påvirke resultatet i rapporten. Dette gjelder både de som nylig har implementert Induct, samt noen av de andre HFene. Det er også ulikt hvordan verktøyet brukes; hva som registreres i Induct pr dato.

4.1 Nasjonale resultater

Basert på tallene hentet fra helseforetakene har både aktivitet og poenggivning blitt summert opp for å vise nasjonale resultater.

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|------|--------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| | POENG | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| 2017 | Antall ideer | 516 | 214 | 143 | 36 | 16 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 143 | 72 | 64 | 0 | 279 |
| 2016 | Antall ideer | 132 | 76 | 50 | 35 | 22 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 50 | 70 | 88 | 0 | 208 |
| 2015 | Antall ideer | 182 | 29 | 20 | 16 | 7 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 20 | 32 | 28 | 0 | 80 |

4.2 Regionale resultater

Basert på tallene hentet fra helseforetakene har både aktivitet og poenggivning blitt summert opp for å vise regionale resultater.

Resultater for 2017 (12 HF):

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|------------------|--------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| HELSE SØR-ØST | Antall ideer | 300 | 145 | 109 | 29 | 12 | 0 | 215 |
| | Poeng | 0 | 0 | 109 | 58 | 48 | 0 | |
| HELSE VEST | Antall ideer | 175 | 50 | 22 | 7 | 4 | 0 | 52 |
| | Poeng | 0 | 0 | 22 | 14 | 16 | 0 | |
| HELSE MIDT-NORGE | Antall ideer | 35 | 19 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Poeng | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | |
| HELSE NORD | Antall ideer | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Poeng | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Resultater for 2016 (6 HF):

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|------------------|--------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| HELSE SØR-ØST | Antall ideer | 46 | 19 | 15 | 11 | 9 | 0 | 73 |
| | Poeng | 0 | 0 | 15 | 22 | 36 | 0 | |
| HELSE VEST | Antall ideer | 86 | 57 | 35 | 24 | 13 | 0 | 135 |
| | Poeng | 0 | 0 | 35 | 48 | 52 | 0 | |
| HELSE MIDT-NORGE | Antall ideer | - | - | - | - | - | - | 0 |
| | Poeng | - | - | - | - | - | - | |
| HELSE NORD | Antall ideer | - | - | - | - | - | - | 0 |
| | Poeng | - | - | - | - | - | - | |

Resultater for 2015 (6 HF):

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|------------------|--------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| HELSE SØR-ØST | Antall ideer | 66 | 24 | 16 | 10 | 3 | 0 | 48 |
| | Poeng | 0 | 0 | 16 | 20 | 12 | 0 | |
| HELSE VEST | Antall ideer | 116 | 5 | 4 | 6 | 4 | 0 | 32 |
| | Poeng | 0 | 0 | 4 | 12 | 16 | 0 | |
| HELSE MIDT-NORGE | Antall ideer | - | - | - | - | - | - | 0 |
| | Poeng | - | - | - | - | - | - | |
| HELSE NORD | Antall ideer | - | - | - | - | - | - | 0 |
| | Poeng | - | - | - | - | - | - | |

4.3 Lokale resultater

4.3.1 Helse Sør-Øst – Oslo universitetssykehus (OUS)

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|-------|--------------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| 2017 | Standard | 131 | 7 | 18 | 4 | 6 | 0 | 167 |
| | Fast-track | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | TTO | | 92 | 77 | 18 | 1 | 0 | |
| | Poeng | | 0 | 95 | 44 | 28 | 0 | |
| 2016 | Ideer - standard | 41 | 15 | 11 | 7 | 4 | 0 | 41 |
| | Ideer - fast track | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Ideer - TTO | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 11 | 14 | 16 | 0 | |
| 2015 | Antall ideer | 41 | 17 | 10 | 5 | 2 | 0 | 28 |
| | Poeng | 0 | 0 | 10 | 10 | 8 | 0 | |

4.3.2 Helse Sør-Øst – Akershus universitetssykehus (Ahus)

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|-------|--------------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| 2017 | Ideer - standard | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Ideer - fast track | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Ideer - TTO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 2016 | Ideer - standard | 4 | 2 | 2 | 2 | 4 | 0 | 32 |
| | Ideer - fast track | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | |
| | Ideer - TTO | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 4 | 8 | 20 | 0 | |
| 2015 | Antall ideer | 25 | 7 | 6 | 5 | 1 | 0 | 20 |
| | Poeng | 0 | 0 | 6 | 10 | 4 | 0 | |

4.3.3 Helse Sør-Øst – Sykehuset i Vestfold

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|-------|----------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| 2017 | Standard | 83 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 | 31 |
| | Fast-track | | 14 | 4 | 4 | 4 | 0 | |
| | TTO | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Standard light | | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| | Poeng | | 0 | 7 | 8 | 16 | 0 | |

4.3.4 Helse Sør-Øst – Sørlandet sykehus

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|-------|----------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| 2017 | Standard | 31 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 7 |
| | Fast-track | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | TTO | | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| | Standard light | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Poeng | | 0 | 3 | 4 | 0 | 0 | |

4.3.5 Helse Sør-Øst – Sykehusapotekene

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|-------|--------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| 2017 | Standard | 55 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | Fast-track | | 15 | 1 | 1 | 1 | 0 | |
| | TTO | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Poeng | | 0 | 3 | 2 | 4 | 0 | |

4.3.6 Helse Vest – Haukeland universitetssykehus

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|-------|--------------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| 2017 | Ideer - standard | 114 | 30 | 12 | 4 | 2 | 0 | 36 |
| | Ideer - fast track | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Ideer - TTO | 0 | 7 | 6 | 1 | 0 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 18 | 10 | 8 | 0 | |
| 2016 | Ideer - standard | 30 | 36 | 13 | 6 | 4 | 0 | 114 |
| | Ideer - fast track | 14 | 6 | 6 | 6 | 4 | 0 | |
| | Ideer - TTO | 4 | 7 | 9 | 7 | 4 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 28 | 38 | 48 | 0 | |
| 2015 | Antall ideer | 70 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 4 |
| | Poeng | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | |

4.3.7 Helse Vest – Stavanger universitetssykehus

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|-------|--------------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| 2017 | Ideer - standard | 44 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| | Ideer - fast track | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | |
| | Ideer - TTO | 0 | 10 | 1 | 1 | 1 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 4 | 4 | 8 | 0 | |
| 2016 | Ideer - standard | 11 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 | 11 |
| | Ideer - fast track | 7 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | |
| | Ideer - TTO | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 5 | 6 | 0 | 0 | |
| 2015 | Antall ideer | 33 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Poeng | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

4.3.8 Helse Vest – Helse Førde

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|-------|--------------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| 2017 | Ideer - standard | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Ideer - fast track | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Ideer - TTO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 2016 | Ideer - standard | 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 7 |
| | Ideer - fast track | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Ideer - TTO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 1 | 2 | 4 | 0 | |
| 2015 | Antall ideer | 11 | 4 | 4 | 4 | 4 | 0 | 28 |
| | Poeng | 0 | 0 | 4 | 8 | 16 | 0 | |

4.3.9 Helse Vest – Helse Fonna

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|-------|--------------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| 2017 | Ideer - standard | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Ideer - fast track | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Ideer - TTO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 2016 | Ideer - standard | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | Ideer - fast track | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Ideer - TTO | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | |
| 2015 | Antall ideer | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Poeng | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

4.3.10 Helse Midt – St. Olavs hospital

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|-------|--------------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| 2017 | Ideer - standard | 35 | 13 | 6 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | Ideer - fast track | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Ideer - TTO | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | |

4.3.11 Helse Midt – Møre og Romsdal

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|-------|--------------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| 2017 | Ideer - standard | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | Ideer - fast track | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Ideer - TTO | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | |

4.3.12 Helse Nord – Universitetssykehuset i Nord-Norge

| | | IDEFANGST | FASE 1 IDEMOTTAK | FASE 2 FORPROSJEKT | FASE 3 PILOT | FASE 4 IMPLEMENTERING | FASE 5 SPREDNING | SUM |
|-------|--------------------|-----------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-----|
| POENG | | | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | |
| 2017 | Ideer - standard | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Ideer - fast track | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Ideer - TTO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Poeng | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

5 Anbefalinger til videre arbeid

Anbefaling 1. Videreføring av pilot på aktivitetsindikatoren

Prosjektet anbefaler at man viderefører rapportering av aktivitetsindikatoren for å opprettholde momentum, og for å vurdere samvirkningen mellom nytteindikatoren og aktivitetsindikatoren.

Anbefaling 2. Pilotering av Nytteindikator

Prosjektet anbefaler at nyttevurderinger piloteres ved utvalgte, gjerne frivillige, helseforetak i 2018. Prosjektet foreslår at alle som ønsker kan pilotere nytteindikatoren i 2018, men at det ikke bør være et pålegg for de som ikke er i gang med aktivitetsmåling enda.

Anbefaling 3. Pilotering av evalueringssystem for nyttevurderinger

Prosjektet anbefaler at man piloterer det foreslåtte evalueringssystemet samtidig med pilot for nyttevurderingene, og vurderer behovet for et slikt system på bakgrunn av erfaringer fra piloten.

Anbefaling 4. Evaluering av skala for nyttevurderinger

Prosjektet anbefaler at skalaen for nyttevurdering følges opp spesielt i evaluering av pilotperioden. Både forståelse av skalaen og hvordan den fungerer i praksis bør evalueres.