

OPPSUMMERING AV DEBATTEN – SAMHANDLINGSUTFORDINGER I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

Helsedirektoratet 24. januar 2013

Her følger en tentativ oppsummering av noen av de viktigste elementene som kom frem under debatten. Jeg har lagt til en del elementer for egen regning, hentet fra tidligere Samhandlingsarena, samt fra eksterne kilder.

Helsevesenet her i landet har et rimelig godt utgangspunkt selv om behovene for forbedringer er store. Helseutgiftene har gått ned (i snitt pr. innbygger), men samtidig har produktiviteten økt, uten at kvaliteten har sunket, jfr. presentasjonen fra Terje Grimstad. Så penger er ikke alt, riktig organisering og drift er kanskje ennå viktigere.

Stortingsmelding 9 legger føringer for et fremtidig helsevesen og adresserer en rekke problemstillinger. Spørsmålet er likevel om disse føringene og problemstillingene er konkrete nok, og gir riktig veivalg. En del av debatten dreide seg om utviklingen videre burde være inkrementell, dvs. gradvis, stegvis og forsiktig, eller i et stort kvantesprang. Det synes å være enighet blant paneldeltagerne at det ene ikke utelukker det andre. Det er viktig både å gå stegvis frem for å realisere konkrete gevinster raskt, samt være nytenkende på større områder. Det ble også pekt på, bla. av Rune W. Fensli o.a. at selv små endringer i arbeidsflyt kan ha store effekter (se hans presentasjon).

Og det ble pekt på – selv om utfordringene er store er det tross alt 10 – 15 år å løse de (!).

Dette la også opp til en debatt om hvor «stoppfaktorene» var.

Det er åpenbart at teknologien både er en pådriver og virkeliggjør av samhandlingstiltak, men også et problem. Det er ikke til å undervurdere at flere IKT-prosjekter innenfor helsesektoren har feilet. Bakgrunnen for dette er svært fragmenterte investeringer i teknologi, knyttet historisk opp investeringer i «lommer», separate enheter, innen helsevesenet. Dette byr på utfordringer når det hele skulle «syses sammen». Svaret på dette spørsmålet er sammensatt. Bruk av standarder (internasjonale) er selvsagt ett aspekt hvor helsevesenet her i landet i lang tid har hatt et eget standardiseringsorgan KITH, som nå inngår i Helsedirektoratet som egen avdeling, Avdeling Standardisering). (Det ble etterlyst mer internasjonal deltagelse fra Helsedirektoratet på dette området). Samtidig løser ikke standarder alene problemet. Det ble derfor anbefalt å gå systematisk til verks med hensyn på fokusering på enkeltområder, samt sanering av mangfoldet av ulike IKT-systemer slik at en fikk færre å forholde seg til. Obligatorisk bruk av standarder på utvalgte områder, men ikke å ødelegge for konkurranseintensiteten på leverandørsiden.

Ragnvald Sannes hadde i sitt innlegg (se dette) pekt på at effektivitet i bedrifter/etater er avhengig av en optimalisering av alle fire elementer: oppgave, struktur, teknologi og individ (Leavitts diamant). Han hadde pekt på at det var mangel på kompetanse om samspillet mellom teknologi og endringsprosesser på alle nivåer i helsevesenet. Det ble bekreftet at en kjent seg igjen i denne problemstillingen i f.eks. Ahus. Dette understreker på ny behovet for tverrfaglighet og eierskap til problemstillingene fra alle instanser i helsevesenet. Flere teknikker for å oppnå dette ble nevnt fra salen. Men utfordringen blir her som ellers – det blir så stort, så vanskelig?

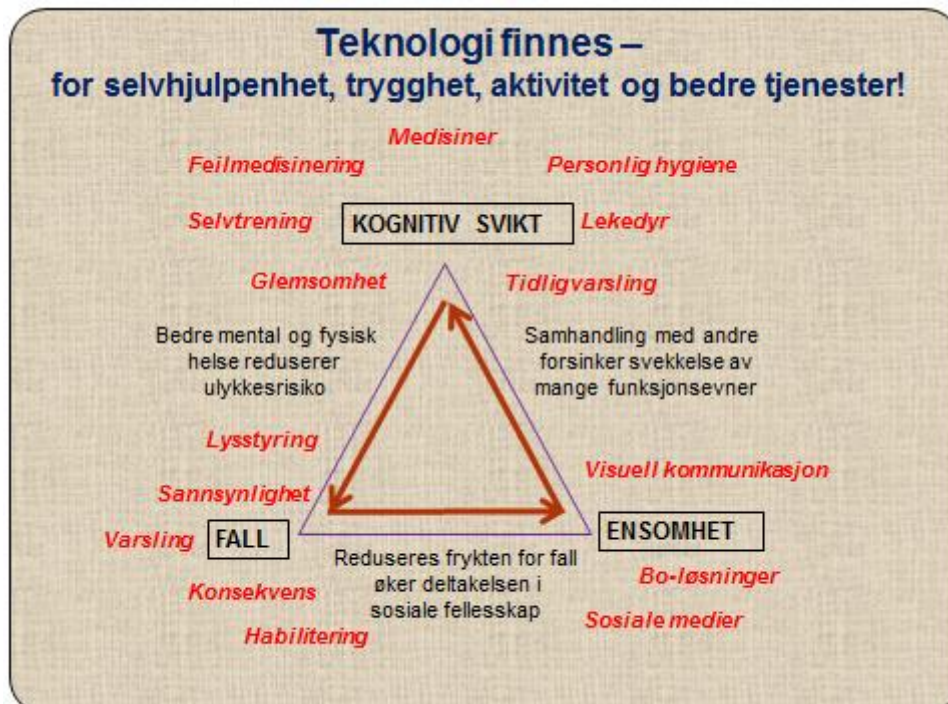
Spørsmålet kom opp om Regjeringen gjennom Stortingsmeldingen tenker helhetlig nok, altså fri flyt av informasjon av informasjon gjennom hele «verdikjeden», jfr. Bjørn Astads presentasjon. Flere problemstillinger ble her tatt opp. Lovverket – og kanskje Datatilsynet – er ett av eksemplene på hinder for «fri flyt av informasjon». Dette arbeider Regjeringen nå med. En annen problemstilling er selve «mind-settet» av at informasjonen flyter gjennom verdikjeder sekvensielt (dominert av verdikjedetankegang). Helsevesenet har imidlertid i likhet med bankvesenet, teleindustrien og annen type kompetanse- og tjenestedrevet virksomhet, mer karakter av interaktiv og involverende tjenesteproduksjon hvor også kunden (pasienten) er/bør være en premissleverandør, og selv produsent av løsninger, jfr. banksektoren. BI har utviklet eget konsept for

«nettverksdrevet verdiutvikling» som en kanskje bør se nærmere på). Poenget her er imidlertid at den «verdanskuelse», hvordan en oppfatter bl.a. Informasjonsflyt, kan være hindrende for nytenkning.

Nytenkning/innovasjon er her et sentralt tema. Flere pekte på betydningen av tverrfaglighet og andre typer bransjer som viktige innsatsleverandører til nytenkning. Dette er også i det store bildet svært viktig: Nyere undersøkelser viser at innovasjonstakten rent generelt har stagnert i de vestlige land (kilde: Economist fra 5. januar i år), i de senere år. Det skyldes ikke bare finanskrisen, men også at det har blitt et klarere skille mellom offentlig sektor på den ene side og privat sektor på den annen side. Offentlig sektor kan ikke lære av privat sektor, er holdningen. Det største enkeltområdet innenfor offentlig sektor – og det sterkest voksende – er nettopp helsevesen. Ekspertene som blir sitert i Economist sier derfor at den største innovasjonsutvikling som kan skje i de vestlige land, er nettopp å oppnå opp for et større samspill mellom privat sektor og helsevesenet. Det har betydning ikke bare for helsevesenet, men for landet f.eks. ved at innovative tiltak innenfor dette området, kan være eksportartikler. Dette er åpenbart en oppgave for Regjeringen. Tidligere har også Regjeringen pekt på «vitevarer», dvs. IKT-baserte kunnskaps- og kompetanseprodukter, som et sentralt satsingsområde (selv om det pt. har begrenset seg til olje- og gassindustrien).

Men innovasjonsaspektet stopper ikke der. Åpenhet for å lære av andre bransjer og andre land, er et annet aspekt. Men den største utfordringen ligger i **viljen** til å dele informasjon. Den manglende vilje til å dele informasjon (som helsevesenet deler med andre «bransjer») bunner ikke nødvendigvis i **uvilje**. Den kan være helt legitimt begrunnet med ulike roller etc. At informasjon er åpen også for pasienten (og andre leger), kan komme i konflikt med personvernet, autoriteten til fagpersonell, etc. – Kanskje ligger den største utfordringen i dette – pasienten som medaktør i et pasientforløp.

Innovasjon må også gå hånd i hånd med en konkretisering av hva er behovet, hvor er problemet. Kåre Hagen viste noe av dette bl.a. gjennom denne foilen:



Dette ble indirekte støttet av et innlegg fra salen som pekte på at det er lang vei fra visjonene på topp, og konkretisering på operativt nivå (f.eks. hjemmehjelpstjeneste).

På seminaret fremgikk det også tydelig at en lykkes bra med samhandling innenfor enkelte lokale miljøer, jfr. både innlegget fra Rune W. Fensli og fra Bjørn Larsen fra KS. Et spørsmål som stadig vekk da kom fra salen –

hvorfor har ikke disse erfaringene, for ikke å si systemene – fått større spredningseffekt? Svarene er sammensatte, og kanskje ikke så klare. Men poenget er at det må finnes en «autoritet» som kan «tvinge» naboene til å lære av hverandres erfaringer. Men det er også klart at det finnes viktige incitament (fx fra Forskningsrådet) om å starte må innovativ og praktisk utvikling av helsetjenester, men finansieringsformen stopper ved spredning og bruk.

Avslutningsvis ble følgende utfordring adressert: **For å lykkes med innovasjon, må en være villig til å mislykkes.** Det er ut i fra det store omfang av villige innovasjonsprosjekter, - hvorav de fleste mislykkes, eller har en begrenset verdi - at de virkelig store gjennombrudd skjer gjennom de få vellykkede prosjektene.

Men da kommer tankekorset: Innovasjonsprosjekter måles på risikovillighet og faren for å mislykkes; byråkratiet måles på det motsatte – ikke å mislykkes.

Går det bra?

Arild Haraldsen 24. januar 2013