

Direktoratet for e-helse

Saksnummer 21/ 761

Oslo 18.4 2022

Stratit ARILD HARALDSEN

Selvstendig næringsdrivende

Bølerveien 18

0690 Oslo

NY STYRINGSMODELL FOR EN SEKTOR I ENDRING

Direktoratet for e-helses forslag til ny styringsmodell bærer preg av mangel på fornyelse og nytenkning, og har et innadvendt perspektiv. Her kommer et alternativ.

Styringsmodell og e-helse-strategi

Direktoratet har pekt på at det i dag ikke er noen god og tydelig sammenheng mellom den nasjonale e-helsestrategien og den nasjonale styringsmodellen. E-helse-strategien påvirker i liten grad strategiske valg og prioriteringer, sier Direktoratet: «*Oppfølging av strategien oppleves som reaktiv*».

Utfordringen må derfor være å se en ny styringsmodell tettere opp til den [nye e-helsestrategien som kommer i 2023](#). Men da må både styringsmodellen og e-helse-strategien være kunnskapsbasert og ta høyde for de endringene som skjer innen helsemarkedet. Forslaget til ny styringsmodell gjør ikke det.

Et økosystem for styring

Helsesektoren er i sterk endring som følge av teknologiutviklingen, endringer i alderssammensetningen i befolkningen, nye brukerkrav og aktører. OECD skrev i sin rapport (2020) «Helse i det 21. århundre» at «*etablerte strukturer som lover, organisering, finansierings- og styringsmodeller er ikke tilpasset en digital virkelighet*». Tradisjonelle styringsformer kommer derfor til kort i møtet med endringene i helsemarkedet.

Endringene i helsesektoren skaper større gjensidig avhengighet mellom aktører på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer, og på tvers av offentlig og privat sektor. Nye digitale løsninger må utvikles på tvers av organisatoriske og profesjonelle linjer, og på tvers av horisontale og vertikale strukturer, mener OECD.

Hvordan få det til?

En styringsmodell som forsøker å fange inn denne problemstillingen, og som *staten nå anbefaler for bruk i sektorer i endring*, kan gi noen svar. Forunderlig nok er den modellen kun omtalt i en fotnote bakerst i høringsnotatet som Direktoratet har sendt ut. Den burde vært en hovedsak.

Modellen heter [Ny syntese](#) og bygger i all hovedsak på to elementer:

Den tar et oppgjør med den tradisjonelle rollen om å betrakte forvaltningen som enerådende for å forvalte allmenhetens beste og den kollektive interesse. For å løse samfunnsoppgaver i en digital verden, må flere aktører trekkes inn: «*Forvaltningens rolle bør være å styrke den kollektive kapasiteten til å oppnå resultater av høyere offentlig verdi til en lavere samlet kostnad for samfunnet på tvers av systemer og på tvers av generasjoner*».

Styringssystemene må bli dynamiske og sammensatte, sier modellen. En må trekke veksler både på etablerte styrings- og kontrollmekanismer, samtidig som en kombinerer dem med elementer som skaper teknologisk og sosial innovasjon. Hvordan kan offentlige myndigheter mobilisere andre aktører til å skape samfunnsresultater i fellesskap, er det sentrale spørsmålet. «*Ved å se bidraget fra det offentlige i en bredere kontekst av ønskede samfunnsresultater, og ved å gi borgere og andre aktører*

en aktiv rolle som verdiskapere, kan vi finne nye løsninger og oppnå mer - for en mindre samlet kostnad for samfunnet».

Dette bredere samfunnsperspektivet innebærer at:

- *Innbyggerne* er de viktigste bidragsyterne til god folkehelse; pasientene selv er en viktig ressurs til å utvikle nye digitale helsetjenester, etc.
- *Helsefaglig personell* er de viktigste driverne for endring
- *Helsenæringen* er den viktigste bidragsyter til teknologisk og sosial innovasjon
- *Forskningen* er en ressurs på flere områder, blant annet for å se sammenhengen mellom styringsmodell, digitalisering og strategiske beslutninger.

Dette vil i sum bidra til å snu den innadvendte holdning forvaltningen har til å løse sitt samfunnsoppdrag.

«Styringsmodellen» vil bestå av et økosystem eller nettverk av mange og samspillende arenaer, hvor ekstern involvering av forskningsmiljøer, helsefaglig kompetanse, helsenæringen og brukerne selv, er avgjørende. Dette økosystemet med ulike roller og kompetanser må samspille med de mer formelle (vertikale) strukturene. **Kunnskaps- og kompetansedeling mellom ulike fagmiljøer er helt sentralt i en slik modell.**

Forslaget til ny styringsmodell for e-helse tar ikke innover seg noen av disse aspektene. Forslaget er åpenbart basert på at det er *etterspørselssiden* (altså sektoren selv) som skal styre utviklingen, og ikke tilbudssiden. Uten tanke på at det er tilbudet som ofte skaper etterspørselen. Hvordan står dette i forhold til hva daværende helsepolitiske talsperson for Arbeiderpartiet – nåværende helseminister Ingvild Kjerkol - [sa i en debatt om helsenæringen](#) for noen år siden: «*Innovasjonen må komme fra private aktører, og ikke fra et direktorat*»?

Ny e-helse-strategi – et felles økosystem

Hva er sammenhengen mellom en slik tankegang om styringsmodeller i helsesektoren og behovet for ny e-helsestrategi?

Ny Syntese-modellen sier at sektorens tilpasningsevne til å møte nye utfordringer, er basert på to elementer: Evnen til å forutse nye problemer, og å etablere strukturer og systemer som både imøtekommer dagens behov samtidig som de er rustet til å møte fremtidens (uventede) utfordringer. «*Tilpasningsdyktighet er å gripe mulighetene midt i krisen*».

En må ha en fremtidsrettet e-helsestrategi som vil møte nye utfordringer på en smidig måte.

En ny e-helsestrategi må bygge på 3 sentrale grunnelementer som alle adresserer [svakhetene i nåværende strategi](#):

1. En videreutvikler arbeidet i Norsk Helsenett med å skape [digitale, åpne plattformer](#) basert på økosystemtenkning som grunnlag for kontinuerlig innovasjon:
 - Juridisk tilrettelegging av deling av data slik at data kan utnyttes til innovativt nye løsninger, bedre forskning, etc.
 - Etablering av åpne plattformer basert på økosystem-tankegang hvor de enkelte aktører kan legge inn sine løsninger, og hvor kravet til systemene er åpne API-er slik at en kan sikre tilgang til data i underliggende systemer.

- Utvikle forretningsmodeller slik at private aktører kommersielt kan utnytte sine løsninger til å skape en konkurransedyktig helsenæring – som et samlet Storting har sagt må være et mål.
2. Selve tjenesteutviklingen bør skje i samarbeid med eksterne og interne aktører basert på **nærhetsprinsippet**, altså at problemene løses der de oppstår og av fagfolk (helsepersonell og teknologer) i samarbeid – slik det skjedde under pandemien.
 3. En identifiserer **«livshendelser»** som fellesprosjekter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten f.eks. «fra svangerskap til fødsel», altså hendelser hvor stat og kommune må samarbeide på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer – slik Regjeringens digitaliseringsstrategi sier.

Både styringsmodellen og e-helsestrategien må være basert på økosystem-tankegang, være «smidig» i sin utforming, og ikke tilpasset en utdatert pre-digital fortid.

Hvorfor er ikke Ny syntese-modellen som DFØ anbefaler tatt i bruk for styringsmodeller i sektorer i endring, blitt lagt til grunn?

MVH

Arild Haraldsen