

Hørings svar 22/414 Ny nasjonal e-helse strategi

VISJONEN OM ET FREMTIDIG E-HELSE NORGE

Arbeidet med å utarbeide en ny nasjonal e-helsestrategi for tidsrommet 2023 – 2030, er nå i gang. Direktoratet for e-helse inviterer i disse dager til synspunkter på [sitt forslag til en slik strategi](#) med høringsfrist 1. oktober.

Forslaget har etter min mening store svakheter og mangler. Vi må nå imidlertid ikke gi slipp på muligheten til å skape et innbyggerdrevet helsevesen, utviklet gjennom privat-offentlig samarbeid, hvor norsk helsenæring og e-helseforskning er sentral, og med en styringsstruktur som gir digitaliseringen entydig retning og et løft i fellesskap.

Her er mitt forslag:

Bakgrunn

Helsesektoren er den sektor innenfor forvaltningen som har kommet kortest når det gjelder digitalisering. Samtidig preges sektoren av en rekke mislykkede IKT-tiltak og direkte skandaler.

Akson-prosjektet som skulle realisere visjonen om «Én innbygger –én journal», ble gjenstand for kraftig kritikk fra Riksrevisjonen og Stortingets kontroll- og konstitusjonskomite, og måtte stoppes. Arbeidet med Helseanalyseplattformen som skulle bidra til mer og bedre helseforskning, er satt på pause som følge av juridiske utfordringer etter Schrams II-dommen, etc.

Den nåværende nasjonale e-helsestrategi ble vedtatt i 2017. Målet var å skape felles retning og overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken med tilsvarende digitaliseringstiltak. Direktoratet for e-helse sier at det har de ikke lykkes med. Det er et gap mellom strategi og de faktiske handlingsplaner. «Eksisterende strategi påvirker i liten grad hvilke strategiske prioriteringer som blir tatt», sier Direktoratet for e-helse.

Situasjonen i 2017 er derfor den samme i 2022:

- Helseforetakene bruker penger ut fra egne prioriteringer og ikke ut ifra et helhetsperspektiv
- Det finnes ingen sammenhengende beskrivelse av ulike pasientforløp
- Det er fokus på behandling og ikke forebygging
- Det brukes for mye penger på fysisk infrastruktur (sykehus) i forhold til digital samhandling
- Det brukes for lite penger på kommunene hvor 90% av helsearbeidet skjer gjennom primærhelsetjenesten

Utfordringene understrekes av at det er en viktig strategisk forskjell mellom de to verdikjedene i helsetjenesten: Spesialisthelsetjenesten har høy kompetanse og ensartede prosesser, mens primærhelsetjenesten har lav kompetanse og et bredt spekter av tjenester.

Ny strategi 2023 - 2030

Det er derfor med store forventninger en leser Direktoratets forslag til [ny nasjonal e-helsestrategi](#). Forventningene blir snudd til skuffelse:

- Det inneholder ingen klare strategiske valg (ingen drøfting av konflikterende mål og behov)
- Den drøfter ikke åpenbare utviklingstrekk som vil ha betydning for strategien (f.eks. trusselen fra internasjonale aktører, og den betydning privat-offentlig samarbeid har for å demme opp for den utfordringen)
- Den inneholder ingen klar strategisk visjon (hvilket helsevesen vil vi ha)

- Den inneholder ingen markant ny styringsmodell for økt gjennomføringsevne (den drøfter ikke de nye styringsprinsippene som DFØ anbefaler for sektorer i endring).

Det skyldes ikke minst at det Kunnskapsgrunnlag som Direktoratet legger frem som underlag, har vesentlige metodiske mangler:

Hva er strategi?

Faglig sett gjør Direktoratet en alminnelig feil i sitt høringsdokument ved å gå direkte fra å beskrive **en visjon** til å foreslå (**strategiske**) **delmål** som kan realisere visjonen. En utelukker helt den **strategiske analyse** som skal lede frem til disse målene. *En strategi er å etablere det mønster som integrerer visjon, strategi og handlinger til en enhet.* I dette ligger både *konkretisering og prioritering*, men også hvordan sektoren kan sette strategien ut i praktisk handling (*gjennomføringsevne*).

La meg ta noen eksempler:

Direktoratet sier at et strategisk delmål er *aktiv medvirkning i egen og næres helse*. Det er et godt mål: Flere undersøkelser viser nemlig at **pasienters selvbehandling** ved bruk av IKT, reduserer kostnadene drastisk, samtidig som kvaliteten går opp. Men hva hjelper det når **finansieringsmodellen** tilsier at pasientene må være innlagt på sykehus?

Direktoratet sier at et strategisk delmål er at *helsesdata må være tilgjengelig for helsepersonell og pasienter når de trenger det*. Et godt mål. Men hva hjelper det når deling av data møter på mange **strukturelle utfordringer og styringslinjer, finansieringsmodeller og juridiske barrierer?**

Direktoratet sier at samarbeid som styrker gjennomføringskraften, er et sentralt strategisk mål. Men hva hjelper det når det mest sentrale virkemiddelet – en nasjonal styringsmodell – ikke tar innover seg hvordan sektorer i endring må ha en mer dynamisk styringsstruktur som også involverer eksterne aktører.

Det er slike typer innebygde motsetningsforhold som må analyseres og diskuteres, før strategien kan gis et meningsfullt innhold som grunnlag for konkretisering og prioritering.

Hva er en visjon?

Høringsdokumentet åpner med å beskrive en visjon for e-helse Norge: «*Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring*». Selv om disse ordene får et mer konkret innhold i den etterfølgende tekst – bl.a. om behovet for sammenhengende tjenester – vil nok dette for de fleste bli ord som gir liten mening.

Erfaringene med Akson-prosjektet er at slike formuleringer, gir liten konkret retning på strategien. Samtidig gir det underlagsmaterialet som Direktoratet presenterer et godt grunnlag for en mer konkret og retningsgivende visjon, som jeg vil komme tilbake til.

Hva er en strategisk posisjonering?

En strategisk posisjonering innebærer å være i forkant av utviklingen. Skal strategien være basert på transaksjonseffektivitet eller innovasjon; for det norske eller det internasjonale markedet?

Valg av strategisk posisjon innebærer at en må bestemme seg for hvilket helsevesen vi egentlig vil ha:

- Verdens mest kostnadseffektive helsevesen gjennom digitalisering?
- Verdens mest innovative helsevesen som står for nyutvikling av produkter og legemidler?
- Samarbeid og samspill med forskning og norsk helseindustri om utvikling av helsetjenester?

- En ledende internasjonal aktør i samarbeid med nasjonale helseleverandører?

Ikke noe av dette diskuteres i Direktoratets høringsforslag.

Nå-analyse med store svakheter

Som kunnskapsgrunnlag har Direktoratet fått utarbeidet en nå-analyse som oppsummeres i en SWOT-analyse.

Trusselbildet

I trusselbildet blir ikke trusselen fra de store teknologiselskapene nesten ikke nevnt. Det er ett faktum at de store tech-selskapene – Google, Facebook, Apple og Amazon - daglig innhenter helsedata om oss. Som konsekvens er de i ferd med å utvikle persontilpassede helsetjenester globalt, og hvor Norge av mange grunner er et interessant marked. Et eksempel: Google utviklet under pandemien en Fitbit-studie for å forutse covid19-sykdom ved hjelp av [Fitbit armbånd](#).

Til tross for at mange ser dette som den største utfordringen for et norsk helsevesen på sikt, og at dette vil kunne føre til et delvis uregulert marked for helsetjenester uten personvern og kontroll med helsedata, nøyer utredningen seg med å si «*Big Tech er forventet å øke sin tilstedeværelse i helse og omsorgssektoren*».

Mulighetsbildet

I mulighetsbildet nevnes kort behovet for «*økt innovasjon ved å bygge økosystem med aktører fra forskning og næringsliv*». Den sier også at «*et bærekraftig leverandørmarked vil være viktig for å lykkes med digitalisering i sektoren. Den nye e-helsestrategien vil derfor vie plass til forskning, innovasjon og næringsutvikling*».

Men den drøfter ikke hvilken betydning dette vil ha for fremtidens e-helsemarked i Norge. Solberg-regjeringen la frem en [Stortingsmelding om dette i 2018](#), hvor de sier «*bedrifter som ønsker å levere til, og samarbeide med, den offentlige helse- og omsorgssektoren, bør ha innsikt i sektorens behov og levere løsninger som bidrar til bærekraft*».

Stortingsmeldingen bygget på en utredning om [hvilken verdi den nasjonale helsenæringen har](#), hvor poenget ikke bare var hvilken verdiskaping næringen hadde i seg selv, men også på «*næringens betydning for økt kvalitet og effektivitet i helsesektoren og på brede samfunns effekter, som styrket livskvalitet og økt deltakelse i arbeidslivet*».

Ikke noe av dette blir nevnt eller drøftet i kunnskapsgrunnlaget.

Svakheter

Den største svakheten, sier utredningen, er mangelen på en innovativ helsetjeneste som setter innbyggeren i sentrum.

Riktignok er det gjort viktige fremskritt innen dette området de senere årene, men det er fortsatt geografiske forskjeller i tjenestetilbudet. «*Området må videreutvikles ytterligere, og vil være sentralt for å kunne bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*», sier utredningen, og legger til «*Innovasjon og tilpasningsmuligheter avhenger av et bærekraftig leverandørmarked*.»

Fremtiden er usikker. Men en ting vet vi med sikkerhet. SSB la nylig frem en prognose om [nasjonale befolkningsframskrivninger frem til 2060](#). Den konkluderte med at selv om mye er usikkert, er en ting helt sikkert: Eldrebølgen vil ikke forsvinne. «*Det vil bli flere eldre i befolkningen, og antallet personer som er 70 år eller eldre forventes å nesten dobles innen 2060*».

Forslag til ny strategi

Dette er et «funn» som burde være førende for en ny nasjonal e-helsestrategi:

Det vil i første rekke bety at det er omsorgstjenester og velferdsteknologi som vil stå for den største belastningen i årene fremover. Det må medføre at midler må gå fra spesialisthelsetjenesten til pleie- og omsorgstjenesten. Konkurransen med utenlandske aktører vil tvinge frem differensiert og persontilpasset medisiner og behandling. Det vil bli satt inn større ressurser på forebygging enn behandling. Helsepersonell vil få en mer veiledende enn behandlende rolle. Privat – offentlig samarbeid vil få større betydning, og den offentlige forskning vil spille en større rolle. Statens rolle blir av mer tilretteleggende karakter med fokus på krav til standarder, felles terminologi og utbygging av infrastruktur gjennom Norsk Helsenett.

Men for å oppnå dette må en bygge videre på det Direktoratet mener er vårt komparative fortrinn: Felles grunnmur som legger til rette for enkel og sikker samhandling på tvers av virksomheter. Dette gjelder bl.a. standardisering og normering, felles språk og grunndata.

Denne strategien underbygges av FNs bærekraftsmål som retningsgivende for digitaliseringen innen e-helse-området:

- *God helse og livskvalitet* skal bidra til å møte utfordringen om å skape en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste
- En solid infrastruktur, bærekraftig industrialisering og innovasjon er viktig for å *reducere de sosiale ulikhetene i helsetjenestene*
- *Samarbeid om å nå målene* innebærer en endret styringsmodell for helsesektoren

Men samtidig gir Direktoratet her seg selv en stor utfordring fordi denne type tenkning er nesten helt fraværende i besluttede organer i helsesektoren. «*Utfordringen ligger i at bærekraft hovedsakelig blir snakket om indirekte og lite konkret. Moderniteten er fortsatt lav når det gjelder å konkretisere arbeidet i spesifikke mål og rapportering*».

Da gjenstår to spørsmål: Hvilken strategi skal velges, og hvordan skal den gjennomføres?

En helhetlig strategi

Som nevnt legger ikke Direktoratet frem noen helhetlig strategi som forener visjon, strategi og gjennomføringsevne. I stedet nevner de noen strategiske delmål, med tilhørende måleindikatorer.

Mer interessant er de 4 scenarier som presenteres. Det mest interessante scenariet er også det mest radikale: «*Innbyggeren velger*». I dette scenariet har samfunnet gjennomgått en gjennomgripende digital transformasjon med høy endringstakt, og det er et bredt økosystem av aktører som tilbyr helse- og omsorgstjenester.

Ut ifra dette scenariet og de strategiske analyser jeg har nevnt ovenfor, kan en mer helhetlig strategi presenteres hvor en ser en *konkret visjon, strategi og styringsmodell i sammenheng*.

Visjonen:

- Pasienten blir selv innovatør, produsent og utvikler av nye helsetjenester
- Behandlingen og medisineren blir persontilpasset
- All finansiering av helsetjenester går til pasienten gjennom kommunen
- Kravspesifikasjonenes tid er forbi; all utvikling blir smidig og behovsdrivet
- Kunstig intelligens brukes til å planlegge for innleggelse, utskriving og ledig kapasitet

- Genteknologi fører til økt fokus på forebygging fremfor symptombehandling

Strategien blir at utvikling av offentlige helsetjenester skjer av den norsk-baserte helsenæringen i samarbeid med det offentlige helsevesenet. Offentlig forskning får en større rolle og staten som sådan blir tilrettelegger av nye tjenester.

Gjennomføring

Direktoratet skriver i sitt høringsinnspill: «*Rollen til nasjonal e-helsestrategi er å sette felles langsiktig og forutsigbar retning for digitalisering på tvers av aktørene i helse- og omsorgssektoren. Samtidig må strategien være dynamisk med nødvendig tilpasning og justering underveis i takt med endringer av behov i sektoren og i omgivelsene*». (Min utheving).

Men gjennomføring og etterlevelse av den forrige nasjonale e-helsestrategien fra 2017, har feilet. Direktoratet sier i klartekst: «*E-helsestrategien (fra 2017) påvirker i liten grad hvilke valg som blir tatt i dag*».

Det er i hovedsak 3 grunner til det:

- *Aktørbildet er broket*. Sektoren har en fragmentert beslutningstaking som gjør det vanskelig å foreta strategiske prioriteringer. Uklare styringslinjer bidrar til å svekke potensialet til, og effekten av, strategien.
- *Uklare roller og ansvar*. Det er utydelig hvem som har hvilke roller og ansvarsområder i forbindelse med oppfølging- og utvikling av nye nasjonale prosjekter og løsninger.
- *Manglende involvering av innbyggere og næringsliv*. Helsesektoren definerer innbyggerne som mottakere av helsetjenester, og som med-produsenter av slike tjenester.

Alle disse punktene kan løses ved en ny nasjonal styringsmodell:

Nye styringsprinsipper i forvaltningen

Nyere styringsprinsipper for offentlig sektor legger til grunn at tradisjonelle styringsformer kommer til kort i møtet med endringene i helsemarkedet. Større gjensidig avhengighet mellom aktører på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer, og på tvers av offentlig og privat sektor, er den største utfordringen. En ny nasjonal styringsmodell må ta opp i seg at strategien må utvikles på tvers av organisatoriske og profesjonelle linjer, på tvers av horisontale og vertikale strukturer, og på tvers av privat og offentlig sektor

Direktoratet for økonomistyring (DFØ) har anbefalt en slik modell som heter [Ny syntese](#). Modellen 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*».

Som følge av dette må styringssystemene bli dynamiske og sammensatte. En må trekke veksler både på etablerte styrings- og kontrollmekanismer, samtidig som en kombinerer det med elementer som skaper teknologisk og sosial innovasjon. «*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 i å se sammenhengen mellom styringsmodell, digitalisering og strategiske beslutninger.

En styringsmodell for å kunne etablere større gjennomføringskraft for en ny e-helsestrategi må være basert på evnen til å forutse nye problemer, og til å etablere strukturer og systemer som både imøtekommer dagens behov samtidig som de er rustet til å møte fremtidens (uventede) utfordringer.

Skal en nasjonal styringsmodell ha gjennomføringskraft må derfor forskningsmiljøer, helsefaglig kompetanse, helsenæringen og brukerne selv, delta i styringsmodellen. Kunnskaps- og kompetanseutvikling mellom ulike fagmiljøer er helt sentralt i en slik modell.

En må ha en like «smidig» nasjonal styringsmodell som en «smidig» nasjonal e-helsestrategi.

Konklusjon

Forslaget til ny nasjonal e-helsestrategi som Direktoratet for e-helse nå legger ut til høring, feiler på flere punkter. Forslaget er verken ambisiøst eller helhetlig. Den tar ikke innover seg de viktigste utviklingstrekkene – og utfordringene – norsk helsevesen står overfor i tiden fremover. Den tar heller ikke hensyn til de nye styringsprinsippene som DFØ foreslår for sektorer i endring.

Forslaget bør bli gjenstand for en bredere offentlig debatt enn det høringsprosedyren legger opp til.

Arild Haraldsen