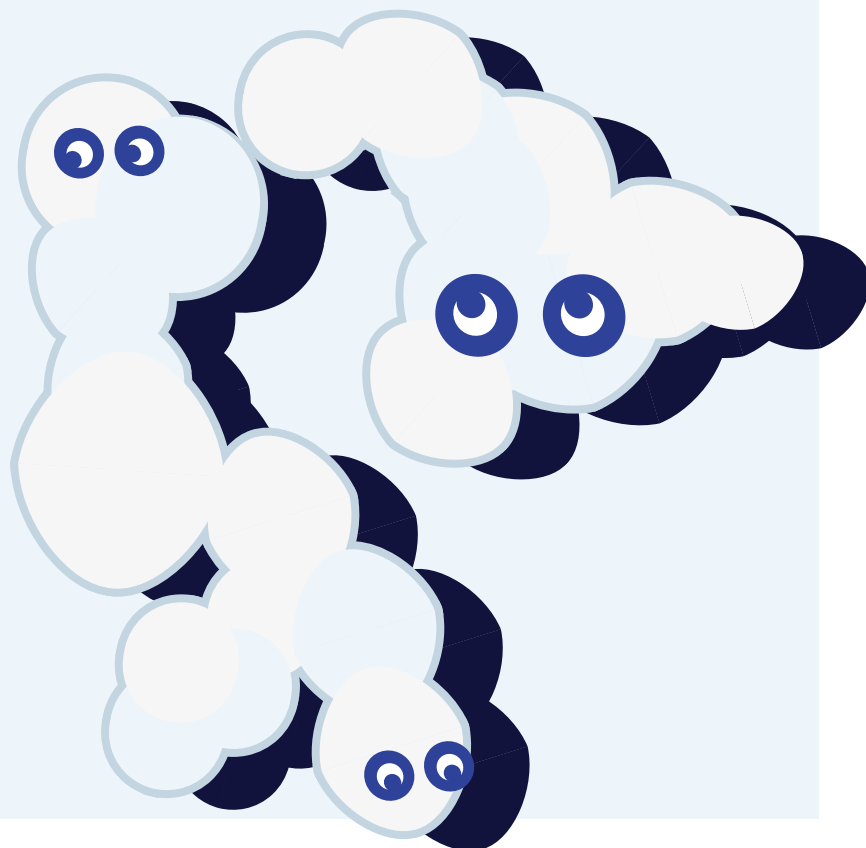


HELSEVESENET MÅ UTVIKLE UTEN Å UTVIDE

– En rapport basert på intervjuer med de som står midt oppi det

Ni utfordringer
i helsevesenet,
og innspill til
hvordan løse
dem



bouvet

2023

VI GÅR FORAN OG BYGGER
FREMTIDENS SAMFUNN



Skrevet av:

Åsmund Mæhle, Bouvet
Tone Dalen, Bouvet

2023

Last ned her



bouvet

INNHold

Sammendrag	6
1 Innledning	9
1.1 Innovasjon i helsevesenet	10
1.2 Vår rolle	11
2 Metode – hvordan vi har jobbet	12
3 Barrierer og suksessfaktorer for innovasjon og nyskaping	13
3.1 Behov for nytt regelverk, ny organisering og nye arbeidsformer	14
3.2 Vanskelig datadeling på tvers av forvaltningsnivåer og tjenester	17
3.3 Finansieringsmekanismer som ikke fremmer nyskaping	18
3.4 Drift trumfer utviklingsarbeid	19
3.5 Behov for endringsledelse og innovasjonsprosesser	20
3.6 Varierende kultur for innovasjon	22
3.7 Nye krav til ledelse	23
3.8 Behov for arenaer for læring og utvikling	24
3.9 Dårlige erfaringer fra tidligere endringer	26

4	Suksesshistorier	28
4.1	Cellegift i magetaske gjør at pasienter kan bo hjemme	28
4.2	Sykepleiere på hjul	29
4.3	Langvakter gjør at bemanningskabalen går opp	29
4.4	Kols-pasienter slipper stadige turer til sykehuset	30
4.5	Med pasientjournalen i lomma	30
5	Noen veier videre	31
5.1	Pasienten i sentrum i stedet for pasienten som pakke i et forløp	31
5.2	Bedre deling av data	33
5.3	Kompetanse på designmetodikk og endringsledelse	35
5.4	Tjenstedesign for å identifisere tiltak og endringer	39
5.5	Samspill på tvers av offentlig hjelpetilbud, frivillighet og pårørende	42
6	Oppsummering	45
	Sluttnoter	48

Sammendrag

Helsepersonellkommisjonen la i februar 2023 fram sin rapport *Tid for handling*. Der slår de fast at den demografiske utviklingen i Norge fører til at vi må videreutvikle helsetjenestene våre uten å tilføre flere ansatte. I framtida vil det bli flere pasienter per ansatt i helsevesenet. Dette tvinger fram nye måter å jobbe på. Er helsevesenet rustet til å gjennomgå slike endringer? Hva er barrierene og suksessfaktorene? *Tid for handling* sier behovet for digital kompetanse, men det står ikke like mye om behovet for innovasjons- og endringskompetanse.

Vi har intervjuet 11 personer som har kjent utfordringene på kroppen. Vi har spurt dem om hvilke endringer de mener det er behov for, og hva de tenker er de største barrierene for utvikling. Svarene kan oppsummeres i ni utfordringer:

- 1. Helsevesenet er fragmentert**
Det er behov for nytt regelverk, ny organisering og nye arbeidsformer. Det må bli bedre samspill mellom forvaltningsnivåene, og det må gjøres noe med oppgavefordelingen mellom profesjonene. Det er også potensiale for å bruke ressursene som pasienten selv og sivilsamfunnet innehar.
- 2. Data følger ikke pasienten**
Juss og organisering er til hinder for deling av data om pasienten på tvers av virksomhetsgrenser. I tillegg er det tekniske barrierer og mangel på muligheter for å gi samtykke til deling. Dette truer pasientsikkerheten.
- 3. Får ikke betalt for å tenke nytt**
Flere av informantene trekker fram at dagens finansieringsordning gjør det vanskelig å organisere helsetjenestene på nye måter. Dessuten er mange innovasjonstiltak prosjektfinansiert, noe som skaper administrative kostnader og motvirker at endringene blir varige.
- 4. Daglig drift trumfer utviklingsarbeid**
Travle dager og trange budsjetter gjør det vanskelig å prioritere utviklingsarbeid og kompetansebygging. Der det er størst behov for endringer er det ofte minst rom for å få det til.

5. **Kan ikke baseres på ildsjeler**
Det er mangel på kompetanse på innovasjon, designmetodikk og endringsledelse. Innovasjon blir ofte drevet av ildsjeler, og det jobbes sjelden systematisk med innovasjonsarbeid og utprøving av nye arbeidsformer.
6. **«Konservative» fagmiljøer**
Mange miljøer i helsevesenet har ikke en kultur som fremmer innovasjon. Det er en sterk tradisjon for medisinsk innovasjon, men ikke i samme grad en kultur for å utforske nye arbeidsformer eller digitale løsninger.
7. **Fra styring til støtte**
Med høyere endringstakt er det behov for støttende ledelse og ikke bare styrende ledelse. Måten ledelse utøves støtter opp om effektiv produksjon, men ikke nødvendigvis en hverdag med stadig høyere endringstakt.
8. **Behov for arenaer for læring og utvikling**
Flere av informantene trekker fram verdien av gode arenaer for læring og erfaringsdeling. Informantene peker på at læring på arbeidsplassen gir økt trivsel og bidrar til å beholde ansatte.
9. **Dårlige erfaringer fra tidligere endringer og digitaliseringsprosjekter**
Flere informanter pekte på negative erfaringer med nye datasystemer som er lite brukervennlige. Det vises også til en endringstrøtthet med utgangspunkt i prosjekter der de ansatte ikke så verdien av endringene som ble gjennomført.

Til tross for disse utfordringene er det mange spennende innovasjons- og endringsprosjekter som gjennomføres i norsk helsevesen. I rapporten forteller vi historiene om fem slike endringer.

Med utgangspunkt i våre egne fagområder peker vi på et sett av tiltak som vi mener vil føre helsevesenet i riktig retning:

- **Fra samleband til samhandling med støtte av teknologi**
Det er tradisjon for å se på helsevesenet som en «fabrikk» der pasienten effektivt skal ledes gjennom ulike behandlere i et forløp. For mange pasientgrupper bør det innføres tverrfaglige vurderinger der behandlere *sammen* kan vurdere pasienten. Teknologi kan understøtte en slik arbeidsform gjennom datadeling, bruk av video og VR-teknologi.
- **Bedre deling av data**
Det er fortsatt store tekniske, organisatoriske og juridiske hindre for å dele data på tvers i helsevesenet. Disse hindrene må bygges ned. Standardisering av begreper vil også bidra til bedre flyt av data. I tillegg er det viktig at data følger pasienten.
- **Økt kompetanse på designmetodikk og endringsledelse**
Flere helseforetak og kommuner har sett behovet for å ha kompetanse på designmetodikk og endringsledelse i egne rekker. Dette arbeidet mener vi bør styrkes ytterligere. Det er mange eksempler på endringsprosesser som ikke gir de ønskede resultater fordi innføringsløpet ikke har blitt gjennomført på en god måte.

- **Mer bruk av tjenstedesign**

I tjenstedesign settes brukeren i sentrum når man utvikler tjenester. Tjenstedesign legger også opp til en tverrfaglig prosess der ulike fagpersoner og andre berørte involveres i prosessen. Vi mener økt bruk av tjenstedesign vil gi et sterkt positivt bidrag til utviklingen i helsevesenet. I rapporten presenterer vi et eksempel på vellykket bruk av denne metodikken.

- **Mobilisering av frivilligheten, pårørende og pasienten selv**

Det offentlige helsevesenet kan ikke løse alle helseutfordringer alene. Det kreves et bredere perspektiv der også andre deler av storsamfunnet, inkludert frivilligheten, pårørende og innbyggeren selv bidrar. For å mobilisere disse ressursene er det ikke nok å vedta strategier, budsjetter og regelverk. I rapporten løfter vi fram rammeverket *Ny syntese* som et slik bredere perspektiv på komplekse samfunnsutfordringer.

Pandemien viste at vi trenger noe mer enn nye datasystemer

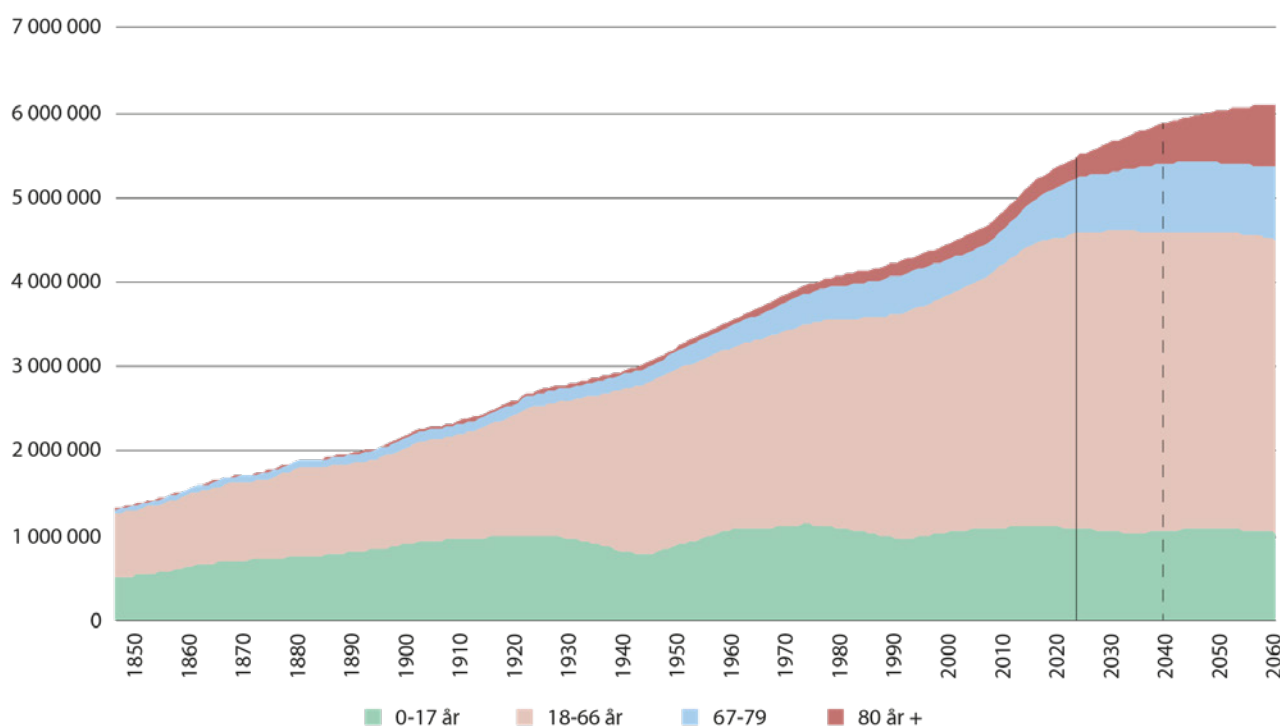
I pandemien viste norsk helsevesen at store endringer kan gjennomføres på kort tid med suksess. Mangelen på helsepersonell er også en krise, men her har vi ikke i samme grad en felles kriseforståelse. Helsepersonellkommisjonen beskriver behovet for digital kompetanse som et av sine tiltak, men vi mener det trengs også kompetanse på hvordan man gjennomfører innovasjons- og endringsarbeid på en strukturert måte. En digital transformasjon er så mye mer enn å bygge og ta i bruk nye datasystemer. Det handler om å legge om tjenester og arbeidsformer slik at man drar nytte av de nye mulighetene – noe pandemien «tvang» oss til, men som nå oppleves mindre presserende.

1 Innledning

I februar 2023 la den regjeringsoppnevnte Helsepersonellkommissjonen fram sin rapport *Tid for handling*¹. Den beskriver demografi-utviklingen i Norge og slår fast at videre-utviklingen av norsk helsevesen må skje uten at det vil være mulig å tilføre mer helsepersonell. Bakgrunnen er at antall yrkesaktive i Norge vil synke i årene som kommer. Det er dermed ikke flere folk å ta av hvis man ikke skal ramme andre deler av samfunnet. Kommissjonen mener det ikke er ønskelig å løse behovet ved å importere arbeidskraft fra utlandet. I Norge er en stor andel av befolkningen sysselsatt i helsesektoren sammenlignet med i andre land. Andelen ansatte i helse- og omsorgssektoren i Norge er tredoblet siden tidlig på 1970-tallet.

Med flere eldre og pleietrengende blir det ifølge Helsepersonellkommissjonen færre ansatte per pasient. De foreslår tiltak innenfor områdene organisering, arbeidstid, kompetanse, prioriteringer, digitalisering og oppgavedeling.

Situasjonsbeskrivelsen viser at det er behov for en radikal omstilling av helsevesenet, og at man må jobbe på helt nye måter. Det blir derfor viktig at helsevesenet har evne til innovasjon, klok digitalisering og nye arbeidsformer. I denne rapporten oppsummerer vi utfordringer, suksessfaktorer og barrierer knyttet til disse endringene. Vi kommer også med noen forslag til veien videre med utgangspunkt i våre fagområder.



Figuren viser hvordan alderssammensetningen i befolkningen har utviklet seg og hvordan den er forventet å utvikle seg videre fram til 2040. Kilde: Tid for handling.

1.1 Innovasjon i helsevesenet

Diskusjonen om innovasjon i offentlig sektor generelt og i helsevesenet spesielt er ikke ny. I 2011 la et regjeringsoppnevnt utvalg fram en rapport om innovasjon i omsorg². I innledningen skriver de:

«Innovasjon og omsorg er ord hentet fra to ulike verdener. Mange vil nærmest oppfatte dem som ild og vann, og derfor være skeptiske til å stille disse begrepene sammen. Et slikt begrepspar har imidlertid en spenning i seg som både påkaller nysgjerrighet og utfordrer til å tenke nytt. Innovasjon er et begrep for forandring og nyskaping med relevans på alle livets og samfunnets områder.»

Utredningen skriver videre:

«Innovasjon er alltid eksperimenterende, og forutsetter risikovillighet. Innovasjon er ikke å lete etter beste praksis, men hele tiden hva som kan bli en bedre neste praksis. Det er et begrep for forandring, men bare en forandring som skaper merverdi ut fra det virksomheten har som formål.»

I 2019 la Solberg-regjeringen fram en stortingsmelding om innovasjon i offentlig sektor³. Der snakker de om viktigheten av en innovasjonsvennlig kultur som én sentral forutsetning for innovasjon. Kultur forstås i denne meldingen som den samlede adferd på et arbeidssted, og dermed som en kombinasjon av blant annet ferdigheter, holdninger og verdier.

Stortingsmeldingen skriver også at for å lykkes med innovasjon er det en fordel å ha fagkunnskap, ferdigheter og kjennskap til arbeidsmetoder som kan fremme innovasjon.

Kompetanse på metoder for innovasjon trekkes altså fram som viktig.

Det er også de siste årene opprettet flere ordninger og kompetansemiljøer som skal stimulere til innovasjon i offentlig sektor generelt og i helsesektoren spesielt.

*Stimulab*⁴ er en ordning drevet av DOGA og Digitaliseringsdirektoratet som bidrar både med penger og kompetanse til offentlige virksomheter som vil jobbe med tjenstedesign og innovasjon. *InnoMed*⁵ er en nasjonal kompetansetjeneste for behovsdrivet tjenstedesign i helse- og omsorgssektoren etablert av Helse- og omsorgsdepartementet. Stimulab og InnoMed er arenaer der leverandørmarkedet er til stede og bidrar. Health2B er et nettverk for offentlig-privat samarbeid i helsesektoren. Det finnes også flere regionale arenaer for innovasjon innenfor helse. Et eksempel på dette er *Helseinn* som har innovasjonsverksteder i fire kommuner i Innlandet. De har partnere i offentlig privat og frivillig sektor.

Flere helseforetak har også etablert egne innovasjonsavdelinger for å fremme innovasjonsarbeid.

Mange ansatte i helsevesenet forbinder innovasjon med medisinsk-faglige nyvinninger. De tenker da på nye legemidler, behandlingsformer eller medisinsk-teknisk utstyr. I denne rapporten er vi først og fremst opptatt av innovasjon i form av nye arbeidsformer/prosesser, nye måter å organisere helsetjenester, nye måter å tilby helsetjenester og digital transformasjon (nye måter å jobbe og samhandle som muliggjøres av digitale verktøy).

1.2 Vår rolle

Bouvet har som visjon å gå foran og bygge framtidens samfunn. Det innebærer også at vi ønsker å bidra til positiv utvikling av helsevesenet. Gjennom denne rapporten ønsker vi å sette søkelys på hvordan vi kan bruke digitalisering, designmetodikk og endringsledelse for å fremme innovasjon og nye måter å jobbe på i sektoren.

Bouvet er et norsk konsulentselskap innenfor digitalisering, rådgivning og kommunikasjon. Våre 2100 konsulenter jobber mye med innovasjon- og endringsarbeid i alle sektorer av samfunnet. Vi bistår helsevesenet i alle deler av landet med tjenesteutvikling og digitalisering.

I denne rapporten har vi intervjuet folk som jobber med å levere helsetjenester til innbyggere og som kjenner situasjonen på kroppen hver eneste dag. Vi har spurt dem om hva som er suksessfaktorene og barrierene for endring og nyskaping. Og vi har spurt: «Hvordan skal vi utvikle helsevesenet videre uten å bruke flere folk?»

Målet er at denne rapporten kan bidra til debatten om hvordan vi skal utvikle helsevesenet.

2 Metode – hvordan vi har jobbet

For å samle data til denne rapporten har vi gjennomført 11 dybdeintervjuer med personer som står i endringsprosesser eller er pådrivere for endringsprosesser. Informantene har erfaring fra ulike deler av landet. Fem av dem har primært jobbet i kommunehelsetjenesten, mens fem har sin erfaring fra spesialisthelsetjenesten. Fire av informantene er leger, fire er sykepleiere, og en er utdannet innenfor ambulansesfag. En av sykepleierne, Torbjørn Solberg, er forbundsstyremedlem i Norsk Sykepleierforbund. Han var medlem av Helsepersonellkommisjonen og jobber til daglig som virksomhetsleder i den kommunale helsetjenesten i Bodø. De øvrige er ikke navngitt i rapporten.

I tillegg har vi intervjuet teknolog Tor Sætrang som har lang erfaring når det gjelder velferdsteknologi. Han jobber nå med koordinering av velferdsteknologi i Innlandet. Vi har også intervjuet Robert Steen som er tidligere helsebyråd i Oslo med lang fartstid fra digitaliseringsarbeid i helse- og omsorgssektoren.

Etter å ha transkribert intervjuene har vi sortert momentene etter tema. Dette er utgangspunktet for de ni hovedutfordringene som er beskrevet i kapittel 3.

Vi har også fått gode innspill fra kolleger i Bouvet med lang erfaring fra helsevesenet.

3 Barrierer og suksessfaktorer for innovasjon og nyskaping

Gjennom intervjuene har vi fått mer innsikt i hvordan informantene opplever innovasjon og forbedringsarbeid i helsevesenet. I dette kapitlet presenterer vi barrierer og suksessfaktorer som informantene delte med oss. Vi har gruppert funnene rundt ni utfordringer knyttet til innovasjon og endringsarbeid:

1. Det er behov for nytt regelverk, ny organisering og nye arbeidsformer
2. Datadeling på tvers av forvaltningsnivåer og tjenester er vanskelig
3. Finansieringsmekanismer fremmer ikke nyskaping
4. Daglig drift trumfer utviklingsarbeid
5. Det er mangel på kompetanse på innovasjon, designmetodikk og endringsledelse
6. Mange miljøer har ikke en kultur som fremmer innovasjon
7. Måten ledelse utøves støtter opp om effektiv produksjon, men ikke en hverdag med stadig høyere endringstakt
8. Det er behov for arenaer for læring og utvikling
9. Mange har dårlige erfaringer fra tidligere endringer og digitaliseringsprosjekter

3.1 Behov for nytt regelverk, ny organisering og nye arbeidsformer

«For digital hjemmeoppfølging stanger vi i den katastrofen at vi har fragmentert helsevesenet så til de grader. Hvis en person trenger trygghets- og varslingsteknologi, så har kanskje NAV vært der allerede med hjelpemidler. Så kom fastlegen, kommunen og deretter spesialisthelsetjenesten inn til den samme pasienten. De har ulike begreper og gjenkjenner ikke at man driver med de samme tingene. Vi har ulikt regelverk, ulik finansiering, og ulike kompetansekrav i disse etatene. Det blir veldig tydelig når vi driver med digital hjemmeoppfølging at vi har organisert oss på feil måte.»

Koordinator for velferdsteknologi



Flere av informantene hevder det er store utfordringer med å få til nødvendige endringer med dagens organisering der det er en statlig helsetjeneste, kommunal helsetjeneste i 356 ulike kommuner, selvstendig næringsdrivende fastleger samt legevakt, helsehus og lignende. Denne organiseringen fører til fragmentert ansvar og pasientoppfølging ifølge flere av informantene. Robert Steen, tidligere helsebyråd i Oslo kommune, sier: «Helse er enda mer fragmentert enn resten av offentlig sektor. Og helsetjenestene treffer oss gjennom hele livet.»

Flere nevner at lovverket er et reelt hinder for nyskaping og innovasjon i helsevesenet. «Vi må oppdatere lovverket slik at det støtter det vi jo egentlig er enige om. Vi har et lovverk som hindrer deling av data og medisinsk overvåking av pasienter uten samtykkekompetanse. En-til-en-oppfølging fra en pleier er jo egentlig veldig inngripende, men er definert som mindre inngripende enn sensorer som rapporterer pasientens tilstand. I stedet for å oppdatere jussen, så prøver man å lage en løsning innenfor gjeldende rett», sier Tor Sætrang, koordinator for velferdsteknologi.

Samspill mellom forvaltningsnivåer og tjenestetilbydere

Mange av informantene snakker om et problematisk samspill mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre som leverer tjenester.

«Det er ofte snakk om hvem som skal betale for løsninger hjemme hos pasienten, som for eksempel trygghetsalarm. NAV har et regelverk som sier at hvis du skal få et hjelpemiddel fra dem, så er det fordi du skal mestre livet ditt sammen med dine nærmeste. Hvis jeg skal være berettiget for å få trygghetsalarm fra NAV, så er det bare kona og barna mine som kan motta alarmer fra den. Om den kommunale omsorgstjenesten også skal kunne støtte og samhandle med disse, kan ikke brukeren få denne fra NAV», forteller koordinatoren for velferdsteknologi.

Den tidligere helsebyråden fortalte at kommunen ønsket å la kommunale jordmødre bistå kvinner de hadde fulgt opp i svangerskapet også når de kom på fødestua. Dette ville avlaste det statlige sykehuset. Initiativet strandet

imidlertid på grunn av juss og utfordringer med å plassere ansvar hvis noe skulle gå galt.

En fagutviklingssykepleier i spesialisthelsetjenesten peker på noen utfordringer med implementering av digital hjemmeoppfølging gitt den nåværende organiseringen. «Før vi kan begynne å tenke på digital hjemmeoppfølging, så må det finnes systemer som gjør det mulig. Hvis ikke blir det et prosjekt som bare følges opp av spesialisthelsetjenesten. Ett av sykehusene fikk pasientene til å registrere data i en app når de var hjemme, men effekten ble redusert fordi de ikke fikk kommunen på banen.»

En lege som jobber på sykehus trekker også fram en annen utfordring knyttet til de to forvaltningsnivåene som dreier seg om kommuneøkonomi: «Kommunene har ikke råd til å ta seg av de mest komplekse pasientene, så de prøver å skyve pasientene til en annen kommune».

Andre nevner at tunge beslutningsprosesser gjør det krevende å få til innovasjon og nyskaping i store kommuner. «Kommunen er tungrodd når det kommer til endringer. Det er mange ledd man må gjennom», sier en kvalitets-sjef på sykehjem.

Flere av informantene beskriver behovet for bedre samspill mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og peker på behovet for en mer helhetlig tilnærming. En psykiater sier: «Det er mye som spiller inn for komplekse pasienter: somatikk, psykiatri, samspill med hjelperne, boforhold, samtykkekompetanse og at de er eldre.»

«Vi er veldig sektoriserte og fokusert på ansvarslinjer. Hvem som har ansvar for hva. Advokatene kommer inn på banen. Hva hvis det skjer noe og noen blir saksøkt? Hvem skal betale, hvis de er ansatt i kommunen og har gjort en feil mens de er på en statlig tjeneste?», sier tidligere helsebyråd.

«Kommunal helsehjelp er en utgift, sykehus har inntektsbringende oppgaver», mener Torbjørn Solberg, forbundsstyremedlem i Norsk Sykepleierforbund. Han sier videre «I Finland er det kommunene som eier sykehusene. Hos oss sier vi at det er helt umulig.»

«Det bør kun være ett offentlig, statlig forvaltningsnivå i helsevesenet», hevder sykehuslegen.

Alle informantene ser behovet for mer forebyggende arbeid og for bedre ressursutnyttelse i kommunehelsetjenesten. Tanken er at dette kan redusere belastningen i spesialisthelsetjenesten, og samtidig gi bedre helse til befolkningen.

Oppgavedeling mellom profesjonene

I *Tid for handling* pekes det på at de ulike helseprofesjonene må ha en annerledes oppgavedeling enn i dag for å møte fremtidens utfordringer. Forskjellige helseprofesjoner kan være motvillige til å gi fra seg eller overføre oppgaver til andre profesjoner fordi de kan være bekymring for tap av autoritet, redusert jobbsikkerhet eller en oppfatning om at visse oppgaver krever spesifikk ekspertise.

Flere av informantene nevner viktigheten av smart oppgavedeling og bruk av helsefagarbeidere og andre ikke-legefaglige roller for å avlaste presset på leger.

En informant med bakgrunn fra ambulansesfag mener at kommunene må se på oppgavedeling og hva de kan bruke assistenter til. «Jeg jobber turnus og har mye fri. Da kunne jeg jobba for kommunen, for eksempel med å hjelpe kolspasienter. Jeg kunne kjørt hjem til dem og eventuelt gitt dem behandling og medisin. Da hadde vi spart mange legetimer for fastlegen. Vi må begynne å se smarte løsninger. Røros har gjort akkurat dette; utnyttet erfarne ambulansepersonell som har avlastet legene».

«Det er ikke profesjonskamp ennå, men det kan komme. Det er noe sykepleierne ikke vil slippe taket på», sier kvalitetssjefen på et sykehjem. Dette støttes av en tidligere bydelsoverlege: «Profesjonskamp er en barriere for endring.»

«Sykepleierne har kjørt fagprofesjonskampen hardere enn legene. De har tviholdt på arbeidsoppgaver som andre kunne gjort med oppsyn av en sykepleier.», sier sykehuslegen. Forbundsstyremedlemmet i Sykepleierforbundet mener på den andre siden at: «Legeforeningen sitter veldig tett på finansieringsordningen, og ordningen preges av det. Ingen sykepleieprosesser belønnes. Endring av dette vil ikke skje uten sverdslag.»

Muligens kan motstanden mot omfordeling av oppgaver overvinnes gjennom tydelig ledelse. «Først nå begynner vi å få en konstruktiv dialog etter at ledelsen har sagt at det er slik det skal være. Da har de fått med fagforeningen», forteller ambulansesarbeideren.

Mye tyder på at det er viktig å utvikle en felles forståelse av helsevesenets utfordringer og behov og å bygge kompetanse og evne til å utføre en rekke oppgaver på tvers av profesjonslinjer. «Tillit, forståelse og kompetanse mellom partene i arbeidslivet. Det er det som skal til – der ligger nøkkelen», sier den tidligere helsebyråden.

Bedre involvering av pasienten selv og sivilsamfunnet

Flere informanter er opptatt av hvordan pasientene selv kan overta oppgaver og at sivilsamfunn og frivillighet kan involveres.

For eksempel må pasientene ofte på sykehus for å ta målinger de helt fint kunne ha tatt hjemme hos seg selv. En informant peker på at utstyret kan tilpasses pasientenes digitale modenhet. Man kan også bruke sivilsamfunnet, frivillige og pårørende i større grad. «Vi må utvikle helsevesenet på premissene til innbyggeren slik at de kan leve det livet de vil. Det ville spart henvendelser, transport og pasientene kunne blitt en ressurs i eget liv på linje med legen og sykehuset. Vi har igjen litt på å kartlegge pasientens restressurser og nettverket rundt pasientene. Pårørende, frivillighet og offentlig helsetjeneste burde i større grad opptre som et ressursteam som står sammen i å bidra til gode liv for tjenestemottakeren», sier koordinatoren for velferdsteknologi.

Dette støttes av bydelsoverlegen: «Utstyret har blitt billigere, og engasjerte frivillige kan bidra til behandling i eget hjem».

3.2 Vanskelig datadeling på tvers av forvaltningsnivåer og tjenester



«Vi trenger systemer som snakker sammen uten masse fuzz. Jussen knyttet til personvern er også et hinder for god datadeling»

Tidligere bydelsoverlege

Sektoroppdelingen og mangel på datadeling gjør at informasjonen om pasientene ikke flyter mellom ansatte som er involvert i behandlingen. Informantene peker på mangelen på interoperabilitet mellom helsesystemer som en stor hindring. Dette fører til utfordringer med å dele kritisk informasjon, noe som kan påvirke pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenesten.

Eksempelvis er eierskapet til legevakten mange steder delt mellom stat og kommune, og det skaper trøbbel når det gjelder deling av røntgenbilder: «Du har et barn på fire år som du mistenker å ha svelget et batteri, går på røntgenrom, tar bilde som blir mottatt av lege ansatt på sykehuset. Røntgenbildet tilhører staten og røntgenapparatet tilhører staten. Bildet kan ikke uten videre sendes digitalt til en lege som er ansatt i kommunen. Da setter vi pasientsikkerheten først og tar en faks-kopi slik at legen ser at det ligger et batteri i magen og får gjort noe med det. Det føles som å jukse litt, og slik burde det jo ikke være», sier den tidligere helsebyråden.⁶

«Elefanten i rommet som ødelegger hele opplegget, er at alle ikke har tilgang til samme informasjon. Hvis du har et økosystem som vi har i helse, som ikke har mulighet til å

konsumere data om meg som pasient, så blir det livsfarlig. "En innbygger, en journal" begynte vi å snakke om i 2011. Vi har enda ikke løst det. I stedet for å oppdatere jussen så prøver man å lage en løsning innenfor gjeldende rett», sier koordinatoren for velferdsteknologi.

«En utfordring for digital hjemmeoppfølging er at vi ikke har systemer som snakker sammen. Det ville ikke blitt en god tjeneste per nå, for hvis fastlegen ikke er koblet på, så vil det være vanskelig», sier fagutviklingspsykeleieren.

Mangel på datadeling bidrar også til frustrasjon hos pasientene som ofte må ta vare på sin egen informasjon i papirformat fordi vi ikke har sammenhengende tjenester. Dette er spesielt utfordrende for pasienter som allerede håndterer alvorlige diagnoser, som for eksempel kreft. Tidligere helsebyråd beskriver situasjonen slik: «Hvis jeg har en kreftdiagnose og skal på Radiumhospitalet, så reiser jeg inn til Oslo på søndag, bor på hotell og gruer meg. Så møter jeg opp mandag morgen og får vite at jeg skulle hatt med meg epikrisen». Han sier videre: «Den store gevinsten ligger i sømløs pasientflyt. Vi mister pasienter på veien. Vi må la dataene følge pasientene.»

3.3 Finansieringsmekanismer som ikke fremmer nyskaping

«Flere må behandles i kommunen og finansiering av fastlegeordningen må legges om. Der er det mange oppgaver som sykepleierne kan gjøre, men legen vil ikke gi det fra seg fordi de tjener penger på oppgavene.»

Ambulansearbeider



Dagens finansieringssystem er ifølge flere en hindring for bedre oppgavedeling og innovasjon. Spesifikt peker flere informanter på utfordringer knyttet til fastlegeordningen og kodnings-systemet som brukes for å avgjøre hvor mye støtte et sykehus får.

«Det er økonomisk lønnsomt å gjøre mye selv som fastlege. Man får betalt per konsultasjon. Man taper lønn ved å stoppe opp og reflektere. Man burde heller øke grunnfinansieringen slik at man kan jobbe mer med innovasjonskompetansen lokalt», sier den tidligere bydelsoverlegen.

Ambulansearbeideren peker også på at legene kan være motvillige til å ta på seg

veiledningsroller for nye leger på grunn av lav kompensasjon for denne rollen. Dette kan potensielt hindre videreutdanning og faglig utvikling i feltet. «Mange vil bli lege og trenger det halvåret i kommunehelsetjenesten, men vi sliter med å få plassert dem. Legen vil ikke ta imot dem, fordi de ikke vil bruke tid på å veilede dem.»

Koordinatorer for velferdsteknologi peker også på problemet med at mange innovasjonstiltak er prosjektfinansiert. Dette gjør at mye av ressursene går med til søknadsprosesser og rapportering. Det fører til at både løsninger og kompetanse forsvinner når prosjektperioden er over.

3.4 Drift trumfer utviklingsarbeid



«Når vi sitter på møter og snakker om nødvendige endringer og roper halleluja, så sitter mellomlederne bakerst i rommet på PC-en sin og jobber med å få neste vaktliste til å gå opp»

Koordinator for velferdsteknologi

En rekke informanter har påpekt mangel på tid, økonomiske ressurser og personell dedikert til innovasjonsarbeid. Selv om det er et ønske om å jobbe smartere, tillater ikke hverdagen prosjekter knyttet til dette. Det gjenspeiles i kommentarer fra kvalitetssjefen på sykehjem: «Når vi skal innføre noe, så er *”har ikke tid”* en gjenganger. Det handler om å prioritere og strukturere seg.»

Flere nevner også utfordringer knyttet til økonomi og ressursforvaltning. Kvalitetssjefen forteller: «Har man ansvar for et budsjett, så er det det som får fokus. Kompetansebudsjettet blir lett spist opp av drift. Hvis vi hadde hatt penger øremerket kompetanse så ville det faktisk bli prioritert». Hun sier videre: «Hvis vi skal ha digitalt natt-tilsyn er det en lisens-kostnad, og den må vi ta av driftsbudsjettet. Det går ikke – spesielt ikke når vi har mange sykemeldinger som spiser av driftsbudsjettet».

Det er også bekymringer for at kulturen og arbeidsmiljøet kan være negativt påvirket av et sterkt fokus på effektivitet og økonomiske parametere, som ikke nødvendigvis reflekterer verdiene og målene for helsepersonell.

«Den fortvilelsen over å føle seg helt alene og bare få beskjed om kutt, kutt, kutt. De må diskutere sykmeldinger og ha fokus på arbeidslister og vakter. Det er ingen klapp på skulderen slik at de føler seg gode nok», fortalte psykiateren vi intervjuet.

Ambulansearbeideren som jobber med innføring av nye løsninger, sier: «De ansatte er så pressa på tid at de har ikke tid til å lære seg noe nytt. Vi har gitt informasjon i bøtter og spann, men likevel har de ikke fått det med seg. De er så travle, så de er ikke på intranettet».

Fra samtalene vi har hatt, ser det ut til at det er en grunnleggende utfordring at utviklingsarbeid ikke blir prioritert i en travel hverdag. Dette gir begrenset muligheter for innovasjon og endring, fordi ressursene primært er fokusert på å opprettholde den daglige driften.

En sykepleier som er seksjonsleder på sykehus, mener: «Vi trenger å hjelpe ledere ute i enhetene med hvordan man søker om midler slik at de kan frikjøpe folk til utviklingsarbeid.»

3.5 Behov for endringsledelse og innovasjonsprosesser

«Dersom vi hadde bestemt oss for å starte det som et prosjekt, designe prosjektet, lage gode strategier, involvert ildsjeler, sørget for ledelsesforankring og involvert relevante aktører – da tror jeg at vi hadde spart mye ressurser.»

«Jeg har innsett i ettertid at vi ofte tar noen snarveier. Vi glemmer å ledelsesforankre. Vi glemmer å se på hvordan det påvirker pasienten positivt og negativt, hvordan det påvirker sengeposten, legen og så videre. Vi burde gjort den kartleggingen.»

Sykepleier



En generell oppfatning er at innovasjonsarbeidet sjeldent er satt i en overordnet og helhetlig tilnærming til innovasjon.

Ideer ser ut til å oppstå ad hoc, fremmet i ulike kontekster som på morgenmøter eller i uformelle diskusjoner. Selv om enkelte ansatte med spesialisert kompetanse i innovasjon noen ganger involveres, er det generelle inntrykket at det sjelden jobbes systematisk med innovasjonsarbeid og utprøving av nye arbeidsformer.

Kompetanse på innovasjon og endringsledelse

For å lykkes med endringer kreves kunnskap om hva som er gode endringsprosesser. Dette inkluderer å forstå organisasjonens kultur, å kommunisere klart og tydelig målet med endringene, og å engasjere ansatte i endringsprosessen. Kompetansen på endringsledelse i helsevesenet beskrives av informantene som svært varierende.

Våre informanter indikerer at mange ledere mangler kunnskap om hvilke skritt som skal tas

i å lede et endringsprosjekt. Flere har opplevd at endringer blir kommunisert via e-post, og at lederne med det tror at innføringsjobben er ferdig. «For å bli god på endringsledelse må man ha opplevd det på egen kropp. Jeg ville nok gjort det helt annerledes i dag», uttalte bydelsoverlegen.

Flere mener også at det er viktig å ha helsefaglig erfaring for å kunne lede endringer. «Hvis noen har endringskompetanse, men ikke kan snakke om det faglige, så er det ikke sikkert at vi lytter til dem,» påpekte en lege som jobber som forsker på sykehus.

Å tilby god hjelp og støtte er en suksessfaktor. Kvalitetssjefen på sykehjem mente at en dyktig og serviceinnstilt prosjektleder var helt avgjørende for at deres digitaliseringsprosjekt lyktes.

I mindre kommuner er det andre utfordringer. En av de som nevnes er at det ofte er mindre innovasjonskompetanse i små fagmiljøer.

Seksjonslederen på sykehus påpekte: «Vi tenker ikke automatisk på å bruke folk fra innovasjonsavdelingen. Jeg har brukt dem mye og mottatt verdifull støtte, blant annet med arbeidet rundt gråpapirøvelser, kommunikasjonsplaner og risikoanalyser.»

Fagutviklingssykepleieren snakket også om viktigheten av å ha gode prosesser knyttet til gjennomføring av endringer: «Når vi starter et prosjekt, trenger vi å identifisere nøkkelaktører, identifisere barrierer og drivere, og ha en plan.»

Dessverre er det mange miljøer som ikke har tilgang til folk med innovasjonskompetanse. Som bydelsoverlegen bemerket: «Vi har ikke penger til gode prosessledere. Finansieringen dekker kun prosjektledelse - ikke støttefunksjoner.»

Andre får tildelt noe ekstra prosjektressurser for en begrenset periode, – og så forsvinner de personene. Som koordinatoren for velferdsteknologi uttalte: «De beste folkene tar det et år å utvikle, og før vi vet ordet av det, er prosjektet over. I tillegg er rapporteringskravene for prosjektene omfattende.»

Ambulansearbeideren støtter dette: «Jeg kom inn i prosjektet med innføring av Microsoft 365 og hadde i utgangspunktet ikke prosjekterfaring. Etter at prosjektet er ferdig, går jeg tilbake til min gamle jobb. I neste prosjekt kommer det nye folk inn. Erfaringene vi har gjort oss under innføringen forsvinner»

Involvering i endringsprosesser

Flere hevder at de i liten grad blir involvert i beslutninger som påvirker dem betydelig.

«Så registrerer jeg at det er et nytt prosjekt som er designet ovenfra og ned, i stedet for nedenfra og opp», forteller legeforskeren. Andre peker på at krav til møter med fagforeningene kan gi forsinkelser på flere måneder. Den tidligere helsebyråden er ikke enig i dette: «Det

er arbeidsgivere som er bremsen. Det er fordi arbeidsgiverne i for liten utstrekning tar med seg arbeidstakerne. De gjennomfører de formelle møtene, men mangler engasjement for å virkelig involvere de ansatte.»

En annen informant var opptatt av at endringslederne må kjenne de ansattes hverdag: «Det er kjempenyttig med tverrfaglig kompetanse. Det som mangler i innføringsprosjektet vårt, er at det er for lite helsepersonell med. Skal du få folk med deg i endringsprosesser i helsevesenet, så må du ha med helsepersonell. Brukerne må være med i alle prosesser. Fra utvikling til innføring, gjennomføring og gevinstrealisering».

Økt endringstakt under COVID-19

Mange informanter fremhevet hvordan COVID-19-pandemien tvang fram innovasjon. Med en høy grad av endring, en felles forståelse av krisen og en følelse av at noe sto på spill, skjedde mye eksperimentering og innovasjon. Psykiateren fortalte: «Da COVID kom, ble vi heldigitale i løpet av 14 dager.» Legeforskeren snakket om et COVID-relatert forskningsprosjekt: «Fra idéfase til man kan involvere pasienter tar det vanligvis ett år. Denne gangen tok det 6-7 uker».

Det hevdes at endringstakten har gått tilbake nå som pandemien er over. «Alle har en tendens til å gå tilbake til gamle vaner etter en krise», sier bydelsoverlegen.

Innovasjon er ofte drevet av ildsjeler


Informanter påpeker at ideene til innovasjonsprosjekter ofte oppstår på lavere nivåer i hierarkiet, snarere enn å være ledelsesdrevne. Operativt helsepersonell som jobber tett på drift, ser ofte forbedringsmuligheter tidligere. Som fagutviklingssykepleieren uttalte: «Folk er lidenskapelig opptatt av det de gjør. Vi er veldig opptatt av å levere gode tjenester. Innovasjon er nok ofte basert på ildsjeler.»

Viktigheten av å skape engasjement er det flere som er opptatt av: «En suksessfaktor var at vi klarte å engasjere noen dyktige leger som virkelig ble opptatt av prosjektet», fortalte en sykepleier.

Regelverk som senker farten på endringene

Reglementet rundt anskaffelser er også fremhevet som et problem. «Når teknologien kommer til oss, så har vi mast om å få den i to år. Den blir forsinket på grunn av anskaffelsesregler, GDPR og slike ting. Vi vil ha mer fortgang», sier kvalitetssjefen på sykehjem.

3.6 Varierende kultur for innovasjon



«Jeg merker at jeg blir farget av at jeg er omgitt av folk som ønsker å forbedre. Det er en selvforsterkende kraft. Hvis jeg som leder hadde sagt - "nei det har vi prøvd før" - så har det en stor betydning. Det er viktig at vi som ledere er positive til innspill.»

Seksjonsleder på sykehus

Dersom man skal få til innovasjon, er man helt avhengig av at det er en kultur for det i virksomheten. Dette krever en organisasjon som er villig til å ta risiko, og som verdsetter og belønner kreative ideer og nye tilnærminger.

Ifølge den tidligere helsebyråden er det en kultur i offentlig sektor som er veldig risikoavers. «Kultur og incentivmodeller understøtter kontroll, innsyn og å unngå maktmisbruk og nepotisme. På den andre siden blir det lite eksperimentering, nyskaping og innovasjon», mener han.

Vår generelle oppfatning basert på samtalene, er at helsevesenet preges av mange mikrokulturer som jobber med innovasjon og endring på ganske forskjellige måter.

Legeforskeren mente at det er en sterk kultur for medisinsk innovasjon på universitetssykehusene:

«Forskning, utvikling og innovasjon går hånd i hånd. Hos oss det professorer og amanuenser. Vi vet at forskning er viktig på linje med driften.»

Vilje til å eksperimentere

En avgjørende suksessfaktor for innovasjon er viljen til å prøve ut nye tilnærminger og arbeidsmetoder. Viljen varierer imidlertid fra sted til sted ifølge våre informanter.

Seksjonslederen på sykehus bemerket: «Vi har en kultur for å jobbe smidig, å teste og eksperimentere.»

Kvalitetssjefen på sykehjem uttrykte en lignende holdning med fokus på læring gjennom prøving og feiling: «En viktig del av mitt arbeid er å formidle til personalet at vi kan prøve og feile. Hvis vi skal prøve noe, må vi virkelig gi det en sjanse. Ikke gi opp etter en uke, men prøve i tre måneder.»

Men, slik er ikke kulturen alle steder. Den tidligere bydelsoverlegen påpekte: «Det er liten kraft bak å eksperimentere med nye løsninger. Legeforeningen krever harde bevis på at ting fungerer.»

Samtidig må man eksperimentere for å se om det virker, slik som seksjonslederen på sykehuset påpekte: «Vi har ikke alle svarene før vi starter. Man kommer aldri i gang hvis man ikke prøver.»

Medisinsk innovasjon vs. andre forbedringstiltak

Samtalene vi har hatt kan tyde på at mange forbinder innovasjonsbegrepet med medisinsk-faglige nyvinninger.

En informant kommenterer at ansatte prioriterer medisinsk-faglige endringer framfor forbedringer i digitale løsninger. De reiser på studietur for å lære nye medisinske metoder, men har ikke tid til å sette seg inn i det nye datasystemet.

3.7 Nye krav til ledelse

«Vi må gjøre helsepersonell i stand til å ta beslutninger selv. Da blir lederrollen helt ny. Dette er en kulturendring i kommunene som er fryktelig vanskelig. De ansatte er vant til å jobbe etter en oppgaveliste i stedet for å være selvledende medarbeidere.»

Koordinator for velferdsteknologi



Både ledere og operativt helsepersonell fremhever at det er viktig med ledere som stimulerer til innovasjon og forbedring. «Min nærmeste leder har vært fantastisk. Hun har vært svært involvert, og har et stort kontaktnett. Hun har trukket i trådene, og jeg har utført», uttalte en sykepleier.

Å prioritere blant mange gode utviklingsprosjekter og initiativer kan også være krevende. Seksjonslederen kommenterte: «Vi får så mange ideer. Jeg har en leder som har vært svært støttende hele veien. Vi starter forbedringsprosjekter og interne tiltak. Men vi er enige om at vi må roe ned litt. Det kan bli frustrerende med for mange baller i luften.»

Ifølge våre informanter har en del ledere utfordringer med å praktisere en gi-slipp-ledelse. Det kan handle om makt og stillinger, eller en frykt for ikke å kunne strekke seg eller manglende kompetanse dersom lederrollen endres.

«De som sitter på beslutninger kjenner det gamle landskapet, og de liker det. Det handler om maktforskyvning», sier koordinatoren for velferdsteknologi.

God ledelse bidrar til at færre slutter

Det er allerede bemanningsproblemer i helsevesenet. Ifølge alle våre informanter er det en stor utfordring at helsepersonell har for mye å gjøre. Flere av de vi har snakket med, ser ikke

hvordan man kan løse oppgavene med færre folk slik Helsepersonellkommissjonen sier vi må.

«Vi har ikke folk» kommer i annethvert avsnitt, sier en informant i Nord-Norge. Denne situasjonen blir forverret av flere pasienter og større kompleksitet. «Mulighetene, hva vi gjør og pasientene vi har er mye mer kompliserte nå enn for noen 10-talls år siden. Vi har flere pasienter og mer kompliserte pasientforløp. Det er en utfordring å erstatte fagkompetansen med ny teknologi», mener sykehuslegen vi intervjuet.

Ambulansearbeideren påpeker at det finnes mange kvalifiserte sykepleiere, men at de velger å jobbe i andre sektorer: «Under pandemien

snakket vi om at vi manglet intensivsykepleiere. Men det er feil, vi har masse sykepleiere. Problemet er at de jobber andre steder enn i helsevesenet.» Psykiateren bekrefter dette: «Rekrutteringen er ikke problemet, det er sluttingen som er problemet.»

Stort gjennomtrekk av ansatte fører til lavere kvalitet på tjenestene og påvirker arbeidsmiljøet, noe som gjør arbeidsplassen mindre attraktiv for nye ansatte. «Vi får ikke rekruttert sykepleiere. Jo færre sykepleiere vi får, desto mindre attraktivt å jobbe her. Det er lettere å få tak i helsefag-arbeidere enn sykepleiere», mener kvalitetssjefen på sykehjem.

3.8 Behov for arenaer for læring og utvikling

«Læring på arbeidsplassen er mye, mye, mye mer effektivt enn å sende folk på kurs.»

Psykiater



Informantene gir tydelig uttrykk for en sterk tro på verdien av kontinuerlig læring og utvikling på arbeidsplassen. Det er en felles forståelse av at læring på arbeidsplassen kan bidra til å beholde ansatte, redusere sykefravær og frustrasjon og samtidig gjøre arbeidet mer interessant.

Psykiateren fremhever hvor effektivt det er å lære på arbeidsplassen i en reell pasientkontekst (i motsetning til å lære på kurs) og trekker fram betydningen av samhandling og felles refleksjon i læringsprosessen. «Gjennom læring på arbeidsplassen stabiliserer man de som jobber der. Det er artigere å løse problemer i fellesskap.»

Andre fremhever verdien av kontinuerlig forbedringsarbeid gjennom å ha ulike fora med brukere og ansatte for erfaringsdeling og læring: «Vi har egne brukerråd der vi diskuterer hva som er bra og hva som kan endres. Vi har også et lokalt kvalitetsråd som tar opp uønskede hendelser med fagsykepleier og ledere»

Nettverksbygging og deling av erfaringer er også nevnt som viktige aspekter for å fremme læring og innovasjon. Koordinatoren for velferdsteknologi snakker om "nettverkets kraft" og mener at effektiv endring og læring

skjer når engasjerte folk samles, selv om de ikke nødvendigvis er i lederposisjoner.

Bydelsoverlegen og fagutviklingspsykeleieren beskriver hvordan de bruker fyrtårnprosjekter og kommunikasjon i sosiale medier for å inspirere og dele erfaringer med andre. «Det er mange andre sykehus som har tatt kontakt fordi de kanskje har sett hva vi har gjort på Instagram. Men det er veldig tilfeldig hvem som ser det og dermed hvem som tar kontakt.», sier fagutviklingspsykeleieren.

Seksjonslederen understreker at det også er viktig å tilby mer formell utdanning til personalet. Ved å investere i etterutdanning i innovasjon kan virksomheter hjelpe ansatte til å utvikle ferdighetene de trenger for å håndtere endring og innovasjon på en effektiv måte.

Samlet sett er det klart at det er et bredt spekter av muligheter for å fremme læring og utvikling i helsevesenet, fra uformell læring på arbeidsplassen til formell utdanning og nettverksbygging. Ulike læringsarenaer oppleves som viktige for å støtte ansatte i å håndtere endring og innovasjon.

Organisasjonsutvikling og digital transformasjon

Intervjuene tyder på at organisasjonsutvikling og digital transformasjon er kritiske komponenter for å forbedre helsesystemet. Som både tidligere helsebyråd og koordinatoren for velferdsteknologi påpeker, handler ikke digital transformasjon bare om implementering av ny teknologi, men om en helhetlig endring i organisasjonsstruktur, arbeidsflyt og kultur.

Tilførsel av teknologi til eksisterende prosesser gir ikke nødvendigvis gevinster. Som tidligere helsebyråd uttrykte: «Vi tar utgangspunkt i hvordan man driver i dag, og så effektiviserer man ved å legge på teknologi på toppen av det vi har i dag. Da blir teknologien bare

en merkostnad. Den store gevinsten ligger i hvordan man bruker teknologien, organiserer seg og gjør verdikjeden på en annen måte. Vi kommer til å bli et ekstremt mye mer datadrevet samfunn. Når data blir kjernen av det vi gjør, så må vi ha kompetanse på det. Det har ikke offentlig sektor i dag.»

I et stadig mer datadrevet samfunn er det avgjørende at offentlig sektor har kompetanse innen dataanalyse og datadrevet beslutnings-taking, mener den tidligere helsebyråden. En økt investering i feilstrukturerte systemer vil ikke gi ønskede resultater. Problemet ligger ikke i teknologien i seg selv, men i strukturen og systemene som omgir den. «Det hjelper ikke å bruke mer penger på noe som er feil. Det er ikke teknologien som er problemet, men riggen rundt. For å få til den digitale transformasjonen for å løse morgendagens utfordringer, kreves det et større helhetsperspektiv og der er det liten kompetanse,» kommenterer koordinatoren for velferdsteknologi.

Det er nødvendig å utvide kompetansegrunnlaget i offentlig sektor ved å inkludere personer med ulike interesser og erfaringer, heller enn å fokusere på de som har lang erfaring innenfor sektoren, mener den tidligere helsebyråden. «Vi må få inn folk med annen kompetanse, andre interesser enn de som i størst mulig grad har blitt resirkulert. Jobbannonse i offentlig sektor sier at du bør ha 20 års erfaring fra å jobbe i offentlig sektor.»

For å oppnå digital transformasjon må man være god på endringsledelse, et felt hvor det ser ut til å mangle kompetanse i helsevesenet. Digitalisering er en prosess som er sterkt knyttet til mennesker og deres evne til å tilpasse seg og drive forandring. «Suksessfaktorer kan oppsummeres i tre stikkord: samarbeid, samskaping og sameksistens», mener den tidligere helsebyråden. Digital transformasjon krever samarbeid på tvers

av avdelinger og disipliner, samskaping for å utnytte ulike perspektiver og ideer, og sameksistens for å sikre at både gammel og ny teknologi kan fungere sammen effektivt.

Disse punktene viser viktigheten av en helhetlig tilnærming til digital transformasjon som involverer både teknologiske, organisatoriske og menneskelige aspekter.

3.9 Dårlige erfaringer fra tidligere endringer

«De har journalsystemer som ikke støtter det de skulle gjøre i det hele tatt; som gjorde at brukerne måtte bruke mer tid og ikke mindre. Jeg spurte en som hadde fått et nytt system: "Hvor mye tid sparer du på det?" Hun svarte: "Jeg bruker en time mer hver dag.»»

Koordinator for velferdsteknologi



Dersom ansatte har dårlige erfaringer fra tidligere endrings- og digitaliseringsprosjekter, så kan det redusere motivasjonen når nye endringer kommer.

Brukervennlige løsninger

Flere av informantene forteller om merarbeid som følge av datasystemer med dårlig brukergrensesnitt.

«Jeg har jobbet på et sykehus som hadde tre datasystemer. Ett for operasjonsstuen, ett for medikamenter og ett for journal. Og de hadde ulik pålogging», forteller en lege. Og han fortsetter: «Det tungvinte kommer delvis av hvordan systemene er utformet og delvis fordi det er mye pålogging og avlogging.»

Ambulansearbeideren som jobber med innføring av løsninger bekrefter utfordringene: «Vi har en historikk på at mange av løsningene som kommer er dårlige. Folk sa: *For guds skyld ikke gi oss et nytt system som det forrige vi fikk!*»

En sykehuslege oppsummerte sine erfaringer: «Systemene er lite brukervennlig: Jeg slet i timevis for å finne ut av det. Det er tregt, det henger. Noen ganger kommer forbedringer, andre ganger kommer det nye systemer som er dårligere enn de gamle.»

«Helseplattformen i Midt-Norge er jo en helt forferdelig historie. Det manglet ikke på advarsler fra andre brukere», sier sykehuslegen vi snakket med. «Helseplattformen er laget på et tankegods at for å dele data så må alle være i samme system. Man må heller tenke at systemet skal gi støtte i den situasjonen brukeren er. Det kan ikke være slik at kirurgen på St. Olav hospital skal ha det samme grensesnittet som en fysioterapeut i Oppdal. Det blir helt feil», sier koordinatoren for velferdsteknologi. Han er opptatt av at løsningene må være innbyggerrettet. «Teknologien må være en samhandlingsplattform. Alle må ha tilgang på de relevante dataene for å skape tjenestene de skal levere til meg.»

Endringstrøtthet, motivasjon og tilpasning til en travle hverdag

Flere informanter fortalte om innføringsløp som ikke var tilpasset deres travle hverdag. En lege fortalte om at han ble invitert til en kick off for et endringsprosjekt. Han opplevde det som totalt meningsløst at 150 kolleger skulle sitte to timer og høre på noe de ikke opplevde som relevant. «Folk var røde i toppen og satt på telefonen og sendte SMS for å følge med på hvordan det gikk på avdelingen.» En stor del av programmet besto av innleide skuespillere som skulle lære deltakerne om kommunikasjon.

«Det var sikkert fornøylig, men totalt malplassert. Det kunne kanskje vært 5 minutter. Det var så grelt at jeg nesten holdt på å skrive en avviksmelding. Jeg var pissed og forbanna over at de hadde brukt så mye av min tid på noe de kunne informert meg om på 10 minutter. De viste også en film som sikkert hadde kostet en million å lage. Den kunne jeg jo sett en annen dag hvis jeg hadde tid.»

Slike utsagn kan indikere at opplæring må være relevant, tidsmessig effektiv, tilpasses en travle hverdag og respektere eksisterende kunnskap og kompetanse for å bli godt mottatt.

En nøkkel til suksess er å engasjere ansatte tidlig i prosessen og skape en felles forståelse for hvorfor endring er nødvendig.

«Hvis arbeidsoppgavene blir enklere, så er motivasjonen for endring stor. Det er enklere når man for eksempel slipper å registrere blodtrykk og puls. Men det blir mer og mer krav til dokumentasjon. Mer og mer planer, mer og mer kvalitetskontroll. Det er kanskje bra, men det spiser av arbeidstiden. Det blir noen ganger meningsløst», fortalte sykehuslegen.

Informantenes tilbakemeldinger understreker viktigheten av at ansatte ser fordeler ved endringene før de innføres. «Hvis ansatte ser gevinstene selv, så er det lettere å innføre det. Hvis man har gode eksempler å selge inn til personellet, så hjelper det. Vise hva som er bra for deg som ansatt,» forklarer kvalitetssjefen.

Det støttes av ambulansesarbeideren som er med på å innføre Microsoft 365 på et sykehus: «Jeg oppdaget at en avdelingsleder brukte mye tid på å kalle inn til møter. Så viste jeg han funksjonen for møteinnkallinger i den nye løsningen der man kan finne ledig tid. Da ble han veldig motivert».

«Når du jobber med HR eller kommunikasjon, og ikke har helsepersonell-bakgrunn, så klarer du ikke å forstå utfordringene. For de som er ute i avdelingene kjører vi bare 20 minutter opplæring og 10 minutter til spørsmål fordi folk ikke har tid til å være med mer. Jeg ville hatt et tilpasset sideprosjekt som het "Microsoft 365 i en klinisk hverdag», forteller ambulansesarbeideren som jobber med innføring av løsninger.

4 Suksesshistorier

Selv om helsevesenet har store utfordringer, er det heldigvis også mye spennende innovasjon som skjer. I dette kapitlet gjenforteller vi noen av suksesshistoriene vi fikk høre i intervjuene. I tillegg bringer vi en historie om helsepersonellbesparende innovasjon fra Adresseavisen.

4.1 Cellegift i magetaske gjør at pasienter kan bo hjemme⁷

Det hele startet med at noen engasjerte sykepleiere og leger så for seg muligheten for at kreftpasienter kunne bære med seg cellegift i en liten magetaske i stedet for å gå rundt på sykehuset med et stort stativ på hjul. På denne måten kunne pasienten bo hjemme og ikke på sykehus.

I starten av prosjektet var det en del skepsis og motstand blant legene som mente det ikke var trygt nok. Men, med god støtte fra leder, og

etter hvert flere fagfolk, tok piloten form. Etter hvert ble det mange som begynte å brenne for dette eksperimentet.

Nå er det ca. 200 pasienter i året som kan bo hjemme i stedet for å være innlagt på sykehuset. Pasientene som er med i prosjektet er fornøyde med tilbudet. I tillegg har prosjektet ført til reduserte kostnader og frigjøring av sengeplasser.

4.2 Sykepleiere på hjul⁸

I Trondheim kommune har det vært vanskelig å rekruttere og beholde sykepleiere. Ved flere enheter er det stor turnover og mange ledige stillinger.

Kommunen innså at de måtte tenke annerledes for å gi gode tjenester til innbyggerne med færre sykepleiere på jobb. Nå prøver de ut noe nytt i Lerkendal bydel: I stedet for å ha sykepleiere på nattevakt på hvert sykehjem, så har de to sykepleiere som sammen patruljerer åtte sykehjem om natta. De er i tett dialog med sykehjemmene og kjører kun innom sykehjemmene der det er behov for fysisk hjelp.

På denne måten kan rundt 40 nattsykepleiere gradvis blir erstattet av seks mobile nattsykepleiere. Dette prosjektet har dessuten vist at mange av arbeidsoppgavene som gjøres om natta, kan utføres av andre enn sykepleiere uten at det går utover pasientsikkerheten.

To av sykepleierne forteller til Adresseavisen at det er fint å jobbe sammen i team i stedet for å være alene som sykepleier på et sykehjem om natta. Med økt trivsel er det er håp om lavere turnover.

4.3 Langvakter gjør at bemanningskabalene går opp

Hvordan får man nok sykepleiere til å dekke opp helgevaktene? Det var spørsmålet en seksjonsleder på et norsk sykehus slet med for åtte år siden. Sammen med en kollega dro hun på studietur til USA for å hente idéer.

Sykehuset hun jobber på har en politikk for fulltidsstillinger. Men, det er vanskelig å få kabalen til å gå opp når de ansatte ønsker å jobbe færrest mulig helger, og lørdagene er like travle som tirsdagene.

En av idéene fra USA var å prøve ut lange vakter på 12,5 timer i helgene, og dermed redusere fra tre til to skift per døgn. I begynnelsen var dette en frivillig ordning for de ansatte for å få med fagforeningene.

Nå er det mange sykepleiere som har lange vakter i helgene, og de er godt fornøyde med ordningen. For ledelsen har det blitt lettere å få bemanningskabalene til å gå opp. De ansatte jobber hver fjerde helg i stedet for hver tredje. For å få til dette var det viktig med god dialog med fagforeningene. Det var også en del nye styringsmekanismer som måtte på plass. Alle var opptatt av at den nye ordningen måtte skje i forsvarlige former. De målte derfor blant annet om antall avvik og feil økte. De la også inn hviletid i vaktplanen slik at de ansatte ikke skulle bli helt utslitt.

4.4 Kols-pasienter slipper stadige turer til sykehuset

Stadig flere kommuner tilbyr kols-pasienter digital hjemmeoppfølging slik at pasientene slipper å stadig måtte reise til sykehuset for å få gjort målinger. Måleutstyret er blitt så bra og rimelig at pasientene kan ha utstyret de trenger hjemme hos seg selv. De kan lese av målingene selv og rapportere dem inn til helsetjenesten for eksempel ved hjelp av en iPad. I dialogen med helsetjenesten blir det gitt råd og veiledning om egenbehandlingsplanen eller avklart om det er behov for endring av medisineringsplanen.

På denne måten går pasienten fra å være en passiv tjenestemottaker til å bli en aktiv aktør i egen behandling. Pasienten kan følge med på målingene selv og bli beroliget uten å ha kontakt med sykehuset. Denne ordningen sparer mange pasienthenvendelser og transport til og fra sykehuset. For pasienten oppleves det som frigjørende.

4.5 Med pasientjournalen i lomma

Kravene til dokumentasjon øker i helsevesenet. Det kan føre til at mindre tid blir brukt sammen med pasientene. Tekniske hjelpemidler kan bidra til at de ansatte kan tilbringe mer tid med pasientene.

En av informantene var med på å innføre et system med pasientjournal på nettbrett på sykehjemmet der hun jobber. Dermed kan de ansatte oppdatere tiltaksplaner og informasjon om pasientene mens de er sammen med pasientene i avdelingen.

En viktig suksessfaktor ved innføringen var støtte fra en prosjektleder som de fikk gjennom kommunen sentralt. «Hun var på tilbudssiden og var til stede på sykehjemmet. Hun sa vi bare kunne ringe selv om det var lørdag og søndag.» I tillegg var det mulig å ha fullt fokus på denne innføringen fordi det ikke ble gjort mange andre endringer samtidig. Innføringen gikk over flere måneder, og det gjorde det enklere å få nye rutiner til å fungere.

Siden innføringen ble gjennomført på en god måte, har dette blitt en suksesshistorie.

5 Noen veier videre

Det er ikke noe enkelt svar på hvordan man kan utvikle helsevesenet uten å tilføre flere ansatte. Vi vil likevel med utgangspunkt i våre fagområder og vår erfaring foreslå noen tiltak som vi mener det bør satses mer på i tiden som kommer.

5.1 Pasienten i sentrum i stedet for pasienten som pakke i et forløp

Det er tradisjon for å se på helsevesenet som en «fabrikk» der pasienten effektivt skal ledes gjennom et forløp. Pasienten kommer inn på samlebandet i den ene enden og kommer ut igjen ferdig behandlet i den andre. I et slik tankesett måles effektivitet i hvor lang tid dette forløpet tar, ikke hvor mange som faktisk blir friske. Pakkeforløp i kreftbehandling er et eksempel på dette. Dette er en klassisk verdikjedetankegang.

Som en av våre informanter sa:

«De ansatte er på jobb for å gjøre noe med mennesker, så måler vi dem på effektivitet og parametre som er laget for bilindustrien. Jeg skjønner godt hvorfor sykefraværet blir høyt».

I et slikt forløp vil gjerne en instans (for eksempel fastlegen) henvise pasienten videre til en annen instans (for eksempel en poliklinikk på et sykehus). Det er flere problemer knyttet til denne måten å jobbe:

1. Pasienten må oppsøke flere instanser (noe som innebærer transaksjonskostnader og fysisk reise for pasienten)

2. Vurderingene gjøres av en helsevirksomhet om gangen, selv om det i mange tilfeller vil være mer hensiktsmessig at flere fagpersoner gjør en vurdering sammen og helst i samråd med pasienter. Eksempelvis kan en fastlege, en ekspert fra spesialisthelsetjeneste og en pasient *sammen* blir enige om et behandlingsopplegg.


Det kan derfor være hensiktsmessig å organisere deler av helsetjenestene som et *verdiverksted* i stedet for en *verdikjede*⁹. I et verdiverksted ses hvert problem på som unikt og eksperter samles rundt problemet for å finne en løsning. I en helsekontekst betyr det at pasienten ikke blir «sendt fra sted til sted», men at helsetjenesten organiseres rundt pasienten. Persontilpasset kreftbehandling¹⁰ kan ses på som et verdiverksted der hver pasient ses på som et unikt tilfelle.

Man kan også se for seg at primærhelsetjenesten kan «påkalle» ekspertise fra spesialisthelsetjenesten i sanntid under sin vurdering av og i dialog med pasienten. På den måten kan man få til en bedre behandling ved at f.eks. en fastlege, en fra spesialisthelsetjenesten

og pasienten sammen kommer fram til et videre forløp («samvalg») i ett og samme møte. På denne måten kan man redusere transaksjonskostnaden ved ulike henvisninger hit og dit. I denne dialogen vil primærhelsetjenesten kunne bringe kontekst og pasientens historikk inn i vurderingene som gjøres. En slik måte å jobbe «synkront tverrfaglig» vil også ha god effekt for pasienter med sammensatte lidelser. I dag kan det skje at spesialister gir behandling på sine fagområder uten at noen ivaretar hele pasienten på en god måte.


Denne arbeidsformen vil dessuten gi god læring til mindre erfarne ansatte i primærhelsetjenesten ved at de lærer av eksperter under selve pasientbehandlingen. Dette er kjent som mester/svennmodellen for læring.

I sin enkleste form kan dette skje i form av videomøter. En av spesialistene vi intervjuet, jobber allerede på denne måten. Han blir etter avtale oppringt på video når fastlegen sitter der med pasienten slik at alle tre kan diskutere utfordringene sammen. Ifølge informanten er dette en situasjon som pasienten raskt venner seg til.



«Ved bruk av teknologi gir vi primærhelsetjenesten ryggdekning ved at spesialisten kommer inn.»

Legespesialist



«Et annet eksempel er videokonsultasjon. Der har vi et kjempepotensial. Det er mange pasienter som kommer langveisfra. Ofte er det ikke behov for å klemme og kjenne på pasienten, men at de for eksempel skal få formidlet prøvesvar. Det har vi ikke helt fått til. Dersom vi hadde bestemt oss for å starte det som et prosjekt, designe prosjektet, lage gode strategier, få med ildsjeler, ledelsesforankre, få med aktuelle aktører – da tror jeg at vi hadde spart mye ressurser.»

Fagutviklingssykepleier

Virtuelle konsultasjoner og VR-teknologi

Det kunne også vært mulig for pasienten å få virtuelle konsultasjoner i hjemmet sitt. En av informantene som jobber på sykehus var opptatt av dette.

I samhandling mellom pasient, primær- og spesialisthelsetjeneste vil det også være aktuelt å bruke VR-teknologi. Dette vil kunne være til stor hjelp i et land med spredt bosetning og sentraliserte helsetilbud.

I Australia har de etablert et virtuelt sykehus der alle pasientene bor hjemme.¹¹

Felles tilgang til data om pasienten

I et slik samspill mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil det være til stor hjelp om alle parter har god og lik tilgang til data om pasienten. Journaldata, sensordata og prøveresultater vil i sum kunne ses på som pasientens digitale tvilling – en digital versjon av pasienten som veves inn i dialogen. I framtiden kan en slik digital tvilling framstilles på mange ulike måter. Dette skaper en berikende kontekst for de som skal behandle pasienten.

5.2 Bedre deling av data

Tidligere i denne rapporten har vi beskrevet utfordringene med å dele data om pasienten på tvers av offentlig tjenesteytere. Hvis helsevesenet skal bli datadrevet, så må man bli i stand til å dele data på en helt annen måte enn i dag.

I tittelen på et policy-dokument fra det engelske helsedepartementet heter det at «data redder liv». Der skriver helseministeren at man må videreføre den gode bruken av data under COVID-pandemien, og bruke dette til å løse langsiktige problemer i helsevesenet. Helseministeren skriver videre:

“We cannot deliver the change that we need to see – and our 10-year plans for cancer, dementia and mental health – unless we embrace the digital revolution and the opportunities that data-driven technologies provide.”

Pasienten må eie sine egne helsedata

I praksis betyr dette at data må følge pasienten, og pasienten må eie sine egne data. Det er fullt mulig å få til dette innenfor rammene av GDPR, men vi må få på plass gode løsninger som gjør at pasienten kan gi samtykke til datadeling. I et pilotprosjekt i Greater Manchester tester de nå

Per i dag er vi et stykke unna å ha digitale tvillinger for pasientene i helsevesenet. Dataene om pasienter er fragmentert og ligger i mange ulike systemer i form av journaler og måledata. I tiden framover vil mengden data vi samler om hver pasient øke sterkt, noe som skaper både muligheter og utfordringer. På mulighetssiden vil dette føre til at en digital representasjon kan «komme til behandleren» slik at pasienten selv slipper å reise dit.

ut en web-plattform som lar folk oppbevare sine helsedata i en *Personal Online Data Store*. Dette gir pasientene kontroll over egne data og gjør at innbyggeren kan dele data med helsepersonell som trenger tilgang til den¹². Grunnleggeren av World Wide Web, Tim Burners-Lee, er selv involvert i prosjektet.

Det er også en diskusjon blant helsepersonell om pasienten bør kunne tilgjengeliggjøre for behandlerne data fra helse-appene på sin mobiltelefon.

Gjennombrudd i juni 2023

I midten av juni 2023 kom et gjennombrudd når det gjelder deling av data i norsk helsevesen. Nå er pasientens journaldokumenter digitalt tilgjengelig for helsepersonell med tjenstlig behov gjennom pasientens kjernejournal.^{13 14} Det betyr for eksempel at alle leger på Oslos legevakter har tilgang til journaldokumenter fra sykehus¹⁵ – noe som kan være svært avgjørende for å gjøre riktige vurderinger og ta riktige beslutninger. For å legge det juridiske og organisatoriske grunnlaget for dette er det etablert et *tillitsrammeverk*¹⁶. Nå jobbes det videre med å kunne dele pasientens måledata med utgangspunkt i det samme rammeverket.

Noe av grunnen til at man har fått til dette, er at man ikke har hatt ambisjon om å bygge *en stor løsning* som skal dekke alle varianter av data-deling fra start. I stedet har man startet med et avgrenset område, og på denne måten skapt verdi for berørte ansatte og pasienter. Dette gir inspirasjon til videre utvikling av datadeling på andre områder. Dette er effektivt i motsetning til de store statlige initiativene som har vist seg å bli svært kostbare og ta veldig lang tid.

Samhandlingsevne på alle nivåer

En sømløs flyt av data krever samhandlingsevne på alle nivåer som beskrevet i European Interoperability Framework:¹⁷

- Teknisk samhandlingsevne: Systemene må ha teknisk mulighet til å utveksle data og må forstå hverandres formater.
- Semantisk samhandlingsevne: Det må være en dokumentert felles forståelse av meningsinnholdet i dataene.
- Organisatorisk samhandlingsevne: Virksomhetene som utveksler data må ha rutiner og organisering som legger til rette for datautvekslingen.
- Juridisk samhandlingsevne: Det må sikres at virksomheter som opererer under ulik lovgivning kan samhandle.

I tillegg må selvfølgelig IT-sikkerhet og personvern ivaretas.

Standardisering av begrepene i helsesektoren fremmer samspill

Legejournalen var tidligere en samling notater som legen skrev til seg selv slik at han eller hun senere kunne slå opp hva som var gjort med pasienten. I en verden med mange behandlere der data skal følge pasienten, stilles det helt andre krav til utformingen av helsedata. En viktig brikke er å standardisere terminologi slik at vi bruker de samme begrepene på tvers av helsesektoren, og at de har samme betydning. En internasjonal standard som nå vinner plass i Norge, er Snomed Clinical Terms. Standarden inneholder blant annet hierarkier av begreper fra sykepleien, diagnoser, kliniske prosedyrer og virkestoffer i legemidler.

Snomed har vært i bruk i noen år i ulike deler av helsevesenet. Direktoratet for e-helse har nå etablert en fellestjeneste for bruk av Snomed og fremmer økt bruk av standarden i de ulike helsetjenestene. Ved å bruke standarden forenkler man kommunikasjonen mellom behandlere, og man legger til rette for medisinsk forskning.



Kilde: European Interoperability Framework som illustrert av Digitaliseringsdirektoratet

“Vi har ulike dokumentasjons-systemer som ikke kommuniserer med hverandre.”

Sykepleier på sykehus



5.3 Kompetanse på designmetodikk og endringsledelse

Designmetodikk og endringsledelse er fagdisipliner som vi mener vil ha god effekt for å få til de endringene som er nødvendig i

helsevesenet fremover. I boksene under gir vi en kort introduksjon til disse disiplinene for de som ikke er kjent med dem.

Designmetodikk er en måte å jobbe med innovasjon og problemløsning der man tilnærmer seg problemet gjennom å sette brukeren i sentrum. Designmetodikk tar utgangspunkt i reelle brukerbehov, før man utforsker mulighetsrommet og kommer med løsninger som prototyper og testes i flere omganger.

Noe av det som skiller designmetodikk fra andre metoder for problemløsning, er at man bruker mer tid på å utforske selve problemet. Dette gjør at designmetodikk egner seg til å løse komplekse problemer der hva som virker best er uforutsigbart.

Designmetodikk innebærer en iterativ prosess som søker å forstå brukeren, utfordre antagelser, og omdefinere problemer for så å identifisere alternative strategier og løsninger. Prosessen består av fem faser: empati, definisjon, idegenerering, prototyping, og testing.

Ved å bruke designmetodikk vil man utvikle løsninger som både er nyttig for brukerne, er teknologisk gjennomførbare og i tråd med virksomhetens strategi.



Tjenestedesign er en fagretning som bruker designmetodikk og andre verktøy for å utvikle brukersentrerte og helhetlige tjenester til eksterne brukergrupper (f.eks. en pasientgruppe eller en pårørendegruppe) og interne brukergrupper (f.eks. leger, sykepleiere eller hjelpepleiere i organisasjonen).

Tjenestedesign begynner og ender med brukeren, for å møte brukernes behov og forventninger. Tjenestedesign er helhetlig og tar hensyn til alle berøringspunkter mellom tjenesten og brukeren, samt interne prosesser som påvirker tjenesteleveransen.

Tjenestedesignprosessen er iterativ. Det betyr at designere lager prototyper, tester dem, samler tilbakemeldinger, og forbedrer løsningene basert på tilbakemeldingene.

Tjenestedesign er et tverrfaglig felt som involverer samarbeid mellom ulike aktører, inkludert designere, brukere, tekniske eksperter, forretningsfolk, og andre interessenter.

Tjenestedesignere bruker visuelle verktøy som brukerreiser, service blueprints og prototyper for å gjøre ideer og konsepter mer forståelige og håndterbare.

Tjenestedesign skal være bærekraftig og inkluderende, og bidra til at tjenesten er tilgjengelig og brukervennlig for alle brukere, uavhengig av deres evner eller bakgrunn.

Tjenestedesign bidrar til å gi de involverte en felles forståelse og eierskap til prosessen og bidrar dermed til forankring. Dermed blir innføringen av endringene enklere. I innovasjonsarbeid er disse metodene verdifulle, fordi de gir en dypere forståelse av brukernes behov, noe som leder til mer innovative og brukervennlige løsninger. Tjenestedesign hjelper team med å løse problemer effektivt, samtidig som de stimulerer til kreativitet og tar hensyn til hele brukeropplevelsen.



Endringsledelse er systematisk arbeid med prosesser, organisasjonsstruktur, holdninger, systemer og kompetanse for å sikre at endringer i en virksomhet gjennomføres på en vellykket måte. Utgangspunktet vil noen ganger være at man ønsker å oppnå noen spesifiserte effekter eller mål. I andre sammenhenger er endringen klart formulert ved oppstart, for eksempel at man skal innføre et nytt system i virksomheten.

Det finnes flere rammeverk for endringsledelse. ACMP og Prosci er to av disse.

I endringsledelse legges det vekt på at man må «få med seg folk» på endringen. Det er ikke nok å installere et nytt system eller sende folk på et kurs. Det innebærer at man må:

- Kartlegge interessenter og involverte
- Skape forståelse for hvorfor endringen er nødvendig
- Kommunisere godt hva endringen innebærer for organisasjonen og den enkelte
- Bygge kompetansen som de ansatte trenger for å jobbe effektivt når endringen er implementert
- Etablere roller, rutiner og organisasjonsstruktur som understøtter endringen

Det vil ofte være motstand mot endring i en virksomhet. En del av endringsledelsen vil derfor være å håndtere denne motstanden på en god måte. Metodene for endringsledelse er opptatt av at man må fokusere på individene som blir berørt av endringene og ikke bare systemet som helhet. I endringsledelse er det også sentralt å jobbe med ledere på alle nivåer for å sikre en vellykket endring.



Innomed og Stimulab som vi omtalte i kapittel 1.1, baserer sitt arbeid på designmetodikk.

Systematisk arbeid med endringsledelse gjøres i mange av de store virksomhetene i helse-sektoren. Helseetaten og Sykehjemsetaten i Oslo kommune har kompetanse på endringsledelse som de tilbyr til institusjonene når nye rutiner eller verktøy skal innføres. Innovasjonsavdelingen på Oslo universitetssykehus¹⁸ er et eksempel på et kompetansemiljø som bistår ved endringsprosesser på sykehuset.

Særlig blant ledere er det nødvendig med kompetanse på hvordan vellykkede endringsprosesser bør gjennomføres. Våre intervjuer tyder på at det er svært varierende hvor mye kompetanse det er innenfor innovasjon og endringsledelse i helsevesenet.

I de større miljøene blir det gjennomført studier som evaluerer større endringer, og mange har også årlige undersøkelser for å kartlegge forbedringsbehov. Men intervjuene vi gjorde, kan tyde på at det er få systematiske prosesser på den enkelte enhet for å kartlegge opplevde behov, prioritere hva man tar tak i, prøve ut løsninger, implementere det som fungerer best og evaluere i etterkant. Det fortelles også om innføringsprosesser med dårlig brukermidvirkning og ledelsesforankring.

Å være trygg i det usikre

I Solberg-regjeringens stortingsmelding om innovasjon i offentlig sektor fra 2020 er det et helt kapittel om behovet for eksperimentering og utprøving for å fremme innovasjon. Våre

intervjuer tyder på at det i liten grad er kultur for eksperimentering i helsesektoren. Det er en tradisjon for at usikkerhet skal reduseres ved at alt man gjør skal være forskningsbasert. I en eksperimenterende atferd er det per definisjon usikkerhet knyttet til resultatet. En sykepleier vi snakket med, sa det var vanskelig å få sine kolleger til å stå trygt i denne usikkerheten.

Helsevesenet trenger tilgang på ekspertise når det gjelder designmetodikk og endringsledelse. I tillegg ser det ut til at den grunnleggende kompetansen i disse disiplinene må økes, særlig blant ledere. Det er imidlertid viktig at prosesser knyttet til designmetodikk og endringsledelse gjøres på helsepersonells premisser. Mange er svært presset på tid og har negative erfaringer med «workshops med gule lapper».

Innovasjon inn i utdanningene

Undervisning i innovasjon har nå kommet inn i helsefagutdanningene, og det er svært positivt. I forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger er det et krav at kandidaten etter fullført utdanning «kjenner til nytenkning og innovasjonsprosesser og kan bidra til tjenesteinnovasjon og systematiske og kvalitetsforbedrende arbeidsprosesser»¹⁹

Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet har en modul i tjenstedesign som innovasjonsmetodikk i sin sykepleierutdanning, mens VID vitenskapelige høyskole sin sykepleierutdanning i Oslo, Sandvika, Bergen og Sandnessjøen har kurset Sykepleiefaglig ledelse og innovasjon i et samfunn i endring.

«Vi har ikke alle svarene før vi starter.
Man kommer aldri i gang hvis man ikke prøver.»

Seksjonsleder på sykehus





Sykepleierstudenter fra VID har hatt praksis hos Bouvet i Bergen for å lære designmetodikk. Som del av praksisen har de jobbet med reelle case fra helsevesenet.

5.4 Tjenstedesign for å identifisere tiltak og endringer

Helsetjenester må i framtida leveres på nye måter. Utfordringen er hvordan disse tjenestene skal utformes for å løse utfordringene, være effektive og gi en best mulig opplevelse for pasienten innenfor rammene man har til rådighet. Tjenstedesign er en disiplin som kan bidra til nettopp dette. I tjenstedesign settes brukeren i sentrum og man fokuserer på at tjenesten oppleves som enhetlig og effektiv for alle involverte. Tjenstedesign legger også opp til en tverrfaglig prosess der ulike fagpersoner og andre berørte involveres i prosessen. I tillegg kan bruk av tjenstedesign bidra til mer brukervennlige løsninger både for pasienter og ansatte. Våre intervjuer viser at lite brukervennlige IT-løsninger er et problem i helsevesenet i dag.

Vi mener økt bruk av tjenstedesign vil gi et sterkt positivt bidrag til utviklingen i helsevesenet. I deler av sektoren brukes tjenstedesign mye allerede. Vi ser for eksempel at kommuner og helseforetak ansetter tjenstedesignere.

Stimulab²⁰ er en ordning drevet av DOGA og Digitaliseringsdirektoratet som bidrar både med penger og kompetanse til prosjekter i offentlig sektor som vil bruke tjenstedesign og innovasjon for å løse komplekse utfordringer.

I boka *Håndbok i helseinnovasjon*²¹ fra 2023 finnes blant annet en veileder for å etablere midlertidige laboratorier for tjenstedesign i

helseorganisasjoner. Veikartet er det første komplette verktøyet som følger innovasjonsprosesser fra A til Å, fra før prosjektet starter, gjennom forankring og forberedelser, via tjenstedesign, overgang til drift og gevinstrealisering med målinger. Metodikken er generell og kan brukes innenfor alle sektorer. KS har også utviklet et veikart for tjensteinnovasjon der tjenstedesign er en sentral del av metodikken.²²

Tjenstedesign gir en bedre legevakt i Tromsø

Tromsø kommune brukte tjenstedesign da de skulle velge sted for å utforme ny legevakt. Hensikten var å identifisere hvilke behov som skulle dekkes med ny legevakt, og deretter gi et bedre beslutningsgrunnlag for lokalisering.

En viktig del av dette arbeidet var å kartlegge pasientflyten – det vil si alle stegene pasientene har analogt, digitalt og fysisk når de bruker legevaktstjenesten.

Legevakta er en kompleks virksomhet som samarbeider med flere andre tjenester. Ved bruk av tjenstedesignmetodikk fikk man oversikt over samhandlingen mellom de ulike aktørene, og over

infrastruktur, organisering og rutiner som påvirker legevakta. Prosjektet var tverrfaglig. Bygningsarkitekter, ambulanspersonell, politi og ansatte i kommunen var involvert i arbeidet.

I prosjektet blir det gjort anonymiserte trafikk-målinger ved hjelp av sensorer som registrerte flyten av ansatte og pasienter på legevakten. Konkret informasjon om hvor lenge pasientene er i bygget, hvor de befinner seg og hvordan de beveger seg er viktig bakgrunnsinformasjon for å kunne analysere og simulere effekt av ulike endringer i lokalene, eller måten legevaktstjenesten ytes på.

Det spesielle med dette prosjektet er at tjenstedesign ble tatt i bruk før byggingen av legevakten startet. Dermed ble behovene kartlagt og kunne brukes som utgangspunkt for valg av tomt og utforming av bygg.

Resultatet av arbeidet gir viktig innsikt for fremtidig utforming av legevakten. Det sikrer effektiv utnyttelse av personell på legevakta, trygghet for de som jobber der og riktig prioritering av pasienter.

5.5 Samspill på tvers av offentlig hjelpetilbud, frivillighet og pårørende

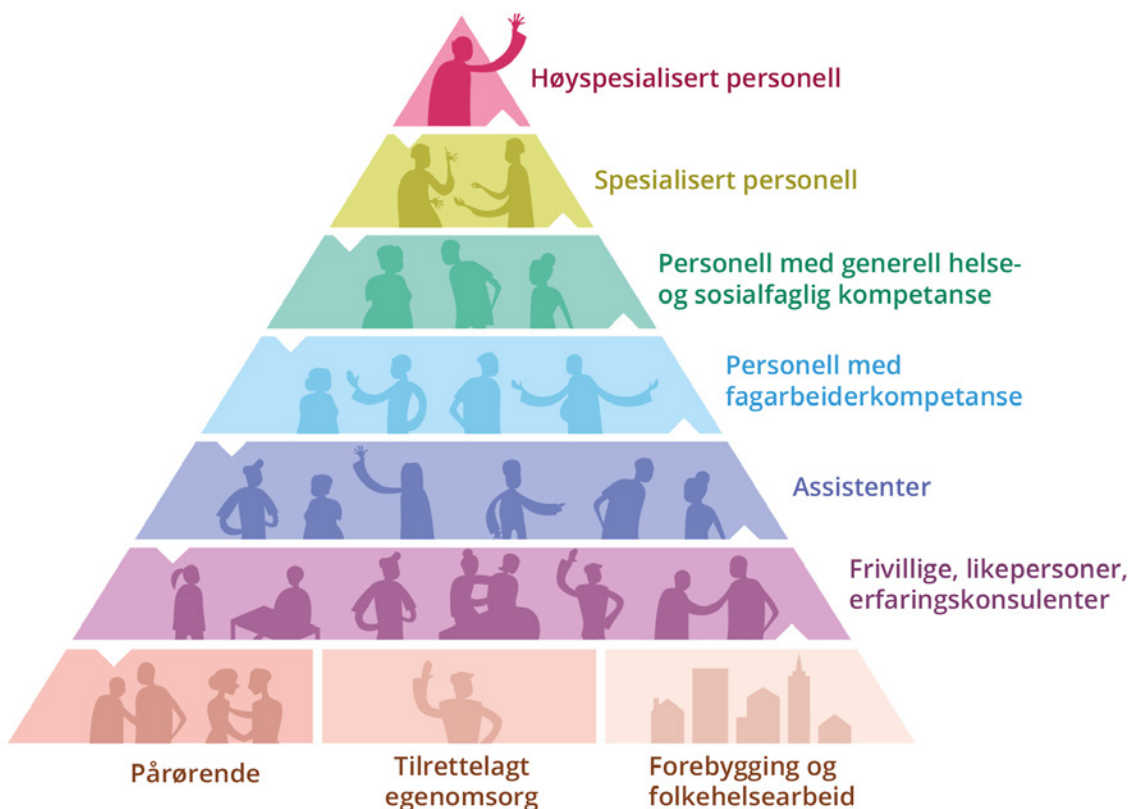
Å hjelpe alle med helseutfordringer er en stor og kompleks oppgave. Det er ikke noe det offentlige kan klare alene – selv med et sømløst samarbeid mellom stat og kommune. Helsepersonell-kommisjonen har en illustrasjon i sitt kapittel om oppgavedeling der både innbyggerne, pårørende og frivillige inngår. De inkluderer også folkehelsearbeid og forebygging som er områder der mange offentlige virksomheter og store deler av sivilsamfunnet er inkludert.

Stortingsmeldingen om innovasjon i offentlig sektor fra Solberg-regjeringen anerkjenner også sivilsamfunnets rolle:

«Regjeringens mål er en effektiv offentlig sektor som leverer gode tjenester til innbyggerne, har

høy grad av tillit i befolkningen, og finner nye løsninger på samfunnsutfordringer i samarbeid med innbyggerne, næringslivet, forskningsmiljøer og sivilsamfunnet.»

De ulike partene som inngår, er gjensidig avhengig av hverandre. Utfordringene går på tvers av juridiske, organisatoriske og profesjonelle skillelinjer. Tradisjonelt har samfunnsutfordringer vært løst ved at en statlig eller kommunal myndighet har utformet en strategi, vedtatt budsjetter og satt i gang tiltak. Denne modellen er ikke tilstrekkelig for å løse komplekse samfunnsutfordringer der mange aktører er involvert. Med utgangspunkt i dette initierte canadieren Jocelyne Bourgon rammeverket Ny syntese.²³ Hun skriver:




Figur hentet fra Tid for handling

«Vi kan ikke løse veksten i kroniske sykdommer, fedme, flyktningstrømmen eller klimaforandringer gjennom lovgivning eller ved å produsere mer for mindre. Den tid er forbi. Problemenes kompleksitet innebærer at vi må tenke i et langt bredere perspektiv, som også

omfatter å inkludere og bygge på samfunnets og borgernes ressurser og bidrag til å skape bærekraftige og robuste løsninger.»

Også vår egen innsamling av data viser at samspillet med frivillige og sivilsamfunn er viktig:



«Den største grunnen til at eldre har behov for helse- og omsorgstjenester, er ensomhet. Ensomhet kan ikke avdeling for helse og omsorg i Tromsø kommune løse for alle innbyggerne. Men ensomhet kan vi som samfunn bidra til å løse.»

Magne Nicolaisen i et webinar om Helsepersonellkomisjonens rapport, direktør for helse og omsorg i Tromsø kommune

«Vi har igjen litt på å kartlegge pasientens restressurser og nettverket rundt pasientene. Det er mange oppgaver vi kan flytte ut i sivilsamfunnet, og det er det som er nøkkelen.»

Koordinator for velferdsteknologi

«Man må ha digitale løsninger som gjør at eldre bedre kan håndtere sykdommen sin i eget hjem. Og man må engasjere frivillige til å bidra.»

Overlege på sykehus



Metoden *Ny syntese* gir oss et rammeverk for å forstå balansen og dynamikken mellom offentlig virksomhet, privat virksomhet, innbyggere og sivilsamfunn. Fire dimensjoner er sentrale i rammeverket:

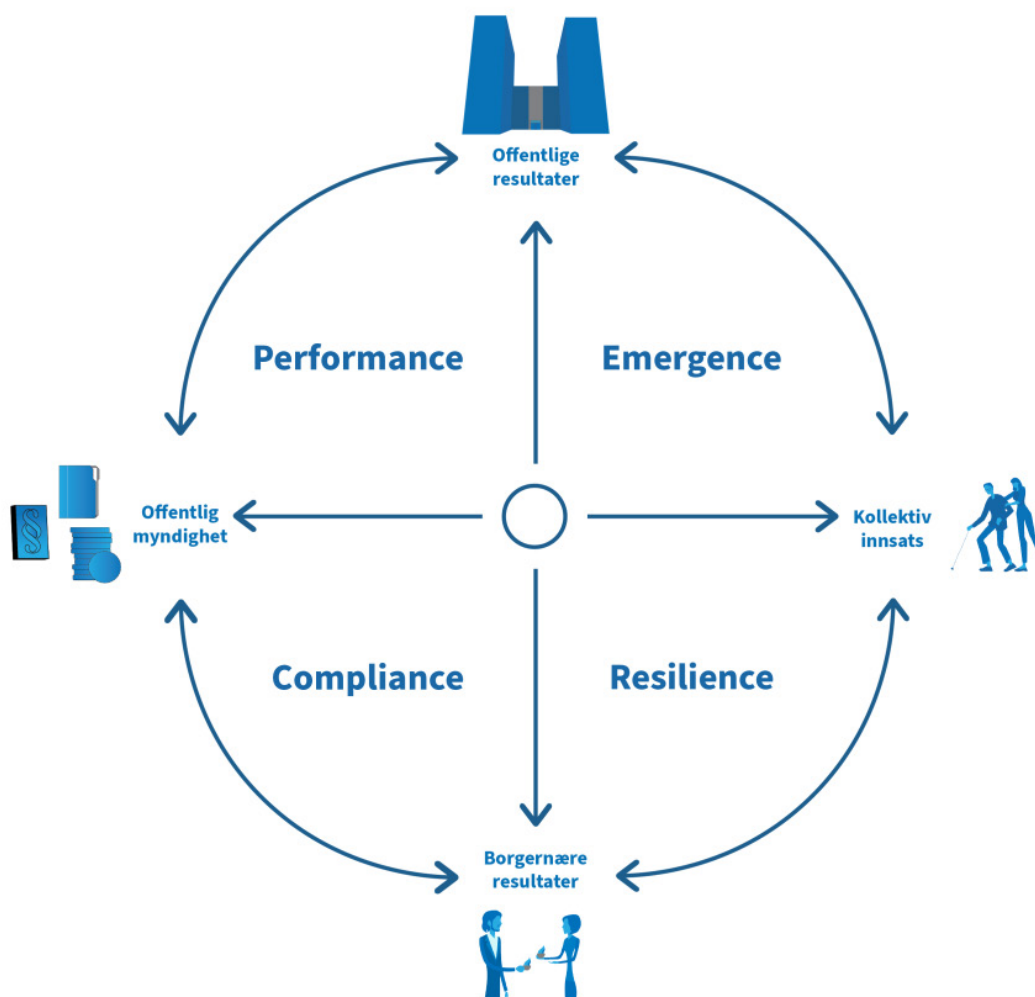
- Compliance – blant annet kontroll og overholdelse av lover og regler
- Performance – blant annet effektivisering og resultatorientering
- Emergence – blant annet innovasjon, strategisk framsyn og nyskaping
- Resilience – blant annet bærekraft, motstandsdyktighet og tilpasningsdyktighet

Ved å tenke på denne måten blir ikke det offentlig bare en produsent av rammebetingelser og tjenester, men også bidragsyter til å mobilisere, informere og stimulere innbyggere og sivilsamfunn. I en artikkel om *Ny syntese* i *Stat og styring*²⁴ skriver Adrian Michalak-Paulsen med flere:

“Offentlig sektor må legge til rette for et samfunn hvor innbyggerne har kapasitet til å delta, forstår sin rolle og anerkjenner de endringene som hele samfunnet må igjennom i årene fremover. Det er med andre ord offentlig sektors ansvar å gjøre innbyggerne til robuste samfunnsborgere som takler de endringene som kommer.”

Når helseminister Ingvild Kjerkholt sier at vi må ta større ansvar for egen alderdom,²⁵ så er dette kanskje et slik forsøk på å skape mer robuste samfunnsborgere.

Intervjuene våre viser at frivillige, pårørende og pasientene selv kan ha en viktig rolle i arbeidet med helse. Her er det et stort potensial dersom man involverer og mobiliserer på riktig måte. Vi tror at rammeverk som *Ny syntese* bedre kan vise vei i dette arbeidet enn de tradisjonelle styringsprosessene i offentlig sektor.



De fire dimensjonene i *Ny syntese*. Kilde: DFØ

6 Oppsummering

Norge er ifølge OECD-undersøkelsen *Health at a glance*²⁶ ett av de landene som bruker mest penger på helsetjenester per innbygger. Helsepersonellkommisjonen har dokumentert at vi også er blant de landene som har mest helsepersonell per innbygger. Med en stor økning av antall eldre i samfunnet må det gjøres radikale grep og jobbes på nye måter.

I vår undersøkelse har ansatte som jobber i helsevesenet fortalt om utfordringer og behov som de ser. Det vi trekker frem er ikke nytt. Mye av dette er kjente utfordringer.

Endringene kom raskt under COVID. Hvorfor har vi falt tilbake til gamle vaner?

Flere av de vi har snakket med reflekterer over at vi under COVID fikk til endringer knyttet til regelverk, teknologi og organisering i rekordfart, men at vi nå har falt tilbake til en langsommere endringstakt. Man kan lure på hvorfor det er slik. En mulig forklaring er at det under COVID var en tydelig og felles kriseforståelse. Personellmangelen i helsevesenet er også en krise, men her har vi ikke i samme grad en felles kriseforståelse.

«Innføring hadde nok gått litt saktere hvis det ikke var for COVID.»

Kvalitetssjef på sykehjem om innføring av digital løsning



«Under pandemien beviste vi at vi klarer å snu korta uten å helle barnet ut med badevannet. Vi fikk mange nye krav og regler, men mistet ingen av de vi hadde.»

Leder i kommunehelsetjenesten



Kompetanse på innovasjons- og endringsarbeid

Helsepersonellkommisjonen snakker mye om behovet for digital kompetanse, men vi mener det ikke er tilstrekkelig. Det trengs også kompetanse på hvordan man gjennomfører innovasjons- og endringsarbeid på en strukturert måte. En digital transformasjon er så mye mer enn å bygge og ta i bruk nye data-systemer. Det handler om å legge om tjenester og arbeidsformer slik at man drar nytte av de nye mulighetene.

Vi må mobilisere pårørende, sivilsamfunnet og pasienten selv

En av informantene fortalte om frivillige som aktiviserer kreftpasienter som er innlagt på sykehus. Andre fortalte om kols-pasienter som selv hadde overtatt avlesning av måleverdier slik at de slipper å reise til sykehus for å utføre målinger. Det synes klart at for å løse morgendagens utfordringer, så må pårørende, sivilsamfunn og pasienten selv mobiliseres i større grad. Dette innebærer en annen måte å jobbe på. Det nytter ikke lengre bare å vedta lover og budsjetter for deretter å produsere tjenester med mer ressurser. Man må etablere dialog med andre aktører i samfunnet og stimulere til samarbeid.

Komplekse helseproblemer kan ikke løses med samleband

FHI har nylig publisert en oversikt over hvilke sykdommer som koster helsevesenet mest.²⁷ Der er første gang kostnadene til sykehjem og hjemmetjenester er inkludert i kostnadene. Demens topper listen. På topp 10-listen finner vi også andre sykdommer som er typisk for pasienter med sammensatte helseproblemene, som slag, angst, diabetes og depresjon. Dette er ikke sykdommer som kan kureres i et pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten. Her trengs en mer persontilpasset og tverrfaglig behandling. Teknologi kan bidra til å bringe de ulike fagdisiplinene sammen rundt pasienten med

relevante data enkelt tilgjengelig. Teknologien kan også gjøre det mulig at flere av disse pasientene kan behandles hjemme, noe som både vil redusere kostnader og gi bedre livskvalitet.

Vi må få fart på delingen av data

Vi har sett positive resultater det siste året når det gjelder å dele data på tvers i helsevesenet og la dataene følge pasienten. Farten på dette arbeidet må holdes oppe. Det trengs å utvikles flere tjenester for deling av data, og pasienten må enklere kunne gi samtykke til deling av egne data. Det trengs også større fart på de juridiske prosessene slik at ikke arbeidet med utveksling av data til stadighet blir forsinket av regelverk og juridiske vurderinger rundt i de ulike organisasjonsenhetene.

Et godt arbeidsmiljø er viktig

«Det er ikke rekrutteringa som er problemet. Det er sluttinga som er problemet,» sa psykiateren i intervjuet. Også andre av informantene forteller om en negativ spiral når det gjelder arbeidsmiljø: Personalmangel fører til mer stress for de som er igjen, noe som fører til at enda flere slutter. Dersom man klarer å etablere gode rammebetingelser og godt arbeidsmiljø, så er det grunn til å tro at færre slutter og flere med helsefagutdanning blir værende i sektoren.

Best for alle med færrest mulig i spesialisthelsetjenesten

Det er mye positivt ved at innbyggeren kan være i hjemmet i stedet for på et sykehus. Som vi har sett i denne rapporten gjør teknologi det mulig at behandling, monitorering og konsultasjon i større grad foregår digitalt fra hjemmet. Pasienten føler seg tryggere og friere og kostnadene er lavere. I hjemmet kan pasienten ta styringen selv og blir «subjekt» i stedet for «objekt».

Det er også gevinster som kan hentes ut ved at spesialisthelsetjenesten blir en digital

deltaker på konsultasjoner hos fastlegen. Fokus på forebygging og økt egenmestring fra pasienten vil kunne bidra til mindre bruk av spesialisthelsetjenesten.

Det er imidlertid en rekke problemer som ikke er løst når det gjelder behandling i hjemmet:

- Bistanden i hjemmet fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og NAV må samordnes, og de må ha innsyn i hverandres pasientplaner. Det må legges til rette for at utstyr kan brukes uavhengig av hvilken offentlig etat som eier utstyret.
- Finansieringsordningen må legges til rette for behandling i hjemmet. Dagens finansieringsmodell for sykehus er ikke tilpasset at behandlingen skjer i hjemmet.

Helsepersonellkommissjonen er opptatt av at helsevesenet må bygges nedenfra. Psykiateren vi intervjuet var enig i det og spissformulerte det på denne måten:

«Vi skal gjøre primærhelsetjenesten til superstjerner. De skal løse 99 prosent av utfordringene selv *sammen med* oss i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal gjøre primærhelsetjenesten gode.»

Sluttnoter

- ¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- ² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- ³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-30-20192020/id2715113/>
- ⁴ <https://www.digdir.no/innovasjon/stimulab/1706>
- ⁵ <https://innomed.no/>
- ⁶ Problemet med digital deling av røntgenbilder i Oslo er nå løst. Se kapittel 5.2
- ⁷ Les mer om prosjektet her: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/kreftklinikken/avdeling-for-kreftbehandling/kreftpasienter-vil-helst-vere-hjemme>
- ⁸ Historien er hentet fra Adresseavisen 9. mai 2023
- ⁹ Stabell, Charles B. og Øystein D. Fjeldstad. 1998. "Configuring value for competitive advantage: On chains, shops, and networks." *Strategic Management Journal*.
- ¹⁰ <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/persontilpasset-behandling/>
- ¹¹ <https://www.youtube.com/watch?v=66l47PUBFeg>
- ¹² <https://www.youtube.com/watch?v=66l47PUBFeg>
- ¹³ <https://www.helsenorge.no/kjernejournal/>
- ¹⁴ <https://www.nhn.no/tjenester/kjernejournal/deling-av-journaldokumenter-gjennom-kjernejournal/>
- ¹⁵ https://www.linkedin.com/posts/osloorigo_et-stort-skrift-for-pasientsikkerheten-activity-7063871680628072448-08b5/
- ¹⁶ <https://www.nhn.no/tjenester/kjernejournal/deling-av-journaldokumenter-gjennom-kjernejournal/Beskrivelse%20av%20tillitsrammeverk.pdf>
- ¹⁷ <https://joinup.ec.europa.eu/collection/nifo-national-interoperability-framework-observatory/european-interoperability-framework-detail>
- ¹⁸ <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/teknologi-og-innovasjonsklinikken/innovasjonsavdelingen>
- ¹⁹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>
- ²⁰ <https://www.digdir.no/innovasjon/stimulab/1706>
- ²¹ https://cappelendamm.no/_handbok-i-helseinnovasjon-thomas-hoholm-kari-kvarner-9788202796440
- ²² <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/>
- ²³ Ny syntese er presentert på nettsidene til Direktoratet for forvaltning og økonomistyring: <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/samordning/ny-syntese-et-felles-rammeverk-mestre-komplekse-samfunnsutfordringer>
- ²⁴ Stat og styring, volum 30, utgave 3. <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/ISSN0809-750X-2020-03-16>
- ²⁵ <https://www.nrk.no/norge/helseministeren-sier-vi-ma-ta-storre-ansvar-for-egen-alderdom-1.16267239>
- ²⁶ <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
- ²⁷ <https://www.fhi.no/nyheter/2023/hva-koster-ulike-sykdommer-i-helsevesenet/>

I årene framover blir det færre ansatte per pasient i helsevesenet. Det skyldes at antall yrkesaktive i Norge går ned, mens antall eldre går opp. Da må det jobbes på nye måter.

Bouvet har gjort dybdeintervjuer med 11 personer som har kjent utfordringene og mulighetene i helsevesenet på kroppen.

I denne rapporten presenterer vi ni hovedutfordringer som kom fram under intervjuene. Vi forteller også seks suksesshistorier som viser hvordan innovasjon kan bidra til god behandling med færre ressurser.

Å jobbe systematisk og klokt med innovasjon og digitalisering krever ny kompetanse, gode prosesser, nye former for ledelse, og en kultur som stimulerer til nyskaping. Dette kan ikke baseres kun på ildsjeler.

I rapporten foreslår vi noen tiltak som vi mener vil gjøre helsevesenet i stand til å gjøre mer med færre ansatte.

Det handler om å sette pasienten i sentrum med bruk av teknologi, mer effektiv deling av data og mer bruk av designmetodikk og endringsledelse.

