

## **Helsenæringen ikke med som høringsinstans**

Listen over høringsinstanser viser ingen bransjeorganisasjoner, leverandører eller andre private virksomheter. Fraværet av høringsinstanser fra helsenæringen står i kontrast til det som skrives i Regjeringens oppdragsdokument for 2022 til Helse Midt: *Utvikling av ny teknologi og mer presis diagnostikk og behandling gjennom innovasjon og næringslivssamarbeid er sentralt for å skape en bærekraftig helsetjeneste. Helse MidtNorge RHF skal i denne sammenheng legge til rette for helsetjenesteforskning og nye måter helsetjenester kan leveres på.* Det ville mao ikke vært unaturlig å involvere helsenæringen mer formelt i utviklingsplanen til St. Olavs Hospital.

## **Lang og «normalt» tung tekst**

Med det menes at dokumentet oppleves å være i lengste laget. Språket er også gjenkjennelig tungt, spesielt om målgruppen også inkluderer den brede befolkningen. Teksten har en lesbarhetsindeks på 56 – (50-60: vanskelig, normal verdi for offisielle publikasjoner. Det er brukt skriftlig.no sin lesbarhetsindeks for denne analysen. Lesbarhetsindeksen teller hvor mange ord hver setning består av, hvor mange meninger den har (komma, innskutte bisetninger etc,) i tillegg til å telle antall ord som har flere bokstaver enn 6 (vanskelige ord) Så bruker man en formel som er anerkjent for å komme frem til tekstens lesbarhet). Her er dere i godt selskap – også helse vest sin strategi og utviklingsplan ligger på midt på 50 tallet. Men det har de siste årene blitt mer vanlig å jobbe med verktøy som klarspråk. Spesielt kan dette merkes i avistekster, men også offisielle nettsider som for eksempel skatteetaten.no og nav.no. Her er der helt vanlig å se artikler med lesbarhet helt ned til midt på 30-tallet. Mange NRK.no og Aftenposten.no tekster ligger på ca 40. Lesbarhetsindeksen kan være et fint verktøy å bruke underveis for å gjøre teksten lettere å lese. (Som en kuriositet: denne teksten har en lesbarhet på 48).

## **Kapittel 4: kopling mot utfordringsbildet kan bli sterkere**

Det oppleves nok at kapittel 4 sitt svar på utfordringsbildet som tas frem i forord, samt kapittel 1 og 2, kunne vært tydeligere. Etterlatt inntrykk: om bare innovasjonen og tjenesteutviklingen i tilstrekkelig grad kommer nedenfra, fra grasrota, de som er tett på pasienten, så klarer vi å møte utfordringsbildet. Men grasrotinnovasjon kan også preges av en «ikke se skogen for bare trær» effekt, og at innovasjonen slik sett ikke når sitt potensiale i tilstrekkelig grad. Denne artikkelen fra BMJ Quality, <https://qualitysafety.bmj.com/content/30/3/236>, er et godt eksempel på en innovasjonen som sitt potensiale. På grunn av Covid må sykehuset endre sin prosess for å få pasienter til faktisk å komme til sykehuset (Cost of Contact). De vurderer da pasientforløpet rundt elektiv fjerning av galleblære. Man kunne tenkt: la oss digitalisere pasientforløpet, og endt opp med 4 digitaliserte steg + selve operasjonen. De valgte istedet å redesigne hele prosessen gjennom å tenke: hvor mange fysiske møter med pasienten trenger vi egentlig? De endte opp med at 2 av stegene var unødvendige, 2 kunne gjøres virtuelt og kun ett fysisk oppmøte (operasjonen) var nødvendig.

## **Fokuset på de teknologiske mulighetene og helsenæringen kan styrkes**

Det nevnes ingen andre enn sykehusets egne ansatte, brukere og pårørende i kapittel 3 kultur og satsningsområder: innovasjon og forbedring. Det er en henvisning til teknologi i ett av punktene under visjon og strategi, som man kan på en måte tenke på som et leverandørintensivt punkt. Men leverandører som sådan er først nevnt på side 39, og da som en IT tjeneste. Faktisk er første gangen man nevner leverandørindustrien (forstått her som legemiddel og med-tek) under et punkt om anti-korrupsjon. Altså som et som et element man først og fremst knytter risiko til.

Dere skriver bla i kapittelet om digitalisering at: «*Endringer innen teknologi og digitalisering må skje i tett samråd med pasientene.*» Her tenker vi i leverandørindustrien at dere har litt å hente på å også invitere inn oss. Bare i Europa har Medtronic 150 store sykehus som strategiske kunder. Her lærer vi mye om hvordan teknologi brukes, og hvordan innovasjon skapes. Slik strukturkapital kan mange leverandørselskaper ta med seg til dere. Det er en helt reell mulighet for læring, men er helt avhengig

av samhandling med helsenæringen. Denne samhandlingen kan beskrives bedre i utviklingsplanen. Det kan til og med være et bærende element for hvordan man kan komme seg til fremtidens helsetjenester. Man kan også inspireres til å ta frem innovasjon langs akser som andre allerede har tenkt litt på. For å sitere forordet til Helsenæringsmeldingen fra 2019, om å etablere en sterkere kultur for samarbeid: *Næringslivet kan bidra til både bedre løsninger og en mer effektiv ressursbruk i helsesektoren. Næringslivet kan, med sine arbeidsformer og dynamikk, bistå helsetjenesten og helseforvaltningen til å nå sine mål.*

### **Hva fremtidens helsetjenester skal bestå av kan beskrives tydeligere**

Anerkjente nøkkelord for fremtidens helsetjenester som for eksempel «virtuelt» eller «automatisert» nevnes kun en gang. Henvisning til slike nøkkelord kan styrke utviklingsplanens tyngde som målbærer av St. Olavs visjon om fremtidens helsetjenester. Nøkkelordene blir da «løsningskomponentene» for å håndtere fremtidens utfordringsbilde. Eksempler på dagsaktuelle nøkkelord kan være: Digitale pasientforløp, konvertering til digitale forløp (med måltall), virtuelle helsetjenester, Digital Vei Inn, automatisert triage, eller helautomatiserte helsetjenester. Et helsesystem i Alaska (Nuka System of Care) har for eksempel konvertert 50% av interaksjonene sine til asynkrone interaksjoner (tekstmeldinger og epost), 30% til virtuelt (video) og har bare igjen 20% av konsultasjonene som tas fysisk. Her er en inspirerende podcast fra 2019 som beskriver reisen dette helsesystemet har vært på, og hvor langt de har kommet i å realisere helsetjenester på brukerens premisser: <https://open.spotify.com/episode/40EfCjQBHwqL4VgKnW8Mzm>

### **Bruk gjerne mer tall – det vil gjøre målbildet tydeligere, og forenkle arbeidet med å etablere «riktige» tiltak**

Gitt premisene som forteller oss at presset på sykehusene vil øke: endret demografi, mer komplekse sykdomsbilder, trangere økonomi og fortsatt utfordrende rekrutteringssituasjon for bla sykepleiere – synes det klart at man kan forvente å måtte arbeide på andre måter i 2035. Det er også konkret skrevet i planen. Men hva det egentlig betyr kan med fordel diskuteres mer. Et eksempel: Dersom antallet polikliniske konsultasjoner øker med 12% til 2035, men bemanningen ikke økes – hvor mye av denne veksten kan vi håndtere ved å konvertere fysiske pasientforløp til mindre ressurskrevende digitale forløp, som kanskje til og med passer pasienten enda bedre? Her kan dere også trekke inn Nasjonal Helse og Sykehusplan 2020-2023 i større grad. Den planen tar i større grad opp i seg premisset om at det igrunnen er best om ikke pasienten kommer inn på sykehuset i så stor grad som før. Hjemmesykehus og virtuelle eller digitale tjenester løftes frem som virkemidler for å kunne endre måten man jobber på.

### **Etablering av «Value Based Healthcare» som et alternativ fokus kan bidra til bedret ressursbruk og høyere kvalitet**

Det er liten tvil om at primærhelsetjenesten vil spille en stadig viktigere rolle fremover. Det er der pasientrelasjonene først oppstår, og det er der man (kanskje best) kan hjelpe pasienten til å ta riktige og bedre valg. Dere skriver: «For å møte den demografiske utviklingen må vi produsere flere og riktigere tjenester med et lavere forbruk av ressurser.» En mulig nøkkel her kan være å vurdere såkalt «value based healthcare». Det er et vidt begrep, men handler i stort om å snu perspektivet fra volumorienterte tjenester til kvalitetsorienterte helsetjenester, og slik oppnå optimal ressursbruk og enda bedre kvalitet. Man orienterer «betalingen» for helsetjenesten mer mot utfallet av behandlingen og ikke bare om den er gjennomført eller ikke. Dette gjør det veldig interessant å forbedre samhandling med primærhelsetjenesten. Den vertikale integrasjonen som kan legge til rette for dette har jo Helse Midt startet gjennom innføring av Helseplattformen. Det vi ser i Medtronic hos flere av våre sykehuskunder er at å utforske value based healthcare gjennom prosjekter gir en læringseffekt og en innovasjonseffekt som bidrar positivt. Med verdibasert helse som ett av verktøyene i verktøykassen skaffer man seg erfaring, som man igjen kan bruke til kontinuerlig forbedring. Helsenæringen kan bidra med mye innsikt i så måte.

## **Tydeliggjøring av samhandling med helsenæringen vil styrke «Utviklingsplan 2023-2026»**

Fremtidens helsetjenester er et fellesprosjekt. Helsenæringen spiller en viktig rolle hver eneste dag i å bringe innovasjon til sykehusene gjennom stadig forbedret medisinsk teknikk eller legemidler. Men en enda mer aktiv benyttelse av helsenæringen vil både utfordre og berike St. Olavs Hospitals arbeid for å også i 2035 kunne tilby Midt Norge «Fremragende behandling».

### **Gunnar Mørne**

Strategic Accounts | Norway

### **Medtronic**

Hoffsveien 1 | Oslo

Mobile +47 971 81 712