

Innovasjon og samhandling i helsevesenet

EN PRAKSISBASERT TILNÆRMING

WERNER CHRISTIE

Werner Christie er førstelektor ved Handelshøyskolen BI.
E-post: werner.h.christie@bi.no

THOMAS HOHOLM

Thomas Hoholm er førsteamanuensis ved Handelshøyskolen BI.
E-post: thomas.hoholm@bi.no

BJØRN ERIK MØRK

Bjørn Erik Mørk er førsteamanuensis ved Handelshøyskolen BI/Honorary Associate Professor IKON, Warwick Business School.
E-post: bjorn.e.mork@bi.no

Samhandling har vært et sentralt tema i det norske helsevesenet i over 40 år. Manglende samhandling mellom statlig spesialisthelsetjeneste og kommunal primærhelsetjeneste, mellom og innad i organisasjoner og mellom profesjoner fører til kvalitets- og effektivitetsutfordringer. Til tross for at tiltak knyttet til innovasjon, økonomiske incentiver, organisering og digitalisering har blitt iverksatt, er det fortsatt betydelig rom for bedre samhandling. Med en aldrende befolkning med mer komplekse sykdomsbilder står vi foran utfordringer som gjør det viktig å forstå bedre hva utfordringene kan skyldes og hva som kan være mulige løsninger. Denne artikkelen omhandler kompleksiteten av disse utfordringene, og gir en historisk oversikt over ulike styringslogikker som dels har blitt innført sekvensielt, men som også har virket parallelt. Inn i denne historiske konteksten trekker vi funn fra en nyere praksisbasert studie av endringer i og på tvers av helsevesenets organisasjoner når man introduserer elektroniske meldinger og mobile løsninger. Denne stu-

dien viser at når praksiser skal endres skapes det friksjon når ulike styringslogikker er involvert samtidig. Når det gjelder ambisjoner om digitalisering i helsetjenesten ser vi positivt på fremveksten av nye styringslogikker som i større grad støtter bilateral samhandling, delegering av beslutninger og involvering av innbyggere og tjenester på tvers.

NØKKELORD

innovasjon | samhandling | organisering | digitalisering | helsevesenet

INNLEDNING

Samhandling er en gjennomgående og grunnleggende utfordring i norsk helsetjeneste som man har forsøkt å løse på ulike måter gjennom minst 40 års helse-, omsorgs- og sosialpolitikk. Et bedre grep om *utfordringene* ved samhandling og bedre kvalitet på tjenestene kan bidra til at helsevesenet bedre oppfyller sin kjerneoppgave: Å bidra til at befolkningen kan «leve hele livet», som er navnet på en ny reform fra regjeringen. Med en aldrende befolkning med mer komplekse og sammensatte sykdomsbilder, må også relasjonelle sider av helsepersonellens kompetanse mobiliseres på nye måter.

Helsevesenet har med sine rundt 350 000 årsverk flere ansatte enn noen annen sektor i Norge. Helsetjenesten er delt i en forvaltningsorganisert primærhelsetjeneste og en foretaksorganisert spesialisthelsetjeneste. Disse er hver for seg sammensatt av mange subspecialiserte enheter. Både de ulike spesialiserte fag- og arbeidsområdene og de ulike organisasjonsmodellene med sine tilhørende styringslogikker skaper formidable samhandlingsutfordringer. Kombinasjonen av det tydelige skillet mellom en statlig spesialisthelsetjeneste med sentralisert regional styring og desentrale kommunale primærhelsetjenester, i tillegg til faglig spesialisering, skaper høy kompleksitet langs flere akser; organisatoriske grenser, profesjonsgrenser og i møtet mellom ulike styringslogikker.

Samhandlingsutfordringene skaper både effektivitetsproblemer (koordinering, informasjonsflyt, rett tjenestenivå, etc.) og kvalitetsproblemer (opplevd fragmentering, informasjonstap, tilgang på rett kompetanse, etc.). Innbyggerne opplever frustrerende møter med for fragmenterte tjenester, og pasienter og pårørende må ofte ta ansvar for selv å mobilisere tjenester, og for å innhente og dele relevant informasjon. Samfunnet får høyere kostnader enn nødvendig; manuell koordinering er nødvendig, men også enormt tidkrevende, og evnen til å hjelpe innbyggere raskt og effektivt reduseres. Politikere, økonomer og befolkningen generelt stiller spørsmål med hvorvidt helsevesenet prioriterer riktig.

For å møte utfordringene prøves ulike kombinasjoner av digitalisering, innovasjon, økonomiske virkemidler og endring i organisering og forvaltning. I kommunal sektor skjer dette særlig på tre områder: 1) utprøving og rask utbredelse av velferdsteknologi, 2) innsats for å få digitale samhandlingsverktøy og organisasjonstilpasninger til å støtte samhandling mellom de kommunale tjenestene og mellom kommune og spesialistforetakene, og 3) større krav til ledelse.

I denne artikkelen vil vi diskutere hvordan ulike *styringslogikker* etableres over tid, og hvordan friksjon kan oppstå mellom dem. Med konkrete eksempler diskuterer vi hvordan endring av *praksiser* er en viktig – og kanskje undervurdert – faktor for å lykkes med innovasjon og digitalisering. Digitalisering i offentlig tjenesteyting kan *ikke bare handle om digitalisering* som sådan, men må sees i sammenheng med prinsipper for tjenestekvalitet, samhandling og ansvar. Vi vil belyse hvordan noen av utfordringene kommer av ulike styringslogikker, organisasjoner og profesjoner. Samhandlingsutfordringene kan forstås bedre om vi ser dem som sammenvevde praksiser som skal endres.

Neste del presenterer praksisbaserte studier (PBS), og i tråd med PBS definerer vi innovasjon som «something that generates and facilitates change in social practice» (Tuomi 2002: 10). De to neste delene deretter beskriver metode og funn. Artikkelen avsluttes med en diskusjon.

PRAKSISBASERTE PERSPEKTIVER

Siden tidlig på 2000-tallet har PBS hatt betydelig gjennomslagskraft innenfor forskning på organisasjoner, innovasjon, læring, strategi, markedsføring m.m. (Nicolini et al. 2003; Nicolini 2012). PBS sikter til flere forskningsretninger som deler sentrale antagelser om forholdet mellom kunnskap, læring, prosesser, organisering og innovasjon. Mens klassiske organisasjonsstudier vektla individer, grupper eller felt, så er analyseenheten i PBS praksis. Vi vil nå kort ta for oss tre sentrale antagelser fra PBS:

1. *Praksiser og kunnskap er alltid sosialt, kulturelt og historisk situert.* Lave og Wenger (1991), Brown og Duguid (1991) og Orlikowski (2002) viste hvordan praksis og læring er situert, og at antagelsen om «beste praksiser» som relativt enkelt kan flyttes mellom ulike steder er problematisk. Orr (1996) fant at kunnskapsdeling, læring og innovasjon skjedde i praksisfellesskap (communities of practice), og at praktikerne gjennom felles problemløsning og historiefortellinger om erfaringer fant de gode løsningene for kundene. Forbedringene skyldtes ofte ikke kun teknologien, eller hva som stod i prosedyrene, men heller læringen fra felles praktisering.

2. *Praksiser er alltid sosiale og materielle.* For å forstå organisasjoner er det ikke tilstrekkelig kun å fokusere på hva mennesker gjør, man må også se samspillet med

materialitet. Både kunnskap og verdier bygges inn i de teknologiske verktøyene vi bruker, og de kan legge sterke føringer (scripts) for bruk. Noen ganger får man til mer som et resultat av slike sosiomaterielle kombinasjoner, andre ganger blir teknologi en hindring, og noe man forsøker å endre, justere eller finne en vei rundt (Latour 2005).

3. *Endring av praksis innebærer endringer i maktrelasjoner.* Innføring av ny teknologi og endringer i praksis innebærer ofte at arbeidsdelingen og maktrelasjonene endres. Enkelte individer og grupper får dermed styrket sin posisjon, mens andres posisjoner svekkes (Mørk et al. 2010; Nicolini 2012). Etablerte grenser mellom profesjoner, avdelinger, organisasjoner og felt utfordres av ny teknologi og nye praksiser (Mørk et al. 2012; Nicolini et al. 2017). Utfordringene kan skyldes ulik fagterminologi, at de mangler felles erfaringer, eller at de har ulike interesser. Dette perspektivet har tatt med seg den franske filosofen, historikeren og samfunnsforskeren Michel Foucaults (1980) innsikter om hvordan kunnskap og makt henger sammen, særlig relatert til hvordan de som vokter «gyldig» kunnskap kan opparbeide seg betydelig definisjonsmakt og dermed legge føringer for hva som kan diskuteres, hvem som involveres og på hvilke premisser. «Styringslogikker» bør sees på som et sett med innflytelsesrike ideer som ofte er fundert i en viss kunnskapstradisjon, og hvor man har lyktes med å innrullere et nettverk av aktører som er lojale mot logikken, og etter hvert tar den for gitt. Samfunnsøkonomiske og bedriftsøkonomiske modeller, medisinsk vitenskap og humanistisk-psykologiske oppfatninger av mennesket er eksempler på slike logikker.

METODE

Denne artikkelen er basert på empiri fra et forskningsprosjekt om utvikling og anvendelse av samhandlingsteknologi, praksisendringer, organisering og læring i helsesektoren, samt materiale samlet gjennom forskningsarbeid i sektoren over mange år. Vi brukte kvalitative metoder for å forstå hvordan og hvorfor prosessene forløp slik de gjorde.

Delen Ulike styringslogikker gir en historisk oversikt over hvordan ulike styringslogikker er introdusert i norsk helsesektor, basert på analyser av offentlige dokumenter samt feltsamtaler og intervjuer gjennom mange år (se Christie 1988; 2014; 2017). Delen Innovasjon i samhandling presenterer funn om endringer i og på tvers av helsevesenets organisasjoner når man introduserer elektroniske meldinger og mobile løsninger. Deltagerne i studien var helsepersonell, og det ble gjort observasjoner av praksis i ulike deler av helsevesenet kombinert med 27 intervjuer (varighet på 45–60 minutter) av sentrale aktører på ulike omsorgsnivå. I tillegg til observasjoner og intervjuer ble det samlet inn sekundærdata fra rapporter fra hel-

semyndighetene, sykehus og kommuner. De transkriberte intervjuene og feltnotatene ble analysert av de ulike forskerne for så å sammenligne funn. Slik ble styringslogikker identifisert og innføring av digital samhandlingsteknologi i praksis drøftet i lys av disse.

STYRINGSLOGIKKER OG TEKNOLOGI SOM VERKTØY FOR SAMHANDLING

I det følgende gjennomgås utviklingen av ulike styringslogikker i norsk helsepolitikk de siste 40 år, før vi diskuterer utfordringer i grensesnittet mellom styringslogikkene og innovasjon og digitalisering i primærhelsetjenesten. Eksemplene er hentet fra forskning (Christie 2014; Bjørkquist, Ramsdal og Ramsdal 2015; Hoholm, La Rocca og Aanestad 2018), særlig en studie av digital samhandling mellom sykehus og kommuner (La Rocca, Hvidsten og Hoholm 2016; La Rocca og Hoholm 2017).

Ulike styringslogikker

Helsetjenesten har gjennom sin utvikling blitt utsatt for ulike styringsformer og ideologier. Disse har dels blitt innført sekvensielt, men de utgjør også ulike tenkemåter og styringsformer som virker parallelt i samtiden, delvis i harmoni og delvis i konfliktfylt samspill. En gjennomgang av styringslogikker som har påvirket og påvirker forståelsen og styringen av helsetjenestens mangfoldige samhandlingsutfordringer er derfor nyttig for å forstå dagens situasjon. Andersen og Pors (2017) gjorde en lignende gjennomgang i dansk offentlig sektor. De påviser en utvikling i fire overlappende faser, fra innføring av byråkrati, via sektor-planlegging og strategisk ledelse, til dagens innovasjonsimperativ («potensialisering») hvor økende kompleksitet gjør at offentlig sektor i større grad desentraliserer beslutninger og ansvar for kreativ problemløsning. Vi er inspirert av denne argumentasjonen, men har vektlagt norske og mer spesifikt helsesektor-relaterte forhold.

Profesjokratiet

Frem til midt på 80-tallet var helsetjenesten og velferdsstaten under rask oppbygging og utvikling i Norge som i de fleste andre europeiske land. Inspirert av National Health Service (NHS) i UK var staten den ledende aktør i finansiering og utviklingsplaner, men den ivaretok disse oppgavene gjennom omfattende subsidiert av lokale utviklingsinitiativ. Drift av sykehus og sykehjem ble subsidiert med 75 % av kostnadene og andre tiltak med liknende insitamenter (Vik 1992). Virksomhetene ble stort sett drevet og ledet av fagfolkene selv med få koordinerende ledd utover et profesjonsstyrt hierarki fra helsedirektør via fylkesleger og dis-

triktsleger. Sykehjem og omsorgstjenester var profesjonsstyrt med noe statlig veiledning og tilsyn gjennom fylkesleger og helsedirektorat. Sykehus var inndelt i lokal, sentral og regionsykehusnivå, med forhandlinger om hvilke funksjoner som skulle ivaretas på ulike nivå og sykehus.

Ut fra den sterke dominans profesjonene hadde gjennom linjen fra helsedirektoratet og den sterke faglige dominansen i drift og styring av tjenestene har denne epoken blitt kalt «Profesjokratiet» (Nordby 1987). Det avspeiler også at politiske organer hadde lite innflytelse over helsetjenestene, det være seg sosialdepartement, fylkesting eller kommunestyre. Epoken var preget av relativt god koordinering vertikalt, men lite og konfliktfylt samhandling horisontalt mellom tjenestemråder og institusjoner, særlig sykehusene.

Forvaltningsreformer: Planleggingsoptimisme og politisk styring

Behovet for kostnadskontroll og bedre helhetlig samordning av tjenestene førte til kommunehelsetjeneste og fylkeshelsetjenestereformen tidlig på 80-tallet (Sosialdepartementet 1975, 1979, 1981). Styringslogikken og styringsformene ble radikalt endret og modernisert, men ikke uten reaksjoner fra profesjonene som mistet innflytelse. Den nye logikken representerte en befolkningsbasert likeverdig fordeling av ressursene med mer helhetlig planlegging og styring av tjenestene gjennom et politisk styrt forvaltningsorgan, henholdsvis kommunene og sykehusene. Tenkemåten er teknokratisk i sin planleggingsoptimisme, og demokratisk i troen på lokalpolitisk styring og legitimitet. Av samhandlingsutfordringene var særlig den mellom faglige premisser og politisk styring ny og uvant (Christie 1988).

Det grunnleggende faglige skillet mellom generaliserte, omfattende og kontinuerlige primærhelsetjenester, og kortvarige, episodiske spesialisthelsetjenester som fokuserte på den aktuelle sykdomsperiode og tilstand, vil alltid være tilstede. Det interessante er hvordan man håndterer de utfordringene dette skillet skaper for helsetjenestens kjerneoppgaver.

Ledelse og samarbeid versus marked og målstyring

Et snaut tiår etter at den desentraliserte forvaltningsmodellen ble innført, ble den sentrale helseforvaltningen omorganisert (Berg 2009). Dette skjedde ikke uten konflikter. Da Norge fikk sin første helseminister i 1992 var en av hans første oppgaver å sikre et sterkt fagdirektorat som kunne skape et godt faglig fundament for politikken.

Utover 80-tallet var det oppstått en sterk interesse for ledelse og målstyring i det private næringsliv, og mange spurte seg hva det offentlige kunne lære av det. Det var åpenbart behov for mer ledelse i helsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Mye av inspirasjonen kom fra USA og UK. Logikken fra slutten av 80-tallet og

fremover var at helsetjenesten burde organiseres som foretak, konkurranseutsettes og stimuleres med økonomiske insentiver. På OECDs første helseministermøte i 1992 var mange begeistret for «managed competition», mens Norge foretrakk «managed cooperation» (Christie 2014).

Denne logikken ble senere omtalt i Stortingsmelding 50 (93-94), (Sosial- og helsedepartementet 1994) og det ble fokusert på hvordan helsevesenet kunne gi helhetlig og mest mulig effektiv behandling. Det forutsetter mer sammenhengende behandlingsskjeder fra primær til topp spesialisert helsetjeneste, med optimal pasientflyt for kvalitet og effektivitet gjennom hele behandlingsskjeden. Samhandlingen må skje sømløst på tvers av alle involverte avdelinger fra de koordinerende generalistene til de mest avanserte subspecialitetene i regionsykehusene. Regional helseplanlegging for sammenhengende behandlingsskjeder og effektiv funksjonsdeling og pasientflyt innenfor de fem universitetssykehusområdene ble etablert som styringslogikken. Verdikjeder for pasienten og det enkelte sykdomstilfelle innenfor rammen av det helhetlige faglige kompetansenettverket som en helseregion representerte skulle gi optimal faglig samhandling til pasientens beste. Ikke-hierarkisk samspill på tvers av virksomheter og nivåer er imidlertid utfordrende, og på tross av planleggingsoptimisme og gode samspillsidealer, hadde en begrenset ledelsesmessige og teknologiske virkemidler til rådighet.

En sentral utfordring var at de ulike sykehusenes journalsystemer var ulike, og verken kunne eller ble tillatt å kommunisere. Pasientjournalopplysninger kunne ikke følge pasienten sømløst gjennom behandlingsskjeden, noe som gjør god og effektiv samhandling til pasientens beste vanskelig. Datatilsynet har av personvern hensyn ikke sett på helsevesenet som en helhetlig organisasjon som trenger tett samarbeide enhetene imellom for pasientens beste. Beslutninger om datasystemer og plattformer var dessuten desentralisert til de lokale enhetene i tråd med den rådende styringslogikken (Hauge 2017). Dette er paradoksalt når store datasystemer som skal betjene nettverk av brukere nettopp oppnår sin maksimale brukerverdi og fleksibilitet for lokal tilpasning når plattformen er felles og standardisert.

Kommunehelsetjenestens forvaltningsmodell – på vei mot nye logikker?

De kommunale helsetjenestene ble mer spesialiserte, segregerte og fragmenterte utfra en logikk om at kompetansedifferensiering og spesialisering gir kvalitet. Samhandlingsreformen var et forsøk på et oppgjør med dette, hvor primær- og spesialisthelsetjenestenes roller skulle tydeliggjøres. Opprettelsen av de kommunale akutte døgnenheter (KAD) kan sees som kronen på verket. Tiltaket var en del av samhandlingsreformen og hensikten var å lage en akutt døgnenhet som kunne forebygge sykehusinnleggelse. I praksis var det vanskelig å lykkes med

dette utenom i de største byene. Allmenntillegget har gått motsatt vei med spesialister i det generelle og allmenne. Primærhelsetjenesten skal jobbe mer med forebygging og helhetlige tjenester til innbyggerne, mens spesialisthelsetjenesten skal korte ned på sykehusopphold, og utvikle bedre samhandling med kommunene. Stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten (Helse og omsorgsdepartementet 2015) styrket denne tanken, selv om vi foreløpig ikke vet hvordan dette vil bli i praksis.

Økt spesialisering har i primærhelsetjenesten også ført til kategorisering, separering og isolering av brukerne/pasientene. En erkjenner stadig mer hvordan tilhørighet, mening, motivasjon og mestring er særdeles viktig for et godt liv, for god rehabilitering og for evnen til å mestre kronisk sykdom. En ny og mer eksistensiell pasient-/innbyggersentrert logikk tar gradvis over som grunnidé: Ikke bare fravær av sykdom eller skade, men et meningsfullt liv man kan «leve hele livet» (Regjeringen, 2017). «Hva er viktig for deg» er blitt et avgjørende spørsmål i møte med brukere i kontrast til den tradisjonelle ekspertkulturen. Faglige siloer samordnes og omorganiseres med eksempler som integrerte helsehus, familiehjelp, felles og integrerte omsorgsboliger og institusjoner for *ulike* typer brukere – i noen tilfeller også friske brukere. I denne logikken blir samhandling viktigere, både for pasientene og for helsepersonellet ikke bare for informasjonsutveksling og koordinering, men også for samskaping av velferd.

Innovasjon i samhandling

I primærhelsetjenesten går det nå minst to omfattende digitale innovasjonsspor: 1) innbyggerorienterte tjenester som velferdsteknologi, avstandsoppfølging og tilgjengeliggjøring av ulike offentlige tjenester på nett, 2) teknologi for samhandling og koordinering tjenestene imellom. Norske helsereformer generelt og samhandlingsreformen spesielt stimulerer til omfattende lokal eksperimentering fordi det er store overordnede mål, noen få og tøffe virkemidler og en sterk desentralisering av søket etter løsninger (Ramsdal 2012). En kan ikke la være å handle, men samtidig er ikke løsningene gitt. Det er en tillitsfull delegering av ansvar, i tråd med Andersen og Pors sitt (2017) argument om «potensialisering». Det mobiliseres ressurser og mye lokal kreativitet, mens deling av erfaringer og gode løsninger på tvers har ikke nødvendigvis like stor kraft mellom mer enn 400 kommuner. Staten risikerer at reformen tar en annen retning enn intensjonen, men det skjer en betydelig nedenfra-og-opp-bevegelse for å virkeliggjøre målene.

Endring og tilpasning av tjenestene er en forutsetning for at digitale verktøy skal skape verdi (Hansen et al. 2017). Mens mange uttrykker økt mestring og en sterk tilknytning til trygghetsskapende teknologier, skaper det samtidig en ny sårbarhet dersom verktøyene ikke virker, eller er vanskelig å bruke. Rai (2016) fant for

eksempel at digitale medisindispensere truet sosial status for enkelte brukere, mens andre følte seg frigjort. Med en ny framvoksende logikk hvor brukerrelasjonen og samhandlingen blir mer sentral for tjenesten, ser det ut til at velferdsteknologiene og deres «innebygde verdier» fungerer godt sammen. De muliggjør selvstendigjøring av brukerne og bedre koordinering av tjenestene, uten økte kostnader og personellbruk. Det er ingen automatikk i dette, og det er mulig å bruke en del av disse teknologiene til å styrke et mer omsorgsovertakende og kontrollorientert regime, hvor tjenesteyter opprettholder en ensidig ekspertrolle – og derved makt – i relasjon til bruker. Dette har vi imidlertid ikke observert i særlig grad.

Resten av denne delen fokuserer på utvikling av teknologi for samhandling og koordinering tjenestene imellom, og hvordan dette utfordres og muliggjøres av ulike styringslogikker.

Standardiserte infrastrukturer, protokoller og verktøy for pasientdata, pasientflyt, informasjon og kommunikasjon mellom de ulike aktørene (Aanestad og Olausen 2010) er avgjørende for at helsetjenesten skal kunne samordne og kommunisere mer effektivt internt og på tvers av alle virksomheter. Disse teknologiene utvikles ofte gjennom desentrale utviklingsprosjekter som løser lokale og regionale behov, og som derfor ofte også skaper eller opprettholder fragmentering hvis løsningene ikke kan integreres godt med andre løsninger. Mye er i ferd med å skje gjennom investeringer i store systemer, utvikling av mer brukerorienterte webplattformer og utviklingsprosjekter. Samtidig møter slike prosjekter ofte tøffe hindringer fra den sentrale styringen av informasjonssikkerhet og personvern, nedfelt i lovverket og strengt håndhevet.

Implementering av Samhandlingsreformen ble igangsatt i 2012 for å bedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom de kommunale tjenestene. Dette innebar å flytte noe finansieringsansvar fra sykehus til kommuner, fakturere kommuner dersom de ikke tar imot pasientene samme dag som de er utskrivningsklare fra sykehus, digitalisere en del kommunikasjon (f.eks. pleie- og omsorgsmeldinger) og opprette nye organisatoriske løsninger.

Vi har studert innføringen av digitale pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) mellom et større sykehus og en rekke kommuner. Løsningen er enkel teknologisk med en nasjonal standard, utviklet gjennom det nasjonale «ELIN-k»-prosjektet (2006-2011)¹ for hvordan et sett med åtte meldinger skal formateres og integreres med pasientjournalssystemene hos de respektive parter. Det har heller ikke vært rapportert om store tekniske utfordringer med å implementere meldingene i de enkelte kommuner og sykehus. Likevel fant vi betydelige utfordringer med å lykkes med innføringen. Vi vil her særlig nevne to slike utfordringer:

1. ELIN-k er et prosjekt for utvikling av løsninger for elektronisk informasjonsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, fastleger og sykehus.

1) PLO-meldingene skal ha to ulike funksjoner: a) Å skape god informasjonsflyt og kommunikasjon mellom kommunale tjenester og sykehus når en pasient skrives inn og ut av sykehus, b) å dokumentere utskrivingsdato. Dette siste har en økonomisk konsekvens: Tidligere kunne pasienten ligge noen dager ekstra på sykehus i påvente av at kommunalt tilbud gjøres klart, men nå fører dette til et gebyr (i skrivende stund på kr 4747,- pr. døgn). Håndteringen av denne økonomiske funksjonen har ikke vært helt enkel. Rutiner og avklaringer for hvordan slike «overleveringer» skal foregå nedfelles i samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner. Likevel har vi sett variasjoner: Sykehusene har i stor grad under-fakturert slike overliggerdøgn², noe som tyder på uklarheter og uenigheter om status for relativt store antall enkeltpasienter. Samtidig synker årlig antall overliggerdøgn, og kommunene rapporterte om økt trykk på ressurser og kompetanse, fordi de opplevde å overta ansvaret for stadig sykere pasienter som skulle raskt ut av sykehuset. Videre fant vi en del tilfeller av uenigheter om pasientens tjenestebehov etter utskriving. Ansatte ved kommunale tjenstekontor opplevde at sykehusleger og -sykepleiere forsøkte å forhandle og overtale om hva pasienten trenger, mens ansvaret for slik vurdering og tildeling av tjenester etter utskriving utelukkende er kommunens ansvar. Overgangen fra faks- og telefonbasert kommunikasjon til standardiserte elektroniske meldinger kan ha forsterket disse utfordringene, fordi mulighetene man hadde tidligere over telefon for å finne mer fleksible løsninger forsvinner. Når et verktøy som skal fremme koordinering og samarbeid på tvers av organisasjoner, også har innebygget en økonomisk pisk og gulrot-funksjon ser vi at de ulike funksjonene kan utfordre hverandre (La Rocca og Hoholm 2017). Fakturering av overliggerdøgn relaterer til en mer sentralisert kontroll- og målstyrringsorientert styringslogikk, mens det bilaterale samarbeidet man også tilstreber i samhandlingsreformen forutsetter en større grad av tillit og gjensidig ansvar. Gitt framveksten av nye styringslogikker i offentlig sektor kan man kanskje utvikle økonomiske og kvalitetsmessige målekriterier som i større grad vektlegger felles resultater?

2) Ved utvikling og implementering av standardiserte digitale samhandlingsverktøy kan en utfordring være at løsningen ikke oppleves å ivareta de spesifikke behov som finnes i de enkelte tjenestemiljø. For eksempel hadde første versjon av PLO-meldingene ikke inkludert noe informasjon om pasientens ikke-medisinske tilstand («funksjonsnivå»), slik som pasientens evne til å kle på seg selv, spise og håndtere andre hverdagsaktiviteter, så vel som psykisk funksjonsnivå. Fra kommunehelsetjenestens side er dette svært viktig informasjon, fordi det i bunn og grunn er dette som gir beslutningsgrunnlag for tildeling av tjenester til brukeren (La Rocca, Hvidsten og Hoholm 2016).

2. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samhandlingsstatistikk> 11.02.2018.

Hvis standardiserte løsninger ikke muliggjør lokal tilpasning kan det svekke mulighetene for at løsningen implementeres godt. Mange løsninger blir derfor partielle og ikke fullt integrerte (Aanestad og Olausen 2010). Samtidig ser vi i andre sektorer at standardiserte plattformløsninger (som Facebook, Google og Amazon) nettopp skaper muligheter for lokale og individuelt tilpassede løsninger.

I PLO-studien kunne de justere litt på IT-løsningen og samtidig skape ny felles praksis mellom sykehus og kommuner. Sammen med helsepersonell fra de involverte aktørene skapte vi felles forståelse for partenes informasjonsbehov, og samarbeidet om å definere en protokoll for funksjonsbeskrivelser (La Rocca, Hvidsten og Hoholm 2016). Resultatet er bedre utveksling av verdifull informasjon om pasienten, som muliggjør bedre forberedelser og koordinering av tjenestene, særlig på kommunal side. Dermed ble forskningsprosjektet et eksempel på at viktig innovasjon noen ganger foregår «under radaren» (Criscuolo, Salter og Ter Wal 2013). Slik lokal kreativitet og tilpasning kan være en viktig forutsetning for å lykkes med implementering og verdiskapende anvendelse av digitale samhandlingsløsninger (La Rocca, Hvidsten og Hoholm 2016).

DISKUSJON

I denne artikkelen har vi så langt beskrevet framveksten av ulike *styringslogikker* over tid, og hvordan friksjon kan oppstå mellom dem. Videre koblet vi det til et konkret eksempel på hvordan endring av *praksiser* er en viktig – og kanskje undervurdert – faktor for å lykkes med innovasjon og digitalisering. Digitalisering i offentlig tjenesteyting *handler ikke bare om digitalisering* som sådan, men også om prinsipper for tjenestekvalitet, samhandling og ansvar.

Som vi har sett så erstatter ikke styringslogikker enkelt hverandre, de blir heller liggende «lagvis» (se også Colville, Pye og Carter 2013) og kan bidra til paradokser og friksjon når de møter praksis gjennom reformer og innovasjonsambisjoner. Praksisbaserte studier har demonstrert hvordan teknologi ikke kan ansees som nøytral. Tvert imot er det ofte slik at teknologier har innebyggede «scripts» (Nicolini 2012), som i noen grad kan være basert på slike styringslogikker. Når en samhandlingsteknologi som PLO-meldingene har innebygde mekanismer som støtter to til dels motsetningsfylte logikker, så overlater man til praktikere å finne mer eller mindre akseptable og lokalt betingede løsninger. Vi tror ikke dette er unikt for PLO-meldingene.

Når praksisbaserte studier (PBS) argumenterer for at organisasjoner kjennetegnes av endring fremfor stabilitet, så har dette viktige implikasjoner for innovasjon og ledelse i praksis (Nicolini et al. 2003; Latour 2005; Nicolini 2012). Det innebærer blant annet at ledere bør forstå hva som må til for å stabilisere nye praksiser, og de bør forstå gjensidige avhengigheter og friksjoner på tvers av tjenestene. Videre trengs

forståelse for hvilken verdi som skapes i samhandling og at verdiene ikke primært skapes for seg selv, men for andre tjenester og for innbyggerne. Vi foreslår at aktørene stilles til ansvar for felles verdiskaping, heller enn eget aktivitetsnivå.

Samhandlingsutfordringene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er en kjerneutfordring. Helseforetakene i spesialisthelsetjenesten har med sin kombinasjon av sterk og spesialisert profesjonsmakt (profesjokrati) og samtidig en mer toppstyrt og koordinert styringslogikk enn kommunehelsetjenesten, lett for å få definisjonsmakten og bli premissleverandør. Kommunene blir lett avmektige mottakere av den faglige innleggelses- og særlig utskrivingslogikken som råder i foretakene. Dette er en paradoksal og uheldig situasjon siden kommunene har ansvaret for pasientene 24/7/365. De har et helhetlig behandlings- og omsorgsansvar for deres løpende kroniske og akutte problemer, mens foretakene er kortvarige leverandører av spesialisert kompetanse og tjenester ved akutte eller avgrensede behov. Primærhelsetjenesten bør i større grad være premissleverandører for foretakenes leveranser av tjenester. Den framvoksende styringslogikken som framhever tillitsbasert og distribuert ledelse i kombinasjon med myndiggjorte innbyggere har lettere gjennomslag i kommunene.

Digitalisering av helse- og omsorgstjenester er avgjørende for å løse de betydelige samhandlingsutfordringene på tvers av de mange tjenestene, og mellom tjenester og innbyggere. En av utfordringene er at tidligere styringslogikker har fremmet profesjonsstyring og sentralisering (samtidig er profesjonalisering og sentralisering stadig i motsetning), mens effektiv digitalisering og samhandling krever mye bredere involvering og ansvarliggjøring. Nettverkslogikker som fremmer samarbeid og gjensidig verdiskaping krever at beslutninger, ansvar og handling delegeres nærmest mulig praksis, og at man insentiverer felles verdiskaping. Samtidig må man ivareta transparens og felles ressurser, slik at aktørene kan stilles til ansvar både for tjenestekvalitet og ressursbruk.

Praksiser er historisk, sosialt og kulturelt situerte (Lave og Wenger 1991; Brown og Duguid 1991; Orr 1996), så når samspillet skal endres, og aktører fra primær- og spesialisthelsetjenesten skal samhandle mer, er dette krevende. Dette kompliseres ytterligere av kunnskapsgrensene (Carlile 2002), knyttet til at de involverte har ulik terminologi og erfaring, og ulike profesjonelle og styringsmessige referanserammer og interesser. Når ansvar og roller forskyves mellom ulike nivåer, så vil en også rokke ved etablert arbeidsdeling og maktforhold (Nicolini 2012; Mørk et al. 2010; 2012; Nicolini et al. 2017). De involverte forstår ofte godt implikasjonene av endringene for deres posisjon.

I de to beskrevne digitaliseringstrendene har innføringen av velferdsteknologi noen fordeler i at den pasientsentriske og relasjonsorienterte styringslogikken kanskje har fått best gjennomslag i førstelinjen; i hjemmetjenesten, tjenester for

psykisk helse, rehabiliteringstjenester osv. Dermed får teknologien og den nye styringslogikken gunstige muligheter til gjensidig å styrke hverandre når praksiser skal endres, tilsynelatende med svært god verdi for tjenestebrukerne. På den annen side synes mange prosjekter for samhandlingsteknologi å stå litt tilbake, fordi både «profesjokratiske» (Nordby 1987) og new public management-orienterte styringslogikker fortsatt står sterkt, både i kommunal forvaltning og i spesialisthelsetjenesten. Det er liten tvil om at standardiserte og felles løsninger får større utfordringer fordi interesse mangfoldet er større: Få aktører vil hevde at digitale løsninger, som pasientjournaler og lignende, ikke skal brukes både til klassisk medisinsk informasjon, mer pasientorientert kommunikasjon, statistisk og økonomisk oversikt samt til tverr-institusjonell samhandling. Problemer oppstår når samme verktøy brukes til ulike funksjoner samtidig, særlig når funksjonene kommer fra ulike styringslogikker med ulike verdigrunnlag (La Rocca og Hoholm 2017).

I denne sammenhengen er kommunikasjon og tillit avgjørende. Teknologi er en nødvendig og muliggjørende, men ikke tilstrekkelig faktor. Det kreves møteplasser og kommunikasjonskanaler. Tillit om omforent problem- og løsningsforståelse etableres best ved dialogbasert samhandling i dertil tilrettelagte prososiale prosesser. Dette kan med fordel skje gjennom åpne og effektive elektroniske kommunikasjonskanaler der personvernet er godt ivaretatt. I dag skjer dette i begrenset grad. Innovasjon og digitalisering i norsk helsetjeneste forutsetter at digitale verktøy systematisk vurderes etter i hvilken grad de støtter gode prinsipper for samarbeid, pasientorientering og tilpasning av komplekse sett med praksiser, og skaper reell verdi for pasientene. Videre vil verdien av digitalisering avhenge av at implementering av teknologi ikke handler om teknologiimplementering per se, men aller mest om praksisendring – både lokalt og på tvers av tjenestene.

REFERANSER

- Andersen, N. Å., og Pors, J. G. (2017). «On the history of the form of administrative decisions: how decisions begin to desire uncertainty». *Management & Organizational History*, 12(2), 119–141.
- Berg, O. (2009). «Mellom gammelt og nytt: Helseforvaltningen 1945–1994» *Mic-hael* 2009;6:339–60.
- Björkquist, C., Ramsdal, H., og Ramsdal, K. (2015). «User participation and stakeholder involvement in health care innovation—does it matter?» *European Journal of Innovation Management* 18, no. 1: 2–18.
- Brown, J.S. og Duguid, P. (1991). «Organisational Learning and Communities of Practice: Toward a Unified View of Working, Learning and Innovation.» *Organization Science*, Vol.2, No.1, 40–56.

- Carlile, P.R. (2002). «A Pragmatic View of Knowledge and Boundaries: Boundary Objects in New Product Development.» *Organization Science*, 13, 4:442–455.
- Christie, W. (2017). «Natur, kultur og evolusjon. Om helsens opprinnelse.» I Tennes, G. (Red.) *Helsefremmende samhandling*. Oslo, Fagbokforlaget.
- Christie, W. (2014). «Politikk og fag – på samme lag? Helseledelse fra teknokrati til 'Velferds-Dannelse'.» I Botten, G. (Red) *Helsetjenestens nye logikk*. Oslo, Akademi.
- Christie, W. (1988). *Politikk og fag, på samme lag? En bok om planlegging i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Tano.
- Colville, I., Pye, A., og Carter, M. (2013). «Organizing to counter terrorism: Sensemaking amidst dynamic complexity.» *Human Relations*, 66, 1201–1223.
- Criscuolo, P., Salter, A. og Ter Wal, A.L.J, (2013). «Going underground: Bootlegging and individual innovative performance.» *Organization Science* 25, no. 5: 1287–1305.
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977*. Pantheon.
- Hansen, L.A, Almqvist, F., Ørjasæter, N.O., og Kistorp, K.M. (2017). «Velferdsteknologi i sentrum (VIS) – evaluering av velferdsteknologi fra et tjenestedesignperspektiv.» *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2, Volum 3: 144–152.
- Hauge, H.N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Oslo, Gyldendal.
- Helse og omsorgsdepartementet (2015): Meld. St. 26 (2014–2015) Melding til Stortinget Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
- Hoholm, T., La Rocca, A. og Aanestad, M. (2018). *Controversies in Healthcare Innovation Service, Technology and Organization*, Palgrave Macmillan.
- La Rocca, A. og Hoholm, T. (2017). «Coordination between primary and secondary care: The role of electronic messages and economic incentives.» *BMC Health Services Research*, 17(2017)149: 1–14.
- La Rocca, A., Hvidsten, A. og Hoholm, T. (2016). «The role of creativity when translating innovation locally.» I Skerlavaj, M., Krapez, Calsen, A., Dysvik, A. og Cerne (red). *Capitalizing on Creativity at Work*, Edward Elgar.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social*. Hampshire: Oxford University Press.
- Lave, J. og Wenger, E. (1991): *Situated learning. Legitimate peripheral participation*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Mørk, B.E., Hoholm, T. Manninen-Olsson, E. og Aanestad, M. (2012). «Changing practice through boundary organising: A case from medical R&D.» *Human Relations*, Vol. 65 (2), February, 261–286.
- Mørk, B.E, Hoholm, T., Aanestad, M., Edwin, B. og Ellingsen, G. (2010). «Challenging expertise: on power relations within and across communities of practice in medical innovation.» *Management Learning*, November, 41: 575–592.

- Nicolini, D. (2012). *Practice Theory, Work and Organization. An introduction*. Oxford University Press.
- Nicolini, D., Mørk, B.E., Masovic, J. Hanseth, O. (2017). «Expertise as trans-situated: the case of TAVI». I Sandberg, J., Rouleau, L., Langley, A. og Tsoukas, H. (2017), *Skilful Performance: Enacting Expertise, Competence, and Capabilities in Organizations*, Oxford University Press.
- Nicolini, D., Gherardi, S., og Yanow, D. (2003). *Knowing in organizations. A Practice-Based Approach*. M. E. Sharpe Inc.
- Nordby, T. (1987). «Profesjokratiets periode innen norsk helsevesen. Institusjoner, politikk og konfliktemner.» I *Historisk Tidsskrift*; 66; 301–323.
- Orlikowski, W.J. (2002). «Knowing in Practice: Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing.» *Organization Science*. 13, 3:249–273.
- Orr, J.E. (1996). *Talking about machines: an ethnography of a modern job*. ILR Press, Ithaca.
- Rai, R.S. (2016). *Innovating in Practice: A Practice-Theoretical Exploration of Discontinuous Service Innovations*. Doktoravhandling, Handelshøyskolen BI.
- Ramsdal, H. (2012). «From hierarchical steering to dialogic governance? An analysis of four welfare state reforms in Norway.» Side 89–131 i Barroso J, Carvalho LM (red). *Knowledge and Regulatory Processes in Health and Education Policies*. Lisbon: EDUCA.
- Regjeringen (2017): <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/inn-sikt/leve-hele-livet/id2547684/> (Aksessert 8 februar 2018.)
- Sosialdepartementet (2009): St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen.
- Sosialdepartementet (1981): Ot. prp. nr. 36 (1980-81) Helse- og sosialtjenesten i kommunene.
- Sosial- og Helsedepartementet (1994): Stortingsmelding nr. 50 (93-94) «Helsemeldingen, Samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste».
- Sosialdepartementet (1979): NOU 1979:28. Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet Oppgave- og ansvarsfordeling. Finansieringsordning. (Nyhus-utvalgets innstilling.)
- Sosialdepartementet (1974); St. meld. nr. 9 (1974-75) «Sykehusutbygging mv. i et regionalisert helsevesen.»
- Tuomi, I. (2002). *Networks of Innovation. Change and Meaning in the Age of Internet*. Oxford University Press.
- Vik, L. (1992). *Pengene og livet. Utviklingstrekk ved norsk helsevesen*. Oslo, Kommuneforlaget.
- Aanestad, M. og Olausen, I. (2010). (red). *IKT og samhandling i helsesektoren: digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?* Tapir Akademiske Forlag.