

**Helse- og omsorgsdepartementet
Kommunetjenesteavdelingen
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo**

SINTEF Teknologi og samfunn
Postadresse:
Postboks 4760 Stuppen
7465 Trondheim
Besøksadresse:
Abels gate 5
7030 Trondheim
Sentralbord: 73593000
Direkte innvalg: 99237900
Telefaks: 93070500
ts@sintef.no
www.sintef.no
Foretaksregister: NO 948007029 MVA

Deres ref.:
Steinar Børstad

Vår ref.:
TH/RER/mke

Prosjekt / Sak:
545/11

Dato
2011-11-21

Høringsuttalelse fra SINTEF Teknologi og samfunn til NOU 2011: 11 Innovasjon i Omsorg

Vi viser til høringsbrev datert 22. juli 2011. SINTEF Teknologi og samfunn har i samarbeid med SINTEF IKT vurdert beskrivelser og anbefalinger som Hagen-utvalget legger frem i utredningen.

Vi vedlegger høringsuttalelsen fra SINTEF.

Med vennlig hilsen
for SINTEF Teknologi og samfunn



Tonje Hamar
Konserndirektør

Høringsuttalelse fra SINTEF Teknologi og samfunn til NOU 2011: 11 Innovasjon i Omsorg

Utvalget har gjort et omfattende og godt arbeid med å beskrive dagens omsorgsmyter og morgendagens omsorgstema og utrede nye muligheter og nye løsninger for å møte de utfordringene som kommer. Utredningen viser at vi står ovenfor betydelige utfordringer dersom vårt samfunn skal lykkes i å tilby likeverdige og kvalitetsmessig gode helsetjenester til alle. SINTEF slutter seg i all hovedsak til utvalgets beskrivelser og forslag. Vi er enig i konklusjonen om at det må allokeres forskningsmidler som kan sikre en kunnskapsbasert utvikling, og at kommunen må få virkemidler som er tilpasset kommunenes egne forutsetninger og rammer for å kunne muliggjøre innovasjon i omsorg.

Vår høringsuttalelse fokuserer på "Innovasjon og omsorg" (kap 4), "Ny teknologistøtte" (kap 7) og Ny innsikt (kap 8). I tillegg gir vi noen kommentarer vedrørende evaluering av samfunnsmessige konsekvenser av å implementere av nye løsninger.

KAPITTEL 4 Innovasjon og omsorg

4.4 Innovasjon

Utvalget har i kapitlet gitt en beskrivelse av innovasjonsbegrepet. For å være konsistent med hensyn til hva som menes med begrepet, vil Sintef foreslå at denne beskrivelsen formuleres slik at den er i overensstemmelse med andre departementers beskrivelser av innovasjon. St.meld. nr. 7 «Et nyskapende og bærekraftig Norge» beskriver innovasjon som *en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier*.

Ikke alle innovasjoner rettet mot omsorg har som mål å skape økonomiske verdier. Vi vil derfor foreslå å bruke definisjonen: «en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier og bidra til bedre livskvalitet».

4.4.8 Ulike former for innovasjon

Behovsdrivet innovasjon

I kapitlet er det gitt noen eksempler på ulike typer innovasjon. Også her hadde Sintef ønsket at utvalget hadde forent arbeidet og anbefaling med andre nasjonale satsinger fra ulike departementer. I 2007 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Nærings- og handelsdepartementet (NHD) en femårig satsing på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. Satsingen har hittil særskilt lagt vekt på utvikling av nye og innovative løsninger innenfor områdene IKT og medisinsk-teknisk utstyr i spesialisthelsetjenesten. Satsingen gjennomføres av de regionale helseforetakene, i samarbeid med virkemiddelapparatet representert ved Helsedirektoratet, InnoMed, Innovasjon Norge og Norges forskningsråd. Satsningen har vært evaluert og de viktigste funnene er at innovasjonsarbeid i kommunehelsen må inkludere et større fokus på innovasjon av tjenester. Det er også belyst gjennom evalueringen et behov for en allmenn innovasjonskompetanse og rådgivning i alle deler av landet. Det anbefales at arbeidsgruppen med den kommende stortingsmelding sikrer at relevant erfaring fra denne satsingen blir brukt videre i innovasjon av omsorg i kommunehelsetjenesten.

Offentlig/privat innovasjonssamarbeid (OPI).

I kapitlet beskrives OPI-samarbeid som et tett og gjensidig samarbeid mellom offentlige og private virksomheter med henblikk på nytenkning og utvikling av offentlige løsninger. Som det nevnes, har NHO og KS etablert et nasjonalt program for leverandørutvikling knyttet til velferdsteknologi, for å øke kunnskapen og kompetansen om innovative innkjøp, samt stimulere til økt gjennomføring av innovative prosjekter. Programmet er definert som et nasjonalt leverandørutviklingsprogram. Sintef anbefaler at man styrker dette samarbeidet og at kommunenes bestillerkompetanse styrkes, for å sikre utvikling av løsninger og produkter kommunene har behov for.

Kapittel 7 Ny teknologistøtte

Kapittel 7 i NOU er et mangefasettert kapittel som omhandler ulike temaer som spenner fra mål med teknologien, definisjon, eksempler på teknologi, barrierer og muligheter, skisse av nasjonalt program, og etikk og personvern. Kapitlet prøver også å si noe om meget store teknologiområder i grenseflaten til velferdsteknologi, slik som telemedisin, eHelse og IKT i forvaltningen. Dette er komplekse tema som åpenbart bare kan få en kort introduksjon i en slik utredning, og vi støtter utvalgets oppfatning om at velferdsteknologi må sees i sammenheng med utviklingen innen disse.

Våre hovedkommentarer går langs tre akser:

- 1) Tydeliggjøre behovet for å kvalitetssikre og verifisere velferdsteknologi.
- 2) Inkludere flere viktige perspektiv i definisjon og mål.
- 3) Øke fokus på velferdsteknologi for forebygging, ikke bare som et hjelpemiddel

Tydeliggjøre behovet for å kvalitetssikre og verifisere velferdsteknologi

I starten på kapitler siteres følgende uttalelse av Dorthe Kusk: «Ved innføring av ny teknologi utgjør selve teknologien bare cirka 20 prosent av de endringene som blir satt i verk. Det meste dreier seg om arbeidsformer og organisering». Vi vil minne om: "There is no silver bullet" (Fred Brooks)

Det er nok riktig at ny teknologi utgjør kun 20 % av en endring, gitt at teknologien fungerer i henhold til intensjonen. Det gjør den dessverre ikke alltid. Slik vi leser dette kapitlet skisseres mye og til dels meget komplisert og avansert teknologi, mye av det eksisterer ikke enda, og mye finnes i form av prototyper som testes på et meget begrenset sett av brukere. Antakelsen om at disse teknologiene uten videre vil fungere etter intensjonen når de rulles ut til 200 000, 500 000 og potensielt millioner av brukere baserer seg på en urealistisk teknologioptimisme.

Dersom man igangsetter organisasjonsendringer ut i fra håp om hva teknologien vil levere, i stedet for fakta om hva den faktisk kan og vil levere, bærer det raskt galt av sted. Dette så vi for eksempel i Forsvaret for noen år siden i forbindelse med innføring av felles integrert forvaltningssystem (FIF)¹ der man skulle omorganisere økonomiavdelinger, og innføre blant annet nytt IKT økonomisystem. Man omorganiserte organisasjonen uten å ha full oversikt over hva teknologien kunne gjøre og dens kvalitet. IKT støtten ble forsinket og hadde mangler, noe som gjorde at forsvaret fikk store økonomiske problemer som følge av dette.

Mange av teknologiene som skisseres er til dels kompliserte og vil ha ekstreme krav til funksjonalitet, ytelse og opptid, på nivå med eller høyere enn prosessindustrien (petrokjemisk industri, olje og gass). Noe av dette er sanntidssystemer og kritiske i den forstand at informasjon (for eksempel en alarm) alltid må komme fram, målinger må alltid være korrekte (for eksempel hjertefrekvens). Dette stiller store krav til kvaliteten på IKT verdikjeden, fra infrastruktur (slik som nettverk), hardware (sensorer, aktuatorer, roboter) og programvare/systemene. Kvaliteter som stabilitet, tilgjengelighet, ytelse, interoperabilitet er helt avgjørende for velferdsteknologiske tjenester, noe som støttes av forskningen på området (se for eksempel Farshchian et al² og Lecce declaration³). Det er lett å forestille seg kritiske scenarier:

¹ <http://www.idg.no/computerworld/article149339.ece>

² Farshchian, B., Holbø, K., Mikalsen, M., Reitan, J. *AAL Technologies – Lessons learned from a COPD Case Study*. (Accepted for Publication in Handbook of AAL, IOS Press).

- Hva skjer hvis Telenor sitt nett går ned når alle demente bruker GPS for sporing og GSM nettet?
- Hva skjer dersom meldingen om et fall ikke kommer gjennom på nettet?
- Hva skjer med nettverksinfrastrukturen når man instrumenterer opp 100 000 hjem i Trondheim, 200 000 i Bergen og 300 000 i Oslo?

Utredningen tar høyde for kompleksiteten ved å innføre ny teknologi fra et brukerperspektiv (behov for behovsanalyser etc.) som er åpenbart viktig, men den tar ikke innover seg annen kompleksitet som skissert ovenfor. Fremtidige aktiviteter og strategier må ha en realistisk og kunnskapsbasert tilnærming til mulighetene og utfordringene i teknologien. Det skisseres i utredningen at hjelpemiddelsentralen skal spille en rolle som et rådgivende organ for kommunene. SINTEF mener at dette ikke er tilstrekkelig, og at det er behov for å opprette en ny, objektiv, leverandøruavhengig og kvalitetssikrende instans som har til ansvar å:

- 1) Styrt av det offentlige (stat, fylke og kommuner) definere løpende kvalitetskrav til velferdsteknologiske løsninger. I dette ligger også krav til hvordan velferdsteknologien skal forholde seg til andre tilgrensende systemer som telemedisin, eHelse, forvaltning og smart strømstyring. Innen 2016 vil alle hus ved lov ha enheter som skal overvåke og styre strømforsyningen. Dette kan bli den felles infrastrukturen man trenger i hjemmet også for velferdsteknologi, men da må en instans synkronisere med NVE sitt arbeid på dette feltet.
- 2) Ta fram metoder og systemer som kan teste, validere, verifisere og godkjenne velferdsteknologiske løsninger i henhold til definerte kvalitetskrav.
- 3) Være utøvende og sertifiserende organ for velferdsteknologi. Dette gjøres allerede på andre områder, lekeplasser, brannvernutstyr etc. og må også gjelde for velferdsteknologi. I dette ligger også å koordinere mot tilgrensende områder.

Uten et slikt organ vil man gå i samme felle som med smarthuseksempelen, som aldri ble realisert, da man fikk ustabil og sårbar teknologi, lite fleksibel og brukervennlig teknologi, ulike grensesnitt, uklart regelverk etc (se kapittel 7.2.1).

Velferdsteknologi ikke har rom til å feile. Det skal kanskje bare ett tilfelle til der alarmen ikke kommer fram, før tilliten til slik teknologi er ødelagt, og hele initiativet står i fare. Etablering av en slik kvalitetssikrende instans må tas inn i organiseringen av nasjonalt program for velferdsteknologi som et mål for perioden 2012-2015 (kapittel 7.4). Vi ser at i Programmets hovedmål for perioden 2012-2015 er det skissert i andre punkt at "fra 2012 skal alle boliger som bygges eller ombygges til omsorgsformål «...være tilrettelagt med bis-installasjon eller tilsvarende trådløs teknologi...» Her er man allerede i gang med parallell aktivitet til det som

³http://www.aalforum.eu/group/leccedeclaration?commentId=5111497%3AComment%3A24706&xg_source=activity

skjer innen allerede pålagt strømstyring. Her er det altså behov for en koordinerende instans som ser teknologiutviklingen og samspillet mellom disse i sammenheng.

Inkludere flere viktige perspektiv i definisjon og mål

I målene som er listet i innledningen av kapittel 7, definerer man kun mål og effekter for to grupper, brukere og pårørende. Omsorgsarbeidere og omsorgstjenestene er fraværende. Dette perspektivet mangler også i definisjonen av velferdsteknologi i kapittel 7.1.

Sintef mener det er viktig og nødvendig å definere effektmål også for rollen omsorgsarbeider, og å ta med dette i definisjonen av velferdsteknologi. Teknologi bidrar både til bedre kvalitet i tjenester og effektivisering. Slik teknologi har overtatt trivielle oppgaver i andre deler av samfunnet og i produksjon av produkter og tjenester, vil velferdsteknologi bidra til bedre kvalitet i kommunens helse- og omsorgstjenester og bidra til effektivisering slik at flere varme hender frigis til omsorg. Dette vil bidra til å endre arbeidet for de ansatte og gjøre jobben mer meningsfylt. Det å lære om og beherske teknologi er en attraktiv kompetanse for fremtiden. Ved at velferdsteknologi blir en del av utdanningen og jobben til omsorgstjenesten vil arbeidet kunne bli ansett som mer attraktivt, da man også opparbeider seg teknologisk kompetanse i tillegg til den tradisjonelle omsorgskompetansen. Man bør også se på effekten på HMS ved innføring av velferdsteknologi. Ved at fysisk tunge oppgaver blir utført av maskiner, kan man anta at belastningslidelser og sykefravær reduseres.

Til sammen er dette effekter av velferdsteknologi bør inkluderes i:

- Målene som skisseres i introduksjonen.
- Definisjonen, kapittel 7.1.
- Brukere og formål, kapittel 7.1.1.

Øke fokus på velferdsteknologi for forebygging, ikke bare som hjelpemiddel

Det er generell enighet om, nasjonalt og internasjonalt; at det viktigste man kan gjøre for livskvalitet og velferd er å forebygge sykdomsutvikling. Helse og Omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen sier⁴: *“Det viktigste budskapet i samhandlingsreformen er at vi må satse mer på*

⁴ http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/helse-og-omsorgsminister-stroem-erichsen/2009-2/samhandlingsreformen-og-forebygging.html?id=582952

forebygging for hindre og begrense sykdom hos de som er i risikogrupperne, og vi må bidra til at eldre mennesker holder seg friske så lenge som mulig” Dette er sammenfallende med EU sin nye store satsning på innovasjon, “Pilot European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing”⁵: “The overarching target of this pilot partnership will be to increase the average healthy lifespan by two years by 2020.”

Det er også sentralt her at man ikke ser på velferdsteknologi som noe som kun skjer innen hjemmets fire vegger. Vi mener at velferdsteknologi også kan bidra til mer aktivitet og deltagelse utenfor hjemmet. Det er viktige bidrag til forebygging av kognitiv svikt og symptomer og sykdom som følger av fysisk inaktivitet. Som et eksempel som illustrerer dette manglende perspektiv i utredningen, er det i kapittel 7.1.1, tabell 7.1 listet opp trygghets og sikkerhetsteknologi. Her er all teknologi beskrevet i hjemmet. Brukere må også oppleve det trygt å gå ut og være aktive. Et annet eksempel er tabell 7.2, der GPS sporing listes under treningsaktiviteter. GPS sporing kan også brukes til å øke tryggheten slik at brukere kan gå i butikken, delta i kulturelle og sosiale aktiviteter etc.

Det bør legges mer vekt på forebygging av at sykdom utvikler seg og bidra til at antall år med god helse øker. Forebygging av sykdom og sykdomsutvikling må defineres inn i målene i introduksjonen av kapittel 7, og må inn i definisjonen av velferdsteknologi i kapittel 7.1, og brukere og formål kapittel 7.1.1. Vi er fornøyd med at utvalget skisserer dette i Trinn 3 av utbygging av velferdsteknologi i kapittel 7.4.1, men at dette også må inn i mål og definisjon som skissert ovenfor.

7.3.1 Andre lunds initiativ

I dette kapitlet introduseres noen Europeiske initiativ som norske strategier bør følge med på og ha et bevisst forhold til. SINTEF vil peke på Pilot European Partnership on Active and Healthy Ageing (PIP-AHA). Dette er EU sin nye satsning innenfor velferdsteknologi som også Norge må forholde seg til.

Initiativet vil bli realisert i tre områder: forebygging og helsefremming, pleie og behandling og aktiv og uavhengig livsførsel for eldre mennesker. Overordnet mål er oppnå 2 ekstra leveår med god helse innen 2020.

EU vil altså finansiere initiativ som er helt i tråd med anbefalingene i Hagen-utvalgets utredning, og dette må brukes som et virkemiddel til realisering av utredningens anbefalinger:

“The Strategic Implementation Plan foresees a first set of specific actions to be launched in 2012:

⁵ http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing

- Innovative ways to ensure patients follow their prescriptions – a concerted action in at least 30 European regions;
- Innovative solutions to prevent falls and support early diagnosis for older people;
- Co-operation to help prevent functional decline and frailty, with a particular focus on malnutrition;
- Spread and promote successful innovative integrated care models for chronic diseases amongst older patients, such as through remote monitoring. Action should be taken in a number of the EU's regions;
- Improve the uptake of interoperable ICT independent living solutions through global standards to help older people stay independent, mobile and active for longer.

In addition, networking and knowledge sharing on innovation for age-friendly buildings, cities and environments will be pursued”.

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=implementation-plan

Kapittel 8 Ny innsikt

Utvalget har gjort et omfattende arbeid med å dokumentere og beskrive behov for ny kunnskap generelt og innovasjon i omsorg spesielt. SINTEF er enig i de aller fleste vurderingene som gjøres og støtter forslagene til tiltak.

Sintef støtter utvalgets syn på omsorgstjenestene som en egen sektor, med egne særtrekk, med egne utfordringer og med sine egne, genuine kunnskapsbehov. Og dermed har sektoren og kommunene behov for sin egen nasjonale infrastruktur for systematisk kunnskapsutvikling.

Sintef støtter også utvalgets gjentatte presiseringer av at flerfaglig tilnærming i tverrfaglig samarbeid mellom alle relevante aktører er helt nødvendig for å lykkes med kunnskapsutvikling og innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Utvalget vektlegger sterkt at innovasjonsarbeidet i omsorgstjenesten må være praksisnært. Kommunal og praksisnær forankring er innebygget også i den finansieringsmodellen som foreslås. Sintef mener at dette er et viktig utgangspunkt for kunnskapsutvikling. Samtidig reiser strategier basert på å la de "tusen blomster blomstre" viktige problemstillinger mht kvalitetssikring, generalisering og formidling av den kunnskap som innvinnes. Vi tror det er behov for å sikre en forskningsmessig katalysatorfunksjon, både når det gjelder utvikling av gode problemstillinger og når det gjelder kvalitetssikring av kunnskapsinnhenting, i tett samarbeid med enkeltprosjektene. Flere steder i kapittel 8 blir begrepene helse, helsefaglig, sosialfaglig, omsorg, medisin og spesialisthelsetjenesten diskutert. Til slutt i kapitlet blir det uttrykt bekymring for at "helse og omsorgsforskning trekkes mot spesialisthelsetjenestens tematikker." Vi tror det kan være god grunn til å være på vakt mot forskningen på omsorgsfeltet skal bli slukt av de sterkere og mer

velutviklede medisinske fagtradisjonene. Samtidig tror vi det er viktig å ha i mente at nettopp samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er ett av de områdene som er mest avgjørende for suksess eller fiasko når det gjelder vår evne til å gi eldre en god og verdig alderdom. Samhandlingsreformens ambisjon om å gjøre kommunene i stand til å ta i mot sykere og mer krevende pasienter er ett element i dette. Et annet er helseteknologiens egen dynamikk og logikk – som vil gjøre det mulig på flytte oppgaver knyttet til både diagnostikk, behandling og ikke minst kontinuerlig oppfølging av store kronikergrupper ut av sykehusene. Dette vil reise nye problemstillinger for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og vil etter vår mening legge helt sentrale premisser for nødvendig innovasjonsarbeid i helsetjenestens grunnmur. Vi tror derfor det er viktig å vektlegge også denne aksen i den overordnede strategien for innovasjonsarbeid og utviklingsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helsefremming og forebygging av sykdom skjer på ulike arenaer (hjem, skole, fritid) i kommunene, ikke bare innenfor helse- og omsorgssektoren. Derfor er det viktig at kunnskapsutviklingen og innovasjonsarbeidet i kommunene skjer horisontalt, samtidig som kommunene i behandling av pasientene samhandler vertikalt med spesialisthelsetjenesten. Dersom vi bruker et slikt begrepsapparat, vil det bli enklere å forholde seg til at kommunene trenger kunnskapsutvikling og innovasjon for ledelse, organisasjon, logistikk, sikkerhet og (velferds)teknologi som tjener kommunens oppgaver innenfor helse og omsorg, som er annerledes enn de behov for kunnskapsutvikling og innovasjon som spesialisthelsetjenesten har. Kommunehelsetjenesten skal gi helse og omsorg og mindre medisin!

Nedenfor gir Sintef utfyllende kommentarer og vurderinger til det utvalget har kommet frem til vedrørende kunnskapsutvikling og innovasjon:

8.1.2 En flerfaglig, praksisnær kunnskapsutvikling

Sintef er enig i at kunnskapsutvikling og innovasjon i omsorgssektoren krever innsats også fra aktører utenfor sektoren og at noen må ha et nasjonalt ansvar for at dette skjer. Derfor er det viktig at for eksempel innsikt som kan gjøre forebyggende helsearbeid mer effektivt ikke bare utvikles fra medisinsk behandlingsforskning og sykepleiefaget, men også fra kunnskap om hva som fremmer god helse og funksjon. Vi deler også synet på nødvendigheten av tverrfaglig kunnskapsutvikling og at det er behov for å utvikle omsorgssektorens egen forsknings- og utviklingsarena. Omsorgssektoren må selv definere sine behov for kunnskapsutvikling og innovasjon ut fra sektorens spesielle forutsetninger og samfunnets krav til leveranser.

Dokumentet gir noen steder inntrykk av at kunnskapsutvikling og innovasjon er to atskilte prosesser, der academia mangler drivere som fremmer innovasjon og produserer kunnskap som ikke er relevant for omsorgssektoren mens sektoren i samarbeid med ulike

underleverandører står for innovasjonen. Sintef mener at samarbeid mellom omsorgssektoren, brukere av omsorgstjenester, produsenter av løsninger og de akademiske miljøer representert ved universitet, høyskoler og forskningsinstitutter må samarbeide dersom vi skal få frem kunnskapsbaserte innovasjoner. Det er viktig at de som har dokumentert kunnskap gjennom forskning og som kjenner state-of-the art innen kunnskap og teknologier som skal brukes som grunnlag for å utvikle løsninger, deltar i innovasjonsprosessene helt fra behov defineres til løsningen er utviklet og tatt i bruk og innovasjonene har skjedd. Når de som kjenner kunnskapsfronten, og dermed modenheten av kunnskap og teknologier og mulighetsrommet for at teknologiene kan inngå i robuste løsninger, samarbeider med problemeierne og løsningsprodusentene helt fra starten, får vi effektive innovasjonsprosesser. Derfor foreslår vi å utvide konklusjonen under pkt. 8.1.2: En effektiv strategi for kunnskapsutvikling i omsorgstjenestene må derfor, etter utvalgets oppfatning, ha som mål å styrke arenaer for samhandling mellom produsenter, brukere av kunnskap og *forskningsmiljøene*. Vi mener dette vil bidra til å sikre kunnskapsutvikling som er relevant, generaliserbar og som kan dokumenteres og dermed gi grunnlag for videre utvikling og implementering. Bare en slik tilnærming vil sikre effektiv utnyttelse av ressursene til kunnskapsutvikling slik at en sammen kan bygge stein på stein og komme videre, og ikke la tusen prosjekter blomstre for så å dø med prosjektmidlene.

8.1.3 – 8.1.4 Omsorgssektorens identitet og kunnskapsgrunnlag – Tjenestee ekspansjon gjennom kunnskapsinvestering og planlegging

Utvalgets betraktninger om omsorgssektorens identitet og kunnskapsgrunnlag støttes av Sintef. I avsnittet "Tjenestee ekspansjon gjennom kunnskapsinvestering og planlegging" ønsker vi å være mer eksplisitte på potensialet for bruk av teknologi for å bedre kvalitet og effektivitet i alle de fire formålene som trekkes frem. Hjelpemiddelteknologi og boligutforming nevnes, men Sintef's erfaring tilsier at potensialet for å styrke omsorgstjenestene med teknologiske løsninger kan gi helt nye muligheter innenfor tjenester knyttet til helsefremming, forebygging, tidlig diagnose, fange opp forverring av symptomer, sosial kontakt, medisinerer med mer. Dette handler også om barrierer og prioritering av utfordringer og å gjøre det som er nødvendig først. Innen boligutforming eksiterer det i dag mange løsninger som kan tas i bruk, mens velferdsteknologiske løsninger enda er umodne og krever langsiktig kunnskapsutvikling og utvikling av løsninger for å kunne tas i bruk på en forsvarlig måte i tjenestene.

8.1.6 En overordnet kunnskapsstruktur

Beskrivelsen av en overordnet kunnskapsarkitektur gir gode eksempler for hvordan flere bransjer har sett behov for egendefinert utvikling av kunnskap, og hvordan nye struktur har blitt utviklet for å tjene dette. Sintef deler utvalgets tilnærming og mener at sektoren kan lære av det andre har gjort. Vi savner imidlertid henvisning til hvilke løsninger som er valgt i nyere tid når det har oppstått sterkt voksende behov for ny kunnskap knyttet til en sektor: Da det oppsto et akutt behov for omfattende og ny kunnskap i utviklingen av olje- og gasssektoren i Nordsjøen, var det bl.a. instituttsektoren ved Sintef som evnet å ta utfordringen og bygge opp aktiviteter i et nært samarbeid med det akademiske fagmiljøet ved NTH/NTNU. Det er mange institutter som gjennomfører forskning for omsorgssektoren, dette beskrives i avsnitt 8.2. Sintef savner en inkludering av institutforskningen i den overordnede kunnskapsarkitekturen som skal tjene omsorgssektoren. Institutforskningen har gode mekanismer for å vokse raskt og svare på utfordringer når behov og finansiering er til stede. Det vil derfor være et potensial for raskere kunnskapsutvikling innen de områder samfunnet ønsker å prioritere dersom det legges opp til å inkludere instituttsektoren som en viktig aktør i denne kunnskapsutviklingen. Det pekes på at det ikke har skjedd en tilfredsstillende grad av integrert, tverrfaglig, praksisorientert kunnskapsutvikling og samordning mellom forskningen ved de ulike instituttene som tjener sektoren, men det vil helt sikkert endre seg dersom tildeling av midler stiller krav om det.

Sintef støtter beskrivelsene og konklusjonene i ståstedanalysene som utvalget har gjort.

8.3 En strategi for nasjonal kunnskapsutvikling

8.3.1 Udekkede kunnskapsbehov og en nasjonal strategi

Sintef ønsker å kommentere og utfylle utvalgets foreslåtte strategier for nasjonal kunnskapsutvikling. Utvalget grupperer kunnskapsbehovet i fem hovedkategorier, der tekniske hjelpemidler, ny teknologi og innovasjon er et eget pkt. 4. Sintef vil foreslå at teknologi og innovasjon integreres i punktene 1-3. Teknologifag og innovasjonsfag må være en integrert del av det tverrfaglige samarbeidet som skal analysere behov, karakterisere problemer og utvikle løsninger som implementeres og evalueres i de tre hovedkategoriene.

8.3.2 Nasjonalt sekretariat for innovasjon i kommunesektoren

Sintef støtter forslaget om de aktivitetene som en tiårig utviklingsplan skal omfatte. Det er et behov for et nasjonalt sekretariat med de funksjoner utvalget beskriver, og Sintef er enig i utvalgets tanker rundt organisering av senteret. Det er behov for kompetansehevingssopplegg og innovasjonsskole for kommunale ledere, men industrien som skal produsere løsninger, må også skoles i omsorgssektoren. Her kan en kanskje utvikle en ny spesialisering innenfor

eksisterende studietilbud ved NTNU. Sintef savner videre forslag til et eller flere kompetansesentra med nasjonalt ansvar for utvikling av kunnskap for omsorgssektoren. I tillegg til de fagområdene og utdanning av helsepersonell som er knyttet til det foreslåtte sekretariatet, vil det være behov for kompetansesenter knyttet til kunnskapsutvikling innen øvrige fagområder som er nødvendige for at vi skal oppnå den ønskede utviklingen av omsorgstjenestene og sikre horisontal samhandling mellom etater i kommunene. Aktuelle fagområder er ikt, innovasjon, helseforskning, ernæring, fysisk aktivitet, helsetjenesteforskning, tjeneste- og produktutvikling, ledelse, organisasjon, logistikk, sikkerhet, økonomi, bygg og arkitektur.

8.3.5 En nasjonal forløpsstudie

Som et viktig element i det videre arbeidet foreslår utvalget en stort anlagt oppfølgingsstudie der et stort antall individer følges livet ut. Vi tror et slikt prosjekt vil gi et uvurderlig grunnlag for å forstå omsorgstjenesten. Oppfølgingsstudien bør legges opp slik at den belyser både behovsiden hos brukerne og viktige sider ved utviklingen i norsk omsorgstjeneste. Det tenkes bygget opp et eget sekretariat for dette arbeidet. Vi tror det i denne sammenhengen blir viktig å vurdere et samarbeid med HUNT (Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag) eller tilsvarende organisasjoner som forvalter kunnskapsdata over befolkningen, som både har kompetanse, metoder og infrastruktur for brede befolkningsstudier. Dette vil gi et godt grunnlag for å evaluere effekt av nye tiltak og endringer.

Samfunnsøkonomiske konsekvenser og evalueringer

Selv om de samfunnsøkonomiske fordelene av innovasjon i omsorg nevnes relativt hyppig i utredningen, og diskuteres spesielt i kapittel 7.3.3., synes diskusjonene å være begrenset og ingen klare konklusjoner for evaluering av økonomiske konsekvenser presenteres. I nevnte avsnitt henvises det til én rapport som viser at under visse forutsetninger vil Smarthusteknologi og Videokonsultasjoner være samfunnsøkonomisk lønnsomt (Aanesen m fl 2009). Denne rapporten er grundig og ryddig, men er ikke entydig konkluderende i forhold til lønnsomhet, siden en del vanskelig kvantifiserbare opplysninger krever visse forutsetninger som må være oppfylt for at analysene skal være lønnsomme.

Rapporten gjelder imidlertid kun to tiltak av mange mulige innen temaet innovasjon i omsorgssektoren. Man kan forestille seg en rekke nye "teknologier" som ikke er lønnsomme, eller som er lønnsomme men får store konsekvenser for tjenestetilbyder. Det bør presiseres at

det ikke er beslutningsautomatikk i en samfunnsøkonomisk analyse, fordi man har budsjettbegrensninger og det kan være viktige faktorer som ligger utenfor effektivitetsanalysene som skal tas hensyn til.

Sintef mener derfor at det bør tilstrebes at det kreves en analyse av økonomiske konsekvenser (samfunnsøkonomisk analyse) i innovasjonsprosjekter innenfor omsorgs-sektoren. Helsesektoren har benyttet dette for farmasøytiske produkter i lang tid og Helsedirektoratet utarbeider i disse dager en generell veileder for samfunnsøkonomiske analyser i helsesektoren. Det er vår oppfatning at metodikken i denne veilederen også kan benyttes innenfor omsorgssektoren, og man bør derfor tilstrebe en standardisering av evaluering av økonomiske konsekvenser som er i tråd med denne veilederen.

En overordnet samfunnsøkonomisk analyse vil hjelpe beslutningstaker til å ta riktige beslutninger om hvilke tiltak som bør implementeres hvor og når. Det vil også gjøre det mulig å sammenligne effekten av ressurser brukt til forebygging og omsorg med tilsvarende for, for eksempel, behandling og helsetjenester.

Referanse:

Aanesen, M., Lotherington, A.T., Olsen, F., Devold, R., Brevik, E. (2009): Ny teknologi i pleie og omsorg: En kost-nytteanalyse av smarthusteknologi og videokonsultasjoner. Rapport 5/2009 Norut Tromsø AS, Rune Devold AS og Nasjonalt Senter for Telemedisin, Tromsø.