

Uteblivna produktivitets- ökningar på den norska e-hälsomarknaden

Samverkansnormer, institutionell komplexitet och
självförstärkande samband

Cirio Advokatbyrå

David Frydinger
Erik Engström

Innehåll

INNEHÅLL

Innehåll.....	2
1 INLEDNING.....	3
2 BAKGRUND TILL RAPPORTEN	4
3 SAMMANFATTNING	6
4 ÖVERSIKT ÖVER DET NORSKA E-HÄLSOOMRÅDET.....	8
5 EN KOMPLEX PROBLEMBILD	9
6 TEORETISKT GRUNDADE TANKEMODELLER	11
6.1 Utgångspunkt i kontraktsteori	11
6.2 Ny institutionell ekonomi.....	12
6.3 Relationsbaserade kontrakt och kontrakt som referenspunkt.....	14
7 ANALYS	16
7.1 Finansiellt perspektiv.....	16
7.2 Organisatoriskt perspektiv	18
7.2.1 Motstånd mot e-hälsolösningar.....	18
7.2.2 Den institutionella miljöns förmåga att hantera koordination och samverkan.....	19
7.2.3 Utmaningar skapade av upphandlingslagstiftningen	20
7.3 Kontraktuellt perspektiv	20
7.4 De tre perspektiven i samverkan	22
7.4.1 L1 – Motstånd, begränsningar och överförenklingar.....	23
7.4.2 L2 - Stor produktion av e-hälsa i egen regi.....	24
8 REKOMMENDERADE ÅTGÄRDER	26
R1: Vidareutveckla insikterna om orsakssambanden.....	27
R2: Forskning om motstånd mot e-hälsa	27
R3: Finansiering av e-hälsotjänsterna	28
R4: Process från behovsanalys till implementering.....	28
R5: Val av bäst lämpad sourcingmodell	29
R6: Utvärdera graden av utveckling i egen regi.....	30
R7: Utveckla och inför en process och struktur för ingående och styrning av formella relationsbaserade kontrakt.....	30
REKOMMENDATIONERNA I SAMVERKAN.....	31
Kontakt.....	32

1 Inledning

Liksom många andra länder står Norge inför stora utmaningar inom hälsovården med en kombination av bland annat åldrande befolkning, mer komplexa sjukdomsbilder, ökade svårigheter att rekrytera vårdpersonal och sjunkande budgetunderlag. Hälsovårdspersonalen kommer, antas det, inte räcka till över tid för att möta patienternas behov av vård och omsorg.¹ Detta skapar ett behov av att öka vårdens produktivitet, vilken förenklat kan beskrivas som mängden kvalitativ vård producerad per arbetstimme. Ökad produktivitet kommer att vara en nyckel till god omsorg om alla patienter i framtiden.

Ett av flera sätt att möta denna produktivetsutmaning är genom utökad användning av teknologi – s.k. e-hälsolösningar. Teknologi kan bland annat användas för att avlasta vården genom att förlägga denna till hemmet genom lösningar för distanshälsovård, egenvård i hemmet och för att effektivisera vårdpersonalens arbete genom att automatisera arbetsuppgifter, inte minst sådana där patientkontakt inte förekommer.²

Det finns således en produktivetsökningspotential i användning av e-hälsolösningar inom vården. Denna rapport syftar till att bidra med insikter *om varför denna potential idag inte förverkligas i högre grad*. Vidare syftar rapporten till att tillhandahålla *rekommenderade åtgärder för att öka förverkligandegraden*, vilket Direktoratet for e-helse beskriver som ett behov av att öka genomförandekraften i användningen av e-hälsolösningar.

¹ Se t.ex. NOU 2023:24, Tid for handling – Peronellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

² Se t.ex. Menon Economics, Helsenæringens verdi 2022. Se inte minst avsnitt 3.

2 Bakgrund till rapporten

Bakgrunden till den här rapporten är Direktoratet for e-helses rapport "Samarbeid med næringslivet på e-helseområdet", publicerad i oktober 2021. E-hälsolösningar kan utvecklas inom offentlig eller privat sektor. I Norge finns en uttalad ambition att utveckling ska ske i samverkan mellan offentlig och privat sektor.³ Ett av flera skäl till detta är att man ser en möjlighet att inte bara bidra till att lösa kommande utmaningar inom norsk hälsovård, utan också att göra det möjligt att öka Norges internationella konkurrenskraft inom e-hälsoområdet.

För att möta dessa ambitioner krävs en effektiv samverkan mellan privat och offentlig sektor. Direktoratets rapport publicerades som ett led i att analysera förutsättningarna för sådan samverkan. I rapporten drog direktoratet nio viktiga slutsatser:

1. Aktörerna på marknaden har begränsad tillgång till resurser, kapabiliteter och kapacitet att implementera och driftsätta e-hälsolösningar.
2. Förmåga att kombinera lokal kunskap och industriell skala är särskilt viktigt.
3. Hälso- och omsorgstjänsternas IKT-utgifter är lägre än inom andra sektorer.
4. Hälften av budgeten inom e-hälsoområdet är knuten till aktiviteter som sker i egen regi i hälso- och omsorgssektorn.
5. Andelen av budgeten som används på relationsbaserade kontrakt är lägre än vad verksamheterna har behov av.
6. Där normerna för samverkan mellan aktörerna är god är också genomförandekraften hög.
7. Där normerna för samverkan mellan aktörerna är svaga, är investeringsgraden och genomförandekraften låg.
8. Entreprenörskap är en viktig drivkraft för nyskapande inom e-hälsoområdet, men rambetingelserna för kommersialisering är inte tillräckligt bra.
9. Rädsla för att göra fel reducerar nyttjandet av möjlighetsutrymmet i samarbetet mellan offentliga och privata aktörer.

³ Se t.ex. Nærings- og fiskeridepartementet och Helse- og omsorgsdepartementet, Veikart Helsenæringen.

Ett antal av dessa slutsatser kretsade kring det viktiga temat om samverkansnormer på e-hälsområdet. Direktoratet for e-helse kan sägas ha formulerat en hypotes om att den för lågt förverkligade produktivitetsoptimalen inom e-hälsoområdet beror på bristande förmåga till samverkan mellan offentlig och privat sektor. Detta skulle då kunna bero på att de underliggande formella och/eller informella normerna inte stödjer sådan samverkan. Mot bakgrund av denna hypotes har vi fått i uppdrag att göra en närmare analys av frågan och komma med konkreta rekommendationer. I denna rapport redovisar vi resultatet av vår analys och våra rekommenderade åtgärder framåt.

Rapporten bygger på cirka tjugo genomförda intervjuer med representanter för regionala hälsoföretag, hälsoföretag, Sykehusinnkjøp, kommuner och ett antal e-hälsolieferantörer, analys av norska statens standardavtal, information från tidigare publicerade branschrapporter samt dialog med vår uppdragsgivare Direktoratet for e-helse. Rapporten bygger också på vår omfattande erfarenhet av att arbeta med effektiva samverkansnormer inom ramen för strategiska partnerskap baserade på relationsbaserade kontrakt.⁴

⁴ Se t.ex. Frydlinger et al, Contracting in the New Economy - Using Relational to Boost Trust and Collaboration in Strategic Business Relationships, Palgrave Macmillan 2021.

3 Sammanfattning

För att hantera framtidens vårdbehov och för att kunna ge alla patienter en god omsorg behöver produktiviteten i norsk hälsovård öka avsevärt. E-hälsolösningar kommer att vara en viktig faktor för att uppnå detta. Idag förverkligas inte denna produktivitetsökningspotential i tillräckligt hög grad.

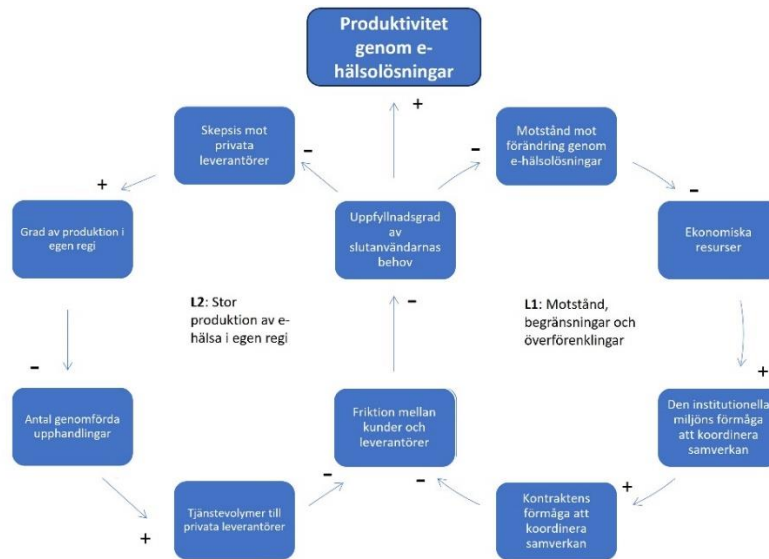
För att förstå den bristande förverkligandegraden har det visat sig vara relevant att anlägga åtminstone tre perspektiv: ett finansiellt, ett organisatoriskt och ett kontraktuellt.

Ur ett finansiellt perspektiv verkar branschen som helhet befinna sig i en situation med ständigt krympande budgetunderlag som medför otillräcklig finansiering för att hantera övergången till en vård som i höge grad är baserad på e-hälsolösningar.

Ur ett organisatoriskt perspektiv verkar det finnas ett grundläggande motstånd baserat på informella normer inom norsk hälsovård mot att anamma e-hälsolösningar. Vidare verkar den institutionella miljön – exempelvis med centraliserade inköps- och driftsorganisationer inom statlig vård – inte vara tillräcklig för att hantera den höga komplexiteten i vårdgivarnas behov av e-hälsolösningar allteftersom dessa utvecklas över tid.

Ur ett kontraktuellt perspektiv verkar den norska statens standardavtal, som dominerar totalt, inte vara tillräckliga för att kunna skapa en tillräckligt effektiv samverkan mellan kunder och leverantörer i den finansiellt begränsade och komplexa miljön där de ska verka.

Genom att kombinera de tre perspektiven ovan tycker vi att det är möjligt att formulera en hypotes om att den icke-förverkligade produktivitetsökningspotentialen beror på antal självförstärkande kausalitetsloopar, vilka påverkar varandra, se nästa sida.



Som illustreras av L1 ovan framstår det som sannolikt att en kombination av informellt motstånd mot e-hälsolösningar och andra kombinationer leder till en underfinansiering, vilken i sin tur leder till att en alltför förenklad institutionell miljö implementeras för att hantera en hög komplexitet. Detta och andra faktorer leder till en användning av kontraktsmodeller som inte är tillräckligt robusta och flexibla, vilket tillsammans med den begränsade finansieringen leder till friktion mellan kunder och leverantörer, bristande uppfyllelse av slutanvändarnas behov och därmed ett bevarande eller förstärkande av motstånd mot e-hälsolösningar, och samtidigt utebliven realisering av produktivitetsökningspotential.


Som illustreras av L2 ovan verkar denna grundläggande kausalitetsmekanism i sin tur stödjas av en stor mängd produktion av e-hälsolösningar i statlig regi, vilket nog delvis förklaras av skepsis mot privata tjänsteleverantörer. Detta leder till ett lågt antal upphandlingar av e-hälsolösningar och låga volymer till tjänsteleverantörer, vilket i sin tur leder till ökad friktion mellan kunder och leverantörer. Detta leder till att slutanvändarna inte får sina behov uppfyllda, vilket i sin tur förstärker skepsisen mot privata leverantörer.

Dessa två självförstärkande kausalitetsloopar, vilka dessutom förstärks varandra, verkar tillsammans förklara mycket av den uteblivna produktivitetsökningspotentialen från e-hälsolösningar. Det finns onekligen en brist i samverkansnormerna på marknaden, precis som Direktoratet identifierade i sin rapport. Men denna brist ingår i en större helhet, vilken illustreras av bilden ovan.

Mot bakgrund av denna analys lämnar vi följande sju rekommenderade åtgärdsförslag:

- R1:** Vidareutveckla insikterna om orsakssambanden i samråd i branschen.
- R2:** Bedriv forskning om motstånd mot e-hälsa i Norge.
- R3:** Utvärdera processerna för beslut om finansiering av e-hälsolösningar.
- R4:** Skapa en förbättrad process från behovsanalys till upphandling, lösningsimplementering och vidareutveckling.
- R5:** Inför val av bäst lämpad sourcingmodell som ett obligatoriskt moment i alla upphandlingar.
- R6:** Utvärdera gränsdragningen mellan vilken typ av e-hälsolösningar som utvecklas av offentlig respektive privat sektor.
- R7:** Utveckla och inför en process och struktur för ingående och styrning av formella relationsbaserade kontrakt.

4 Översikt över det norska e- hälsoområdet



Den norska e-hälsomarknaden har beskrivits i ett flertal rapporter.⁵ Vi utgår från att läsaren av rapporten har någorlunda god kännedom om denna marknad, men vill likväl lyfta fram ett antal aspekter som är särskilt viktiga för syftet med denna rapport.

Av skäl som kommer att framgå av denna rapport är det särskilt viktigt att framhålla hur norsk hälsovård är organiserad i stort, med en uppdelning i primärvård och specialistvård. Kommunerna har huvudansvaret för primärvården, där fokus ligger på förebyggande hälsoarbete, diagnostik och allmänläkartjänster. Specialistvården är statligt organiserad. Detta sker genom fyra regionala hälsoföretag (RHF): Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Mit och Helse Nord, vilka i sin tur äger de hälsoföretag inom vilka sjukvården bedrivs. För denna rapports vidkommande är det viktigt att framhålla ett antal andra viktiga aktörer. Hälsoföretaget Sykehusinnkjøp har ett nationellt och centralt ansvar för inköp av bland annat e-hälsotjänster inom staten. Inom respektive region tillhandahålls drift och underhåll av tjänster vidare av regionala hälsoföretag såsom Sykehuspartner i Helse Sør-Øst och dess motsvarighet i de andra regionerna.

Hälsoföretagens behov av e-hälsolösningar möts genom en kombination av lösningar som produceras i egen regi inom staten, antingen med egen personal eller inhyrda konsulter, och lösningar och tjänster som tillhandahålls av privata e-hälsoaktörer. Den privata marknaden beskrivs av flera informanter som tudelad, med ett mindre antal större och väletablerade leverantörer och ett stort antal mindre leverantörer som har svårt att ta sig in på marknaden på grund av höga inträdesbarriärer.

⁵ Se exempelvis Menon Economics, E-helse -markedsundersøkelse, Nenone-Publikasjon Nr. 62/2021.

5 En komplex problembild

Innan vi beskriver vår närmare analys av den insamlade informationen följer här några mer generella observationer. Det insamlade materialet är naturligtvis begränsat till sin omfattning och det ger inte någon heltäckande bild av problembilden på marknaden. Den bild som framträder är dock i viss mån annorlunda än den som vi hade förväntat oss, givet den av Direktoratet för e-helse publicerade rapporten om utmaningar inom området.

Även om olika informanter använder olika uttryck, så verkar det råda samstämmighet om att offentlig sektor i Norge idag inte får ut de potentiella effekterna av e-hälsolösningar tillräckligt bra. Informanterna delar således bilden av att det finns ett gap mellan (i) den produktivitetsoptimeringspotential som e-hälsolösningar representerar och (ii) den produktivitetsoptimering som faktiskt förverkligas.

Detta bristande förverkligande av de potentiella effekterna av e-hälsolösningar framstår dock inte i första hand som ett resultat av bristande samspeletsnormer mellan offentlig och privat sektor. I stället framträder en mer nyanserad och därför något svårtolkad bild.

Det finns ett antal återkommande teman i de svar vi erhållit genom våra intervjuer. En del informanter fokuserar på de som ansvarar för genomförande av upphandlingar samt på hälsoföretagen som ansvarar för drift- och underhåll (exempelvis Sykehuspartner). Vissa menar att dessa inte skulle ha nödvändig kompetens. Ett annat tema är att det skulle finnas en större rädsla att göra fel i upphandlingarna än vilja att göra rätt, inte minst i ljuset av lagstiftningen om offentlig upphandling. Flera pekar på för starkt kostnadsfokus och avsaknad av tillräckliga budgetar. Andra pekar på bristande långsiktighet samt avsaknad av processer och stöd i kontrakten för att driva utveckling och innovation. Några leverantörer pekar på en oförmåga hos de offentliga aktörerna att gå från "pilot till verklig affär", det vill säga att inte stanna vid att göra en pilotstudie av en tjänst i mindre skala utan att faktiskt implementera lösningen i större omfattning. Andra uttrycker detta som en oförmåga att fatta beslut över huvud taget.

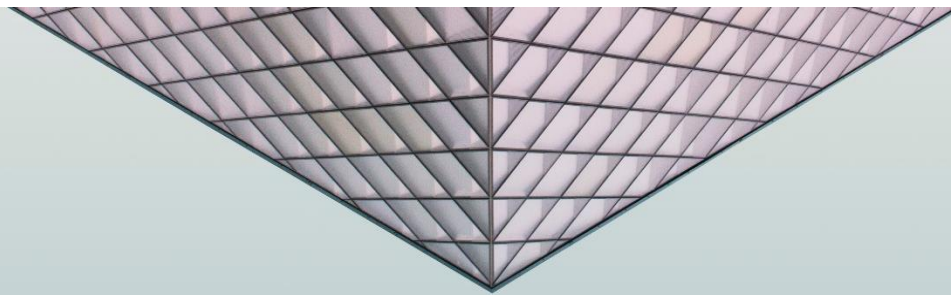
Samtidigt har vi också intervjuat flera av de personer som påstås sakna kompetens, beslutsförmåga och som skulle vara hårt kostnadsfokuserade och drivna av rädsla för att göra fel. I den mån dessa anser att det finns utmaningar och problem så pekar de inte så mycket på leverantörerna utan på hälsoföretagens (o)förmåga att implementera upphandlade lösningar. Inte sällan verkar det ibland uppstå utmaningar när det visar sig att upphandlade lösningar trots allt inte möter hälsoföretagens behov, alternativt att man inte är beredd att göra de förändringar i arbetssätt med mera som krävs för att kunna nyttja lösningarna.

Informeranter på hälsoföretagen kan delvis bekräfta denna bild av svårigheter att nyttja upphandlade lösningar. Men dessa pekar i sin tur tillbaka på processen för att upphandla lösningar i första läget och återkommer till den första gruppen teman ovan, det vill säga bristande kompetens, rädsla för att göra fel och så vidare.

Gemensamt för alla teman är således, kanske inte helt förvånande, att de flesta helt enkelt pekar på någon annan för att förklara de problem man upplever. Det man pekar på är inte primärt bristande tillit eller normer för samverkan. En lika viktig utmaning är att det verkar finnas en övergripande koordineringsproblematik som sträcker sig tvärs över både offentlig och privat sektor, från hälsoföretag, till statliga driftsleverantörer, Sykehusinnkjøp, regionala hälsoföretag och vidare till enskilda leverantörer. Det bör här påpekas att det rör sig om en mycket komplex miljö som är under ständig förändring. Olika hälsoföretag och kommuner har olika behov. Detta kan bero på en mängd orsaker, men en sådan är sannolikt att det i många fall inte finns enhetliga processer mellan till exempel hälsoföretag för hur patienternas vårdbehov ska tillgodoses. Till detta kommer att hälsoföretagens och kommunernas behov naturligtvis utvecklas och förändras över tid. På en väl fungerande marknad skulle alla behov hos olika vårdinrättningar tillgodoses kontinuerligt med e-hälsolösningar med rätt funktionalitet och kvalitet. Så verkar inte ske idag.

Naturligtvis varierar komplexiteten mellan regioner. Därför är det inte förvånande att detta så kallade koordinationsproblem framstår som störst inom Helse Sør-Øst, som också är den största och därmed mest komplexa regionen. Generellt rapporteras positivare upplevelser om de tre andra regionerna.

Bristande tillit och samspelsnormer samt koordineringsproblem framstår dock också som delar i en större problembild. Innan vi analyserar denna problembild redogörs nedan för några av de teoretiska utgångspunkterna i denna analys.



6 Teoretiskt grundade tankemodeller

Vår rapport syftar till att bidra med insikter och till att, på basis av dessa insikter, ge konkreta rekommendationer för att åstadkomma förbättringar. För att ge konkreta rekommendationer som sannolikt ger effekt är det viktigt att använda lämpliga teoretiska perspektiv. Vi har i vår analys använt olika typer av sådana perspektiv för att hitta lämpliga tankemodeller för att förenkla och begripa de mest väsentliga aspekterna av en komplex verklighet. Nedan beskriver vi tre sådana perspektiv: kontraktsteori, ny institutionell ekonomi och teorier om relationsbaserade kontrakt.

6.1 Utgångspunkt i kontraktsteori

Ett viktigt perspektiv i arbetet med denna rapport har varit kontraktsteoretiskt.⁶ Utgångspunkten i kontraktsteorin är att människor och företag har mycket större möjligheter att skapa värde genom att samverka med varandra än genom att var och en arbetar var för sig.⁷ Den moderna nationalekonomins förgrundsfigur Adam Smith pekade på hur arbetsdelning – det vill säga uppdelning av arbetsuppgifter som utförs i samverkan – är en av de viktigaste källorna till ökad produktivitet och tillväxt. Kontraktet är ett av de viktigaste instrumenten för att säkra en effektiv samverkan som gör att kontraktsparterna maximerar värdet av sina utbyten. Inom kontraktsteorin har man länge studerat olika samverkansförutsättningar ur olika perspektiv, där mycket har handlat om att hitta de omständigheter där parterna får som mest samstämmiga intressen eller, vilket är samma sak, undviker att hamna i intressekonflikter drivna av inkompatibla egenintressen.

Ekonomer som Bengt Holmström och andra har haft fokus på ersättningsmodeller. En central fråga är hur det ska kunna skapas en ersättningsmodell som ger en principal och en agent samstämmiga ekonomiska intressen för att uppnå de mål som parterna har

⁶ Se t.ex. Bolton, P. och Dewatripont, M, Contract Theory, The MIT Press, 2005.

⁷ Se t.ex. Svenska Kungliga Vetenskapsakademien, Oliver Hart and Bengt Holmström: Contract Theory, Scientific Background on the Sveriges Riksbank Prize in Economic Sciences in Memory of Alfred Nobel 2016.

med affären.⁸ Det finns två huvudsakliga modeller, nämligen en som ger agenten (leverantören) ersättning för förbrukade resurser och en som i stället ger agenten ersättning för utfallet av dennes prestationer. De olika modellerna har för- respektive nackdelar där det ofta handlar om att göra en avvägning mellan fördelning av risk och styrkan i parternas incitament.

Andra ekonomer, som Oliver Hart, har haft mer fokus på hur parterna fördelar ägande- och beslutanderätter mellan sig.⁹ En viktig utgångspunkt här är att alla kontrakt är inkompleta, det vill säga att de aldrig fullständigt reglerar alla situationer som kan uppstå under kontraktstiden. Detta är en viktig grund för intressekonflikter under kontraktstiden och frågan blir här hur företagen kan formulera sina kontrakt och styrningsmekanismer för att undvika dessa.

Med dessa utgångspunkter är det möjligt att ställa frågor som:

- Är de kontrakt som ingås på den norska e-hälsomarknaden utformade så att de maximerar värdet av de utbyten som görs?
- Skapar kontrakten tillräckligt samstämmiga intressen eller genererar de intressekonflikter och därigenom reducerat värdeskapande?

6.2 Ny institutionell ekonomi

Det stod dock snabbt klart för oss att det kontraktsteoretiska perspektivet är otillräckligt för att förstå resultaten av gjorda intervjuer och analyserade standardkontrakt. Informanterna pekar sällan på kontrakten och betydligt mer på andra faktorer, inte minst den kringliggande miljön med regionala hälsoföretag, hälsoföretag med mera – faktorer som inte beaktas inom kontraktsteorin.

Det har därför varit naturligt för oss att vidga det teoretiska perspektivet. Här framstår de modeller som under 1900-talet utvecklades av ekonomerna Ronald Coase, Douglass North och Oliver Williamson inom så kallad ny institutionell ekonomi som lämpliga. Även här ligger fokus på förutsättningarna för att maximera värdet av mänsklig samverkan, men här ses kontraktet som del i en större institutionell miljö.

Gemensamt i dessa modeller är att en marknads effektivitet i hög grad anses bero på hur höga de så kallade transaktionskostnaderna är för att bedriva affärer. Williamson liknade transaktionskostnaderna vid fysikens begrepp *friktion* – den kraft som motverkar den relativa rörelsen mellan ytor.¹⁰ Begreppet framstår som utmärkt för att förstå den bristande genomförandekraften inom e-hälsoområdet. Det verkar onekligen finnas faktorer som håller tillbaka förverkligandet av den produktivitetsoptimeringspotential som finns i e-hälsolösningar.

Samtidigt handlar inte all bristande samverkansförmåga mellan människor eller organisationer om friktion eller intressekonflikter. Det finns en mängd olika faktorer som gör att människor kan misslyckas med att koordinera sina ageranden och att samverka effektivt. Det kan exempelvis också handla om brist på kommunikation eller

⁸ Se t.ex. Se t.ex. Eisenhart, K, Agency Theory: An Assessment and Review, The Academy of Management Review, Vol. 14, No. 1 (Ja. 1989) 57-74

⁹ Se t.ex. Grossman och Hart, 1986. The costs and benefits of ownership: A theory of vertical and lateral integration, Journal of Political Economy 94(4): 691-719, Hart och Moore, 1988, Incomplete Contracts and Renegotiations, Econometrica, 56, 755-786 och Hart och Moore, 1990, Property Rights and the Nature of the Firm, Journal of Political Economy, 98, 1110-1158.

¹⁰ Williamson, O., The Economic Institutions of Capitalism, The Free Press, 1985, sid. 19.

andra faktorer som skapar osäkerhet i samverkan. Douglass North menade här att *institutioner* (i bemärkelsen formella och informella spelregler för mänsklig samverkan) fyller funktionen att reducera osäkerheter och därigenom öka effektiviteten i mänsklig samverkan.¹¹

De formella institutionerna utgörs i princip av lagar och kontrakt, och här ingår förstå då exempelvis offentliga organ som etableras genom lag. De informella institutionerna utgörs av kulturella och sociala normer och mer eller mindre medvetna mentala modeller för hur verkligheten ser eller bör se ut.

Norths perspektiv gör det möjligt att ställa en bredare grupp frågor som till exempel:

- Lyckas de lagar, kontrakt och processer som används inte bara mellan det offentliga och det privata utan också inom den offentliga miljön reducera komplexitet och osäkerhet i tillräckligt hög grad så att en effektiv samverkan om e-hälsolösningar uppnås?
- Finns en tillräckligt effektiv samverkan mellan de olika statliga hälsoföretagen eller för den delen mellan de som ansvarar för upphandlingar i såväl stat och kommun och de läkare och annan vårdpersonal som i slutändan ska nyttja upphandlade lösningar?
- Finns det informella normer och mentala modeller som förhindrar effektiv samverkan kring upphandling och implementering av e-hälsolösningar?

En annan fråga som den nya institutionella ekonomin kan bidra till att belysa är vidare varför så stora delar av budgetarna för e-hälsa går åt till att producera i statlig regi, vilket är något som Direktoratet för e-hälsa pekade på i sin rapport. Även om inte analogin ska dras för långt är det värt att hänvisa till Ronald Coases fråga om varför företag finns, om det nu är så att marknaden är det bästa sättet att maximera värdet i ekonomin.¹² Hans svar blev att det i vissa fall helt enkelt måste vara ekonomiskt effektivare att organisera vissa utbyten inom ett företag. Varje utbyte av varor, tjänster eller arbete mot pengar genererar kostnader – så kallade transaktionskostnader. Ibland genererar det lägre transaktionskostnader att organisera dessa utbyten inom ett företag än på en marknad och det är därför, menade Coase, som företag finns.

Williamsson utvecklade detta vidare och försökte ge detaljerade svar på när det skulle vara effektivare att organisera aktiviteter inom ett företag. Förenklat kom han då fram till att det i princip är långsiktigheten i relationen, graden av osäkerhet och graden av kundanpassningar som styr eller åtminstone bör styra. I vissa fall är kundbehoven så specifika och osäkerheterna så stora att det är mycket svårt att specificera i kundleverantörskontrakt och därför blir effektivare att hantera det hela genom anställningsavtal inom en organisation. Detta perspektiv ger möjlighet att ställa bland annat följande fråga:

- Beror den höga graden av produktion i statlig och kommunal regi på att detta är effektivare än användning av marknaden eller på andra skäl?

¹¹ "Institutions exist to reduce the uncertainties involved in human interaction." North, D., *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press, 1990, sid. 25.

¹² Coase, R.H. (1937), *The Nature of the Firm*. *Economica*, 4: 386-405.

6.3 Relationsbaserade kontrakt och kontrakt som referenspunkt

Kontraktsteori och ny institutionell ekonomi ger således stora möjligheter att tolka den information vi har inhämtat, vilket redovisas i nästa avsnitt. I sin rapport pekade Direktoratet for e-helse vidare på att andelen av så kallade "relasjonskontrakter" – på engelska "relational contracts" och på svenska relationsbaserade kontrakt – är förvånansvärt låg, givet tydliga slutsatser att genomförandegraden för e-hälsolösningar är bättre där det finns bra samspelsnormer mellan parterna. Direktoratet lämnar som sagt också en rekommendation avseende att utarbeta en norsk vägledning för användning av "formaliserte relasjonskontrakter", formella relationsbaserade kontrakt. Denna distinktion mellan informella och formella relationsbaserade kontrakt har också utgjort en del av vårt teoretiska analysramverk, varför det bör beröras.

Direktoratet for e-helse utgår i sin rapport från ovan nämnde Oliver Williamssons teorier. Denne menade som sagt att transaktioner bör styras på olika sätt givet graden av osäkerhet, kundanpassning och längd på relation. De två huvudsakliga styrningsformerna (governance) är till exempel att låta producera e-hälsolösningar i egen regi eller att köpa dem som tjänster från marknaden. Williamsson pekade dock ut en hybridform mellan dessa två, som han benämnde "relational contract". Denna styrningsform borde, menade Williamsson, användas när det råder medel till hög nivå av behov av kundanpassningar och osäkerhet.

Begreppet "relational contract" implicerar att det skulle finnas ett kontrakt i formell mening. Poängen är dock just att det inte gör det; ett relationsbaserat kontrakt i Williamssons mening står som ett alternativ till det formella kontraktet. Vad det handlar om är att parterna hanterar sina transaktioner inom ramen för en informell men tillitsbaserad relation baserad på normer om ömsesidighet och lojalitet.

Ett problem är dock att Williamsson aldrig var speciellt tydlig med vad hans rekommendation innebar i praktiken. De flesta vet ungefär vad det innebär att producera något i egen regi eller att köpa det från marknaden. Om nu ett "relational contract" inte är ett formellt kontrakt utan en informell relation, vad är dess karaktärsdrag, hur ska det sättas upp och så vidare?

Det som ofta händer är att kontraktsparterna upprättar två relationer, en formell och en informell, vilka existerar parallellt. Den formella relationen baseras på ett kontrakt skrivet för att användas i en marknadstransaktion på armlängds avstånd; ett transaktionellt kontrakt. Den informella relationen baseras dock på ömsesidighet och tillit och bygger mer av ett partnerskap. Den växer dock fram så att säga organiskt, och är ofta alltså inte baserad på en medvetet använd metod eller liknande. En skillnad uppstår här mellan "den skrivna och den levda relationen". Det finns fördelar med detta, men eftersom det alltid finns en risk att den informella relationen spricker och att parterna då lutar sig mot det formella avtalet blir det inte möjligt att nå den fulla potentialen i den goda men informella relationen.

Av detta och andra skäl lanserade Frydinger, Hart och Vitasek begreppet "formal relational contract" i en artikel i Harvard Business Review hösten 2019. Det formella relationsbaserade kontraktet syftar till att stänga gapet mellan den "skrivna och den levda relationen" genom att skapa ett formellt, skriftligt kontrakt som stödjer en flexibel relation, baserad på ömsesidighet, tillit och ömsesidighet. Det är en kontraktsform som också har börjat användas i ökande grad på olika marknader i stora delar av världen under drygt tio års tid.

Kontraktens formen är ett praktiskt verktyg men har flera teoretiska grunder, inte minst Oliver Harts teori om kontrakt som referenspunkt (contracts as reference point). Grunden för Harts teori är insikten från beteendekonomin om att människor inte bara har en benägenhet för opportunist utan också stark känsla för skälighet, vilket är en känsla som gör att människor också är benägna att straffa varandra genom negativa beteenden om de känner sig orättvist behandlade. För att bedöma vad som är rättvist utgår människor från så kallade referenspunkter, det vill säga de jämför vad de får med vad de förväntar sig att få (referenspunkten) och reagerar positivt eller negativt beroende graden av matchning. Hart visar här att en av kontraktets viktiga(ste) funktioner är att utgöra just en sådan referenspunkt, som syftar till att hålla parterna "on the same page".

Precis som hos North blir kontraktet också för Hart en koordineringsmekanism. Hart lägger dock till det faktum att alla kontrakt är inkompleta. Eftersom människor också har så kallad self-serving bias riskerar de att i sådana fall tolka avtalet till sin egen fördel, vilket då ofta leder till inkompatibla tolkningar och friktion. För att undvika det kan det vara bra att skriva väldigt detaljerade kontrakt, som skapar lite utrymme för tolkning. Detta fungerar dock dåligt i sådana föränderliga och osäkra miljöer där Williamsson hade rekommenderat ett (informellt) relationsbaserat kontrakt. Då behöver man egentligen mer flexibla kontrakt, men flexibiliteten skapar lätt ett stort tolkningsutrymme och således återigen risk för inkompatibla tolkningar och därmed risk för friktion på grund av upplevd orättvisa.

Det formella relationsbaserade kontraktet löser detta dilemma genom att bevara flexibiliteten men samtidigt bädda in relationen i ett antal vägledande principer avseende till exempelvis ärlighet, lojalitet och skälighet, vilket väsentligt reducerar risken för att någon part ska känna sig orättvist behandlad. I det formella relationsbaserade kontraktet ligger dessutom mer fokus på relationen än den enskilda transaktionen och parterna bygger ett partnerskap som syftar till att skapa kontinuerligt samstämmiga intressen och förväntningar över tid. Denna kontraktsform ligger bland annat till grund för Vested-modellen, som utvecklats vid University of Tennessee och som använts av företag som Intel, Dell, Vattenfall, Equinor, Telia med flera företag inom en rad olika kontraktsområden, inklusive IT.

Som framgår nedan menar vi, liksom Direktoratet för e-helse, att formaliserade relationsbaserade kontrakt kan bidra till en lösning av de utmaningar som man står inför. Den underliggande teorin om kontrakt som referenspunkt gav oss dock också möjlighet att redan i analysen ställa frågor som:

- Verkar det finnas friktion på marknaden kopplat till avtalsparters upplevelse att inte få vad man känner att man har rätt till, givet ingångna kontrakt som utgör referenspunkter?

Som framgår nedan verkar detta faktiskt vara fallet i vissa fall.

7 Analys

Med stöd av de teoretiska tankemodeller som beskrivits ovan som bas har vi gjort en närmare analys av insikterna från genomförda intervjuer och studerade standardkontrakt. Utgångspunkten är härvid den konsensus som verkar råda att genomförandekraften i användningen av e-hälsolösningar är för svag, det vill säga att den identifierade produktivitetsökningspotentialen i hälsoteknologi inte förverkligas. Vad förklarar detta? Genom att använda friktionsbegreppet i den nya institutionella ekonomin läggs ett naturligt fokus på krafter som motverkar förverkligandet av denna potential. Med detta och övriga teoretiska ramar som hjälpverktyg har det framstått som lämpligt att belysa information och utmaningar utifrån tre olika perspektiv:

1. Finansiellt
2. Organisatoriskt
3. Kontraktuellt

Vi behandlar nedan dessa perspektiv var för sig och avslutar sedan med en mer samlad analys där vi genom att se dessa tre perspektiv som delar i ett större system lämnar några hypoteser om hur det som händer bör förstås.

7.1 Finansiellt perspektiv

Vi har inte gjort någon finansiell analys av den norska e-hälsomarknaden. Utifrån intervjuerna framstår det dock som att det finns finansiella begränsningar i systemet som gör det mer eller mindre omöjligt för norsk e-hälsomarknad att växa. För att någon friktion – transaktionskostnader – alls ska uppstå så måste det först finnas rörelse. Rörelse åstadkoms genom energi, i det här fallet pengar och andra resurser. Vi noterar att Direktoratet for e-helse i sin rapport skriver att hälso- och omsorgstjänsternas andel IKT-utgifter är lägre än i andra sektorer.¹³ Vidare anges att hälften av budgetarna inom e-hälsoområdet är knutna till aktiviteter i egen regi.¹⁴ Dessutom anges också, inte helt förvånande därmed, att aktörerna har begränsade tillgång till bland annat resurser för

¹³ Avsnitt 4.4 i direktoratets rapport.

¹⁴ Avsnitt 4.5 i direktoratets rapport.

att driftsätta e-hälsolösningar.¹⁵ Rapporter från bland andra Menon Economics pekar vidare på sjunkande kapitalintensitet på norska sjukhus under många år.¹⁶

Dessa resultat från Direktoratets rapport stöds av våra intervjuer. Av ett antal intervjuer framgår en upplevelse av att även om upphandlingar i princip alltid sker med stor vikt vid kvalitet och inte med så mycket fokus på pris, så är anslagna budgetar för köp av e-hälsotjänster ofta låga. Eftersom det, enligt vad som uppges, ofta inte är svårt att uppfylla (eller att ange att man uppfyller) kvalitetskraven i upphandlingar så kommer priset likväl att bli utslagsgivande, trots att intentionen varit en annan.

Informerar rapporterar också om ständigt krympande budgetar för hälsoföretagen, med en förväntan att dessa minskningar ska kompenseras med effekthemtagningar med just e-hälsotjänster. Detta framstår dock som problematiskt. Att implementera en e-hälsolösning innebär att implementera nya sätt att arbeta, vilket till att börja med kan innebära *högre kostnader* än tidigare, innan effekterna kan hämtas hem.¹⁷ Med ständigt krympande budgetar tas inte höjd för kostnader för övergången till att arbeta med ny teknik.

Ett antal informanter rapporterar att ett av flera resultat av de finansiella begränsningarna är att tjänsteleverantörer i anbudssituationer får incitament att lägga låga bud på licensavgifter, i syfte att hämta hem detta i form av konsulttjänster för att utföra kundanpassningar av mjukvaran. Detta är något som framgår även av Direktoratets rapport.¹⁸ I den mån detta stämmer innebär det att leverantörerna går över från att bli tjänsteleverantörer till att bli konsultföretag, med den begränsade lönsamhet som detta ofta innebär.

Utan att vi har gjort någon djupare analys av frågan framstår det alltså som att det finns finansiella begränsningar som gör det svårt för att inte säga omöjligt för norsk e-hälsomarknad att växa.¹⁹ Det borde här finnas utrymme för tillväxt, men i stället framstår det som att kakan krymper. Genom e-hälsolösningar kan privat sektor på samma gång förbättra kvaliteten i, öka produktiviteten i och effektivisera norsk hälsovård. Denna produktivets- och effektiviseringspotential är grunden för e-hälsomarknadens tillväxtpotential, där det borde vara möjligt att hitta lösningar som både innebär lägre kostnader för det offentliga och mer ersättning för de privata aktörerna. För att få ut denna potential verkar det dock behövas investeringar för en omställning till en vård som i högre grad är baserad på e-hälsolösningar och i dagsläget framstår det som att det inte finns budget för sådana investeringar.

Dessa finansiella begränsningar som sådana liknas kanske inte bäst vid friktion, utan snarare som "brist på energi". Naturligtvis går det inte att realisera den eftersökta produktivetsökningspotentialen i e-hälsolösningar utan finansiella resurser. Begränsningarna riskerar vidare att öka friktionen, det vill säga transaktionskostnaderna i marknaden. Att säga att näringslivet har en viktig roll i utvecklingen av norsk e-hälsa (vilket verkar ske för tillfället), och samtidigt inte tillföra tillräckligt med finansiella resurser riskerar naturligtvis att leda till att näringslivets tillit till det offentliga sjunker

¹⁵ Avsnitt 4.1 i direktoratets rapport.

¹⁶ Se t.ex. Menon Economics, Helsenæringsens verdi 2022, sid. 52.

¹⁷ Vi återkommer till detta i avsnitt 7.2.1 nedan i frågan om eventuellt motstånd mot e-hälsolösningar.

¹⁸ Se sid 42 i Direktoratets rapport.

¹⁹ En annan aspekt som lyfts fram i intervjuer rör utmaningar inom distanshälsovård, där det verkar finnas mer eller mindre motstridiga incitament mellan primärvården och specialistvården. Sett till Norges ekonomi i stort finns det ett ekonomiskt intresse av att avlasta hälsoföretagen genom ökad vård i hemmet. Men ökad vård i hemmet innebär också färre besök på sjukhus, vilket innebär lägre ersättning för hälsoföretagen. Det finns därför anledning att fråga om det offentliga avgiftssystemet här sätter hinder i vägen för ökat anammande av distansvårdslösningar.

inom området. Detta dubbla budskap verkar för övrigt skickas på flera plan och såväl nationellt som i enskilda upphandlingar när ramavtal har upphandlats. Detta skickar en signal om köpvilja som sedan inte följs upp av köp annat än i begränsade volymer. Fenomenet innebär naturligtvis också att en signal skickas till marknaden om bristande investeringsvilja, vilket i sin tur riskerar att minska viljan att investera i norska e-hälsolösningstjänstleverantörer.

7.2 Organisatoriskt perspektiv

Utifrån ett organisatoriskt perspektiv är det möjligt att dra ett antal viktiga slutsatser, inte minst genom användning av den nya institutionella ekonomins tankemodeller.

7.2.1 Motstånd mot e-hälsolösningar

Utöver finansiering kräver ett förverkligande av produktivitetsoptimeringspotentialen i e-hälsolösningar en grundläggande vilja i norsk hälsovård att alls använda sådana lösningar, vilket också innebär en villighet att anpassa sina arbetsmetoder. I den nya institutionella ekonomins ramverk kan detta beskrivas som att det måste finnas informella normer och mentala modeller som stödjer övergången från vård som nästan uteslutande levereras av människor till vård som i ökade grad levereras med e-hälsolösningar. Om de informella spelreglerna inte stödjer övergången uppstår naturligtvis friktion i systemet.

Några informanter har här uppgett att det finns förhållandevis stora utmaningar med motstånd mot e-hälsolösningar från både patienter och vårdpersonal. Det finns också all anledning att tro att det här är ett stort problemområde. Redan en enkel Google-sökning på "resistance to e-health" ger ett stort antal träffar avseende forskning om sådant motstånd internationellt.²⁰ I sin rapport *Helsenæringens verdi 2022* beskriver Menon Economics resultat från en enkät där norska leverantörer tillfrågades om sina erfarenheter av hälsovårdskundernas villighet att börja använda ny teknologi, produkter och innovationer. Av rapporten framgår tydligt hur det i både primär- och specialistvården finns en lägre villighet jämfört med privata vårdgivare, samt att detta primärt verkar bero på bristande förmåga, snarare än bristande villighet. Vidare framgår också en allmänt ökande skepsis från offentlig sektor gentemot tjänstleverantörerna.²¹

Det verkar således rimligt att anta det finns informella normer inom norska hälsovård som försvårar anammandet av e-hälsolösningar. Som kommer att framgå nedan tror vi att detta är ett ämne som bör studeras närmare. Utan att vilja spekulera i frågan är det dock inte svårt att se att en viktig orsak till de ovan beskrivna finansiella

²⁰ Se t.ex. Iyanna et al, *Journal of Business Research*, Volume 153, 2022 samt Talwar et al., *Resistance of multiple stakeholders to e-health innovations: Integration of fundamental insights and guiding research paths*, *Journal of Business Research*, Volume 166, 2023.

²¹ Se Menon Economics, *Helsenæringens verdi 2022*, avsnitt 3.4.

begränsningarna skulle kunna vara just dessa underliggande informella normer och mentala modeller.

7.2.2 Den institutionella miljöns förmåga att hantera koordination och samverkan

Vidare verkar den institutionella miljön som e-hälsolösningarna ska produceras och verka i inte klara av att hantera den komplexitet som det innebär att tillgodose en mängd hälsoföretags och kommunala vårdinrättnings behov allteftersom dessa utvecklas över tid. De formella institutionerna verkar således, med den nya institutionella ekonomins perspektiv, inte underlätta koordination och samverkan tillräckligt väl. Utmaningen framstår logiskt som störst i den absolut största regionen Helse Sør-Øst, men det verkar här mer vara en gradskillnad än en artskillnad mellan regionerna.

Vi har fått det beskrivet som att det inför att upphandlingar genomförs finns en process för att göra analys av de olika hälsoföretagens behov och att dessa ofta deltar i projektgrupper under hela upphandlingens fortvaro. Vi förstår det också som att man inte sällan använder den konkurrenspräglade dialogen (*competitive dialogue*) som upphandlingsform. Det verkar således finnas en helt riktig ambition till dialog och involvering i syfte att tillgodose de behov som finns. Denna ambition verkar dock inte idag uppnås och det är svårt för oss att peka på att det skulle handla om bristande kompetens hos de som deltar i och genomför upphandlingarna. Det som ibland verkar hända är att när en lösning är upphandlad och ska implementeras så visar det sig att den antingen inte möter de specifika behov som exempelvis ett hälsoföretag har, eller så är man inte beredd att genomföra de förändringar i arbetssätt som det skulle innebära att implementera lösningen och nå full effekt. Det leder inte sällan till ett behov av fortsatta kund Anpassningar, vilket gör det svårare för leverantörerna att arbeta med standardiserade och därmed mer skalbara lösningar. Dessutom leder det till att uppsatta budgetar överskrids, eftersom dessa verkar ha varit satta baserat på antaganden om lägre behov av kund Anpassningar.

Detta kan i sin tur bero på ett antal olika faktorer. Vissa informanter menar att processen för analys av hälsoföretagens behov inte är tillräckligt bra. Andra menar att den fungerar ok. Flera av leverantörerna uppger också att de konkurrenspräglade dialogerna inte framstår som dialoger utan mer som informationsinhämtning, vilket – om det stämmer – förstås innebär att det som slutligen upphandlas knappast kommer att vara speciellt anpassat för de specifika behov som råder.

I detta går det knappast att bortse från det stora antalet parter och därmed människor som är involverade när det gäller köpen inom specialistvården. Det är många aktörer som ska samverka och "göra sitt jobb": det regionala hälsoföretaget, Sykehusinnkjøp, hälsoföretaget med ansvar för IKT-drift, ett flertal hälsoföretag som äger sjukhus, ansvariga läkare med flera. Det finns avtal mellan IKT-driftsföretaget och hälsoföretagen men dessa verkar inte fungera tillräckligt väl.

Den organisatoriska miljön med Sykehusinnkjøp och regionala IKT-driftsföretag är naturligtvis delvis utformad i effektivitetssyfte. Det finns effektivitetsvinster i att centralisera inköp i stället för att låta respektive hälsoföretag göra egna upphandlingar. Men denna miljö skapar också ett mycket stort avstånd mellan leverantör och slutkund, det vill säga hälsoföretaget och i slutändan vårdpersonalen hos dessa. Det blir en lång kedja med aktörer där det ytterst handlar om att en tjänst ska möta ett behov. Med de processer som används idag framstår kedjan som för lång och komplexiteten som för stor.

Våra intervjuer kopplade till primärvården ger en liknande bild, inte minst avseende de nuvarande upphandlingsprocessernas förmåga att fånga upp och möta de behov av e-hälsolösningar som finns i kommunernas olika verksamheter. Informanter ger också en bild av i viss mån oklar förvaltningsorganisation för driftsatta lösningar, vilket naturligtvis försvårar möjligheten att kontinuerligt fånga upp förändrade behovsbilder.

7.2.3 Utmaningar skapade av upphandlingslagstiftningen

Upphandlingslagstiftningen ingår, med den nya institutionella ekonomins perspektiv, i de formella spelreglerna och sätter därför institutionella ramar för de kontrakt som ingås. Flera av informanterna har uppgett att denna lagstiftning utgör en begränsad faktor i sammanhanget, framförallt eftersom den enligt uppgift skulle innebära att riskavert personal med ansvar för upphandlingar inte vågar utnyttja den flexibilitet som finns i lagstiftningen. Här ska noteras att dessa informanter primärt är sådana som inte själva har haft ansvar för upphandlingar. När vi i stället har intervjuat sådan personal har vi inte uppfattat detta som en källa till större problem. Vi anser att det är svårt att dra några egentliga slutsatser här. Det är värt att fråga sig om upphandlingslagstiftningen eller tolkningen av denna utgör en *faktisk* källa till utmaningar eller om det rör sig om en (alltför) enkel förklaring som är lätt att tillgripa för att göra ens upplevda utmaningar begripliga. Vi har valt att inte spekulera mer i den frågan. Utifrån ett juridiskt perspektiv kan vi dock konstatera att lagstiftningen om offentlig upphandling lika lite i Norge som i Sverige sätter några egentliga hinder i vägen mot exempelvis mer partnerskapinriktade arbetssätt, i den mån detta är önskvärt. Om upphandlingslagstiftningen utgör ett hinder så beror det på *uppfattningar* om denna och inte på själva lagstiftningen.

Vi tror dock att upphandlingslagstiftningen kan utgöra en delförklaring till varför inte graden av (informella) relationsbaserade kontrakt är större än vad den är. Det skulle delvis kunna handla om en ovilja till just sådana informella relationer i en offentlig miljö. Lagstiftningen om offentlig upphandling syftar till att tillse att det offentliga som mycket stor inköpare av varor och tjänster inte snedvrider konkurrensen genom bristande likabehandling. Risken för korruption är en realitet som lagstiftningen bland annat ska motverka. Det framstår ur detta perspektiv fullt naturligt om det skulle finnas en skepsis inom offentlig sektor att anamma informella och mindre transparenta arbetssätt med leverantörer med vilka man har långvariga kontraktrelationer.

7.3 Kontraktuell perspektiv

Vår utgångspunkt i studien har som sagt varit ett kontraktsteoretiskt perspektiv, även om vi också har varit tvungna att bredda detta perspektiv för att förstå informationen. Fokus har då legat på kontraktrelationerna mellan offentlig sektor och privata tjänsteleverantörer. Är dessa utformade så att de skapar bästa möjliga förutsättningar för maximalt värdeskapande mellan parterna?

Vi noterar här viktiga insikter från Direktoratets rapport. Endast 12 % av e-hälsoutgifterna är hänförliga till strategiska allianser och relationsbaserade kontrakt.

Flera av de som Direktoratet intervjuade rapporterar om bristande tillit mellan offentliga och privata aktörer och exempel gavs på rent opportunistiska ageranden i upphandlingsprocesser.²² När vi har ställt frågan i våra intervjuer om vad som man upplever som de *största* utmaningarna i branschen så har det dock inte varit bristande tillit i kontraktuella relationer. I stället har de flesta pekat på de ovan beskrivna utmaningarna med organisatorisk komplexitet.

Detta betyder dock inte att kontrakten saknar betydelse. Ovan har vi beskrivit en kombination av finansiella begränsningar, informella normer som inte stödjer anammande av e-hälsolösningar samt en högt komplex institutionell miljö. Vår analys pekar på att de kontrakt som används ofta framstår som otillräckliga för att maximera värdeskapandet mellan parterna i denna utmanande miljö.

I princip samtliga personer vi har intervjuat har uppgett att man tillämpar någon av den norska statens standardavtal (SSA) i sina kontraktuella relationer, även om undantag finns inom området för forskning och utveckling. Alla har också varit överens om att dessa kontrakt är bra och välbalanserade. Standardavtalen innehåller en bred flora av mallar, vilka i princip bör täcka alla relevanta inköpsituationer. Det finns exempelvis standardavtal för köp av enskilda konsulter, projekt, molntjänster, innovationspartnerskap, förvaltning och underhåll och så vidare. Som flera informanter har påpekat är avtalen välbalanserade och tydliga. Det rör sig dock otvetydigt om så kallade transaktionella kontrakt, som typiskt sett karaktäriseras av:

1. Mer fokus på affären och transaktionerna än på relationen,
2. Skapande av en kommersiell relation på armlängds avstånd,
3. Riskhantering genom klausuler som kan verkställas i domstol,
4. Frånvaro av tydliga socialt förankrade beteendenormer, samt
5. Ambition att vara mer eller mindre kompletta.²³

Detta gäller även för standardavtalet för innovationspartnerskap, med sitt starka fokus på leverans i olika steg och tydliga avsaknad av någon närmare beskrivning av vad som är "partnerskapet" i innovationspartnerskapet.

Den transaktionella kontraktsmodellen är typiskt sett mindre väl lämpade för att hantera komplexa och föränderliga miljöer, framförallt när beroendegraden mellan parterna är förhållandevis hög, vilket ofta blir fallet med e-hälsolösningar. Vi noterar här återigen att Direktoratet i sin rapport redovisar förekomsten av *informella* relationsbaserade kontrakt, om än i lägre utsträckning än vad som är önskvärt.²⁴ Redan det faktum att det utvecklas informella relationsbaserade kontrakt pekar på det formella kontraktets otillräcklighet. Det är vidare fullt möjligt att tolka faktumet att informella relationsbaserade kontrakt inte utvecklas i den utsträckning som egentligen är önskvärt som just en brist på stöd från de (transaktionella) formella kontraktet.

Vi noterar också att det i intervjuer framkommit en frustration från beställare som ingått ramavtal som inte har lett till några större mängder avrop och därmed intäkter. Vi har inte hört några konkreta belägg, men det är inte orimligt att anta att denna känsla skapar en ovillighet från leverantörerna att anstränga sig för att tillgodose vad man upplever vara behoven hos passiva beställare. Detta skulle i så fall vara helt i linje med

²² Se inte minst avsnitt 4.7 i Direktoratets rapport.

²³ För en detaljerad jämförelse mellan transaktionella och (formella) relationsbaserade kontrakt, se Frydlinger et al, Contracting in the New Economy - Using Relational Contracts to Boost Trust and Collaboration in Strategic Business Relationships, Palgrave Macmillan 2021, kapitel 7.

²⁴ Se avsnitt 6.3 ovan.

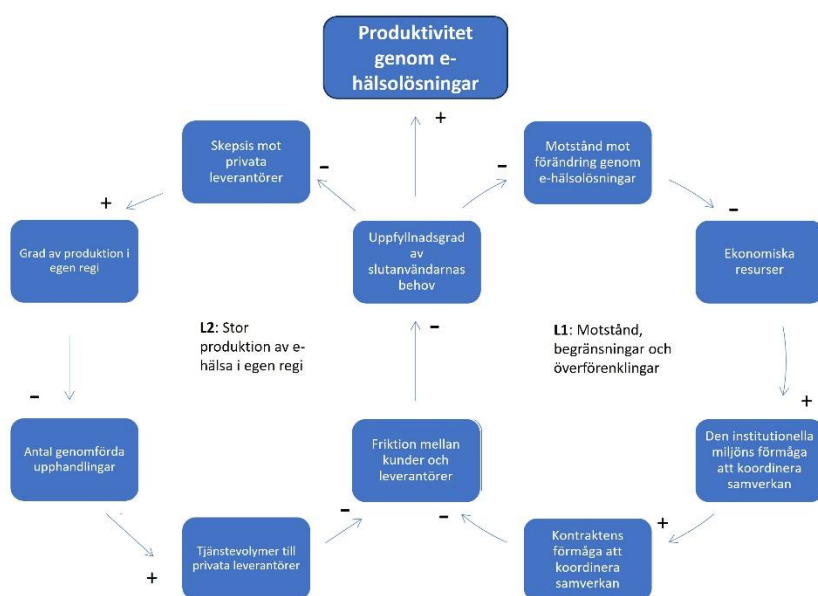
Harts teori om kontrakt som referenspunkt, enligt vilken en upplevelse av att inte få det man förväntar sig enligt kontraktet leder till att man drar sig tillbaks och upphör att vilja bidra aktivt i relationen (så kallad "shading").

Här visar sig i så fall risken med att använda norska statens standardavtal, även om de är välbalanserade. De sätter referenspunkter och därmed förväntningar. Samtidigt innehåller de inte mekanismerna för att hantera komplexiteten i den miljö där de ska verka. Förväntningarna blir därför orealistiska, vilket naturligtvis leder till frustration när det uppdragas.

Vi vill inte överdriva graden till vilken kontrakten skulle bidra till de upplevda utmaningarna inom det norska e-hälsoområdet. Det primära i vår analys är att kontraktet inte bidrar till att lösa den underliggande problematiken. Men det är likväl värt att lyfta fram risken med att använda kontrakt skrivna för förutsägbara miljöer i miljöer som är långt ifrån förutsägbara.

7.4 De tre perspektiven i samverkan

Ovan har vi analyserat informationen utifrån ett finansiellt, organisatoriskt och kontraktuellt perspektiv. Det är inte svårt att se hur olika perspektiven överlappar, väver in i och förstärker varandra. Utifrån det trots allt begränsade materialet är det förstås inte möjligt att ge någon komplett bild. Vi bedömer likväl att det går att ställa en slags övergripande "diagnos" på situationen för att förstå varför de eftersökta produktivitetsokningarna från e-hälsolösningar inte förverkligas i högre grad. Vi har därvid försökt använda ett så kallat systemdynamiskt perspektiv för att beskriva det hela.²⁵ Vi vill understryka att det som formuleras nedan endast är en hypotes, vilken skulle behöva studeras närmare för att verifiera i sin helhet.



²⁵ För en beskrivning av detta perspektiv, se bl.a. Sterman, J. Business Dynamics – Systems Thinking and Modeling for a Complex World, Irwin McGraw-Hill, 2000.

Vår hypotes, eller i vart fall delar av den, kan illustreras genom bilden ovan. Bilden utgör ett enkelt kausalitetsdiagram och beskriver två självförstärkande samband – så kallade feedbackloopar som betecknas med L1 till L2 – som skulle kunna förklara varför den fulla produktivitetsökningspotentialen med e-hälsolösningar inte förverkligas.

Bilden ska läsas på följande sätt. Det som ska förklaras och förstås är graden av produktivitetsökningar genom e-hälsolösningar, som finns i den översta rutan. Varje ruta är en variabel som antingen kan öka eller minska. En pil mellan två rutor beskriver ett kausalitetsförhållande. Ett plustecken betyder att om den orsakande variabeln ökar respektive minskar så ökar respektive minskar också den påverkade variabeln. Ett minustecken betyder det motsatta, det vill säga att en ökning i den orsakande variabeln innebär en minskning av den påverkade variabeln och att en minskning i den orsakande variabeln innebär en ökning i den påverkade variabeln.

För att ta några exempel så innebär minustecknet mellan variablerna "Motstånd mot förändring genom e-hälsolösningar" och "Ekonomiska resurser" att de ekonomiska resurserna *minskar* när motståndet *ökar* (och att de ekonomiska resurserna *ökar* när motståndet *minskar*). Plustecknet mellan variablerna "Ekonomiska resurser" och "Den institutionella miljöns förmåga att koordinera samverkan" innebär att den institutionella förmågan *ökar* om de ekonomiska resurserna *ökar* (och då att förmågan *minskar* om de ekonomiska resurserna *minskar*).

Detta är förstås en förenklad bild och det finns förstås en mängd ytterligare samband som skulle kunna belysas. Vi tror dock att de ovan beskrivna sambanden fångar upp mycket av det väsentliga i problembilden.

7.4.1 L1 – Motstånd, begränsningar och överförenklingar

Om vi börjar med loopen L1 så beskriver den det som skulle kunna kallas vårt huvudscenario. Det som ska förklaras är realiseringen av produktivitetspotentialen hos e-hälsolösningar. I L1 antas att den viktigaste förklarande faktorn till graden av realisering är i vilken mån lösningarna uppfyller slutanvändarnas – vårdpersonalens och patienternas – behov. Vi tror att det är viktigt av flera skäl att på detta sätt sätta människan i centrum för analysen.

Utgångspunkten i L1 ligger dock i det förmodade motståndet mot e-hälsolösningar, vilket är det samma som ovilja och oförmåga att anamma nya arbetssätt. Detta motstånd har naturligtvis många orsaker, vilka behöver förstås bättre. Det är viktigt att inse att motståndet till del kan handla om dåliga erfarenheter av e-hälsolösningar, vilka inte alltid leder till ökad effektivitet och produktivitet utan tvärtom.²⁶ Detta motstånd tillsammans med andra faktorer leder sannolikt till det faktum att det finns begränsade ekonomiska resurser i systemet från början.²⁷

De begränsade finansiella resurserna har sedan bidragit till att en organisatorisk struktur för att tillgodose hälsoföretags och primärvårdgivares behov av teknologi har satts upp som framstår som överförenklad för sin uppgift. Inom staten finns här strukturen med centraliserade inköps- och driftsorganisationer som ska agera som mellanhand mellan privata leverantörer och ett stort antal offentliga vårdgivare. Denna struktur framstår dock som sagt som oförmögen att hantera den mycket komplexa behovsbild som finns hos slutanvändarna, exempelvis personal hos hälsoföretagen. Här

²⁶ Se t.ex. NOU 2023:24, Tid för handling – Peronellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, sid. 270.

²⁷ De ekonomiska resurserna påverkas naturligtvis av en mängd andra faktorer, exempelvis allmänt sjunkande budgetunderlag i stort. Vi har valt att inte illustrera dessa andra påverkande faktorer i syfte att förenkla bilden.

verkar det finnas en avsaknad av tillräckligt effektiva processer för att fånga upp behov, implementera upphandlade lösningar, vidareutveckla lösningar över tid allteftersom behov och lösningar vidareutvecklas och så vidare. Ur detta perspektiv framstår den organisatoriska strukturen som sagt som överförenklad.

I nästa steg ingås kontrakt som baseras på norska statens standardavtal. Som har beskrivits ovan är dessa avtal förvisso välbalanserade, men likväl inte tillräckliga för att effektivt och friktionsfritt kunna samordna aktörernas beteenden i den komplexa miljön. Samtidigt sätter dock kontrakten referenspunkter som ger intryck av att miljön är enklare än vad den är. Här hade utvecklandet av informella relationsbaserade kontrakt kunna förbättra situationen, men detta sker inte i tillräckligt hög grad på grund av den förmodade skepsisen mot informella relationer i den offentliga miljön.²⁸

De finansiella begränsningarna i systemet förs naturligtvis över till detta steg i kedjan. Som framgått ovan verkar många kunder förvisso lägga stor vikt vid kvalitetskriterier i upphandlingarna. Samtidigt är budgeterna som sagt begränsade. Detta leder bland annat till att vissa leverantörer väljer att lägga låga anbud i syfte att tjäna mer pengar på kundanpassningar, vilket i sin tur leder till brustna förväntningar och därmed friktion från kunderna – direkt i linje med Harts idé om spänningar som orsakas av att kontrakt sätter referenspunkter.

Kombinationen av kontraktsmodeller som är för enkla för den komplexa miljön och taktiserande ageranden orsakade av begränsade budgetar leder således till flera av de omvittnade friktionerna och till den bristande tilliten mellan offentliga och privata aktörer. Detta leder i slutändan till att slutanvändarna inte får sina behov av e-hälsolösningar uppfyllda, vilket i sin tur sluter cirkeln genom att motståndet mot e-hälsolösningar bevaras eller ökas. Samma faktor – det bristande uppfyllandet av slutanvändarnas behov – leder som sagt också till att produktivitetsoptimeringspotentialen hos e-hälsolösningar inte förverkligas. Detta huvudscenariot pekar således på ett självförstärkande samband som effektivt hindrar förverkligandet av produktivitetsoptimeringspotentialen i e-hälsolösningar.

7.4.2 L2 - Stor produktion av e-hälsa i egen regi

Som ett komplement till det ovan beskrivna händelseförloppet är det nödvändigt att peka på den stora andelen produktion av e-hälsa i egen regi och de påpekanden som framkommer i intervjuer om att det sker för få upphandlingar och att det avropas låga volymer i de upphandlingar som sker.

Enligt en icke-verifierad uppgift som vi har fått finns det fyra gånger fler personer i Norge som arbetar med e-hälsolösningar inom offentlig sektor än inom privat sektor, i vart fall om man räknar in konsulter som arbetsleds av offentliga arbetsgivare. Det säger nästan sig självt att detta är en kraftigt konserverande kraft som begränsar möjligheter för tillväxt inom privat e-hälsosektor.

Det finns anledning att anta att det faktum att ca 50 % av utgifterna inom e-hälsa går åt till produktion i egen regi *inte* beror på att det skulle vara det mest ekonomiskt effektiva sättet. Utan tvekan måste det vara så att, med Williamssons perspektiv, det *i vissa fall* är så att graden av kundanpassning, långsiktighet och osäkerhet gör det mest ekonomiskt effektivt att producera i egen regi. Men att det skulle gälla för 50 % av utgifterna framstår inte som sannolikt. Att här hänvisa till bristande kompetens eller

²⁸ Denna skepsis mot informella relationer är således en självständigt påverkande variabel. Vi har valt att inte inkludera den i bilden ovan i syfte att förenkla bilden.

förståelse framstår som alltför enkelt, eftersom det finns mycket kunskap om ekonomiskt rationella sourcingstrategier tillgänglig.

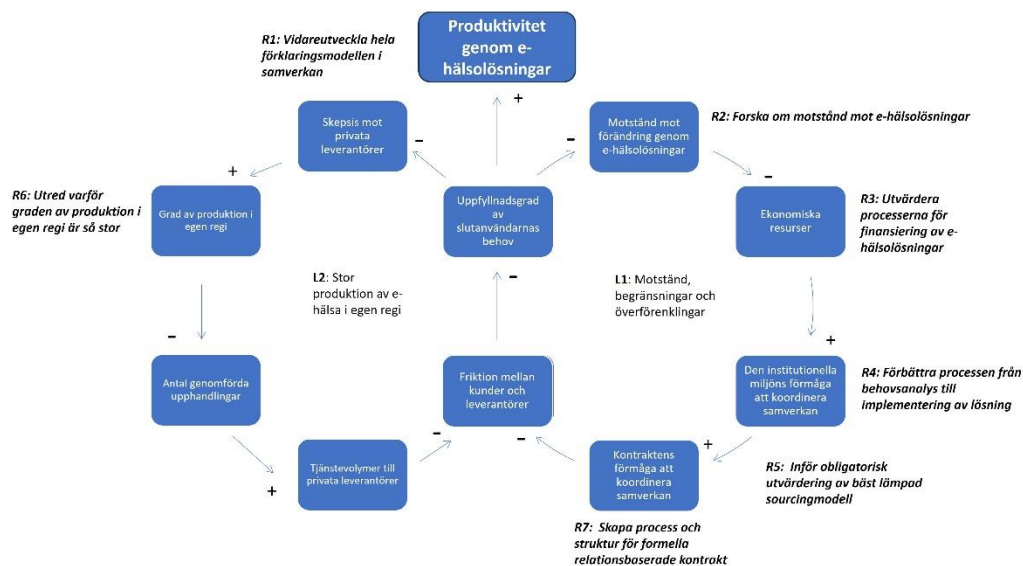
Det framstår i stället som sannolikt att graden av egenproducerad e-hälsa också är ett tecken på dels underliggande informella normer, exempelvis den omvittnade skepsisen mot privata aktörer och dels varje organisationsstrukturens inneboende intresse av att bevara sig själv.²⁹

Det självförstärkande sambandet i L1 kompletteras således av L2, som också är självförstärkande. En grundläggande skepsis mot privata leverantörer leder till en stor andel produktion i egen regi. Detta leder i sin tur till få upphandlingar och vidare till låga volymer i genomförda upphandlingar. Detta leder i sin tur till ökad friktion mellan kunder och besvikna beställare, vilket i sin tur leder till att slutanvändarnas behov inte uppfylls. Återigen sluts loop, denna gång genom att skepsisen mot privata leverantörer bevaras. Återigen förverkligas inte den fulla produktivitetsökningspotentialen.

²⁹ En ökad användning av privata aktörer skulle innebära att arbetsuppgiften flyttar från offentlig till privat sektor. Redan utan en informell skepsis mot privata aktörer finns således ett inbyggt intresse hos offentliganställda som motverkar sådan ökad användning.

8 Rekommenderade åtgärder

Vi har hittills i rapporten gjort analyser utifrån ett finansiellt, organisatoriskt och kontraktuellt perspektiv och beskrivit hur dessa perspektiv kan kombineras för att formulera en övergripande om varför det inte sker större realiseringar av produktivitetsoptimeringspotentialen hos e-hälsolösningar. Mot bakgrund av dessa analyser lämnar vi här ett antal rekommenderade åtgärder. En av fördelarna med att illustrera orsakssambanden i kausalitetsdiagram är att det ger möjlighet att enklare visa vilka åtgärder som borde vidtas och varför.



Våra sju rekommenderade åtgärder illustreras ovan vid olika relevanta variabler. En närmare redogörelse för respektive rekommendation lämnas nedan.

R1: Vidareutveckla insikterna om orsakssambanden

Vi vill till att börja med understryka att vår beskrivning med åtminstone två sammanhängande och självförstärkande orsakssamband i föregående avsnitt endast är en hypotes, även om vi tror att den i många delar stämmer väl med verkligheten. En viktig del i att åstadkomma förändring är att de vars beteenden ska förändras anammar en gemensam syn på sitt nuläge och vad det är som upprätthåller status quo.

I våra intervjuer framträder som sagt en bild där, förenklat, alla skyller på alla. Så länge som det är så kommer lite förändring att kunna ske. Beskrivningen i avsnitt 6 försöker i stället visa hur alla ingår i ett och samma system som åstadkommer ett resultat som nog ingen uttalat egentligen vill, även om man outtalat kan vilja det på grund av motstånd mot e-hälsolösningar. En av flera fördelar med en sådan bild är att det inte finns någon att skylla på. Alla ingår i och bidrar till resultaten i samma system. Problemet blir gemensamt och lösningen blir därmed också gemensam.

Vår första rekommendation är därför att låta arbetet med att nå en gemensam problembeskrivning och nulägesförståelse fortsätta, med involvering av flera olika intressenter inom e-hälsoområdet. Detta kan vara så enkelt som att låta genomföra ett antal workshops med den i avsnitt 6 presenterade bilden som utgångspunkt och att sammanfatta resultatet i ett uppdaterad och sannolikt mer nyanserad beskrivning.

Vi vill understryka vikten av att detta arbete sker i samråd i branschen med företrädare för alla relevanta typer av aktörer, eftersom detta också sannolikt kan leda till en minskning av den rapporterade skepsisen mot privata leverantörer.

R2: Forskning om motstånd mot e-hälsa

Som framgår av vår analys finns all anledning att anta att det motstånd mot e-hälsolösningar som vissa informanter berättar om och som påvisats i forskning från andra länder är en viktig realitet. Den framstår som så viktig för oss att vi avsnitt 7 låter detta motstånd utgöra både utgångspunkt och slutpunkt i huvudscenariot L1.

Vi lyfter därför behovet av forskning om detta område på norska förhållanden som vår nästa rekommendation. Informella normer och mentala modeller ligger på ett djup i mänsklig samverkan som gör dem mycket svåra att förändra på annat än över lång tid. Det framstår därför som centralt att få en djup och nyanserad förståelse av problematiken, för att därefter kunna skapa rekommendationer kring praktisk hantering för att överkomma motståndet.

R3: Finansiering av e-hälsotjänsterna

Som framgått i avsnitt 6 tror vi att det inte minst är kombinationen av informellt motstånd mot e-hälsolösningar och begränsad finansiering som skapar en grundläggande tröghet i systemet som förhindrar förverkligande av dessa lösningars produktivitetsoptimeringspotential. Åtgärder måste naturligtvis vidtas ur det mer strikt finansiella perspektivet.

Vi har i rapporten redovisat en uppfattning om att norsk e-hälsosektor verkar befinna sig i en situation med ständigt sjunkande budgetar utan att höjd tas för att göra de investeringar som krävs för att hitta och anpassa sig till nya arbets sätt. Stämmer detta? Om det stämmer ser vi ett behov av att utreda processerna fram till budgetbeslut och uppfattningarna hos beslutsfattare om vad som behövs för att på sikt kunna ställa om norsk hälsovård till en mer digitaliserad sådan. Sannolikt behöver budgetunderlagen och -processerna förändras för att skapa bättre möjligheter för lönsamhet och tillväxt i marknaden. Vi förstår förstås utmaningarna i detta, men en uppfattning att en övergång till hälsovård baserad på e-hälsolösningar skulle vara självfinansierande framstår som verklighetsfrånvärd. För att uppnå reella resultat kommer det att krävas investeringar på både kort och lång sikt.

R4: Process från behovsanalys till implementering

I vår beskrivning i avsnitt 6 pekar vi på det vi kallar för en överförenklad institutionell miljö. Den organisatoriska strukturen med centraliserade inköps- och driftsorganisationer verkar inte kunna hantera komplexiteten i den föränderliga behovsbilden hos slutanvändarna. Processen från att fånga upp slutanvändarnas behov av e-hälsolösningar till upphandling, implementering och vidareutveckling verkar helt enkelt inte fungera tillräckligt väl för att kunna tillgodose dessa slutanvändares behov.

Vår rekommendation är således att låta representanter från både offentliga och privata aktörer att arbeta tillsammans för att utveckla en bättre fungerande process. Det finns förstås flera fördelar med att låta utveckla en sådan process med många involverade. Kvaliteten kommer förstås att öka på grund av ett flertal perspektiv vägs in. Vidare kommer det att leda till en gemensam förståelse och därmed mindre grad av spekulation och antaganden gjorda på basis av bristande information.

Inom ramen för denna rekommendation lämnar vi nedan ett antal mer specifika rekommenderade åtgärder.

R5: Val av bäst lämpad sourcingmodell

I den process som vi rekommenderar i föregående avsnitt bör ett särskilt moment införas avseende val av så kallad sourcingmodell. Oliver Williamsson rekommenderade att anpassa modellen för styrning (governance) av transaktioner till transaktionernas grad av behov av kundanpassningar, långvarighet och osäkerhet. Hans rekommenderade alternativ var då att producera i egen regi, att köpa från marknaden eller att upprätta ett (informellt) relationsbaserat kontrakt. Williamssons rekommendation är viktig men samtidigt klart otillräcklig. Otillräckligheten består framförallt i den redan påpekade svaghets i hans analys avseende (informella) relationsbaserade kontrakt. Men Williamsson missar också insikterna från delar av kontraktsteorin som pekar på vikten av att också anpassa *ersättningsmodellen* till den aktuella relationens egenskaper för att möjliggöra maximalt värdeskapande.

Av dessa och andra skäl har forskare vid University of Tennessee utvecklat så kallad sourcingmodellsteori.³⁰ Teorin är baserad på Williamsson i kombination med insikter från t.ex. agentteori, beteendekonomi, den så kallade Kraljic-modellen och så vidare. En sourcingmodell är en kombination av en styrningsmodell och en ersättningsmodell. Med Williamsson som utgångspunkt finns tre grundläggande styrningsmodeller:

- Hierarki
- Marknad
- Hybrid/relationsbaserat kontrakt

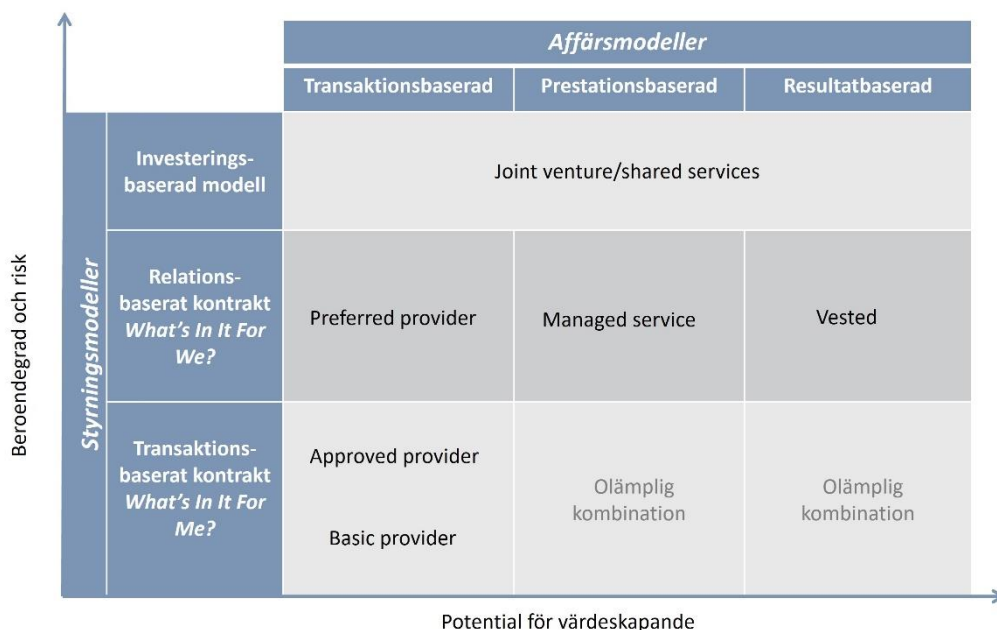
Med bland annat agentteorin som utgångspunkt finns tre grundläggande ekonomiska modeller:

- Transaktionsbaserad
- Prestationsbaserad
- Resultatbaserad

Dessa tre modeller inom respektive område kan kombineras till sju olika sourcingmodeller enligt bilden nedan.³¹

³⁰ Se Keith et al, Strategic Sourcing in the New Economy, Palgrave Macmillan, 2015.

³¹ Bilden baseras på Keith et al, a.a., sid 205.



Det finns inte utrymme här att närmare utveckla innebörden och kraften i ovanstående verktyg för att välja rätt sourcingmodell. Klart är dock att införandet av en obligatorisk process för att avgöra vilken sourcingmodell som är mest lämpad för en särskild affär torde vara ett kraftfullt verktyg i processen från behovsanalys till implementering.

R6: Utvärdera graden av utveckling i egen regi

Vår rekommendation avseende val av bäst lämpad sourcingmodell har ytterligare implikationer. Som anförts i avsnitt 7 tror vi att det faktum att så mycket av norska e-hälsolösningar produceras i egen regi har stor betydelse i sammanhanget, inte minst som en motverkande effekt. Det finns därför anledning att utreda närmare vad som är bakgrunden till detta. Den i föregående avsnitt presenterade sourcingmodellsteorin är väl lämpad för den typen av analys, inte minst som den inte bara beaktar de av Williamsson utpekade kriterierna utan även andra kriterier som är väsentliga i sammanhanget.

R7: Utveckla och inför en process och struktur för ingående och styrning av formella relationsbaserade kontrakt

Som ett led i att utveckla den process som rekommenderas i rekommendation R4, rekommenderar vi även att en process och struktur för såväl ingående som styrning av formella relationsbaserade kontrakt utvecklas. Detta är också i linje med Direktoratets rekommendation att utveckla en vägledning i detta syfte.

Vår analys indikerar att även om den norska statens standardavtal är välbalanserade är de sannolikt ofta otillräckliga för att hantera komplexiteten i den miljö där de är satta att verka. Det framstår inte heller lönt att förvänta sig att man i offentlig sektor självmant ska utveckla informella relationsbaserade kontrakt enligt Williamssons något oklara rekommendationer, inte minst som detta faktiskt inte nödvändigtvis framstår som lämpligt utifrån ett transparens- och därmed legitimitetsperspektiv.

Det formella relationsbaserade kontraktet är designat för att kunna koordinera kontraktsparters beteende i en komplex och föränderlig miljö. Genom att göra det relationsbaserade kontraktet *formellt* är det också möjligt att hantera eventuell oro för bristande transparens och likabehandling. Kontraktsformen bygger på robusta strukturer och processer för styrning av relationen, där det är möjligt att undvika eventuella misstankar om olämpliga beteenden genom att tydlig protokollföring av genomförda möten och liknande mekanismer.

En utmaning som ibland framför med det formella relationsbaserade kontraktet är att det kräver resurser för styrning av relationen som ofta inte finns tillgängliga. Detta är förstas viktigt att beakta. Det är dock viktigt att förstå att det här finns en avvägning (trade-off) mellan olika faktorer. Att *inte* tillsätta nödvändiga resurser kommer att leda till andra kostnader, exempelvis i form av kvalitetsbrister, ej uppfyllda förväntningar, brist på vidareutveckling och innovation och så vidare.

Vad som sannolikt skulle vara lämpligt är att utveckla ett branschgemensamt dokument i form av en uppförandekod, deklaration eller liknande som många aktörer kan ansluta sig till och som kan utgöra en gemensam plattform för hur parterna ska agera i branschen. Det finns här många möjligheter som skulle behöver undersökas i olika typer av dialoger och samråd i branschen.

Rekommendationerna i samverkan

Ovan har vi gett sju rekommendationer, baserat på den analys med självförstärkande samband som presenterades i avsnitt 7. Det är förhoppningsvis uppenbart men förtjänar ändå att påpekas att rekommendationerna inte ska ses som isolerade från varandra. Tvärtom bygger de på och är tänkta att samverka med och stärka varandra. Att enbart studera motstånd mot e-hälsolösningar kommer inte att ge mycket effekt, inte heller att enbart öka budgetanslag eller enbart börja arbeta med formella relationsbaserade kontrakt. Vår bedömning är som sagt att det finns ett antal samverkande faktorer som gör att produktivitetsokningspotentialen hos e-hälsolösningar inte förverkligas i högre grad. Därför krävs också ett antal samverkande åtgärder.

Naturligtvis behövs fler åtgärder än de sju vi rekommenderar ovan. Men vi tror dock att om de genomförs, och särskilt om de genomförs på ett koordinerat sätt, så kommer det att skapa en mycket god grund för att i högre grad förverkliga den eftersökta produktivitetsoökningen. Vår förhoppning är att så blir fallet och att det därigenom kan skapas förutsättningar för förbättrad vård och omsorg i Norge i framtiden.

Kontakt



David Frydlinger

Partner

david.frydlinger@cirio.se

+46 (0)76-617 09 85



Erik Engström

Managing Associate

erik.engstrom@cirio.se

+46 (0)76 617 09 07

CIRIO

Cirio Advokatbyrå | Box 3294, SE-103 65 Stockholm | Biblioteksgatan 9
+46 (0)8 527 91 600 | contact@cirio.se | www.cirio.se