

EPR-forum

Geir Lahnstein, geir@eprforum.no

Hans A. Kielland Aanesen, hans@eprforum.no

HØRINGSUTTALELSE TIL NOU 2011, nr 11 INNOVASJON I OMSORG (Hagen-utvalget)

Vi tillater oss i regi av EPR-forum, som er et fellesskap for sosialt entreprenørskap, å oversende høringsuttalelse til NOU 2011, nr. 11. EPR-forum har gjennom mange år hatt et særskilt engasjement når det gjelder hensiktsmessig bruk av teknologi i helsetjenesten. Viktig inspirasjon i dette arbeidet er også gitt oss gjennom internasjonale kontakter og internasjonale standardiseringsorganer.

Vi vil benytte anledningen til å takke for et særdeles interessant bidrag som NOU-rapporten representerer i den faglige debatt om teknologibruk i helsetjenesten. Som et innarbeidet nomenklatur, i lang tid før Hagen-utvalget avleverte sin rapport i juni 2011, har vi benyttet begrepet Omsorgsteknologi som standard. Vi nevner også at vi for flere år siden opprettet vår egen nettside hvor vi løpende presenterer helsepolitiske aktualiteter med særskilt fokus på teknologibruk i pleie og omsorg, se: www.omsorgsteknologi.no Langt på vei er begrepene «omsorgsteknologi» og «velferdsteknologi» overlappende. Omsorgsteknologi er mer spisset inn mot kommunehelsetjenestens særskilte anliggender. Velferdsteknologi er et mer omfavnende begrep med relevans også utenfor hva som finner sted i pleie- og omsorgstjenesten.

I hovedtrekk og i enkeltpunkter vil vi slutte oss til Utvalgets resonnementer, analyser og konklusjoner. Det er på høy tid at det nå endelig foreligger et substansielt grunnlagsdokument som på bred basis reflekterer og nyanserer spørsmålet om teknologibruk i pleie- og omsorgstjenesten. Rapporten har den ambisiøse tittelen «Innovasjon i omsorg» og det er fra Helse- og omsorgsdepartementet bedt om konstruktive innspill til de føringer som Hagen-utvalget legger opp til. Vi har følgelig valgt ikke å kommentere «enkeltheter» i Rapporten, men heller gått direkte på konkrete forslag til aktuelle pilotprosjekter som ledd i realisering av Hagen-utvalgets intensjoner.

Vår uttalelse er knyttet til tre hovedområder som utpeker seg som særskilt interessante for pilotering. Et fjerde hovedområde med fokus på spesifikke teknologi- og systemforutsetninger vil bli ettersendt. Vi anser det som umåtelig viktig å komme i gang med praktiske forsøk som gjør at man kan forholde seg til empiri knyttet til den konkrete jobbhverdagen i pleie- og omsorg i kommunene. Piloter gir nyttig empiri i småskala (induktiv tilnærming), som gir vesentlig bedre grunnlag for lansering av omsorgsteknologi i storskala enn flere utredninger (deduktiv tilnærming). Vår konklusjon er at vi med Hagen-utvalget har fått tilstrekkelig tankegodt «på bordet» for å kunne realisere. Nå bør fokuset være på å prøve ut i småskala (piloter), høste erfaringer, justere, tilpasse for så å implementere i storskala.

Oslo, 15. november 2011

Geir Lahnstein (sign.) Hans A. Kielland Aanesen (sign.)

Hovedområde 1.

Nye organisasjons- og ledelsesformer ved integrering av systemer menneske-maskiner.

Bruk av ny IKT innebærer også at ledelsesforholdene vil bli annerledes. Allerede på slutten av 1950-tallet ble det publisert en berømt artikkel av forfatterne Thomas L. Whisler og Harold J. Leavitt med den visjonære tittelen «Management in the 80ties», Harvard Business Review 1958, november – desember.

Forfatterne drøfter bruk av ny og spennende informasjonsteknologi og mulige organisatoriske konsekvenser i et tidsperspektiv frem til 1980-tallet. De spår at fremtidens organisasjonsstruktur blir mer lik en "leder-pool" på toppen med høyt kvalifiserte personer. Organisasjonsstrukturen kan utformes lik en kirkeklokke med en fotball på toppen, - et oligarkisk ekspertvelde hvor toppledelsen kan knyttet tett til seg nødvendig stabskompetanse, dvs. den ønskede spesialistkompetanse i økonomi, i data, juss osv. som de selv måtte ønske. Et viktig poeng for topplederne i denne artikkelen til Whisler og Leavitt var å knytte nært til seg den nødvendige elektroniske fagekspertise som de nye fremstormende datateknologene representerte. Moderne EDB-informasjonssystemer, som det på slutten av 1950-tallet ble kalt, og fremholdt i fremtidsvisjonen til Whisler og Leavitt, innebærer at toppledelsen kan holde seg fullt ut orientert om hva som skjer nedover i pyramiden og ta de nødvendige kvalifiserte beslutninger. Konkret innebærer den nye teknologien muligheten for større grad av desentralisering, men også sentralisering dersom dette er ønsket i henhold til gjeldende ledelsesfilosofi. Teknologien åpner følgelig for nye reelle valgmuligheter.

I kjente fagtidsskrifter som Datamation og andre snakket man i fullt alvor og med stort hybris (overmot) om å skape MIS (Management Information Systems), og flere løp også linen fullt ut: Total Integrated Management Information Systems (TIMIS) var det ambisiøse målet. I slike integrerte elektroniske opplegg så man for seg at alle vitale data var tilgjengelige hvor som helst i organisasjonen, dvs. såkalte on-line/real-time systemer hvor avstand i tid og geografi var opphevet (i dag kalles dette gjerne sanntidssystemer). Beslutningene i et slikt opplegg kan tas med større profesjonalitet på toppen ved hjelp av informasjonstilgang fra en sentralisert database. Dette resulterer bl.a. også at viktigheten av å ha en omfattende mellomledelse og administrative saksbehandlere reduseres. Datateknologien innebærer muligheten for et redusert antall mellomledere ved at toppledelsen (oligarkiet på toppen, dvs. formelle ledere med nødvendige EDB-eksperter og andre planleggere samt økonomikyndige) kan kommunisere teknologisk med det utførende plan i organisasjonen, måle avvik og varselsignaler i forkant før problemer oppstår, og gjøre nødvendige endringer fordi man har tilstrekkelig data tilgjengelig raskt nok til å få en komparativ konkurransefordel i beslutningsprosessen fremfor konkurrentene. I denne tenkningen så man også for seg en sterkt utflating av organisasjonen, rett og slett fordi det var behov for færre ledelsesnivåer og saksbehandlere.

Konsekvenser for helsetjenestens organisasjons- og ledelsesformer. Forslag til pilotprosjekt.

De visjonære innspill som på 1950-tallet fikk stor oppmerksomhet er ikke blitt systematisk videreført i moderne offentlig forvaltning i Norge. Man har ikke trengt i

dybden på hva det vil innebære å utvikle hensiktsmessige systemer basert på integrering av «menneske og maskin». Teknologi har i hovedsak blitt betraktet som et slags «nødvendig ad-on», - en prolongering av eksisterende saksbehandlingsrutiner hvor IKT utelukkende ble sett på som en teknisk effektivisering av staus quo.

Og den eneste virkelig brede redegjørelse for organisering og ledelse i helsetjenesten ble utformet på slutten av 1990-tallet av det såkalte Steine-utvalget, NOU 1997, nr. 2 «Pasienten først!». Etter den tid er systematisk tenkning om organisasjons- og ledelsesforhold vært høyst fragmentarisk. En klar begrensning i Steine-utvalget var at man ikke i nevneverdig grad problematiserte forholdet mellom organisering og ledelse i forhold til bruk av moderne informasjonsteknologi. Likeledes var helsetjenestens meget viktige ressurs, merkantilt ansatte, svært stemoderlig omtalt. Fokuset var nærmest ensidig rettet mot profesjonsforholdene mellom lege og sykepleier i somatiske sykehus. Med utgangspunktet i Hagen-utvalgets anbefalinger er det behov for en praktisk utredning omkring bruk av IKT knyttet til organisasjons- og ledelsesforhold hvor også IKT-kompetansen til merkantilt ansatte aktualiseres. Ikke minst gjelder dette også spesifikt i kommunehelsetjenesten nå når Samhandlingsreformen skal realiseres fra 1.januar 2012. I mange år har vi sett at den såkalte Larvik-modellen er blitt realisert i mange kommuner. Det innebærer en utflating av kommuneorganisasjonen med færre ledelsesnivåer (jfr. tonivå-modellen) hvor kommunens menneskelige ressurser primært knyttes opp mot tjenesteytingen ut mot brukerne. Dette reformarbeidet har bare delvis blitt en suksess. I viktige bakgrunnsdokumenter er ikke IKT løftet frem som en vesentlig dimensjon i nødvendig effektiviseringsarbeid og i tjenestekvaliteten til kommunens innbyggere. I flere kommuner har man gått for langt i bestrebelsene på utflating av organisasjonen, med frustrasjon som konsekvens og at prosessen delvis er blitt reversert. Med Hagen-utvalget ser vi muligheten for et nytt pådriv når det gjelder å kartlegge og analysere hva som er hensiktsmessig organisering og ledelse i kommuner hvor fokuset er konkret rettet mot hensiktsmessig bruk av moderne IKT. Dette resonnementet understøttes også av viktige føringer som ligger i Omsorgsmeldingen, St.meld. 25 (2005 – 2006) «Mestring, muligheter og mening» hvor det klart påpekes behovet for å tenke nytt og teknologisk innovativt både når det gjelder kommunens administrative arbeide, engasjement av frivillighet og de mer helseorienterte logistikkprosesser.

Forslag: Iverksetting av pilotprosjekt med fokus på organisasjons- og ledelsesforhold i norsk helsetjeneste med hensiktsmessig bruk av moderne omsorgsteknologi.

Hovedområde 2.

Teknologi er en naturlig del av en moderne helsetjeneste. Ny omsorgsteknologi gir nye utfordringer for helsepersonellet.

Teknologiutviklingen skrider frem i kraft av sin egen logikk. På alle områder i samfunnet ser vi omfattende bruk av teknologi. Årsaken til teknologiens dramatisk økende relevans er knyttet til følgende forhold: fysiske teknologikomponenter er miniaturisert og stabile/pålitelige i bruk, kostnader pga masseproduksjon er kun en brøkdel av hva man tidligere måtte betale, ingen fysiske grenser i lagringskapasitet, ingen grenser i dataoverføringsmuligheter og heller ingen grenser for stedlig bruk. Samtidig har visjonær innovasjon medført nærmest ubegrensede anvendelsesmuligheter. Også i helsetjenesten ser vi at teknologi er en integrert del av så vel diagnose- som behandlingsopplegg, men dette gjelder i hovedsak sykehus. Ser vi på helsetjenesten i et helhetsperspektiv er det spesialisthelsetjenesten og høyteknifiserte sykehusapplikasjoner som har vært i forgrunnen med mange store og viktige gjennombrudd til beste for pasienten. Dette må vi bare glede oss over. Imidlertid er det en sørgelig stor ubalanse mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Tar vi for oss hjemmesykepleien, de hjemmebaserte tjenestene og institusjonsdriften, så assosierer man teknologibruk først og fremst med trygghetsalarmer. Etter hvert ser vi riktignok at medisinsk teknisk utstyr med mobilt dialyseapparat og innretninger for kols-rammede også blir en del av hverdagen. Men likevel er situasjonen at primærhelsetjenesten er relativt uforberedt når det gjelder nyansert og hensiktsmessig teknologibruk. Det innovative tyngdepunkt har vært knyttet til spesialiserte sykehustjenester. Også i forbindelse med den nylig avholdte «Helse- og omsorgskonferansen» i Trondheim 7. november ser vi at det igjen er avdelingsoverleger og professorer tilknyttet sykehus som er de dominerende foredragsholdere og premissgivere i nytenkningen. Dette til tross for at det uttalte fokus hos Helseministeren er Samhandlingsreformen og utfordringer i eldreomsorgen.

Til tross for at det i utallige offentlige dokumenter (meldinger, proposisjoner og NOU'er) helt tilbake til St.meld. 9 1974 – 1975 om «Utbygging av sykehus i et regionalisert helsevesen» og tidligere statssekretær Per Nyhus er blitt sterkt fremholdt å øke beredskapen og bedre rammeforutsetningene for kommunehelsetjenesten. Imidlertid kan vi konstatere at på tross av velmente tanker og de beste intensjoner, så er det likevel spesialisthelsetjenesten som er «storebror» i den «nasjonale helsefamilien». Antall professorater, doktorgradsarbeider, forskningsprosjekter- og utviklingsprosjekter (samt midler!), nyvinninger innen både medisinsk og administrativ teknologi, er, som også Hagen-utvalget helt riktig påpeker, med få unntak knyttet til sykehustjenesten. Følgelig er også status og attraksjonen for helsepersonellet i stor grad å jobbe i høyintensive enheter i en spesialisert sykehusavdeling.

Med økende antall eldre over 85 år er det så absolutt grunn til å etterlyse større balanse mellom de to sektorene. Det trengs en tyngdepunktsforskyvning over på primærhelsetjenesten. Pleie- og omsorgstjenesten har naturlig nok mye å lære av sine kolleger i spesialisthelsetjenesten. Med de nye helsekommunale kompetansesentre burde det ligge godt til rette for hensiktsmessig kompetansedeling og at helse- og omsorgsarbeid i kommunenes regi får oppgradert status og attraksjon. Målet må være

at det innovative utviklingsarbeidet i kommunehelsetjenesten først og fremst skjer på kommunehelsetjenestens egne premisser.

Ny omsorgsteknologi og konsekvenser for helsepersonellet. Forslag til pilotprosjekt.

Hagen-utvalget gir et viktig grunnlag for fremtidig innovasjon i kommunehelsetjenesten basert på moderne omsorgsteknologi. Den sentrale teknologiske nyvinningen er knyttet til såkalte smarttelefoner og intelligente nettbrett (smartphones/tablets). Det innebærer at man i slike håndholdte enheter har tilgang på alle internettfasiliteter i interaktive nettverk. I den konkrete jobbsituasjon i hjemmetjenesten betyr det at hjemmesykepleier kan kommunisere og ha tilgang til all relevant elektronisk pasientinformasjon i sanntid (online/realtime) med en sentralt beliggende server. En viktig konsekvens når det gjelder praktiske rutiner og logistikk er at viktige tilsyns- og kvalitetssjekkpunkter kan gjøres direkte ved sykesengen hos den hjemmeboende pasient. Det ytre ledd, førstelinjetjenesten, populært kalt frontservicen, kan foreta betydelig flere helsefaglige disposisjoner som et resultat av vurdert og målt tilstandskontroll sammen med alle tilgjengelige historiske pasientopplysninger. En elektronisk journal kan fysisk ligge sentralt i det helsekommunale kompetansesenteret (jfr. tenkningen i samhandlingsreformen).

De helsefaglige ressursene kan ved hjelp av den nye omsorgsteknologien brukes desentralisert direkte fysisk rettet mot tjenestemottakerne i eget hjem hvor også viktig prøvetakning- og svar kan finne sted. Pasienten kan selv beskrive sine symptomer med umiddelbar respons hos sykepleier, som der og da kan sjekke symptomer og prøvesvar mot spesifikke toleransegrenser (avviksstyring). Nålputediagnostikk og selvdagnostikk vil få et nytt og viktig meningsinnhold. Beslutning om nødvendig medisinsk intervensjon, fysisk innleggelse i institusjon eller sykehus, gjøres umiddelbart på grunnlag av løpende oppdaterte pasientdata (ferskvare). Det ovennevnte scenariet er et betydelig nytt gjennombrudd i forhold til tradisjonelle smarthusløsninger hvor fokuset i stor grad har vært rettet mot robotisering, varslere og GPS-bruk. Den forbedrede tjenestekvaliteten vil i stor grad være knyttet til betydelig redusert ventetid for pasienten og redusert transporttid for tjenesteyteren.

På mange måter er de ovennevnte beskrivelser en innovativ videreføring av det tankegods som allerede er beskrevet i forsøk gjennomført av Senter for samhandling og telemedisin i Tromsø, jfr. det tankevekkende «isbjørn-caset» presentert av forsker S.R. Bolle på Helsekonferansen 7. november i Trondheim. Poenget er at eksempler presentert de senere år fra Telemedisinsenteret er knyttet til fagmiljøet på Universitetssykehuset i Tromsø. Oppleggene er dyre og representerer empiri i små-skala. Kompetanseoverføring av erfaringer og forskningsfunn til kommunehelsetjenesten er i høyeste grad relevant muliggjort med den nye omsorgsteknologien. Det vi da snakker om er anvendelser i stor-skala. Slike anvendelser vil være relevante for alle norske 429 kommuner. Her ligger det viktige innovative perspektivet. Her ser vi åpenbare muligheter for et gigantisk vinn-vinn-spill: høyere livskvalitet og trygghet for pasienten og de pårørende, betydelig større faglige utfordringer for helsepersonellet i de hjemmebaserte tjenestene, mindre belastning på høyspesialiserte medisinske tjenester i sykehus samt også et stort potensial for bedre

økonomisk bruk av knappe kommunale helsebudsjetter. Vi ser virkelig konturene av å realisere LEØN (laveste Effektive Økonomiske Nivå) som blant annet på midten av 1970 ble lansert som et ideal. Dette kan oppnås ved mer hensiktsmessig teknologibruk som i kombinasjon med individuelt tilrettelagte smarthusløsninger, gir mulighet for å «forsinkelse i innlegging i institusjon». Den hjemmeboende pasient vil ut fra det, som også er eget ønske, kunne bo lenger i eget hjem.

Realiseringsmulighetene når det gjelder det teknologiske potensialet vil imidlertid ikke bare være avhengig av moderne omsorgsteknologi alene, men også nødvendig kompetanse hos tjenesteyterne for å anvende teknologien på en målrettet og systematisk måte. Ikke bare gjelder det utforming av konkrete nye systemer og logistikk rutiner, men merkantilt personale må sammen med helsefagutdannet ekspertise utvikle en fortrolighet og mestring av konkrete opplegg. Fokuset må være praktiske jobbhverdag som i morgendagens helsetjeneste i spesiell grad vil være knyttet til relasjonen «menneske-maskin» samt betjening av så vel datanettverk som sosiale nettverk (kombinasjon av nettverk). Teknologien i seg selv er verken «snill eller slem», men må anvendes til beste for pasienten hvor tjenesteutøverne fullt ut kjenner teknologiens muligheter, fordeler, begrensninger og etiske faremomenter. Våre utdanningsinstitusjoner er følgelig i særlig grad utfordret når det gjelder å utvikle egnede undervisningsprogrammer som kan gi den nødvendige kunnskap og innsikt. Det er her snakk om både grunnopplæring i omsorgsteknologi, men også videreføring i fagfeltet knyttet til utvikling i forskjelligartet nisjeorientert spesialistkompetanse. Spesielt viktig blir det å utforme modelleksempler i undervisningssituasjonen som kan illustrere hvordan den enkelte pasient/bruker kan betjenes i kommunens hjemmebaserte tjenester. Dette i samspill med både familie og tilknyttet sosialt nettverk. Det er et viktig poeng at man her kan definere et isolert Intranett for slike dedikerte samhandlende resurser ut fra regelstyrte rolledefinisjoner. Det er viktig raskt å utmeisle slike modelleksempler slik at disse kan ligge til grunn for nødvendig prioritering av fremtidige/alternative logistikksystemer.

Det er en kjent sak at teknologibruk kan være kjærkomment når den virker. Når den ikke virker eller virker på uønsket måte, skapes nye trusselsbilder. Intensiv bruk av omsorgsteknologi trekker følgelig med seg en rekke etiske aspekter. Det må være en edrulig vurdering av fordeler og muligheter sett opp mot begrensninger og faremomenter. Fysiske og mentale overgrep i eldreomsorgen gjort av helsepersonellet er godt kjent av Helsetilsynet. Skrekkszenariet med omsorgsteknologi er hva vi kan kalle «elektroniske overgrep». Følgelig må en skrittvis implementering av moderne omsorgsteknologi være ledsaget av tilstrekkelige risiko- og sårbarhetsanalyser. På dette området har Hagen-utvalget gjort en rekke nyanserte vurderinger som det er lett å slutte seg til.

Forslag: Iverksetting av pilotprosjekt i kompetanseutvikling i omsorgsteknologi for merkantilt ansatte og helsefaglig personell på fagskolenivå og høyskolenivå.

Hovedområde 3.

Fra pasient og klient til bruker og borger. Borgeren er eier av sine egne data og er også eier av sine egne datasystem!

«Helsetjenesten er til for pasienten og ikke for de ansatte.» En slik uttalelse burde være helt unødvendig. Men det er dessverre likevel grunn til å minne om denne parolen. Bakgrunnen for dette er den lite flatterende medisinske historikk som klart dokumenterer grove overgrep på pasienter fra den organiserte helsetjenesten. Overgrep og svært begrensede pasientrettigheter oppleves også i vår egen tid som et reelt problem. Denne opplevelsen var også det grunnleggende bakteppe for Steineutvalget da de i 1977 førte i pennen NOU 1997, nr. 2 med den markerte tittelen «Pasienten først, og sist!» Hele kapittel 1 er en gjennomgående parafrase på behovet for eksplisitt å ivareta pasientens interesser. Vår ønsketenkning er at alle ansatte i helsetjenesten er inspirert av edle motiver om å yte beste behandling, pleie og omsorg etter profesjonsetiske standarder og i henhold til Hippokrates legeed.

Virkelighetens verden er mer nyansert. Spesielt psykiatrien kommer dårlig ut når det gjelder menneskeverd, demonisering, tingliggjøring og rangering. Til og med vår internasjonalt berømte medisin, Armaur Hansen, fikk en meget stygg overgrepssdom mot seg på 1880-tallet. I vår nære fortid var også norsk helsetjeneste en hovedaktør for skjendselsgjerningen knyttet til «sterilisering av tatere» ut fra et rasehygienisk standpunkt. Daværende direktør på Gaustad sykehus Ørnulf Ødegaard skrev i sin årsmelding på slutten av 1940-tallet at han betraktet lobotomering som et positivt gjennombrudd i behandling av psykisk syke. Etter at 2500 personer ble gjenstand for lobotomering ebbet ivesen ut i 1959. I ettertid har de som ennå overlevde fått tilkjent statlig billighetserstatning. Det meste av det som fant sted ble gjort i vitenskapens navn og med de beste intensjoner om «å hjelpe».

Alle kan i dag glede seg over at kriteriet for pasientskadeerstatning ble endret fra culpaansvar til objektivt ansvar og at forskjellige ombudsordninger er etablert. Pasientrettighetene ble i vesentlig grad styrket med de fire nye helselovene som så dagens lys på slutten av 1990-tallet. Likeledes er Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) en viktig milepæl for ivaretagelse av pasienters økonomiske interesser. Men de totale erstatningsbeløp er skremmende høye og nærmer seg årlige utbetalinger rundt en milliard kroner. Dette skyldes både systemfeil og personfeil fra helsetjenernes side årsaket i uønskede hendelser som ikke burde ha funnet sted. I mange tilfeller er helsetjenesten sterkt å bebreide for uaktsomhet eller grov uaktsomhet. Til ettertanke så har direktør Erling Breivik ved NPE ved flere anledninger uttalt at det sannsynligvis er store mørketall, dvs. at erstatningstilfellene og beløpene kunne vært mye høyere. De som ikke har fått tilkjent erstatning vil si at en hovedårsak er at klagefristen er uforskammet kort!

Dagsaktuell problemstilling er fremdeles: Hvem er lojaliteten knyttet til? Er det primært lojalitet til pasienten eller til medkolleger? Som ferksvare på dette spørsmålet henvises det til oppslag i avisen Vårt Land, tirsdag 15. november, hvor nære pårørende av Benjamin Lie tar opp spørsmålet på bred basis. Riktignok fikk Ringerike sykehus en klekkelig foretaksbot, men ingen enkeltpersoner eller grupper er blitt holdt ansvarlig av Helsetilsynet. Vi får et generelt inntrykk av når det passer, så argumenterer helsepersonellet for «pasienthensynet», men når forhold blir satt på «skarp formel» så

er det andre regimer som gjelder, - pasienthensynet blir forkle. Som støttende belegg for denne påstanden er det tilstrekkelig å trekke frem den meget faglige interessante dagskonferansen «Helse- og omsorgskonferansen. Forskning og innovasjon om kvalitet og pasientsikkerhet», 7. november 2011. Her er alle bidragsytere helseansatte, faglige og profesjonelle som mener noe om andre, - pasienten. Dog, det var ett unntak: Et 20 minutters innlegg med tyngdepunkt på personlige opplevelser fra en tidligere kreftsyk pasient. Siden konferansen i innbydelsen særskilt ga seg ut for å fokusere på «pasientsikkerhet», ville det åpenbart vært ønskelig at prinsipielle sider ved pasientrollen, livskvalitet, vernehensyn m.v. eksplisitt var blitt hørt med en røst fra aktuelle pasient- og interesseorganisasjoner, for eksempel «Seniorsaken» som organiserer over 20.000 medlemmer. I det videre arbeid med bl.a. å utforme kravspesifikasjon til morgendagens teknosystemer i pleie og omsorg er det av største betydning å mobilisere de positive ressurser som det frivillige organisasjonsarbeid representerer.

Ny omsorgsteknologi og konsekvenser for den enkelte borger. Forslag til pilotprosjekt.

Det gir begrenset mening å dvele ved et dystert «tilbakeskuende scenario». Det sentrale momentet er hvordan man kan lære av sine feil og sine suksesser og av andres feil og andres fiaskoer. Med moderne omsorgsteknologi går vi inn i et utrolig spennende tankeskifte hvor fokuset først og fremst er «læring i kunnskapsorganisasjoner». Et viktig gjennombrudd når det gjaldt menneskesyn skjedde i medisinen/psykologien med den berømte Boulderkonferansen i 1949 hvor resultatet ble at også kliniske psykologer kunne akkrediteres som terapeuter. Dermed ble legenes monopolstilling på behandling av mentalt syke mennesker brutt. Psykiaterne var enerådende når det gjaldt bruk av den «psykoanalytiske metode». Etter Boulder og med psykologen Carl Rogers vant også andre behandlingsformer frem. På begynnelsen av 1950-tallet fikk man en gradvis dreining fra pasient-sentrert behandling til det Rogers kalte klient-sentrert behandling. Idealet var nå at terapeut og klient skulle være likeverdige personer i dialog (flat struktur i prosess) og bruk av såkalte T-grupper (treningsgrupper) i profesjonell institusjonsbehandling. I relasjon til Hagen-utvalgets innstilling er dette meget interessant slik rapporten også tematiserer etikk og menneskesyn, se side 124ff. Med ny omsorgsteknologi rykker «diagnose- og behandlingsregimer» inn i den private sfære. For mange trengende personer vil tyngdepunktet i medisin, pleie og omsorg flyttes fra sykehus og institusjon til den enkeltes egen bolig (hjemlige omgivelser). Idealet er fremdeles «flat struktur i prosess», men nå aktualiseres prosessen som interagering mellom a) menneske og maskin (den indre loop), men også b) mellom nettverk (menneskelige og maskinelle nettverk) hjemme hos tjenestemottagerens. Desentralisering av helsetjenestene er også helt i tråd med tenkningen i LEON-prinsippet lansert i 1975 (jfr. St.meld. 9 1974 – 1975) og intensjonene i Samhandlingsreformen. Her ser vi for oss mange nye muligheter, vår egen kreativitet er begrensningen (og spørsmålet er hvor langt man ønsker å gå i integrasjonen mht. menneske-maskin). Hagen-utvalget uttrykker dette slik, se side 126: «... teknologien oppleves mindre fremmedgjørende når den (teknologien) plasseres inn i kjente omgivelser. For de fleste vil følelsen av fremmedgjøring være sterkere når alternativet er å flytte i institusjon.» Den positive effekt er følgelig at personen i beste fall slipper innleggelse i institusjon, men kan bo i sitt eget hjem inntil livsløpet tar en naturlig slutt.

I alle fall ligger det et potensial i omsorgsteknologien som medfører forsinket innleggelse i institusjon. Konsekvensen er at alle blir vinnere: personen selv, de pårørende, samt at jobbhverdagen blir faglig mer utfordrende for pleie- og omsorgspersonalet. Det totale trykket mot institusjonsinnleggelse blir mindre. Følgelig vil også kommunen se seg tjent med slike teknologiløsninger vel vitende om at en sykehjemsplass per år brutto kostnadsberegnes til rundt kr. 800.000.

Imidlertid er også begrepet «klient» satt under lupen. Begrepet knyttes gjerne negativt til resonnementer som «samfunnet bidrar til klientskaping» osv. I dette ligger at personen blir underlagt et behandlingsregime vedkommende ikke har kontroll over. Fare for menneskelig passivisering og tingliggjøring ligger her som en uønsket konsekvens. Med moderne omsorgsteknologi katalyseres det frem et nødvendig tankeskifte. Dette kan kort uttrykkes i en aforisme: fra pasient til klient, fra klient til bruker og fra bruker til borger. Ved bevisst å bruke begrepet borgerstyrt i stedet for brukerstyrt, fokuseres det på at den enkelte person selv er i stand til å gjøre hensiktsmessige emosjonelle og kognitive valg. Spesielt gjelder dette kronikere, slik det blant annet med styrke er hevdet av organisasjonen ULOBA gjennom mange år. Men relevansen er også aktuell for eldre mennesker. De fleste eldre over 80 år har sin kognitive evne intakt, men de har gjerne opp til både fem og seks diagnoser som de sliter med. De trenger assistanse for å mestre sine liv. Her kommer smarthus-teknologien inn for praktisk tilrettelegging i bosituasjonen. Men når urovekkende diagnoser debuterer og truer helse og velvære, så vil borgeren selv kunne betjene de fasiliteter som ligger i omsorgsteknologien ved hjelp av håndholdte smarttelefoner og nettbrett (gir i prinsippet generell internett-tilgang til ubegrensede ressurser). Og når de situasjonsbestemte betingelsene opptrer, vil borgeren være i stand til å rekvirere menneskelig eksperthjelp etter både objektive behov (kriterier, avviksstyring på helsedata) og subjektive/emosjonelle behov. Forsinkende saksbehandlingsopplegg i det helsekommunale kompetansesenter reduseres til et minimum. Kommunikasjonen skjer interaktivt lokalisert til der borgeren selv fysisk befinner seg. Borgeren blir den myndiggjorte person som langt på vei kan utføre selvdiagnostisering og selvbehandling i eget hjem. Man får følgelig en realisering av hva som er idealet i regjeringens begge Soria Moria-erklæringer: individuell tilrettelegging. Med moderne omsorgsteknologi vil de såkalte databaserte ekspertløsninger «ligge i bakgrunnen». Borgeren behøver ikke å forholde seg til komplisert datateknologi, brukergrensesnittet er pedagogisk enkelt og oversiktlig, på borgers egne premisser. Omsorgsteknologien er følgelig i et slikt opplegg hva vi kan kalle «tjenestedrevet» og ikke «dataingeniørdrevet». Analogien er klar: Man utvikler ferdighet til å kjøre bil, klarer å betjene ratt, spaker og knotter, men behøver ikke å vite hva som skjer under panseret. Får borgeren varsel på sitt personlig dasjboard, vil han/hun selv rekvirere, hvis behov, den nødvendige helse- og pleiefaglige kompetanse hos den kommunalt ansatte hjemmesykepleier.

I 1977 falt det en legendarisk dom i Høyesterett, førstevoterende dommer Elisabeth Schweigaard Selmer fastslo at «pasienten har krav på å få innsyn i sin egen pasientjournal». Resonnementet kan videreføres til dagens situasjon. Her er det ikke bare snakk om at borgeren har rett til innsyn i sine egne pasientdata. Det må slås fast at borgeren er eier av sine egne data. Men ikke bare data! Borgeren er også eier av sine egne intranett og mikrosystemer (templater, standardiserte og oppdaterte logistikk-prosesser) som tilgjengeliggjør nødvendige data og løpende oppdaterer disse. Datafaglig står vi her overfor et viktig epokeskifte. Vi snakker her om lærende

ekspertsystemer. Det betyr at borgerens personlige mikrosystem løpende blir oppdatert (modifisert) på bakgrunn av pasientens egen livs- og sykehistorikk. På den måten blir systemet «tunet», dvs. kontinuerlig forbedret og tilpasset virkelighetens verden som borgeren står overfor. Disse erfaringene som borgeren gjør muliggjør også generell oppdatering av hva som er beste praksis (evidens basert). Disse akkumulerte og generaliserte logistikkprosedyrer inngår i en sentral landsomfattende data- og prosedyrebank (erfaringsbank). I Norge har vi allerede landsomfattende registre av forskjellig slag: skaderegister, kreftregister o.a. Scenariet her er at alle kommuner på denne måten kan ha aksess til den kontinuerlig oppdaterte landsomfattende beste praksis. Poenget er at hver enkelt av landets 429 kommuner ikke behøver å starte fra scratch, men kan basere seg på gjenbruk av hva som er andre kommuners beste praksis. Gode pleie- og omsorgsløsninger kan gjøres tilgjengelig for innbyggerne i andre kommuner med nødvendig lokal og individuell tilpasning.

Forslag: Iverksetting av pilotprosjekt med fokus muligheter og begrensninger for den enkelte borger i bruk av moderne omsorgsteknologi.