

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

postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: Håkon Grimstad

Dato: 15.11.11

Hørings svar - Innovasjon i omsorg

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt ut til høring en utredning av utvikling og utbredelse av tiltak som kan forbedre og forenkle kommende omsorgsoppgaver. Utvalget som har forfattet høringsdokumentet foreslår å forsterke en politikk som kan bygge ned funksjonshemmende barrierer i samfunnet. De anbefaler at det blir utformet en ny og aktiv seniorpolitikk for alle samfunnsområder, en moderne pårørendepolitikk bygd på likestilling mellom menn og kvinner og partnerskap mellom brukere, nærstående og kommunal omsorgstjeneste.

Høringsdokumentet tar for seg fem hovedforslag:

- "Næromsorg" – Den andre samhandlingsreformen (kap 5)
- "Nye rom" – Framtidas boligløsninger og nærmiljø (kap 6)
- "Teknoplan 2015" – Teknologistøtte til omsorg (kap 7)
- Et nasjonalt program for kommunal innovasjon (kap 8)
- Omsorgsfeltet som næring (kap 9)

Det blir foreslått interessante og spennende løsninger på alle områdene, men vi har i vårt hørings svar konsentrert oss om kapittel 7; "Teknologistøtte i omsorg". Selv om Norsk Helsenett knapt er nevnt i høringsdokumentet og heller ikke er oppført blant høringsinstansene, vil våre tjenester komme til å spille en sentral rolle i tilrettelegging, drift og utbredelse av mange former for teknologistøtte til omsorgstjenester. Vi regner også med at mange prosjekter innen næringsutvikling på feltet og i et nasjonalt program for kommunal innovasjon vil ha behov for å benytte helsenettet og kanskje også ha Norsk Helsenett som partner.

I høringsdokumentet blir sterkere statlig styring på området etterlyst. Statsforetaket Norsk Helsenett SF ble stiftet i 2009 av Helse- og omsorgsdepartementet blant annet for å ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av IKT-infrastruktur for forvaltning og kommunikasjon av informasjon, samt telemedisinske løsninger i helse- og omsorgssektoren (Jf. stiftelsesdokument og foretaksprotokoll). I Stortingsmelding 47 - "Samhandlingsreformen" blir opprettelsen av Norsk Helsenett begrunnet med et behov for en sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT. Vi mener derfor at Helse- og omsorgsdepartementet ved opprettelsen av Norsk Helsenett og senere eHelsegruppen med et eget prioriteringsutvalg har lagt godt til rette for sterkere og bedre styring.

Vi vil berømme fremstillingen i kapittel 3 i høringsnotatet om *Omsorgsmyter og framtidstema*, som gir en god og innsiktsfull oversikt over utvikling og utfordringer og som blir dokumentert med referanser til forskning. Vi er enig i faren for en utvikling av en "medikalisering" av omsorgen, og vi

vil legge til at mange teknologistøtte produkter som er under utvikling og listet i kapittel 7 i høringsdokumentet kan forsterke en slik utvikling. En del av motstanden mot å ta i bruk teknologi er at folk ønsker å føle seg friske og ikke stadig bli minnet på sykdom, noe teknologi lett kan gjøre. Motstand ser man spesielt blant ungdom og eldre, paradoksalt nok oftest blant personer som gjerne vil greie seg selv.

I kapittel 3 omtales også globalisering av tjenester og arbeidsmarkedet innenfor omsorg. Omfanget er foreløpig lite da tjenesteyting til personer fra andre land eller regioner selv i de mest turistintensive regionene i EU-området bare utgjør om lag 1 % av helseutgiftene. Globaliseringen skjer foreløpig bare på eiersiden ved oppkjøp av lokale bedrifter. Dette skyldes for en stor del at helse- og omsorgsområdet i hvert land er preget av sin egen kultur. Tjenesteløsninger er derfor ofte vanskelig overførbare fra et land til et annet. Det gjelder aller mest innenfor de "myke områdene" som f.eks. pleie- og omsorg, psykiatri og habilitering. Det som på sikt kan bli en utfordring er at store internasjonale leverandører har sine strategier og økonomiske ambisjoner. Lokale forhold vil etter hvert kunne bli tillagt mindre rolle, især for små land som Norge. Viktige verdier som vi har bygd inn i våre velferdstjenester kan bli truet. Det viktigste kompensierende tiltaket er å bygge opp en egen innovasjons- og forskningsaktivitet på området, slik som høringsnotatet foreslår.

Uplanlagte behov for helse- og omsorgstjenester for reisende, ferierende og personer med midlertidige opphold i utlandet representerer allerede en internasjonal utfordring. Ved innleggelse i utlandet er det ingen tilgang til helseopplysninger annet enn det en pasient selv vil kunne gjøre rede for. Største enkeltårsak for hjemtransport er blødning pga. blodfortynnende behandling. EU har innsett denne problemstillingen og etablert et meget stort prosjekt kalt eSOS hvor kritisk informasjon og legemiddeloversikt (kjernejournal) skal bli tilgjengelig over landegrensene. Norge er blitt invitert til å bli med to ganger, men har takket nei så langt.

I boks 4.4 s. 49 er det skissert en modell hvor det påpekes at man må starte med å identifisere og kartlegge behov. Det må etter vår oppfatning være et absolutt krav. Det understøtter en bruker- og behovsdrivet innovasjon. Dette er en mangel i kapittel 7 om teknologistøtte til omsorg. I tillegg til å identifisere problemstillinger og brukergrupper, må man kjenne omfanget av behovet for å vite hvordan en tjeneste bør organiseres for å bli forsvarlig kvalitetsmessig og økonomisk. Omfanget er også sterkt avhengig av hvor lenge en teknisk løsning er egnet for de enkelte brukergruppene.

Mye av teknologien som er foreslått krever en organisasjon rundt seg og et mottaksapparat når det gjelder varsling. Selv for de store pasientgruppene med KOLS, hjertesvikt og slag, er forekomsten for helsepersonell på lokalt nivå ofte ikke stor nok til at de greier å vedlikeholde nødvendig kunnskap for spesialtilpasset teknologi til disse gruppene. Vi tror at effektivitetsgevinster i mange tilfeller vil begrense seg til generisk teknologi som er nyttig på tvers av brukergrupper. Interkommunalt eller regionalt samarbeid om opplæring av pasienter og installering av spesialtilpasset teknologi vil kunne medføre store reiseutgifter, men skal selvfølgelig veies opp mot de gevinstene som en brukergruppe kan oppnå. Teknologitjenester som kun trenger teknisk overvåkning, drift og brukerstøtte vil vi anbefale sentralisert på nasjonalt nivå, men utredningen gir oss ikke et tilstrekkelig grunnlag til å vurdere hvordan ulike teknologier best kan organiseres.

I begynnelsen av kapittel 7 refereres det til konsulentrapporter og at det på grunnlag av analysene som disse har gjennomført kan være milliarder å spare på innføring av teknologi i omsorgstjenestene. Vår erfaring er at slike konsulentrapporter nesten aldri har slått til, spesielt når de baserer seg på tidsanalyser. Arbeidsprosesser i omsorgstjenestene er ofte integrerte med hverandre og flere pågår parallelt. Det er mange ganger ikke den prosessen som studeres som er den som tydeligst definerer tidsbruken. I tillegg forplanter effekter seg ofte til områder utenfor det som blir studert. Det har også vært en vanlig feil å underestimere antallet oppgaver som ligger i ulike roller som personell har. Tidsmålinger lar seg derfor ikke enkelt addere eller trekke fra, slik det kan være ved samlebåndsløyper. Vi leser også av de eksemplene som er listet at flere

teknologier representerer nye tjenester som i dag ikke eksisterer og som vil medføre økte kostnader når de krever organisatorisk apparat rundt seg.

Kapittel 7 mangler referanser til forskning som kan dokumentere effektene av de eksemplene som blir listet opp i tabellene. Det gjelder ikke bare kost-nytte effekter; viktig er også kliniske effekter der dette er hovedformålet. Mange gevinster av ny teknologi som kan virke tilsynelatende opplagte, viser seg likevel ikke å være det i praksis pga. utilsiktede effekter. Teknologi i samband med forsyning og distribusjon av legemidler til pasienter har fjernet mange kjente feil, men også tilført nye, slik at antallet skader og dødsfall i liten grad har endret seg. Den risikoen er også til stede for flere av eksemplene på tiltak som er oppført i høringsnotatet.

Når det gjelder eksempler på sensorteknologi listet i kapittel 7 så har effekten av mange av dem ikke blitt undersøkt. Resultater av utprøving av klinisk sensorteknologi for hjemmebehandling spesielt, nevnt i tabell 7.5, stammer i all hovedsak fra prosjekter gjennomført av spesialisthelsetjenesten. Dette har ført til at noen mener at ny teknologi innenfor telemedisin gir muligheter til å være pasient i spesialisthelsetjenesten, uten å måtte oppsøke eller legges inn på sykehus (s. 95).

Resultatene fra prosjekter av høy kvalitet er imidlertid ikke entydig positive på dette feltet. Prosjektene er dessuten gjennomført på selekterte utvalg av pasienter og med et begrenset antall. Det som ikke fremkommer er at blant pasienter over 75 år har 90 % to eller flere kroniske lidelser, og måtte i så fall knyttes opp mot flere spesialistavdelinger. En slik strategi vil føre til en fragmentering av omsorgstjenestene og den vil ikke være bærekraftig da det vil kreve en betydelig utbygging av kapasiteten i spesialisthelsetjenesten.

Sensorteknologi har også en annen og lenge kjent innebygd utfordring som handler om sensitivitet og spesifisitet, men som ikke er omtalt i kapittel 7. Historisk sett har dette vært hyppigste årsak til at ny sensorteknologi er blitt forkastet. Uten at vi kjenner tallene kan en fallsensor være et eksempel. Sensitiviteten er god hvis alle fall som representerer et tilfelle der pasienten trenger hjelp eller har skadet seg blir varslet. Spesifisiteten er god hvis fall eller det som ligner fall (f.eks. å støte hardt borti noe, sette seg hardt), men der pasienten ikke trenger hjelp eller ikke skader seg ikke utløser varsling. Det siste er alltid det vanskeligste og vi må kjenne det naturlige forløpet av fall/fall lignende situasjoner. Hvis ett av 100 fall/fall lignende situasjoner representerer behov for hjelp, er sannsynligheten for falske alarmer vanligvis et sted mellom 90 og 98 %. For å beregne omfanget av falske alarmer må man kjenne hyppigheten av fall/fall lignende tilfeller i den brukergruppen som overvåkes samt gruppens størrelse. Det er vi ikke kjent med at noen har undersøkt i Norge annet enn for de tilfeller der skade har inntruffet.

Det er også en observasjon at de som utvikler og selger sensorteknologi vil beskytte seg selv ved å gjøre teknologien så sensitiv som mulig, dvs. ikke risikere å bli saksøkt for at teknologien har oversett noe. EKG-apparater er et eksempel. En høy andel friske får anmerkninger av den automatiske analysen av kardiogrammet. Problemet er at det er et inverst forhold mellom sensitivitet og spesifisitet, som da gir en meget høy andel falske varslinger. Faren er derfor stor for at innføring av mange typer sensorteknologi kan føre til mer arbeid for personell og mer bekymring blant brukerne. Vi vil derfor tilråde at man følger de anbefalingene som WHO allerede i 1968 anbefalte for teknologi for overvåkning av helsetilstand og risiko:

- Det må dreie seg om et alvorlig helseproblem.
- Tidlig oppdagelse må kunne gi bedre resultater/mindre lidelse.
- Det naturlige forløpet må være kjent, likeledes overvåkningsmetodens prediktive verdi (sensitivitet og spesifisitet).
- Metoden må være allment akseptert blant brukerne.
- Det må være en økonomisk balanse mellom kostnadene forbundet mellom overvåkingen og resultatene som kan oppnås.

Det er også en kjensgjerning at når sensorteknologi innføres og den virker, blir forekomsten av problemet lavere og andelen falsk positive alarmer vil derved øke. Derfor er det ikke tilstrekkelig at man evaluerer metoden bare ved innføringen, men at man må også evaluere metoden etter en tids kontinuerlig bruk.

Det er tradisjon for å stille strenge krav til dokumentasjon av først behov og så effekter ved innføring av ny teknologi i helsetjenesten. Det vi beskriver over tilsier at det ikke bør gjøres unntak for teknologistøtte til omsorg for å unngå at utviklet teknologi blir utviklet på feil premisser og for å forebygge negative effekter. Da dreier det seg ikke bare om å unngå direkte skadelige effekter, men vi har også sett forskning som viser at overvåkningsteknologi kan skape avhengighet og at brukere i noen tilfeller oppdager og bruker slik teknologi for å skaffe seg mer oppmerksomhet og omsorg.

Når det i kapittel 7 anbefales en tretrinns innføring av velferdsteknologi, "1. Start med trykksalarmen." så hopper man over det som etter vår mening er det viktigste trinnet, kartlegging av behov. Dessuten vris innføringen av slik teknologi fra å kunne være bruker- og behovsdrevet til å bli teknologidrevet (jf boks 4.4). Teknologifokuset videreføres i trinn 2 og 3 og det stilles for lite krav til dokumentasjon og evaluering. Vi mener at det etter hvert finnes betydelig empiri på at en slik strategi representerer en høy risiko for at evt. også nyttig teknologi lett vil kunne bli avvist på grunn av en for svak forankring og underbyggelse. På en annen side opplever vi at man i kapittel 8 tydeligere enn kapittel 7 innser behovet for behovsdrevet og forskningsdrevet innovasjon og vi håper det kan bli retningsgivende for innovasjon innen omsorgsfeltet.

I boks 7.4 side 109 blir det hevdet at det ikke mulig å knytte hjemmebrukere til NHN. Det er riktig at NHN er et lukket nett. Det krever at brukere tilfredsstillende bestemte krav som går utover vanlig internett tilkobling. Så langt er det ikke lagt frem for Norsk helsenett forespørsel om å knytte teknologi i private hjem til nettet.

Norsk helsenett går ut i fra at alt utstyr i hjemmet (evt. heftet på en bruker) som produserer informasjon med det formålet å yte helse- og omsorgstjenester handler om sensitiv informasjon. Utstyret må derfor være koblet til helsenettet hvis informasjonen skal overføres til et sted utenfor hjemmet. Det følger også en plikt til dokumentasjon i pasientjournalen. Plikten er uavhengig av om f.eks. et EKG apparat som avleser hjertets status er plassert på sykehuset, på legekantoret eller i pasientens hjem så lenge det er helse- og omsorgspersonell som er ansvarlig for oppsett, drift og mottak av informasjonen. Vi ser likevel at det kan være behov for å utrede noen detaljer i forhold til regelverket for enkelte situasjoner mht. databehandler og databehandleransvarlig på dette feltet. I forhold til pasientjournalen er utstyr som produserer helseinformasjon, og som skal dokumenteres, ofte omtalt som periferiutstyr eller medisinsk teknisk utstyr. Norsk helsenett vil stille krav om at utstyr som skal anvendes i hjemmet og som blir tilkoblet helsenettet har et standardisert grensesnitt og oppfyller gitte krav til sikkerhet. Vi anbefaler at arbeidet med en standardisert løsning for tilkobling av teknologi i hjemmet snarlig blir iverksatt for å unngå forsinkelser i implementering og forebygge evt. utilsiktet ulovlig bruk. Det bør også bli utarbeidet et eget faktaark i tilknytning til Normen som omhandler informasjonsteknologi i hjemmet.

Når det gjelder kapittel 9 i høringsdokumentet om "Omsorgsfeltet - en ny næring" savner vi en referanse til en tidligere rapport utarbeidet av Nærings- og handelsdepartementet: «Strategi for elektronisk innhold - Styrking av norsk innhold i elektroniske tjenester», avgitt i april 2002. Rapporten drøfter forholdet mellom norsk næringsutvikling og globalisering på IKT området. Globaliseringen blir sett i sammenheng med sammensmeltningen av teknologier, politiske og økonomiske systemer, lovverk og kulturer og satte blant annet opp som opp som mål:

- God tilgang på elektronisk kvalitetsinnhold produsert i Norge eller tilrettelagt for norske forhold.
- Legge til rette for en dynamisk og internasjonalt konkurransedyktig norsk innholdsnæring.
- Bevare kultur og språk i Norge gjennom tilgang til baser som representerer vår «nasjonale hukommelse».

En viktig konklusjon i utredningen var også at elektronisk innhold representerer hele verdikjeden fra basisdata til avledede tjenester basert på digital teknologi. Konseptets innhold begrenser seg ikke til data som benyttes i tjenester, men inkluderer også tjenestene i seg selv fordi data og tjenester etter hvert er vanskelig å holde atskilt.

Trondheim 15.11.11

Håkon Grimstad
Administrerende direktør

Anders Grimsmo
Helsefaglig rådgiver