

## NOU 2005:3 "FRA STYKKEVIS TIL HELT- EN SAMMENHENGENDE HELSETJENESTE"

Helse- og omsorgsdepartementet	
200500444	147
500	090605
KTA	EV
U.off.:	

### Innledning

Det vises til høringsbrev av 01.03.2005.

Nasjonalt senter for telemedisin (NST) ved Universitetssykehuset Nord-Norge vil benytte denne anledningen til å komme med en uttalelse vedrørende tiltak som kan bidra til å bedre samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi vil i vår uttalelse i hovedsak ivareta hensynet til IKT og telemedisin som virkemiddel for samhandling og bidra med vår kunnskap samt gi våre råd på dette område.

Vi har i uttalelsen valgt å ta utgangspunkt i de tre temaene departementet har uttalt at de ønsker kommentarer på. I tillegg har vi noen bemerkninger til enkelte punkter i utredningen.

## 2) Forslag knyttet til pasientperspektivet

### 2.1 Generelt

Vi tror det er helt riktig som utvalget påpeker at det viktigste for pasienten er at det ytes god helsehjelp. Ikke minst tror vi det er viktig at den hjelpen som gis "henger sammen", sett fra pasientens ståsted, og at pasienten har oversikt over og innflytelse på hva som skal skje og hvilken behandling som skal gis. Vi tror at bruk av elektroniske medier i kommunikasjonen mellom pasienter og helsevesen, innenfor helsevesenet og pasienter imellom er en forutsetning for å oppnå dette.

Vi er enige med utvalget i at forholdet mellom tjenesteyter og pasient i større grad enn tidligere er basert på samarbeid, medbestemmelse og medansvar. Dette fører til en endring av rollene, både som pasient og helsepersonell. Fremtidens pasient kan meget godt vise seg å bli mer bevisst, kunnskapsrik og krevende enn det vi har vært vant til. Økningen i befolkningens bruk av Internettbaserte helsesrelaterte tilbud er utvilsomt med på å påvirke en slik utvikling. Pasienter og pårørende skaffer seg helseinformasjon på Internett, deltar i samtalegrupper, benytter seg av selvhjelpsprogrammer, mottar helserådgivning og treffer likesinnete på nettet, for å nevne noe. Stadig flere fastleger opplever at pasienter har en klar formening om hva som feiler dem og hvilken behandling som er best egnet for dem når de kommer til konsultasjon. Mange pasienter ønsker å kommunisere med helsevesenet via e-post eller e-post lignende løsninger. Bruk av elektroniske medier i samhandling er i ferd med å tvinge seg fram, også innen helsevesenet.

### 2.2) Individuell plan

Nasjonalt senter for telemedisin slutter seg til utvalgets vurdering av individuell plan som et godt verktøy for å fremme samhandling i helsetjenesten. Vi tror imidlertid at dersom denne skal ha mulighet til å fungere etter hensikten, må den foreligge i elektronisk form og være tilgjengelig for de samarbeidende parter i den grad det er nødvendig for en god koordinering av det totale tilbudet. Vi tenker her både på brukeren/pasienten selv og de som bidrar til det helhetlige tilbudet på alle nivåer og med de krav det stiller til tilgangskontroll.

Nasjonalt senter for telemedisin har i flere sammenhenger vært involvert i prosjekter som har hatt som målsetting å legge til rette for et elektronisk, brukervennlig og fleksibelt system for individuell plan. I tett samarbeid med aktuelle brukerorganisasjoner har vi kommet fram til at en elektronisk løsning er én viktig forutsetning for at målsettingen med en slik plan kan oppnås og at den enkelt kan endres og justeres i takt med endring av brukerens behov over tid.



Vi støtter forslaget om at kommunen skal være ansvarlig i arbeidet med individuell plan, samt at spesialisthelsetjenesten skal ha plikt til å medvirke i arbeidet i de tilfeller de yter tjenester til pasienten. På denne bakgrunn vil det være naturlig å harmonisere regelverket for når pasienter har krav på individuell plan innenfor det somatiske og det psykiske helsevernet. Vi støtter også utvalgets forslag om at plikten til å delta i arbeidet med individuell planer utvides til å omfatte de grupper som omfattes av helsepersonelloven, samt andre offentlige tjenester som bidrar til den enkeltes totale tjenestetilbud. Dette kan bidra til at tilbudet blir mer helhetlig og bedre koordinert, og vil kunne gi den enkelte bruker/pasient bedre oversikt over hva som kan forventes og gi bedre muligheter for medvirkning og medansvar.

Sentrale myndigheter bør bidra til at en elektronisk, brukervennlig og fleksibel løsning som tilfredsstillende personvernlovgivningens krav til sikkerhet/tilgangskontroll blir tilgjengelig med det første.

### **2.3) Pasientopplæring og informasjon**

#### *Pasientopplæring*

Nasjonalt senter for telemedisin støtter utvalgets forslag om å innføre en lovbestemmelse i pasientrettighetsloven som sikrer at pasienter med langvarig eller kronisk sykdom eller funksjonshemming gis tilbud om pasientopplæring, dersom dette kan bidra til å øke eller opprettholde selvstendighet og funksjonsevne, men foreslår at også livskvalitet blir et kriterium. (Det er mange måter å mestre en situasjon på.)

Pasientombudene i Norge har i sine rapporter for 2004 tilkjennegitt den oppfatning at mye av den informasjon som gis til pasienter fra helsevesenet, er for dårlig. De har pekt på at god informasjon og kommunikasjon er grunnleggende for å sikre reell brukermedvirkning. De har blant annet etterlyst mer skriftlighet i informasjonen som gis. Nasjonalt senter for telemedisin vil i tillegg etterlyse bruk av både tekst, bilder og videoer i informasjon, opplæring og samhandling via ulike elektroniske medier. Vi har for eksempel gode erfaringer med utvikling og bruk av oppslagsverk til bruk via digitalt TV og automatisk oversendelse av helseinformasjon via mobiltelefon til mennesker med diabetes, samt opplæringsprogrammer rettet mot ulike pasientgrupper. Alle disse løsningene gir gode muligheter for gjenbruk/gjentagelse.

#### *Informasjon om egen helse*

I tillegg til pasientopplæring og generell informasjon om sykdom, er løpende informasjon om egen helsetilstand et viktig virkemiddel for at den enkelte skal kunne mestre egen sykdom og egenbehandling/egenomsorg. Pasientens kunnskap om egen helsetilstand er en forutsetning for den (egen-)behandling pasienten har behov og ansvar for i sin hverdag. Elektronisk tilgang til egne helseopplysninger vil være en viktig forutsetning for å kunne holde seg informert og derved være deltagende og medbestemmende. Terskelen er i dag for høy når det gjelder å skaffe seg informasjon. For mange er det uaktuelt å henvende seg til helsevesenet for spørsmål eller utskrift av journal. Disse opplysningene burde kunne la seg hente sikkert ut fra en hjemme-PC.

## **3) Forslag knyttet til "Samhandling mellom tjenesteutøvere" (refererer til kapittel 7)**

Nasjonalt senter for telemedisin ønsker å gi noen utdypende kommentarer og anbefale løsningsforslag knyttet til muligheter for utnyttelse av IKT (se også kapittel 7.4.6) i forbindelse med utvalgets uttalelser om samarbeid ved innleggelser og utskrivninger (kapittel 7.4.2 og 7.4.3).

Nasjonalt senter for telemedisin mener at når det gjelder legetjenestens behov for epikriseinformasjon mellom behandlingsnivåene har utvalget gitt en god beskrivelse av dagens situasjon og flaskehals. Likeledes har utvalget kommet med gode forslag til løsninger. Vi savner imidlertid en større konkretisering av andre fagprofesjoners behov for nødvendig informasjon mellom første og andrelinjetjenesten, spesielt i forhold til inn og utskrivninger av pasienter tilknyttet det kommunale hjelpeapparat. For eksempel utskrives i praksis mange kronisk syke pasienter til pleie- og

omsorgstjenesten og ikke til legetjenesten, i den forstand at den daglige oppfølgingen ivaretas av andre helseprofesjoner enn leger.

Behovet for informasjon mellom første og andrelinjetjenesten er betydelig for mange fagprofesjoner, og informasjons- og kommunikasjonsteknologi kan i denne sammenheng være et godt verktøy for å kvalitetssikre og effektivisere samhandlingen. I denne forbindelsen er vi glad for at utvalget støtter de tiltak S@mspill 2007 skisserer, og vi vil understreke at Nasjonalt senter for telemedisin har en støttefunksjon for gjennomføringen av kommuneprogrammet i S@mspill 2007.

Vi tror imidlertid at utvikling og implementering av meldingsstandarder for elektronisk kommunikasjon er avgjørende for å effektivisere og kvalitetssikre samhandlingen mellom behandlingsnivåene. NST støtter opprettelsen av prosjektet ELIN- kommune hvor oppgavene/ målene er å definere faginnholdet i de ulike meldingstyper som er nødvendig for å ivareta kommunikasjon mellom sykepleietjenesten i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I tillegg bør det utredes flere fagprofesjoner (som fysioterapeuter, ergoterapeuter og sosionomer) og tjenesteområder (som pleie- og omsorg og sosialtjenesten) sitt behov for meldingsutveksling mellom nivåene. Videre er det viktig at arbeidet følges opp med å utarbeide standarder for meldingstypen.

Arbeidet med å få på plass meldingsstandarder er nødvendig for å effektivisere og kvalitetssikre informasjonsutvekslingen når pasientansvaret overføres fra / til sykehus eller fra/ til kommunen. I denne sammenheng anbefaler Nasjonalt senter for telemedisin at Sosial og helsedirektoratet utarbeider en plan hvor både kartleggingen av hvilke meldinger som er nødvendig innefor de ulike fagprofesjoner, og hvor utvikling og implementering av disse inngår.

#### ***Pkt 7.8.4) Veiledning og kompetansebehov***

Nasjonalt senter for telemedisin støtter utvalgets synspunkter og anbefalinger omkring "veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten". Utvalget skriver at helsemyndigheter i liten grad har gitt helsetjenesten retningslinjer for hvordan veiledningsplikten er å forstå og tilrår departementet om å klargjøre innholdet i plikten, "... da utvalget mener dette er et viktig virkemiddel for bedre samhandling med og om pasienten, som bør utnyttes i langt større utstrekning enn det gjøres i dag (s.105).

Utvalget mener også at "Nytt medisinsk utstyr og nye diagnostiserings- og behandlingsmetoder muliggjør at helsehjelp kan ytes av personell i kommunehelsetjenesten", der det er avgjørende å få tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten (s. 104).

Vi vil foreslå at utvalget gir eksempler på mulighetene innen dette felt. Vi kan bredt dokumentere meget positiv erfaring med telemedisinske løsninger brukt som virkemiddel i veiledningssammenheng mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det brukes enten videokonferanse alene eller sammen med medisinsk teknisk utstyr som er tilrettelagt for digital overføring av bilder, lyd, kurver eller tekst mellom behandlingsnivåene. Disse pasientdata kan hentes frem og ses på samtidig som konsultasjonen/veiledningssituasjonen foregår. Telemedisinske tjenester innen hud, fotografering av øyebunn (fundusfotografering) og bruk av videokonferanse innen psykiatri, teledialyse, ØNH er noen av de tjenestene som er modne for anvendelse i Helsenorge<sup>1</sup>. I tillegg arbeides med å tilrettelegge flere tjenester. Som eksempler kan nevnes områdene prenatal omsorg og akuttmedisin.

## **1) Forslag knyttet til "Rammebetingelser for samhandling" (refererer til kapittel 8)**

### ***8.1) Organisatoriske rammebetingelser for samhandling***

Utvalgets utredning inneholder en god beskrivelse av utviklingstrekkene i helsevesenet (kapittel 5) og Nasjonalt senter for telemedisin støtter seg til utsagnet om at disse

---

<sup>1</sup> Nærmere omtalt i rapporten fra de regionale foretaks strategigrupper for samhandling og desentralisering

vil kunne utfordre etablerte ansvarsgrenser mellom organisatoriske enheter. Utvalget understreker videre at det må gjøres noe innenfor gjeldende struktur for å bedre samhandling, samtidig som det er viktig å prøve ut om nye organisatoriske løsninger kan understøtte god samhandling. Nederst på side 107 står det følgende:

*"Det er etter hvert utviklet en rekke samarbeidsarenaer. Det er i dag samarbeid om intermediære tilbud i sykehjem, sykestuer og desentraliserte spesialistpoliklinikker som blant annet et uttrykk for et voksende behov for ulike organisatoriske løsninger."*

Nasjonalt senter for telemedisin savner eksempler på allerede eksisterende løsninger og foreslår at utvalget synliggjør mulighetene som ligger i utnyttelsen av IKT (jfr. 7.4.5). Alta helsesenter og Hallingdal sjukestugu er eksempler på eksisterende organisatoriske løsninger der 1. og 2. linjetjeneste samarbeider ved hjelp av telemedisinske tjenester om pasienter med sammensatte diagnoser (Johnsen et al, 2003<sup>2</sup>). Det er pasienter som i dag havner i gråsonen mellom behandlingsnivåene (se også 7.4.6).

## Tilleggs kommentarer

### **Til pkt. 3.2.6 Bruk av informasjon- og kommunikasjonsteknologi (IKT)**

Under dette punktet har utvalget viet sin oppmerksomhet blant annet til telemedisin (s. 38) og dens anvendelsesområder. Dette anser Nasjonalt senter for telemedisin som både positivt og hensiktsmessig. Derfor vil vi gjerne be om en utvidelse av telemedisin definisjonen, slik at noen viktige anvendelsesområder ikke går tapt. Vi ber om at begrepet brukes i betydningen medisinsk diagnostikk og behandling **samt veiledning og undervisning** hvor digital informasjonsteknologi tas i bruk for å overføre pasientinformasjon, og viser til følgende definisjon av telemedisin:

*"Undersøkelse, overvåking, behandling og administrasjon av pasienter, og opplæring av pasienter og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienten eller relevant informasjon er geografisk plassert" (Advanced Informatics in Medicine 1991)*

### **Til pkt. 5.3 Faglig spesialisering og medisinsk-teknologisk utvikling**

Under avsnittet Medisinsk-teknologisk utvikling (s.52) beskriver utvalget hvordan ny medisinsk-teknologi har ført til både sentralisering og desentralisering av tjenester og at telemedisin har gjort det mulig å desentralisere diagnostikk og behandling. Nasjonalt senter for telemedisin ønsker å kommentere følgende slutning (siste setning under pkt 5.3):

*Samtidig er det også eksempler på at nye metoder (medikamenter, prosedyrer) tas i aktiv og omfattende bruk før det foreligger systematisk dokumentasjon av effekter, med betydelige konsekvenser for så vel kostnadsnivå som prioriteringer.*

Vi vil be utvalget om å ta hensyn til de regionale foretaks strategigruppe for samhandling og desentralisering sin rapport som inneholder et notat fra Nasjonalt senter for telemedisin. I denne foreligger det en nærmere utdyping av dokumenterte effekter med telemedisin og en skissering av gevinstmuligheter. Vi og vil be dere vurdere en presisering i forhold til ovenstående siterte setning.

### **Til pkt. 7.1.3 Økonomiske insentiver til samhandling**

---

<sup>2</sup> Litteraturreferanse: Johnsen E, Joakimsen K, Abrahamsen L, Lindberg P C, Linstad L, Arild E, T@DMS. *Distriktsmedisinsk senter med telemedisin - en utredning*, NST-rapport 2003 <http://www.telemed.no/getfile.php/62906.357/elin+i.pdf>

I innstillingens pkt. 7.1.3 Økonomiske insentiver til samhandling er det blant annet pekt på at finansieringsordningene påvirker legenes måte å arbeide på, og at takstsystemet må innrettes slik at det tilgodeser leger som gjør godt arbeid med pasienter med store og sammensatte problemer.

Det skulle fremgå av vår uttalelse for øvrig at vi anser bruk av telemedisinske virkemidler særlig aktuelt i forbindelse med pasienter som har behov for koordinerte, helhetlige og langvarige tilbud. Vi vil derfor peke på viktigheten av at finansieringsordningene stimulerer til at det legges til rette for effektiv, elektronisk samhandling mellom involverte parter. Vi har for eksempel lang erfaring for at manglende takster/finansieringsordninger for telemedisinske konsultasjoner er et problem, blant annet fordi henvisning til spesialist via telemedisin krever innsats fra annet helsepersonell enn spesialisten, som regel allmennlege. Eksisterende finansieringssystemer tar ikke høyde for at bruk av telemedisin i en del tilfeller krever nye typer samhandling mellom andre aktører enn tidligere.

Dersom samhandlingsavtaler/samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak skal danne grunnlag for fremtidig samarbeid, må finansiering av telemedisinske løsninger bli en naturlig del av disse. Likeledes tror vi det er nødvendig at økonomiske insentiver for bruk av telemedisin inngår som en sentral og nødvendig del av enhver utredning av fremtidige finansieringsordninger/-systemer.

***Til pkt. 7.4.6 Juridiske utfordringer knyttet til elektroniske løsninger, jf. 10.3.7 Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling:***

Vi har lest dette avsnittet med stor interesse, og har noen bemerkninger i den anledning. I andre avsnitt, nederst på side 93 står det blant annet følgende:

*"Med andre ord skal det opprettes ulike pasientjournaler for samme pasient hos henholdsvis fastlegen, den enkelte virksomhet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten."*

Vi har forstått bestemmelsen i journalforskriften § 5 slik at det skal opprettes én pasientjournal for samme pasient *innenfor den enkelte virksomhet* i spesialisthelsetjenesten også.

Når det på s. 94, 2. spalte, andre avsnitt fremgår at

*"Ofte vil en pasient ha behov for helsehjelp fra flere avdelinger internt på et sykehus. I lovens forstand vil disse være å anse som separate institusjoner, som dermed skal ha separate journaler."*

kan det, etter vår mening, være egnet til å skape forvirring. Det er etter vår oppfatning ikke samsvar mellom disse to utsagnene. Vi har heller ikke kunnet finne andre holdepunkter for sistnevnte tolkning.

Under pkt. 10.3.7 har utvalget foreslått at det gjøres en rask avklaring i forhold til hvordan informasjon i dag kan "deles mellom tjenesteytere". Det må imidlertid skilles mellom det å gi direkte tilgang inn i journalsystemene "på tvers" og det å utlevere opplysningene i henhold til de regler som gjelder. Etter vår mening er et godt alternativ til å gi "direkte tilgang på pasientopplysninger" på tvers av virksomheter, å etablere gode, elektroniske systemer og rutiner for utlevering av opplysninger fra én virksomhet til en annen. Det vises i denne forbindelse blant annet til noen av de rådende tanker og ideer bak det pågående fyrtårnsprosjektet "Elektronisk medisinkort i Trondheim".

Etablering av gode systemer for utlevering av opplysninger vil imidlertid også kreve en avklaring av virksomhetsbegrepet. Vi avventer for tiden en redegjørelse fra sentrale myndigheter, nor som har vist seg å ta betydelig tid.

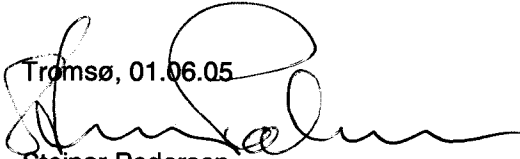
Vi er enige med utvalget i at det haster med en avklaring av virksomhetsbegrepet.

***Til pkt 7.8 "Dokumentasjon, veiledning og kunnskapsutvikling***

Nasjonalt senter for telemedisin støtter utvalgets beskrivelse av problemstillingen rundt nasjonale kliniske kvalitetsregistre hvor utvalget etterlyser oppmerksomhet på at dokumentasjon må tjene som grunnlag for læring og kontinuerlig forbedring av klinisk virksomhet. Vi ønsker likevel å påpeke noen mangler i bruk og spesifisering av uttrykk.

Vi opplever at utvalget ikke skiller tilstrekkelig mellom "kliniske kvalitetsregistre" og "*clinical practice guidelines*" (jfr. 7.8.3). Vi oppfordrer utvalget til å tydeliggjøre hva vi i Norge skal kalle "kliniske retningslinjer" (i dag benyttes også benevnelsen "faglige veiledere" eller "prosedyrepermer"). Samtidig ønsker vi å gjøre oppmerksom på hvilken viktig funksjon elektroniske medier har i en slik sammenheng der det meste av dokumentasjon av denne art tidligere har versert i papir-format med begrenset mulighet for utbredelse og anvendelse. Det åpner seg nye muligheter når f.eks. en allmennlege som skal skrive en elektronisk henvisning og er faglig usikker – kan konsultere en nettbasert faglig veileder for aktuelle medisinske spesialitet – og dermed overflødiggjøres kanskje behovet for å ta en telefon til sykehus-legen for å avklare sin usikkerhet.

Tromsø, 01.06.05



Steinar Pedersen  
Senterleder  
Nasjonalt senter for telemedisin