

5. Telemedisin

Visjon

Telemedisinske løsninger vil bli brukt rutinemessig over hele landet for samhandling og kunnskapsoverføring mellom sykehus/institusjon, primærhelsetjeneste og den enkelte pasient. Syke og pleietrengende vil slippe å måtte foreta reiser for å undersøkes eller behandles hos spesialist, hvis telemedisin kan gi samme kvalitet på tjenestene. Telemedisin vil bidra til bedre tilgang på helsetjenester og mer effektiv ressursbruk i helsesektoren basert på nasjonale og allmenne standarder og løsninger. Norge skal fortsatt ha en ledende posisjon innenfor utviklingen av telemedisin.

Konkretisering

Telemedisin kan defineres som "undersøkelse, overvåking og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personal ved hjelp av systemer som gir tilgang på ekspertise og pasientinformasjon, uavhengig av hvor pasient og kompetanse er geografisk lokalisert". I "Si @!" brukes begrepet telemedisin i betydningen medisinsk diagnostikk og behandling hvor digital informasjonsteknologi tas i bruk for å overføre pasientinformasjon.

Telemedisin er en form for elektronisk samhandling i helse- og sosialtjenesten, dermed henger disse to innsatsområdene (kapittel 4 og 5) tett sammen. Typiske telemedisinske tjenester kan ofte brukes i samme arbeidsstasjon som andre IT-systemer og elektronisk samhandling som f.eks. overføring av epikrise/henvisning/laboratoriesvar. Tjenestene kan i hovedsak også benytte samme infrastruktur (i betydning nett), imidlertid må det tas høyde for at telemedisinske tjenester kan stille større krav til linjekapasitet enn hva

volumtjenester som f.eks. elektronisk meldingsutveksling gjør. Ofte vil en elektronisk melding følge med i forbindelse med en telemedisinsk overføring, og bilder kan sendes som vedlegg til en melding. Dette betyr at telemedisinske tjenester, e-post, elektronisk meldingsutveksling (EDI) og elektronisk journal kan, og bør, tilbys innenfor den samme nettstrukturen.

Denne planen fokuserer særlig på telemedisin i betydningen desentraliserte spesialistkonsultasjoner, og på å få etablert tjenester med et visst volum. For disse er det påkrevet å etablere et rammeverk bestående av regler og takster som gir sektoren incitament i retning av å ta i bruk metoder og teknologi som er ønskelig sett fra et samfunnmessig ståsted.

Den typiske desentraliserte spesialistkonsultasjon kan beskrives slik: Spesialistinstitusjonen yter et tilbud gjennom en aktør på et lavere nivå i helsesektoren, typisk et helsesenter eller et lokalsykehus. I stedet for at pasienten reiser til sykehuset, foretas konsultasjonen lokalt og resultatene formidles til spesialist enten on-line (videokonferanse) eller off-line (e-post med vedlagt lyd, bilde etc.) ved bruk av telemedisin. Sykehuset har ansvar for pasienten på samme måte som ved en tradisjonell spesialistkonsultasjon.

Dette er et eksempel på bruk av telemedisin som i gitte tilfeller har vist seg kostnadseffektiv (Bergmo 1996; Bergmo 1997). Telemedisin gir nye muligheter for å flytte helsetjenester dit folk bor, og kan legge til rette for bedre samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten og legge forholdene til rette for direkte tilbud inn i pasientens hjem. Det gir økt

mulighet til å tilpasse tjenesten til riktig nivå i behandlings- og omsorgskjeden.

Telemedisin er et viktig virkemiddel for å oppnå Stortingets mål om samarbeid og samordning mellom sykehus og primærhelsetjenesten. Helsesektoren i Norge har arbeidet med telemedisinske metoder siden 1988, og det har etter hvert blitt etablert flere ordinære telemedisinske virksomheter.

Telemedisin har et stort potensiale for effektivisering og forbedring av helsetjenesten, særlig i samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. Telemedisin og andre former for elektronisk samhandling byr på nye muligheter for kompetansebygging, faglig nettverksarbeid og erfaringsutvikling. Det bedrer muligheten for desentralisert veiledning og undervisning, som kan bidra til økt trygghet for pasienten, samtidig som det spares tid og reiseutgifter for helsepersonell. Fra pasientens ståsted kan en tenke seg at allmennpraktikeren/fastlegen i større grad fungerer som pasientens veileder i møtet med spesialisten.

Gevinster av telemedisin kan komme i form av innsparinger i offentlige helseutgifter (bl.a. innsparinger i trygdens utgifter til dekning av pasienters reisekostnader), besparelser for pasienten og/eller besparelser for arbeidsgiverne.

Telemedisin kan bidra til at helsesektoren benytter helsepersonell som en knapp ressurs på en bedre måte. For sykehusene kan telemedisin gjennom samarbeid gi mulighet for å utnytte nøkkelpersonell optimalt, og gi mer fleksible arbeidsmuligheter for fagfolk. For kommunehelsetjenesten kan telemedisin bidra til å bryte

Telemedisin skal få en bred utbredelse der metoden gir kostnadseffektiv tjenesteyting med god kvalitet

en faglig isolasjon for helsepersonell i utkantene og gjøre det mer interessant å arbeide utenfor sykehus, styrke sårbare fagmiljøer, og gi et bedre tilbud til pasientene.

Imidlertid mangler telemedisin klare regler og klare takster å forholde seg til. Utbredelsen er derfor foreløpig begrenset, selv om det pågår telemedisinske pilotprosjekter i alle helseregionene.

Det er viktig å utvikle generelle regler og takster – et rammeverk – som regulerer slik type aktivitet på et generelt nivå. Et generelt rammeverk, bestående av regler og takster, bør være robust og generelt nok til å fange opp teknologisk utvikling en gitt tid framover og være gyldig for flere anvendelsesområder. Videre bør rammeverket oppmuntre til hva departementet definerer som en ønsket teknologisk utvikling.

Telemedisinske takster bør oppmuntre til telemedisinske metoder der dette er ønskelig. Takstene må ikke være så høye at de innebærer etablering av telemedisinske løsninger der dette er åpenbart mer kostnadskrevende enn andre løsninger. Samtidig bør økonomi vurderes i et bredt perspektiv, slik at ikke bare sykehusets økonomi blir gjenstand for vurdering. Takstene bør reflektere arbeidsinnsatsen hos de involverte aktørene i en telemedisinsk konsultasjon.

Dette bør følges opp av konkrete avtaler mellom de enkelte institusjoner om hvilke typer oppgaver som skal gjøres ved bruk av telemedisin, og hva slags ansvarsforhold juridisk, økonomisk og organisatorisk som legges til grunn for virksomheten. Alle helseregioner har i dag telemedisinsk forsøksvirksomhet, men også innen dette

området er etablering av varige driftsløsninger med god utbredelse en hovedutfordring. Faktorer som hemmer utviklingen er av både teknologisk og mer forvaltningsmessig karakter. Telemedisinske anvendelser vil i mange tilfelle stille krav til overføringskapasitet som gjeldende infrastruktur ikke kan ivareta. I tillegg er ansvarsforhold og finansieringsspørsmål knyttet til telemedisinske konsultasjoner i liten grad avklart.

Tiltakene for å stimulere til bred anvendelse av telemedisin der det er hensiktsmessig søker å møte begge disse utfordringene. En gruppe tiltak er rettet mot utbyggingen av bredbånd mellom sykehus, og mellom sykehus og primærhelsetjenesten, for at kapasitetskrevende telemedisinske tjenester skal kunne benyttes i større skala. En annen gruppe tiltak vil avklare ansvarsforhold, regler, retningslinjer, takster m.v. i tilknytning til telemedisinske konsultasjoner.

Mål for planperioden

- ⊙ I løpet av 2001 skal det settes i verk demonstrasjonsprosjekter for bruk av telemedisin i rutinetjenester i alle regioner, med mulighet for tjenesteutveksling mellom regionene.
- ⊙ Innen utgangen av 2002 skal det finnes et tilbud av telemedisinske takster som bidrar til at telemedisin skal tas i bruk der det er samfunnsøkonomisk lønnsomt.
- ⊙ Telemedisin skal innen utgangen av 2003 være i utbredt bruk som tjeneste til pasientene. Telemedisin skal bidra kosteffektivt til bedre fordeling av, tilgjengelighet til, og kvalitet på helse-tjenester.

Statlige tiltak – avklaring av ansvarsforhold og finansiering

1. Tilrettelegge for bruk av telemedisin ved å innføre økonomiske incitamenter i form av takster og innkjøpsordninger for telemedisinsk utstyr. Dette søkes realisert gjennom interne pengeoverføringer mellom involverte offentlige parter.
2. Lage et nytt rundskriv for ansvarsforhold ved telemedisinske konsultasjoner, som erstatter gjeldende rundskriv, utgis i januar 2001 for å tilrettelegge for bruk av telemedisin.
3. Etablere generelle regler og retningslinjer for takster og telemedisinske spesialistkonsultasjoner, innen 1.10.2001. Finansieringsordninger for telemedisin må ta i betraktning at det kreves to parter for å yte tjenesten. Begge parter finansieringsbehov må vurderes.
5. Fremskaffe kunnskap om bruk av telemedisin i psykiatrien, både når det gjelder behandlingsnettverk mellom fagpersonell og behandlingsrettet virksomhet og vurdere behov og hvilke brukergrupper som kan ha nytte av ulike typer tjenester innen utgangen av 2002. Dette vil bli basert på:
 - ⊗ dokumentasjon og systematisering av kunnskap fra gjennomførte/-igangværende prosjekter
 - ⊗ utvikling av ny kunnskap gjennom modellutvikling og utprøving, bl.a. ved Nasjonalt senter for telemedisin
6. Evaluere erfaringer med telemedisin i pleie- og omsorgstjenesten som grunnlag for en strategi for videre arbeid, samt vurdere videre utprøving i løpet av 2002.

Statlige tiltak – utprøving og utbygging av telemedisinske tjenester

4. Sett i verk telemedisinske demonstrasjonsprosjekter mellom sykehus eller andre relevante institusjoner og første- og andrelinjetjenesten i alle helseregionene, basert på bredbånd i 2001. Prosjektene skal dekke rutinetjenester mellom sykehus og primærhelsetjenesten, og vise hvordan telemedisin kan bidra til bedre ressursutnyttelse og bedre tjenester for pasienten. Prosjektene skal bl.a. ivareta organisasjonsutviklingsperspektiv knyttet til telemedisin. I tillegg skal det tilstrebes at prosjekter startes opp innen ulike faglige disipliner.