

1. Økt elektronisk samhandling – styrket samarbeid og kontakt

1.1 Dagens utfordringer: økt behov for samarbeid, endringer i arbeidsdeling

Den teknologiske og faglige utviklingen i helse- og sosialsektoren samt nye rettigheter og krav fra sektorens brukere skaper en rekke nye utfordringer. To sentrale utfordringer som henger tett sammen er følgende:

- ⊙ økt behov for samarbeid
- ⊙ endringer i arbeidsdeling og roller

*En mer kompleks
og spesialisert
sektor stiller nye
krav til samarbeid
og helhetstenkning*

Økt behov for samarbeid

Helse- og sosialsektoren står for om lag en tredjedel av landets totale verdiskapning (BNP), og er en av landets betydeligste næringer. Sektoren har hatt en dramatisk utvikling de siste to tiår, både når det gjelder omfang og kompleksitet. Brukerne av sektorens tjenester opptrer bl.a. i roller som borgere, pasienter, pleietrengende, og klienter. I det følgende brukes "**sektoren**" som en helhet og "**brukere**" generelt når det gjøres betraktninger som gjelder både helse- og sosialtjenestene.

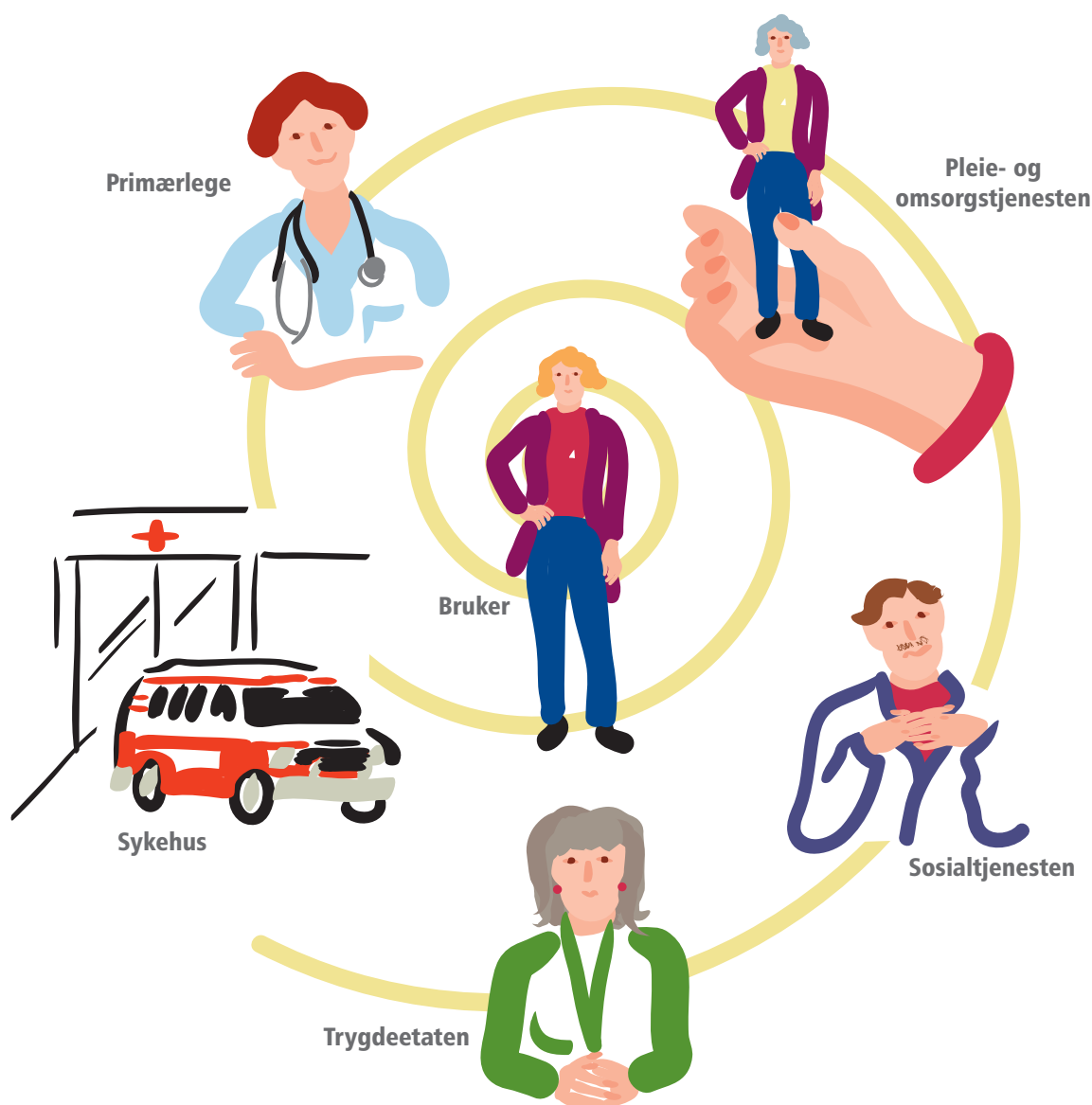
Faglig og teknologisk utvikling har bidratt til at oppgaver i helse- og sosialsektoren endres, og grensene for hva medisinen kan gjøre forskyves. Økt kompleksitet har medført et større behov for spesialisering og arbeidsdeling, noe som igjen gjør samhandling mellom ulike virksomheter viktigere enn tidligere. Sektoren er avhengig av et utstrakt samarbeid på tvers av fagområder og forvaltningsnivåer. Samarbeid kreves når en pasient, pleietrengende, eller klient må forholde seg til flere ulike institusjoner og tjenesteytere i en behandlingssituasjon.

Samarbeid kan også være nødvendig for å sikre den nødvendige kompetansen hos en tjenesteyter i en behandlings- eller veiledningssituasjon. Noen eksempler er følgende:

- ⊙ Rehabilitering og habilitering av personer med funksjonshemming og kronisk sykdom krever tverrfaglig samarbeid og innebærer store utfordringer til samhandling, både mellom ulike faggrupper i helse- og sosialtjenesten, og mellom disse tjenestene og andre sektorer, blant annet opplæring, trygd og i visse tilfeller arbeidsmarkeds-etaten.
- ⊙ Som den mest desentraliserte helse-tjenesten, har tannhelsetjenesten utstrakt behov for samordning av pasientinformasjon.
- ⊙ Sosialtjenesten har stort behov for samhandling med helsetjenesten i kommunene og har etter Lov om sosiale tjenester ansvar for koordinering av tjenester mellom ulike instanser ved behov.
- ⊙ Det er ofte behov for et utstrakt samarbeid også innen de enkelte institusjoner i helse- og sosialsektoren. Eksempelvis er avdelingene innen de enkelte sykehusene avhengige av et utstrakt samarbeide seg imellom.

Noen viktige sentrale aktører i sektoren, som alle samarbeider med hverandre, er synliggjort i **Figur 2**, til høyre.

Det finnes i dag en rekke eksempler på at samarbeidet i sektoren ikke fungerer optimalt. Noen godt kjente svakheter knyttet til dette, som har sammenheng med



Figur 2: Enkelte samarbeidssirkler i helse- og sosialsektoren. Alle aktører i denne figuren har kontaktflate med alle de andre aktørene.

informasjonsflyten mellom institusjoner og tjenesteytere, er følgende:

- ◎ **Dobbeltarbeid.** Henvisninger sendes fra primærlege til sykehus på papir, og må skrives manuelt inn i sykehusets datasystemer. Tilsvarende sendes papirbaserte epikriser og sykepleiejournaler fra sykehusene til primærleger og pleie- og omsorgstjenesten. Dette innebærer dobbeltarbeid, forsinkelser i pasientbehandlingen, og feil i forbindelse med innskrivingen. Undersøkelser som er gjennomført av primærhelsetjenesten eller andre sykehus gjentas til dels unødig ved sykehusene, fordi resultatene ikke følger pasienten.

- ◎ **Ansvarspulverisering.** Manglende samarbeid kombinert med gråsoner i ansvarsfordelingen mellom institusjoner i sektoren kan føre til at pasienter, pleietrengende og klienter henvises i flere ledd før den ønskede bistand gis.

- ◎ **Svakheter i pasientbehandlingen.** Unødige reiser, forsinkelser, mangelfull informasjon, og reinnleggelser. På grunn av at spesialister ofte er lokalisert sentralt i regionene, må mange pasienter reise langt for spesialistundersøkelser, også i tilfeller hvor det ikke er behov for inngrep eller annen behandling ved sykehus. Behandling på sykehus forsinkes av venting på undersøkelsesresultater (for

eksempel røntgenbilder) fra andre institusjoner. Manglende informasjon kan også vanskeliggjøre prioriteringer, og hindre planleggingen av det videre arbeidet med pasienten. Sen utsending av epikriser fra sykehusene fører til mangelfull oppfølging og unødige reinnleggelser fordi primærhelsetjenesten ikke har den informasjonen de trenger.

- ◎ **Kompetanseproblemer og faglig isolasjon** ved små virksomheter. Mange små virksomheter (primærleger, små sykehus, pleieinstitusjoner, sosialtjenesten etc.) som ikke er i nær kontakt med et større fagmiljø, finner det krevende å holde kompetansen ved like. Faglig og teknologisk utvikling og



endringer i arbeidsdeling mellom førstelinjen og andrelinjen stiller økte krav til kompetanse i førstelinjen, og disse befinner seg ofte i små virksomheter.

Endringer i arbeidsdeling og roller – mellom førstelinjen og andrelinjen

I tillegg til at behovet for samarbeid øker, har ny kunnskap og ny teknologi ført til endringer i arbeids- og ansvarsfordeling i sektoren, blant annet mellom fylkeskommunene og kommunene.

Nye behandlingsmetoder og –teknologi, og kortere liggetid på sykehus har ført til at kommunene har fått ansvar for tilbud til nye grupper med omfattende pleie- og omsorgsbehov som tidligere ble behandlet i sykehus eller andre institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder blant annet sterkt funksjonshemmede barn og yngre mennesker, kreftpasienter og andre som får lindrende behandling ved livets slutt.

Både innen primærhelsetjenesten og mellom primærhelsetjenesten og andre områder som sosialtjenesten, er det behov for tett samarbeid i oppfølging av den enkelte bruker. Innen primærhelsetjenesten er det blant annet behov for samhandling mellom allmennleger, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fysioterapeuter, hjemmesykepleie og sykehjem.

Endringer i arbeidsdeling og roller – mellom førstelinjen og brukerne

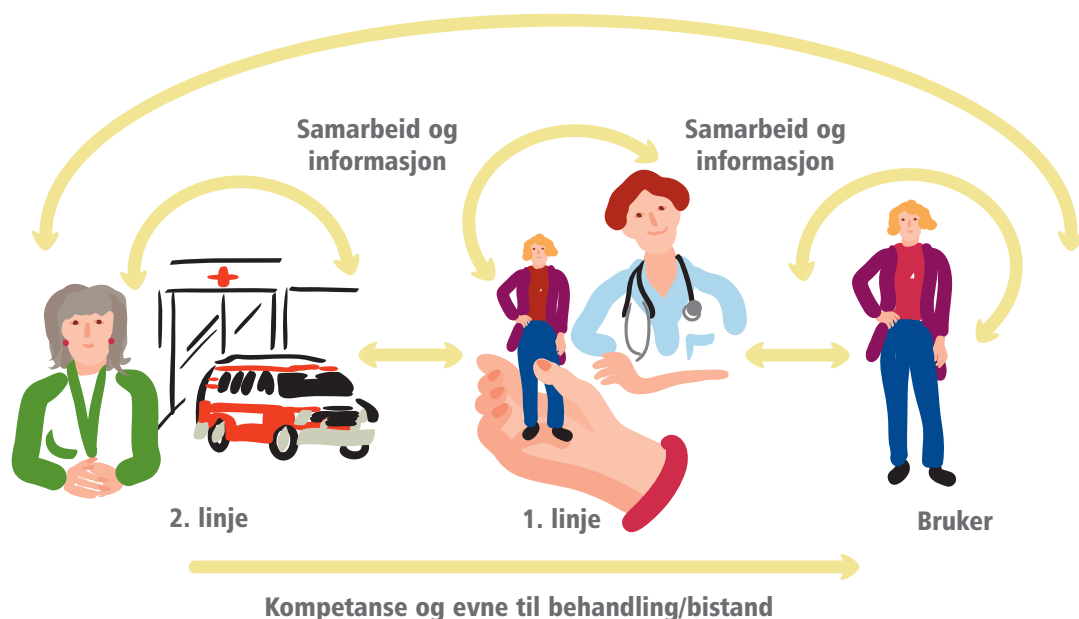
Forholdet mellom helse- og sosialtjenestene og brukerne av disse tjenestene er i endring. Både endringer i medisinsk teknologi, større innslag av konkurranse

samt andre reformer i sektoren, bidrar til dette. Disse utviklingstrekkene er foreløpig mest tydelige i helsesektoren, som omtales i det følgende.

Ny teknologi gjør pleie, behandling og konsultasjoner i pasientens hjem mer aktuelt enn tidligere, og gir nye grupper av pasienter muligheter til å bli selvhjulpne. Telemedisinske tjenester gjør det mulig å utnytte medisinske ressurser på en ny og bedre måte. Behandling som tidligere bare fant sted i sykehus, kan i økende grad utføres i pasientens hjem. Pasienter i hjemmesykepleien vil kunne få intravenøs væsketilførsel, sondeernæring, avansert smertebehandling og cytostatikabehandling i hjemmet, med mulighet for medisinsk overvåking eller veiledning fra spesialist via datanett. I stedet for å flytte pasienten, flyttes tjenesten.

I fremtiden vil vi antakelig se at det vokser frem tjenester i nettverk, hvor tilbydere av helse- og sosialtjenester kan legge ut informasjon om sine tilbud, og de som etterspør slike tjenester (f.eks. henvisende leger) kan søke etter tjenester og ledig kapasitet, og eventuelt bestille tid. Telemedisin gir nye muligheter for å tilby tjenester som f.eks. spesialistvurdering av billedbaserte undersøkelser i et marked. Dette vil bidra til økt konkurranse både mellom sykehus, på tvers av regiongrenser, og mellom offentlig og privat helsetjeneste. Økt konkurranse i sektoren og reformer som fritt sykehusvalg gir pasienter flere valgmuligheter. Disse valgmulighetene forutsetter et godt informasjonsgrunnlag hos pasientene, og løsninger for elektronisk kommunikasjon som ivaretar de nødvendige sikkerhetskrav.

Figur 3: Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren skal føre til at brukeren av helse- og sosialtjenester behandles nærmest mulig eget hjem, og stimulere til informasjon og samarbeid innen og mellom alle ledd.



I tillegg har tilgangen til helseinformasjon i befolkningen generelt økt kraftig de siste årene. Ulike kommersielle og faglige informasjonskilder på Internett har spilt en viktig rolle i denne sammenhengen, sammen med økt innslag av helsestoff i massemediene. Dette har påvirket forholdet mellom helsepersonell og pasienter. Det blir for eksempel ikke bare legen som sitter med informasjon om en bestemt lidelse, pasienten vil selv kunne ha hentet opplysninger på Internett som ikke legen kjenner til. En ny utfordring er knyttet til variasjoner i kvalitet og etterrettelighet på den informasjonen pasienter innhenter på denne måten.

Utbredelsen av Internett har gitt helse- og sosialsektoren en ny informasjonskanal ut mot befolkningen. Samtidig vil stadig flere **forvente** at helse- og sosialinstitusjoner også tar i bruk denne kanalen i sin informasjonsvirksomhet, og flere nye reformer i sektoren vil kreve bruk av dette mediet.

Mange av de nevnte utviklingstrekkene har endret rollene til både pasienter og helsepersonell. De mest ressurssterke pasientene går over fra å være passive mottakere til å være aktive deltakere i behandlingssituasjonen. De er bedre informert, mer selvhjulpne, er i ferd med å få flere valgmuligheter, og stiller i større grad krav til egen behandling. Helsepersonell er i mindre grad eneforvaltere av kunnskap om behandlingssituasjonen, og dialogen mellom pasient og helsepersonell blir mer sentral.

1.2 Målet: styrket samarbeid, bedre behandling

Eksempelene i 1.1 illustrerer hvordan manglende samarbeid i helse- og sosialsektoren kan hindre en effektiv utnyttelse av sektorens ressurser, og svekke kvaliteten på tjenesteytingen. Samtidig er det vist at arbeidsdelingen mellom førstelinjen og andrelinjen i behandlingen har endret seg, og at det stilles nye krav til samhandlingen med brukerne av tjenestene.

Tiltakene i denne planen har derfor primært følgende siktemål:

Å stimulere til elektronisk samhandling som styrker og effektiviserer samarbeidet internt i sektoren, bedrer kontakten med brukerne, og styrker kvaliteten på tjenestene

Målsettingen er at elektronisk samhandling skal bidra til en sektor med følgende karakteristika:

- ⊙ Pasienter og pleietrengende behandles nærmest mulig eller i egen bolig. Der det er hensiktsmessig, skal kompetansen bringes til pasienten, ikke omvendt.
- ⊙ Arbeids- og informasjonsdelingen mellom helse- og sosialinstitusjonene er hensiktsmessig.
- ⊙ Et likeverdig og "sømløst" tilbud av helse- og sosialtjenester til alle.

- ⊙ Samhandling mellom tjenesteyterne foregår uten merkbare forsinkelser for brukerne.
- ⊙ Ressursene brukes effektivt, gjennom bedre utnyttelse av fagpersonell som en følge av samarbeid om IT-drift, fagsystemer, helsenett m.m.
- ⊙ God spredning av kompetanse i sektoren, spesielt med henblikk på opprettholdelse av kompetansen i fagmiljøer i distriktene gjennom fagnettverk, fjernundervisning, og samarbeid i behandlingssituasjonen.
- ⊙ Brukerne har tilgang til ønsket informasjon om behandlingsskapasitet og -kvalitet, ventetider, og annen relevant informasjon både gjennom oppdatert og "døgnåpen" informasjon på Internett, og gjennom tradisjonelle medier som brosjyrer, informasjonstelefon, etc.

- ⊙ Elektronisk utveksling av sensitiv informasjon foregår i nettverk hvor datakvalitet, informasjonssikkerhet og personvern ivaretas.

Hvor går helse- og sosialsektoren med ny teknologi, nye rammebetingelser, og nye krav fra pasienter og brukere? Rammen nedenfor er utarbeidet ved Nasjonalt Senter for Telemedisin, og skisserer ett mulig framtidsbilde for helsesektoren, vurdert ut fra enkelte av dagens trender.

Et framtidsbilde *(utarbeidet ved Nasjonalt Senter for Telemedisin)*

Konvergens av tele og datateknologi samt utviklingen av mobile løsninger kan bety at en stor del av framtidens helsetjenester og organiseringen av disse vil bli basert på elektronisk samhandling.

For pasientene vil dette bety at de i større grad kommer i sentrum og får sterkere rettigheter og flere valg for sted og form på behandling fra helsevesenet. Fremtidens pasient vil ikke være avhengig av fysisk oppmøte hos "sin" egen lege, men vil kunne bruke nasjonalt tilgjengelige helseressurser ved å "besøke" disse på nettet. Pasientens personalia, opplysninger om tidligere sykdommer samt aktuelle symptomer vil, på en sikker måte, kunne kommuniseres dit det er ledig kapasitet, god service og raskest besvarelse.

Primærkontakten mot helsevesenet kan i stor grad skje fra pasientens hjem, for de som ønsker dette. Den enkelte pasient vil ha kontroll på hvilken informasjon som til enhver tid skal være tilgjengelig. Direkte oppmøte vil ikke være nødvendig for rutinemessige saker som tilfeldige sykemeldinger og for kronikere som bare trenger fornying av resept eller liknende. Nye metoder for hjemmetilsyn vil innføres. Eksempel på dette er automatisk insulindosering over nett. På samme måte vil man kunne føre tilsyn med pacemakerpasienter og pasienter med hjertemonitorering. Akutt sykdom vil kommuniseres til alarmsentraler som sørger for at pasienten får behandling på riktig nivå til riktig tid.

For den enkelte helsearbeider vil dette bety at dagens fysiske møte mellom pasient og helsepersonell suppleres med møter over nettet. Nettet blir en handelsplass der den enkelte kan tilby sin kompetanse og veiledning. Helsenettet vil bli en arena for samarbeid mellom små helseinstitusjoner, og den enkelte helsearbeider vil oppleve å være en del av et større fagmiljø. Dagens organisering av sykehus vil suppleres med hjemmebaserte sykehusavdelinger. Pasientene bor hjemme, men kan etter eget ønske overvåkes av sykehuset. Helsearbeideren blir mer tilgjengelig fordi all informasjon er tilgjengelig der helsearbeideren og pasienten til enhver tid befinner seg.

Nettverksorganisering vil medføre at dagens tidsforbruk ved spesialisthelsetjenester må omorganiseres fra bruk av tid på direkte pasientkontakt til økt tilstedeværelse i det virtuelle medisinske rom. På denne måten overføres medisinsk kompetanse fra spesialister (sentrum) til allmennpraktiserende leger (periferien) og videre til sykepleiere og para medisiner. Dette vil føre til at helsearbeideres arbeidskraft kan utnyttes på en mer rasjonell måte til beste for pasientene.

For organiseringen av helsevesenet vil nettverksorganisering muliggjøre at tre forvaltningsnivåer erstattes av felles nasjonale strukturer for forvaltning av økonomi og personell ressurser. Dette muliggjør stordriftsfordeler i helseadministrasjonen. Eksempler her vil kunne være felles vaksentraler for flere kommuner, nasjonale felles ventelister, pasientdatabaser, støttesystemer for diagnostikk, etc. Det vil ikke være nødvendig at alle administrasjoner og institusjoner har ekspertise i vaktberedskap "i tilfelle det kommer pasienter", men at 10-20, kanskje flere, institusjoner deler utgiftene ved å ha helsepersonellet som en felles ressurs tilgjengelig. Automatiserte prosedyrer med kobling mellom forbruk og regning vil gi effektiviseringsgevinster. Helsemyndighetene vil få anonymiserte tilbakemeldinger for å bli gjort oppmerksom på trender og ikke minst epidemiske sykdommers utvikling. På denne måten blir de i stand til på et tidlig tidspunkt å sette inn nødvendige tiltak for å motvirke negativ utvikling.

For høyspesialisert medisin vil store deler av tjenesten bli organisert på internasjonalt nivå. Eller sagt på en annen måte: Fusjons- og globaliseringstendensene som sees i dagens tele- og finansmarked, kan også komme til å bli utviklingstendensen i helsevesenet. Økt konkurranse vil kreve en aktiv holdning til hvordan man møter pasienten i et "e-helsemarked".