

HELSE2030

HOVEDTEMA:

**Teknologi og nye måter å levere helsetjenester på
- Spesialisthelsetjenester utenfor sykehus**

Gruppe nr. 8

Dato: 30. juni 2016

INNHOOLD

1 INNLEDNING	3
1.1 Gruppesammensetning	3
1.2 Arbeidsform	3
1.3 Kommentarer til dette arbeidet.....	4
2 SAMMENDRAG OG VURDERINGER.....	5
2.1 Fremtidsbilde	5
3 HOVEDTEMA	10
4 ANBEFALINGER FOR VIDERE UTVIKLING	12

1 INNLEDNING

1.1 Gruppesammensetning

Eining/organisasjon	Representant – Navn	Stilling
Helse Bergen	Gunnar Mellgren	Klinikkdirektør, Laboratorieklinikken (leder)
Helse Bergen	Gunn Krogenes Larsen	Seksjonsleder, BHM
Helse Bergen	August Bakke	Prosjektleder, Pakkeforløp for kreft, Helse Vest
Helse Førde	Øystein Vatne	Avdelingssjef, Hudavdelinga
Helse Førde	Trond Aarre (oppnevnt, men har ikke deltatt i arbeidet)	Avdelingsoverlege, NPS Rus, Nordfjord
Helse Fonna	Kari Ugland	Samhandlingssjef, Helse Fonna
Helse Stavanger	Ivar Terje Solberg	Fagsjef
Helse Stavanger	Ove Nordstokke	Spesialrådgiver, Prosjekter FFU
KTV, UNIO	Lise Kari Strømme	Jordmor, foretakstillitsvalgt og foretakshovedverneombud
Helse Vest IKT	Hilde Alvseike	Spesialkonsulent, Helse Vest IKT
RBU	Claus Ingebrigtsen	Lektor, Hordaland Fylkeskommune
Helse Bergen/PKO	Geir Skogland	Fastlege/Praksiskonsulent

1.2 Arbeidsform

Beskriving
Fire videomøter (via Skype/Lync) og et fysisk møte i Bergen (Sandsli)

1.3 Kommentarer til dette arbeidet

Beskriving
<p>Generelt:</p> <ul style="list-style-type: none">• Er det gjort en vurdering av om det burde vært med representanter fra kommunehelsetjenesten i gruppene?• Når skal arbeidet slutføres og hva ligger i bestillingen?• Hvordan skal vi se bestilling i en sammenheng med sluttresultatet?
<p>Ansvar må defineres:</p> <ul style="list-style-type: none">• Flere hjemmeboende pasienter sendes hjem med spesialisert behandling. Hvordan sikre opplæring og videre oppfølging?• To situasjoner vi må ha med i de vurderingene som gjøres:<ol style="list-style-type: none">1) Vanlig utskriving hvor spesialisthelsetjenestens rolle er å støtte fastlegene i behandlingen.2) Varianter av «sjukehus i hjemmet». Pasienten er innlagt hos oss, men av ulike grunner er det hensiktsmessig at vedkommende ikke er fysisk innlagt.• Kvalitet på tjenestene.• Valg av utstyr som det søkes/rekvireres om fra behandler, avtaleforvaltning.
<p>Realisme og forutsigbarhet:</p> <ul style="list-style-type: none">• Økonomiske virkemidler vil også i fremtiden være utslagsgivende for aktivitet både i spesialisthelsetjenesten og i førstelinjetjenesten.• Kan takster utløse skiller i tjenestene som ikke stimulerer til beste praksis?• Endring i markedet, økt IKT-bruk, videreutdanning – trening og organisering. GROW (mål, realitet, mulighet og hva blir det neste).
<p>Kommunikasjon:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nærhet til pasienten som innebærer god informasjon og medvirkning i behandlingsforløpet - suksessfaktorer.• Sømløse pasientforløp og samhandling - hvordan ivaretar vi best mulig dette når pasienten skal ha spesialisert behandling i hjemmet eller på institusjon/sykehjem?
<p>Muligheter og risiko:</p> <ul style="list-style-type: none">• Avtaler med private aktører? Erfaringer vi har gjort oss.• Opplæring – hvem, hva og hvorfor?• Effektivisere tjenestene ved å bruke ny teknologi. Rask endring, vanskelig å forutsi?• Nye måter å levere helsetjenestene på.• Risikovurdering og avvikshåndtering.
<p>Mål:</p> <p>Vi ønsker et godt offentlig helsevesen hvor vi ivaretar krav om kvalitet og utnytter de offentlige ressursene på best mulig. Vi ser for oss «pasientens helsevesen» hvor organisatoriske grenser utjevnes og en har fokus på et helhetlig forløp til det beste for pasienten.</p>

2 SAMMENDRAG OG VURDERINGER

2.1 Fremtidsbilde

Beskriving – Innspill til fremtidsbilde
<p>Bakgrunn</p> <p>Vi skal tilby tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester og sentrale pasientrettigheter skal ivaretas. Grunnleggende i arbeidet er respekt for pasientens situasjon, kvalitet på tjenestene vi utfører og trygghet i situasjonene. Befolkningen har forventninger til oss og media trekker gjerne frem nye behandlingsmuligheter med positive budskap. Behovet for spesialisthelsetjenester antas å øke, men ikke tilgangen til ressurser. Prioritering vil være sentralt.</p> <p>Vi står overfor en endring i helsetjenesten med økning i bruk av automatiseringsteknologi og IKT, og vi må sørge for at vi kan imøtekomme utviklingen med riktig kompetanse. I fremtiden må spesialisthelsetjenestene gjøres tilgjengelig flere steder enn bare på sykehuset, og tjenestene må leveres på andre måter. Dette gjelder forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Digitale innbyggertjenester er et startpunkt langs en av utviklingsaksene.</p> <p>Teknologisk utvikling skjer raskt og muliggjør avanserte spesialisttjenester i hjemmet. Kommunikasjon og samarbeid med pasient, pårørende, førstelinjetjenesten, næringsliv, høyskoler og universitet vil kunne bidra til mer effektive løsninger. Samtidig ser vi at vi må avklare grenseoppgangene mot det som i dag forvaltes av primærhelsetjenesten.</p> <p>Avtalespesialistene ivaretar på noen områder den polikliniske aktiviteten innen dagens spesialisthelsetjeneste. Det er viktig at virksomheten til avtalespesialistene er koordinert og avstemt med sykehusenes behov. Det beste hadde trolig vært om de var en integrert del av spesialisthelsetjenestens sørge for-ansvar.</p> <p>Strategisk samarbeid mellom offentlige og private aktører er viktig. Vi ser en økende konkurranseutsetting mellom offentlige og halvprivate tjenesteytere. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister har ulike krav til prioritering og frister, og vi bør vurdere om disse skal samordnes. Offentlige sykehus og private/ideelle institusjoner har også ulike krav til hvilke oppgaver som skal løses, og hvilket omsorgsnivå som skal benyttes. Dette kan skape utilsiktede forskjeller i behandlingstilbud. Samarbeidsarenaer og faglige nettverk på tvers er viktig. Vi bør også sikre god avklaring av roller og oppgaver gjennom avtaler fra oppdragsgiver slik at prioriteringene blir riktige til beste for pasientene og samfunnet.</p>
<p>Eksempler på endring i behandling med ny teknologi (Vedlegg)</p>
<p>Teknologi</p> <p>En enhetlig og kunnskapsbasert prosess med felles metodikk som grunnlag for valg av teknologiske løsninger vil gi god forankring hos pasienter og helsepersonell. Metodevurdering vil være viktig for vurderingsprosessene.</p> <p>Det er viktig å unngå overforbruk av tjenester. Samtidig vil eldre befolkning, større behov og flere</p>

muligheter innen diagnostikk og behandling stille krav om bedre teknologiske og IKT-baserte løsninger for å møte morgendagens utfordringer. Begrensinger mht. deling av data mellom førstelinje- og spesialisthelsetjenesten er ressurskrevende. Vårt inntrykk er at pasienten ofte forventer at behandlende instans har tilgang til nødvendig informasjon om sykdomsforløp og resultatet av supplerende undersøkelser uten at dette nødvendigvis er tilfelle.

Telemedisinske løsninger er tilgjengelig og brukes flere steder, men i relativt begrenset grad i forhold til potensialet i denne teknologien. Mangel på standardisering og økonomiske insitamenter påvirker sannsynligvis bruken.

Persontilpasset medisin er under utvikling. Nye muligheter innen diagnostikk åpner for skreddersydd behandling, kontroll og oppfølging. IKT-baserte verktøy (algoritmer, bioinformatikk mm.) er under utvikling, og vil gi god beslutningsstøtte innen diagnostikk og valg av behandling. Samordning av IKT-tjenester og programvareløsninger innen f.eks. laboratediagnostikk vil være avgjørende for videre utvikling. Nettverksutbygging er viktig for å sikre god kommunikasjon både i sentrale- og perifere strøk.

Innenfor IKT som fagfelt går en mot større digitalisering av sykehus og utvikling av standardiserte regionale og nasjonale IKT-løsninger med automatisk informasjonsutveksling mellom systemene. Vi vil få systemer som støtter opp under arbeidsprosessene på sykehuset. Trenden er selvbetjeningsløsninger der pasient/pårørende i langt større grad bidrar med informasjonsinnhenting og kvalitetssikring. Det må legges til rette for at pasienten kan benytte eget «vanlig» teknologisk utstyr (BYOD- bring your own device) slik at helsetjenesten, både primær og sekundært kan slippe å administrere dette. Vi tenker da spesielt på mobiltelefon, nettbrett osv.

Enklere, raskere og bedre digitale samhandlingsløsninger gir muligheter for virtuelle konsultasjoner/avklaringer opp mot spesialist og vil bidra til en langt større samhandling mellom primær og sekundærhelsetjenesten. Vi må i tillegg stille krav til leverandørene som må ha åpne APIer for toveis utveksling av data og vi må gjøre oss leverandøruavhengige.

Oppgaveglidning

Ved å åpne for mer spesialisthelsetjenester vil vi risikere å bygge ned kompetansen i førstelinjetjenesten. Vi må derfor være observant på vekslingsfeltet mellom leddene og se pasientens tjeneste som sammenhengende. Best mulig koordinering og optimal fordeling av arbeidsoppgaver mellom spesialister i og utenfor sykehus er også viktig.

God kommunikasjon mellom de forskjellige yrkesgruppene bidrar til å kvalitetssikre tjenestene. Interaktive tjenester med fagspesifikke anbefalinger implisert i en pakke vil kunne sikre informasjon og ivaretagelse. Dialogen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er i endring, og mer direkte kontakt elektronisk (dialogmeldinger, telemedisin etc.) vil påvirke dette. En kan også tenke seg at fastlege/-kontoret i økende grad kommuniserer direkte med andre spesialiserte yrkesgrupper i sykehuset enn legen (spesialsykepleiere, spesialbioingeniører etc.). Noen oppgaver vil fordeles til nye spesialiserte yrkesgrupper i sykehusene (f.eks. innen bioinformatikk), men med tilgrunnleggende klare overordnede ansvarlinjer. Det vil være et økende behov for personell med utdanning og kunnskap om helse og IKT/teknologi i kombinasjon.

Etablering av diagnostiske sentre må ses i sammenheng med virksomheten i primærhelsetjenesten. Tidspress i allmennpraksis gir mindre tid til diagnostikk og kan forsterke fastlegens funksjon som en

leverandør/ekspeditør av pasienter. Nye digitale kommunikasjonsformer kan motvirke dette og legge til rette for at den kliniske kompetansen i primærhelsetjenesten kan utnyttes bedre.

Mange sykehus og kommuner har prøvd ut såkalt halvannenlinje tjeneste som en ordning for pasienter rett etter ordinært sykehusopphold. Pasientene er medisinsk avklarte, men trenger et forsterket tilbud med spesialisert kompetanse, pleie og omsorg, for en periode før de reiser hjem evt. med ordinære tilbud i kommunen. I Helse Vest har både Helse Bergen og Helse Stavanger prøvd ut en slik ordning mot henholdsvis Fjell, Sund, Øygarden og Stavanger kommune. Ordningen halvannen linje tjeneste som ligger i feltet mellom primær- og spesialisthelsetjeneste er vanskelig å definere og ansvarslinjene kan være uklare.

Samhandlingsreformen som ble innført i 2012 slo fast at alle kommuner skulle etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) for definerte diagnoser og ordningen er lovpålagt fra 2016. Alle kommuner har inngått avtaler med sine helseforetak der kommunens ansvar for ordningen er beskrevet.

Helseforetakene bidrar med opplæring av personell og oppfølging av faglig kvalitet i tilbudet. De kommunale ØHD etableringene definerer det juridiske og økonomiske ansvaret for tjenesten klarerere, eksempelvis ambulante team, spesialisert smertebehandling, bruk av telemedisin mv. Det er nødvendig med juridiske avklaringer i situasjoner der kommunene ikke følger opp sine forpliktelser og der dette fører til at sykehusene må ivareta kommunale oppgaver.

Sikkerhet og risiko

Vi må ivareta alle grupper i samfunnet og alle har ikke de samme forutsetninger for å forstå og kunne følge utviklingen innen IKT og bruk av elektroniske- og tekniske hjelpemidler. Pasienten må sees på som en ressurs og vi må iverksette tiltak som gjør at han/hun kan delta aktivt. Mange pasienter vil ønske den teknologiske utviklingen velkommen, mens andre vil vegre seg for å ta nye metoder i bruk. Vi må ta hensyn til dette og tilrettelegge for valgene pasienten tar i dialog med helsetjenesten.

Informasjon og personvern skal ivaretas. Pasientene vil kunne oppleve seg overvåket og kjenne på angst for sporbare data. God informasjon som inkluderer mulighet for reservasjon er viktig.

Å mestre egen sykdom og ha forståelse for bruk av medisinsk teknisk utstyr som benyttes i behandlingen gir økt livskvalitet. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) er en viktig samarbeidspartner for spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten. Medisinsk tekniske avdelinger og enheter/Seksjon for behandlingshjelpemidler i helseforetakene ivaretar i dag de krav som stilles ved bruk av Medisinsk teknisk utstyr både i sykehus og i hjemmet.

Organisering

Organisering av tjenesten vil ha betydning og vi må sørge for trygge spesialisthelsetjenester uansett hvor vi bor. Vi må sikre personell med riktig kompetanse og god oppgavedeling mellom sykehusene. Vi ser økt bruk av hjemmebehandling og utviklingen er ønsket. Utvexling av data og hospitering må tas mer i bruk mellom nivåene. Det er mulig vi i fremtiden vil være best tjent med å ha ett overordnet nivå i helsetjenesten. Samordning av henvisningsråd og diagnosekoder anbefales.

Med økende bruk av nettbaserte tjenester vil vi måtte styrke enheter/seksjoner som ivaretar dette. Vi

må sørge for at effektivisering av tjenestene muliggjøres. Forskning- og utviklingsavdelingene bør trekkes inn i kartleggingen av behovet for slike tjenester.

Endringer i helsetjenestene krever ny kompetanse. Det vil bli behov for andre yrkesgrupper som f.eks. helseingeniører/medisinske teknologer og bioinformatikere. Utredning viser at det også vil bli behov for flere helsefagarbeidere inne ulike deler av helsetjenesten, f.eks. bioingeniører eller spesialsykepleiere innen psykisk helse og rus, kreftbehandling og palliasjon.

Privat sektor

Vi ønsker en god offentlig spesialisthelsetjeneste. Skal private aktører operere i det offentlige markedet må bestillingen være tydelig og rettes inn mot de områdene der spesialisthelsetjenesten har for liten kapasitet til å dekke behovet. Forventninger og inngåtte avtaler bør gjøres kjent i sykehusene for å skape større forståelse for samarbeidet og oppgavene. Privat sektor vil også i fremtiden fremstå som et viktig supplement til helsetjenester.

Opplæring og utdanning

Trender og innovasjon vil påvirke fremtiden og teknologien innen helse. Ferdighet og kunnskap er nødvendig for ledelse av teknologi og mennesker. Helsetjenestens behov bør identifiseres og det bør utvikles en langsiktig strategi for opplæring og utdanning. Antall studieplasser må sees i sammenheng med helheten, vi må ivareta praksisplasser, og stimulere til videreutdanning (livslang læring). Effektivt team-basert arbeid krever økt kunnskap om hverandres fagområder.

Internasjonalisering utfordrer språkkunnskapene. Viktig informasjon i dialogen mellom helsefagarbeider og pasient må sikres, og det må derfor være krav om at norsk skriftlig- og muntlig beherskes før ansettelse.

Kommunikasjon

Kommunikasjon og opplæring er grunnleggende. Vi må forstå hverandre og ha nødvendige dialoger både med pasienten og interessenter. Sømløse helsetjenester vil gi gevinst i form av færre innleggelses. Vi må ta i bruk teknologi uten å glemme mennesket vi tilrettelegger for, og heller ikke undervurdere kontakten mellom mennesker i dialog. Lærings- og mestringssenteret (LMS) er et viktig supplement hvor det tilbys gruppebasert opplæring for pasienter med kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse. Her finnes tilbud både innenfor somatikk og psykisk helsevern, og dette er et tilbud både til barn og voksne som ivaretar pasienters behov for å mestre sin sykdom.

Innovasjon

Innovasjon er nødvendig for å møte morgendagens utfordringer innen helsetjenesten. Dette gjelder spesielt innen IKT og teknologi. Bruk av smarttelefoner, nettbrett, og ulike mindre elektroniske verktøy gir nye måter å kommunisere med pasienten på. Innføring av nye kommunikasjonsverktøy forutsetter imidlertid endringsvillighet. Mange muligheter eksisterer allerede, f.eks. deling av bilder og annen digital kommunikasjon (f.eks. prøvesvar). Det er viktig at vi prioriterer de gode løsningene og etablerer mottaksapparat i spesialisthelsetjenesten som er tilpasset dette.

Standardisering vil være nødvendig for å kunne ta i bruk teknologi som allerede eksisterer. Dette kan

eksemplifiseres med Digitalt media arkiv (DMA) hvor samhandling er vanskelig fordi vi har tre forskjellige bildediagnostiske løsninger i HV eller telemedisin hvor vi har mange piloter men få standardløsninger. Kommersialisert og produksjonsklar teknologi (hyllevare) er etterspurt. Helsetjenesten må være tydelige på hvilke behov vi har og stille krav til leverandørene i tråd med dette. Teknologien bør være på samme plattform eller gi tilgang til samme plattform, og understøtte pasientbehandlingen uavhengig av hvor pasienten befinner seg. Åpne produsentuavhengige system vil bli etterspurt.

Deling av informasjon er viktig og nødvendig, f.eks. laboratorie-/røntgen svar mellom nivåene i helsetjenesten. Felles journalsystem (en innbygger – en journal) vil kunne løse mange av utfordringene og gi innsparinger i form av reduserte undersøkelser. Klinisk kompetanse er nødvendig i tilpassing av IKT-systemene. Et tettere samarbeid mellom helsefag og IKT- og teknologi-fag vil kunne stimulere til nye innovasjonsprosjekter.

Økonomi

Behandling av pasienter utenfor sykehus i hjemmet gir færre sykehusinnleggelses og er ressursbesparende. Pasienten befinner seg i sitt eget miljø, det er mindre risiko for infeksjoner (som i seg selv er økonomisk besparende) og mange pasienter beskriver bedre livskvalitet når de er hjemme. Pasienter med kroniske sykdommer er den største gruppen. Helseforetakene har i dag også ansvar for pasienter med spesialisert behandling i sykehjem og andre institusjoner. Måten tjenestene er organisert på påvirker ressursbruken, og sentrale retningslinjer vil bidra til bedre praksis som er uavhengig av geografi.

Oppgaveglidning kan bidra til mer ressurseffektiv virksomhet i spesialisthelsetjenesten.

Takstsystemene som benyttes i dag må være oppdatert og tilpasset virksomheten. Et foreldet økonomisystem i helsetjenesten, samt juridiske begrensninger, kan bremse den positive utviklingen. Erfaring tilsier at økonomiske virkemidler er effektive, og aktivitet kan styres gjennom takster.

Vi bør unngå for tidlig bruk av ny teknologi. Bedre koordinering av anskaffelser regionalt og nasjonalt vil kunne bidra til dette. God organisering av prosjektene, metodevurdering, og realistisk beregning av gevinstrealisering er viktig.

3 HOVEDTEMA

Bakgrunn	
Mandat	Teknologi og nye måter å levere helsetjenester på - Spesialisthelsetjenester utenfor sykehus
Avgrensing	Spesialisthelsetjenestens grenseflate utenfor sjukehus er primært primærhelsetjenesten med noen unntak (f.eks. avtalespesialister, ambulans poliklinikk, avanserte tekniske hjelpemidler). Private aktører omtales i mindre grad her. Økonomiske rammer vil påvirke tilbudet, men er ikke spesielt omtalt her.
Fremtidsbilde	
Spørsmål 1	Hvordan kan vi øke kunnskap og ferdigheter hos pasienter og helsepersonell utenfor sykehus?
Spørsmål 2	Hvordan ivaretar vi bruk av avansert teknologi/utstyr utenfor sykehus?
Spørsmål 3	Hvordan kan en på best mulig måte nyttiggjøre ny teknologi?
Spørsmål 4	Hvordan kan vi oppnå bedre beslutningsstøtte utenfor sykehus?
Spørsmål 5	Hvordan skal vi kommunisere best mulig med primærhelsetjenesten og den opplyste pasient?
Hvordan komme dit?	
Spørsmål 1	<p>Opplæring i bruk av IKT på alle trinn vil øke den generelle kompetansen i befolkningen. Helsepersonell har ansvar for å holde seg oppdatert, og må i samtale med sine ledere sørge for å få ivaretatt dette behovet. Livslang læring er nødvendig (hospitering, praksis, videreutdanning og spesialisering).</p> <p>Kompetanseoverføring ved bruk av nye digitale kommunikasjonsformer til felles møter vil gjøre kompetansen til spesialisthelsetjenesten mer tilgjengelig og øke kunnskapsnivået i primærhelsetjenesten. Fastlegen vil kunne gå mer aktivt inn i grenseflaten mellom spesialisthelsetjenesten og pasienten. Samtidig vil forståelsen for primærhelsetjenestens behov bli bedre i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Når pasienten skrives ut til hjemmet må opplæring sikres. Informasjonen gis både skriftlig og muntlig, og primærhelsetjenesten skal ha tilstrekkelig informasjon. I dag har pasienten mulighet til å lese egen journal og det er tilgang til informasjon på nettet. Vi bør vurdere å legge til rette for at pasientgrupper også kan kommunisere direkte med spesialisthelsetjenesten etter utskriving til hjemmet, men samtidig understreke primærhelsetjenestens ansvar og funksjon.</p>

Spørsmål 2	Sykehusenes kompetansemiljø bør ha et koordinerende ansvar for bruk av avansert teknologi også utenfor sjukehus. Brukeren må ivaretas og ansvarliggjøres, samtidig som en sikrer god og tilpasset involvering av primærhelsetjenesten. Flere informasjonskanaler bør benyttes. Internettbaserte videoer kan for eksempel benyttes til opplæring i bruk av tekniske hjelpemidler både hos helsepersonell og pasienter.
Spørsmål 3	<p>Helsepersonell og pasienter må beherske teknologien. Vestlandspasienten er et godt eksempel på hvordan vi aktiviserer pasienten til selv å ta del i sin behandlingssituasjon. Forenkling og lavest mulig brukerterskel må tilstrebes. Tilbakemelding fra brukerne må bli gjenstand for konstruktiv evaluering.</p> <p>Vi må ha tydelige krav til leverandørene hvor helsetjenestens behov fremmes. Standardisering vil være avgjørende for at systemene skal kunne benyttes på tvers av fagfelt og geografi. Deling av tilgjengelig informasjon vil motvirke unødvendig bruk av tjenestene og effektivisere virksomheten til beste for pasienten. Juridisk bistand må være med i prosessen.</p>
Spørsmål 4	Primærhelsetjenesten er pasientens primærkontakt. Denne skal støtte spesialisthelsetjenesten ved behov for kontakt med pasienten. En kan tenke seg en dynamisk trekantmodell med pasient, fastlege og spesialist hvor problemstillingen avgjør tyngdepunktet i trekanten. Ambulante tjenester bør utvikles med klart definert behandlingsansvar. Nye IKT-verktøy (kunstig intelligens) vil bidra til systematisering av informasjon som igjen vil gi støtte ved diagnostikk og behandlingsvalg. Nye standardiserte kommunikasjonskanaler (dialogmeldinger, deling av bilder eller annen elektronisk informasjon) i kombinasjon med fremskutt kompetanse i sykehus vil bidra til bedre beslutningsstøtte utenfor sjukehus.
Spørsmål 5	<p>Kompetansen i spesialisthelsetjenesten bør gjøres mer tilgjengelig for primærhelsetjenesten og for pasientene. Organisert bruk av nye kommunikasjonsverktøy vil bidra til dette. Elektronisk veiledning av pasienten bør implementeres. Vi må etablere en kultur for ansvarliggjøring av personell ved elektronisk kommunikasjon som også inkluderer andre yrkesgrupper enn leger.</p> <p>Det er i dag flere ulike systemer (Vestlandspasienten, kjernejournal, fastlegejournal). Det er uheldig at ulike versjoner av den samme informasjonen finnes mange steder siden dette øker risikoen for feil. Vi bør etablere enhetlige kommunikasjonskanaler som også inkluderer primærhelsetjenesten, f.eks. bør tildeling av time og planlagte undersøkelser i spesialisthelsetjenesten, medikamentlister etc. være synlig for fastlegen. Vi bør også vurdere å bryte ned kunstig skillelinjer mellom psykiatri og somatikk i journalsystemene.</p>
Andre moment (inkl. premisser, fordeler, ulemper)	

4 ANBEFALINGER FOR VIDERE UTVIKLING

Anbefalinger for videre utvikling, inkludert innspill til prinsipp for Helse Vest.

Anbefaling	Beskrivelse
1.	Ny teknologi må være målrettet, nyttig, brukervennlig, og lett å integrere for helsetjenesten.
2.	Nye digitale kommunikasjonsformer bør standardiseres og tas i bruk.
3.	Deling av informasjon vil bidra til bedre og mer effektive helsetjenester.
4.	Økonomiske system i helsetjenesten bør være tilpasset de gode pasientforløpene.

Vedlegg:

Eksempler på endring i behandling med ny teknologi

- Diabetes – behandling med insulinpumpe og mulighet for kontinuerlig glukosemåling (CGM). Retningslinjene for hvem som skal få prøve ut, og deretter eventuelt tilbys permanent behandling med disse hjelpemidlene er allerede gamle og upresise. Rask teknisk utvikling av utstyret som tilbys skaper utfordringer og nye behov.
- CPAP-behandling for pasienter med søvnapne. Søvnklinikken i Helse Bergen har etter et års prosjekt mellom pasienter, leverandør, Seksjon for behandlingshjelpemidler og andre aktuelle aktører tatt i bruk telemonitorering i behandlingen. Endringen muliggjør et annet pasientforløp i poliklinikken som gir en mer effektiv drift.
- Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og behandling med oksygenkonsentratorer, stasjonære, bærbare og komposittflasker. Seksjon for behandlingshjelpemidler organiserer tjenesten, følger opp pasientene etter utskrivelse og reiser hjem til pasientene ved behov for å sørge for at utstyret som er valgt gir pasienten best mulig livskvalitet.
- Langtids mekanisk ventilasjon (LTMV) er et behandlingstilbud til alvorlig syke pasienter som følges opp i hjemmet. I samarbeid og dialog med pasient og involverte parter sikres opplæring, utstyrs plassering ved livsoppretholdende behandling, 24 timers vaktordning på utstyret og uttak av forbruksmateriell sikres hos Seksjon for behandlingshjelpemidler.
- Pasientnære laboratorieanalyser (f.eks. blodsukker og egenmåling av INR). Det tilbys kurs i egenmåling og opplæring i egendosering. Kursene gjennomføres i lokale varianter i samtlige helseforetak i Helse Vest.
- Laboratorietjenester utenfor sykehus. Det er behov for laboratorietjenester av større format utenfor sykehus (f.eks. ved etablering av Akuttposten og ØHD senger Bergen Legevakt). Dette forutsetter laboratoriefaglig kompetanse og samarbeid med sykehusenes laboratorier. Grenseoppgangen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten blir også her utfordret.
- Egenmestring (nettbasert behandling innen psykiatri, angst). Gjennomført prosjekt er blitt godt mottatt hos pasienter som formidler at dette er en ønsket praksis i fremtiden.
- Hjemmedialyse (peritoneal dialyse) og dialysestasjoner utenfor sykehus. Medisinske avdelinger har ansvar for dette. Offentlig organisering og ansvar for opplæring i bruk av utstyr også her viktig.
- DiaFoto – et prosjekt ved Stavanger Universitetssykehus (SUS), for å undersøke om telemedisinsk oppfølging av diabetesrelaterte fotsår i kommunehelsetjenesten er likeverdig med tradisjonell poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten.
- Helse@ Hjemme er et annet innovasjonsprosjekt ved SUS. Det er utviklet et nettbrett som pasienter med KOLS kan brukes hjemme hvor pulsoksymeter er koblet til nettbrett og data overføres trådløst fra pulsoksymeter og bilder og lyd overføres mellom spesialisthelsetjenesten og pasienten via internett. Stavanger kommune er nasjonal pilot for Helsedirektorater hvor samme teknologiske plattform som Helse@Hjemme bruker, noe som kan gjøre samhandling, utveksling og deling av informasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene enklere.
- Telemedisin kan være effektivt og redusere reisetid/-kostnader. Det brukes i dag av bl.a. Helse Førde innen dermatologi (25 % av konsultasjonene ved hudpoliklinikken). Det egner seg godt for visuelle fag, men også andre spesialiteter, f.eks. nevrologi og hjerneslag (Teleslag- klinisk undersøkelse av pasienter, deling av bildediagnostikk og beslutningsstøtte ved trombolytisk behandling). Telemedisin kan bl.a. brukes til konsultasjoner, kontroller, møter mellom fastlege, spesialist og pasient, og opplæring. Det kan også brukes til utdanning av helsepersonell, og flere fag har innført telemedisinsk internundervisning som del av spesialistutdanningen av leger på regional eller nasjonal basis, f.eks. innen endokrinologi. Telemedisin er i dag enkel teknologi, men manglende standardisering og tilrettelegging av videofasiliteter ved store legekantor og

sykehusavdelinger begrenser bruken. Forankring ved universitetssykehus vil være viktig for videre utvikling.

- Digitalt Media-Arkiv (DMA) i Helse Vest muliggjør lagring og bruk av multimedia i pasientbehandling og diagnostikk i Helse Vest på tvers av avdelinger og foretak, og vil bli viktig for deling av informasjon slik at en effektiviserer tjenestene.
- Deling av journalinformasjon, bilde- og laboratoriedata er teknisk mulig, men har bl.a. møtt juridiske begrensninger. Løsninger basert på strukturerte data er under etablering og vil gi mulighet for bedre forskning og kvalitetssikring.
- Digital kommunikasjon mellom sykehus og pasient. Vestlandspasienten er innført som en elektronisk møteplass mellom pasient og sykehus med oversikt over timeavtaler, informasjon og en rekke andre funksjoner. Den utfordrer helsetjenesten bl.a. på tilgjengelighet og kommunikasjonsform. Nye verktøy krever også at en sikrer ivaretagelse av brukere som ikke behersker ny teknologi og IKT.