



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

HELSEDIREKTORATET
Kirsten Petersen
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Sendt kun pr. e-post postmottak@helsedir.no

Deres ref.: 20/16357-4

Vår ref.: SAK2020004359

Dato: 27-08-2020

Høring: Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling

Legeforeningen takker for anledningen til å gi innspill til eksisterende rapport og anbefalte tiltak samt forslag til justeringer i lys av foreløpige Covid-19-erfaringer. Med tanke på de omstillingene som har funnet sted det siste halvåret, ønskes det nå tilbakemelding på om disse erfaringene tilsier endringer i plan og tiltak som er foreslått i opprinnelig plan. Disse er kommentert punktvis nedenfor.

Hva er medisinsk avstandsoppfølging?

Innledningsvis ønsker Legeforeningen å presisere noe som vi stadig opplever som kilde til ulik forståelse. Definisjonen av medisinsk avstandsoppfølging er uklar og bør være tydeligere. En naturlig definisjon bør være «helsetjeneste som ytes på avstand med bruk av teknologi». Denne definisjonen er foreslått fra Helsedirektoratet og bør legges til grunn i videre arbeid med temaet. Dette er særdeles viktig når man skal se på forskning og resultater for å kunne nyttiggjøre seg av de data som foreligger.

Overordnede betraktninger

Legeforeningen vil påpeke viktigheten av at man kommuniserer effekter og nytteverdier på en presis måte, som skiller effekter av digitalisering fra andre elementer som ledsager endring i oppfølgingstilbud. De fleste forsøk som har vært gjort på området har laget systemer parallelt med det eksisterende, og med derav i sum mer intense intervensjoner og høyere samlede kostnader, som gjør modellene mindre egnet for implementering i helsetjenesten. De fleste studier viser økt mestring og høyere tilfredshet i slike prosjekter. Begge deler er viktig for pasienter med kroniske sykdommer. Samtidig ser vi i liten grad at slike effekter fører til større egenomsorg og mindre bruk av helseressurser generelt.

Fremtidige prosjekter bør derfor i større grad ta mål av seg å være et supplement inn i et helsevesen som allerede er etablert og hvor medisinsk avstandsoppfølging vil kunne oppleves som nyttig i større grad enn det som kanskje har vært tilfelle så langt. Koronapandemien har tvunget frem mye kunnskap om slike problemstillinger i kommunen og avdekker hvor manglene er store.

Det er videre sentralt å skille tydelig mellom tiltak som er initiert av helseaktører og tiltak som initieres av pasientene selv. De forsøkene vi kjenner og bruker som referansepunkter, er behandlerstyrte prosjekter. Pasientinitiert datalevering fra ulike helseapper er noe helt annet. Det offentlige helsevesenet bør – basert på beste kunnskap - være en sentral aktør i å definere hva som er medisinsk nyttig og hva som ikke er nyttig. Det finnes en utømmelig mengde helsedata som den enkelte innbygger kan generere i dag, men som vi ikke kjenner nytte av å ha kunnskap om eller vurdere.

Legeforeningen savner en bredere risikovurdering og en drøfting av ulemper ved digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling – og spesielt et kritisk blikk på kvaliteten i møtet mellom pasient og behandler når man går fra personlig kontakt til digital/nettbasert kommunikasjon uten mulighet for supplerende klinisk undersøkelse, og dette som potensielt begrensende for kommunikasjonen. Risiko for at spørsmål/problemstillinger utelukkes/forsømmes og i ytterste konsekvens forringer/utsetter nødvendig helsehjelp må risikovurderes hos ulike pasientgrupper.

Et annet betimelig spørsmål er om prosessene i utviklingsarbeidet er i ferd med å bli for kompliserte. Det er behov for en grad av overordnet nasjonal styring av utviklingen, men det må stilles spørsmål ved den store ressursbruken, de langtrukne prosessene og de usikre gevinstene knyttet til denne satsingen.

Rapportene som er oppgitt som kilder i rapporten formidler gjennomgående positive perspektiver på hva pasientene kan få ut av digitaliseringen, altså potensialet som ligger i teknologien. Vi vil derfor påpeke at evalueringsrapporten fra 2020, Evaluering av utprøving av medisinsk avstandsoppfølging, oppsummerer utprøvningsprosjektene med at: «Blant pasientene vi intervjuet var det ikke mange som oppga at helsetilstanden hadde endret seg som følge av medisinsk avstandsoppfølging» (kap. 8). I samme evalueringsrapport i kap. 7 kan man lese at pasientene gjennomgående opplevde *ingen* endring i bruken av fastlegetjenester – og at ingen av de intervjuede pasientene opplevde noen effekt på bruken av kommunale helse- og omsorgstjenester (kap. 7). På den annen side angav pasientene stor tilfredshet med den hjelpen de fikk av oppfølgingstjenesten under prosjektperioden; de følte seg ivaretatt. Spørsmålet vi står igjen med er: Er det den tette oppfølgingen av kommunalt helsepersonell som gjør en forskjell – og som resulterer i en nokså høy brukertilfredshet i disse prosjektene? Og hvordan vil medisinsk avstandsoppfølging fungere uten denne tette oppfølgingen?

Anbefalte tiltak i 2020:

Koordinert innsats for tilrettelegging og veiledning

Flere tiltak i sluttrapporten av 13.12.2019 foreslås samlet i dette tiltaket. Anbefalingen om at Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenet, Statens legemiddelverk og de regionale helseforetakene i løpet av 2020 etablerer en samarbeidsstruktur som gir råd og veiledning og sikrer at behov for justeringer i nasjonale virkemidler og rammebetingelser fanges opp, støttes. Legeforeningen er likevel skeptisk til denne strategien, da vi frykter at ansvars og handlingskraft, kan svekkes i møte mellom så mange store aktører. Vi mener derfor at det i første omgang er tilstrekkelig at Helsedirektoratet definerer hva som er medisinsk nyttig og koordinerer arbeidet.

Utvikling av indikatorer for digital hjemmeoppfølging

Legeforeningen støtter dette, slik at man i større grad har mulighet til å designe studier og prosjekter på en slik måte at man kan måle relevante og valide målepunkter. Man vil da kunne sammenligne prosjekter mot hverandre og mot tjenester uten digital intervensjon. Det må være tydelig hva som ønskes belyst/målt, og om det virkelig er det man måler/utprøver med det designet man velger. Altfor ofte er det så mange confoundere i slike prosjekter at effekter ikke sikkert kan måles. Det er særlig viktig å fange opp nytteverdien for pasientene og om det er negative sider ved slik oppfølging. Erfaringen fra video-/telefonkonsultasjoner i forbindelse med covid-19-tiltak viser at ikke alle pasienter har god nok nytte av behandling som innebærer at de over tid ikke kan møte sin terapeut. Det er også kjent fra vitenskapelig litteratur at økt pasienttilfredshet ikke nødvendigvis er ledsaget av bedre effekt på helse og livskvalitet.

Digital behandlings- og egenbehandlingsplan

Dette er et tiltak som er overmodent og som burde være på plass for flere år siden. Tiltaket er langt viktigere i den generelle medisinske oppfølgingen av kronisk sykdom enn for den medisinske avstandsoppfølgingen. At behandlingsplaner, planer for kontroller og oppfølging bør kunne foreligge i en kjernejournal, er selvsagt. Dette kan gjerne inngå i prosjekt «dokumentdeling i kjernejournal» som allerede pågår. Dagens nasjonale felleskomponenter for deling av data må utnyttes langt bedre, da kan man ta ut gevinster umiddelbart.

I fagområdet tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det fremdeles store ulikheter nasjonalt når det gjelder systematisk utredning, og kunnskapsgrunnlaget for behandling er mangelfullt. Det er behov for klinisk forskningsinnsats for å kvalitetssikre fagutvikling. Pakkeforløp og bruk av kvalitetsregisteret KvaRus vil på sikt gi bedre grunnlag og må være del av utviklingen av digital behandlings- og egenbehandlingsplan.

Videokonsultasjon – teknisk tilrettelegging

Koronapandemien har vist hvor raskt fastlegene omstilte seg til fortsatt å kunne tilby helsehjelp til tross for en kaotisk situasjon. Dette var utelukkende mulig grunnet de private aktørene, som var parat med gode løsninger for virtuelle konsultasjoner, som også raskt er blitt forbedret i løpet av et snaut halvt år. De store offentlige systemene gjorde så godt de kunne, men klarte ikke å levere i tilstrekkelig grad.

Fastlegene opplevde i liten grad oppstart med video som teknisk krevende. Unntaket er sett i kommunalt drevne fastlegekontor hvor kommunale driftsmiljøer systemene ikke ga mulighet til å ta i bruk video.

Dette kan ses som tydelige varsko om at en stor offentlige aktør blir for svak på innovasjon, omstilling og tilpasning, og at generiske kommunale driftsmiljøer heller ikke håndterer rask implementering av nye e-helseløsninger. Under pandemien er dette konkret og tydelig vist.

Fastlegene kunne kommunisere via video med «alle», men ikke med sine viktigste samarbeidspartnerne; hjemmesykepleien. Problemene ligger i det kommunale mulighetsrommet. Det burde være slik at de sykeste pasientene som absolutt ikke bør flyttes og utsettes for smitte, kunne fått en så god oppfølging som mulig ved hjelp av at f.eks. hjemmesykepleien kunne benytte video opp mot fastlege. Dette bør prioriteres høyt, da det vil kunne være umiddelbare gevinster å hente.

Avtalespesialistene tok i bruk videokonsultasjoner under pandemien, og opplevde i liten grad tekniske begrensninger. Mange erfarte at det var et nyttig supplement til fysiske konsultasjoner. Teknologien er imidlertid lite egnet innenfor prosedyrekrevende spesialiteter, som f.eks. øre-nese-hals og gynekologi, hvor videokonsultasjoner ofte bare kommer i tillegg til konsultasjoner med gjennomføring av nødvendige diagnostiske eller terapeutiske prosedyrer.

Det må jobbes mot et mangfold av tjenester til det beste for alle. Det offentlige bør tilstrebe en godt utformet plattform à la helsenorge.no, som en felles innloggingsportal for tjenester til befolkningen. Innenfor plattformen må ulike leverandører kunne levere løsninger som er nyttige i klinikken for behandlere og pasienter, basert på åpne API-er og hensiktsmessige standarder.

Forslaget om at Direktoratet for e-helse, i samarbeid med Norsk Helsenett, de regionale helseforetakene og KS/kommunesektoren, beskriver nasjonale roller og ansvar innen teknisk tilrettelegging for videokonsultasjon, og beskriver hvordan et nasjonalt fagnettverk som adresserer

tekniske og forvaltningsmessige utfordringer kan etableres i 2021, kan være hensiktsmessig. Legeforeningen mener likevel at en slik organisering er langsom og vil ta tid, og at det ikke er godt egnet til å belyse behovene til de små helsevirksomhetene som i sum leverer det suverent største volum av helse- og rehabiliteringstjenester til befolkningen (avtalespesialister, fastleger og fysioterapeuter). Slik situasjonen ser ut per i dag vil vi trenge løsninger for videokommunikasjon med andre offentlige etater raskt. Et fagnettverk i 2021 er lite ambisiøst.

I tiden etter nedstengningen 12.3.2020 er det høstet mye kunnskap både i Norge og internasjonalt om hva som egner seg og hva som ikke egner seg for videokonsultasjon. Det er også ervervet mye kunnskap om når video eller telefon er best egnet. Nødvendig informasjonssikkerhet i løsningene må vurderes fortløpende. Dette er kunnskap som direktoratet og departementet bør nyttiggjøre seg av i fremtiden.

Data og dokumentdeling

Alt som kan deles, er ikke nødvendigvis nyttig å dele. Medisinsk informasjon må ha relevans, hvis ikke vil det fort lage støy i informasjonsbildet rundt en pasient, og viktig informasjon vil kunne oversees. Det pågår et viktig arbeid om deling av dokumenter i kjernejournal. Dette bør prioriteres og breddes så fort dette er pilotert og er teknisk og medisinskfaglig modent. Filtrering og søkbarhet i indekserte lister, gjør at helsepersonell med klarert tilgang vil kunne hente ut informasjon som man har behov for. Dette er lavhengende frukter som dagens nasjonale felleskomponenter tilbyr oss å høste raskt innenfor svært begrensede kostnadsrammer sammenlignet med Akson.

Normen – oppdatering vedrørende digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling

Legeforeningen støtter at Normens veiledere, faktaark og kompetansehevende aktiviteter må møte tjenestenes behov for råd og veiledning innen personvern og informasjonssikkerhet på dette området

Sikkerhetstesting av medisinsk utstyr

Legeforeningen støtter anbefalingen.

Utrede tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging knyttet til Nye metoder

Implementering av ny teknologi som medfører endring i oppgaveplassering og endret ansvar innad i helsetjenesten krever bred involvering av tjenestene. Innføring må kun skje dersom det er vist å medføre klar nytte for pasient og helsetjeneste. Ny teknologi vil kunne endre oppgavefordeling, og da er det viktig at man tar hensyn til systemet det skal implementeres i og hvorledes ressurser bør reallokeres for å understøtte endringer som eventuelt innføres.

Legeforeningen støtter at medisinsk avstandsoppfølging er en behandlingsmetode hvor FHI bør ha ansvaret for metodevurderingen.

Utrede behov for nasjonal tilrettelegging for utvikling av skjemaer for pasientrapporterte opplysninger

Legeforeningen støtter anbefalingen.

Etiske, juridiske og helsefaglige konsekvensutredning vedrørende mottak av helserelatert informasjon fra pasientens eget utstyr

Legeforeningen støtter utredning om temaet. Ny vurdering i 2021 er noe langsom progresjon, da dette er realitet i dag, og ikke en beskrivelse av et fremtidsscenario. Tiden for utplassering av egne enheter for registrering er svært kostnadskreven og lite fleksibel. Egne enheter bør kunne brukes og det bør jobbes frem slike løsninger der det måtte være ønskelig. Igjen minner vi om at alt som kan

deles og måles ikke alltid er nyttig. En rekke parametere er målbare ved hjelp av ulike elektroniske hjelpemidler, men viser seg å ha lite medisinsk nytte. Myndighetene bør her ta ansvar og definere hva helsevesenet skal bruke tiden sin på.

Helsekompetanse og redusert digitalt utenforskap

Legeforeningen støtter anbefalingen der digitalt utenforskap problematiseres og at behovet for å bygge helsekompetanse løftes frem som et mottiltak. I et egalitært perspektiv er dette prisverdig – og det er god samfunnsmedisin. Pasientenes utgangspunkt og rammebetingelser for å kunne nyttiggjøre seg av digitale behandlingstiltak er svært ulik. Den enkeltes digitale helsekompetanse ('digital health literacy') kan være avgjørende for utbyttet av nettbasert oppfølging. Pasienter med multimorbiditet og svekket kognitiv funksjon vil tape i oppmerksomheten fra helsepersonell. Evnen til å bruke digitale verktøy har ikke bare en aldersdimensjon, men også sosioøkonomiske og -kulturelle forhold har betydning. Mange pasientgrupper vil ha store utfordringer både når det gjelder helsekompetanse og digitale muligheter, og risikerer i enda større grad ikke å få tilgang til nødvendig helsehjelp når helsetjenester blir digitale.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Kari Jussie Lønning
Medisinsk fagdirektør

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)