

Helsedirektoratet
postmottak@helsedir.no
Bjornar.Alexander.Andreassen@helsedir.no

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202000094

Dato: 28-09-20

Innspill til rapportutkast - Velferdsteknologi etter 2020 (2021-23)

Legeforeningen takker for anledning til å gi innspill til dokument om videreføring av velferdsteknologiprogrammet.

Grunnet kort svarfrist er saken behandlet administrativt i Legeforeningens sekretariat.

Programmet har prøvd ut og implementert velferdsteknologi innen trygghets- og mestringsområdet, primært til målgruppen 65+. Direktoratet ønsker å videreføre programmet og også prøve ut velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelse, og medisinsk avstandsoppfølging til kronisk syke pasienter (senere kalt Digital hjemmeoppfølging -DHO - for å harmonisere begrepsbruk med Nasjonal helse- og sykehusplan)

Rapporten bærer bud om at utviklingen på området er tidkrevende. Velferdsteknologiprogrammet har vel fem års fartstid. Programmet skulle være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene innen 2020. Målet er et godt stykke unna, selv om et flertall av kommunene har bygd ut tilbud på minst ett område. Programmet har vært en pådriver for at velferdsteknologi skal være et satsningsområde i kommunene. Evalueringsrapport fra Nasjonalt senter for e-helseforskning viser at kommunene i høy grad er fornøyde med støtten fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram, og kommunene har få forslag til endringer av dagens virkemidler. Dette er hovedbakgrunnen for det foreliggende forslaget. En vurdering av i hvilken grad programmet bidrar å nå hovedmålet for programmet, som er god helse og mestring i befolkningen, samt bærekraftig samfunnsutvikling, foreligger ikke. Dokumentet viser til at det ikke foreligger evidens for at digital hjemmeoppfølging reduserer forbruket av helsetjenester. Den samfunnsøkonomiske effekten av ulike tiltak er ikke berørt i dokumentet.

En plan for videreføring av programmet bør inneholde en prioritert anbefaling av aktuelle tiltak som hører til feltet, basert på helsemessige og sosiale gevinster, økonomiske vurderinger og etisk vurdering.

For oversiktens skyld ville det være ønskelig å ta med definisjonen av velferdsteknologi. Begrepet "digital hjemmeoppfølging" bør også defineres.

Det understrekes innledningsvis at oppmerksomheten skal ligge på tjenesteinnovasjon, og at teknologisk innovasjon ikke er et mål i seg selv. Teknologiske muligheter har imidlertid stor gjennomslagskraft, selv om det ikke finnes god dokumentasjon for verdien. Økonomiske innsparinger

ved å erstatte digitale verktøy med direkte menneskelig kontakt vil lett bli drivende for forandring. Dokumentet understreker betydningen av velferdsteknologi i nåværende pandemisituasjon, for å håndtere smittetrussel og sikre at pasienter/brukere får nødvendige tjenester. Samtidig opplever brukere/pasienter i mange tilfeller et tap ved mangel på kontakt med helsepersonell som ikke bør videreføres i en normalsituasjon. Dokumentet bør beskrive nærmere hvordan pasient/brukerperspektivet skal ivaretas i evaluering og innføring av tiltak.

Direktoratet angir følgende hovedmål: Kunnskapen som er utviklet i programperioden om implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten skal anvendes og utvikles videre i tråd med behov i befolkningen.

Legeforeningen kommenterer videre enkelte punkter under delmålene i utkastet til utvikling fra programstruktur for varig forvaltning av velferdsteknologiområdet.

Det legges opp til nasjonal ledelse av et nettverk av kompetansemiljøer (KS-ekomp, Innomed, Utviklingssentre for pleie og omsorg). Fylkesmannen tilskrives oppgaver i råd og veiledning til kommunene, og mulighet til tildeling av ressurser for lokale prosjekter. Vi savner en representasjon av fastlegeordningen i denne planen, og viser til at punkt 4.2 peker på at fastlegene har en rolle som samarbeidspartnere og mottakere av medisinske data i forbindelse med digital hjemmeovervåkning. Det er her nødvendig å bruke medisinsk kompetanse for å sikre klinisk nytte og god ressursbruk. HOD har i sin handlingsplan for fastlegeordningen avsatt midler til et nasjonalt senter for kvalitetsutvikling i allmennmedisin. Senteret skal bygge på erfaringene fra Senter for kvalitet i legekontor (SKIL), som har relevant kompetanse for dette formålet.

Det er ikke klart hvordan behovet for forskningsmessig underlag for nasjonale anbefalinger skal sikres, både pasientperspektiv og helsefaglig perspektiv.

Rapporten understreker at myndighetene bør følge med på utviklingen innen spredning av velferdsteknologi, samt realisering av de gevinster velferdsteknologien kan gi. Det foreslås derfor at det skal etableres resultatindikatorer, som kan brukes til å måle gevinst på pasient/brukernivå, særlig med hensyn til funksjons- og mestring. Basis for datamaterialet skal være registreringer gjort i tjenestene. Det er angitt en rekke formål med slike indikatorer, herunder muligheten for kvalitetsvurdering i offentligheten.

Det er forholdsvis enkelt å lage indikatorer for struktur og prosess for disse tjenestene. Det er derimot krevende å utvikle og implementere resultatindikatorer. De variablene som lett lar seg måle, er ofte ikke valide uttrykk for kvalitet. Valide indikatorer vil trolig være mulig å definere (PROMs og PREMs), men vil oftest være arbeids- og/eller kompetansekrevende å registrere. En fortløpende registrering vil knapt være gjennomførbar innenfor gitte ressursrammer i pleie- og omsorgstjenesten. Egenrapportering er en mulighet, men mange skrøpelige pasienter vil ikke kunne fylle ut skjemaer. Grunnlaget for sammenligning mellom bydeler/kommuner som kan brukes til offentlig innsyn kan være svakt på grunn av sosioøkonomisk variasjon o.a. Kobling av resultatindikatorer til eventuell Kvalitetsbasert/Innsatsstyrt finansiering vil gi økt risiko for feilrapportering.

Alternativet kan være begrensede intervjuer/undersøkelse av et utvalg pasienter/brukere.

Rapporten omtaler konsept for datadeling som et hovedpunkt. Utvikling av DHO krever effektiv informasjonsdeling, mellom tjenester, forvaltningsnivåer, og mellom pasient og tjeneste.

Legeforeningen har i sommer besvart en høring fra Helsedirektoratet og en fra E-helsedirektoratet om samme tema, henholdsvis "Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling" fra Helsedirektoratet, og "Datadeling for digital hjemmeoppfølging" fra E-helsedirektoratet. Vi viser til våre utfyllende kommentarer i disse høringsuttalelsene.

Vi støtter Direktoratet for e-helse i at feltet er såpass umodent at det ikke bør anbefales én nasjonal løsning for datadeling i DHO nå. Når det gjelder valg av teknisk standard for grensesnitt mellom systemer, kan FHIR være egnet. Valg av standard for grensesnitt bør styres av en analyse av funksjonell egnethet, kost ved realisering og risiko. Hvis FHIR er billig, rask å etablere og tilfredsstillende brukernes behov, vil den være egnet. Ikke alle tekniske grensesnitt behøver bruke den samme standarden, så mulighet for gjenbruk av allerede eksisterende grensesnitt og standarder bør alltid vurderes, selv om de kan være både gamle og lite "trendy". Det er fare for å havne i en standardiserings-felle, der bruk av en spesifikk teknisk standard er viktigere mål for noen aktører, enn brukernes behov for å få IKT-støtte til sitt arbeid i klinikken. Taperne vil da være helsepersonell og pasienter.

Med hilsen

Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Kari Jussie Lønning
Fagdirektør/lege

Tor Carlsen
Spesialrådgiver