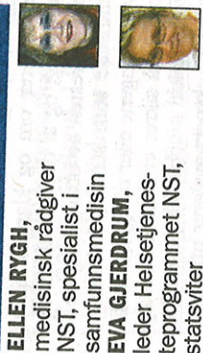


- Delt behandlingsansvar mellom spesialister og primærhelsetjeneste kan gi bedre behandling ved intermedieravdelinger som sykestuer, forsterkede sykehjem og i ambulante team. Bruk av telemedisin styrker og utvikler mulighetene for slikt samarbeid, mener artikkelforfatterne.

Verktøy for bedre resultater

Telemedisin



ELLEN RYGH, medisinsk rådgiver NST, spesialist i samfunnsmedisin
EVA GJERDRUM, leder Helsejerneteprogrammet NST, statsviter

I TRONDHEIM KOMMUNE har man påvist at sluttbehandling av eldre pasienter i et forsterket sykehjem etter sykehusinnleggelse gir bedre resultater enn fortsatt oppfølging på sykehus. Foruten god medisinsk oppfølging ble det satset på en tett dialog med pasienten, de pårørende og det lokale nettverket i kommunen. Resultatet var mindre dødelighet, færre reinnleggelse og mindre bistandsbehov i hjemmet etter utskrivning (1).

Også andre steder har formell samhandling mellom allmennlege og spesialistteam gitt bedre behandlingsresultater (2, 3, 4).

Den tause kunnskapen

Ved Nasjonalt senter for telemedisin (NST) har vi de senere årene vært involvert i flere prosjekter der tilsvarende løsninger kombineres med telemedisin. Ett eksempel er Avdeling for observasjon og etterbehandling på Fosen, hvor personalet daglig har felles morgenmøte med medisinsk avdeling på Orkdal sykehus via videokonferanse. På denne måten oppstår ett behand-

lingsteam med delt ansvar for pasientene, og med felles journalsystem hvor medisinske data overføres via internett (5).

Når behandling foregår i denne tette dialogen mellom alle involverte parter, vil den mer implisitte «tause kunnskapen» om pasientens nettverk, preferanser og verdier og om lokale forhold og kultur bli ivarerett, noe som kan være avgjørende for kvalitet og kontinuitet i behandlingen. Dette kan være en av årsakene til at behandlingsresultatet kommer bedre ut i slike løsninger.

Fjernveiledning

Telemedisinske løsninger kan bidra til desentralisert og mer likeverdig tilgang til tjenestene, samtidig med at man opprettholder behandlingskvaliteten og tilgjengeligheten til spisskompetansen ved behov.

Samhandlingsarenaene kan etableres virtuelt, for eksempel med videokonferansemøter. Sykehusets team kan gi fjernveiledning til pasient og pårørende, til primærlege og hjemmetjenester uavhengig av geografiske avstander. Belastende reiser og sykehusopphold kan reduseres og helsepersonellens tid benyttes på en rasjonell måte. Dette gir en kvalitetsheving av behandlingen, en kompetanseheving hos personalet og en myndiggjøring av pasienter og pårørende.

Bedre samhandling og kontinuitet i pasientforløpene har vært på dagsordenen i flere år, og det er skrevet mangfoldige offentlige ut-



VIRTUELT: Kommunellege Morten Jønsvold og sykepleier Liz Raaken på Fosen har felles morgenmøte med Medisinsk avdeling på Orkdal sykehus.

Foto: Chris Guldberg/ St. Olavs Hospital

redninger om dette. Fortsatt er mange av de foreslåtte løsningene bare på prosjektstadiet, og ikke i alminnelig bruk.

Isolerte, digitale øyer

En av hovedutfordringene er å få til en sømløs informasjonsutveksling mellom de samhandlende parter. Problemet er at helseregioner, helseforetak, kommuner og legesentra har fått utvikle seg til isolerte, digitale øyer i dagens Norge. De ulike journalsystemene snakker ikke sammen, og lovverket tillater ikke en automatisk informasjonsutveksling mellom journalsystemene (6).

For å løse disse utfordringene må det tas overordnede politiske og styringsmessige grep, hvor det må vurderes endringer i regelverket og

en videreutvikling av journalløsningene, som kjernejournal og systemer med distribuert lagring av opplysninger. Spesielt viktig er det at kommunehelsetjenesten snarest tilknyttes Helsenettet og får elektroniske journalsystemer som gjør kommunikasjon med de andre samarbeidspartene mulig.

ISF i stampe

Manglende økonomiske stimuleringsordninger for samhandling og desentralisering av tjenestene er et annet viktig problem. I dag er finansieringsordningene ikke tilpasset at vi i økende grad bruker teknologi i samhandlingen mellom de ulike tjenestene i helsevesenet. De er heller ikke tilpasset at dette kan medføre at arbeidsoppgaver kan flyttes fra ett nivå til ett annet. Den som får endrede/økte arbeidsoppgaver, får ikke nødvendigvis kompensert for dette.

Primærhelsetjenestens takstystem åpner i svært liten grad for finansiering av telemedisinske konsultasjoner, og sykehusene kan «tape» på at samhandling ikke honoreres i innsatsstyrt finansiering (ISF).

Vi vet også at ISF-ordningen ikke er tilrettelagt for ambulante team eller politimikk over videokonferanse. Spesialisten må møte pasientene ansikt til ansikt.

Endelig fremdrift?

I en evaluering av ISF-ordningen fra Sosial- og helsedirektoratet fra

juli 2007 foreslås flere tiltak som kan få fart i samhandlingen. Det nevnes stadig stimulering med ørmerkede tilskudd hvor kommuner og sykehus utvikler partnerskap i sone mellom forvaltningsnivåene, som distriktsmedisinske sentre, felles akuttinntak, forsterkede sykehjem og sykestuer. I så fall regner vi med at dette også vil omfatte telemedisinsk samhandling. Det anbefales ISF-ordninger for ambulante tjenester hvor spesialisten reiser ut til pasienten eller til det kommunale team, og at slike møter kan foregå på videokonferanser i områder med store avstander.

Det er positivt når rapporten fremhever at premissene for samhandling må ta utgangspunkt i primærhelsetjenesten og ikke dikteres fra spesialisthelsetjenestens ståsted alene. Videre er det positivt at det anbefales å utrede en særskilt finansieringsordning for telemedisin i primærhelsetjenesten, men etter vår mening er det av størst betydning å foreta en vurdering av finansieringsordningene i spesialist- og primærhelsetjenesten i sammenheng med tanke på stimulering til økt samhandling mellom nivåene generelt og med telemedisin spesielt.

Det gjenstår bare at politikere og myndigheter snarest følger opp sine gode intensjoner, slik at løsningene som gir bedre behandlingskvalitet og effektivitet, kan tas i rutinemessig bruk der det er hensiktsmessig.

redaksjonen@dagensmedisin.no