

Kronikk

Send debattinnlegg, kronikker samt fagartikler til debatt@dagensmedisin.no. Lengden på debattartikler er maksimalt 3500 tegn inkl. mellomrom, kronikk-lengden på 6000 tegn inkl. mellomrom. Fagartikler: 7000 tegn inkl. mellomrom. Lengre innlegg må forkortes. Foto av forfatteren vedlegges manuskriptet.

– Samtidig som vi ser tendenser til endring i relasjonene mellom profesjon, stat og marked i utvikling av systemene, ser vi at ny ekspertise har tatt plass ved siden av medisin og administrativ ledelse. Den nye ekspertisen kan både håndtere teknologien og navigere i det raskt endrede IKT-feltet, skriver kronikkforfatterne.

Hva gjør IKT med Helse-Norge?

IKT

AUD OBSTFELDER,
Nasjonalt sentre
for telemedisin og
Avdeling for sykepleie
og helsefag,
UiTø
**ANN THERESE
LOTHERINGTON**,
Norut samfunns-
forskning AS
SUSAN HALFORD,
School of Social
Science, University
of Southampton



NORGE HAR I ti år hatt en aktiv politikk for å endre helsesektoren gjennom økt bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i både klinisk og administrativt arbeid. Lovnadene som ligger i teknologien, er knyttet til kvalitet på tjenestene og en mer effektiv drift. IKT har kommet til å representere en viktig løsning for sentrale utfordringer helsesektoren står overfor.

Noe er på gang

Den offentlige debatten om IKT i helsesektoren har derfor også naturlig nok dreid seg om effektene, eller snarere mangelen på slike, og hva som kan gjøres for å øke bruken og utnytte potensialene optimalt. Det argumenteres på den ene siden med at helsesektoren er lite endringsvillig, mens sektoren selv hevder at løsningene er for lite tilpasset deres behov.

I forskningsmiljøene strides det om hvordan effektene skal måles – og om hvordan brukerstøtten skal forstås og håndteres. Alt dette er viktig for å forstå hva som skjer i helsesektoren, men vi vil i det følgende argumentere for at til tross for de tilsynelatende manglende effektene, skjer det grunnleggende endringer i helsesektoren som følge av IKT-politikken. Gjennom et større forskningsprosjekt som er finansiert av Norges forskningsråd, har vi sett nye aktører og ny ekspertise sette dagsordenen og legge foringer på utviklingen av fremtidens Helse-Norge.

Nye aktører

Vel så mye som bruk/ikke-bruk og effektivitet/kvalitet, handler IKT i helsesektoren om å oversette lovnadene i teknologien til fungerende systemer. I kjølvannet av dette overstelesarbeidet mobiliseres det for helsesektorens nye aktører, nemlig private utviklere og leverandører av IKT-løsninger. I tillegg får sektorens



EN NYTID: De nye aktørene i helsesektorens IKT-marked utfordrer den statusen og posisjonen som leger og helseadministrasjonen tradisjonelt har hatt. Her illustrert ved lege Elisabeth Ellefsen Sjaeang og Heidi Jacobsen (t.h.), representant for en IKT-leverandør. Foto: Jan Fredrik Frantzen/NST

eger IKT driftspersonell nye roller og ny status.

De nye aktørenes interesser og suksesskriterier er ikke alltid sammenfallende med klinikerne, administrasjonens eller myndighetenes interesser. De nye aktørene utfordrer den statusen og posisjonen som leger og helseadministrasjon tradisjonelt har hatt. I og med sin ekspertise på IKT har de ansvar for utvikling, innkjøp og drift av løsninger og nettværk. Dermed blir de sentrale premisseleverandører for hvilke systemer som blir implementert i helsesektoren, for hva systemene kan gjøre og hvilke helsetjenester som kan tilbys.

EPJ – og lønnsomhet

For de private IKT-leverandørene anses helsemarkedet som et potensielt lukrativt marked. Mulighetene for å etablere forretningsvirksomhet, og ekspandere, er store. Dette har betydning for måten de opptrer på. Utviklingen og utbredelsen av elektronisk pasientjournal (EPJ) i Norge er et godt eksempel på dette. På begynnelsen av 1980-tallet så vi spredte lokale initiativ der leger og IT-personell, i tett samarbeid, utviklet spesialtilpassede systemer. De første IKT-løsningene på sykehusene kunne

driftes av egen IT-avdeling. IT-personellet kjente systemet og visste hvordan det var bygd opp.

Etter hvert som ambisjonene vokste, ble private industripartnere koplet inn. Ut over 1990-tallet, da IKT-politikken ble mer aktiv, ble presset for å utvikle nasjonale stan-

darder, stort. Et nasjonalt EPJ-prosjekt ble etablert med IKT-ledere fra de fem universitetssykehusene involvert. For det konkrete utviklingsarbeidet måtte prosjektet ha industripartnere, og kun ett multinasjonalt firma fremsto som et aktuelt alternativ. Denne leverandøren hadde kjøpt opp de norske produsentene, som ellers kunne ha vært aktuelle.

For leverandøren var det ikke lønnsomt å utvikle EPJ kun for det norske markedet. De leverte derfor ikke et skreddersydd system. For klinikerne ble det vanskelig å få gehør for endringer og ny funksjonalitet i systemet. Dette skapte misnøye med både leverandøren og systemet. Når de lokale systemene ble byttet ut med kommersielle produkter som var mer driftsikre og hadde større kapasitet, ble det lettere for de enkelte IT-avdelingene å drifte systemene, men altså vanskeligere å foreta endringer og slik tilpasse dem til variasjon i klinisk og administrativt arbeid.

Skifte i initiativ og ekspertise
Historien forteller om et skifte i initiativ og ekspertise: Fra noe som entusiastiske leger og lokale IT-eksperter utviklet i nært samarbeid, via offentlig finansiering av et nasjonalt EPJ-prosjekt som stimulerte til samarbeid mellom IKT spesialister, klinikere og private leverandører, til monopolisering av EPJ-markedet.

Det hører med til historien at en ny, norsk leverandør etter hvert tok over og etablerte tilnærmet monopolstatus.

Samtidig som vi ser tendenser til endring i relasjonene mellom profesjon, stat og marked i utvikling av systemene, ser vi at ny ekspertise har tatt plass ved siden av medisin og administrativ ledelse. Den nye ekspertisen kan både håndtere teknologien og navigere i det raskt en-

drede IKT-feltet. Dette er en ekspertise som det er vanskelig å argumentere imot – og som samtidig er nødvendig for å ta kloke valg når det gjelder investeringer i og utvikling av systemer for implementering av IKT.

Kompetanse relatert til klinisk arbeid blir bare delvis viktig i disse beslutningene. Diskusjoner om investeringer i fremtidige IKT-systemer er i stor grad beholdt institusjonenes topledelse i samspill med aktuelle private leverandører.

En annen rasjonalitet

Dersom de nye IKT-systemene kun innebar en endring fra papir- til elektronisk baserte systemer, ville konsekvensene for helsevesenet ha vært relativt små. Poenget er imidlertid at med innføringen av de elektroniske systemene følger også nye måter å organisere arbeidet på – og nye måter å drive klinisk arbeid på. De helsetjenestene som tilbys, blir derfor av en annen karakter. De kan være bedre eller dårligere. Det er det ikke vår oppgave å vurdere. Det vil vi påpeke, er at aktører som i dag har betydelig innflytelse på beslutninger som får vidtrekkende konsekvenser for hva som tilbys gjennom det offentlige helsevesenet, ikke nødvendigvis kan kvalitetssikres og undergå offentlig kontroll.

Realisering av IKT-politikk, via private IKT-leverandører i samarbeid med IKT-eksperter i helsesektoren, betyr introduksjon av tilleggskompetanse og en ny rasjonalitet i helsesektoren. Investering i og implementering av systemene forutsetter spesialkompetanse, som både administrativ ledelse og klinikere er avhengige av for å oppnå god ledelse og kliniske mål.

Den aktuelle debatten om IKT i helsesektoren fokuserer på effekter i snever forstand. Den er oppnått av forutsetninger for storskalabruk av IKT – og om dette har betydning for effektivitet og kvalitet i helsetjenesten. Denne debatten overser at realiseringen av de teknologiske visjonene har en effekt i seg selv, og at denne effekten får mer grunnleggende konsekvenser for fremtidens helsevesen enn bruk/ikke-bruk av IKT.

redaksjonen@dagensmedisin.no



SAMMEN OM UTVIKLING: IKT-utviklingen i helsevesenet ble for 20-30 år siden styrt av leger og IT-personell lokalt i sykehusene utviklet spesialtilpassede IT-systemer i tett samarbeid. Foto: Jan Fredrik Frantzen/NST

Vesicare® uroligisk spasmyolytika, ATC-kode: G04B D08. Tablett, filmrøstet. Hver tablett inneholder 5 mg solifenacin sulfat som svarer til 3,8 mg solifenacin resp. 7,5 mg solifenacin.
Indikasjon: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære.
Dosering: Voksne: én tablett (5 mg solifenacin sulfat) én gang daglig. Dosen kan økes til 10 mg én gang daglig etter behov. Barn og unge: Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentert. Vesicare bør derfor ikke brukes til barn. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon: Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR < 30 ml/min) må behandles med forsiktighet, maks 5 mg én gang daglig. Pasienter med nedsatt leverfunksjon: Pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad 7-9) må behandles med forsiktighet, maks 5 mg én gang daglig. Administrering: Tabletten kan tas uavhengig av mat og bør svelges hele med vann.

Kontraindikasjoner: Urinretensjon, alvorlige gastrointestinale sykdommer (inkludert toksisk megacolon), myasthenia gravis eller trangvinklet glaukom og hos pasienter som står i fare for å utvikle disse sykdommene. Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor et eller flere av hjelpestoffene. Pasienter som gjennomgår hemodialysebehandling. Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller moderat nedsatt nyrefunksjon som behandles med den potente CYP3A4-hemmer, f.eks. ketoconazol. Annet: Vesicare kan forårsake arytmi-årsaker til hyppig vannlating (hjelpestoffet eller nrysekdommer) bør vurderes for behandling med Vesicare innledes. Ved urinveisinfeksjon bør egnet antibakteriell behandling innledes. Brukes med forsiktighet av pasienter med klinisk betydelig blæreobstruksjon med risiko for urinretensjon, gastrointestinale obstruktive sykdommer, risiko for nedsatt gastrointestinallmotilitet, alvorlig nedsatt nyrefunksjon, moderat nedsatt leverfunksjon, samtidig bruk av den potente CYP3A4-hemmer, hiatushernie/gastroesofageal refluks og/eller pasienter som behandles med risikofullt legemiddel (sulfonamider) som kan forårsake eller føre til en forverring av esofagitt, autonom nevropati. Sikkerhet og effekt er ennå ikke undersøkt hos pasienter med en nevrogen årsak til detrusor-overaktivitet. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, spesielt for form for hereditær laktosemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet.

Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon: Samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge effekter, spesielt for form for hereditær laktosemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Interaksjon med andre legemidler som har antikolinerge effekter, spesielt for form for hereditær laktosemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon: Samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge effekter, spesielt for form for hereditær laktosemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet.

Effekten sees etter en ukens behandling og stabiliserer seg i løpet av de neste 12 ukene. En ubehagelig langtidstudie viste at effekten opprettholdes i minst 12 måneder. Graviditet og amming: Forsiktig bruk bør utvises ved skrivekring til gravide kvinner. Bruk av Vesicare bør unngås under amning. Påvirkning av evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner: Da solifenacin, som andre antikolinergika, kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, sømnlens og tretthet, kan evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner påvirkes negativt. Bivirkninger: Klasse-spesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørhet, forekom hos 11% behandlet med 5 mg én gang daglig, hos 22% behandlet med 10 mg én gang daglig, og 4% behandlet med placebo. Vanlige (>1/100, <1/10): Forstoppelse, kvalme, dyspepsi, abnormalknærter, tåkesyn. Mindre vanlige (>1/1000, <1/100): Gastroesofageale refluksykdommer, torr hals, urinveisinfeksjon, øysett, sømnlens, dysgeusia, tørre øyne, tretthet, perifer ødemer, nasal turrhet, torr hud, vannlatingsproblemer. Sjeldne (>1/1000, <1/100): Obstruksjon i colon, fekal impaksjon, urinretensjon. Der er ikke sett allergiske reaksjoner under den kliniske utviklingen, men at allergiske reaksjoner kan oppstå kan aldri utelukkes.

Pakninger og priser: 5 mg, 30 stk: 463,70. 5 mg, 90 stk: 1323,60. 10 mg, 30 stk: 562,30. 10 mg, 90 stk: 1528,70. Sist endret: 01.01.2005 T: 40a). Refusjon: Legemidlene under bokstav a) refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje. Basert på preparatomiale godkjent av Statens Legemiddelverk 18.08.2004. Full preparatomiale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Innneholder av markedsføringsstillelse (MATT): Astellas Pharma AS, Glostrup, Danmark.