

Prosjektrapport

Juridiske aspekter ved bruk av telemedisin i desentralisering av spesialisthelsetjenester

Rapport fra forprosjekt

Ellen Kari Christiansen
Leif Erik Nohr

Tittel: Juridiske aspekter ved bruk av telemedisin i desentralisering av spesialisthelsetjenester

NST-rapport: 01-2009

Prosjektleder: Ellen K. Christiansen

Forfattere: Ellen K. Christiansen og Leif Erik Nohr

ISBN: 978-82-8242-001-3

Dato: 23.12.2008

Antall sider: 80

Emneord: Desentralisering. Telemedisin. Juridiske hindringer.

Oppsummering:

Denne rapporten skal være starten på en mer samlet og helhetlig vurdering av juridiske problemstillinger knyttet til bruk av telemedisin i desentraliseringen av spesialisthelsetjenester. Utgangspunktet for vårt arbeid her vært spørsmålet om det er riktig at "juridiske floker" står i veien for innføringen og bruk av velfungerende telemedisinske løsninger i desentraliserte spesialisthelsetjenester.

Deling og utveksling av informasjon er en viktig forutsetning for samarbeid, samhandling og også desentralisering, noe som også blir diskutert i denne rapporten. Helsedepartementet har nå til utredning mulige lov- og forskriftsendringer for å forenkle slik informasjonsdeling, også gjennom tilgang på tvers av virksomheter.

Mangel på økonomisk likestilling mellom tradisjonelle tjenester og telemedisinske løsninger anses som en vesentlig hindring for innføring av telemedisinske tjenester i stor skala der dette er hensiktsmessig. Regelverket vedrørende finansiering må endres slik at det legges til rette for økonomisk likestilling.

Videre medfører bruk av telemedisinske virkemidler nye roller og arbeidsformer, noe som krever til dels omfattende tilpasninger i helsepersonellens hverdag. Praktiseringen av gjeldende regelverk bør gjennomgås med tanke på bruk av telemedisinske tjenester og tilbud. Ansvarsfordeling, samtykke, dokumentasjonsplikt og ivaretagelse av pasientrettigheter generelt er særlig sentrale temaer. Vi foreslår at det utarbeides en telemedisinsk veileder/håndbok til bruk for helsepersonell med blant annet dette som tema.

Utgiver: Nasjonalt senter for telemedisin
Universitetssykehuset Nord-Norge
Postboks 35
9038 Tromsø
Telefon: 77 75 40 00
E-post: info@telemed.no
Internett: www.telemed.no

Det kan fritt kopieres fra denne rapporten hvis kilden oppgis. Brukeren oppfordres til å oppgi rapportens navn, nummer, samt at den er utgitt av Nasjonalt senter for telemedisin og at rapporten i sin helhet er tilgjengelig på www.telemed.no.

English summary

Title: **Legal Aspects of decentralizing specialist health care by telemedicine**

Abstract: This report is based on a two year pre-project study performed by the two legal advisers at the Norwegian Centre for Telemedicine. The project has been financed by internal funds in addition to financial support from "HIT Nord-Norge".

The study was initiated by a number of projects, articles and public documents that pointed out legal issues as being a challenge to decentralization in general and decentralization by telemedicine means in particular. In this study project the authors wanted to find these legal challenges, find out if they were in fact challenges and begin to discuss some of the more important issues. The study was carried out through a combination of literature studies, interviews and visits to Rural Medical Centers in Norway.

The study showed that a number of legal issues of decentralization and telemedicine need to be assessed and clarified if decentralized specialist health care shall be successful and for these services to be able to perform within safe and responsible frameworks. Some of the most important issues were professional responsibility and good practice, patient consent and information, documentation, sharing of information and issues concerning reimbursement of services.

This report presents the findings of the project study and our discussions regarding some of the most important legal issues from a decentralization perspective. Hopefully, the report can provide valuable input to the discussion of decentralizing tertiary services and also be a basis for further work on many of these issues.

Forord

Denne rapporten er blitt til i et forprosjekt over en periode på drøyt to år. Utgangspunktet var at vi ønsket å starte prosessen med å foreta en mer samlet og helhetlig vurdering av juridiske problemstillinger knyttet til bruk av telemedisin i desentraliseringen av spesialisthelsetjenester. Vi ville se nærmere på påstanden om at "juridiske floker" står i veien for innføringen av velfungerende, telemedisinske løsninger til beste for pasientene. Dette utgangspunktet krevde en bred tilnærming til temaet. Rapporten inneholder derfor mye bakgrunnsstoff. Betraktningene rundt bruk av telemedisin i desentraliseringen av spesialisthelsetjenestene er blant annet basert på dette. Da diskusjonen rundt enkelte temaer har vært og er preget av sterke meningsytringer, har vi også valgt å gi uttrykke for egne meninger og holdninger i noen sammenhenger. Vi tror det er nødvendig å jobbe videre med disse problemstillingene, og håper å kunne gjøre det i et eventuelt hovedprosjekt i fremtiden.

Målgruppe for rapporten er først og fremst helsearbeidere, beslutningstakere på alle nivåer, jurister i sektoren, ledere og produsenter av IT-systemer til sektoren og andre som spør seg om det virkelig er juridiske hindringer for at gode, telemedisinske løsninger kan tas i bruk i desentraliseringen av spesialisthelsetjenester.

Det er mange som har bidratt i prosessen.

Vi er professor Hege Brækhus ved juridisk fakultet Universitetet i Tromsø stor takk skyldig fordi hun, i den innledende fasen av prosjektet, sa ja til å diskuterte fremdrift og innretning med oss.

Vi vil også takke alle travle intervjuobjekter som tok seg tid til å drøfte små og store problemstillinger. En særlig takk til Sonjatun helsesenter i Nordreisa kommune og Fosen distriktsmedisinske senter Ørlandet som tok så godt i mot oss og raust delte sine erfaringer i stort og smått. Beskrivelsene dere ga og problemstillingene dere beskrev, har vært en viktig forutsetning for å kunne se teori og praksis i sammenheng.

Vi vil også takke lege Astrid Buvik ved Universitetssykehuset Nord-Norge, både for samtaler om takstsystemer og kvalitetssikring av beskrivelsen av "ortopediprojektet". Elisabeth Sjaaeng og Eli Arild ved Nasjonalt senter for telemedisin har vært med og diskutert beskrivelsen av "dialyseprosjektet", det samme har overlege Marcus Rumpfeldt ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Stor takk til dere alle tre.

Vi takker også Berit Sandnes ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Eva Wensaas og Fredrik Hanssen fra Sosial-og helsedirektoratet for deres tålmodige forsøk på å innvie oss i DRG-systemets mysterier.

I den grad rapporten likevel skulle lide av feil og/eller mangler, skal det tilskrives forfatterne. Uten all den hjelp vi har fått, ville de ha vært flere og større.

Vi takker også HIT Nord-Norge for økonomisk tilskudd til prosjektet.

Tromsø/Brisbane, 12. januar 2009

Ellen Kari Christiansen og Leif Erik Nohr

Innhold

1.	Innledende oppsummering	7
1.1	Ansvarsforhold og desentralisering av tjenester.....	7
1.2	Samtykke	8
1.3	Dokumentasjon	8
1.4	Formidling av pasientinformasjon	9
1.5	Betalingsordninger og takster	10
1.6	Rapportens oppbygning.....	10
2.	Bakgrunn for forprosjektet	12
2.1	Juridiske hindringer?.....	12
2.2	Noen utviklingstrekk.....	12
3.	Telemedisin og desentralisering	15
3.1	Eksempler på desentraliserte spesialisthelsetjenester	16
3.1.1	Ortopediprojektet UNN – Sonjatun	16
3.1.2	”Dialyseprosjektet”	17
3.1.3	Fosen DMS - avdeling for observasjon og etterbehandling	18
4.	Metode og rettskilder	23
4.1	Tradisjonell juridisk metode	23
4.2	Omtale av informasjonsteknologi i helselovgivning og forarbeider	23
4.3	Rundskriv om telemedisin og ansvar	25
4.4	Litteraturstudier	25
4.5	Intervjuer og besøk	25
4.6	Avsluttende betraktninger	26
5.	Drøftinger	27
5.1	Innledning	27
5.2	Telemedisin og kravet til forsvarlig virksomhet.....	27
5.3	Ansvarsforhold generelt.....	27
5.3.1	Innledning	27
5.3.2	Forsvarlig virksomhet.....	28
5.3.3	Den enkelte helsearbeider og kravet til forsvarlighet.....	28
5.3.4	Den enkelte virksomhet og kravet til forsvarlighet – systemansvaret.....	29
5.3.5	Kommunehelsetjenesten og kravet til forsvarlighet	29
5.3.6	”Sørge-for”- ansvaret	29
5.3.7	Ansvar for journalføring	30
5.3.8	Pasientansvarlig lege.....	31
5.3.9	Behandlingsansvarlig lege.....	32
5.3.10	Informasjonsansvarlig	32
5.3.11	Databehandlingsansvarlig og databehandler	32
5.4	Ansvarsforhold og telemedisin.....	33
5.5	Nærmere om ansvarsforhold og desentralisering av tjenester.....	34
5.6	Samtykke	36
5.6.1	Innledning	36
5.6.2	Krav til samtykke.....	36
5.6.3	Samtykkets omfang	37
5.6.4	Samtykkets varighet	37

5.6.5	Samtykke til behandling og samtykke til informasjonsbehandling	37
5.7	Dokumentasjonsplikten	38
5.8	Formidling av pasientinformasjon	39
5.8.1	Innledning.....	39
5.8.2	Hovedregelen om taushetsplikt.....	40
5.8.3	Unntak fra taushetsplikten.....	41
5.8.4	Helseregisterlovens hovedregel om tilgang til helseopplysninger	44
5.8.5	Samspillet mellom bestemmelsene om taushetsplikt og kravet til sikring av data	45
5.8.6	Diskusjon.....	45
5.9	Betaling og takster.....	50
5.9.1	Forskrift FOR 2000-12-01 nr 1389 og ortopediprojektet	50
5.9.2	Gjeldende regelverk fra 1. januar 2008.....	51
6.	Konklusjoner og diskusjon	53
	Forkortelser	57
	Ordlister	57
	Referanser	58
	VEDLEGG A: Definisjoner av telemedisin og eHelse	62
	VEDLEGG B: Desentralisering av spesialisthelsetjenester	66
	VEDLEGG C: Intervju.....	76
C.1	Intervjuguider.....	76
C.1.1	Intervjuguide helsepersonell	76
C.2.2	Intervjuguide leverandører	76
C.2.3	Intervjuguide helseadministratorer	77
C.2	Utdrag fra intervjuene.....	78
C.2.1	Sammendrag av synspunkter i intervjuene	78
C.2.2	Helsepersonell.....	78
C.2.3	Leverandører.....	79
C.2.4	Helseadministratorer	80
C.2.4.1	Generelt.....	80
C.2.4.2	Ansvarsforhold	81
C.2.4.3	Økonomi	82
C.2.4.4	Informasjonsbehandling og dokumentasjon	82
C.2.5	Fra pasienthold	82

1. Innledende oppsummering

Vi har i rapporten diskutert juridiske aspekter knyttet til desentralisering av spesialisthelsetjenester generelt, og spesielt problemstillinger som aktualiseres når det desentraliseres ved hjelp av telemedisinske virkemidler. Deretter har vi drøftet hvorvidt det er juridiske hindringer som står i veien for å desentralisere spesialisthelsetjenester ved hjelp av telemedisinske virkemidler.

Følgende definisjon av telemedisin fra *Advanced Informatics in Medicine* (1991) er lagt til grunn for våre drøftinger:

"Telemedisin er: Undersøkelse, overvåkning, behandling og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienten eller relevant informasjon er geografisk plassert."¹

Dette er den samme definisjon som benyttes ved Nasjonalt senter for telemedisin (NST)².

Flere definisjoner av begrepet telemedisin fremgår av rapportens vedlegg A, der det også er gjengitt en rekke definisjoner av det tilgrensende begrepet eHelse.

Rapporten bærer preg av at dette er et forprosjekt med et forholdsvis bredt nedslagsfelt. En vesentlig målsetting har vært å legge grunnlaget for videre utredninger på mer begrensede saksfelt. Det vil bli aktuelt med oppfølging i form av artikler, delrapporter og foredrag.

Fremstillingen er bygd på en gjennomgang av relevante rettskilder, eksempler, betraktninger rundt desentralisering generelt, sammendrag av intervjuer, momenter fra befaringer og samtaler, samt synspunkter fremkommet i forbindelse med seminarer/workshops. I noen grad har vi også valgt å gi uttrykk for egne meninger.

Det har ikke vært vårt mål å gi endelig svar på alle de spørsmål som kan diskuteres. Vi har ønsket å legge til rette for en videre diskusjon og legge grunnlag for vårt videre arbeid. Vi håper også at våre betraktninger kan være egnet til engasjere andre med interesse for feltet.

Følgende tema er viet særlig oppmerksomhet i denne rapporten:

1.1 Ansvarsforhold og desentralisering av tjenester

Helsepersonell kan ha behandlingsansvaret for en pasient i en konsultasjon uten at pasient og lege møtes fysisk. Dette følger blant annet av rundskrivet om telemedisin og ansvar (2). Spørsmålet om forsvarlighet skal vurderes på samme måte som i konsultasjoner ansikt-til-ansikt. Resultatet av en slik vurdering vil blant annet være avhengig av om kvaliteten på den informasjonen som er mottatt er god nok, helsepersonellens kompetanse og erfaring og omstendighetene ellers i det enkelte tilfellet.

¹ <http://telemmed.custompublish.com/nsts-definisjon-av-telemedisin.43862-42656.html> (sist sett 22.12.08)

² <http://www.telemmed.no/>

Dette gjelder uavhengig av om telemedisinske virkemidler benyttes eller ikke. Dersom behandling via telemedisin ikke vurderes som forsvarlig i situasjonen, må pasienten eventuelt innkalles, eller behandlingen må på annen måte innrettes slik at den vurderes som forsvarlig.

Helsevesenet har et omfattende ansvar for de pasienter som behandles. Dette ansvaret er for en stor del definert i lovgivningen. I tillegg til den enkelte helsearbeiders ansvar for å yte helsehjelp i samsvar med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven (hlspl) § 4 (3), har vi systemansvar, "sørge-for"-ansvaret, funksjonen som journalansvarlig, pasientansvarlig lege, behandlingsansvarlig lege og informasjonsansvarlig. Ved elektronisk behandling av pasientopplysninger må også databehandlingsansvaret og databehandleransvaret ses i sammenheng med disse.

Det har vært kritisert at ikke alle disse funksjonene har vært like godt ivaretatt innenfor dagens system. Ved desentralisering av spesialisthelsetjenester, der tjenestene organiseres på andre måter enn tidligere og helsepersonell til dels skal fylle nye roller, er det særlig viktig at ansvarsforholdene rundt pasientene gjennomgås og plasseres. Dette er blant annet nødvendig for å sikre at pasientenes rettigheter ivaretas uavhengig av hvordan man velger å organisere tjenestene.

1.2 Samtykke

Hovedregelen er at all pasientbehandling og all behandling av pasientopplysninger er basert på samtykke fra pasienten. Det er få formkrav til samtykket, men det må fremgå klart hva det samtykkes til og helsepersonell har ansvar for å informere pasientene på en slik måte at de har grunnlag for å vurdere sitt samtykke. Samtykket antas også å omfatte tillatelse til at helsepersonell kan behandle, herunder dele, opplysninger om pasienten i den grad det er nødvendig for den behandling han eller hun har behov for.

Elektronisk behandling av pasientopplysninger forutsetter i de fleste tilfeller ikke særskilt samtykke fra pasienten. Dokumentasjonsplikten og plikten til å lagre pasientopplysninger tilstrekkelig sikkert i et journalsystem har hjemmel i lov og vil slik sett ikke være gjenstand for samtykke fra pasienten.

1.3 Dokumentasjon

Nye arbeidsformer stiller i enkelte sammenhenger særlige krav til klargjøring av ansvar og funksjonsfordeling i den nye "settingen". Dette kan være tilfellet når telemedisinske virkemidler benyttes i desentraliseringen av spesialisthelsetjenester.

I tråd med rundskrivet om telemedisin og ansvar følger kravet til dokumentasjon ved telemedisinske konsultasjoner de samme prinsippene som ved ansikt-til-ansikt konsultasjoner: Det er "den som yter helsehjelp" som skal føre journal. Man kan imidlertid ikke se bort fra at også annet helsepersonell som er involvert i situasjonen, uten å være definert som "den som yter helsehjelp", har behov for og bør dokumentere sin deltakelse. Av hensyn til forsvarligheten og ivaretagelsen av pasientenes rettigheter, er dette også blant de forhold som bør avklares mellom de som deltar.

1.4 Formidling av pasientinformasjon

Helseregisterloven § 13 er til hinder for at ansatte i én virksomhet kan gis tilgang inn i en annen virksomhets elektroniske pasientjournalssystem, i hvert fall med de tilgangskontrollsystemer vi i dag har til rådighet. Dette innebærer at de ikke kan tilegne seg pasientopplysninger på denne måten. De kan heller ikke nedtegne opplysninger om sin behandling av pasienter de har (med-)ansvar for. Slik tilgang, også kalt "tilgang på tvers", kan heller ikke gjøres til gjenstand for samtykke fra pasienter: Det er ikke pasientene som skal bestemme hvem som kan få tilgang til virksomhetenes elektroniske pasientjournal-systemer.

Dette betyr ikke at pasientinformasjon ikke kan utveksles (elektronisk) mellom virksomheter. Det betyr det at man må gjøre det på en annen måte enn å gi ansatte i ett helseforetak tilgang til andre helseforetaks elektroniske pasientjournalssystem (EPJ-system). Dette henger også sammen med kravet om at før pasientinformasjon leveres ut, skal avgiver vurdere om dette er i samsvar med lovverket. Helsepersonell har også aktiv plikt til å forhindre at andre får urettmessig tilgang til pasientopplysninger.

Det er mye vi ikke vet om behov for og konsekvenser av manglende tilgang til opplysninger om pasienter i ulike sammenhenger. Kanskje blir behovet for tilgang til EPJ-systemer overvurdert fordi kvaliteten av opplysninger om pasienters medikamentbruk og utsendelse av epikriser per i dag rapporteres som hhv. ikke til å stole på og alt for sent utsendt. Med de EPJ-systemer som er tilgjengelige i dag, er det liten grunn til å tro at en "åpning" av EPJ-systemene på tvers av virksomheter skulle løse alle problemer. Dette vil blant annet kreve en gjennomgang av strukturen på journalen, slik at ansatte i andre virksomheter lett kan finne fram til relevant informasjon.

Manglende "tilgang på tvers" er særlig et problem der kommunalt ansatte i Distriktsmedisinske sentra (DMS'er) yter spesialisthelsetjenester og sykehuset godtgjør kommunen direkte for dette. Det samme gjelder i de tilfeller der personell ved et DMS er utførende personell i telemedisinske konsultasjoner med behandlingsansvarlig spesialist på videokonferanse. Kommunalt ansatte helsearbeidere kan ikke få tilgang til sykehusenes EPJ-systemer, verken for å lese eller å føre journal. Det får derimot for eksempel vikarer, ansatt i et vikarbyrå, men som er utleid til sykehusene. Det siste skulle tilsi at samme ordning burde kunne etableres for kommunalt ansatt helsepersonell ved DMS'er som utfører spesialisthelsetjenester lokalt. Det virker unødig stivbeint å skulle kreve at ansatte ved DMSene i slike tilfeller skal tilsettes i en brøkstilling ved sykehuset, dersom eneste begrunnelse for dette er at da blir det lovlig å gi dem tilgang til sykehusets journalssystem for de pasienter de har behandlingsansvar for.

EUs plan om "fri flyt" av pasientopplysninger innen 2015 er, så vidt vi forstår, tenkt basert på en samtykkebasert kjernejournaløsning. Man tenker seg et dobbeltsporet system der de enkelte tjenestetilbydere fører dokumentasjon som før, mens den enkelte pasienten råder over sin samtykkebaserte kjernejournal.

Helsedepartementet har nå satt i gang et arbeid med å se på mulige endringer av regelverket med sikte på å forenkle elektronisk formidling av informasjon i helsevesenet, herunder også såkalt tilgang på tvers.

1.5 Betalingsordninger og takster

Vi har valgt å trekke fram spørsmålet om betaling og takster selv om vi strengt tatt ikke betrakter dette som et juridisk spørsmål. På den annen side må dette ses i nær sammenheng med både plassering av ansvar, hva som anses som forsvarlig behandling og organisering av tjenestene. Dessuten er det et tema som har stått på dagsordenen så lenge telemedisinske tjenester har vært under utvikling og i bruk. Mangel på økonomisk likestilling mellom tradisjonelle tjenester og telemedisinske løsninger, blir regelmessig trukket frem som en viktig årsak til at telemedisinske løsninger ikke tas i bruk i helsevesenet i den grad mange anser som ønskelig og nødvendig.

Det er et viktig skritt på veien at telemedisinske konsultasjoner som involverer bruk av videokonferanse (VK) er blitt likestilt med ansikt-til-ansikt konsultasjoner i somatisk poliklinisk virksomhet. Dette fremgår av nye regler om innsatsstyrt finansiering gjeldende fra 1. januar 2008 (4). Dette fanger imidlertid ikke opp andre telemedisinske tilbud som for eksempel skriftlig kommunikasjon mellom behandler og pasient, stillbilder og oversendelse av hjertelyd. Og hva med planleggings- og samarbeidsmøter møter mellom pasienter, pårørende og helsepersonell som finner sted via elektroniske møter og møteplasser uten at deltakerne møtes fysisk?

Det ser ut til å være av stor betydning at det nå gripes fatt i spørsmålet om betalingsordninger og takster. I rundskrivet om telemedisin og ansvar (2), er det slått fast at det i seg selv ikke er avgjørende hvordan helsepersonell mottar informasjon om pasienten, bare den er tilstrekkelig som grunnlag for en forsvarlig behandling av pasienten. Det samme prinsippet bør legges til grunn, også når det gjelder finansiering av tjenester: Det burde ikke være avgjørende hvilket medium som benyttes i behandlingen av pasienten. Dersom behandling via andre telemedisinske tilbud enn de som er basert på virtuelle møter mellom behandler og pasient via VK vurderes som forsvarlig, bør disse likestilles med annen behandling, også med hensyn til finansiering.

1.6 Rapportens oppbygning

Kapittel 1 inneholder en oppsummering av våre konklusjoner så langt. I kapittel 2 har vi redegjort for noen utviklingstrekk som gjorde at vår interesse for dette feltet ble vekket i utgangspunktet. I kapittel 3 har vi gått nærmere inn på desentralisering ved bruk av telemedisin og gitt noen eksempler på dette. Ytterligere betraktninger rundt desentralisering generelt finnes i rapportens vedlegg A.

Metoder og rettskilder er beskrevet i kapittel 4. Spesielt for vårt tema er at både rettspraksis, nasjonalt og internasjonalt, og lovgivningen på feltet er ytterst sparsomt. Det foreligger heller ikke forvaltningspraksis av særlig omfang. Våre vurderinger er derfor i betydelig grad bygd på reelle hensyn og tanker vi har gjort oss. Mange av drøftingene har sitt utgangspunkt i eksempler vi har fått presentert. De er også basert på innspill fra intervjuobjekter med bred erfaring fra sektoren, det være seg leverandører av elektroniske pasientjournaler, helsearbeidere og –administratorer, samt enkelte synspunkter fra pasienthold.

Kapittel 5 inneholder analyse og drøftinger av det vi oppfatter som noen av de viktigste problemstillingene på feltet: Ansvarsforhold, samtykke, dokumentasjonsplikten, deling og formidling av pasientopplysninger og betaling og takster. Kapittel 6 inneholder ytterligere diskusjon og de konklusjoner det har vært mulig for oss å trekke i et forprosjekt som dette.

Vedleggene A, B og C inneholder hhv. definisjoner av telemedisin og eHelse, noen betraktninger rundt desentralisering av spesialisthelsetjenester generelt og intervjuguider og utdrag fra intervjuene.

2. Bakgrunn for forprosjektet

2.1 Juridiske hindringer?

Når det snakkes om "juridiske floker" og påpekes at det foreligger juridiske hindringer for at gode telemedisinske tjenester og løsninger kan benyttes i desentraliseringen av spesialisthelsetjenesten, henvises det svært ofte til kravene til personvern. Det hevdes i ulike sammenhenger at disse er alt for omfattende og strenge.

I et forprosjekt ønsket vi å starte prosessen med sortere ut og diskutere eventuelle juridiske problemstillinger som hindrer at telemedisinske løsninger kan implementeres innenfor gjeldende lovverk i desentraliseringen av spesialisthelsetjenester. I utgangspunktet stilte vi oss ganske enkelt følgende spørsmål: "Foreligger det juridiske hindringer?". I så fall: Hvilke? I tillegg ønsker vi å formidle noen tanker rundt disse temaene. Vi ville også konkretisere gjeldende regler og se etter eventuelle behov for lovendringer eller retningslinjer. Særlig ønsket vi å tydeliggjøre problemstillinger knyttet til forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4:

"Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient" (3).

I disse vurderingene ville vi ha særlig fokus på personvern og pasientrettigheter.

Som det vil fremgå i fortsettelsen, ble det nødvendig med noe justering av rammene etter hvert.

2.2 Noen utviklingstrekk

En viktig utløsende faktor for dette forprosjektet var utgivelsen av rapporten "Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord" (5). Rapportens fokus på desentralisering av spesialisthelsetjenesten og samhandling med primærhelsetjenesten danner et av utgangspunktene for våre betraktninger. Betydningen av å ha nære og tilgjengelige helsetjenester der folk bor ble særlig fremhevet. Rapportens formulering om at telemedisin "dreier seg om informasjonsdeling mellom enheter og nivåer...", gjør det nærliggende å anse telemedisinske virkemidler særlig egnet til å bidra til den informasjonsdelingen som er nødvendig for å få til dette, selv om begrepet telemedisin etter vår oppfatning omfatter langt mer enn informasjonsdeling mellom enheter og nivåer.

Generelt sett har utvalgets vektlegging av utveksling av pasientinformasjon som en forutsetning for effektiv desentralisering av spesialisthelsetjenester, gjort at vi fant det nødvendig å sette fokus på juridiske spørsmål knyttet til nettopp formidling av pasientinformasjon.

Vi har også funnet grunn til å trekke fram en rapport fra tilsyn med informasjonssikkerheten ved Helse Bergen HF, Haukeland universitetssykehus, datert 23. august 2006. Tilsynet ble utført av Datatilsynet, Helsetilsynet i Hordaland og Statens helsetilsyn i samarbeid. I rapporten ble det blant annet konkludert med at Helse Bergen HF ikke sikret taushetspliktbelagte pasientopplysninger tilstrekkelig mot innsyn fra ansatte som ikke har legitimt behov for opplysningene (6). Det var særlig én uttalelse i brevet som påkalte vår oppmerksomhet:

”Så vidt vi kjenner til, finst det på det noverande tidspunkt ikkje kommersielt tilgjengelege pasientjournalssystem for sjukehus med funksjonalitet som fullt ut er tilpasse krava i norsk lovgjeving.”

Denne påstanden har vi fått anledning til å drøfte med blant annet leverandører av elektroniske pasientjournaler i forbindelse med dette forprosjektet.

Omtrent samtidig med dette oppstod det en opphetet diskusjon om behandling av taushetsbelagte opplysninger i Danmark. Det kunne se ut til at motsetningene ikke var så store der som i Norge. Temperaturen i diskusjonen har likevel til tider vært høy:



The screenshot shows the website 'Dagens Medicin dk'. The main article is titled 'Lovgivningen er vanvittig' (The legislation is insane) and discusses the need to change laws regarding personal information. The author is Kjeld Leisgaard Rasmussen, a gynecologist and obstetrician at Herning Hospital. The article is dated June 2, 2006. A quote from Janni Christoffersen is included: '...patienternes oplysninger er frit tilgængelige for alle landets praktiserende læger (...) der er nogen, som får adgang til oplysninger, som de ikke har ret til.' A comment at the bottom states: 'Jeg er nu mere forundret over, at dette argument ikke er bragt på banen tidligere. for naturligvis har direktøren ret efter loven. Hun sætter præcis'.

En siste utløsende faktor for dette forprosjektet var en workshop som ble arrangert av Nasjonalt senter for telemedisin og HIT Nord-Norge i juni 2006 i Tromsø: "Tilgang på tvers og deling av pasientopplysninger". Nasjonale beslutningstakere, regionale helseforetak, helsepersonell, leverandører av elektroniske pasientjournalssystemer og ansatte i FoU-miljøer ble invitert til dagsseminar for å diskutere deling og utveksling av pasientopplysninger innenfor og på tvers av forvaltningsnivåer. Dette ble ansett som en absolutt forutsetning for effektiv desentralisering av spesialisthelsetjenester. Fra oppsummeringen kan nevnes følgende punkter:

- Behovet for informasjon om en pasient er ulikt i ulike situasjoner – problematikken er kompleks
- Det er vanskelig for ikke-jurister å forstå jussen i dette
- Kanskje burde det vært snakket mer om "tilgang på langs". Med det menes tilgang til pasientopplysninger, ikke bare i en samarbeidssituasjon, men over tid langs et livsløp

- Det er viktig å huske på at tilgang til EPJ-systemer bare er én av flere måter å dele opplysninger på. Mulige alternativer kan være meldingsutveksling, medisinkort, egenjournal, m.m.

3. Telemedisin og desentralisering

Dette kapittelet gjengir innledningsvis noen betraktninger om desentralisering og telemedisin som er omtalt i offentlige dokumenter. Deretter omtales noen eksempler på spesialisthelsetjenester som desentraliserte ved bruk av telemedisin. Når det gjelder mer generelle betraktninger om desentralisering, vises til vedlegg B.

Telemedisin har jevnlig dukket opp som tema i enkelte dokumenter som omhandler desentralisering av spesialisthelsetjenester. Telemedisin er for eksempel så vidt omtalt i Sosial-og helsedirektoratets (SHdir) rapport om DMS fra 2002, s. 5 (7). Det er der pekt på at den desentraliserte spesialisthelsetjenesten gjennom DMS skal gi bedre mulighet for nærmere kontakt mellom spesialist og den enkelte pasient. Samtidig skal det sikres at primærhelsetjenesten er sentral i formidlingen av denne kontakten. "Nærhet og kompetanseoverføring kan skje gjennom fysisk tilstedeværelse eller gjennom telemedisin."

Telemedisin er også et tema i rapporten "Samhandling og desentralisering" fra oktober 2004 (8). Bakgrunnen for denne var erkjennelsen av pasientenes behov for et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Det var særlig tenkt på pasienter som har behov for tjenester "som ingen tjenesteyter kan løse alene".

I punktet om elektronisk samhandling og telemedisinske løsninger (rapportens s. 10-11) er det innledningsvis pekt på at innføring av elektronisk kommunikasjon og meldingsutveksling i helsetjenesten har gjort informasjonsutveksling enklere og raskere. Det heter videre:

"Hovedoppgaven nå er å utvikle en informasjons- og meldingsutveksling som ved behov kan gjøre det mulig å utveksle relevant pasientinformasjon, samt aggregere og ekstrahere data fra ulike journalsystemer, på tvers av enheter og nivåer."

Utvalget mener at telemedisin kan bli et viktig redskap for desentralisering av undersøkelser og behandling, men at det vil kreve organisatoriske tilpasninger. Utviklingen av telemedisinske løsninger har imidlertid, etter utvalgets syn, gjort det mulig å få tilgang på kompetanse uavhengig av avstand. Utvalget trekker frem teleradiologi, telepsykiatri og "satellittdialyse" som eksempler på dette. I tillegg pekes det på at helsetjenesten etter hvert vil bli stilt overfor store utfordringer ved at pasienter i stadig større grad gis tilgang til egen pasientinformasjon og kunnskapskilder via Internett.

Prosjektgruppa konkluderer blant annet med å anbefale at

"...(t)elemedisinske løsninger som kan øke behandlingskvaliteten, redusere belastende reiser og som kan gi en mer effektiv samlet ressursutnyttelse må videreutvikles og brukes aktivt for å desentralisere deler av spesialisthelsetjenesten."

Rapporten inneholder også et eget referansedokument om telemedisin som samhandlingsinstrument. Her pekes det blant annet på problemene med at når telemedisinske virkemidler benyttes, "passer" det ikke med gjeldende finansieringsordninger. Pengestrømmen følger ikke endret funksjonsfordeling og fordeling av arbeidsoppgaver blant aktørene.

Telemedisin er som nevnt også omtalt i rapporten "Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord" fra mai 2005 (5). I tillegg til å vise til "juridiske floker", noe som er et av utgangspunktene for denne rapporten, var prosjektgruppen opptatt av at desentraliserte tilbud skulle komme flest mulig til gode, også i små kommuner. De pekte på at telemedisin og videobasert undervisning er virkemidler som bør tas i bruk i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene:

"For å få dette til, er det bl.a. viktig at helsetjenesten i kommunene får tilgang til eget utstyr og opplæring til å bruke det."

I rapporten erkjennes det at telemedisinske løsninger ikke har fått den utbredelse man kan forvente og ønske. Det er pekt på at én mulig årsak til dette kan være mangel på takstsystemer som gir økonomisk kompensasjon for primærhelsetjenesten.

3.1 Eksempler på desentraliserte spesialisthelsetjenester

Vi har valgt å beskrive "ortopediprojektet" og "dialyseprosjektet" fordi vi tror disse kan være egnet til å illustrere hvordan desentralisering av spesialisthelsetjenester ved hjelp av telemedisin kan gjøres i praksis. Dette kan være nyttig som "bakteppe" for lesningen av de vurderinger som følger. Fosen distriktsmedisinske senter tilbyr desentraliserte spesialisthelsetjenester, både med og uten bruk av telemedisin, og medarbeiderne der presenterte problemstillinger av stor interesse og relevans for våre vurderinger. Særlig godt synes vi eksempelet belyser problemstillingene rundt fordeling og definering av ansvarsforhold.

3.1.1 Ortopediprojektet UNN – Sonjatun³

Sonjatun distriktsmedisinske senter (Sonjatun DMS) tilbyr en rekke desentraliserte spesialisthelsetjenester til befolkningen i kommunene i Nord-Troms. Tjenestene er underlagt Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF) og omfatter rehabilitering (områdegeriatri, generell rehabilitering, afasibehandling og stemmebehandling, integrert med Statlig tyngdepunkt Afasi og Stemme), jordmortjeneste (kommunejordmortjeneste, barsel og fødselshjelp) og medisinsk behandling og observasjon (9).

"Ortopediprojektet" foregår i et samarbeid mellom Sonjatun DMS og UNN. I prosjektet ønsker en å se nærmere på desentralisering av ortopediske konsultasjoner ved hjelp av telemedisinske løsninger. En ønsker å finne ut om dette representerer et likeverdig eller bedre tilbud til pasienter i fire kommuner i Nord-Troms enn når pasientene følges opp på UNN. Dette skal gjøres gjennom en randomisert studie der halvparten av gruppen får ordinær poliklinisk behandling på UNN, mens den andre halvparten behandles ved Sonjatun via en telemedisinsk konsultasjon med spesialist på UNN. Det som skal studeres er den faglige kvaliteten av tilbudet, pasienttilfredsheten og kostnadseffektiviteten ved de to ulike behandlingsmetodene.

Ved konsultasjon på Sonjatun vil spesialisten på UNN kommunisere med pasienten og deltagende helsepersonell på Sonjatun via videokonferanse. Vedkommende har tilgang til

³ Beskrivelsen er utarbeidet i samarbeid med prosjektets leder, Astrid Buvik. Ev. feil tilskrives forfatterne.

røntgenbilder som ellers. Personellet på Sonjatun består av en eller to sykepleiere. Disse er ansatt ved Sonjatun, men UNN refunderer lønnsutgifter for dem med 4 timer per uke til DMS Nord-Troms i Nordreisa kommune. Sykepleierne har tilgang til de aktuelle pasientenes journaler på UNN. De vil ivareta oppgaver som å hjelpe til med undersøkelse av pasienten, re-gipsing, skifte på sår og tilpasning av enkelte ortoser (ortopediske bandasjer, støtteforbindinger) i de tilfeller det er nødvendig. De vil utføre sine oppgaver i samarbeid med spesialisten, som kontrollerer visuelt og etter samråd med pasienten og helsepersonellet på Sonjatun. Spesialisten har behandlingsansvaret for pasienten og må innkalle denne til UNN dersom hun finner at informasjon via telemedisinske virkemidler ikke er tilstrekkelig som grunnlag for å ordinere behandling.

Prosjektet skal omfatte til sammen 400 pasienter. Studiet skal gå over 3 år. Det er frivillig for pasienten å delta. Uansett om pasienten mottar behandling på UNN eller på Sonjatun, er det UNN som har ansvar for registrering, journalføring og utsendelse av epikriser. Dette følger av det faktum at spesialisten ved UNN har det faglige ansvaret, uavhengig av om denne befinner seg på UNN eller på Sonjatun.

3.1.2 "Dialyseprosjektet"

Dialyse er en metode for å rense avfallsstoffer og overflødig væske fra blodet, når nyrene ikke lenger klarer å skille ut slaggprodukter og regulere væskebalansen i kroppen. Dette kan gjøres på ulike måter (10) (11). Den mest utbredte dialyseformen her i landet er hemodialyse (12). Behandlingen må utføres 2-5 ganger i uken og tar fem timer per gang. I Nord-Norge mottar enkelte pasienter behandling på lokalsykehus og andre helseinstitusjoner ("satellitter") uten godkjent spesialist i nyresykdommer (nefrolog). Tjenesten er organisert på litt ulik måte, avhengig av hva som har vært mest hensiktsmessig, sett ut fra lokale forhold.

Normalt får disse dialysepasientene mindre kontakt med nefrolog enn pasienter som mottar dialyse på sykehus med nefrolog. Dette varierer noe fra fylke til fylke, men pasienter ved sykehus med nefrolog har vanligvis regelmessig kontakt med denne og kan ellers ta kontakt ved behov. I lange perioder har det ikke vært ansatt nefrolog i Finnmark fylke. Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) hadde i 2007 det medisinske ansvaret for all dialysebehandling i Finnmark.

Hensikten med *te*/dialyse er å forbedre tilbudet til dialysepasientene, herunder styrke kontakten med lege, samt å bedre kontakten mellom helsefaglig personell på satellittene med helsepersonell ved de større sykehusene. I vårt eksempel er enhetene virksomheter i to forskjellige helseforetak i samme RHF; Universitetssykehuset Nord-Norge og Hammerfest sykehus.

Opplysningene om hvordan tjenesten er organisert, er blitt skaffet til veie gjennom presentasjoner av prosjektet på web (11), (12), (13), rapport fra prosjektet (10) og via samtaler med personell som har vært involvert i prosjektet, både på UNN, ved NST og lokalt ved Hammerfest sykehus. En grundig gjennomgang av disse kildene viser at ikke all informasjonen er entydig og stemmer helt over ens. Vi antar dette blant annet kan skyldes at det er blitt foretatt justeringer underveis, uten at dette er blitt korrigert i beskrivelser og rapporter. Det er også en mulighet at aktører på ulike nivåer har noe ulik oppfatning av hvordan prosedyrene er/skal være i praksis.

3.1.2.1 Teledialyse i praksis

Pasienten mottar dialysen ved sitt lokale sykehus eller helsesenter. I vårt eksempel befinner pasienten seg på Hammerfest sykehus. Det benyttes VK mellom spesialisthelsetjenesten på UNN og helsepersonell og pasienter ved Hammerfest sykehus, og det skjer i noen grad overføring av datateknisk og klinisk informasjon fra dialysebehandlingen direkte til UNN.

Lokalt ansatte spesialutdannede sykepleiere ved Hammerfest sykehus ivaretar behandlingen av pasienten og gjennomfører dialysen der. Disse har hyppig kontakt over videokonferanse og telefon med dialyseavdelingen ved UNN. Her diskuteres problemer/spørsmål løpende. Nefrologen ved UNN og sykepleierne ved Hammerfest sykehus møter pasientene sammen på VK én gang per måned. Sykepleierne i Hammerfest deltar på internundervisning ved UNN via VK en gang hver 14. dag. Systemet brukes også i øyeblikkelig hjelp situasjoner når det er nødvendig⁴.

3.1.2.2 Ansvar for og dokumentasjon av tjenesten

Slik systemet er bygd opp, kan det være nærliggende å omtale satellittene som "UNNs forlengete arm" ut i distriktene. Dette gjenspeiler seg til en viss grad i dokumentasjonsrutinene.

Nefrologen på UNN har det medisinskfaglige ansvaret for pasienten, og pasienten har sin journal der. Det administrative og faglige ansvaret for selve teledialysen er tillagt ansvarlig lokalt sykehus eller behandlingsinstitusjon. I kapittel 5 under punktet om ansvarsforhold blir disse problemstillingene diskutert nærmere.

UNN fører journal på pasienten. Etter elektronisk visitt via VK skriver nefrologen på UNN et notat som oversendes satellitten elektronisk. Epikriser utformes også på UNN. Disse overføres elektronisk til Hammerfest, der det skrives ut og legges på pasientens journal ved Hammerfest sykehus. Den lokale journalen er papirbasert og består ellers, så vidt vi skjønner, av dagsrapporter som er utformet lokalt.

I Helse Nords rapport om hvilke telemedisinske tjenester som bør prioriteres for storskalaimplementering fra 2005 ble det konkludert med at teledialyse bør prioriteres for en storskala satsing selv om volumet er begrenset (14).

3.1.3 Fosen DMS - avdeling for observasjon og etterbehandling

3.1.3.1 Historikk⁵

Fosen distriktsmedisinske senter gikk fra å være et forprosjekt i Helse Midt-Norge til å være et pilotprosjekt fra 2005 til 2007. Sommeren 2005 fikk pilotprosjektet statlige lokalsykehusmidler for igangsetting av en såkalt intermediearenhet, dvs. en observasjons- og etterbehandlingssenhet på Fosen. Denne ble organisert som en del av kommunehelse-

⁴ Se også Faktaark nr. 4/2007 fra Nasjonalt senter for telemedisin: "Utstyr for teledialyse"
<http://www.telemed.no/brosjyrer-og-fakta.453260-42657.html> (sist sett 30.12.08)

⁵ Beskrivelsen er skrevet i samarbeid med Leena Stenkløv. Ev. feil tilskrives forfatterne

tjenesten. Dette innebar at de helsetjenester som tilbys ved avdelingen er faglig og administrativt forankret i vertskommunen Ørland.

Målet med senteret er å tilby befolkningen "et enhetlig helsetilbud" "som skal være kvalitativt godt, effektivt organisert, lett tilgjengelig samt oppleves sømløst."

Fosen DMS består i prosjektperioden av følgende tilbud (15):

- Avdeling for observasjon og etterbehandling (OE-enhet)
- Felles legevakt for kommunene Åfjord, Bjugn og Ørland
- Desentraliserte spesialisthelsetjenester i form av
 - Hudpoliklinikk, inklusive lysbehandling
 - Kirurgisk poliklinikk
 - ØNH poliklinikk, inkl. audiograf
 - Øyepoliklinikk
 - Medisinsk poliklinikk
 - Gynekologisk poliklinikk
 - Dialysestasjon (midlertidig stengt)
 - Røntgensatellitt
- Telemedisin
- Læringsnettverk mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester (Læringsnettverket)

"Fosen DMS inneholder således en rekke ulike tjenester og tilbud i kryssingspunktet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten" (15, s. 2).

Dette krever smidige løsninger, som utfordrer gjeldende lover og regler knyttet til bl.a. pasientinformasjon. Et eksempel er spesialistpoliklinikken, der sykepleierne og legesekretærene er ansatt i vertskommunen Ørland, mens spesialistene kommer fra helseforetak. Sykepleierne og legesekretærene har fått tilgang til sykehusets pasientadministrative system og elektroniske journalsystem som sykehusansatte. Helsesekretærer er også superbrukere.

Pilotprosjektet Fosen DMS ble i prinsippet avsluttet 31. desember 2007. For tiden (april 2008) jobbes det blant annet med å finne frem til en varig organisering for senteret. Det er ønske om å skape en arena for felles langsiktige drøftinger og strategier mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Aktuelle måter å sikre dette på, kan være etablering av et interkommunalt selskap med styrerepresentasjon fra helseforetakets side, interkommunalt samarbeid iht. kommunelovens regler eller etablering av et eget samarbeidsorgan mellom helseforetaket og Fosen-kommunene (representert ved Fosen Regionråd). Arbeidsgruppen, som ble nedsatt til å utrede alternativene, har anbefalt modellen med etablering av et interkommunalt selskap.

3.1.3.2 Avdeling for observasjon og etterbehandling

Avdeling for observasjon og etterbehandling (OE-enheten) startet opp 15. mars 2006 og omtales som en intermedisærhet, dvs. et bindeledd mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Den består av tolv senger, hvorav to er definert som observasjons-senger, seks som etterbehandlingssenger og fire senger disponeres av Ørland kommune til korttidsbehandling. Ørland Hovedflystasjon disponerer etter avtale én av kommunens senger til observasjon og etterbehandling av militært personell.

Enheten har til i dag vært underlagt Ørland kommune. I 2008 ble det overordnede faglige systemansvaret overført til St. Olavs Hospital. Med "overordnet faglig systemansvar" siktes det til å ha det overordnede ansvaret for at innholdet i tjenesten er forsvarlig. Klinikk for anestesi og akuttmedisin ved St. Olavs Hospital har systemansvaret for observasjons-plassene og Klinikk for ortopedi og revmatologi for etterbehandlingsplassene. Lokalt ivaretas systemansvaret av den medisinske ansvarlige for Fosen legevaktsenter. Dette er samlokalisert med OE-enheten. Vertskommunen Ørland har driftsansvaret, dette innebærer bl.a. at personalet i avdelingen er ansatt i kommunen.

Å legge det overordnede systemansvaret for observasjons- og etterbehandlingsplassene til helseforetaket kan sies å innebære at OE-enheten defineres som en sykehusavdeling. Når det gjelder observasjonssenger, vil dette i så fall medføre en mulighet til å få DRG-poeng for pasienter som legges inn. For etterbehandlingssenger vil det ikke være noen endring i forhold til det etablerte systemet, der de aktuelle sykehusavdelinger får DRG-poeng-som også skal dekke kostnader ved etterbehandling. Finansiering av såkalte intermedieenheter er inntil videre ikke avklart på sentralt hold. Fosen DMS, avdeling for observasjon og etterbehandling er i påvente av en annen løsning en spleis mellom de deltakende kommunene, St. Olavs Hospital og Helse Midt-Norge.

Pasienter til observasjonseenheten innlegges, som navnet tilsier, til observasjon. Kommunene som deltar i felles legevaktordning, ved vakthavende lege, er innleggende instans. Dersom det vurderes som nødvendig, videresendes pasientene til sykehus. Tall viser imidlertid at i perioden 13.03.2006-13.08.2007 ble 63% av "observasjonspasientene" utskrevet til hjemmet. Det er lagt til grunn at uten disse observasjons-plassene lokalt, ville alle pasientene blitt innlagt sykehus [(15), s. 8].

Pasientene til etterbehandlingssengene kommer fra St. Olavs hospital i Trondheim og Orkdal. Tall viser at etter endt etterbehandling ved Fosen DMS, blir 15% reinnlagt i sykehus, 60% skrives ut til hjemmet, 10% til kommunale korttids-plasser, 6% til sykehjem og 9% til andre tilbud, derunder privat rehabilitering [(15), s. 9].

De fire kommunale korttids-plassene har i pilotprosjektperioden vært en ordinær del av Ørland kommunes pleie- og omsorgstjeneste, men har nytt godt av samlokaliseringen med OE-sengene. Fra og med april 2008 er disse plassene avviklet og tatt i bruk til andre formål i regi av Fosen DMS.

3.1.3.3 Telemedisin på Fosen

Det benyttes digital røntgen. Dette innebærer både at bilder blir sendt til sykehuset til tolkning og at fastlege/tilsynslege på Fosen drøfter bilder med sykehuset "on line".

Avdelingen for observasjon og etterbehandling er et eksempel på behandling over avstand: Avdelingen driftes av kommunale krefter, men har daglig VK-kontakt med sykehuset.

Videokonferanse med spesialisthelsetjenesten er også et viktig verktøy i arbeidet med kompetanseheving.

På "ønskelisten" står VK mellom audiograf på Fosen og ØNH-lege på Namsos sykehus. Legen er to ganger i måneden på Ørlandet, men behovet for å se og diskutere pasienten

over avstand i tillegg, er så absolutt til stede. Det finnes nødvendig telemedisinsk utstyr til undersøkelse av pasienten tilgjengelig på markedet, men så langt har ikke økonomien tillatt dette.

I forbindelse med spesialister som ambulerer til spesialistpoliklinikken på Fosen, har det vist seg vanskelig å få etablert en nødvendig bredbåndsforbindelse som kan sikre tilgang til de nødvendige IKT-systemene ved sykehuset. Dette anses helt nødvendig.

Flere prosjekter er på trappene, både innen kompetanseheving, utvikling av standardiserte pasientforløp og i forbindelse med bedre mestring og livskvalitet for eldre.

4. Metode og rettskilder

4.1 Tradisjonell juridisk metode

I redegjørelsene og vurderingene av gjeldende rett har vi i denne rapporten anvendt tradisjonell juridisk metode (16). Av kilder har vi i tillegg til lovtekster gått gjennom og benyttet oss av lovforarbeider, relevant rettspraksis, forvaltningspraksis og -avgjørelser, uttalelser fra forvaltningen, rettsoppfatninger og juridisk litteratur.

Det skal dog sies at omfanget av relevant stoff er meget begrenset eller ikke-eksisterende på vårt område. Delvis av den grunn har vi valgt å intervju representanter fra ulike grupper interessenter og lagt betydelig vekt på reelle hensyn. Med "reelle hensyn" menes vurderinger av hva som er rettferdig, rimelig, hensiktsmessig, m.v.

I den grad det har vært relevant og gjennomførbart innenfor forprosjektets rammer, har vi også sett hen til utenlandsk rett og praksis. I et eventuelt hovedprosjekt vil dette bli gjort i langt større grad.

I dette kapittelet vil vi dels redegjøre for noe av det vi fant om telemedisin i nevnte kilder, og dels beskrive fremgangsmåten for innsamling av informasjon som er gjengitt andre steder i rapporten, hovedsakelig i vedleggene B og C.

4.2 Omtale av informasjonsteknologi i helselovgivning og forarbeider

I forbindelse med bruk av telemedisin og eHelse er gjennomgangen av helselovgivningen av særlig interesse. Denne er åpenbart ikke skrevet med tanke på bruk av elektroniske hjelpemidler. Referanser til bruk av moderne informasjons- eller kommunikasjonsteknologi (IKT) forekommer knapt. Et unntak er bestemmelsen i hlspl § 46 (3) om at pasientjournaler kan føres elektronisk, med tilhørende utfyllende regler i journalforskriften (17), s. 14 .

Det er ellers også sparsomt med referanser til IKT i både forskrifter og forarbeider. Begreper som telemedisin forekommer nesten ikke. Det samme gjelder beslektete begreper som "Internett" og eHelse. Begrepet telemedisin er riktignok (så vidt) omtalt i Ot.prp. nr. 48 (1997-98) Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern der det heter i pkt. 2.1: "Andre nyvinninger (f. eks. telemedisin) gjør det mulig å spre tidligere sentraliserte behandlingstilbud" og i pkt 5.3.1 at "informasjonsteknologi, telemedisin" var et område der departementet og sosialkomiteen krevde at de regionale helseutvalg skulle foreta en samordning av spesialisthelsetjenesten (18). I Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m., pkt. 2.7.2, der utvalgte områder for satsing fremover ble omtalt, er det også trukket fram at nye teknologiske løsninger kan gjøre samarbeidet mellom sykehus og primærhelsetjenesten enklere, og spesialkompetansen lettere tilgjengelig for primærhelsetjenesten (19). Det er videre pekt på at veiledning, telemedisin og ambulante tjenester i økende grad kunne gjøre det mulig å gi spesialisthelsetjenester i pasientens nærmiljø. Dette er selvfølgelig interessant og høyst relevant å diskutere i vår sammenheng.

Utenfor helselovgivningen forekommer begrepet telemedisin blant annet i Ot. prp. nr. 31 (2002-2003) Om ehandelsloven, pkt. 9.2 (20). Her fremgår det at Sosial- og helsedepartementet (SHD) i høringsrunden har ønsket en avklaring av i hvilken grad telemedisinske tjenester vil omfattes av direktivet. SHD skriver bl.a. følgende:

"Telemedisinske tjenester kan ytes over avstand direkte av helsepersonell som en tjeneste basert på direkte kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell (med eller uten annet helsepersonell fysisk tilstede). Tjenestene reguleres av eget lov- og forskriftsverk på helseområdet, jf. rundskriv I-12/2001, Telemedisin og ansvarsforhold. Det er utformet spesielle takster for økonomisk oppgjør for telemedisinske tjenester i den offentlige helsetjenesten.

Det er ikke tjenester slik vi kjenner det i dag som ytes som åpne informasjonstjenester i et marked, men det vil kunne bli en fremtidig situasjon i overskuelig fremtid. Vi ser derfor behov for en nærmere vurdering av hvilke konsekvenser lovforslaget kan få for telemedisinske tjenester. Vi foreslår at det innføres en avgrensning for slike tjenester når dette utøves som ledd i en offentlig helsetjeneste som utløser egne takster for økonomisk oppgjør fra staten.

Vi forstår det slik at informasjonstjenester og elektroniske rådgivningstjenester rettet direkte mot pasienter som en betalt tjeneste i et elektronisk marked, omfattes ut fra [departementets] forslag til definisjon av lovregulert [yrkesvirksomhet]. Vi er usikker på hvordan dette kan avgrenses i forhold til telemedisinske tjenester.

Når det gjelder annen elektronisk samhandling, tolker vi høringsnotatet (bl.a. på bakgrunn av de bakenforliggende direktiver) slik at informasjons- og meldingsutveksling mellom partene i helsevesenet, med utgangspunkt i behandlingssituasjoner hvor pasienten møter frem hos en lege eller annet helsepersonell, ikke omfattes av direktivet. Dette gjelder selv om behandlingen, og den meldingsutvekslingen som følger av behandlingen, utløser et økonomisk oppgjør til legen eller annet helsepersonell. Vi anbefaler at en slik avgrensning kommer tydeligere frem i lovforslaget".

Sitatet over kan være egnet til å bidra til en klargjøring av begrepet telemedisin, samtidig som det så vidt berører spørsmålet om takster.

Spørsmålet om takster for telemedisinske tjenester berøres for øvrig også i Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. der det er henvist til en høringsuttalelse fra legeföreningen (19):

"Dagens finansieringsordninger skaper på flere områder hindringer for effektivt samarbeid mellom de ulike forvaltningsnivå. Eksempler på dette er finansiering av telemedisin, respiratorbruk i hjemmet (...) Når denne type behandling foregår på sykehus dekker staten gjennom ISF 50 pst. av hva det koster å behandle pasienten. Når denne type behandling derimot foregår ved sykestuer og sykehjem mottas ikke ISF refusjon".

Vi kommer nærmere tilbake til spørsmål om finansiering under pkt. 5.9.

I Ot. prp. nr. 27 (2002-2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom mv. forekommer verken "telemedisin" eller "eHelse" (21). "Internett" er imidlertid diskutert i ulike sammenhenger. Følgende utsagn fra kapittel 12.8.3.1 om "Begrepet «alternativ behandling» - lovens saklige virkeområde" kan anses å være av relevans for våre drøftinger:

”Den foreslåtte loven vil komme til anvendelse ikke bare der det er personlig kontakt mellom pasient og behandler, men også der behandling/rådgivning skjer ved hjelp av ulike media. Som eksempler kan nevnes konsultasjoner/rådgivning via teletorg eller ordinær telefonkontakt, videokonferanser, e-post eller Internett.”

Det er interessant at man her likestiller personlig kontakt mellom pasient og behandler med behandling via teletorg, telefonkontakt, videokonferanser, e-post og Internett.

At telemedisin i så liten grad er omtalt i disse kildene fant vi noe overraskende, all den tid forløperen til Nasjonalt senter for telemedisin (NST) ble etablert så tidlig som i 1987. NST ble etablert som en egen avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge i 1993. I 1999 ble NST utnevnt til nasjonalt kompetansesenter for telemedisin, og i 2002, samarbeidssenter for WHO.

4.3 Rundskriv om telemedisin og ansvar

Det første rundskrivet om telemedisin og ansvar kom allerede i 1996. Det ble erstattet av rundskriv I-12/2001 5. februar 2001 fra Sosial- og helsedepartementet (2). Dette har sitt utgangspunkt i helselovgivningen fra 1999. Rundskrivet omhandler ansvarsforholdene ved bruk av telemedisinske tjenester og er i denne sammenheng begrenset til å gjelde for bruk av telemedisin til konsultasjon og diagnostikk.

Både veiledning og undervisning og formidling av pasientopplysninger faller i utgangspunktet utenfor rundskrivets virkeområde. Konkret henvises det til at rundskrivet omhandler konsultasjoner via videokonferanse eller andre elektroniske virkemidler som gjør det mulig for en spesialist å behandle pasienter uten at pasienten er fysisk til stede hos spesialisten. Siden rettskildene på området er så vidt få, kan rundskrivet og de prinsipper som der legges til grunn, likevel være av betydning.

Rundskrivet vil bli nærmere omtalt, blant annet i kapittel 5.4.

4.4 Litteraturstudier

Viktige kilder til kunnskap om emnet har vært offentlige dokumenter og utredninger om spesialisthelsetjenestens fremtid, samt både lokale, regionale og sentrale plandokumenter.

I litteraturstudiene har vi gått bredt ut. I tillegg til juridisk litteratur, har vi gjennomgått nasjonale og regionale planer vedrørende desentralisering av spesialisthelsetjenester generelt, og vært på utkikk etter de som omtaler bruk av telemedisin og eHelse i denne forbindelse spesielt. Tilgangen på det siste har vært relativt begrenset, men vi har hatt stor nytte av enkelte rapporter fra Helse Nord, selv om disse i og for seg ikke har omhandlet utredning av juridiske spørsmål.

4.5 Intervjuer og besøk

Vi har valgt ”å tale med fagfolk” (22) i dette forprosjektet. I tillegg til at vi anså det helt nødvendig å få del i deres kunnskaper, erfaringer og innsikt fra deres ståsted, hang det også sammen med at rettskildene på området er så sparsomme. Vi har til sammen gjennomført ni semistrukturerte intervjuer, basert på enkle intervjuguider (se vedlegg C). Intervjuobjekter har vært helsebyråkrater, journalleverandører og helsepersonell. Vi har i tillegg gjennomført

noen forberedende samtaler med pasienter over telefonen. Mer formelle intervjuer av disse ble ikke gjennomført. Gjennom intervjuene har vi mottatt uvurderlige bidrag til arbeidet med å klargjøre de mest relevante problemstillingene og i vurderingen av dem. Vi har mottatt svært nyttige korrektiver til problemstillinger rundt desentralisering og telemedisin slik vi i utgangspunktet så dem.

Med ett unntak har begge forfatterne deltatt i alle samtaler. Begge noterte i løpet av intervjuene, og referat ble skrevet i samarbeid umiddelbart etterpå.

Vi har gjennomført besøk ved Fosen distriktsmedisinske senter og Sonjatun helsesenter. Begge steder hadde vi omvisning og møter og samtaler med grupper av ansatte. Intervjuguidene dannet utgangspunkt, også for disse samtalene.

Det fremgår ikke i rapporten hvem av intervjuobjektene som har sagt hva, og det er i liten grad referert direkte til uttalelser fra dem i teksten. Deres innspill har imidlertid dannet et viktig bakteppe for en rekke av de drøftinger vi har gjennomført. Et sammendrag av deres synspunkter finnes i vedlegg C.

4.6 Avsluttende betraktninger

Det skulle fremgå at juridiske aspekter ved telemedisinske tjenester generelt sett er sparsomt behandlet i de rettskilder vi vanligvis forholder oss til. De er ikke særskilt omtalt i norsk helselovgivning og er knapt nok omtalt i forarbeider. Forprosjektets rammer har ikke gitt anledning til å gå systematisk inn i utenlands rettspraksis og lovgivning/forarbeider i den grad vi gjerne ville. Det kan imidlertid bli tema i et eventuelt fremtidig hovedprosjekt.

5. Drøftinger

5.1 Innledning

Dette kapittelet inneholder drøftinger av det vi oppfatter som de viktigste juridiske problemstillingene knyttet til desentralisering av spesialisthelsetjenester ved bruk av telemedisinske løsninger. Disse diskusjonene har som nevnt ikke som mål å gi endelige svar på alle spørsmål, enn si løse opp alle "flokene". Vårt mål er heller å *starte* noen diskusjoner av disse problemstillingene og legge grunnlag for videre arbeid.

De problemstillingene vi har funnet å være de viktigste er følgende:

- Ansvarsforhold, herunder forsvarlighet
- Samtykke
- Dokumentasjon
- Formidling av pasientinformasjon
- Betalingsordninger og takster

Vi vil i det følgende forsøke å behandle disse både teoretisk og i lys av mer konkrete spørsmål og erfaringer vi har fått kjennskap til gjennom våre intervjuer og besøk.

5.2 Telemedisin og kravet til forsvarlig virksomhet

Det følger av rundskrivet om telemedisin og ansvar (2) at norske myndigheter allerede i 2001 slo fast at forsvarlig helsehjelp kan ytes uten at pasient og behandler møtes fysisk. Det "klassiske" eksempelet på dette er konsultasjon med spesialist via videokonferanse. Spesialisten befinner seg i studio ett sted, mens pasienten og hans eller hennes fastlege (eller annet helsepersonell) befinner seg i studio et annet sted. Spesialisten er definert som ansvarlig for den medisinske behandling, fastlegen får mer karakter av medhjelper i situasjonen.

Dersom man ser på praksis i andre land, er dette ingen selvfølge. I enkelte andre europeiske land har det vært forutsatt at den som er ansvarlig for behandlingen av pasienten, må møte denne ansikt til ansikt i konsultasjonen. All involvering fra helsepersonell uten kontakt ansikt-til-ansikt defineres dermed som noe annet enn en konsultasjon, vanligvis som "second opinion" eller rådgivning.

5.3 Ansvarsforhold generelt

5.3.1 Innledning

Det er viktig og avgjørende å avklare ansvarsbegrepet i forhold til desentralisering av tjenester generelt og bruk av telemedisin spesielt. Hvordan man vurderer ansvarsforholdene rundt en tjeneste vil i mange tilfeller være avgjørende for hvordan selve tjenesten defineres. Et eksempel på dette er skillet mellom en konsultasjon etter henvisning til spesialist og en second-opinion forespørsel fra primærlegen til den samme spesialisten via videokonferanse. Hvorvidt denne situasjonen defineres som det ene eller det andre, beror på hvem som defineres som den som har ansvaret for pasientbehandlingen.

På et overordnet nivå kan man diskutere ansvarsbegrepet fra (minst) tre synsvinkler:

- Ansvarlig praksis (forsvarlig virksomhet)
- Ansvar for pasienten og behandlingen
- Det å bli holdt ansvarlig (sanksjoner)

Disse tre aspektene ved ansvarsbegrepet griper naturligvis inn i hverandre, men vi skal her gå nærmere inn på dem hver for seg og i relasjon til ulike sider av prosessene rundt desentralisering av spesialisthelsetjenester.

5.3.2 Forsvarlig virksomhet

Kravet om å drive forsvarlig virksomhet (ansvarlig praksis) gjelder både på individnivå og virksomhetsnivå. Det vil si at det gjelder både for den enkelte helsearbeider og leder for det enkelte sykehus og den enkelte kommune. Kravet til forsvarlighet blir i praksis både en juridisk og etisk rettesnor for den enkelte helsearbeider og for ledere av virksomheter som yter helsehjelp. Asbjørn Kjørstad har i en artikkel om styringsretten i helsevesenet, der han diskuterer begrensninger i arbeidsgivers styringsrett, påpekt at dette kravet står så sterkt at andre grunnprinsipper som regel må vike hvis de kommer i strid med forsvarlighetskravet (23). Dette gjelder, iflg. Kjørstad, "både prinsippet om overordnetes instruksjonsmyndighet og arbeidsgiverens styringsrett".

5.3.3 Den enkelte helsearbeider og kravet til forsvarlighet

Helsepersonell skal drive sin virksomhet – gjøre sitt arbeid – på en forsvarlig måte. Dette er lovfestet i helsepersonelloven § 4 (3). Bestemmelsen er gjengitt i sin helhet i denne rapportens pkt. 2.1, s. 11.

Bestemmelsen gjelder for alt helsepersonell som har rett til autorisasjon etter hlspl § 48, og gjelder alle deler av yrkesutøvelsen, ikke bare den direkte pasientbehandlingen.

I bestemmelsens tredje ledd fastslås det at i beslutninger om henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål er det legen/tannlegen som skal ta den endelige avgjørelse. Bestemmelsen etablerer slik sett en rangering mellom helsepersonell i forhold til ansvar.

Forsvarlighetskravet er en rettslig og faglig norm eller standard. Som sådan vil kravene endres over tid, i takt med endring i kunnskaper og muligheter og i forhold til helsepersonellens kompetanse og den situasjonen som skal vurderes. Nærmere om hva som ligger i kravet avgjøres til enhver tid av faglige normer, tilsynsmyndighetene og domstolene. Gjennom lovbestemmelsen om krav til forsvarlig virksomhet vil lovgiver sikre at helsepersonell yter helsehjelp av høy kvalitet og på en måte som beskytter pasienten mot skader og unødvendig risiko. Helsepersonellens plikt til forsvarlig virksomhet må også ses i sammenheng med pasientenes rettigheter etter lov om pasientrettigheter (pasrl.) (24) som i § 1 blant annet slår fast at loven skal

"...bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten."

5.3.4 Den enkelte virksomhet og kravet til forsvarlighet – systemansvaret

Kravene til den enkeltes yrkesutøvelse må ses i sammenheng med mer overordnede krav til organisering av tjenestene, krav til arbeidsmiljø, rutiner og antall ansatte. Kravet er at virksomheten skal legge til rette for organisatoriske løsninger "som gjør virksomheten i stand til å oppfylle forsvarlighetskravet". Dette kan inkludere systemer for journalføring, deling av informasjon, rutiner for innhenting av samtykke, telemedisinske tjenester, osv. Manglende oppfyllelse av systemansvarskrav kan være selvstendig grunnlag for disiplinære sanksjoner (se nedenfor). Sykehusenes ansvar er regulert i spesialisthelsetjenesteloven (sphlsl) § 2-2:

"Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige" (25).

Dette ansvaret kalles også *ledelsesansvar* eller *systemansvar* (26).

I kommentaren til bestemmelsen i Ot. prp. nr. 10 (1998-1999) Om lov om spesialisthelsetjenesten m m (27) heter det:

"Lovbestemmelsen innebærer en presisering av at innholdet i tjenesten skal være forsvarlig når pasienten blir tilbudt eller mottar den. Bestemmelsen understreker dermed eieres og lederes ansvar for å sikre at tjenesten som tilbys er i samsvar med den minstestandard som forsvarlighetskravet angir. Plikten innebærer også at eier av og ledelsen ved for eksempel et sykehus har et ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Eksempler kan være at det medisinsk-tekniske utstyret fungerer og at helsepersonellet er kvalifisert i forhold til den oppgaven de utfører. (.....)" (vår understrekning).

5.3.5 Kommunehelsetjenesten og kravet til forsvarlighet

DMS'er representerer en møteplass og kanskje også i enkelte sammenhenger en sammenveving av tjenester fra 1.- og 2.-linjetjenesten. I den forbindelse kan det være av interesse å se nærmere på kommunens plikt til å drive i tråd med kravene til forsvarlig virksomhet. Kommunehelsetjenesteloven inneholder ikke bestemmelser tilsvarende spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (28). Helsepersonelloven § 4 om krav til forsvarlig virksomhet gjelder imidlertid også den enkelte helsearbeider i kommunene (3). Helsepersonelloven § 16 stiller et generelt krav om at virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Av dette følger at kommunen, i likhet med spesialisthelsetjenesten, har en plikt til å drive sin virksomhet forsvarlig. Asbjørn Kjønstad hevder for øvrig at denne plikten også kan utledes av alminnelige rettsprinsipper og en analogi fra loven om spesialisthelsetjenester (23).

5.3.6 "Sørge-for"-ansvaret

Det såkalte "sørge-for" ansvaret kommer til uttrykk i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a der det heter at

"De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon (...)" (27).

Bestemmelsen spesifiserer videre de spesialisthelsetjenester som RHF-ene er ansvarlige for. Bestemmelsen er ifølge forarbeidene en videreføring av det ansvar som den tidligere sykehusloven tilla fylkeskommunene. Imidlertid ble det i spesialisthelsetjenesteloven gjort den endringen at ansvaret heller beskrives ut fra hva slags tjenester RHF-ene skal være ansvarlige for å tilby, ikke hvilke institusjoner de skal drive, slik ordningen var tidligere.

I henhold til loven har staten gjennom de regionale helseforetakene et overordnet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester. Dette innebærer ikke at foretakene selv skal tilby alle tjenester. Sphtjl § 2-1a fjerde ledd slår fast at tjenester som nevnt i første ledd kan

"...ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere."

"Andre tjenesteytere" vil typisk være andre helseforetak, innenfor egen eller i andre helseregioner, eller private virksomheter. Samarbeid med andre helseforetak vil være naturlig både der geografiske forutsetninger er til stede og på bakgrunn av ønsket fordeling av funksjoner mellom foretak.

Verken loven eller forarbeidene nevner kommunene som samarbeidspart (avtalepart) i forhold til det å yte spesialisthelsetjenester. Det kan se ut til at lovgivningen legger opp til en tradisjonell nivåinndeling der kommunene og staten (ved RHF'ene) yter tjenester på ulike nivå og der pasienter "flytter seg" mellom nivåene i løpet av et sykdomsforløp. Vi anser imidlertid at slik lovbestemmelsen er utformet burde det ikke være noe i veien for at også kommunen(e) defineres inn i gruppen "andre tjenesteytere" iht. sphsl § 2-1 a fjerde ledd.

5.3.7 Ansvar for journalføring

Helsepersonelloven pålegger journalføringsplikt til

"...(d)en som yter helsehjelp..." (hlspl § 39).

Hva som ligger i begrepet helsehjelp er definert i lovens § 2 tredje ledd

"Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell."

Det er etter dette en stor gruppe personell som har plikt til å føre journal.

Helsepersonelloven § 40 definerer nærmere hva journalen skal inneholde. Sentrale momenter er:

"...relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen."

Det er som nevnt over gitt en egen forskrift (journalforskriften) som nærmere regulerer føring av journal (17).

Hovedregelen er at den som yter helsehjelp har plikt til å dokumentere dette i pasientens journal. Samarbeidende helsepersonell har ikke journalføringsplikt når de gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell, jf. hlspl § 39. Av omtalen av bestemmelsen i Ot. prp. nr. 13 om helsepersonelloven (29) går det frem at samarbeidende personell kan ha journalføringsplikt når de har en selvstendig rolle eller rent faktisk er alene om å yte helsehjelp innenfor eget kompetanseområde i en gitt situasjon.

Ved innføring av den nye helselovgivningen i 1999 ble det vedtatt å innføre en ordning med journalansvarlig. Etter hlspl § 39 andre ledd skal det i alle helseinstitusjoner utpekes en person som er journalansvarlig. Kravet gjelder kun i helseinstitusjoner, ikke i enhver virksomhet der det ytes helsehjelp. Vedkommende skal ha et overordnet ansvar for den enkelte journal, derunder påse at den opprettes og at den føres og behandles i samsvar med lov- og forskriftsbestemte krav (17). Innholdet i ansvaret til den journalansvarlige er ytterligere presisert i journalforskriften § 6. I kommentaren til bestemmelsen er det understreket at helsepersonelloven ikke har bestemmelser om hvem som skal eller kan være journalansvarlig. Det er definert som en del av ledelsens systemansvar å ta stilling til hvem det bør være. Det understrekes imidlertid at det kan være hensiktsmessig at samme person ivaretar ansvaret for ulike funksjoner som loven gir anvisning på, så som pasientansvaret, informasjonsansvaret og behandlingsansvaret i tillegg til journalansvaret (17). Det samme poenget er trukket fram i et innlegg i Tidsskrift for den norske legeförening av Bente Ohnstad der hun peker på at hovedregelen er at disse funksjonene ivaretas av en person, i institusjonshelsetjenesten som regel en lege (30). Generelt sett gjelder også her et krav om at ordningen skal være forsvarlig.

5.3.8 Pasientansvarlig lege

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 (27) og forskrift av 1. desember 2000 om pasientansvarleg lege m.m. (31) hjemler ordningen med pasientansvarlig lege. Legen skal være pasientens kontaktpunkt, inneha koordineringsansvaret for pasientbehandlingen og være kontaktperson mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I følge forarbeidene til loven og Rundskriv I-59/2000 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (32) er hovedformålet med bestemmelsen og ordningen å gi pasienten kontinuitet i behandlingen. Ordningen skal

"...styrke pasientens situasjon under oppholdet og (...) bidra til bedre kommunikasjon mellom institusjon, pasient og pårørende, og mellom sykehus og primærhelsetjeneste."

Pasientansvarlig lege er ikke nødvendigvis den lege som har det medisinske ansvaret for pasienten, selv om det i mange tilfeller vil bli vurdert som mest hensiktsmessig å kombinere disse oppgavene.

Virkeområdet til "Forskrift om pasientansvarleg lege m.m." (31) fremgår av forskriftens § 2:

"Forskrifta gjeld ved innlegging i somatiske institusjonar og institusjonar i det psykiske helsevernet, ved polikliniske tenester før og etter innlegging, og ved gjentakande poliklinisk undersøking og behandling."

Ordningen gjelder etter dette både for pasienter som blir innlagt på sykehus og polikliniske pasienter. I merknadene understrekes at forskriften også gjelder for flere polikliniske tjenester for samme tilstand, uavhengig av om pasienten blir innlagt.

Det er ansvarlig leder i avdelingen/enheten som skal peke ut pasientansvarlig lege så raskt som mulig etter innleggelse eller poliklinisk forundersøkelse. Pasienten skal straks få opplyst hvem som dette er. Videre heter det (i tredje ledd) at ved ny innleggelse eller ved gjentakende poliklinisk undersøkelse skal pasienten få den samme pasientansvarlige legen, dersom dette er praktisk mulig. Det skal opplyses i pasientens journal hvem som er/har vært pasientansvarlig lege.

5.3.9 Behandlingsansvarlig lege

Begrepet behandlingsansvarlig lege er ikke benyttet i lovgivningen, men i forskriften om pasientansvarlig lege m.m. (31). Det er helsepersonelloven som regulerer hvem som har behandlingsansvaret for pasienten. Det knytter seg først og fremst til hvem som har det faglige ansvaret for den medisinske behandlingen av pasienten. Dette ansvaret tilligger i prinsippet den enkelte helsearbeider, men i de tilfeller flere profesjoner samarbeider, er det lege, hhv. tannlege, som er tillagt myndighet til å fatte beslutninger som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient (hlspl § 4 tredje ledd).

5.3.10 Informasjonsansvarlig

Begrepet informasjonsansvarlig er ikke benyttet i lovgivningen. Det fremgår imidlertid av hlspl § 10 at informasjon til pasienter, eventuelt pårørende ("den som har krav på det"), skal gis av "den som helseinstitusjonen utpeker".

Det er i utgangspunktet den som yter helsehjelp som har plikt til å gi informasjon til pasienter innenfor sitt ansvarsområde. Ordningen ble innført som resultat av et ønske om å sikre at pasienten får samordnet og tydelig informasjon.

Det er ikke forutsetningen at det enkelte helsepersonells ansvar for å informere skal bortfalle som følge av at det oppnevnes en informasjonsansvarlig. Tvert imot ble det i innstillingen til Odelstinget fremhevet av komiteen at utpeking av en informasjonsansvarlig ikke fritar helsepersonell fra "å gi informasjon innenfor sitt ansvarsområde og som de er nærmest til å gi", jf Komiteens generelle merknader, § 10 (33).

Informasjonsansvarlig må i denne sammenheng ikke forveksles med den som er ansvarlig for informasjonsteknologien og informasjonssikkerheten.

5.3.11 Databehandlingsansvarlig og databehandler

Følgende legaldefinisjon av begrepet databehandlingsansvarlig fremgår av helseregisterloven (hlsregl) § 2 nr. 8 (34):

"databehandlingsansvarlig: den som bestemmer formålet med behandlingen av helseopplysningene og hvilke hjelpemidler som skal brukes, hvis ikke databehandlingsansvaret er særskilt angitt i loven eller i forskrift i medhold av loven,"

Databehandlingsansvarlig kan være en fysisk eller juridisk person. Når ansvaret er tillagt en juridisk person, tilligger det virksomheten ved ledelsen. I sykehus vil ansvaret følgelig være tillagt virksomheten ved ledelsen. I en kommune vil ansvaret tilligge kommunens ledelse ved ordfører, som kommunens rettslige representant. Lovgiver har ønsket en klar plassering av dette ansvaret med begrunnelse i at den som er registrert skal vite hvem som er ansvarlig for ved det å kunne håndheve sine rettigheter.

Databehandlingsansvarliges oppgaver er nærmere beskrevet i hlsregl § 16 om Sikring av konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet, der det heter i bestemmelsens første ledd:

”Den databehandlingsansvarlige og databehandleren skal gjennom planlagte og systematiske tiltak sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med hensyn til konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet ved behandling av helseopplysninger.”

Det fremgår videre av bestemmelsen at informasjonssystemet og sikkerhetstiltakene skal dokumenteres og være tilgjengelige.

Det har vært omdiskutert på hvilket nivå databehandlingsansvaret skal ligge/ligger i spesialisthelsetjenesten. Dette er av betydning blant annet for hvem som kan tilegne seg pasientopplysninger via tilgang til EPJ-systemet, jf. hlsregl § 13 (se nærmere under drøftingene i kap 5). Konklusjonen ble at databehandlingsansvaret skal ligge på helseforetaksnivå. Størrelsen på helseforetakene varierer som kjent sterkt. Det varierer også hvor mange helseforetak (HF) som inngår i det regionale helseforetaket (RHF) og hvorvidt ett helseforetak består av ett eller flere sykehus.

Databehandler er den som behandler helseopplysninger på vegne av den databehandlingsansvarlige.

5.4 Ansvarsforhold og telemedisin

Vi har tidligere i rapporten flere ganger vært innom rundskrivet om ”Telemedisin og ansvarsforhold” (2). Som nevnt tar rundskrivet utgangspunkt i den nye helselovgivningen som kom i 1999, men et lignende rundskriv kom allerede i 1996. Rundskriv er uttrykk for myndighetenes fortolkning av gjeldende lovgivning på helt spesifikke områder og knyttet til spesifikke problemstillinger. Dette rundskrivet – ansvarsrundskrivet – kom som svar på usikkerhet knyttet til hvordan norsk regelverk skulle fortolkes og forstås når det gjaldt forsvarlig virksomhet, ansvar og bruk av telemedisinske løsninger.

Det slås innledningsvis fast at ansvarsforholdene knyttet til en medisinsk konsultasjon ”ikke er annerledes når telemedisinske virkemidler benyttes, enn når mer innarbeidete behandlingsmåter anvendes”. Det er også uttalt at

”telemedisin er et virkemiddel som ikke rokker ved den grunnleggende lovgivning som gjelder helsetjenesten”.

Med dette som utgangspunkt tar rundskrivet for seg ansvarsbegrepet, plikten til forsvarlig virksomhet og plikten til å føre journal.

I forbindelse med ansvarsforholdene er det særlig understreket at det ikke skilles mellom de ulike telemedisinske virkemidlene. Det understrekes også at *hvordan* informasjonen om pasienten mottas, ikke er relevant i en vurdering av ansvarsspørsmålene. Det er den som mottar informasjonen som har ansvaret for at den er tilstrekkelig til å foreta en forsvarlig vurdering av pasienten. I praksis er dette et meget viktig prinsipp for så vidt som det gir uttrykk for at det etter norsk lov er fullt forsvarlig å behandle pasienter også uten at informasjon er innhentet gjennom et møte ansikt-til-ansikt.

Det skilles også mellom rådgivning og behandling, uten at dette problematiseres nærmere. Det understrekes imidlertid at når primærlegen innhenter råd fra spesialister i sykehus, er det primærlegen som har behandlingsansvaret og ansvaret for at behandlingen som gis er faglig forsvarlig.

Før en telemedisinsk konsultasjon iverksettes, må følgende avklares:

- Hva slags situasjon det dreier seg om; en henvisning fra primærlege til spesialist eller rådgivning fra spesialist til primærlege (hvilke forutsetninger som er lagt til grunn)
- Om den mottatte informasjon er tilstrekkelig til å foreta en forsvarlig vurdering
- Hvem som skal føre journal

Det er også påpekt at den enkelte virksomhet bør etablere systemer som sikrer at bruk av telemedisinske virkemidler gir pasienten en forsvarlig undersøkelse og/eller behandling.

5.5 Nærmere om ansvarsforhold og desentralisering av tjenester

Både gjennom intervjuene vi har gjort, dokumenter, utredninger og rapporter vi har lest og diskusjonene over, er det kommet fram at plassering av ansvar er en utfordring i forbindelse med desentralisere spesialisthelsetjenester. Dette gjelder også i forbindelse med desentralisering ved bruk av telemedisinske løsninger. Samtidig er det klart at kvaliteten på tjenestene er helt avhengig av at det ikke oppstår tvil og usikkerhet knyttet til ansvar. Som et av våre intervjuobjekter uttalte: "Nivåene i helsetjenesten kan godt flyte litt, men ikke oppfatningene av hvem som har ansvaret for pasienten." Dette gjelder både i forhold til det enkelte helsepersonell, overfor institusjonene og ikke minst i forhold til pasientene. Som nevnt har også spørsmålet om ansvar betydning for økonomien og betaling av tjenester.

Rundskrivnet om telemedisin og ansvarsforhold (2) avklarer mange spørsmål knyttet til fordeling av ulike former for ansvar mellom helsepersonell. Den fortolkning av regelverket som fremgår av rundskrivnet, gir rom for mange av de tjenester det kan være aktuelt å desentralisere gjennom bruk av ulike telemedisinske løsninger.

I avsnitt 3.1.1 har vi beskrevet ortopediprojektet, der UNN og DMS Nord-Troms (Sonjatun) er involvert. I dette prosjektet skal blant annet fagligheten og forsvarligheten av tjenesten vurderes. Så langt vi har forstått er det stor enighet både blant ansvarlig lege på UNN og sykepleierne på Sonjatun om at man gjennom bruk av telemedisin gir pasientene fullgod og fullt forsvarlig helsehjelp på DMS Nord-Troms.

Prosjektleder har i prosjektperioden vært en del i kontakt med Sosial- og helsedirektoratet, først og fremst med spørsmål knyttet til betalingsordninger/takster. I en e-post fra direktoratet, datert 13. mars 2007 fremgår følgende⁶:

"I UNN-saken er det sykepleier som utfører den fysiske konsultasjonen med bistand fra spesialist ved UNN. Det reiser prinsipielle spørsmål både med hensyn til fagligheten og forskriften om poliklinikkrefusjoner (FOR-2000-12-01-1389) som tar utgangspunkt i at lege er til stede. Jfr <http://rundskriv.nav.no/rtv/lpext.dll/forskr/f20001201nr1389?f=templates&fn=main-j.htm&2.0>" (forskriften er nå opphevet) (35).

Det som her omtales som prinsipielle spørsmål med hensyn til fagligheten antar vi dreier seg om spørsmål knyttet til hvorvidt en tjeneste som dette kan utføres på en faglig forsvarlig måte. Det er naturligvis riktig og viktig at det reises slike spørsmål, men etter vår oppfatning gir rundskrivet om telemedisin og ansvarsforhold (2) gode anvisninger for hvordan denne type problemstillinger skal håndteres.

Den tjenesten som her er etablert og blir utprøvd faller etter vårt syn klart innenfor rammene av det "ansvarsrundskrivet" dekker. Slik tjenesten fungerer i dag er det overordnede ansvaret for behandlingen av pasientene plassert hos ortopedene på UNN. Sykepleierne på DMS Nord-Troms har en medhjelperfunksjon i den enkelte behandlingssituasjon. Dette er det ikke tvil om. Spesialisten gjør sine vurderinger basert på den informasjon hun eller han får via videokonferansen og avgjør på det grunnlag den videre behandlingen av pasienten. Dersom spesialisten mener at den mottatte informasjon er utilstrekkelig eller at pasientens tilstand ellers tilsier det, ber vedkommende om mer informasjon, eventuelt at pasienten sendes til UNN. Dette er en viktig kvalitetsvurdering som spesialisten uansett må gjøre og som danner grunnlag for forsvarlighetsvurderingen av all pasientbehandling, uansett virkemidler.

Dette mener vi tilsier at blant annet denne tjenesten bør falle inn under vanlige betalingsordninger. Det skulle ikke være grunn til å behandle telemedisinske tjenester annerledes enn ved det som til nå har vært ansett som ordinære henvisninger til og behandling hos spesialist. Vi kan imidlertid se at en ordning som beskrevet skaper enkelte nye utfordringer og kan kreve nye måter å fordele kostnader og inntekter på. I ortopediprojektet vil for eksempel DMS Nord-Troms ha personell- og utstyrsutgifter knyttet til den enkelte behandling, mens UNN vil spare reiseutgifter forbundet med at pasienten ellers må reise til spesialist ved sykehuset. Disse forholdene bør gjennomgås grundig. Det må etableres gode, funksjonelle og stabile ordninger for betaling av tjenester og fordeling av utgifter. Desentraliserte telemedisinske tjenester kan ikke "leve med" å være i et økonomisk vakuum der ingen egentlig er helt sikre på hvem som skal betale hva og hvor mye. Det er også uheldig at realiseringen av disse tilbudene blir så avhengig av oppfinnsomhet, entusiasme, fleksibilitet og vilje hos de involverte parter.

Ansvarsrundskrivet (2) gir ikke svar på mer formelle og overordnede spørsmål knyttet til systemansvar og heller ikke ansvar knyttet til informasjonssikkerhet. Vi har et inntrykk av at det kan være behov for en avklaring på begge disse punktene, uavhengig av hvordan desentraliseringen er gjennomført.

⁶ Epost fra Eva Wensaas i Sosial- og helsedirektoratet til prosjektleder Astrid Buvik, datert 13. mars 2007 "Vedr. Teleortopedi- desentralisering av enkelte ortopediske konsultasjoner fra UNN til Sonjatun"

Når det rokkes ved tidligere måter å yte spesialisthelsetjenester på, kan det være en viss fare for at systemansvaret "faller mellom flere stoler". Dette har vi fått presentert som en bekymring fra flere hold.

Når det gjelder ansvar for informasjonssikkerheten, er det i ulike sammenhenger kommet frem at dette er et sentralt tema når det snakkes om desentralisering. Gjennom bruk av telemedisinske løsninger stilles det særlige krav til trygg og sikker informasjonsdeling. Både helse- og personvernlovgivning er bygget opp med et sterkt fokus på plassering av ansvar for datasikkerheten. Telemedisinske løsninger for desentralisering av tjenester har lenge vært utprøvd i praksis og i prosjekter og vist seg å fungere og oppfylle gjeldende krav til kvalitet. Dersom slike tjenester skal bli rutinetjenester, må også dette ansvaret avklares og gjennomgås med de som skal yte tjenestene.

5.6 Samtykke

5.6.1 Innledning

Samtykke fra pasienten er grunnlag for all pasientbehandling. Det å basere behandling på pasientens samtykke er å respektere pasientens personlige integritet og rett til selv å bestemme over sitt eget liv og sin egen kropp. Disse rettighetene er fundamentale i enhver rettsstat. Uten et gyldig samtykke fra pasienten vil mange typer medisinsk behandling innebære til dels grove integritetskrenkelser.

I helselovgivningen finnes det mange bestemmelser om samtykke, men hovedregelen om samtykke som grunnlag for helsehjelp finnes i pasientrettighetsloven (pasrl) § 4-1 (24).

5.6.2 Krav til samtykke

Et grunnleggende krav til samtykke er at det er avgitt fritt og uten press. Den som samtykker skal ideelt sett sitte inne med all nødvendig og relevant informasjon og være helt fri til å velge om hun eller han vil samtykke til det vedkommende bes samtykke til, eller til å la være. Personen skal ha full oversikt over alle konsekvenser av det ene eller det andre valget. I praksis vil nok situasjonene sjelden være slik, men dette er idealet man skal strekke seg etter.

Man ser ofte begrepet *"informert samtykke"* brukt. Dette er ingen særlig form for samtykke og det finnes ikke en type samtykke som ikke er informert. Begrepet brukes for å understreke viktigheten av at et samtykke er basert på tilstrekkelig og nødvendig informasjon. Dette kommer også til uttrykk i pasrl § 4-1 første ledd der det heter at

"For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen."

Det skal altså ikke bare gis informasjon om sykdommen, men også om den helsehjelp som foreslås – eventuelt om ulike alternativer som måtte finnes.

Man kan diskutere lenge hva som ligger i informasjonskravet. Det er ikke alltid like enkelt å vite hva slags informasjon pasienten trenger og kan ta i mot. Vurderingen av hva som ligger i formuleringen *"nødvendig informasjon"* er det helsepersonellet som må gjøre i hvert enkelt

tilfelle. Dette vil blant annet variere med pasientens kunnskaper, tilstanden, behandlingsalternativer og den behandling som foreslås.

Samtykke må være gitt av en person som har samtykkekompetanse. Myndige personer har slik kompetanse, mens foreldre samtykker på vegne av barn. I forhold til helsehjelp har barn selvstendig rett til å samtykke etter fylte 16 år. Personer som er varig eller midlertidig ute av stand til å gi samtykke (eller forstå omfang av et samtykke), skal det oppnevnes verge/hjelpeverge for (36).

Det stilles ingen generelle formkrav til et samtykke. Det er for eksempel ikke krav om *skriftlig* samtykke fra pasienten. Et fullgodt samtykke kan være gitt muntlig, det kan være hypotetisk og det kan være presumert (antatt). Presumert samtykke vil som regel være grunnlaget for medisinsk behandling. Det legges for eksempel til grunn at når pasienten møter til time, innebærer det et samtykke til å bli undersøkt og bli behandlet. Generelt kan man si at dess mer inngripende og/eller risikofylt en behandling er, jo viktigere vil det være å forsikre seg om at pasientens samtykke foreligger og følgelig også å forsikre seg om at pasienten har fått tilstrekkelig, nødvendig og relevant informasjon.

5.6.3 Samtykkets omfang

Det er alltid viktig å klargjøre omfanget av et samtykke. Samtykke kan ikke gjøres gjeldende for mer enn det pasienten faktisk har samtykket til. Dersom pasienten samtykker til en type behandling eller et inngrep, kan ikke helsepersonellet gjøre andre inngrep uten at det innhentes nytt – informert – samtykke.

5.6.4 Samtykkets varighet

Det vil som oftest fremgå av samtykket selv og omstendighetene hvor lang tid et gitt samtykke gjelder for. I forbindelse med helsehjelp vil det oftest være slik at et samtykke gjelder for den aktuelle undersøkelsen eller behandlingen, og ikke lenger.

5.6.5 Samtykke til behandling og samtykke til informasjonsbehandling

Samtykke til helsehjelp gjelder i hovedsak samtykke til å la seg behandle. Pasientens samtykke til medisinsk behandling kan ikke uten videre anses å i tillegg omfatte samtykke til en hvilken som helst form for behandling av *informasjon* om pasienten.

Utgangspunktet etter helselovgivningen er for det første at helsepersonell har en journalføringsplikt. Den gjelder uavhengig av pasientens samtykke. Pasienten kan heller ikke kreve at helsepersonell *ikke* skal føre journal dersom de ellers har plikt til det.

Videre legges det i stor grad til grunn et presumert samtykke til annen behandling av helseinformasjon, herunder deling av informasjon med samarbeidende helsepersonell og andre som yter helsehjelp, jfr. blant annet helsepersonelloven §§ 25 og 45.

Dersom informasjon skal deles ut over det som faller innenfor lovens rammer eller det pasienten kan forventes å forutse, må det innhentes særlig samtykke til dette.

I ulike sammenhenger har det vært diskutert om elektronisk behandling av pasientopplysninger skal eller bør baseres på samtykke fra pasienten. Ett eksempel er når meldinger

sendes elektronisk i stedet for i brev form. Problemstillingen har også vært oppe ifm. behandlingen av røntgenbilder som tas ved ett sykehus, og tolkes ved et annet, gjerne i utlandet. Spørsmålet er om pasientene kan kreve manuell behandling eller at røntgenbilder ikke sendes ut av landet eller ut av sykehuset for tolkning. Vår oppfatning er at så lenge ansvarsfordelingen er klar, pasientrettighetene ivaretas, behandlingen er forsvarlig iht. helselovgivningen og personvernet håndteres i henhold til gjeldende regelverk, er det ikke måten pasientopplysningene behandles på som skal være gjenstand for samtykke. Det at de skal behandles, vil imidlertid som hovedregel være basert på det.

5.7 Dokumentasjonsplikten

Når spesialisten tar med seg sine journaler, i papir eller elektronisk form, og reiser ut i distriktet for å behandle pasienten, innebærer desentraliseringen av disse tjenestene, så vidt vi kan se, få særskilte utfordringer når det gjelder dokumentasjonsplikten.

Som vi har vært inne på et par steder, mener vi at desentralisering vha. telemedisin medfører enkelte særlige utfordringer knyttet til dokumentasjon.

Ansvarsrundskrivet (2) er i og for seg klart når det gjelder dette. Det fremgår der at det som vanlig er den som yter helsehjelpen som skal føre journal. Man må derfor se på hvem som yter helsehjelpen i hvert enkelt tilfelle. Når pasienten er henvist til spesialist og konsultasjonen skjer via videokonferanse, skal spesialisten føre journal. Dersom fastlegen er sammen med pasienten under konsultasjonen med spesialisten, skal denne bare føre journal dersom han eller hun også yter helsehjelp i situasjonen. Når videokonferanse benyttes for å be om råd fra spesialist, utløses ikke plikt for spesialisten til å føre journal. Fastlegen er pasientansvarlig lege i en slik setting. Spesialisten er selvfølgelig ansvarlig for forsvarligheten av de råd han eller hun gir, men er ikke ansvarlig for den helsehjelpen som ytes.

I prinsippet er dette greit. Den som yter helsehjelp skal dokumentere den helsehjelpen som blir gitt. Det er imidlertid viktig at alle impliserte er på det rene med hvem som har ansvaret for hva og hvilke roller de enkelte aktørene innehar i forhold til pasienten og i den enkelte situasjon. I praksis og i diskusjoner i forbindelse med utarbeidelsen av denne rapporten er det blitt synliggjort for oss at dette kan være krevende og at det ikke alltid er like klart for alle. I noen situasjoner kan det også se ut til at involverte aktører kan ha forskjellig oppfatning av ansvars- og rollefordeling. De er andre enn man er vant til, og det er ikke uten videre enkelt å overskue konsekvensene av det på alle områder.

Det er imidlertid et spørsmål om ikke nye arbeidsformer og nye roller vil stille andre krav til rutiner og praksis enn tidligere. Kanskje får også enkelte av de involverte roller som ikke tidligere har eksistert. Vi er tilbøyelig til å mene at dette for eksempel gjelder fastlegen som deltaker i konsultasjon med spesialist. Når rollene blir andre og aktørene flere, kan det hende at behovet for dokumentasjon blir et annet. Det kan være behov for at fastlegen som deltar i en spesialistkonsultasjon, dokumenterer sin deltakelse ved for eksempel å nedtegne konklusjonene slik han eller hun oppfatter dem. Kanskje vil det også være naturlig å beskrive planer for oppfølging lokalt. Etter vår oppfatning er det i alle fall viktig at det involverte helsepersonell har diskutert sine roller og er enige om hvem som skal dokumentere hva. Dette er også i samsvar med de prinsipper som er lagt til grunn i ansvarsrundskrivet.

Problemstillingene over er kommet til uttrykk i ulike sammenhenger og i litt ulike "fasonger" i de intervjuer vi har gjennomført. Det kan virke som om bekymringen for at dokumentasjonen skal bli mangelfull, lett kan føre til dobbeltføring. Det er antakelig også et poeng i denne sammenheng at det er så vidt tungvint for kommunale helsearbeidere å få adgang til informasjon om pasienten fra spesialisthelsetjenesten. Det er enklere å ha mest mulig opplysninger i eget system.

5.8 Formidling av pasientinformasjon

"Det vi ønsker er først og fremst en god epikrise, en beskrivelse av pasientens behov for oppfølging, sammen med en pålitelig oversikt over pasientens medisinbruk oversendt før pasienten kommer til kommunen. Vi ville foretrekke det fremfor å skulle forholde oss til andre virksomheters EPJ-systemer."
(Kommunal helsearbeider med oppgaver både i kommunal- og spesialisthelsetjeneste)

5.8.1 Innledning

I forbindelse med diskusjonene om (om-)organisering og desentralisering av spesialisthelsetjenester, med og uten telemedisinske virkemidler, har behovet for formidling av pasientopplysninger stått sentralt. Det er åpenbart at når funksjonsfordeling, samarbeid på tvers av institusjoner og forvaltningsnivåer, LEON-prinsippet (37), behovet for sammenheng i tjenestene og samarbeid generelt står i fokus, blir spørsmålet om deling av pasientopplysninger viktig å håndtere.

God samhandling er trukket fram som en forutsetning for en sammenhengende behandlingsskjede i NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt" (38). God informasjonsflyt rundt den enkelte pasient er sett på som én av forutsetningene for at helsetjenesten skal fungere godt for pasienter med behov for helhetlige, langvarige og kordinerte tjenester.

Det som her er kalt "sammenhengende behandlingsskjede" går også under andre betegnelser, så som helhetlige pasientforløp, sammenhengende pasientforløp, gode pasientforløp, sammenhengende tiltak og godt koordinerte pasientforløp, for å nevne noen. Alle handler de imidlertid om god samhandling mellom aktører i helsevesenet som har ulike og overlappende oppgaver i forhold til samme pasient. Vi har valgt å bruke "sammenhengende pasientforløp". Uansett hvilken betegnelse man velger, er det imidlertid bred enighet om at én viktig forutsetning for å få det til, er at de som skal yte helsetjenester har den pasientinformasjonen de trenger for å yte forsvarlig helsehjelp *der* de trenger den *når* de trenger den.

Dette virker tilsynelatende både selvsagt og enkelt, og det handler utvilsomt om helhet og sammenheng i pasientbehandlingen. Men det kan være grunn til å stoppe litt opp her. Hva er det for slags pasientinformasjon det er behov for når? Og hvordan må informasjonen gjøres tilgjengelig og struktureres for at nytteverdien skal bli optimal? Det er også begrenset viten om hvilke konsekvenser manglende eller mangelfull tilgang til pasientinformasjon medfører i praksis. Spørsmålet om behov må ses i sammenheng med en uttrykt målsetting for formidlingen. Er det de sammenhengende pasientforløp som er i fokus? Færre dødsfall? Friskere pasienter? Mer adekvat behandling? Mer effektiv behandling? Billigere behandling? Mindre dobbeltarbeid? Mindre gråsoner? Mer fornøyde pasienter?

I forlengelsen av dette: Hva er egentlig et sammenhengende pasientforløp? Hva inngår i det? Hvor lenge varer det? Omfatter det flere sykdomsperioder? Fra hvem sitt ståsted og på hvilken måte skal det henge sammen? Hvor lenge skal det henge sammen? Hvem skal ha (med-)ansvar for at det henger sammen? Og hvis forutsetningen for et sammenhengende pasientforløp er en effektiv informasjonsutveksling og-formidling eller omvendt: Hvordan kan det legges opp til rutiner og ordninger rundt dette som skaper sammenheng over tid, samtidig som taushetsplikten ivaretas?

I midtveiseevalueringen av S@mspill 2007 fra Rambøll Management (39) er det stilt spørsmål ved om sammenhengende forløp bare betyr at forskjellige pleiere og behandlere har tilgang til felles data, eller om det betyr at disse arbeider sammen i en felles prosess. Vi mener at det også er naturlig å inkludere pasienter/pårørende og deres (eventuelle) tilgang til data og samarbeid i en felles prosess her. Strengt tatt er det bare pasienten og i noen tilfeller de pårørende som er til stede i hele forløpet. Rambøll har også pekt på at IT-støtte kun er ett av flere ulike midler til å skape et sammenhengende pasientforløp. Rambøll mener, interessant nok, at dersom det skal være mulig å få til et sammenhengende forløp, forutsetter det teoriutvikling. Spørsmål som stilles er: Hva er et pasientforløp? Er for eksempel en diabetiker som behandles for ulike lidelser involvert i ett eller flere pasientforløp?

Det skal også påpekes at "pasientopplysninger" omfatter ulike typer opplysninger, hvorav journalopplysninger kan sies å være de mest entydige i den forstand at de enten er i journalen eller ikke. I tråd med de retningslinjer som gjelder for føring av journal, er ikke alle opplysninger om en pasient nedtegnet der. Det vil derfor også versere pasientopplysninger blant helsepersonell som ikke nedtegnes noe sted. Disse formidles blant annet muntlig i forbindelse med for eksempel vaktskifter eller ved overføring av en pasient fra et sted til et annet.

Vi har ikke hatt anledning til å kartlegge hvorvidt eller i hvilken utstrekning det finnes manuelle rapportsystemer der informasjon om pasientene føres fortløpende i egne permer/bøker til bruk i den daglige virksomhet.

5.8.2 Hovedregelen om taushetsplikt

Til tross for et betydelig antall unntak, er hovedregelen og utgangspunkt fortsatt at helsepersonell har taushetsplikt.

Det heter i helsepersonelloven § 21:

"Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell."

Dette innebærer ikke bare en plikt til å tie, men også en plikt til aktivt å forhindre at helseopplysninger spres. Taushetsplikten omfatter alle opplysninger man har om en pasient, inkludert journalopplysninger, men ikke begrenset til det.

Taushetsplikten gjelder også i forhold til kolleger på egen arbeidsplass. Ansatte i en virksomhet skal ikke ha tilgang til mer opplysninger om pasientene enn det de trenger for å utføre sitt arbeid forsvarlig. Det er heller ikke adgang til å dele mer informasjon om pasienter

enn det som er nødvendig i arbeidssammenheng, selv om alle er underlagt den samme taushetsplikt.

5.8.3 Unntak fra taushetsplikten

Det er som nevnt en rekke unntak fra taushetsplikten. Her vil vi imidlertid konsentrere oss om unntakene i hlspl §§ 25 og 45. Disse bestemmelsene sier noe om *når* pasientopplysninger kan videreformidles til andre, men gir ingen anvisninger på *hvordan* dette kan skje.

Hlspl § 25 regulerer den adgang helsepersonell har til å videreformidle taushetsbelagte opplysninger til "samarbeidende personell". Formålet med bestemmelsen er å legge til rette for et godt samarbeid rundt den enkelte pasient, for at helsehjelpen skal bli best mulig. Bestemmelsen omfatter alle typer pasientopplysninger, både muntlige og skriftlige (40), og kan således også omfatte videreformidling av journalopplysninger. "Samarbeidende personell" kan befinne seg både i og utenfor den enkelte virksomhet.

Hlspl § 45 regulerer utlevering av journalopplysninger til "andre som yter helsehjelp", og omfatter således bare pasientinformasjon som er nedtegnet i journal. Formålet med bestemmelsen er å legge til rette for at personell som yter helsehjelp skal ha de opplysninger om pasienten som vedkommende trenger for å kunne gi best mulig helsehjelp. Dette personellet kan også befinne seg både i og utenfor egen virksomhet. Journalopplysninger er opplysninger nedtegnet i journal, og omfatter følgelig i hovedsak opplysninger om behandling som er ytt (tilbakelagte "episoder"), i tillegg til eventuelle nedtegnelser om den aktuelle situasjon. For begge bestemmelser er det et vilkår at pasienten ikke skal ha motsatt seg utlevering.

En skjematisk fremstilling av noen likheter og ulikheter mellom helsepersonellovens §§ 25 og 45:

Tema	Hlspl § 25	Hlspl § 45
Hva reguleres?	Unntak fra taushetsplikten	Unntak fra taushetsplikten
Formål	Legge til rette for god kommunikasjon og tilstrekkelig informasjon til alle som samarbeider om en pasient i normale samarbeidssituasjoner for derved å sikre god helsehjelp	Legge til rette for tilstrekkelig informasjon om tidligere sykdoms-episoder/kontakt med helsevesenet til alle som (senere) yter helsehjelp til en pasient for derved å sikre god helsehjelp
Type informasjon som kan/skal meddeles annet helsepersonell	All informasjon, herunder betroelser/ meddelelser fra pasienten, opplysninger som fremgår av dokumenter og journaler, opplysninger fra samarbeidende personell, observasjoner og iakttakelser, også epikriser	Opplysninger som er nedtegnet i journal ("relevant og nødvendig informasjon", jf. hlspl § 40)

Tema	Hlspl § 25	Hlspl § 45
Type informasjon.	"Taushetsbelagte opplysninger": Aktuell informasjon. Opplysninger om tilbakelagte episoder	"Journal- og journalopplysninger": Slik informasjonen gjelder (i all hovedsak) tilbakelagte episoder
Tidsaspekt	Aktuell informasjon. Opplysninger om tilbakelagte episoder	Informasjonen gjelder (i all hovedsak) tilbakelagte episoder
Mottakere av informasjonen	"Samarbeidende personell" (omfatter annet helsepersonell og medhjelpere i vid forstand, også for eksempel sosionomer) De kan befinne seg både i og utenfor egen virksomhet, for eksempel i andre avdelinger i sykehus, helsepersonell utenfor sykehus eller i andre virksomheter.	"Andre som yter helsehjelp" (omfatter annet helsepersonell) De kan befinne seg både i og utenfor egen virksomhet, for eksempel i andre avdelinger i sykehus, helsepersonell utenfor sykehus eller i andre virksomheter
Grunnvilkår	Pasienten skal ikke ha motsatt seg slik formidling av helseopplysninger Det skal være nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp <ul style="list-style-type: none"> - kan bare gis til personell som trenger det for å kunne gi helsehjelpen på en forsvarlig måte - det skal ikke gis mer informasjon enn nødvendig for å yte helsehjelpen 	Pasienten skal ikke ha motsatt seg slik formidling av helseopplysninger Det skal være nødvendig for å kunne gi helsehjelp på en forsvarlig måte <ul style="list-style-type: none"> - kan bare gis til personell som trenger det for å kunne gi forsvarlig helsehjelp - det skal ikke gis mer informasjon enn nødvendig for å yte helsehjelpen (29)
Nærmere om bestemmelsen	Taushetsbelagt opplysninger <u>kan</u> gis hvis kriteriene er oppfylt	Journalen eller opplysninger i journal <u>skal</u> gis hvis kriteriene er oppfylt
Krav til dokumentasjon av utlevering	Ingen uttrykkelige krav	"Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt tilgang til journalen etter første punktum."
Formkrav	Ingen <ul style="list-style-type: none"> - kan gis muntlig eller skriftlig - kan overføres via elektroniske medier 	Ingen <ul style="list-style-type: none"> - kan gis muntlig eller skriftlig - kan overføres via elektroniske medier

I Ot. prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven), s. 240 heter det følgende i kommentaren til § 45:

"Det er bare de opplysningene annet helsepersonell trenger for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp som skal kunne utleveres. Det må med andre ord foretas en konkret vurdering av nødvendigheten av å utveksle taushetsbelagte opplysninger" (29).

I Rundskriv IS-7/2006 vedrørende tilgang til og utlevering av opplysninger i elektroniske pasientjournaler (EPJ) (41) er disse bestemmelsene omtalt. Det er der redegjort for viktigheten av å sikre konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og kvalitet av pasientopplysningene innenfor den enkelte virksomhet. Hensynet til informasjonssikkerhet og taushetsplikt gir, som det heter:

"...bindende føringer for hvordan EPJ-systemet kan innrettes og organiseres. Tilgangsstyringen må legges opp slik at det hindrer at personer som ikke har tjenestelig behov får tilgang til taushetsbelagte opplysninger i større utstrekning enn lovverket tilsier" (s. 13).

En minimumsløsning for å sikre dette er iflg. rundskrivet en kombinasjon av beslutning om autorisasjon av tilsatte (som gir rett til lesing, registrering, retting, sletting og/eller sperring av pasientopplysninger i den grad de trenger det for å utføre sitt arbeid), beslutning om ytelse av helsehjelp til en bestemt pasient, føring og kontroll av logg og nødvendig informasjon til og opplæring av ansatte.

Både når det gjelder "samarbeidende personell" (hlspl § 25) og "andre som yter helsehjelp" (hlspl § 45) er det i rundskrivet skilt mellom ansatte i og utenfor egen virksomhet. Det er også pekt på at det samme personellet kan inneha rollen som "samarbeidende personell" og "andre som yter helsehjelp" samtidig. Ansatte innenfor egen virksomhet som deltar i samarbeidet om en pasient, "samarbeidende personell", kan for eksempel ha behov for opplysninger nedtegnet i journal om helsehjelp som er ytt tidligere, både innenfor og utenfor egen virksomhet. I det perspektivet er de å anse som "andre som yter helsehjelp", jf. hlspl § 45. Som det heter i rundskrivet:

"Det kan dreie seg om opplysninger som er nedtegnet i journalen tilbake i tid, eller det kan dreie seg om helt andre helseproblemer enn pasientens aktuelle problem. I slike tilfeller krever helsepersonelloven at den som har behov for å gjøre seg kjent med slike opplysninger, må be om å få opplysningene. Den som mottar en slik henvendelse skal vurdere om vilkårene for slik utlevering er oppfylt. (...) Hvis det er snakk om å gi opplysninger til andre i egen virksomhet, kan dette skje ved at mottakerne får tilgang til de aktuelle helseopplysningene i EPJ-systemet. (...)"

Både rollen som samarbeidende personell og "andre som yter helsehjelp" kan medføre at helsepersonell uten hinder av taushetsplikten kan, eventuelt skal, få meddelt pasientopplysninger, både fra tilsatte i egen og andres virksomheter.

5.8.4 Helseregisterlovens hovedregel om tilgang til helseopplysninger

Helseregisterlovens (34) formål er i lovens § 1 beskrevet som følger:

"...å bidra til å gi helsetjenesten og helseforvaltningen informasjon og kunnskap uten å krenke personvernet, slik at helsehjelp kan gis på en forsvarlig og effektiv måte".

Denne loven regulerer ikke når pasientopplysninger kan videreformidles til andre, men gir anvisning på hvordan pasientopplysninger kan gjøres tilgjengelige for andre, eventuelt ikke kan gjøres tilgjengelige for andre. Av særlig interesse for vårt tema er bestemmelsen i § 13 om tilgang til helseopplysninger i den databehandlingsansvarliges og databehandlers institusjon:

"Bare den databehandlingsansvarlige, databehandlere og den som arbeider under den databehandlingsansvarliges eller databehandlers instruksjonsmyndighet, kan gis tilgang til helseopplysninger. Tilgang kan bare gis i den grad dette er nødvendig for vedkommendes arbeid og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt."

Av kommentaren til bestemmelsen fremgår følgende:

"Bestemmelsen fastslår at det bare er den databehandlingsansvarlige, databehandlere og den som arbeider under den databehandlingsansvarliges eller databehandlers instruksjonsmyndighet, som kan gis tilgang til helseopplysninger som behandles etter loven. Bestemmelsen setter rammer for hvem som kan gis tilgang til helseopplysninger. Bestemmelsen sier også noe om kravet til konfidensialitet. Dersom en eller flere andre personer enn dem det refereres til har tilgang til helseopplysninger, har ikke databehandlingsansvarlige for opplysningene eller databehandler oppfylt sine plikter etter loven § 16 om sikring av helseopplysningenes konfidensialitet" (42).

Begrepet "instruksjonsmyndighet" har vært forstått som om det er krav om et arbeidsgiver - arbeidstaker forhold (43). Det er imidlertid også opplyst muntlig i forbindelse med en workshop i Tromsø fra daværende Sosial-og helsedirektoratets side (våren 2006) at instruksjonsmyndighet og tilgang for andre kan avtales, i hvert fall i forbindelse med enkeltprosjekter. Dette har vi ellers ikke nærmere referanse til.

Hovedregelen er imidlertid at helseregisterloven § 13 etter ordlyden er til hinder for at ansatte utenfor en virksomhet kan få tilgang til pasientopplysninger ved selv å hente dem ut av virksomhetens journalsystem. Vi skal se litt nærmere på samspillet mellom personvernlovgivningen og helselovgivningen når det gjelder å regulere adgangen til elektroniske pasientjournalsystemer.

Slik bestemmelsen nå er formulert, legges det opp til klare ansvarsforhold. Ved eventuelle brudd på virksomhetens retningslinjer for behandlingen av pasientopplysninger, har arbeidsgiver de nødvendige sanksjonsmidler til disposisjon i kraft av sin posisjon som arbeidsgiver. Urettmessig tilegnelse av pasientopplysninger innenfor en og samme virksomhet er ikke vurdert som brudd på taushetspliktbestemmelsene, og derfor ikke underlagt sanksjonsmuligheter hjemlet der. Et generelt forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger trådte imidlertid i kraft 9. mai 2008, jf. hlspl § 21a (3).

5.8.5 *Samspeillet mellom bestemmelsene om taushetsplikt og kravet til sikring av data*

Det er en sammenheng mellom taushetspliktsbestemmelsene og sikring av elektroniske data. Datatilsynet og Statens helsetilsyn uttalte allerede i 2001 i forbindelse med elektronisk overføring, at dersom sensitive opplysninger kommer på avveier fordi overføringen ikke er tilstrekkelig sikret, kan dette etter omstendighetene være å anse som et brudd på taushetsplikten, noe som igjen vil være i strid med kravet til forsvarlig virksomhet (44). Det samme må etter vår oppfatning gjelde dersom pasientopplysninger kommer på avveier ved annen behandling av dem enn overføring, for eksempel dersom systemer for lagring, tilgangskontroll, mv. ikke er tilstrekkelig sikre.

Man sier gjerne at gjennom systemer for informasjonssikkerhet skal man sikre minst tre forhold:

- Konfidensialitet
- Integritet
- Tilgjengelighet

Det å sikre konfidensialitet handler nettopp om å etablere systemer og rutiner som ivaretar krav til taushetsplikt og som sikrer at uautoriserte ikke kan få tilgang til informasjon.

5.8.6 *Diskusjon*

Det er som kjent mange måter å tilgjengeliggjøre/videreformidle pasientopplysninger på. Tradisjonelt har opplysninger blant annet vært oversendt med bud, med pasienten, via post og ved avhenting. Telefon og annen muntlig overføring har stått og står sentralt. Fax har også vært brukt. Dette er måter å gjøre det på som er vel innarbeidet gjennom lang tid.

Elektroniske meldinger brukes imidlertid i stadig større grad, i hvert fall her i landet. Bruken av disse er og har vært gjenstand for systematisk utprøving og etablering, blant annet gjennom ELIN-prosjektet og ELIN-k prosjektet (45).

Diskusjonene har i stor grad dreid seg om hvem som skal kunne få tilgang til virksomheters EPJ-systemer og på hvilke vilkår. Etter hvert som utbredelsen av disse systemene øker, blir det stadig bedre muligheter til å etablere enkel tilgang til pasientopplysninger, både innenfor og på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer i helsevesenet. I Norge pågår det for tiden (vinteren/våren 2009) en gjennomgang av regelverket for å vurdere behovet for eventuelle lovendringer for å sikre den tilgang som er ønskelig og nødvendig.

Innenfor EU er det en uttrykkelig målsetting at pasientopplysninger skal kunne tilgjengeliggjøres på en god og sikker måte innenfor EU via elektroniske pasientjournal-systemer innen 2015 (46). Iflg. EU vil dette medføre nye utfordringer. Etablering av systemer som i større grad skal "samarbeide", vil medføre et større behov for sikring mot misbruk. EU oppfordrer sine medlemsstater til å satse på følgende tre hovedfunksjoner:

- Etablering av kjernejournal (patient summary)
- Tilgjengeliggjøring av opplysninger til bruk ved øyeblikkelig hjelp (emergency data sets)
- Tilgjengeliggjøring av opplysninger om medisiner som legger til rette for eResepter (medication records facilitating ePrescription)

Man ønsker å muliggjøre deling av pasientopplysninger mellom ulike "helsevesener" i EU innenfor lovlige rammer. Hovedmålsetting for anbefalingen fra EU er å gi pasienter muligheten til å velge å kunne få tilgang til egne helseopplysninger hvor som helst når som helst. Ordningen skal være samtykkebasert.

Problemstillinger knyttet til formidling av pasientinformasjon har vist seg å være svært aktuelle ved desentralisering generelt. Det oppstår også noen særskilte problemstillinger når desentraliseringen skjer ved bruk av telemedisin, blant annet i tilknytning til DMS'ene.

5.8.6.1 Direkte tilgang til EPJ-systemer

I tråd med fremstillingen av hlspl §§ 25 og 45 i pkt. 5.8.3 legger vi til grunn at begge bestemmelser stiller krav til en forhåndsvurdering hos avgiver før pasientopplysninger viderefremmes. Det legges også til grunn at begge bestemmelser kan hjemle viderefremming av opplysninger nedtegnet i journal til hhv. "samarbeidende personell" og "andre som yter helsehjelp", både i og utenfor virksomheten. I tråd med dette legger vi også til grunn at det alltid skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt journal eller opplysninger i journal, også når utlevering er hjemlet i hlspl § 25. Dette legges til grunn selv om formuleringen "Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt tilgang til journalen etter første punktum" ikke forekommer i hlspl § 25, som den gjør det i § 45. Dette forutsettes for øvrig også, så vidt vi forstår, i rundskriv IS-7/2006 fra Sosial- og helsedirektoratet (41). Man kan kanskje også spørre seg om lovgiver opprinnelig har tenkt at all viderefremming/utlevering av journalopplysninger skal skje med hjemmel i hlspl § 45.

I rundskriv IS-7/2006 legges det som nevnt opp til at når journalopplysninger skal tilgjengeliggjøres for personell innenfor virksomheten med hjemmel, både i §§ 25 og 45, skal dette kunne skje ved direkte tilgang til virksomhetens EPJ-system. Så vidt vi forstår, er forutsetningen at det etter begge bestemmelser skal være foretatt en forhåndsvurdering av hvorvidt og i hvilken grad tilgang skal gis og at tilgangen for hver enkelt ansatt skal etableres på grunnlag av denne vurderingen.

Helseregisterlovens § 13 er ansett å være til hinder for at slik tilgang kan gis til ansatte utenfor virksomheten. Helsepersonell ved én virksomhet kan ikke autoriseres og gis tilgang til EPJ-systemet ved en annen virksomhet. I spesialisthelsetjenesten innebærer det at ansatte i ett helseforetak ikke kan gis tilgang til EPJ-systemet i et annet helseforetak. Heller ikke kan helsepersonell ansatt i en kommune gis tilgang til EPJ-systemet i et sykehus. Dette innebærer i praksis at all informasjon om en pasient må utleveres mellom disse etter anmodning og en vurdering fra avgiver i hvert enkelt tilfelle.

Det er en rekke spørsmål som stilles og kan stilles vedrørende hensiktsmessigheten av en slik ordning. Dersom man ønsker å åpne for det som i mange sammenhenger er kalt "tilgang på tvers", vil det kreve en endring av hlsregl § 13. I det pågående lovendringsarbeidet er det imidlertid forutsatt at en eventuell endring av denne bestemmelsen i utgangspunktet ikke skal rokke ved taushetsplikten. En endring av bestemmelsen vil derfor kreve sikkerhetsmessige tiltak som bidrar til at taushetsplikten overholdes og at helsepersonell ikke urettmessig kan tilegne seg opplysninger om pasienter. Dette må ses i nær sammenheng

med hlsregl § 16 om databehandlingsansvarliges plikt til å sikre pasientopplysningenes konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet.

Det har regelmessig blitt kritisert i tilsynsrapporter fra Datatilsynet og Helsetilsynet at tilgangsstyringen internt i de enkelte virksomheter er alt for dårlig. Det har på det grunnlaget vært argumentert med at tiden definitivt ikke er inne for å slippe eksterne inn i virksomhetens systemer med den økte sikkerhetsrisiko det innebærer. Det har også vært hevdet at dersom helsepersonell som ikke er underlagt databehandlingsansvarliges instruksjonsmyndighet slippes inn i en virksomhets EPJ-system, blir ansvarsforholdene uklare og sanksjonsmulighetene få. Vi er ikke like sikre på at arbeidsgivers instruksjonsmyndighet er den helt avgjørende faktor i denne forbindelse. Vi tror imidlertid at dette problemet må løses i tett samarbeid mellom leverandører, Datatilsynet, helsemyndighetene, helseinstitusjoner, fag- og pasientorganisasjoner og helsepersonell "på grunnplanet". I fellesskap må disse søke å finne frem til blant annet tilgangskontrollsystemer og rutiner som sikrer pasientopplysningene, uavhengig av om den som gjør oppslag er ansatt i eller utenfor virksomheten.

Etter vår oppfatning kan den nye bestemmelsen i hlspl § 21a om forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger bidra til å avhjelpe problemet med sanksjonsmuligheter. Med denne bestemmelsen løftes spørsmålet om brudd på retningslinjene og eventuelle sanksjoner ut av den enkelte virksomhet.

Vi har også i en rekke sammenhenger etterlyst en mer helhetlig diskusjon om virkemidler. Vi har sett nærmere på hvordan ulike aktører i samarbeid og fra sine ulike ståsteder kan bidra til å sikre en behandling av pasientopplysninger som er i samsvar med de krav regelverket stiller. Starten på en mulig modell er skissert her. Tanken er at pasienter, helsepersonell og arbeidsgiver sammen, og med et bredt spekter av virkemidler, kan bidra til sikker behandling av pasientopplysninger.

Sikring av pasientopplysninger – mulige tiltak:

Aktører – hvem kan bidra?	Mulige tiltak
Pasienten selv	Pasienten får tilsendt "logger" til gjennomsyn og kan sjekke hvem som har vært inne på vedkommendes journal. Pasienten oppfordres til å stille spørsmål dersom mulige uvedkommende har tilegnet seg opplysninger
Helsepersonell i virksomheten	Ved alle oppslag i EPJ synliggjøres hvem som har foretatt for eksempel de siste 20 oppslagene. Helsepersonellet oppfordres til å stille spørsmål dersom det ser ut til at helsepersonell uten behandlingsansvar for pasienten har gjort oppslag

Aktører – hvem kan bidra?	Mulige tiltak
Helsepersonell generelt	En bevisstgjøring av at taushetsplikten, kravene til faglig standard, forsvarlighetskravet og yrkesetikk generelt innebærer en plikt til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til pasientopplysninger
Arbeidsgiver/virksomhetens ledelse	Etablering av gode tilgangskontrollsystemer <ul style="list-style-type: none"> • Fysiske sperrer • Tekniske sperrer Sjekk og utsendelse av logger Etablering av gode internkontrollsystemer Risikoanalyser Interne retningslinjer Intern kulturbygging Opplæring Organisatoriske tiltak generelt
Virksomhetens ledelse og den enkelte helsearbeider, ev. ledelsen ved to virksomheter	Avtaler om ansvar for og behandling av pasientopplysninger "på tvers". Sanksjonsmuligheter, rutiner

Vi tror at en slik helhetlig tilnærming til hvordan pasientopplysninger skal sikres i praksis, kan gjøre det mulig å legge til rette for en løsning som tillater noe mer fleksible løsninger for formidling av pasientinformasjon, samtidig som dette ikke rører ved taushetsplikten. Et særlig problem er imidlertid at det ikke er tilstrekkelig bare med etterfølgende tiltak som for eksempel logging: Dersom pasientopplysninger først havner på avveier, er "katta ute av sekken". Det lar seg ikke reparere, slik som for eksempel ved svikt i bankvesenet. Når penger kommer på avveier, kan de tilbakeføres konto.

5.8.6.2 Særlige problemstillinger i tilknytning til bruk av telemedisin

Situasjonsbeskrivelse: Spesialisthelsetjenester utføres lokalt på vegne av spesialisthelsetjenesten av kommunalt ansatt personell som yter spesialisthelsetjenestene i tillegg til kommunale helsetjenester. Betaling for spesialisthelsetjenestene skjer ved at tilsvarende andel lønnsmidler refunderes fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Samarbeidet foregår blant annet vha. telemedisin, både i form av møter, undervisning, konsultasjon med pasient og "visitt".

Det er bred enighet om at når spesialisthelsetjenester ytes lokalt, må helsepersonellet ha kjennskap til relevante pasientopplysninger fra pasientens journal i spesialisthelsetjenesten. Dette er nødvendig for at de skal kunne yte forsvarlig helsehjelp. De har også plikt til å dokumentere de spesialisttjenestene de yter i pasientens journal i tråd med gjeldende regler for journalføring.

De som yter spesialisthelsetjenester lokalt kunne i og for seg vært ansatt i deltidsstilling i spesialisthelsetjenesten. En del steder har man imidlertid funnet det mest praktisk og ønskelig at de har én arbeidsgiver, og har derfor valgt en løsning der helsepersonellet er kommunalt ansatt, og der spesialisthelsetjenesten refunderer (en viss andel av)

lønnsutgiftene til kommunen som sådan. I tråd med reglene for tilgang til EPJ-systemer, kan ikke de kommunalt ansatte ytere av spesialisthelsetjenester slå opp i sykehusets journalsystem, verken for å hente ut nødvendig informasjon eller for å nedtegne opplysninger om behandlingen som ytes lokalt. Dette er i og for seg et generelt fenomen, uavhengig av om telemedisin benyttes som virkemiddel i desentraliseringen eller ikke. Men dette er sentralt, også når bruk av telemedisinske virkemidler er en forutsetning for desentralisering, jf. både ortopediprojektet og dialyseprosjektet beskrevet i kapittel 3. Problemene rundt informasjonsbehandling, deling av informasjon og dokumentasjon av behandlingen kan tenkes å bidra til at telemedisinske løsninger ikke tas i bruk og at desentralisering av disse tjenestene derved ikke finner sted.

I den grad manglende tilgang fører til at lokalt tilsatt personell ikke får korrekt og oppdatert informasjon om sine pasienter og ikke får dokumentert sin behandling fortløpende, kan dette få uheldige konsekvenser. Det kan gå ut over pasienten direkte. Det kan tenkes å føre til fragmentert dokumentasjon av ett og samme sykdomsforløp, dobbeltføring og kanskje også mangelfull dokumentasjon som følge av uklarheter rundt hvem som skal dokumentere hva hvor. På et overordnet plan kan dette også tenkes å kunne skape uklarhet rundt spørsmålet om ansvarsforhold på mer generell basis.

Det har i noen sammenhenger vært antydning at dette kan løses ved å inngå databehandleravtaler mellom kommunen og den aktuelle virksomhet. En databehandler er en fysisk eller juridisk person utenfor databehandlingsansvarliges virksomhet. I kommentarutgaven til helseregisterloven, s. 55 (43) er det understreket at begrepet databehandler er meget vidt, eksempler er en som bearbeider opplysninger for den databehandlingsansvarlige, eller en som kommer i kontakt med opplysningene i tilknytning til utførelse av service på datasystemer. Det heter videre:

"I praksis brukes databehandlere ofte i forbindelse med statistisk bearbeidelse av forskningsmateriale, til å oppbevare opplysningene for den databehandlingsansvarlige (tilbyder av serverplass), eller i forbindelse med innsamlingen."

Dette ser også ut til å være i samsvar med det syn som kommer til uttrykk i følgende sitat fra den såkalte Artikkel 31-komiteen i EU i forbindelse med standardkontrakter for overføring av personopplysninger til databehandlere i 3. land:

"Processors are subcontractors. The controller (Data Exporter) determines the purposes and means of the processing of the personal data transferred and the processor (Data Importer) processes the data on behalf of the controller in the Community and in accordance with the controller's instructions." (47)

Det er et spørsmål om hvorvidt den kommunalt ansatte helsearbeider som leverer tjenester for spesialisthelsetjenesten kan defineres som en som behandler helseopplysninger på vegne av sykehuset, eller om dette begrepet først og fremst knytter seg til de tekniske aspekter av behandlingen av opplysningene. Vi er tilbøyelige til å anta at det siste er tilfelle. Det er imidlertid behov for en klargjøring på dette punkt.

Det er også påpekt en viss inkonsekvens i at når personell innleies fra firmaer som leier ut arbeidskraft, anses ikke deres tilgang til virksomhetens journalsystem som et problem. Til tross for at disse har en annen arbeidsgiver, stilles det lite spørsmål ved om de skal ha tilgang til virksomhetens journalsystem på lik linje med ansatte i virksomheten. I alle fall skal

det være mulig å løse dette via ansettelsesavtalen med den enkelte. Spørsmålet er om ikke det samme kan gjøres i forhold til de kommunalt ansatte det her er snakk om.

Det er mange argumenter for at man her finner fram til en enklere og mer fleksibel løsning enn at disse ansettes i deltidsstillinger i spesialisthelsetjenesten, dersom eneste begrunnelse for dette skulle være at de da kan gis tilgang til sykehusets journalsystem for innhenting av pasientinformasjon og dokumentasjon av den helsehjelp som ytes lokalt.

5.9 Betaling og takster

Vi har valgt å trekke frem spørsmålet om telemedisinske takster, selv om vi strengt tatt ikke anser det som et juridisk spørsmål. Takstsystemet er imidlertid ett av de forhold som jevnlig trekkes fram som et problem og som en hindring for å ta i bruk telemedisinske løsninger. Spørsmål om betaling for tjenester har i praksis vist seg å ha stor betydning for desentralisering av dem, eller mangel på sådan – ikke minst ved bruk av telemedisin. I tillegg har diskusjonen om takster en lang historie.

Allerede i "Den norske IT-veien Bit for bit" fra 1996 (48), ble behovet for telemedisinske takster trukket frem. Det het der blant annet:

"Det bør utarbeides nye refusjonsordninger som gjør at helsetjenester som tilbys ved hjelp av telemedisin, likestilles økonomisk med tjenester som tilbys på tradisjonelt vis."

Det ble også antydnet at viljen til og interesse for å ta i bruk telemedisin, ikke var til stede så lenge refusjonsordningene ikke var tilpasset "de nye mulighetene".

Spørsmålet om takster er også berørt i "Si @" (49). "Avklaring av ansvarsforhold, regler, retningslinjer, og takster m.v. i forbindelse med telemedisinske konsultasjoner" er trukket fram som én av to kategorier prioriterte tiltak for å sikre utbredelse av telemedisinske løsninger.

Senest i en interpellasjon fra representanten Jan Bøhler (A) til helse- og omsorgsministeren i Stortinget 29. mars 2007 var blant annet spørsmålet om takster berørt (50). Representanten Elisabeth Aspaker (H) var i sitt innlegg inne på at bruk av telemedisin både utfordrer DRG-systemet og legetakstrefusjonene. Aspaker omtalte også problemene tilknyttet "ortopediprojektet" ved Sonjatun, jf. pkt. 3.1.1.

5.9.1 Forskrift FOR 2000-12-01 nr 1389 og ortopediprojektet

Forskriften fra 2000 inneholdt enkelte takster for bruk av telemedisin i poliklinisk virksomhet (51). Disse knyttet seg til telemedisinske konsultasjoner generelt og til stillbilder og videokonferanse ifm. øre-nese-hals og hud. Alle takstene forutsatte at pasienten ikke var til stede hos spesialisten.

Prosjektleder for ortopediprojektet ved DMS Nord-Troms på Sonjatun var flere ganger i kontakt med Sosial-og helsedirektoratet for en avklaring av dette regelverket. Den tidligere omtalte e-posten fra det daværende Sosial-og helsedirektoratet til prosjektleder Astrid Buvik, datert 13. mars 2007, kan bidra til å illustrere hvordan ordningen fungerte i praksis (se fornote s. 33). E-posten omhandlet også spørsmål om bruk av takster etter forskriften. Det

ble slått fast at en bare kunne benytte "telemedisinsk takst" ved den type konsultasjoner som ble gjennomført i prosjektet. Det var ikke anledning til å kreve egenandel av pasient, ei heller kunne en ta tilleggstakst slik UNN hadde ønske om for ikke å tape penger ved en slik desentralisert løsning. Dette gjaldt blant annet tilleggstakster for gipsing og skifte av gips.

5.9.2 Gjeldende regelverk fra 1. januar 2008

Fra og med 1. januar 2008 ble ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) også gjort gjeldende for somatisk poliklinisk virksomhet, jf. "Innsatsstyrt finansiering 2008" (4). Dette utgjør et regelverk i henhold til økonomiregelverket i staten. Her forekommer ikke særlige refusjonsordninger for utvalgte telemedisinske tilbud på samme måte som tidligere. Telemedisin er imidlertid særlig omtalt i pkt. 4.1, s. 86, der det heter:

"Poliklinisk helsehjelp som utføres telemedisinsk inngår i beregningsgrunnlaget for ISF-refusjon når følgende vilkår er oppfylt:

- a) Videokonferanseutstyr er benyttet;*
- b) Det polikliniske oppholdet er rapportert som telemedisinsk gjennom attributtet Sted for aktivitet i klassen Kontakt i NPR-meldingen;*
- c) øvrige vilkår i dette regelverket er oppfylt*

For polikliniske opphold som gjennomføres telemedisinsk beregnes refusjonspoeng på bakgrunn av laveste alternative kostnadsvekt i de tilfeller der tilordnet DRG har mer enn én kostnadsvekt, uavhengig av eventuell takstkoderegistrering."

Til grunn for ISF-poliklinikk regelverket ligger som hovedregel at helsehjelpen er utført av lege. Dersom ansvarlig lege deltar aktivt via VK og dersom legens faglige medvirkning er nødvendig for den behandling som gis pasienten, er det innenfor dagens ISF-regelverk. Fra og med 1. januar 2008 er følgelig en konsultasjon via video-konferanse likestilt med en tradisjonell ansikt-til-ansikt konsultasjon (det anses kanskje at pasienten og legen "møtes" ansikt-til-ansikt virtuelt?). En konsultasjon med spesialist via VK utløser de samme refusjoner som når pasienten reiser til sykehuset for konsultasjon (eller tjenesten utføres via ambulans behandling, også hjemme hos pasienten). Det kan kreves egenandel.

Det er ikke etter dette særregler for bruk av stillbilder eller videokonferanse for visse typer lidelser slik det var tidligere.

All bruk av telefon, stillbilder, SMS, hjertelyd, osv. anses som indirekte pasientkontakt og utløser ikke ISF-refusjon. Iflg. e-post fra Sosial- og helsedirektoratet datert 5. mars 2008 bør slik helsehjelp likevel registreres og rapporteres, men da som indirekte pasientkontakt⁷.

⁷ E-post fra Eva Wensaas i Sosial- og helsedirektoratet til Ellen K. Christiansen, datert 13. mars 2007, svar på "Spørsmål om telemedisinske takster"

6. Konklusjoner og diskusjon

Det er en rekke problemstillinger forbundet med desentraliseringen av spesialisthelsetjenester generelt, og bruk av telemedisin spesielt. I og med at dette er et forprosjekt, er ikke alle problemstillinger utredet i denne rapporten. Enkelte er bare nevnt. Vi håper det skal bli mulig å forfølge disse spørsmålene i et eventuelt hovedprosjekt og gjennom artikler, utredning, prosjekter og presentasjoner.

Mange utfordringer knytter seg til nye roller og arbeidsmåter i helsevesenet på generell basis. Vi mener for eksempel at det er interessante problemstillinger knyttet til endret funksjonsdeling i spesialisthelsetjenesten. Bruk av telemedisin i denne forbindelse tydeliggjør problemstillinger knyttet til blant annet rollefordeling, samarbeidsformer, ansvarsfordeling, samtykke, avgjørelsesmyndighet og ivaretagelse av plikten til å sikre pasientrettigheter i det daglige arbeid.

Vi har sett at ansvarsforhold og –fordeling er helt sentrale problemstillinger. Dette gjelder særlig i forhold til etablering og drift av DMS'er, men også for andre desentraliserede løsninger for eksempel knyttet til sykestuefunksjoner og lignende. Personer vi har snakket med har formidlet at de er opptatt av en klargjøring av ansvarsforholdene generelt og systemansvaret spesielt.

En rekke spesialisthelsetjenester kan desentraliseres ved hjelp av telemedisin. I tillegg til de eksempler som er beskrevet i denne rapporten, kan nevnes tiltak som kan styrke pasientens egenomsorg så som eksempeiledning til foreldre, elektronisk veiledning til pasienter fra helsepersonell i ulike situasjoner og elektronisk og automatisert overføring av monitoreringsdata fra pasient til helsevesen. Vi vil også nevne overføring av atypisk hjertelyd hos barn fra allmennpraktiker til vurdering hos spesialist ved sykehus, samt andre former for elektronisk kommunikasjon ved hjelp av lyd, bilde og tekst mellom ulike nivåer og instanser i helsevesenet.

På et mer overordnet nivå kan det være behov for en diskusjon av hvordan man skal vurdere kvaliteten på og forsvarligheten av desentraliserte tjenester der telemedisin er involvert. Vi ser regelmessig at det stilles spørsmål, direkte eller indirekte, ved forsvarligheten av å yte ulike tjenester uten at lege og pasient møtes ansikt til ansikt. I en nylig avlagt doktorgrad ved Universitet i Tromsø er det blitt fremskaffet ny kunnskap om hvordan og hvorfor mennesker bruker Internett til helseformål (52). Det ble blant annet påvist at deltakere i Internettbaserte diskusjonsfora har positivt utbytte av dette. Én konklusjon er at nettopp egenskaper ved tekstbaserte medier kan ha helsefremmende effekter. Det er særlig pekt på at tekstmedier muliggjør informasjons- og tankemessig bearbeiding av et budskap før det oversendes mottaker. Slik sett kan det konkluderes med at det er en myte at alt helsearbeid bør skje ansikt-til-ansikt. Frykten for at "kald teknologi" skal erstatte "varme hender" kan i lys av dette kanskje sies å være overdrevet. Særlige egenskaper ved kommunikasjon via elektroniske medier bør gjøres til gjenstand for en mer overordnet medisinskfaglig og juridisk gjennomgang. I denne forbindelse kunne man også se nærmere på en sammenligning av kvaliteten på de ulike tjenestene, med og uten telemedisinske virkemidler.

Det er også noen spørsmål knyttet til fritt sykehusvalg når telemedisin muliggjør at spesialisthelsetjenester flyttes ut av sykehus og inn i for eksempel DMS'er i de enkelte kommuner. Kan pasienter motsette seg overflytting til videre spesialistbehandling i et DMS i

hjemkommunen? Har en pasient fra Oslo med slekt i Trøndelag rett til oppfølging fra spesialisthelsetjenesten på Fosen DMS etter eget ønske?

Det er behov for en gjennomgang av dokumentasjonsrutinene i forbindelse med desentralisering. Når telemedisin blir benyttet, er det spesielt viktig å se nærmere på hvem som deltar, hvilke roller de har og hvilket behov det er for at de ulike aktører dokumenterer sin deltakelse i sitt system. Dette gjelder selv om det er klart definert hvem som er ansvarlig for helsehjelpen til pasienten. I og for seg kan en jo også tenke seg at flere yter helsehjelp samtidig på selvstendig grunnlag og innenfor sitt kompetanseområde, når flere enn bare én lege og pasienten er til stede i konsultasjonen.

En litt annen type problemstilling knytter seg til om kommunene på vanlig måte kan være avtalepart for de regionale helseforetakene iht. sphtjl § 2-1a om sørge-for ansvaret. Fra pasientens ståsted ville dette utvilsomt fortone seg som en desentralisering av spesialisthelsetjenester. Denne problemstillingen ligger imidlertid i en litt annen gate enn det som inngår i rammene for dette prosjektet.

I forbindelse med drøfting av spørsmålet om tilgang til EPJ-systemer, har vi vært inne på unntakene fra taushetsplikten i hlspl §§ 25 og 45. Vi har stilt spørsmål ved om lovgiver opprinnelig tenkte at all viderefremføring av journal og journalopplysninger skulle være hjemlet i hlspl § 45 om overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger. Dette har vi ikke funnet noe klart svar på. I forarbeider og juridisk teori finner vi holdepunkter for begge oppfatninger. Vi anser imidlertid at meningen har vært at også journal og journalopplysninger kan viderefremmes til samarbeidende personell, også med hjemmel i hlspl § 25, når vilkårene for det er oppfylt.

I de samme drøftingene har vi forsøkt å klarlegge hvorvidt kommunalt ansatte helsearbeidere som utfører oppgaver for spesialisthelsetjenesten kan gis adgang til pasientopplysninger via sykehusets EPJ-system på grunnlag av en databehandleravtale med helseforetaket. Det er blitt sagt muntlig i en del sammenhenger at dette skulle la seg gjøre, men det har ikke vært mulig å få det bekreftet skriftlig. Vi er tilbøyelige til å mene at man med databehandler tenkte i retning av teknisk eller statistisk bearbeiding av pasientopplysninger, jf. formuleringen "på vegne av". Vi ville tro at behandling av pasientopplysninger som et ledd i å yte helsehjelp desentralisert, ikke var tenkt å skulle høre inn under den ordningen. Skulle dette vise seg ikke å holde stikk, kunne avtale om databehandleransvar muligens være en vei å gå for å etablere muligheter for tilgang til andre virksomheters journalsystemer i forbindelse med desentralisering av tjenester. Det er som sagt behov for en avklaring på dette punkt, jf. pkt. 5.8.6.2.

Etter vår mening er helseregisterloven § 13 til hinder for at kommunalt ansatt helsepersonell kan få tilgang til sykehusets journalsystem for å tilegne seg pasientopplysninger og dokumentere spesialistbehandling som ytes lokalt. Vi vil imidlertid understreke at selv om man skulle endre eller oppheve hlsregl § 13, vil det langt fra være "fritt fram" for tilgang for andre virksomheters ansatte. Det samme gjelder for øvrig virksomhetens egne ansatte. I det hele tatt er vi usikre på om det bør skilles mellom egne og andres ansatte når det gjelder tilgangen til EPJ-systemene. Datatilsynet har i mange sammenhenger påpekt at den interne tilgangsstyring er alt for dårlig, noe det ikke er vanskelig å være enig i. Kanskje kan en skikkelig gjennomgang av nødvendige sikkerhetstiltak for at eksternt ansatte kan få tilgang, føre til gode tilgangskontrollsystemer også for egne ansatte. Betydningen av god intern tilgangskontroll ble for øvrig vurdert i Den europeiske menneskerettighetsdomstolen i juli

2008 (53). Et finsk sykehus ble dømt til å betale erstatning til en pasient (som også var ansatt ved sykehuset) fordi hennes journal ikke ble godt nok beskyttet mot innsyn fra personell uten behandlingsansvar for henne. Gode sikkerhetstiltak skal bidra til at taushetsplikten overholdes. I og med at den samme taushetsplikten gjelder for både egne og andres tilsatte, tilsier det etter vår mening samme nivå på sikkerhetstiltakene overfor begge grupper.

I rundskrivet om telemedisin og ansvar (2) er det understreket at når helsehjelp ytes ved hjelp av telemedisinske virkemidler, er det som ellers opp til helsepersonellet å vurdere forsvarligheten av tjenesten. Prinsippene i rundskrivet er ellers tuftet på den oppfatning at telemedisin er et virkemiddel som ikke rokker ved den grunnleggende lovgivning som gjelder i helsetjenesten. I forlengelsen av dette vil vi hevde at telemedisin er et virkemiddel som heller ikke burde rokke ved de finansieringsordninger som gjelder for spesialisthelsetjenesten. Det burde være irrelevant om telemedisinske virkemidler benyttes, eller ikke. Når man nå har valgt å likestille videokonsultasjoner med konsultasjoner ansikt-til-ansikt, er det vel og bra. Det er imidlertid mange andre typer elektroniske verktøy som kan benyttes, og flere er under utvikling. Finansieringssystemet bør ta høyde for denne utviklingen, og ikke knytte finansieringen til bestemte virkemidler.

I forbindelse med betaling/finansiering skal også bemerkes at nye roller skaper nye utfordringer. Endret funksjonsfordeling, omorganisering av tjenester og nye roller for helsepersonell fører til at oppgaver som tidligere utelukkende ble ivaretatt av spesialister innenfor spesialisthelsetjenesten, nå flyttes ut og helt eller delvis utføres av andre yrkesgrupper. Dette så vi blant annet eksempler på ved Sonjatun helsesenter, der telemedisinske konsultasjoner med spesialist i sykehus ble kombinert med tjenester utført av sykepleiere lokalt. Når det legges opp til slike ordninger, melder det seg, som vi har sett, straks problemer mht. finansiering. Dersom man ønsker at disse tjenestene skal flyttes ut og fortsatt ivaretas på laveste effektive omsorgsnivå, jf. LEON-prinsippet (vedlegg B, pkt. B.5.3), må ISF-systemet endres slik at det stimulerer til en slik utvikling. Slike endringer er for øvrig nå bebudet fra 1. januar 2009. Det skal bli enklere å flytte spesialisthelsetjenester ut av sykehusene og legge til rette for at de kan utføres av andre enn legespesialister (54).

Det er også et problem at dersom en kommunelege deltar sammen med pasienten i en telemedisinsk konsultasjon med spesialist uten å være den som er ansvarlig for helsehjelpen, får ikke kommunelegen kompensert for bruk av sin tid og ekspertise. Uklare og manglende retningslinjer på dette punkt er blant de forhold vi tror bidrar til at telemedisinske virkemidler ikke tas i bruk i den utstrekning det er ønskelig og naturlig.

Forkortelser

DMS	Distriktsmedisinsk senter
DRG	Diagnoserelaterte grupper
EPJ-systemer	Elektroniske pasientjournalssystemer
Hlspl	Helsepersonelloven
Hlsregl	Helseregisterloven
ISF	Innsatsstyrt finansiering
OE-enheten	Observasjons- og etterbehandlingsenheten
Pasrl	Pasientrettighetsloven
SHdir	Sosial-og helsedirektoratet
Sphlsl	Spesialisthelsetjenesteloven
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
VK	Videokonferanse

Ordliste

Rundskriv	Skriv som sendes rundt til flere personer, særlig skriv fra høyere myndighet til nærmeste underordnede som direktiv for deres handlemåte (for eksempel fra departement til underliggende etater) Departementer bruker ofte rundskriv til å spesifisere og klargjøre fortolkninger av regelverket.
Forskrift	Utfyllende bestemmelser med hjemmel i lov
Intermediærenhet	En buffer eller et bindeledd mellom 1. og 2. linjetjenesten i helsevesenet ("et nivå der første- og andrelinjetjenestene møtes)
Nefrolog	Spesialist i nyresykdommer
Presumert	Antatt, formodet

Referanser

- 1 Commission of the European Communities. Advanced informatics in medicine. Supplement application of telecommunications of health care telemedicine AI 1685. Brussel: Commission of the European Communities, 1990.
- 2 Rundskriv I-12/2001: Telemedisin og ansvarsforhold, Sosial- og helsedepartementet 2001 (ansvarsrundskrivet) <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2001/I-122001.html?id=108946> (22.12.08)
- 3 LOV-1999-07-02-64 - Lov om helsepersonell m.v. av 02.07.1999 nr. 64 (helsepersonelloven). <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html> (19.12.08)
- 4 Innsatsstyrt finansiering 2008, Sosial- og helsedirektoratet, desember 2007, ISBN 978-82-8081-100-4
- 5 Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord. Rapport fra prosjektgruppe oppnevnt av Helse Nord RHF, mai 2005
- 6 Brev fra Helsetilsynet i Hordaland til Helse Bergen HF v/adm. direktør, datert 28.08.2006: Oversending av rapport frå tilsyn med Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus den 8. og 9. mai 2006
- 7 Distriktsmedisinske Senter (DMS), Utviklingen av sykestuer til fremtidens "desentraliserte" spesialisthelsetjeneste, Rapport fra Sosial- og helsedirektoratet, oktober 2002 http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-1077_1492a.pdf (22.12.08)
- 8 Samhandling og desentralisering. Forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene. Rapport fra nasjonal gruppe for samhandling og desentralisering – oppnevnt av de regionale helseforetakene, 2004. <http://www.helse-nord.no/category12086.html> (24.11.08)
- 9 Spesialisthelsetjenesten ved Helsesenteret Sonjatun i Nordreisa, Strategiske virksomhetsresultater for 2006, Universitetssykehuset Nord-Norge
- 10 Arild E, Rumpsfeld M, Sjaaeng E. Teledialysis – experiences from North Norway (Report), Nasjonalt senter for telemedisin, 07-2007, ISBN: 978-82-92092-85-9
- 11 Legevisitt via bredbånd. Teledialyse: <http://telemet.custompublish.com/index.php?id=453205> (19.12.08)
- 12 Kartlegging av behov for nye telemedisinske løsninger hjem til nyresviktpasienter: <http://www.telemet.no/kartlegging-av-behov-for-nye-telemetisinske-loesninger-hjem-til-nyresviktpasienter.4500461-51255.html> (18.12.08)
- 13 Teledialyse: <http://www.telemet.no/teledialyse.453221-43636.html> (18.12.08)
- 14 Hvilke utprøvede og egnede telemedisinske tjenester bør prioriteres for storskala implementering?. Rapport fra prosjektgruppe nedsatt av Helse Nord RHF som oppfølging av vedtak i Helse Nord-styret av 22. juni 2005 i sak om "Desentralisering av spesialisthelsetjenester", Tromsø 1.3.2006, s. 16
- 15 Evaluering av pilotprosjektet Fosen DMS, Ernst & Young og HiST Avdeling for helse-og sosialfag, Trondheim, 26. september 2007
- 16 Eckhoff T, Rettskildelære, Tano Jus, 1987, 2. utgave, s. 19
- 17 FOR-2000-12-21-1385- Forskrift om pasientjournal med merknader <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20001221-1385.html> (22.12.08)
- 18 Ot.prp. nr. 48 (1997-98) Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern (Sterkere nasjonal styring og regionalt samarbeid) <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19971998/Otprp-nr-48-1997-98-.html?id=159013> (22.12.08)

- 19 Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20002001/Otprp-nr-66-2000-2001-.html?id=165010> (22.12.08)
- 20 Ot. prp. nr. 31 (2002-2003) Om lov om visse sider av elektronisk handel og andre informasjonssamfunnstjenester (ehandelsloven)
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/nhd/dok/regpubl/otprp/20022003/Otprp-nr-31-2002-2003-.html?id=172159> (22.12.08)
- 21 Ot. prp. nr. 27 (2002-2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom mv.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/Otprp-nr-27-2002-2003-.html?id=171475> (22.12.08)
- 22 Andenæs J. Innføring i rettsstudiet, Grøndahl & Søn forlag A.S, Oslo 1983, s. 160
- 23 Kjørstad A. Styringsretten i helsevesenet, Arbeidsrett 2005 s. 1 – (ARB-2005-1)
- 24 LOV-1999-07-02-63- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
<http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html> (22.12.08)
- 25 LOV-1999-07-02-61- Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
<http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-061.html> (22.12.08)
- 26 Rundskriv I-9/2002 Ledelse i sykehus, Helsedepartementet, 28. august 2002
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2002/I-92002.html?id=109027> (22.12.08)
- 27 Ot. prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m m (spesialisthelsetjenesteloven)
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/Otprp-nr-10-1998-99-.html?id=159380> (22.12.08)
- 28 LOV-1982-11-19-66- Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) <http://www.lovdatab.no/all/nl-19821119-066.html> (22.12.08)
- 29 Ot. prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/Otprp-nr-13-1998-99-.html?id=159428> (22.12.08)
- 30 Ohnstad B. Pasient-, informasjons-, journal- og behandlingsansvarlig, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 8, 2001; 121: 977-8 http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=293917 (22.12.08)
- 31 Forskrift 2000.12.01 nr 1218: (HOD) om pasientansvarleg lege m.m
<http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20001201-1218.html> (22.12.08)
- 32 Rundskriv I-59/2000 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Sosial-og helsedepartementet 2000
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/reglement/2001/I-592000.html?id=278566 (22.12.08)
- 33 Innst.O.nr.58 (1998-1999) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven) <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/1998-1999/inno-199899-058/> (22.12.08)
- 34 LOV-2001-05-18-24-Lov av 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)
<http://www.lovdatab.no/all/nl-20010518-024.html> (22.12.08)
- 35 Forskrift 1.12.2000 nr 1389 Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak [OPPHEVET]
<http://rundskriv.nav.no/rtv/lpext.dll/forskr/f20001201nr1389?f=templates&fn=main-j.htm&2.0%20%94> (22.12.08)
- 36 LOV-1927-04-22-3 - Lov av 22. april 1927 nr. 3 om vergemål for umyndige (vergemålsloven)
<http://www.lovdatab.no/all/nl-19270422-003.html> (22.12.08)
- 37 LEON-prinsippet:
http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPKey_808/hParent_8/hDKey_1 (22.12.08)

- 38 NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt En sammenhengende helsetjeneste
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2005/NOU-2005-03.html?id=152579> (22.12.08)
- 39 Midtveisevalueringen av S@mspill 2007, Avsluttende rapport, Rambøll Management, 2006, s. 9
- 40 Befring AK, Ohnstad B. Helsepersonelloven – med kommentarer, 2. utg., Fagbokforlaget 2001, s. 139
- 41 Rundskriv IS-7/2006 Rundskriv vedrørende tilgang til og utlevering av opplysninger i elektroniske pasientjournaler, Sosial og Helsedirektoratet 2006
- 42 Ot. prp. nr. 5 (1999-2000) Om lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven), s. 192
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19992000/Otprp-nr-5-1999-2000-.html?id=160165> (22.12.08)
- 43 Engelschiøn S, Lie C, Nilsen B. Helseregisterloven kommentarutgave, Universitetsforlaget 2002, s. 92
- 44 Datatilsynet: "Netthelse", publisert 16.03.2001
- 45 Elin (hovedside): <http://elin-prosjektet.com/index.php?side=hoved> (22.12.08)
- 46 Commission Recommendation of 2nd July 2008 on cross-border interoperability of electronic health record systems, Brussels COM(2008)3282 final, Explanatory Memorandum Scope of Recommendation
- 47 The Article 31 Committee gives green light:
http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/privacy/modelcontracts/article31_en.htm
(22.12.08)
- 48 Den norske IT-veien Bit for bit, Rapport fra Statssektretærutvalget for IT, Samferdselsdepartementet januar 1996, s. 74
- 49 Statlig tiltaksplan 2001-2003 Elektronisk samhandling i helse-og sosialsektoren "Si @", Sosial-og helsedepartementet, s. 6
- 50 Sak nr. 12: Interpellasjon fra representanten Jan Bøhler til helse-og omsorgsministeren, torsdag 29. mars 2007 kl. 10
- 51 FOR 2000-12-01 nr 1389: Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak
- 52 Johnsen JAK. Electronically Mediated Health-Communication, Uses of Text-Based Media, University of Tromsø, Faculty of Social Sciences, Department of Psychology, 2008
- 53 Council of Europe, European Court of Human Rights: Fourth Section Case of I v. FINLAND (Application no. 20511/03), Judgement Strasbourg 17 July 2008 <http://tinyurl.com/69rtpg> (22.12.08)
- 54 ISF-ending betyr mer behandling utenfor sykehus
http://www.helse-midt.no/templates/StandardMaster_91565.aspx?epslanguage=NO (22.12.08)
- 55 Rygh E. Telemedisin som samhandlingsredskap – muligheter og utfordringer, Utposten nr. 4, 2007
- 56 Pagliari C, et al. What is eHealth (4): A Scoping Exercise to Map the Field, J Med Internet Res 2005;7(1):e 9
- 57 Oh H. et al. What is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions, J Med Internet Res 2005;7(1):e1
- 58 Wilson P, Leithner C, Moussalli A. Mapping the Potential of eHealth, Empowering the citizen through eHealth tools and services, European Institute of Public Administration, Maastricht 2004
- 59 Eyr - epostliste for allmennpraktikere: <http://www.uib.no/isf/eyr/eyr.htm> (22.12.08)
- 60 Se f.eks. Anette Fosses artikkel i "Utposten" nr. 2 2004: Distriktsmedisin - veiviser og lokomotiv i utviklingen av morgendagens helsetjeneste
<http://www.uib.no/isf/utposten/2004nr2/utp04204.htm> (22.12.08)
- 61 Statlig strategi 2004-2007 Samspill 2007 Elektronisk samarbeid i helse-og sosialsektoren, Helsedepartementet og Sosialdepartementet, s. 5

- 62 Strategiplan Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse-og omsorgssektoren 2008-2013, Helse-og omsorgsdepartementet, s. 10
- 63 "Lokalsykehusenes fremtidige rolle", rapport utarbeidet av arbeidsgruppe nedsatt av Legeforeningen, 2006
- 64 Samhandling er godt for helsa!, Rapport fra arbeidsgruppe i Helse Nord, juli 2002
- 65 Sykestuefunksjonen – primærhelsetjenesten-spesialisthelsetjenesten – The missing link?, Statens helsetilsyn, februar 2001, s 8
- 66 Bergmo TS. An economic analysis of teleconsultation in otorhinolaryngology, J Telemed Telecare, 1997;3(4):194-9
- 67 German insurer launches glaucoma telemedicine:
http://www.ehealthurope.net/news/3956/german_insurer_launches_glaucoma_telemedicine
(23.12.08)
- 68 Alcatel-Lucent launches LifeStat:
[http://www.ehealthurope.net/news/3941/alcatel-lucent_launches_lifestat%20\(17](http://www.ehealthurope.net/news/3941/alcatel-lucent_launches_lifestat%20(17) (23.12.08)

VEDLEGG A: Definisjoner av telemedisin og eHelse

A.1 Definisjoner av telemedisin

Telemedisin er et relativt vidt begrep, men i korthet kan det sies å handle om det å benytte IKT-løsninger for å gi helsetilbud til alle, uavhengig av tid og sted (55). Det er også beskrevet som et sett av kommunikasjonsløsninger som gjør det mulig å utnytte medisinske ressurser på en ny og bedre måte (2). Begrepet telemedisin er nært beslektet med begrepet eHelse (se nedenfor).

Nasjonalt senter for telemedisin tar i sitt virke utgangspunkt i definisjonen fra *Advanced Informatics in Medicine* (1991) (1):

"Telemedisin er: Undersøkelse, overvåkning, behandling og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienten eller relevant informasjon er geografisk plassert."

Definisjoner av telemedisin skiller seg noe fra hverandre ved at de er mer eller mindre omfattende. Alle omfatter bruk av IKT i oversendelse av pasientopplysninger (implisitt eller eksplisitt) og det at helsehjelp ytes over avstand, uavhengig av hvor pasienten befinner seg. Flere av dem omfatter, i likhet med definisjonen som benyttes ved Nasjonalt senter for telemedisin, opplæring av pasienter og personale (education/medical education).

Journal of Telemedicine and Telecare:

"Telemedicine can be defined as "medicine practised at a distance". It therefore encompasses diagnosis, treatment and medical education."

Blant andre definisjoner av telemedisin kan nevnes⁸:

1. Telemedicine Information Service:

"Telemedicine is a new way of delivering healthcare allowing a change from a centralised service to one which is patient centred, resource efficient and where decisions are made at a local level close to the patient. The term telemedicine is used when referring to a number of applications of information and communication technology (ICT) to medicine. Some of these, like teleradiology or 3D simulation software, are advanced information management techniques and, although extremely valuable in contributing to improved healthcare, are not telemedicine. We reserve the term telemedicine for "remote, telematic healthcare" which involves patients more closely in their healthcare process."

2. Telemedicine Research Center

"Telemedicine is the use of telecommunications to provide medical information and services."

3. The Association of Telehealth Service Providers

"The provision of health care and education over a distance, using telecommunications technology."

⁸ <http://telemed.custompublish.com/nsts-definisjon-av-telemedisin.43862-42656.html>

4. Office for the Advancement of Telehealth

“Telehealth is the use of electronic information and telecommunications technologies to support long-distance clinical health care, patient and professional health-related education, public health and health administration.”

5. American College of Medical Physics

Draft Standard for Telemedicine as it Pertains to the Practice of Medical Physics in Radiation Oncology

“Telemedicine, as it pertains to the practice of medical physics in radiation oncology, is defined as the transmission of the work product of the medical physicist(s) from one location to another for the purposes of providing the medical physicist(s), and/or radiation oncologist(s) at the second location with specific information related to the treatment of patients under their care. The standard is designed to address the practice in which the medical physicist does not routinely perform services on-site or consult in person with the oncologist at the location of practice for the oncologist.”

6. California Telehealth and Telemedicine Center

“Telehealth/telemedicine are broadly defined as the use of telecommunications and information technologies to provide health services, training and information to health care providers and consumers. The essence of telehealth/telemedicine is the delivery of services and information to individuals in their own communities instead of the movement of people to centers of health expertise. As such, telehealth/telemedicine are emerging as significant new tools in addressing the cultural, socioeconomic, and geographic barriers to health services and information in underserved urban and rural communities. Benefits include local access to specialty care, enhanced primary-care services, and the increased availability of medical education and health information resources in medically underserved communities.”

7. The National Academies, USA - Institute of Medicine

“Telemedicine is the use of electronic information and communications technologies to provide and support health care when distance separates the participants (In Field, M.J., ed. Telemedicine: A Guide to Assessing Telecommunications in Health Care". National Academy Press: Washington, D.C., 1996”

8. American College of Nurse Practitioners

Tele-Definitions From the American Nurses Association (ANA): Published in 1997, In Telehealth: A Tool for Nursing Practice the document offers the following definitions as an initial glossary of terms used in discussing telehealth:

- *Telecommunications refers to the transmission, emission or reception of data or information, in the form of signs, signals, writings, images and sounds or any other form, via wire, radio, visual or other electromagnetic systems.*
- *Telehealth is the removal of time and distance barriers for the delivery of health care services or related health care activities. Some of the technologies used in telehealth include: telephones, computers, interactive video transmissions, direct links to health care instruments, transmission of images and teleconferencing by telephone or video.*
- *Telenursing is a subset of telehealth in which the focus is on nursing practice via telecommunications.*
- *Telemedicine, similarly, is another telehealth subset. Telemedicine includes many medical specialties, such as teleradiology, teledermatology, telepsychiatry, etc.”*

A.2 Definisjoner av eHelse

Begrepene eHelse og telemedisin brukes i en del sammenhenger litt om hverandre. Vi har derfor valgt å ta med noen betraktninger rundt begrepet eHelse til orientering.

Begrepet eHelse oppstod mot slutten av 1990-tallet og er i dag mye brukt i ulike sammenhenger. Dette er kanskje noe mindre presist enn begrepet "telemedisin". Innholdet i "eHelse" varierer med hensyn til funksjoner, interessenter, kontekst og teoretisk tilnærming. De fleste definisjonene omfatter imidlertid et bredt spekter av medisinske elektroniske applikasjoner, både i spesifikk og mer generell forstand. Flertallet av definisjonene inneholder et kommunikativt aspekt og omhandler bruk av digitale nettverk, fortrinnsvis Internett. Målgruppene varierer også noe (56).

En systematisk gjennomgang av ulike definisjoner har vist at betegnelsen omfatter mange temaer, men at det er ingen klar enighet om innholdet i begrepet eHelse. To universelle trekk er imidlertid identifisert: Helse og teknologi (57).

EU har sin egen, svært generelle definisjon av eHelse:

"bruken av moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å imøtekomme behovene til borgere, pasienter, helsepersonell, leverandører av helsetjenester, så vel som politikere (vår oversettelse).

The World Health Organisation (WHO) har en noe mer detaljert definisjon:

"eHelse er den kostnadseffektive og sikre bruken av informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å støtte opp under helse og helserelaterte (fag)områder, inkludert helsetjenester, helseovervåking, litteratur på området og helseutdanning, kunnskap og forskning" (vår oversettelse).

Claudia Pagliari and colleagues (56) landet på følgende definisjon, som også inkluderer menneskelige og organisatoriske faktorer:

"eHelse er et kommende fagfelt på området medisinsk informatikk. Det refererer seg til organisering og leveranse av helsetjenester og -informasjon ved hjelp av Internett og lignende teknologier. I en større sammenheng karakteriserer betegnelsen ikke bare teknisk/teknologisk utvikling, men også en ny måte å arbeide på, en holdning og en vilje til å arbeide i nettverk, tenke globalt, å forbedre helsetjenestene lokalt, regionalt og over hele verden ved å benytte informasjons- og kommunikasjonsteknologi" (Eysenbach, 2001, bearbeidet av Pagliari et al, 2005) (vår oversettelse).

Wilson, Leithner og Moussali erkjenner på sin side at "eHealth" ikke er et enkelt begrep. De har satt fokus på at det ikke bør være én definisjon, fordi det per definisjon er et dynamisk og skiftende begrep som til enhver tid må gjenspeile sitt innhold (58). Det heter imidlertid:

"eHealth" er en kort betegnelse for all bruk av informasjonsteknologi i helsetjenesten. "eHealth" omfatter alt teknologiske verktøy og alle applikasjoner som tidligere gikk under betegnelsene: "health computing, health informatics, health telematics and telemedicine" (vår oversettelse).

Det heter videre:

"eHelse-verktøy og -applikasjoner er blitt utviklet og benyttet i Europa i mer enn 40 år og tar nå i noen grad opp i seg noen kjerneutfordringer som Europeiske leverandører av helsetjenester møter i dag: krevende pasienter, en aldrende befolkning, feilbehandling og økende kostnader. eHelse er imidlertid mer enn summen av disse faktorene. eHelse er en legemliggjørelse av viljen til nettverkbasert, brukersentrert helsearbeid, noe som krever et sterkt politisk og teknologisk fundament" (vår oversettelse).

A.3 Oppsummering

Verken begrepet "telemedisin" eller begrepet "eHelse" er særlig presise. De brukes litt om hverandre og grensene mellom dem er uklare. Det hender også at de blir brukt synonymt. De fleste vil imidlertid være enige om at eHelse er et videre begrep enn telemedisin og at telemedisin kan sies å inngå i eHelse-begrepet. Det kan se ut som om utviklingen går i retning av at begrepet telemedisin brukes om tjenester som har utspring direkte i helsevesenet og da først og fremst i behandlingen av pasienter. Mens bruk av video-konferanse til behandling av pasienter med hudlidelser klart nok er telemedisin, vil mange hevde at det å sende elektronisk epikrise etter behandlingen ikke er telemedisin, men en tjeneste som faller inn under betegnelsen eHelse.

I denne rapporten har vi stort sett brukt begrepet telemedisin. I vår betydning av ordet omfatter dette også meldingsutveksling og rene informasjonstjenester – altså det mange vil betegne som eHelse.

VEDLEGG B: Desentralisering av spesialisthelsetjenester

B.1 Hva er desentralisering av spesialisthelsetjenester?

Desentralisering er ikke et entydig begrep. Det finnes en hel rekke definisjoner, forklaringer på og forståelser av hva som ligger i det. Det er heller ikke gitt en endelig definisjon i lovverket, men i noen tilfeller vil tolkningen av begrepet ha direkte betydning for juridiske spørsmål. Desentralisering gjennom ambulerende spesialister gir grunnlag for andre juridiske problemer enn desentralisering gjennom bruk av telemedisinske løsninger. Siden fokus i denne rapporten særlig er på desentralisering vha. telemedisin, skal det også presiseres at heller ikke begrepet telemedisin er entydig, jf. vedlegg A.

På et overordnet nivå handler desentralisering om at tjenester flyttes. I forbindelse med desentralisering av spesialisthelsetjenester er det i de aller fleste tilfeller snakk om å flytte dem ut fra sykehus og nærmere pasientene. Det er flere måter å organisere dette på, og spennet er stort fra tradisjonell behandling inne på sykehus til monitorering og bistand fra spesialisthelsetjenesten hjemme hos pasienten.

Følgende inndeling kan illustrere ulike former for desentralisering:

- Desentralisering ved at helsepersonell "flytter ut", ambulerer
- Desentralisering ved at tjenestene "flytter ut", blant annet vha. telemedisin
- Desentralisering ved kompetanseoverføring

Det siste er nærmere utdypet i den før nevnte rapporten fra Helse Nord RHF: "Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord" (5). Der er det pekt på at desentralisering ikke bare dreier seg om å flytte en spesialistbehandling ut. Det dreier seg også om samhandling med primærhelsetjenesten, ivaretagelse av veiledningsansvaret overfor kommunene og å sørge for kompetanseheving på kommunalt nivå. Dette relateres til det behov for kompetanseutvikling og opplæring som finnes, både blant helsepersonell, pasienter og pårørende. Antakelig kan dette også føre til endring av funksjonsfordeling mellom de ulike forvaltningsnivåene i helsetjenesten på sikt.

B.1.1 Desentralisering ved ambulering

Når spesialister ambulerer, slipper pasienten å forflytte seg eller får kortere reise til et lokalsykehus eller helsesenter. Denne arbeidsformen har lang tradisjon i alle deler av landet og har vært – og er – avgjørende for opprettholdelse av driften på mange lokalsykehus. I rapporten fra Helse Nord (5) fremheves ambulering som en helt sentral måte å organisere desentraliserte tjenester på. I rapporten defineres ambulering som

"...skjermet elektiv (planlagt) virksomhet etablert utenfor spesialisthelsetjenestens daglige tjenestested, for å tilby spesialisthelsetjenester desentralisert."

Denne form for desentralisering anses fortsatt å ha et stort potensial for å sikre tilgang på spesialisthelsetjenester av god kvalitet nærmere pasientene.

Ambuleringen kan skje ved at spesialisten reiser til eget kontor som leies av kommunen. Dette kan gjelde både for tjenester som krever spesielt utstyr og for tjenester som ikke gjør det. Kontoret kan være lokalisert i et senter med flere spesialister og tilhørende støttefunksjoner – typisk Distriktsmedisinske sentra (DMS'er), ved sykestuer eller ved lokale

sykehus eller legekontor. Rapporten fra Helse Nord viser også til eksempler på spesifikke tjenester som man anser som særlig egnet for ulike typer ambulering.

B.1.2 Desentralisering ved bruk av telemedisin

Ved desentralisering ved hjelp av telemedisinske virkemidler forflyttes verken pasienten eller spesialisten. Tjenester tilbys til pasienten lokalt; "spesialisten ambulerer virtuelt". Et typisk eksempel er konsultasjoner som avvikles finner sted via videokonferanse der spesialisten befinner seg på sitt vanlige arbeidssted, mens pasienten er i et studio nær sitt hjemsted sammen med lokalt helsepersonell. Denne ordningen har vært praktisert mellom Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Kirkenes sykehus i en årrekke i forbindelse med hudlidelser. Et annet eksempel er dialysebehandling som finner sted lokalt, mens pasientansvarlig spesialist (nefrolg) ved UNN "går visitt" via VK, se pkt. 3.1.2.

På samme måte som ved ambulering kan det variere hvor tjenestene ytes, og erfaringen er at ulike steder egner seg for ulike tilbud. Enkelte telemedisinske løsninger, som VK-konsultasjoner, krever egne lokaliteter med spesielt utstyr og helsepersonell med særlig opplæring. Andre typer tilbud krever bare at pasienten har tilgang til PC tilkoblet Internett, videokonferanse, kamera og/eller TV. Noen tjenester kan også ytes hjemme hos pasienten. Ett eksempel på det siste er oppfølging av diabetes⁹- og KOLS-pasienter¹⁰ via TV. Et annet er oppfølging og opplæring av foreldre til barn med atopisk eksem^{11, 12}, slik at disse ikke må reise til sykehus med sine barn når eksemen bryter ut. De kan da sende stillbilder av eksemen sammen med tekst til spesialist ved sykehus, og på det grunnlag motta råd om og veiledning på riktig stell av barnets eksem.

B.1.3 Desentralisering ved kompetanseoverføring

Det er innledningsvis i dette kapittelet pekt på at desentralisering av spesialisthelsetjenester i de aller fleste tilfeller innebærer at tjenester flyttes nærmere pasientene. I tillegg til at ansatte i spesialisthelsetjenesten tilbyr sine tjenester der pasienten er, kan slik desentralisering også være en følge av endret funksjonsfordeling mellom 1.- og 2.-linjetjenesten. Det siste kan blant annet følge av at det skjer en kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Et eksempel som kan illustrere dette: I NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt" (38) er det under overskriften "Ambulante spesialisthelsetjenester" pekt på at helsepersonell fra enkelte sykehus gjennomfører opplæring av kommunalt ansatte helsearbeidere i kommunene. I eksempelet er opplæring i nye behandlingsprinsipper for smertebehandling og annen palliativ terapi trukket fram. Dersom dette er oppgaver som tradisjonelt er blitt ivaretatt av spesialisthelsetjenesten, vil slik opplæring både kunne innebære desentralisering, sett fra pasientens ståsted, og reelt sett endret funksjonsfordeling mellom 1.- og 2.-linjetjenesten. Den kompetanse ansatte på de ulike nivåer til enhver tid besitter, vil med andre ord kunne være med på å definere hvilke arbeidsoppgaver som legges til de tilligger ulike nivåer i helsetjenesten.

⁹ <http://telemed.custompublish.com/sykehuset-hjem-i-stua.364258-4259.html>

¹⁰ <http://telemed.custompublish.com/minhelsestasjon-en-bredbaandsbasert-infrastruktur-for-hjemmebaserte-helsetjenester.233209-51252.html>

¹¹ <http://telemed.custompublish.com/eksemveiledning-via-internett-et-randomisert-kontrollert-forsok-242060-1255.html>

¹² <http://telemed.custompublish.com/index.php?id=453188>

I kjølvannet av Sosial- og helsedirektoratets rapport "Distriktsmedisinske senter (DMS), Utvikling av sykestuer til fremtidens "desentraliserte" spesialisthelsetjeneste" fra 2002 (7), startet en lengre diskusjon på diskusjonsforumet "Eyr" (59) der allmennpraktikere diskuterer spørsmål knyttet til allmenntilleggsmedisin. I diskusjonen ble det uttrykt til dels stor skepsis til først å og fremst å se på desentralisering som et spørsmål om å flytte sykehustjenester og spesialister ut i kommunehelsetjenesten. Flere oppfattet dette som en ovenfra-og-ned holdning og understreket at desentralisering og etablering av DMS'er må bestemmes ut fra primærhelsetjenestens behov. Styrking av og kompetanseheving i primærhelsetjenesten ble fremholdt som nødvendige og gode virkemidler, også i et desentraliseringsperspektiv. Flere understreket at desentralisering ikke først og fremst må være begrunnet i et behov for å avlaste sykehusene, men i at dette er en mer effektiv og pasientnær måte å organisere helsetjenesten på. Eller sagt på en annen måte: Desentralisering av spesialisthelsetjenesten bør være begrunnet ut fra behov som oppstår på det forvaltningsnivå der pasientene i hovedsak mottar sin medisinske behandling stort sett er, nemlig på kommunalt nivå ute i distriktene (fra bunnen av helsepyramiden og ikke fra toppen) (60).

Overføring av kompetanse mellom ulike forvaltningsnivåer finner sted på flere måter. Det skjer blant annet ved tradisjonelle kurs og ved opplæring via vidokonferanse (overføring av lyd/bilde), uformell utveksling av informasjon, second-opinion forespørsler, bruk av telemedisinske tjenester, ansvarsgruppemøter på tvers av forvaltningsnivåene og ellers i kontakten mellom samarbeidende helsepersonell.

I enkelte sammenhenger blir også pasientens egenomsorg uttrykkelig definert som en del av en behandlingsskjede (61)(62). Med utgangspunkt i resonnetet over, kan da tiltak som bedrer pasientenes evne til egenomsorg og legger til rette for god fungering i dagliglivet, kunne ses på som en form for desentralisering, uavhengig av hvilket nivå i helsetjenesten som står for opplæringen.

Det er utvilsomt interessante juridiske problemstillinger knyttet til endret funksjonsdeling. Når omsorg blir gitt i hjemmet til en pasient og utføres i samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og pasienten selv, reises det nye spørsmålsstillinger knyttet til blant annet ansvarsfordeling, samtykke, avgjørelsesmyndighet og ivaretagelse av pasientrettigheter, for å nevne noen.

B.2 Distriktsmedisinske sentra

"DMS er tydeligvis svaret, men hva var spørsmålet, og hvem stilte det?"¹³

Sitatet over stammer fra en primærlege i en diskusjon på Eyr. Uttalelsen er nok uttrykk for en viss frustrasjon fra primærlegenivået i diskusjonene rundt desentralisering av tjenester.

De distriktsmedisinske sentrene står i dag fram som svært viktige enheter i utviklingen av desentraliserte spesialisthelsetjenester. DMSene ivaretar mange oppgaver og vil også utvilsomt kunne yte mer utstyrskreivende tjenester. Det er potensial for utplassering av telemedisinske tjenester innenfor rammene av et distriktsmedisinsk senter, noe både Sonjatun helsesenter og Fosen distriktsmedisinske senter er eksempler på.

¹³ Annette Fosse i diskusjon på Eyr, juni 2003

Det foreligger ingen klar definisjon av begrepet "distriktsmedisinsk senter". Betegnelsen ble hentet fra etableringen av distriktspsykiatriske sentra (DPS), men mens disse har en klar plassering innenfor spesialisthelsetjenesten som en "forlenget arm" fra et større psykiatrisk sykehus ut i distriktene, er bildet mer broket når det gjelder DMSene. I en rapport fra sosial- og helsedirektoratet fra 2002 (7) er imidlertid begrepet presisert noe ved at direktoratet peker på at de har valgt å betegne "de fremtidige sykestuene" som Distriktsmedisinske Senter (DMS). Det heter også: "Vi skisserer her et senter som inneholder både primær- og spesialisthelsetjenester."

En av våre informanter framholdt at et DMS står på tre "føtter":

- Polikliniske tjenester for spesialisthelsetjenesten: Tjenesten benytter seg av ambulante eller stedlige spesialister.
- Sengepost: Intermediæravdeling eller sykestue med forsterket legetjeneste og/eller tilsyn.
- Kommunale tjenester opp mot spesialisthelsetjenesten: Eksempler her kan være legevakt og kommunal rehabilitering

De ulike "føttene" er finansiert på ulike måter. Noe av innholdet er tjenester som spesialisthelsetjenesten betaler, mens for eksempel sengepostene ofte er etablert som en form for "spleiselag" mellom én eller flere kommuner og spesialisthelsetjenesten. Som vi kommer tilbake til nedenfor, er det særlig viktig med en avklaring av ansvarsforhold – særlig systemansvaret – når enhetene blir så sammensatt som dette. I tillegg til at de er sammensatt, bryter organiseringen også med vante mønstre mht. nivåene på de tjenester som ytes. I rapporten om distriktsmedisinske sentre fra SHdir (7) anbefaler da også direktoratet at det i fremtiden tydeliggjøres hva som er kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester i "dagens sykestuer". Det anbefales samtidig at en går bort fra begrepet sykestuefunksjoner og halvannenlinjetjeneste, og i stedet benytter begrepene desentraliserte spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester i et distriktsmedisinsk senter.

Uansett ståsted, definisjoner og oppfatninger er en helt vesentlig begrunnelse for videre desentralisering av spesialisthelsetjenester i DMS at man gjennom samhandling mellom nivåene i helsevesenet ønsker å få til rask utskrivning av pasienter fra sykehusene og bedre (god) oppfølging av pasientene i kommunene. Det heter da også i den samme rapporten fra SHdir om distriktsmedisinske sentre, s. 5:

"Den desentraliserte spesialisthelsetjenesten skal gjennom DMS gi økt mulighet for nærhet mellom spesialist og den enkelte pasient, men samtidig sikre at primærhelsetjenesten er sentral i formidling av denne kontakten. Den desentraliserte spesialisthelsetjenesten skal også bidra til kompetanseoverføring fra spesialister og subspesialister til primærhelsetjenestens generalister. Nærhet og kompetanseoverføring kan skje gjennom fysisk tilstedeværelse eller gjennom telemedisin."

B.3 Er samhandling desentralisering og desentralisering samhandling?

"Samhandlingens kjerne er at man på gjensidig vis innfrir samarbeidspartnerens behov, for at sluttresultatet skal bli bedre enn om hver av partene utfører oppdrag alene" (63)

Det er bred enighet om at samhandling mellom de ulike nivåene i helsevesenet er ønskelig, både for å yte bedre helsehjelp til befolkningen og for å effektivisere tjenestene. Desentralisering kan utvilsomt bidra til økt samhandling mellom tjenestenivåene men *i seg selv* er ikke desentralisering av spesialisthelsetjenester nødvendigvis en garanti for økt eller bedre samhandling mellom dette nivået og kommunale tjenester.

Dersom desentralisering skjer gjennom en ren ambulant tjeneste, vil det kunne oppstå større nærhet mellom pasient og spesialisthelsetjeneste. I tillegg vil det kunne redusere utgifter, ikke minst reiseutgifter. Generelt sett kan tjenesten innebære en effektivisering, sett fra både sykehusets og pasients ståsted. Ambulering vil derimot ikke uten videre gi mer samhandling mellom de to nivåene i helsetjenesten. Dersom samhandling skal finne sted, må det legges til rette for dette. Dette kan for eksempel skje ved samløkalisering, gjennom formelt og uformelt samarbeid, informasjonsutveksling, felles opplæring og felles møter rundt enkelte pasienter.

Antakelig er verken samhandlingen avhengig av økt desentralisering eller desentralisering avhengig av mer samhandling – isolert sett. Men samtidig må man anta at økt desentralisering vil kunne gjøre samhandling enklere. Bedre samhandling mellom nivåene vil kunne føre til bedre kvalitet, både på det kommunale helsetilbud og den desentraliserte spesialisthelsetjenesten.

Vårt poeng her er at desentralisering i seg selv ikke trenger å medføre økt samhandling og at forsøk på samhandling ikke i seg selv trenger å gi økt desentralisering. Skal man styrke samhandlings- og desentraliseringsprosesser, må det legges til rette for dette på alle nivåer i helsetjenesten med utgangspunkt i pasientenes og helsepersonellens behov. Det må skapes arenaer for samhandling. Disse problemstillingene og utfordringene er blant annet påpekt i Helse Nords rapport "Samhandling er godt for helsa!" fra 2002 (64). I rapporten pekes for eksempel på at ambulante legespesialister i liten grad blir utnyttet i samhandlingsøyemed og at det er få faste, etablerte samhandlingsarenaer mellom nivåene i helsetjenesten. I rapporten kommer arbeidsgruppen med konkrete forslag til bedring av samhandlingen og etablering av arenaer for samhandling.

B.4 Desentralisering og pasientrettigheter

Lov om pasientrettigheter (pasrl) (24) ble vedtatt av Stortinget i 1999. Lovens formål er definert i § 1-1:

"Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd."

Som vi kommer nærmere inn på etter hvert, er én sterk drivkraft for desentralisering av spesialisthelsetjenester ønsket om å kunne tilby befolkningen flere og bedre helsetjenester nærmere der de bor. Dette er åpenbart i tråd med pasientrettighetslovens målsetting om lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet for alle.

Et eksempel fra Sonjatun helsesenter: På senteret har man fått utstyr for lysbehandling og bad som en del av behandlingen av ulike hudlidelser. Det fortelles om pasienter som har gått i årevis med store plager som de ikke har fått behandling for, fordi regelmessige reiser til Tromsø og til UNN oppleves for belastende i hverdagen. Når de nå kan få behandling i sitt nærmiljø, fikk de et tilbud på linje med pasienter andre steder i landet. Dette førte i sin tur til en lindring av deres plager og til dels en "dramatisk" bedring av deres livskvalitet.

Det er likevel enkelte prinsipielle spørsmål vi mener det er viktig å stille i forhold til økt desentralisering av tjenester og pasienters stilling og rettigheter:

B.4.1 Desentralisering av helsetjenester og kvalitet

I henhold til helselovgivningen har alle pasienter rett til "øyeblikkelig hjelp", "nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten" og "nødvendig hjelp fra spesialisthelsetjenesten", jf. pasientrettighetsloven § 2-1(24). Det skiller ikke mellom pasienter som mottar desentraliserte tjenester og andre. Også desentraliserte tjenester skal være av "god kvalitet" slik lovens § 1-1 krever. Dette kravet til kvalitet vil få konsekvenser for hvilke typer tjenester som kan og bør desentraliseres og også hvor omfattende/alvorlig lidelse det er forsvarlig å behandle desentralisert.

Det kan være relevant å stille spørsmål ved om man kan komme i situasjoner der pasienten kan tilbys behandling desentralisert og dermed raskere og nærmere pasientens hjemsted, men med en annen, kanskje dårligere kvalitet enn ved sykehus. Når vil i så fall dette være akseptabelt? Kan en slik tjeneste aksepteres dersom pasienten samtykker til det? Når vil helseforetaket ha oppfylt sitt sørge-for ansvar i slike tilfeller? Kanskje vil mange pasienter og beboere i området rundt et distriktsmedisinsk senter være fornøyde med å få et noe mer begrenset tilbud, dersom alternativet er å reise til et annet sted for å motta helsehjelp? En rekke folkeaksjoner for bevaring av lokalsykehus i de senere år, kan tyde på at lokale helsetilbud verdsettes svært høyt av befolkningen.

Temaet kvalitetsvurdering er berørt i en rapport fra Statens Helsetilsyn fra 2001 (65). Betrachtingene anses relevante i vår sammenheng, selv om de relaterer seg direkte til det som den gang ble omtalt som "gråsonen" mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det ble i rapporten trukket frem at befolkningen synes å prioritere nærhet høyere enn det Helsetilsynet har kalt "medisinskteknologisk sikkerhetstenkning". Helsetilsynet fant det tankevekkende at spesialisthelsetjenestens kvalitetskriterier synes å være andre enn de befolkningen selv setter. Det heter blant annet:

"Det synes å være slik at i spørsmålet om hva som skal vektlegges i kvalitetsbedømmingen av de medisinske tjenestene i gråsonen mellom første- og andrelinjetjenesten, står to kulturer mot hverandre: På den ene siden helhetstenkningen og generalistkompetanse, på den andre siden teknologi og spesialitet. Det synes å være et problem at i denne gråsonen har pasientene behov for primærhelsetjenestens kultur og spesialisthelsetjenestens tjenester."

Det er interessant at pasientene anså lav terskel for innleggelse, korte ventelister og muligheten til å forbli på sykehus til man er ferdigbehandlet, som "luksustilbud".

Dette ble skrevet i 2001. Det foreligger nå tallrike eksempler på at telemedisin benyttet i desentralisering av spesialisthelsetjenester bidrar til å skape en arena der generalistkompetanse og spesialitet "møtes". Det vises i denne forbindelse til eksemplene i pkt. 3.1.1 og 3.1.2 om desentralisering av ortopedisk behandling og dialyse ved hjelp av telemedisin.

Når det gjelder kvalitetsvurderingen av hhv. sentraliserte og desentraliserte spesialisthelsetjenester, må man her som ellers se hen til hva som er faglig forsvarlig iht. helsepersonelloven § 4. Bestemmelsen er en rettslig standard, dvs. at synet på hva som er faglig forsvarlig kan endre seg, blant annet avhengig av kunnskapsnivået til enhver tid og kompetansen til den enkelte helsearbeider. For at en tjeneste skal anses som forsvarlig, kreves ikke at den skal være ideell. Det vil være enhver arbeidsgivers oppgave å legge til rette for at kvaliteten av de tjenestene som ytes innenfor virksomheten er forankret i god praksis og befinner seg høyest mulig på skalaen forsvarlig virksomhet. Kravet til forsvarlig virksomhet kan følgelig være oppfylt selv om det tilbys en enda bedre tjeneste et annet sted.

B.4.2 Desentraliserte tjenester og fritt sykehusvalg

Pasientrettighetsloven lovfestet retten til fritt sykehusvalg i Norge. Etter lovens § 2-4 har pasienten

"... rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpsikiatrisk senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett"

Etter loven kan pasienten ikke velge behandlingsnivå, dvs. om behandlingen skal ivaretas av første- eller annenlinjetjenesten.

I forhold til desentraliserte tjenester kan følgende spørsmål reises: Dersom pasienten blir henvist til poliklinisk undersøkelse eller behandling/innleggelse ved et distriktsmedisinsk senter, kan hun eller han da forlange å få møte til behandling inne på sykehuset? Og omvendt, kan en pasient som er henvist til sykehuset kreve å få behandlingen utført ved det distriktsmedisinske senteret dersom det har et lignende eller samme tilbud? Hva med distriktsmedisinske sentra som har sengeplasser som "tilhører" spesialisthelsetjenesten og pasienten ønsker behandling og innleggelse lokalt?

Kan pasienter fra andre deler av landet kreve å bli henvist til et DMS, for eksempel i Nordreisa?

Disse spørsmålene vil ikke bli drøftet her. Vi vil likevel antydningvis mene at disse avgjørelsene må fattes i samråd mellom pasient og helsepersonell. En pasients frie sykehusvalg må begrense seg til å kunne velge sykehus/institusjoner som kan tilby forsvarlig (helse)hjelp på det området pasienten har behov for. Sett i lys av dette, kan det kanskje hevdes at den økte funksjonsfordeling mellom sykehus får innvirkning på (begrenser?) pasientenes adgang til å velge sykehus fritt.

B.5 Drivkrefter for desentralisering

B.5.1 Innledning

Dette avsnittet omhandler noen av de krefter som trekker i retning av å desentralisere spesialisthelsetjenester.

Økonomi, geografi og demografisk utvikling er sentrale begrunnelser for økt desentralisering. Dette gjelder generelt og ikke bare i forhold til spesialisthelsetjenestene. Det er også, som vi har vært inne på, et viktig argument at man gjennom desentralisering kan tilby kvalitativt gode tjenester nærmere pasientene. Dette sparer pasienter for reiser, noe som kan være besparende både i et makro- og mikroøkonomisk perspektiv (66).

Økt sentralisering og spesialisering i norsk helsevesen kan også sies å bli en drivkraft for desentralisering. Disse kreftene virker både med og mot hverandre, noe blant andre Sosial- og helsedirektoratet er inne på i sin rapport om distriktsmedisinske sentra fra 2002 (7). Spesialisering og sentralisering av tjenester, samt økt funksjonsfordeling mellom sykehus, gir både rom, behov og begrunnelser for å desentralisere andre tjenester og flytte disse nærmere pasientene.

B.5.2 Demografiske endringer

Et større antall eldre i befolkningen og en større andel "gamle eldre" er en utfordring for mange deler av samfunnet – også helsetjenesten. Lang levetid er på den ene siden et tegn på et "sunt" samfunn, på den annen side øker helseproblemene betydelig med alderen. Det er veksten i den eldre delen av befolkningen som har fått størst innvirkning på behovet for helse- og omsorgstjenester i de siste ti-årene [(38), s. 53]. Det er, når man ser på forventet aldersfordeling i befolkningen i årene som kommer, grunn til å forvente langt større press på alle nivåer i helsevesenet i årene som kommer. Dette vil skje samtidig som den samlede arbeidsstyrken til å ivareta alle omsorgsoppgavene reduseres betydelig.

Omsorgen for kronisk syke og uføre eldre er krevende og tilligger i stor grad kommunehelsetjenesten. Behovet er til dels udekket, også i dag. Det er tallrike eksempler på at eldre blir liggende i sykehus i påvente av omsorgstilbud i hjemkommunen. Selv om sykehuset har oppfylt sin funksjon i forhold til disse pasientene, betyr det ikke nødvendigvis at de er friske og kan klare seg selv. Det kan også tenkes at når "eldrebølgen" slår inn for fullt, vil trolig en rekke spesialisthelsetjenester av kapasitetshensyn måtte ytes desentralisert. Det kan bli snakk om tjenester både hos pasientenes fastlege, på sykehjem og hjemme hos pasientene. Ulike former for monitoreringssystemer og andre telemedisinske tjenester som gjør det mulig å flytte tilbudene nærmere brukerne er under utvikling og utprøving. I flere europeiske land er slike systemer tatt i bruk, for eksempel telemedisinsk overvåking av pasienter med glaukom (grønn stær) i Tyskland (67). I Frankrike er det i disse dager (sommer 2008) også introdusert et telemonitoreringssystem som gjør det mulig å overvåke pasienter med kroniske tilstander i hjemmet ved blant annet automatisk overføring av ulike prøveresultater til helsevesenet (68).

Slike systemer vil kunne benyttes i samspill med tjenester fra de ulike nivåene i helsesektoren, noe som utvilsomt vil kreve et tett samarbeid mellom dem.

B.5.3 LEON-prinsippet

Prinsippet om næromsorg, LEON-prinsippet, ble opprinnelig innført av Verdens helseorganisasjon (WHO) og har vært styrende for utvikling av helse- og omsorgstjenester i Norge de siste tretti år. LEON står for Lavest Effektive Omsorgsnivå. I begrepet ligger blant annet ønsket om å kunne utnytte de mulighetene og ressursene som finnes i tilknytning til nærmiljø og sosiale nettverk (37). Det er et prinsipp som slår fast at alt forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til mottakernes hjemmemiljø som mulig.

Prinsippet gjelder ikke bare i forhold til medisinsk behandling, men har fått anvendelse også på sosial- og omsorgstjenester. Det forutsetter et hierarkisk oppbygd helsevesen.

En konsekvens av å organisere helsevesenet etter LEON-prinsippet er at man i Norge har hatt en tredeling av spesialistnivået i regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus. Denne tredelingen har blitt utfordret gjennom mange år, også av en trend i retning av mer spesialiserte tjenester på de enkelte sykehus (funksjonsfordeling). I et slikt perspektiv og i tråd med utviklingstrekk i befolkning og i helsevesenet, får desentraliserte spesialisthelsetjenester i ulike former en viktig plass. I rapporten "Samhandling og desentralisering" fra en nasjonal gruppe for samhandling og desentralisering i de regionale helseforetakene er det hevdet at disse trendene antakelig vil forsterke seg (8).

B.5.4 Medisinsk-teknologisk utvikling

I utredningen "Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste" fra 2005 (38) er det påpekt at innføring av teknologi i helsevesenet har medført radikale endringer av tidligere praksis. Det er pekt på at de største investeringene skjer på de områder som har flest ressurser fra før, og at bruk av teknologi ikke er prioritert for eldre, rusmisbrukere og kronikere. Det heter også:

"Ny medisinsk teknologi har ført til både sentralisering og desentralisering av tjenester."

Det er vist til at teknologien i utgangspunktet tas i bruk ved større virksomheter med et begrenset antall pasienter for siden å bli utplassert ved mindre virksomheter i distriktene. Bruk av EKG og mange laboratorieundersøkelser er dessuten trukket frem som eksempler på at primærleger rent faktisk har overtatt oppgaver som tidligere ble ivaretatt i spesialisthelsetjenesten.

Det er også pekt på at telemedisin "har gjort det mulig å desentralisere diagnostikk og behandling, både mellom store og små sykehus og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten".

B.5.5 Effektivisering og økonomi

Det stilles stadig krav til at helsehjelp skal ytes effektivt. Endringer i sykehusstruktur, eierforhold, fastlegeordningen og mange andre små og store helsereformer har alle hatt bedre utnyttelse av offentlige midler til helsehjelp som mål.

Krav til effektivisering og bedre ressursutnyttelse er også viktig som begrunnelse for økt desentralisering. Når man i stedet for å frakte pasienter inn til sykehuset velger å sende

spesialisten ut, gjøres dette blant annet fordi man på den måten anser at man får behandlet flere pasienter på en effektiv måte. Det sparer utgifter for sykehusene og reduserer mulig inntektstap i den store sammenhengen. Det økonomiske aspektet har ellers også vært sentralt i diskusjonene om desentralisering av enkelte tjenester og funksjoner til lokalsykehus og distriktsmedisinske sentra.

Sentralisering av enheter, tjenester og funksjoner blir i en del sammenhenger også begrunnet i ønske om økonomisk gevinst. I tillegg anses at større volum kan bidra til bedre ressursutnyttelse, bedre kvalitet og økt effektivitet av tjenestene.

Gevinster er imidlertid ikke alltid like enkle å måle. Det som er gevinst for noen er kanskje tap for andre. Det er imidlertid neppe grunn til å forvente at kravene til å drive økonomisk effektivt vil bli mindre for noen del av helsevesenet.

B.5.6 Tilgang til helsehjelp – geografi

Det er et sentralt mål for norsk helsepolitikk å sikre befolkningen lik tilgang til helsehjelp av høy kvalitet. Dette kommer blant annet til uttrykk i lov om pasientrettigheter § 1-1.

Tilgangen til helsehjelp skal være uavhengig av geografi. Man skal kunne få god helsehjelp om man bor langt nord, lang sør, gravgrendt eller sentralt. Man har ikke rett til *like god* helsehjelp over alt, men alle har krav på *forsvarlig* helsehjelp. Alle former for desentralisering av tjenester er blant annet begrunnet i et ønske om å kunne tilby helsehjelpen nærmere pasientene. Gjennom desentralisering skal man oppheve i alle fall noen av ulempene som ligger i det å bo langt fra et sykehus.

Store avstander er også en viktig begrunnelse for utbygging av telemedisinske tjenester. Gjennom utnytting av moderne informasjonsteknologi har man mulighet til å nå ut til grupper som enten ikke ville få tjenestene, eller som bare kunne få dem ved å reise inn til et større senter. Desentralisering av spesialisthelsetjenester gjennom bruk av telemedisinske løsninger kan bidra til å nå helsepolitiske mål.

VEDLEGG C: Intervju

Intervjuene er ikke skrevet ut i detalj, og vi har ikke knyttet de enkelte utsagn til det enkelte Intervjuobjekt og har ikke funnet grunn til å knytte dem til den virksomhet de er ansatt i. Grunnlaget for intervjuene var en enkel intervjuguide, noe tilpasset de ulike gruppene.

C.1 Intervjuguider

C.1.1 Intervjuguide helsepersonell

1. Bakgrunn:

Hva er din yrkesmessige bakgrunn?

Har du vært involvert i bruk av telemedisin/e-helse benyttet som et ledd i desentralisering spesialisthelsetjenester (Eks. undervisning, case-samtaler, pasientbehandling, annet)?

2. Hvis ja: Har du eller noen av de du har hatt rundt deg vært bekymret for lovligheten av disse tjenestene? (Hva har i så fall det gått ut på og hvilke tjenester/tilbud har det i så fall knyttet seg til?)

Har det for eksempel knyttet seg til:

- a) dokumentasjon/journalføring?
- b) ansettelsesforhold?
- c) ansvarsfordeling?
- d) behovet for utveksling av informasjon om pasienter?
- e) annet?

3. Er det arbeidsoppgaver du mener burde eller kunne ha vært gjort bedre på en annen måte, men som du lar være å gjøre fordi det er ulovlig eller du har vært usikker på lovligheten? I så fall: Hva? Og hvorfor? I hvilke situasjoner?

3. Tror du bruk av telemedisin i desentralisering av spesialisthelsetjenester skaper spesielle utfordringer knyttet til

- a) dokumentasjon/journalføring
- b) ansettelsesforhold
- c) ansvarsfordeling
- d) behovet for utveksling av informasjon om pasienter

C.2.2 Intervjuguide leverandører

1. Hva slags journalsystemer produserer dere? Hvem skal bruke dem? Hvor skal de brukes? Bruksområde? Karakteristiske trekk ved ulike systemer.

2. Har du eller noen av de du har hatt rundt deg vært bekymret for lovligheten av disse systemene? Hva har i så fall det gått ut på og hvilke systemer har det i så fall knyttet seg til?

3. Utgangspunkt for spørsmål 3:

"Så vidt vi kjenner til, finst det på det noverande tidspunkt ikkje kommersielt tilgjengelege pasientjournalssystem for sjukehus med funksjonalitet som fullt ut er tilpassa krava i norsk lovgjeving."

Helsetilsynet i Hordaland, Statens helsetilsyn og Datatilsynet i brev av 28.08.2006 til Helse Vest etter tilsyn med "informasjonstryggleiken" ved pasientjournalssystemet, helse Bergen HF

Hva er din reaksjon på dette? Er dette riktig? Hvorfor/hvorfor ikke?

Synes du at regelverket er klart nok til at dere vet hvilke rammer som gjelder innenfor det området dere jobber på? Hvor er de ev. ikke klare nok? Hvilke rammer er mangelfulle?

Sitat Anders Grimsmo i "Dagens Medisin":

"Det er et problem at det fra leverandørsiden har blitt drevet et betydelig oversalg av effekter."

Kommentar?

4. Er det nødvendig med lovendring på områder som berører ditt område? Hvis ja, hvilke(n)?
5. Hvilke(n) juridiske problemstilling(er) mener du det haster mest med å få en avklaring av, generelt sett?

C.2.3 Intervjuguide helseadministratorer

1. Bakgrunn:

På hvilken måte har du vært involvert i diskusjoner om eller planlegging av bruk av telemedisin benyttet som et ledd i desentralisering spesialisthelsetjenester?

- a) Beskriv din rolle
- b) Beskriv temaer som berører lovligheten eller kvaliteten av disse tjenestene som ev. har vært diskutert. Er det noe spesielt du har vært særlig opptatt av?

2. Tror du at telemedisinske tjenester i desentralisering av spesialisthelsetjenester skaper spesielle utfordringer knyttet til

- a) ansettelsesforhold helsepersonell
- b) dokumentasjon/journalføring
- c) ansvarsfordeling
- d) behovet for utveksling av informasjon om pasienter
- e) Annet?

3. Er det nødvendig med lovendring på noen områder? Hvis ja, hvilke(n)?

4. Hvilke(n) juridiske problemstilling(er) mener du det haster mest med å få en avklaring av? Ev. hvorfor?

C.2 Utdrag fra intervjuene

C.2.1 Sammendrag av synspunkter i intervjuene

Blant våre intervjuobjekter var det bred enighet om at desentralisering av spesialisthelsetjenester er viktig, riktig og nødvendig. Vi fikk i liten grad frem noen bekymringer rundt dette i seg selv.

Både helsepersonell og helseadministratorene ga klart uttrykk for at pasientenes rettigheter må ivaretas uavhengig av hvor spesialisthelsetjenestene blir gitt. Det ble imidlertid gitt uttrykk for at praktiseringen av regelverket kan volde problemer i praksis. Det oppstår lett usikkerhet rundt hvordan dette skal gjøres når tjenestene ytes på andre måter enn før. Dette gjaldt i særdeleshet spørsmål som knytter seg til definering av ansvarsforhold, deling av pasientinformasjon, ivaretagelse av dokumentasjonsplikten og fordeling av kostnader.

Et særlig tema når spesialisthelsetjenester ytes lokalt sammen med primærhelsetjenester er at det kan oppstå såkalte "gråsoner", der det kanskje ikke alltid er like klart hvilke typer tjenester som ytes til enhver tid. Dette kan skape uklare ansvarsforhold, og kan bli et problem, for eksempel når ikke alt går som det skal. Som et av intervjuobjektene sa: "Vi kan leve med at nivåene "flyter" litt, men ikke oppfatningen av hvem som har ansvaret for pasienten".

Både leverandører og ansatte i helsevesenet trakk frem at mye deling av pasientopplysninger best kan skje via elektroniske meldinger. Det ble også antydning at beskrivelsen av behovet for tilgang til journal på tvers av virksomheter kanskje er noe overdrevet i enkelte sammenhenger.

Fra pasienthold ble det beskrevet et ønske om at nødvendige opplysninger skal være tilgjengelig for helsepersonell når det er behov for det, men heller ikke mer. Det burde imidlertid være opp til pasientene å bestemme hva som ikke skal være tilgjengelig. Vi har ikke tatt opp til diskusjon hvilke implikasjoner det ville få om det var pasientene som skulle vurdere hvilken informasjon som skulle tilflytte helsepersonellet i ulike situasjoner.

C.2.2 Helsepersonell

Flere poengterer at det er en stor fordel for mange pasienter å kunne få behandling nærmere der de bor. Det handler om å slippe å reise langt for å gjøre enkle typer behandling, undersøkelser eller kontroller. Det handler også om å kunne ha sine nærmeste rundt seg når man er syk og om fordelene med enkel tilgang til helsetjenester generelt. Dette illustreres blant annet ved eksempelet fra Sonjatun der nærhet til tilbud om bad og lysbehandling gjør at tilbudet i større grad benyttes.

Helsepersonell er generelt svært opptatt av at det desentraliserte tilbudet de gir skal være av høy kvalitet og forsvarlig. De er innforstått med at det ikke er alle typer behandling som kan gis desentralisert, verken ved egne sentra eller på andre måter. Vi fikk likevel inntrykk av at mange mente det fortsatt var et stort potensial for videre utbygging av denne type tjenester.

Når det gjelder forholdet til den ordinære spesialisthelsetjenesten (sykehuset) har helsepersonell ulike erfaringer og synspunkter. Noen antydning vel også at det kunne hende at

man ved sykehuset oppfattet særlig DMS'ene som å være i en slags konkurranse med avdelinger inne på sykehuset. Det er imidlertid vårt inntrykk at de aller fleste opplevde samarbeidet som godt og givende.

Ved begge DMS'ene vi besøkte, var telemedisinske tilbud i drift, enten som (forsøks-) prosjekter eller som en del av den ordinære driften. Sykepleiere ved DMS'ene deltok i disse prosjektene etter å ha fått nødvendig opplæring. Det ble gitt uttrykk for at entusiasmen var stor, og at de hadde funnet frem til rutiner og retningslinjer som fungerte godt i det daglige.

Det kunne imidlertid se ut til at det etter hvert kan bli behov for noen diskusjoner rundt ansettelsesforhold, fordeling av kostnader, ansvarsfordeling og dokumentasjonsplikt og deling av pasientopplysninger.

C.2.3 Leverandører

I en diskusjon om desentralisering via telemedisin mener vi det er viktig å ha med refleksjoner og vurderinger fra leverandørenes side. Helsevesenet er svært "informasjonstungt" og avhengig av oppdatert, pålitelig og tilgjengelig informasjon til enhver tid. Utviklere av systemer – særlig av elektroniske pasientjournaler og meldingssystemer – er helt sentrale aktører i å legge til rette for dette. I tillegg er det interessant at det hevdes med så vidt stor styrke at det ikke foreligger EPJ-systemer som tilfredsstillende lovkraftene til slike systemer (6).

Tradisjonelt er informasjonssystemene virksomhetsinterne i den forstand at de bygges opp og installeres innenfor én virksomhet; på ett sykehus, ett legekontor eller i ett sykehjem. Pasientinformasjonen behandles innenfor virksomheten. Dette er også langt på vei i tråd med rammene i lovverket. Økt desentralisering er en utfordring både for regelverk, organisasjoner og systemer.

Vårt generelle inntrykk er at leverandørene i svært stor grad innretter seg etter hva kundene ønsker og at de lager systemer som er tilpasset deres uttrykte behov (naturlig nok). Dette innebærer at de holder seg oppdatert på aktuelle utviklingstrekk innen sektoren og endringer i strukturer og regelverk. Det inntrykket vi fikk var at alle leverandørene kunne levere nærmest enhver tenkelig løsning, og at lovligheten av dem ikke er noe problem i praksis. Utfordringen er å finne ut hva kundene egentlig etterspør.

Leverandørene er avhengig av gode bestillinger med gode spesifikasjoner fra kundene, blant annet med gode beskrivelser av den funksjonalitet de ønsker seg ut fra de behov de har. Dette er ikke alltid enkelt å få til, da det krever en "bestillerkompetanse" som ikke alle helsearbeidere er i besittelse av. Det er i de færreste tilfellene teknologien som er problemet.

Ett eksempel: Det ble opplyst fra leverandørsiden at flere virksomheter i helsevesenet anser at systemer som har alt for "finmaskede" ordninger for styring av tilgang, får for dårlig funksjonalitet. Det blir for tungvint i bruk. Dette er et viktig signal for så vidt som det belyser et dilemma som også gjør seg gjeldende i utvikling av software for helseinformasjon: Det er mulig å lage teknologiske løsninger som sorterer og kontrollerer og begrenser tilgang og deling av informasjonen. Men i den daglige virksomheten kan slike systemer bli for rigide og tungvinte i bruk.

Generelt ga for øvrig de fleste fra leverandørsiden uttrykk for at sykehus og desentraliserte tjenester i svært mange tilfeller er godt tjent med gode systemer for elektronisk meldingsutveksling. Dette er en sikker måte å dele informasjon på som de fleste elektroniske systemer kan håndtere forholdsvis enkelt. Det er langt mer komplisert å lage regimer for sikker og direkte tilgang til EPJ-systemer på tvers av virksomhetsgrenser.

Et gjennomgående problem er at spesialist- og kommunehelsetjenesten benytter seg av ulike systemer for elektroniske journaler. Dette vanskeliggjør såkalt sømløs kommunikasjon mellom disse systemene der dette er ønskelig og nødvendig. For eksempel kan de færreste systemene tilby elektroniske meldinger direkte fra/til journal.

Alle intervjuobjekter poengterte at de hadde brukt mye tid på å lage systemer/software som både oppfyller lovverkets krav og som gjør at helsepersonell kan utøve sin gjerning i tråd med sine profesjonelle plikter. Videre trakk alle frem at deres systemer er utviklet i tråd med de nasjonale standardene som KITH¹⁴ har utarbeidet. Det ble gitt uttrykk for at disse standardene har vært avgjørende for utviklingen av elektroniske pasientjournaler, både i sykehus og i kommunehelsetjenesten.

C.2.4 Helseadministratorer

"Det er viktig å tenke enkelt og ikke begynne å røre ved ordninger som fungerer godt i praksis."

Sitatet over fremkom i starten av et intervju i forlengelsen av vår redegjørelse for målsettingen med dette prosjektet. Vi tolket det som et uttrykk for bekymring for og kanskje mistanke om at regelverket egentlig står i veien for ordninger som fungerer godt i praksis.

Vi plukket ut helseadministratorer, både fra regionale- og lokale helseforetak. Alle har lang erfaring fra helsevesenet og arbeid med ulike former for desentralisering av tjenester, både vha. telemedisin og på andre måter.

Samtlige ga uttrykk for at desentralisering er en viktig, riktig og nødvendig utvikling. Det er også i samsvar med en trend som har gjort seg gjeldende i mange år, også globalt. Det er i tillegg med på å balansere den sentraliseringstendens som spesialisering og funksjonsfordeling i sykehusene kan sies å representere. Desentralisering anses som en nødvendighet, også fordi de tradisjonelle institusjonene i spesialisthelsetjenesten ikke klarer å "ta unna" etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Dette henger blant annet sammen med den demografiske utviklingen. Tilbud i sykehus er også i mange sammenhenger langt mer kostbart enn lokale tilbud slik at desentralisering i enkelte sammenhenger anses å kunne gi økonomiske gevinster. I tillegg foretrekker mange pasienter å bli behandlet i sitt lokalmiljø.

C.2.4.1 Generelt

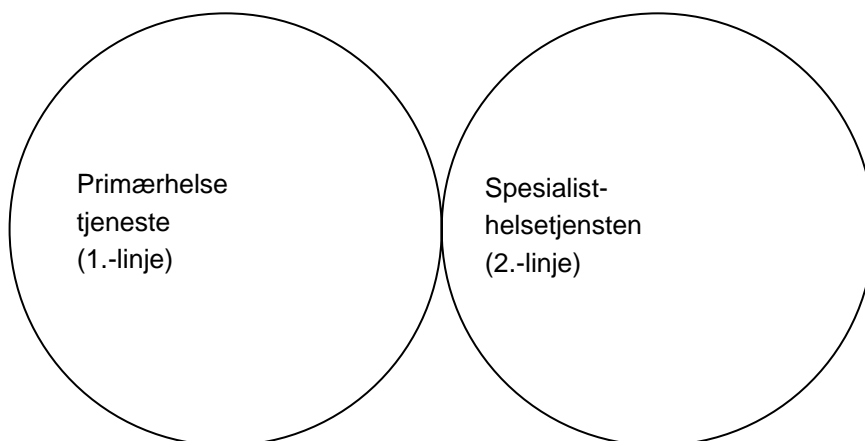
En av informantene framholdt at vi har vært og er vitne til utviklingen av et såkalt intermediærnivå i helsevesenet, et nivå der første- og andrelinjetjenestene møtes, tidligere

¹⁴ Kompetansesenter for IKT i helse- og sosialsektoren AS, www.kith.no (sist sett 23.12.08)

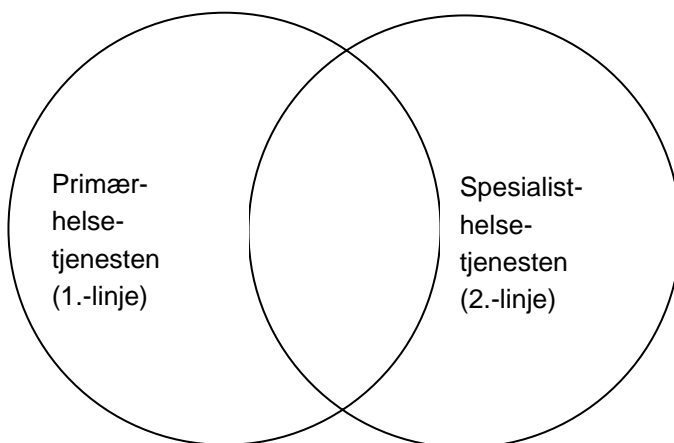
ofte betegnet som "halvannenlinjetjenesten". En videre utvikling av dette nivået vil kanskje kunne føre til at skillet mellom spesialist- og primærhelsetjeneste etter hvert vil viskes ut.

En av informantene mente at idealer og realiteter når det gjelder grensen mellom første- og andre linje tjenesten, kan illustreres slik:

Fig. 2: Den ideelle grenseoppgangen mellom 1.- og 2.- linjetjenesten



Dette er imidlertid ikke helt i tråd med tilstanden "i den virkelige verden", som kan illustreres slik:



I dette andre bildet finnes det en "gråson" (der sirkene overlapper) og der grensene mellom virksomhetene ikke uten videre er så klart definert som ellers. Dette medfører spesielle utfordringer, både mht. anvendelse av regelverket, ansvarsfordeling, arbeidsfordeling og anvendelse av teknologien.

C.2.4.2 Ansvarsforhold

Flere fremhevet at økt desentralisering aktualiserer spørsmålet om ansvarsforhold og at det er avgjørende viktig at disse forholdene blir avklart. Dette har stor betydning for kvaliteten i tjenestene og for tryggheten for pasientene. En av informantene mente at gjeldende rundskriv om telemedisin og ansvarsforhold (2) gir en god avklaring i forhold til telemedisinske løsninger.

Flere av intervjuobjektene var sterkt opptatt av skillet mellom det profesjonelle, medisinske ansvaret som hver enkelt helsearbeider har og systemansvaret, som først og fremst dreier seg om organisering av tjenestene og hvem som har ansvar for hva i møtet mellom sykehus og DMS og/eller legekontor. Dette er godt illustrert ved DMS Fosen der St. Olav Hospital har det overordnede systemansvaret, jf. pkt. 3.1.3.

C.2.4.3 Økonomi

Informantene fra det administrative nivå viser til at det er uavklarte spørsmål knyttet til økonomi. DMS'ene er ulikt organisert og finansiert. I grenselandet mellom primærhelse-tjenester og spesialisthelsetjenester er det, generelt sett, en viss usikkerhet knyttet til hvilke refusjonsordninger som gjelder for ulike tilbud. De økonomiske ordningene knyttet til telemedisinske konsultasjoner har vært særlig problematiske og er i realiteten med på å bremse bruken av telemedisinske virkemidler.

C.2.4.4 Informasjonsbehandling og dokumentasjon

Flere av informantene påpekte at desentralisering av tjenester er en utfordring i forhold til behandling av pasientinformasjon. Det oppstår nye og andre behov for utveksling og deling av relevante og nødvendige pasientopplysninger. Spesielt ved telemedisinske konsultasjoner der utførende personell i forhold til en og samme pasient befinner seg på to steder samtidig, kan det være behov for en særlig klargjøring rundt dokumentasjonsplikten. Det ble understreket at det er nødvendig å ha klare retningslinjer for journalføring. Man bør spørre seg hvem som skal være ansvarlig for å føre journal. Skal journal føres både "inne" på sykehuset og ute i den desentraliserte tjenesten? Skal sykepleierne føre en egen journal? Skal sykepleiere ved et DMS ha tilgang inn til journalen på sykehuset?

C.2.5 Fra pasienthold

Vi lyktes ikke å komme i kontakt med pasienter som hadde synspunkter på desentralisering via telemedisin spesielt. Det fremkom imidlertid synspunkter på at tjenester der pasienten er, er ønskelig. Det er også fint dersom helsepersonellet har den informasjonen de trenger, slik at pasienten slipper å gjenta sin historie hele tiden. På den annen side er det ikke ønskelig at all informasjon skal gjøres tilgjengelig. Pasienten bør kunne være med på å bestemme hva som skal tilgjengeliggjøres og for hvem.

