

Del 2
Förutsättningar för
telemedicin/televård
för förnyelse av vården

10 Ett långsiktigt verksamhetsperspektiv på telemedicin/televård — samverkande vård i ett nationellt hälsönät

10.1 Vården i utveckling och förändring

Införandet av tillämpningar inom området telemedicin/televård måste ske i ett långsiktigt verksamhetsperspektiv med utgångspunkt i vad som förutses kunna komma att hända inom vården. Några av huvuddragen i den väntade utvecklingen och dessas betydelse för vården skall kort behandlas i detta kapitel. Först görs dock en sammanfattande karaktäristik av läget.

Dagens hälso- och sjukvårdssystem befinner sig i en period av intensiv utveckling och förnyelse som drivs fram av ekonomiska, politiska och sociala faktorer, och i högsta grad också av den drivkraft som den snabba utvecklingen inom den medicinska och tekniska forskningen innebär. Denna utveckling har medfört att nya diagnostiska och terapeutiska metoder baserade på nya och delvis anorlunda teknologiska principer tagits fram och implementerats. Några av de mest fundamentala förändringarna beror på införandet av molekylärbiologi, genetik och immunologi, nya material, högteknologiska metoder för bildanalys samt den kraftfulla utvecklingen inom informationsteknologin och dess utnyttjande inom hälso- och sjukvården. Detta har i sin tur medfört ökade krav på den individuella kompetensen hos vårdpersonalen samt krav på anpassning och förändring av sjukvårdsorganisationer och sjukhusstrukturer.

Den datorbaserade informationsteknologin får en allt större betydelse för utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Hittills har IT främst utnyttjats i olika patient- och vårdadministrativa funktioner och inom medicinsk service¹ men under de senaste fem åren har en ny utveckling startat där IT används för att höja den diagnostiska

¹ Laboratoriemedicin, radiologi m.m.

och terapeutiska kompetensen i ett vidare perspektiv via s.k. telemedicin/televård och virtual reality. Hälso- och sjukvårdssystemet har här kunnat dra stora fördelar av det senaste decenniets snabba utveckling och modernisering av telekommunikationerna. Alla svenska sjukhus kan idag utnyttja relativt kapacitetsstarka överföringstekniker. Samtidigt har de nya möjligheterna på tele- och datakommunikationsområdet inte på långa vägar utnyttjats på ett optimalt sätt för att knyta samman de olika värdenheterna och vårdnivåerna så att samspelet mellan sjukhusen, primärvården och äldreården i kommunerna förbättras.

Standarden på svensk medicinsk forskning, utveckling och sjukvård är hög. Här finns också en kraftfull IT- och telekomindustri, flera framstående akademiska institutioner inom IT-området och en högtstående ingenjörskonst. Mot den bakgrunden framstår telemedicin/televård och virtual reality som tekniska områden där nya gemensamma satsningar bör göras mellan landstingen, kommunerna, industrin samt universiteten och högskolorna.

10.2 Den snabba kunskapstillväxten framtvingar telemedicin/televård

IT har stor och mångfasetterad betydelse för den kunskapsmässiga utvecklingen inom vården i alla dess delar. IT är ett nödvändigt och/eller starkt effektivitetshöjande hjälpmedel inom många delar av den medicinska forskningen, både inom olika delar av modellbaserad grundforskning och inom epidemiologisk klinisk forskning om sjukdomar, deras behandlingar och dessas resultat. Inom en del typer av forskning kan laboratorieexperiment i viss utsträckning ersättas med beräkningar och simuleringar på grundval av datorbaserade modeller. IT i form av elektroniska komponenter ingår i snart sagt alla typer av medicinska utrustningar idag. Lite tillspetsat kan man hävda att utan hjälp av modern IT och effektiva kommunikationer skulle inte kunskapsutvecklingen vara så snabb som den är inom vården.

Den kunskapsmässiga utvecklingen i vården sker och kommer att ske parallellt:

- på många olika områden: de skilda kliniska områdena, laboriemedicinen, radiologin, läkemedelsområdet, medicinsk teknik, hjälpmedelsområdet, omsorgsverksamheterna, de paramedicinska verksamheterna osv.,
- i alla olika led i vården: utredning och diagnostik, medicinsk behandling, vård och omsorg samt uppföljning,
- i alla delar av vården: sjukhusvård, primärvård, vård och omsorg i särskilt boende och i hemmen, frisk- och egenvård.

Den kunskapsmässiga utvecklingen i vården ger användbara resultat inom varje enskild del samtidigt som de samlade effekterna av att kombinera resultat och kunskaper inom olika områden ger ännu större effekter. Den leder till att nu gällande synsätt, behandlingsmetoder och vårdformer successivt kan förväntas ersättas av delvis eller helt nya. Mycket talar för en fortsatt hög förändringstakt både inom enskilda vårdområden och i formerna för samverkan mellan olika funktioner och aktörer i vården.

Den snabba och breda kunskapsmässiga utvecklingen skapar efterfrågan på tillämpningar som faller inom området telemedicin/televård. Det är med sådana tillämpningar möjligt att tillhandahålla information om nya kunskaper och erfarenheter snabbare och i mer lättillgänglig form inom alla delar av vården. I stort sett all medicinsk och annan kunskap av betydelse finns idag tillgänglig via hemsidor på Internet. Likaså tillhandahålls på detta sätt normerande anvisningar, råd i form av vårdprogram, läkemedelsinformation etc. Med hjälp av videokonferenser kan dessutom vårdpersonalen under pågående patientbehandling vid behov snart enkelt nå personer som har aktuella kunskaper inom önskat område. Detta har stor betydelse för möjligheterna att skapa och upprätthålla en hög professionell kunskapsnivå hos vårdpersonalen.

IT har en växande betydelse också som medel att ge patienter, anhöriga/närstående och allmänheten tillgång till aktuell och utförlig information om sjukdomar och deras behandling samt möjligheterna att få vård.

10.3 IT och telemedicin/televård förbättrar vårdformerna och ger nya lösningar

Det synes råda stor enighet om att nuvarande sjukhusstruktur med universitets/region-, läns- och länsdelssjukhus i grunden kommer att förändras under de närmaste 5–15 åren. Det råder däremot inte enighet om hur den nya strukturen kommer att se ut. Poängen i detta sammanhang är att tillgången på telemedicinska och andra IT-tillämpningar i sig kommer att vara en faktor som driver fram förändringar i strukturen. Vidare kommer förändringar, som primärt föranleds av andra skäl och drivkrafter, i stor utsträckning att bygga på att telemedicinska tjänster köps på annat håll eller kan säljas till andra vårdproducenter.

Telemedicinska och andra IT-tillämpningar har redan påverkat arbetsätten, organisationsformerna och samarbetsmönstren inom vården, dock inte så mycket som man skulle kunna tro. Med hjälp av IT kan expertis och utrustning på andra håll utnyttjas på flera sätt och snabbare än tidigare. Detta gör det möjligt att tillhandahålla även avancerade eller smala vårdtjänster – eller att förmedla tillgång till dem – på flera ställen än annars. I organisatoriska termer innebär det större frihet för sjukvårdshuvudmännen och vårdproducenterna att välja behandlingsmetoder, arbets- och samverksformer samt organisationslösningar. Det skapas vidare nya möjligheter att hålla kostnaderna för knappa och dyra verksamheter nere, bl.a. genom att det blir lättare att låta utföra specialiserade vårdtjänster och tjänster inom medicinsk service på entreprenad och att sälja sådana tjänster till andra huvudmän och vårdproducenter.

Med hjälp av telemedicinska och andra IT-baserade tillämpningar väntas nya och speciellt anpassade vårdformer komma att utvecklas för vissa diagnoser, t.ex. diabetes, hjärtinfarkt och stroke, eller för vissa typer av patienter såsom spädbarn. Detta innebär i sig ändringar i arbetsformerna och organisationen och kan i sin tur tvinga fram ändringar av de verksamhetsenheter som förlorar stora diagnos- och patientgrupper. IT- och telemedicintillämpningarna kan alltså påverka på flera olika sätt.

Den väntade knappheten på specialister inom många områden (se bilaga 2) kan beräknas leda till verksamhetsformer som gör att flera vårdproducenter delar på samma specialister, antingen genom att dessa koncentreras till centrala resurscentrum och/eller binds samman i nät som vårdproducenterna har tillgång till. I båda fallen blir de tillgängliga via telemedicinska tillämpningar. På liknande

sätt kan omvårdnadskrävande verksamheter tillhandahållas i nya former i särskilda boenden och/eller i hemmen med hjälp av televårdstillämpningar.

Verksamhetsformerna inom äldreomsorgen och andra omsorgsdominerade vårdverksamheter kommer säkerligen att förändras minst lika mycket som de som gäller för sjukhusen. Även här kommer televård att ha stor betydelse både som viktigt motiv för förändringar och som komponent i de nya verksamhetsformerna.

Valet och utformningen av satsningar på telemedicin/televård måste ske i ljuset av hur de långsiktigt passar in i verksamheten. En telemedicin-/televårdstillämpning kan vara ett sätt att påbörja en förändring i önskad riktning men också ett sätt att skapa andrum för andra större förändringar längre fram t.ex. att lösa ett akut problem med att rekrytera viss typ av personal.

Sammanfattningsvis räknar flertalet bedömare inom vården med att betydande både förutsedda och inte förutsedda struktur- och organisationsförändringar kommer att ske under det närmaste decenniet. Det är enligt arbetsgruppens mening därför nödvändigt att göra samlade satsningar för att på optimala sätt utnyttja IT för såväl vård och behandling, dvs. diagnostik, terapi, utbildning m.m., som för vårdstödande och administrativa ändamål.

10.4 Viktiga patientaspekter – flexibilitet, valfrihet och individualisering

En annan infallsvinkel på frågan om de framtida förändringarna är patient- och närståendeperspektivets ökande betydelse som drivkraft till och i förändringar. Ovan har nämnts IT: s växande betydelse som medel att ge patienter, närstående och allmänheten tillgång till aktuell och utförlig information om sjukdomar och deras behandling samt möjligheterna att få vård.

Allmän enighet råder om det önskvärda och angelägna i att, i enlighet med bestämmelserna och intentionerna i olika lagar, förverkliga en vård där patienter och anhöriga/närstående ges reella möjligheter att ta ställning till och påverka valet av vårdgivare och vårdens innehåll och former. I takt med att skälen och argumenten för förändringar i sjukvården allt tydligare formuleras i termer av patienternas och de närståendes aktiva delaktighet förstärks rimligtvis patienternas och de närståendes egna ageranden för att få till stånd önskade förändringar i alla delar av vården och i vårdens innehåll och former. Det kan ske i patientrollen, genom medlemskap i pati-

entföreningarna och de politiska partierna, inlägg i massmediedebatten m.m.

Telemedicinska och andra IT-baserade förfaranden ger stora möjligheter att förbättra patienternas och de närståendes delaktighet och inflytande. Konsultationer av specialister under pågående läkarbesök och rutinkontakter med läkare och sjuksköterskor under pågående behandling eller för kroniskt sjuka patienter innebär minskat resande och bättre service i övrigt. Möjligheter finns att ge en patient en enklare form av second opinion på ett smidigt sätt. Patienter kommer säkerligen att ges möjlighet att läsa sin journal elektroniskt i framtiden. Önskemålen om och kraven på sådana typer av patientanpassningar i vården kommer helt naturligt att bli stora och leda till att verksamhets-, organisations- och samverkansformerna förändras och får växande inslag av tillämpningar som faller under rubriken telemedicin/televård.

Dessa anpassningar skall ses i ljuset av att omvärlden förändras och IT används för allt flera ändamål och på allt flera sätt i alla delar av vardags- och arbetslivet. Det blir då svårt att förstå – och motivera – varför inte IT-baserade förfaranden används i vården.

10.5 Samverkande vård i ett hälsönät

Det är sakligt viktigt och pedagogiskt angeläget att sätta in telemedicin/televård i både patient- och organisationsperspektivet. För att skapa en djupare och tydligare bild av möjligheterna till utveckling, förnyelse och patientanpassning med hjälp av IT-baserade förfaranden kan man lämpligen beskriva hälso- och sjukvården med alla dess aktörer och delar som ett hälsönät. Nätliknelsen motiveras av flera skäl: Dels skall nätet fungera som ett skyddsnät som fångar upp alla som har behov av vård. Dels skall alla aktörer – både vårdpersonal av alla slag och patienter och deras närstående – i princip vara nåbara och kunna kommunicera med varandra i ett gemensamt allomfattande kommunikationssystem som har en rad olika vårdstödande tjänster.

I hälsönätet skall patienterna och deras närstående kunna nå alla vårdgivare som de nu eller senare kan vilja komma i kontakt med. På motsvarande sätt skall de också kunna nå andra patienter respektive närstående med samma eller liknande sjukdom. Detta skulle skapa förutsättningar för patienterna och deras närstående att aktivt agera både för att skaffa sig en vård med hög kvalitet, ser-

vicenivå och valfrihet och för att etablera sociala kontakter med andra och ge varandra ömsesidigt stöd.

För vårdgivarna och vårdproducenterna innebär ett heltäckande hälsonät med stor tillgång till vårdstödande tjänster betydligt bättre möjligheter än idag att utnyttja den bästa kunskap som finns tillgänglig på alla områden och den kompetens och vårdresurs som patienten själv vill ha på olika områden. Även om denna vision inte är möjlig att förverkliga fullt ut är det i den riktningen sjukvården måste förändras.

Avslutningsvis vill arbetsgruppen lyfta fram sin viktigaste slutsats avseende användningen av telemedicin/televård i ett långsiktigt verksamhetsperspektiv. Den är att *telemedicin-/televårds-tillämpningar kommer att få en mycket stor och ökande betydelse oavsett på vilka sätt vårdsystemet i stort eller behandlingsmetoderna, vård- och samverkansmönstren, arbetsformerna m.m. utvecklas och förändras.*

11 En nationell IT–infrastruktur och IT–strategi behövs för mångsidigt bruk av telemedicin/televård

11.1 Telemedicin/televård måste integreras i den samlade IT–användningen – användarperspektivet

I del 1 har hittillsvarande erfarenheter av telemedicin/televård, inklusive hinder och problem, behandlats. Dessa visar tydligt dels att telemedicinska förfaranden fungerar tekniskt och medicinskt i nästan alla situationer de prövas, dels att effektiv användning av telemedicin/televård förutsätter att viktiga delar av grundverksamheterna i vården är IT–baserade. Det sistnämnda kan exemplifieras med att telemedicinska konsultationer underlättas och effektiviseras om patientjournalerna förs med datorstöd och de radiologiska bilderna lagras i digital form.

Erfarenheterna visar vidare att samma utrustning som nyttjas i den ”vanliga” IT–användningen också måste kunna användas i telemedicinska tillämpningar. Det har i många sammanhang visat sig vara svårt för människor att använda flera IT–tillämpningar parallellt om dessa har olika hanteringsegenskaper, s.k. användargränssnitt.

Det kan vidare konstateras att många typer av konsultationer av specialister t.ex. i primärvården eller på mindre sjukhus har så låg frekvens att den enskilde läkaren inte är motiverad att lära sig att använda konsultationen, om den bara kan användas för en eller ett fåtal diagnoser och behandlingar. Styckkostnaden blir dessutom hög för konsultationerna om de är få till antalet och kräver särskilda anskaffnings- och förberedelsekostnader.

De slutsatser som arbetsgruppen drar är att:

- de telemedicinska tillämpningarna måste samordnas med de övriga formerna av IT–stöd som finns på respektive verksamhetsställe i vården,

- en effektiv användning av telemedicin/televård på bred front förutsätter att den vanliga IT-utrustningen, vanligtvis en ordinarie persondator, kan användas i flertalet telemedicinska tillämpningar. Det är dessutom i regel enkelt att förse persondatorn med de tilläggfunktioner som behövs för att underlätta telemedicinska tillämpningar med speciella krav.

11.2 En nationell infrastruktur och strategi för IT i vården – huvudmänna- och producentperspektivet

För att telemedicin/televård skall kunna samordnas och integreras i sjukvårdshuvudmannens och vårdproducentens¹ samlade verksamhet och IT-användning krävs en överblick och styrning av de enskilda IT-stöden så att dessa kan fungera bra tillsammans. Detta handlar om flera olika aspekter:

- IT-stöden skall kunna utbyta information med varandra eller på annat sätt kunna användas gemensamt för att tillhandahålla önskad information,
- Nya IT-stöd skall fortlöpande kunna tillföras utan stora extra kostnader,
- Drift- och förvaltningskostnaderna för de samlade IT-stöden skall vara rimliga,
- Vård- och annan personal skall kunna se hur IT-stöden kan användas var för sig och i kombination så att den ges större möjligheter att utnyttja befintliga IT-stöd och initiera nya som passar in i den befintliga miljön.

Telemedicin/televård handlar dock inte primärt om att få telemedicinska tillämpningar att fungera inom den egna verksamhetsenheten. Poängen är att kunna utnyttja kompetens och information på andra håll, på andra vårdenheter, i andra landsting eller kommuner eller värd företag eller t.o.m. i andra länder.

Det innebär att det på några grundläggande områden behövs gemensamma synsätt och sätt att beskriva verksamheten, s.k. verksamhetsmodeller, samt en gemensam teknisk och administrativ infrastruktur, både en hård och en mjuk infrastruktur – för hela landet. Rent praktiskt handlar det om att på nationell nivå enas om att lösa ett antal nyckelfrågor gemensamt. En samlad beskrivning av vad som gäller eller bör eftersträvas på nationell nivå för att un-

¹ Med vårdproducent avses sjukhus, vårdcentral, särskild boendeenhet osv.

derlätta en effektiv och samverkande användning av modern IT kan samlas i ett dokument, i en nationell IT-strategi för vården.

Viktiga frågor som bör lösas gemensamt och som bör ingå i en nationell IT-strategi för vården kan sammanföras i ett mindre antal punkter:

- Enhetligt registrerade grunduppgifter om patienterna och deras vård. Uppgifterna skall följa fastställda begrepp och termer,
- En samordnad kommunikationslösning för alla former av telekommunikation, t.ex. data, tal, bild, rörlig bild/video, med tillhörande stödtjänster,
- En IT-säkerhetslösning med grundläggande säkerhetsfunktioner för identifiering, elektronisk signatur och kryptering,
- Verksamhetsmodeller med enhetliga begrepp och termer,
- Arkitekturprinciper för utformning av IT-stöd.

Ett viktigt syfte med en nationell IT-strategi är att skapa tydligare och stabilare förutsättningar för leverantörerna av IT-produkter och IT-tjänster till sjukvården. Härigenom skapas förhoppningsvis en väl fungerande IT-marknad så småningom. En sådan behövs i hög grad för IT-tillämpningar som ryms inom telemedicin/televårdsområdet.

11.3 Arbete med en nationell infrastruktur och IT-strategi för vården pågår

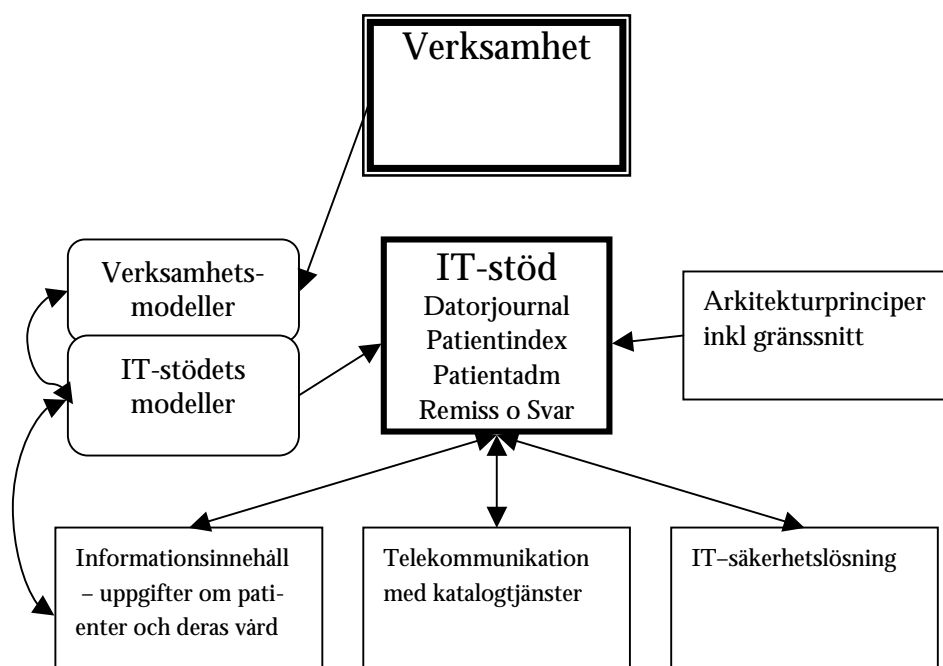
IT-samverkansorganisationen för sjukvården, Carelink, arbetar med frågor av gemensamt intresse för vården och särskilt med frågor som måste lösas gemensamt. En sådan fråga är att skapa förutsättningar för enkel och säker informationsöverföring mellan olika vårdenheter och vårdnivåer och över administrativa och geografiska gränser. Både hårda och mjuka infrastrukturella frågor har därför helt naturligt en stor plats i Carelinks verksamhet. Arbete pågår bl.a. med en nationell samordnad IT-kommunikationslösning till vilken alla landsting och regioner idag är anslutna (se avsnitt 2.4). Det pågår vidare arbete med stödtjänster i form av samordnade katalogtjänster som är en förutsättning för utbyggd användning av telemedicin/televård. Också inom IT-säkerhetsområdet pågår arbete med en samlad lösning som uppfyller de höga kraven på sekretess och integritetsskydd i vården.

I sammanhanget har önskemål framförts om att Carelink skall ta fram en nationell IT-strategi för vården i Sverige eller verka för att en sådan kommer fram och fastställs. Hänvisning sker då ofta till att det i flera andra länder, bl.a. i Danmark, Norge och England, finns sådana strategier, dock med olika utformning och karaktär.

Överväganden om behovet och den lämpliga formen på en nationell IT-strategi för vården pågår för närvarande inom Carelink.

Utdrag ur arbetsrapport

Arbetsgruppen återger ett utdrag ur en opublicerad arbetsrapport inom Carelink för att beskriva vilka frågor/områden som bl.a. bör behandlas i en nationell IT-strategi samt frågornas samband:



Figur 11.1 Samband mellan olika frågor/områden i en nationell IT-strategi.

Verksamhetsmodeller med enhetliga begrepp och termer

Verksamhetsmodellerna beskriver aktiviteter och procedurer i vården och olika vårdgivares och andra aktörers informationsanvändning på ett övergripande plan. Modellerna används som hjälpmedel för att utarbeta kravspecifikationer i samband med utveckling eller upphandling av IT-stöd. De ger referensramar för utformningen av IT-stöden och för dessas avgränsning gentemot andra verksamheter och IT-stöd. De utgör också en dokumentation som kan användas vid testning av IT-stöd.

När samma begrepp och termer används i flera olika IT-stöd, skapas förutsättningar för informationsutbyte och samverkan mellan de olika IT-stöden. Vidare skapas bättre möjligheter till verksamhetsuppföljning och ett enhetligt och mer omfattande underlag för forskning och utveckling. Med gemensamma modeller reduceras också kostnaderna för kravspecifiering vid utveckling och upphandling av IT-stöd.

Arkitekturprinciper

Gemensamma arkitekturprinciper handlar om att lägga fast normer för goda konstruktioner, så att gamla och nya IT-stöd kan samverka t ex vid framtagning av information om patienter som finns registrerade i flera olika IT-stöd. På så sätt kan IT-stöd från konkurrerande leverantörer fås att samverka både i informationshanteringen och i driften. Det handlar om att skapa såväl effektivitet i informationsbehandlingen som flexibilitet i betydelsen reducerade kostnader för byte av IT-stöd och IT-leverantör.

Grunduppgifter om patienterna och deras vård

Ett självklart och viktigt samverkansområde är de uppgifter om patienterna, deras sjukdomar, tillstånd och insatta behandlingsåtgärder som registreras och används i den fortsatta vården. Dessa grunduppgifter ska även kunna användas i medicinsk och ekonomisk verksamhetsuppföljning och som underlag för forskning och utveckling i vården. Ska uppgifter som registreras om patienterna, deras sjukdomar och behandling kunna analyseras och sammanställas på meningsfulla sätt förutsätts att alla vårdgivare anger medicinska, vårdadministrativa och andra vanligt förekommande uppgifter på ett fastställt, enhetligt och standardiserat sätt.

Telekommunikationslösning med stödtjänster

Ett fjärde samverkansområde är att specificera och tillämpa gemensamma lösningar för telekommunikation. Inom detta område kommer också olika gemensamma stödtjänster att behövas för att kommunikationen skall kunna ske säkert och för att alla aktörer i vården ska kunna hitta elektroniska och andra adresser till organisatoriska enheter, professionellt verksamma på olika områden och enskilda personer i vården.

En gemensam telekommunikationslösning möjliggör inte bara den gränsöverskridande kommunikation som kommer att efterfrågas i en nära framtid bl a i tillämpningar inom telemedicin/televård. Med hjälp av katalogtjänsterna kan centrala myndigheter som Socialstyrelsen och Läke-medelsverket och sjukvårdshuvudmännen snabbt och precist nå alla som är verksamma på ett visst område för att t ex sprida eller inhämta specifik information. Den medför vidare sänkta kostnader för telekommunikation i vården och underlättar vårdens kommunikation med omvärlden, t ex försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket.

IT-säkerhet

På säkerhetsområdet behövs en lösning som uppfyller de högt ställda kraven på sekretess, personlig integritet och säkerhet i övrigt i vården. En gemensam IT-säkerhetslösning är både en säkerhetsåtgärd i sig och ett sätt att fördela dyra införande-, drifts- och förvaltningskostnader. Den ska innehålla en funktion för noggrann kontroll av person, dennas behörighet och befogenheter att registrera, få tillgång till och använda information i vården, inberäknat utbyta information med hjälp av telekommunikation. Den ska också ha funktioner för signering och kryptering av information.

De fem områdena samspelar på så sätt att verksamhetsmodellerna ligger till grund för IT-stödets modeller. Dessa används i sin tur för att precisera de grunduppgifter som ska registreras om patienter, deras sjukdomar och behandlingar. De tillhandahålls normalt i befintliga IT-stöd i form av klassifikationer och andra förteckningar. Säkerhets- och telekommunikationslösningarna är generella och förutsätts användas för alla IT-stöd och tekniska lösningar i vården. Arkitekturen är det femte området som är direkt relaterat till IT-stöden.

Slut på utdrag ur arbetsrapport. Smärre ändringar har gjorts i sista stycket.

11.4 En nationell IT-infrastruktur och IT-strategi för vården bör fastställas

Arbetsgruppen konstaterar att användning av telemedicin/televård i stor skala och på ett flexibelt sätt skulle bli väsentligt enklare och billigare med en väl utbyggd teknisk och administrativ infrastruktur, både hård och mjuk sådan, samt en av alla accepterad nationell IT-strategi för vården.

Vidare konstaterar arbetsgruppen att delar av en teknisk infrastruktur redan finns och att arbete med att sprida och vidareutveckla den pågår. Det synes också redan nu finnas ett relativt brett stöd för att nå enighet om viktiga inslag i en nationell IT-strategi för vården. Förutsättningarna är därför goda att inom kort i samlad form presentera en nationell infrastruktur för vården samt ett förslag till nationell IT-strategi för densamma.

Sett ur arbetsgruppens perspektiv, dvs. utifrån uppdraget att skapa bättre förutsättningar för en breddad användning av telemedicin/televård, är det synnerligen angeläget att en nationell IT-strategi utarbetas och fastställs så snart som möjligt. Telemedicin-/televårdstillämpningar bygger nämligen på kommunikation – ofta med höga säkerhetskrav – mellan olika personer och verksamheter. För att få till stånd en effektiv kommunikation mellan alla delar och aktörer i vården måste man komma överens om en rad olika saker, inte bara tekniska och praktiska utan även innehållsmässiga och sakliga. Ett bra sätt att tydliggöra de saker som man bör vara överens om är att ange dem i en IT-strategi.

12 Kunskapsluckor och utvecklingsbehov

Enligt arbetsgruppens direktiv skall gruppen identifiera kunskapsluckor och utvecklingsbehov inom telemedicinområdet.

12.1 Användbara kunskaper, erfarenheter och redskap finns redan

Telemedicin/televård har visat sig fungera i teknisk och medicinsk mening i nästan alla situationer där sådana tillämpningar prövats (se kap 4 och 5). Det finns fullt tillräckliga kunskaper för att utforma och införa en rad olika typer av telemedicinska tillämpningar, om viljan och resurserna finns. Samtidigt kan det konstateras att det har visat sig svårt att införa telemedicin/televård i stabila former som reguljär verksamhet.

Problemen och hindren ligger främst på andra områden än det kunskapsmässiga i strikt mening, dvs. telemedicinska tillämpningar är inte okända till sin karaktär och sitt funktionssätt:

- Befintliga kunskaper och erfarenheter är otillräckligt spridda och kända, både hos vårdpersonal och hos lednings- och utvecklingspersonal i vården,
- Incitament och ekonomiska spelregler som stimulerar införande av telemedicinska tillämpningar har saknats och saknas fortfarande på flertalet håll,
- Infrastruktur och lämpliga utrustningar för telemedicinska tillämpningar har först under de senaste åren börjat finnas tillgängliga.

Det är närmast så att den teoretiska kunskapen är för stor i förhållande till de praktiska erfarenheterna av telemedicin/televård under realistiska förhållanden. Det är därför angeläget att få till stånd och följa ett antal tillämpningar som införs på någorlunda normala villkor avseende drift och finansiering.

Det typiska för telemedicinska tillämpningar är att nytta/intäkter och kostnader uppträder på olika ställen i vården och ofta i olika organisationer eller organisationsenheter. Detta förhållande motverkar investeringar som förutsätter samarbete och gemensam finansiering under ett initialske. Därför är det kanske största enskilda hindret och problemet, när det gäller att få igång den ökade spridningen och användningen av riktigt intressanta och givande tillämpningar, att finna lösningar på finansieringen både under initial- och de tidiga driftskedena (se avsnitt 9.3). Detta problem är i och för sig inte unikt för telemedicin-/televårdstillämpningar utan tvärtom vanligt i samband med utbyggnad av IT-stöden. Problemet måste dock uppmärksammas och hanteras av varje huvudman och vårdproducent.

Ett annat stort hinder är de föräldrade uppfattningar om telemedicin/televård som finns hos stora delar av vård- och ledningspersonalen och som ofta präglats av tidigare erfarenheter när sådana tillämpningar var dyra och krävde speciella tekniska arrangemang. Den mest typiska tillämpningen av telemedicin idag är ett vanligt e-postmeddelande till en kollega eller expert, med en bifogad fil med medicinsk information. Denna typ av tillämpning kan sedan kompletteras med andra, inklusive videokonferenser av enklare slag, med eller utan patient närvarande. Många telemedicinska tillämpningar kan införas utan anskaffning av särskild utrustning och eller investeringar i särskilda kommunikationslösningar. Det andra riktigt stora problemet är därför att för vård- och ledningspersonal i alla delar av vården visa vad telemedicinska tillämpningar står för idag, alltså några år in på 2000-talet, med de förutsättningar som nu finns.

Arbetsgruppen är medveten om att det även finns en del andra hinder och problem vid införande av telemedicin i reguljär sjukvård. Gruppen vill dock tydligt lyfta fram att tillgängliga kunskaper och erfarenheter, i kombination med nu tillgänglig teknik, räcker för att använda telemedicin/televård för flera ändamål och på flera sätt än som för närvarande sker. En ökad användning skulle enligt gruppens bedömning i sin tur ge sådana resultat och erfarenheter att spridningen därefter skulle gå av sig själv, dvs. komma in i den fas som i teknikspridningsmodeller kallas "bred spridning".

12.2 Områden där mer kunskaper och utvecklingsinsatser behövs

En mångfasetterad verksamhet som hälso- och sjukvård i vid mening har alltid behov och nytta av ökade kunskaper inom en rad olika områden och av tekniska framsteg som ger bättre och, avseende IT-området, ofta billigare teknik. Det finns, såvitt arbetsgruppen kan se, dock inga kunskapsluckor som verkar direkt hindrande för införande av telemedicin-/televårdstillämpningar.

Arbetsgruppen har gått igenom material från olika konferenser och seminarier inom området och med stöd av detta och erfarenheterna i Sverige diskuterat var behoven av ökade kunskaper och utvecklingsinsatser finns. Två tidsperspektiv kan då urskiljas.

Det korta tidsperspektivet

Det ena tidsperspektivet tar sikte på behoven av ökade kunskaper och utvecklingsinsatser med avkastning under de närmaste 4–5 åren. Det handlar då främst om de typer av tillämpningar som nu finns eller är nära förestående.

- Inom det tekniska området är det angeläget att pröva nya teknologier för informationsöverföring, med bl.a. mobila utrustningar och trådlös överföring samt ökat utnyttjande av rösten.
- Inom den kliniska vården behövs flera studier av större tillämpningsprojekt, dvs. tillämpningar i verksamheter som omfattar många personer eller breda tillämpningar som omfattar flera uppgifter och arbetsmoment. Sådana studier skulle ge bättre underlag för utformning och förbättring av tillämpningar av olika slag och i olika miljöer.
- Inom vård och omsorg är telemedicin-/televårdstillämpningar fortfarande ganska oprövade i jämförelse med en rad tillämpningar inom sjukhus- och primärvård.
- Inom managementområdet behövs mer kunskap och bättre modeller för införande och utbyggnad av telemedicin inom den egna organisationen och i dennas samspel med omvärlden. Det rör sig om bättre kunskaper både om när telemedicin skall införas i liten skala för strategiskt eller ekonomiskt viktiga ändamål och om när telemedicin skall införas på bred front i syfte att genomföra stora förändringar i verksamheten.
- Inom managementområdet behövs vidare mer kunskap om hur man kan skapa bättre ekonomi vid användning av telemedi-

- cin/televård, dvs. fungerande "affärsmodeller". Det rör sig om kunskaper om både när och hur man bör köpa respektive när och hur man kan sälja telemedicinska tjänster.
- Ett viktigt område är olika personalgruppers förmåga och motivation att lära sig att använda telemedicinska tillämpningar. Det finns behov av mer kunskaper och erfarenheter om hur lärande och träning bör gå till vid successivt införande av nya förfaranden i pågående verksamhet.
 - Som exempel på ytterligare områden där mer kunskaper behövs om telemedicin/televård kan nämnas administrativa stödtjänster, t.ex. katalogtjänster, säkerhetsfunktioner inkl loggningsfunktioner, drift- och förvaltningsrutiner m.m.

Dessa behov av ökade kunskaper och bättre tekniska hjälpmedel behöver inte tillgodoses inom landet utan kan till stor del hämtas in från andra länder. Det är därför nödvändigt att följa och snabbt dra nytta av de tillämpningar som införs och prövas och de studier som görs inom ramen för forskning och forskningsöversikter, teknikutvärderingar och liknande aktiviteter i andra länder och internationella organisationer.

Det längre tidsperspektivet

I ett längre tidsperspektiv, cirka 7 – 10 år och framåt, öppnar sig helt andra möjligheter som är baserade på tekniska och verksamhetsmässiga förutsättningar som nu inte kan överblickas eller förutsägas. Arbetsgruppen anser det inte vara meningsfullt att spekulera om alternativa strukturer för olika delar av vården och dessas samspel, t.ex. genom olika scenarier avseende vårdens organisation och finansiering, sjukvårds- och sjukhusstrukturer, hemsjukvårdens former och omfattning, formerna för patienternas och deras anhörigas inflytande m.m. (se avsnitt 10.3).

Det är dock inte svårt att tankemässigt se att både den högspecialiserade vården och den omsorgsdominerade vården av äldre och kroniskt sjuka människor kan organiseras och bedrivas i helt andra och nya former om 10 år. Samtidigt är det lätt att underskatta den tid och de stora förberedelse- och utbildningsinsatser som krävs för genomgripande förändringar i de grundläggande vårdprocesserna i stora delar av vården, t.ex. nuvarande sjukhusvård och äldreomsorg. Det kan heller inte uteslutas att en del telemedicin-/televårdstillämpningar kan ha både positiva och negativa effekter. De positiva effekterna gynnar de patienter som får mer vårdtid och

effektivare vård genom de nya förfarandena och de negativa effekterna drabbar de patienter som inte hinns med på grund av detta.

Arbetsgruppen vill uttrycka sin övertygelse om att tillämpningar som idag rubriceras som telemedicin/televård kommer att ha mycket stor och bred spridning i den framtida sjukvården oavsett dennas organisation och utformning. Nästan alla typer av tillämpningar inom området telemedicin/televård kan ges en speciell utformning och tillämpning och därigenom anpassas till vitt skilda strukturer.

Arbetsgruppen anser därför att det är angeläget att sjukvårdshuvudmännen, vårdproducenterna och de akademiska institutionerna med inriktning på vården i olika former följer, sammanställer och diskuterar de studier av olika slag som utförs om framtidens sjukvård, inklusive teknikanvändningen i sjukvården. Det gäller studier såväl inom olika delar av vården som avseende vårdens funktion och samspel i sin helhet. Självfallet bör svenska aktörer, forsknings- och utvecklingsinstitut samt akademiska institutioner uppmuntras att själva utföra sådana studier.

12.3 Kunskapsutveckling måste ske i samspel med praktisk användning

Som redan framgått anser arbetsgruppen att kunskapsutveckling måste ske i nära samspel med praktiska erfarenheter av användning av telemedicin/televård som normalt inslag i vården. Modern IT kan användas på så olika sätt och under så olika förutsättningar avseende den vårdverksamhet i vilken tillämpningarna skall fungera, att det finns stora begränsningar i hur långtgående slutsatser man kan dra av tillämpningar i liten skala och under försöks- och utvecklingsbetingelser. Det finns, som redan framgått, en snedbalans i den meningen att redan tillgängliga kunskaper och erfarenheter avseende telemedicin/televård inte använts eller används i den utsträckning den borde.

Enkelt uttryckt så krävs det att telemedicinska tillämpningar införs på betydligt fler håll för att patienter, vårdpersonal, ledningspersonal m.fl. skall kunna bygga upp den kompetens och de rutiner som behövs för att efter behov kunna använda telemedicin/televård på snart sagt alla områden. Ett sådant agerande skulle förstärka den allmänna utveckling som sker och som innebär att flertalet telemedicinska tillämpningar inte kräver mer kunskaper och datorvana än som många har redan idag. Det skulle vidare bidra till att reducera

och t.o.m. undanröja de tekniska, praktiska och attitydmässiga hindren mot att införa telemedicin/televård som fortfarande finns på flertalet håll i sjukvården.

Avslutningsvis har arbetsgruppen för sin del dragit den slutsatsen att det inte finns några kunskapsluckor som utgör avgörande hinder för ett betydligt snabbare och bredare införande av telemedicin/televård än för närvarande. Självfallet finns det i samband med nya tillämpningar en rad behov av utvecklingsinsatser och erfarenhetsåtervinning. Dessa behov avser till stor del sådana aspekter som bara kan tillgodoses när telemedicin/televård används i större och mer komplexa tillämpningar i reguljär vård än i hittillsvarande begränsade utvecklings- och försöksverksamheter.

13 Rättsliga frågor — gällande rätt och behovet av förändringar i rättsreglerna för telemedicin/televård

13.1 Rättsliga aspekter på telemedicin/televård

Det har visat sig finnas starka farhågor på många håll att användning av telemedicin/televård inte är förenlig med nuvarande lagar och övriga regler i hälso- och sjukvården, inklusive vård och omsorg. Det beror bl.a. på slutsatser som dragits vid läsning om telemedicinska projekt i andra länder med andra rättsliga regler. Telemedicin kommer att bli vanlig över nationsgränser i framtiden, inte bara inom högspecialiserade områden utan även i mer vardaglig sjukvård. Det är därför lockande att börja fundera på de komplicerade situationer som då kan uppstå (se avsnitt 13.3).

De rättsliga hinder som oftast lyfts fram är befarade oklarheter avseende det medicinska ansvaret i samband med telemedicinska konsultationer för diagnostisering och genomförande av behandlingsåtgärder. En närliggande fråga rör ersättning till patienter när skador uppstår till följd av felaktig diagnostisering eller felaktig eller illa utförd behandling.

Andra problem som lyfts fram är kopplade till reglerna för den kommunala kompetensen och offentlig upphandling. Det uppstår ibland osäkerhet i frågan om landsting/regioner får utföra telemedicinska tjänster åt andra landsting/regioner. Detsamma gäller huruvida de får köpa sådana tjänster utan att formella upphandlingar skett.

Arbetsgruppen har gått igenom dessa frågor med hjälp av olika jurister som är verksamma inom vården. Frågorna behandlas kortfattat i avsnitt 13.2.

Telemedicin/televård kan åtminstone principiellt aktualisera även andra rättsliga frågor, exempelvis inom arbetsrätten och avseende bevarande och arkivering av underlaget för vård där telemedicin/televård används. Arbetsgruppen har dock valt att inte ta upp

dessa frågor, eftersom de är väl kända och kan hanteras inom ramen för dagens regler och praxis.

13.2 Inga rättsliga hinder föreligger

Telemedicin-/televårdstillämpningar innebär användning av IT för vårdändamål. Följaktligen måste sådana tillämpningar utformas och användas i enlighet med de lagar och andra regler som gäller för vården och för IT-användningen i vården och samhället i stort. Detta har inte visat sig innebära några speciella problem i alla de försöks-, utvecklings- och permanentade tillämpningar som finns.

De lagar som har betydelse för IT-användningen i vården är främst hälso- och sjukvårdslagen (HSL; 1982:763), lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS), Tryckfrihetsförordningen (TF) och sekretesslagen (1980:100), patientjournalagen (1985:562), socialtjänstlagen (SOL; 2001:453), vårdregisterlagen (1998:544), förordningen (SFS 2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten samt personuppgiftslagen (PUL; 1998:204).

Osäkerhet om reglernas tillämpning utgör ett problem

Den stora och svåröverskådliga rättsliga reglering som gäller för sjukvård, inklusive vård och omsorg, skapar helt naturligt en osäkerhet om reglernas tillämpning i en del situationer. Denna osäkerhet förstärks ibland i samband med att formerna för vården ändras och kraven ökar på bättre samverkan mellan de olika enheter och personer som medverkar i vården av patienterna. Det är i det perspektivet naturligt att införande av telemedicin/televård kan skapa osäkerhet om de rättsliga reglernas tillämpning. Detta förhållande får inte uppfattas som hinder för användning av telemedicin/televård. Däremot ställer det krav på bättre och tydligare vägledning om reglernas tillämpning (se avsnitt 13.4).

I sammanhanget bör nämnas att det är grundläggande för all vård och omsorg att den skall ske i samråd med patienten och att patientens rätt skall respekteras. Ingen vårdplanering kan ske utan patientens eller dennes ställföreträdarens medgivande. När sådant medgivande föreligger kan den information som behövs för den fortsatta vården överföras mellan vårdgivare för att trygga en optimal

vård och en fungerande samverkan genom hela vårdkedjan. Det är ofta på denna punkt som det ibland uppstår osäkerhet om reglernas tillämpning.

Frågorna om ansvar och skadestånd

Vid en första betraktelse kan en telemedicinsk konsultation tyckas rubba arbets- och ansvarsfördelningen mellan den primärt patient-behandlande vårdgivaren och den konsulterade, som hittills oftast förutsatts vara en specialist, vid behandling av en patient. Vid närmare påseende så visar det sig att denna situation principiellt inte nämnvärt skiljer sig från situationen när en kliniskt verksam vårdgivare anlitar expertis inom laboratoriemedicinen, radiologin eller flera andra medicinska stöd- och serviceverksamheter. Vad det i dessa fall handlar om är att personer med expertkunskaper granskar, gör bedömningar och ger råd under ansvar till andra vårdgivare. Det enda som skiljer denna situation från en telemedicinsk konsultation där två vårdgivare, ofta med patienten närvarande, diskuterar diagnos och behandling är att de använder ett annat medium, d.v.s en "bildtelefon".

Det kan konstateras att båda vårdgivarna i detta fall har ett professionellt medicinskt ansvar. Inledningsvis har alltid den vårdgivare som påkallar konsultationen huvudansvaret. Den exakta fördelningen av ansvaret i fortsättningen får sedan avgöras med ledning av konsultationens innehåll och karaktär. Båda vårdgivarna är således skyldiga att inom ramen för gällande lagar och andra regler göra anteckningar i journal eller motsvarande vårdokumentation. I fall där oklarhet råder och det anmäls får Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) fälla avgörandet.

Även sjukvårdshuvudmannen och vårdutförande organisationen har ett ansvar som närmast innebär en skyldighet att se till att nödvändig utrustning finns och att berörd personal ges tillräcklig utbildning när telemedicin/televård skall användas.

På motsvarande sätt som i andra sammanhang där stöd- och servicefunktioner används inom vården gäller Patientskadelagen när skada uppstår på grund av felaktig eller bristfällig funktion hos utrustning som används i en telemedicinsk tillämpning eller om misstag gjorts av vårdgivare i samband med diagnostisering eller utförande av vård med hjälp av telemedicinsk utrustning.

Den kommunala kompetensen och upphandlingsreglerna

Telemedicin/televård gör det möjligt för en vårdgivare och vårdutförande organisation att utnyttja kompetens och resurser i andra landsting/regioner eller kommuner. Frågan uppstår då i vad mån det är tillåtet.

Av 3 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) framgår att varje landsting/region skall erbjuda hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget/regionen. Denna bestämmelse stämmer överens med den s.k. lokaliseringsprincipen i 2 kap. 1 § i Kommunallagen.

Lokaliseringsprincipen i Kommunallagen kan sättas ur spel genom speciallagstiftning. Enligt bestämmelsen i 4 § andra stycket i Hälso- och sjukvårdslagen ges ett landsting och region rätt att erbjuda vård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det. – Det sistnämnda möjliggör telemedicinska tillämpningar inte bara inom den högspecialiserade vården som ryms inom regionvården (9 § HSL) utan även för telemedicin-/televårdstillämpningar i övrigt mellan landsting. Överenskommelser av denna art bör ges formen av avtal.

Telemedicin-/televårdstjänster kan utföras inte bara av landsting/regioner eller kommuner för andra landstings eller kommuners räkning utan även av privata företag som utför vård eller medicinsk service. Det sistnämnda kan enligt många bedömare väntas bli vanligt i en nära framtid. När det handlar om utförande av telemedicin/televård mot ersättning utanför regionvården skall i båda fallen upphandling ske i lagstadgad form.

Upphandling av varor och tjänster regleras i Lagen om offentlig upphandling (LOU). Upphandling definieras där som köp, leasing, hyra eller hyrköp av varor, byggtreprenader eller tjänster. Tjänster avseende telemedicin/televård klassas som s.k. B-tjänster. LOU gäller dock inte transaktioner inom ett landsting/region eller kommun utan först när ett landsting/region eller kommun köper tjänster av extern leverantör, t.ex. ett företag eller annat landsting utanför regionvården.

För B-tjänster gäller att upphandling normalt skall ske genom s.k. förenklad upphandling, vilket innebär att skriftliga anbud skall infordras från presumtiva leverantörer. Vid vissa tillfällen får dock s.k. direktupphandling ske. Det gäller bl.a. när upphandlingens värde är lågt eller om synnerlig brådska eller andra synnerliga skäl föreligger. Vid förenklad upphandling infordras anbud genom anons i en allmänt tillgänglig databas varvid förfrågningsunderlaget

måste innehålla vissa i lagen angivna uppgifter. Det anbud skall antas som har lägst pris eller som är det ekonomiskt mest fördelaktiga med hänsyn tagen till samtliga omständigheter såsom kvalitet, pris m.m.

Ett problem i sammanhanget kan dock uppstå avseende lämplig tidpunkt för upphandling såtillvida att en del tillämpningar börjar som försök med mycket små volymer och inte helt produktionsfärdiga rutiner.

13.3 Telemedicin/televård i ett internationellt perspektiv

En stor fördel med telemedicin/televård är att den rent tekniskt kan utföras utan hinder av avstånd och geografiska gränser. Detta gör att många ser framför sig ett scenario där diagnostisering och vård inom högspecialiserade områden kommer att köpas på en internationell marknad som antas få en snabb tillväxt. På samma sätt förväntas personer som behöver vård i andra länder kunna utnyttja telemedicinska förfaranden för direktkommunikation mellan den nya och den tidigare vårdgivaren.

Mot denna bakgrund har de som är intresserade av telemedicin/televård börjat ställa frågor kring ansvarsförhållandena och skadestandsreglerna när parterna i telemedicinska tillämpningar befinner sig i olika länder där skilda lagar och regler råder. Det är lätt att konstruera olika fall där en rad svårbedömda frågor om rättstillämpningen uppstår.

Arbetsgruppen delar för sin del bedömningen att telemedicin/televård kommer att bli vanlig över nationsgränserna relativt snart eftersom de tekniska förutsättningarna finns. Gruppen anser vidare att den enda långsiktiga lösningen är att reglera dessa frågor inom EU och därefter internationellt i en vidare krets av länder. Sverige bör därför aktivt följa och delta i strävanden att reglera användningen av telemedicin/televård internationellt.

Samtidigt konstaterar arbetsgruppen att de problem som kan uppstå vid användning av telemedicin/televård inte får hindra ett målmedvetet agerande i syfte att snabbt bredda användningen inom Sverige.

13.4 Behov av pedagogiska insatser m.m.

Som framgått i avsnitt 13.2 finns det inte formella hinder i lagar och andra regler att använda telemedicin/televård inom ramen för normal vård. De föreställningar och farhågor om rättsliga hinder och problem som tycks finnas på detta område har fått arbetsgruppen att dra slutsatsen att det främst behövs ökade pedagogiska insatser för att enkelt och lättfattligt förklara vilka bestämmelser i olika lagar och andra regler som kan aktualiseras och hur de skall tolkas och tillämpas i samband med telemedicin-/televårdstillämpningar (se avsnitt 17.2).

Uppgiften att utarbeta och utfärda den praktiskt orienterade vägledning som behövs bör enligt arbetsgruppens mening utföras i samarbete mellan Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet och Socialstyrelsen och under medverkan av Sveriges Läkarförbund, Vårdförbundet, Privatvårdens Arbetsgivarförbund m.fl. På detta sätt förbättras utsikterna att vägledningen skall bli spridd, känd och accepterad.

Vidare är det enligt arbetsgruppens mening angeläget att Sverige aktivt följer och deltar i de diskussioner och det utrednings- och annat beredningsarbete som sker inom EU och internationellt i övrigt i syfte att skapa internationella regler för användning av telemedicin/televård i framtiden. Sådana tillämpningar väntas, som redan nämnts, redan inom några år komma upp i märkbara volymer och därefter fortlöpande öka.

14 Närings – och arbetsmarknadspolitiska perspektiv på telemedicin/televård

Enligt uppdraget skall arbetsgruppen beskriva nyttan av telemedicin/televård ur ett patientperspektiv samt utvärdera effekterna av utvecklingen inom området ”utifrån ett kvalitativt, ekonomiskt och regionalt perspektiv”. Dessa perspektiv behandlas i kap 8 och 9. Arbetsgruppen anser dock för sin del att ytterligare aspekter eller perspektiv bör föras in i övervägandena om telemedicin/televård. Det är framför allt de närings- och arbetsmarknadspolitiska perspektiven.

14.1 Näringspolitiska aspekter på IT i vården, inkl telemedicin/televård

Behov av en bättre fungerande marknad

Det näringspolitiska perspektivet innefattar flera frågor och aspekter. En viktig aspekt är behovet av en bättre fungerande marknad för IT i vården, inklusive telemedicin/televård och medicinsk teknik, med leverantörer som säljer produkter och tjänster i konkurrens. Ett stort problem för datoriseringen av sjukhusen under de senaste 10 åren har varit bristen på lämpliga produkter och tjänster att köpa på IT-området. Det beror i sin tur till stor del på sjukhusens och landstingens tidigare oförmåga att samverka och samordna sina krav på produkter och tjänster för i grunden samma verksamheter. Kombinationen av alltför få och innehållsmässigt splittrade upphandlingar har medverkat till att marknaden i Sverige för IT-produkter och tjänster fungerar dåligt.

Förutsättningarna för och viljan till samverkan har dock ökat de senaste åren. Bl.a. har landstingen blivit färre och större genom att

ett antal landsting och sjukvårdsförvaltningar slagits samman till Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Vidare finns det numera ett IT-samverkansorgan i vården, Carelink (se avsnitt 2.4) i vars verksamhet inte bara landsting/regioner utan även kommuner, privata vårdföretag och Apoteket AB deltar.

För att IT-tillämpningar, inklusive telemedicin-/televårdstillämpningar, skall kunna införas i stor skala måste de kunna fungera väl tillsammans både för kommunikation och informationsutbyte och i gemensam drift och förvaltning. Även IT-tillämpningar levererade av olika leverantörer vid olika tidpunkter måste fås att fungera tillsammans. För detta krävs en gemensam IT-infrastruktur samt att tillämpningarna har samma egenskaper och funktioner i ett antal avseenden (se avsnitt 11.2). Det är viktigt att företag med inriktning på IT, inklusive telemedicin/televård och medicinsk teknik, aktivt deltar i arbete med att utveckla och specificera IT-infrastrukturen och egenskaperna och funktionerna i IT-tillämpningar av olika slag. I detta ingår även att hantera frågan om val och tillämpning av standarder. Arbetsgruppen lägger förslag om detta (se avsnitt 17.2 och 17.6).

Intressant område för teknisk utveckling

En annan näringspolitisk aspekt handlar om att införande av en del telemedicin-/televårdstillämpningar förutsätter eller blir effektivare med nya tekniska lösningar, dvs. lösningar som har betydande inslag av nya tekniker och utrustningar av olika slag. Flera av de förslag till åtgärder som arbetsgruppen beskriver i kap 17 tar sikte på att stimulera utveckling av nya tekniker och utrustningar som i många fall även kan användas i andra verksamheter än sjukvård.

Därför bör området telemedicin/televård i kombination med andra IT-tillämpningar i vården och det medicintekniska området vara ett intressant område för satsningar på teknisk utveckling. Det innebär att de statliga myndigheter som arbetar med teknisk utveckling och näringslivsutveckling, bl.a. Vinnova¹, Nutek² m.fl. bör ges i uppdrag att på olika sätt initiera, samordna och stödja utvecklingsinsatser inom dessa områden. Vidare bör området vara intressant för institutioner inom de tekniska högskolorna och andra högskolor, liksom för de företag som finns i anslutning till universitet och högskolor.

¹ Verket för innovationssystem

² Verket för näringslivsutveckling

För att utveckla intressanta och konkurrenskraftiga produkter och tjänster inom IT-området, bl.a. sådana med inslag av telemedicin/televård och/eller medicinsk teknik, krävs ofta ett nära samarbete mellan personer med avancerade tekniska kunskaper och personer med kvalificerade kunskaper inom vården. Det ligger nära till hands att personer som deltar i forsknings- och utvecklingsverksamheter på egen hand eller på initiativ av företag i omgivningen överväger förutsättningarna att omvandla nya kunskaper i kommersiellt säljbara produkter och tjänster. Detta är av intresse för vården (se nästa avsnitt) och också för samhället i stort.

Arbetsgruppen har försökt bilda sig en uppfattning dels om förutsättningarna för och pågående aktiviteter på högskoleorterna för att stimulera kommersialisering av kunskaper och idéer med knytning till IT i vården, inklusive telemedicin/televård och medicinsk teknik, dels om storleken på och tillväxten av marknaden på detta område. Några uppgifter lämnas i bilaga 3. Möjligheterna att identifiera och beskriva verksamheterna i siffror har dock visat sig vara små. De går heller inte att urskilja i företagsstatistiken.

Vården behöver leverantörer med god lönsamhet och utvecklingsvilja

En tredje näringspolitisk aspekt är storleken på och förutsättningarna för de företag som arbetar inom de områden som berörts här. Flertalet tillämpningar i vården, både inom olika kliniska områden och inom medicinsk service³, finns på relativt få ställen i Sverige, dvs. marknaden är liten. För att produkterna och tjänsterna skall komma ner i pris förutsätts att de kan avsättas även i andra länder. Det kan konstateras att svenska företag som levererar traditionella IT-stöd till vården inte har varit framgångsrika, särskilt inte i jämförelse med svenska leverantörer av vissa medicintekniska produkter och läkemedel. Det finns alltså ett direkt intresse för svensk vård att företag inom IT, inkl telemedicin/televård och medicinsk teknik, är internationellt konkurrenskraftiga.

En sida av denna aspekt är att även mycket små företag kan vara stora inom sitt område. Flera av dem kommer från forskningsmiljöer med stor teknikhöjd och arbetar redan från början på en internationell marknad. För små företag och inte minst för nya företag som vill in på marknaden bör den ovan nämnda strävan att införa

³ Radiologi, laboratoriemedicin m.m.

en gemensam teknisk infrastruktur och komma överens om egenskaperna och funktionerna hos IT-stöden vara av stort intresse. Det gör att små företag får stabilare förutsättningar för sin verksamhetsutveckling. De vet vilka egenskaper och funktioner som krävs för att deras produkter och tjänster skall fungera väl tillsammans med andra leverantörers för informationsutbyte och gemensam drift.

Samhället satsar betydande forskningsresurser inom hälsovårdsområdet, både inom högskolan och via landstingen/regionerna. Ett bättre utnyttjande av forskningsresultaten i kommersiella tillämpningar skulle kunna åstadkommas om sjukvårdssektorn, särskilt universitetssjukhusen, knyts närmare de näringslivsmiljöer som byggts upp runt universiteten och högskolorna med teknikparker etc. Möjlighet att även införa ett s.k. lärarundantag avseende arbetsgivarens rätt till anställdas uppfinningar bör också övervägas när det gäller universitetssjukhusen. Även andra sätt att öka incitamenten att omvandla nya kunskaper i vården i kommersiella produkter och tjänster kan finnas. Förslag om en utredning på denna punkt läggs i avsnitt 17.6.

Ovan har arbetsgruppen pekat på behovet av nära samverkan mellan företag och vården när företagen skall utveckla nya produkter och tjänster med inslag av IT, inklusive telemedicin/televård och medicinsk teknik. Särskilt för små och nya företag kan det vara svårt att få kvalificerad hjälp att vidareutveckla och pröva idéer till nya produkter och tjänster inom dessa områden och att få hjälp att utforma dem på sätt som underlättar ett senare införande och samutnyttjande på sjukhus och andra vårdenheter. Arbetsgruppen föreslår därför att ett särskilt stöd inrättas för att främst små företag skall kunna köpa tjänster av de medicintekniska enheterna på sjukhusen (se avsnitt 17.6 och 18.3) och andra enheter i vården eller som arbetar med IT, inräknat telemedicin/televård och medicinsk teknik. Det handlar inte om stora belopp. Arbetsgruppens föreslår cirka 20 miljoner kr under fyra år (se avsnitt 17.6 och 18.3).

Arbetsgruppen anser att det för detta stöd bör finnas möjlighet att delvis använda medel och resurser som redan finns i en av staten via Nutek och Landstingsförbundet gemensamt skapad stiftelse, LFTP⁴.

⁴ Landstingens fond för teknikupphandling och produktutveckling

Upphandling av IT-stöd med inslag av verksamhetsutveckling

Ytterligare en aspekt med näringspolitisk anknytning, som arbetsgruppen vill ta upp, rör IT-stödets roll som delar i en verksamhetsutveckling i vården. Åtskilliga förändringar i vården avseende behandlingsmetoder, arbetssätt, samverkan i vårdkedjor o.d. förutsätter IT-stöd i olika former. Det handlar många gånger om IT-stöd som måste utvecklas och prövas innan de finner sina former. Det är då angeläget att det finns företag som har förmåga att delta i sådana verksamhetsutvecklingar och gärna då företag på orten eller i närområdet. Ett problem i sammanhanget är – eller hävdas vara – att reglerna för offentlig upphandling som finns i LOU⁵ inte lämpar sig för upphandling av IT-stöd med betydande inslag av verksamhetsutveckling. Reglerna är främst anpassade till upphandling av s.k. mogna produkter och tjänster. Detta är frågor som enligt arbetsgruppen bör klarläggas. Förslag läggs därför om en utredningsinsats i denna fråga i avsnitt 17.6 nedan.

När det gäller de näringspolitiska aspekterna på IT i vården, inklusive telemedicin/televård och medicinsk teknik så vill arbetsgruppen avslutningsvis framhålla behovet av att de blir föremål för ytterligare och mer djuplodande överväganden än dem som gruppen kunnat göra inom ramen för detta uppdrag. Behovet av sådana överväganden bör dock inte hindra ett genomförande av de åtgärder som arbetsgruppen lägger inom det näringspolitiska området (se ovan samt avsnitt 17.6 och 18.3).

14.2 Arbetsmarknadspolitiska aspekter på telemedicin/televård

Det finns flera viktiga arbetsmarknadspolitiska aspekter på telemedicin/televård. Arbetsgruppen har på flera ställen i rapporten (se bl.a. avsnitt 7.3 och bilaga 2) pekat på den nuvarande och väntade knappheten på specialister inom många medicinska områden och på en befarad allmän brist på läkare, sjuksköterskor och annan personal med kvalificerade och långa utbildningar. Dessa förhållanden har framförts som viktiga skäl för att införa telemedicin-/televårdstillämpningar. Sådana kan åtminstone mildra problemen under ett antal år men räcker givetvis inte i längden för att lösa en reell brist på kvalificerad personal inom ett antal medicinska områ-

⁵ Lagen om offentlig upphandling – som i sin tur innebär införlivande av EU: s upphandlingsregler i svensk lag.

den. För detta krävs bl.a. åtgärder avseende grundutbildning och kompetenshöjning av befintlig personal. Arbetsgruppen har inte ansett sig ha mandat och kompetens att behandla och lägga förslag i dessa frågor.

Däremot vill arbetsgruppen ta upp en annan aspekt på personalbehovet inom vård och omsorg under de närmaste årtiondena. Det gäller personal med kortare utbildningar, bl.a. undersköterskor och personal med biträdesuppgifter. Redan idag föreligger problem att rekrytera och behålla sådan personal i den kommunala vården på många orter. Även om den försämrade ekonomiska konjunkturen givit en tillfällig lättnad väntas problemen återkomma vid nästa konjunkturuppgång.

Flertalet prognoser och bedömningar visar att problemen med att rekrytera och behålla personal med kortare utbildningar inom vård och omsorg kommer att kvarstå och öka under överblickbar tid. Det beror på flera strukturella faktorer, bl.a. på den ökande andelen äldre och mycket gamla i samhället i kombination med det minskande utbudet av arbetskraft. Det sistnämnda hänger samman med befolkningspyramidens utseende och innebär att många årskullar som kommer ut på arbetsmarknaden under de närmaste årtiondena är jämförelsevis små. Även förändringar i värderingar, t.ex. viljan att arbeta inom vård och omsorg, påverkar möjligheterna att rekrytera personal.

Det handlar om stora grupper av människor. Som exempel kan nämnas att personalen inom vård och omsorg i kommunerna under 2000 uppgick till ca 243 500 personer. Behovet av personal år 2010 beräknas uppgå till ca 420 000 årsarbetare vilket motsvarar ca 480 000 anställda med nuvarande genomsnittliga sysselsättningsgrad på 82 %. Redan detta gör att behoven att rekrytera ny personal är stora. Till detta kommer ökande pensionsavgångar under kommande år samt en viss naturlig personalomsättning. Ytterligare en faktor i sammanhanget är att det idag finns patienter som upptar vårdplatser på sjukhus i avvaktan på att de kan beredas plats i den kommunala vården.

Det växande problemet att rekrytera och behålla personal i kommunal vård och omsorg gör det nödvändigt att se på frågan om telemedicin/televård i dessa verksamheter inte enbart i ett snävt verksamhetsperspektiv, dvs. i termer av om televårdsbaserade arbetssätt medför kvalitativt bättre, likvärdig eller sämre vård och service. En svår personalbrist försämrar både kvalitet och tillgänglighet i vården, och den leder till oro och osäkerhet hos vårdtagarna och deras anhöriga/närstående samt till otrivsel och stress hos per-

sonalen. Det är därför nödvändigt att föra in arbetsmarknadspolitiska aspekter på telemedicin/televård i vård och omsorg i kommunerna.

Telemedicin-/televårdstillämpningar i kombination med andra IT-tillämpningar kan användas på olika sätt, både för att förbättra tillgängligheten, kvaliteten och servicen i enskilda vårdaktiviteter men också för att organisera och utföra arbetet i andra former. Det är därvid angeläget att inte bara välja arbetsformer i syfte att kortsiktigt förbättra kvaliteten, servicen och resursutnyttjandet i vården utan även att anpassa arbetets innehåll och utförande till personalens behov och önskemål och möjligheterna att rekrytera och behålla personal i framtiden. Ökad användning av IT i olika former, inklusive telemedicin-/televårdstillämpningar, kan enligt arbetsgruppens mening vara ett sätt att ge arbetet i vård och omsorg en utformning som attraherar unga människor, såväl långvarigt som under kortare perioder. En ökad användning av IT är dessutom nödvändig för att förenkla och effektivisera ledning och uppföljning samt administration i vården.

Det är enligt arbetsgruppens mening angeläget att resurser och kompetens inom arbetsmarknadsområdet snabbt och under en följd av år sätts in för att underlätta personalförsörjningen och förbättra resursutnyttjandet i vård och omsorg. Detta måste givetvis ske i samverkan med kommunerna. Gruppen lägger därför förslag med denna inriktning i avsnitt 17.4. Gruppen lägger också förslag om ekonomiskt stöd till utvecklings- och försöksverksamheter för att öka tillgängligheten i äldreården och övriga omsorgsverksamheter i kommunerna med hjälp av telemedicin/televård. Det är viktigt att inte se en motsättning mellan åtgärder för att förbättra tillgänglighet, kvalitet och service i vård och omsorg och åtgärder för att trygga personalförsörjningen i dessa verksamheter. De skall i stället ses som kompletterande och förstärkande åtgärder.

15 Samordnat agerande på flera nivåer är nödvändigt

15.1 Allmänna förutsättningar

Poängen med telemedicin-/televårdstillämpningar är att en vårdgivare snabbt och enkelt skall kunna samverka med andra vårdgivare och stödfunktioner som befinner sig på annan plats och ofta i en annan organisationsenhet eller organisation. De stora fördelarna med telemedicin/televård uppstår när man använder sig av sådana tillämpningar i en rad olika situationer och tillsammans med en rad olika vårdgivare och stödfunktioner i vården.

En vårdenhet kan således inte införa sådana tillämpningar helt på egen hand. Inte ens i ett normalstort landsting kan telemedicin/televård införas i riktigt stor skala och med god ekonomi. Många tillämpningar förutsätter nämligen samverkan med omsorgsverksamheterna i kommunerna och med universitetssjukhusen avseende den högspecialiserade vården. Om alla eller ett stort antal aktörer samverkar och agerar samordnat ökar således utbytet och nyttan av telemedicin/televård samtidigt som kostnaderna och omställningsproblemen blir mindre.

För att införa telemedicin/televård måste alltså huvudmännen, landstingen/regionerna och kommunerna, samverka och samordna sig nationellt. De måste vidare agera, var en inom sin organisation, för att få alla vårdutförande enheter, inte minst sjukhusen, att vidta de interna verksamhetsanpassningar som krävs.

På nationell nivå krävs:

- att det finns ett eller flera organ eller forum där aktörerna kan mötas, diskutera och komma överens i viktiga frågor av gemensamt intresse

- att staten, främst regeringen via olika departement och myndigheter, agerar aktivt i ett antal frågor. I detta ingår att se till att ekonomiskt stöd tillhandahålls för att driva på införandet.

De bästa förutsättningarna för en effektiv användning av telemedicin/televård skapas om man inför en gemensam nationell IT-infrastruktur med nödvändiga stödtjänster för vården (se avsnitt 10.2). I detta sammanhang kan standarder vara ett verksamt instrument.

I avsnitt 15.1–15.4 behandlar arbetsgruppen några av de viktigaste frågorna och problemen på de olika organisatoriska nivåerna.

Andra aspekter

Ett samordnat agerande mellan sjukvårdshuvudmännen och vårdproducenterna bidrar till att snabbare skapa en marknad där aktörerna kan upphandla kompetens, produkter och tjänster inom området. Över huvudtaget bör förutsättningarna för ett effektivare samspel mellan vården och företag med inriktning på IT och medicinsk teknik ges mer uppmärksamhet och utrymme (se avsnitt 14.1).

Flera tillämpningsområden för telemedicin/televård förutsätter tekniskt utvecklingsarbete inom områden som har stort intresse inte bara för vården utan även för svenska företag med inriktning på vården. Det är därför angeläget att få till stånd en samverkan och ett samarbete med svenska myndigheter som arbetar med teknisk utveckling, näringslivsutveckling m.m., däribland Nutek och Vinova. Flera av de förslag som behandlas i kap 17 och 18 syftar till en sådan samverkan.

15.2 Huvudmannanivån – landstinget/regionen och kommunen

Nyckelaktörerna när det gäller att införa telemedicin/televård är huvudmännen, både landstingen/regionerna och kommunerna. Det troligen största hindret för införande av telemedicin/televård idag är att huvudmännen ännu inte hunnit ta till sig de möjligheter som finns att använda sådana tillämpningar redan nu, än mindre att utforma en mer genomtänkt strategi och policy på detta område. Det är det hindret som behandlats i kapitel 7 under rubriken oförlösta

drivkrafter och som handlar om att använda telemedicin/televård som del i lösningarna på världens aktuella problem.

Den största volymen inom landstinget/regionen gäller tillämpningar mellan olika vårdenheter och enheter inom medicinsk service inom huvudmannens ansvarsområde och med vård- och omsorgsenheter inom kommunen. Det är huvudmannen som måste skapa spelregler och villkor som är rimliga både för de enheter som vill ha en telemedicinsk eller televårdstjänst och för de enheter som skall leverera den. Problem uppstår ofta på den senare enheten, i regel ett sjukhus eller en enhet inom ett sjukhus, p.g.a. att tjänsterna i början har låg frekvens samtidigt som de ställer krav på särskild utrustning, utbildning och personal som har tid disponibel att utföra tjänsterna.

Även om lösningar och överenskommelser på nationell nivå är angelägna och fördelaktiga för ett snabbt och brett införande av telemedicin/televård, så kräver detta att varje enskild huvudman först för sig själv klarar ut hur han ser på och skall hantera införandet och användningen av telemedicin/televård. Han bör helst också utforma och fastställa en egen policy/strategi på detta område. Viktiga frågor att ta ställning till i det sammanhanget är bl.a.

- hur telemedicin/televård skall betraktas och hanteras i förhållande till den övriga IT-användningen (se avsnitt 11.2)
- hur samverkan på detta område skall etableras med viktiga parter i omvärlden. I landstingens fall måste samverkan etableras med kommunerna avseende vård och omsorgsverksamheter och med universitetssjukhusen avseende högspecialiserad vård och medicinsk service
- i vilken utsträckning och i vilka fall telemedicin-/televårdstjänster skall köpas av privata leverantörer av vård, medicinsk service m.m.
- hur de initiala skedena, när telemedicin-/televårdstillämpningar inte kan bära sina kostnader, skall finansieras samt
- principerna och reglerna för prissättning och ersättning av sådana tjänster.

Det är viktigt att huvudmännen ser telemedicin/televård i ett infrastrukturellt perspektiv så att sådana tillämpningar i största möjliga utsträckning kan utföras med den IT-utrustning som används för den vanliga IT-användningen (jfr bl.a. avsnitt 11.1).

15.3 Verksamhetsnivån – vårdenhetsnivån

För den enskilda vårdenheten, dvs. sjukhuset, vårdcentralen, särskilda boendet m.m., får frågan om telemedicin/televård delvis en annan karaktär. Speciella kopplingar för enskilda telemedicinska tjänster kan numera etableras relativt enkelt med aktörer i omvärlden för att exempelvis tillgodose behovet av speciell kompetens som man inte själv har. Däremot är det svårare för en enskild vårdenhet, som ofta befinner sig i en pressad ekonomisk situation, att under flera år göra framtidsinriktade satsningar i telemedicin/televård på bredare front. Även om dessa bedöms bli attraktiva för verksamheten och dessutom ekonomiskt lönsamma om några år, medför de ofrånkomligen sämre budgetutfall under de första åren.

Det är därför som det är så viktigt att huvudmännen var för sig och gemensamt agerar för att skapa en IT-infrastruktur som underlättar och sänker kostnaderna för telemedicin/televård och att de även i övrigt agerar samordnat. I många fall synes det, som framhållits i förgående avsnitt, vara nödvändigt att en del kostnader under initialskedena finansieras i särskild ordning av huvudmannen med hjälp av centralt disponerade medel.

Arbetsgruppen vill för sin del väcka tanken på att staten under några år inom några utpekade områden ger bidrag till de vårdenheter som är beredda att snabbt erbjuda telemedicinska tjänster – se avsnitt 17.3, förslag B1: 2. Detta skulle säkerligen vara ett verksamt medel för att snabbt få igång ett bredare införande av telemedicin/televård.

Som framgått av kap 6 finns det dessutom en rad interna hinder och problem i samband med införande av telemedicin/televård, bl.a. organisatoriska hinder, problem med ändrade ansvarsförhållanden och obenägenhet att acceptera ny teknik och nya arbetssätt hos delar av personalen. Införande av telemedicin/televård ställer därför stora krav på engagemang och kompetens hos ledningarna i berörda verksamheter. Det är nödvändigt att sätta telemedicin-/televårdstillämpningar i ett långsiktigt verksamhetsperspektiv.

15.4 Den nationella nivån

Organ och forum för samverkan.

På den nationella nivån finns enligt arbetsgruppens mening goda förutsättningar för att få till stånd diskussioner och överenskommelser om samverkan och gemensamma lösningar inom IT-området i och med tillkomsten av Carelink (se avsnitt 2.4). I sammanhanget bör även standardiseringsorganisationen inom sjukvården, SIS/HSS, nämnas eftersom standarder är viktiga som instrument för att få till stånd fungerande kommunikation och informationsutbyten i vården.

Redan idag är alla landstingen och regionerna och ett antal andra organisationer anslutna till den av Carelink administrerade nationella kommunikationslösningen Sjunet. Carelink arbetar vidare med att utveckla och införa samordnade katalogtjänster för IT-kommunikation i vården och en gemensam IT-säkerhetslösning med avancerade funktioner för kommunikation i säkra och tillförlitliga former.

I flera frågor krävs aktiv medverkan från Carelinks huvudmän för att hållbara lösningar skall kunna utformas och fungera. Ett exempel på en viktig sådan fråga att klara ut är reglerna för prissättning och ersättning av telemedicin-/televårdstjänster. Inte bara tjänster avseende högspecialiserad vård och medicinsk service utan även andra tjänster kan redan nu enkelt tillhandahållas via telemedicin/televård. En växande andel tjänster väntas i en nära framtid komma att ske över huvudmanna- och andra gränser i framtiden. Det är därför angeläget att snabbt och på regional och nationell nivå klara ut principerna och reglerna för prissättning och ersättning i dessa avseenden. Förslag i dessa frågor läggs i avsnitt 17.3, förslag B7:1-2.

Staten och statliga myndigheter

Socialstyrelsen, liksom andra statliga myndigheter som Läkemedelsverket, kan på flera sätt driva på ett snabbt och samordnat införande av telemedicin/televård. Ett av de viktigaste sätten är att Socialstyrelsen i uppföljningar och analyser av hur vården

fungerar pekar på områden där förbättringar kan ske genom användning av telemedicin/televård.

Socialstyrelsen kan också hjälpa till att undanröja hinder – eller överdrivna farhågor om att hinder föreligger – i lagar och andra regler avseende användningen av telemedicin/televård (se kap 13). Överdrivna farhågor om oklara ansvarsförhållanden lyfts ofta fram som ett hinder för införande av telemedicin/televård (se avsnitt 6.1).

Vidare kan myndigheterna själva lägga ut information i sådana former att den blir tillgänglig via telekommunikation och användbar i eller i anslutning till telemedicin-/televårdstillämpningar, i form av s.k. telemedicinska web-tjänster. Som exempel på intressant information inom Socialstyrelsen kan i sammanhanget nämnas s.k. State of the Art-beskrivningar, kliniska riktlinjer, vårdprogram, kvalitetsregistren m.m. På motsvarande sätt finns viktig information som kan utnyttjas i eller i anslutning till telemedicin-/televårdstillämpningar inom Läke medelsverket. Detta är ett område som penetrerats alldeles för lite enligt arbetsgruppens mening. – Förslag om detta läggs i avsnitt 17.3, förslag B2–5:4.

Regeringens uppgifter och roll, inklusive statliga ekonomiska stödinsatser

Frågan om vad staten och främst regeringen bör göra för att åstadkomma den eftersträvade breddade användningen av telemedicin/televård, och på vilka områden statliga ekonomiska stödinsatser behövs behandlas utförligt i del 3 av rapporten – se särskilt kap 18.

15.5 Nationell styrning och samordning nödvändig – avslutande synpunkter

Införande och användning av telemedicin/televård i stor skala förutsätter som framgått att en rad olika aktörer på nationell nivå, huvudmannanivå och lokal verksamhetsnivå har en någorlunda gemensam syn i stort och agerar i samma riktning. Det är därför viktigt att satsningar på detta område är kända, förstärkta och accepterade. I grunden handlar det enligt arbetsgruppens mening om att få alla aktörer att se på telemedicin/televård ur ett verksamhetsperspektiv och att tydligt påvisa hur vården med hjälp av olika teleme-

dicin-/televårdstillämpningar kan göras kvalitativt bättre och dessutom mer patient- och personalanpassad.

I ett så decentraliserat sjukvårdssystem med så många olika aktörer som det svenska är det nödvändigt att staten tar initiativet och på olika sätt agerar för att driva på och aktivt styra och samordna agerandet avseende införandet och användningen av telemedicin/televård. Det bör bl.a. ske med hjälp av ekonomiska styrmedel (se kap 18). I annat fall kommer införandet att ta för lång tid och leda till ökade kostnader och lägre nytta/intäkter.

Del 3

Strategier och åtgärder för att stimulera telemedicin/televård

16 Strategier, insatsområden och åtgärder — struktur för utformning av förslag

Enligt direktiven skall arbetsgruppen föreslå strategier för att bredda användningen av telemedicin på övergripande nationell basis. Det innebär att gruppen har haft i uppdrag att tolka och definiera vad begreppet strategi bör innefatta i detta sammanhang samt hur konkreta åtgärder förhåller sig till strategier. Eftersom telemedicin/televård kan användas på så olika sätt och i nästan alla delar och aktiviteter i vården har gruppen även fört in begreppet strategi- eller insatsområde för att underlätta en strukturering av strategier och åtgärder.

16.1 Utgångspunkt – det finns ingen universalåtgärd, inget "Sesam öppna dig!"

Telemedicin/televård är, som framgått, en samlingsbeteckning på en rad olika IT-tillämpningar som kan användas inom alla delar i vården och i dessas samspel med varandra. Det finns därför ingen enkel formel eller universalåtgärd som i ett slag löser upp alla knutar och leder till den eftersträvade breddade användningen av telemedicin/televård. I stället måste det bli fråga om att vidta en rad åtgärder av olika slag som tillsammans kan åstadkomma resultat. Telemedicin/televård får samtidigt inte tillskrivas något egenvärde utan måste ses och bedömas i ett långsiktigt verksamhetsperspektiv (se kap 10).

Med det synsättet som utgångspunkt har arbetsgruppen försökt identifiera och beskriva en uppsättning samverkande strategier och åtgärder som leder till den i uppdragsbeskrivningen angivna breddade användningen av telemedicin/televård.

16.2 Strategier är inget entydigt begrepp

Termen strategi är inte självklar och tydlig till sin innebörd och sitt innehåll på IT-området. Ofta används termerna policy och politik med i stort sett samma innebörd som termen strategi. Ibland görs en skillnad mellan policy och strategi. En strategi anger då ofta hur man skall få handlandet eller verksamheten i en viss riktning, medan policy mer brukar ha karaktären av riktlinjer och regler.

Problemet kompliceras av att många tillämpningar som fått beteckningen telemedicinska idag ingår i vanlig IT-användning som inte kräver tillgång till särskild utrustning och mer kunskaper än en ordinär personatoranvändare har. Det gör att det är nödvändigt att behandla hur arbetsgruppen ser på förhållandet mellan en IT-strategi för all IT-användning i sjukvården respektive strategier för att främja användningen av telemedicin/televård. I denna rapport används begreppet IT-strategi som beteckning på principer och riktlinjer för hur de delar av IT-stöden som är av gemensamt intresse bör utvecklas och hanteras, hur de förhåller sig till varandra och skall fungera tillsammans (se kap 11). IT-strategin i denna betydelse utgör närmast en strategisk sambandsbeskrivning eller planritning över viktiga delar av IT-stöden och deras tänkta interaktion med varandra.

IT-strategin skiljer sig från strategier i en annan mening, nämligen vad som kan kallas handlingsstrategier eller handlingsplaner. Med handlingsstrategi avses närmast en handlingslinje som förverkligas med en åtgärd eller uppsättning sammanhängande åtgärder som parallellt eller i följd vidtas för att uppnå ett specifikt syfte eller förverkliga ett önskat tillstånd. Handlingsstrategier kan vara breda eller smala, dvs. avse en typ av tillämpning, t.ex. telemedicin, viss typ av åtgärd, t.ex. utbildning osv.

I detta uppdrag och denna rapport används begreppet strategi främst i betydelsen handlingsstrategier. Sådana underlättas dock av att det finns en IT-strategi på nationell basis för de delar av IT-användningen som bör hanteras och lösas gemensamt (se kap 11). En handlingsstrategi för att underlätta införande av telemedicin/televård på bred front kan alltså vara att ta fram och ge normerande status åt en IT-strategi.

16.3 Strategier för överväganden om åtgärder – ett exempel

Som framgått definieras strategi här som en handlingslinje som förverkligas med en åtgärd eller uppsättning sammanhängande åtgärder som parallellt eller i följd vidtas för att uppnå ett specifikt syfte eller förverkliga ett önskat tillstånd. Då uppstår frågan om vilka syften eller tillstånd som man vill förverkliga eller åtminstone strävar efter.

Åtgärder med samma syfte kan, men behöver inte, ha olika innehåll och karaktär. Exempelvis kombineras nästan alla åtgärder med koppling till användning av IT med förslag om utbildnings- eller andra färdighetshöjande insatser.

Strategier kan alltså grupperas efter eftersträvat syfte eller tillstånd.

Man talar ibland om:

- nyttostrategier, dvs. strategier som syftar till att öka nyttan och intäkterna av olika åtgärder i verksamhetstermer,
- problemavhjälpare strategier, dvs. strategier som tar sikte på att undanröja eller reducera hinder och problem som blockerar eller försvårar bestämda förändringar,
- trendstrategier, dvs. ett utnyttjande av företeelser som har hög status eller aktuella för tillfället för att uppnå ett bestämt syfte.

Arbetsgruppen anser att åtgärder för att bredda användningen av telemedicin/televård skulle kunna samlas i ett antal strategier, som var och en har ett bestämt syfte och önskat tillstånd som mål. En uppsättning sådana strategier kan se ut enligt följande:

- En infrastrukturskapande strategi för att förbättra och driva på införandet av en teknisk infrastruktur för telemedicin/televård,
- En kvalitetshöjande strategi för att höja kvaliteten i angivna delar av vården med hjälp av telemedicin/televård,
- En serviceförbättrande strategi för att förbättra informationen och servicen till patienter och anhöriga med hjälp av telemedicin/televård,
- En strategi för att uppnå lägre kostnader eller bättre kostnadseffektivitet med hjälp av telemedicin/televård,
- En demonstrationstrategi för att visa upp moderna former av telemedicin/televård,
- En problemelimineringstrategi för att undanröja och minska hinder och problem vid användning av telemedicin/televård,

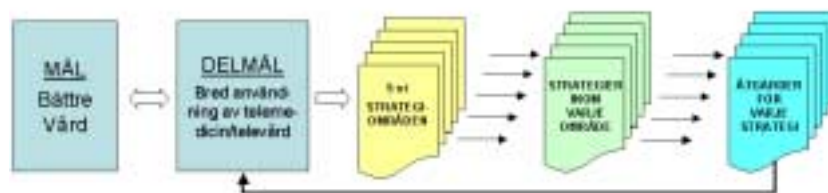
- En marknadsskapande strategi för att förbättra utbudet av produkter och tjänster som kan användas för telemedicin/televård,
- En kunskaps- och färdighetshöjande strategi för att förbättra olika personalgruppers förmåga att använda telemedicin/televård.

En på detta sätt ytterligare utbyggd uppsättning av strategier lämpar sig dock mindre väl som grund för beskrivning och bedömning av åtgärder inom respektive strategi vilka tillsammans skulle bidra till att bredda användningen av telemedicin/televård. Skälen till detta är att de uppräknade strategierna skulle bli många och att samma åtgärder i många fall skulle dyka upp under en rad olika strategier. En beskrivning och diskussion av åtgärder skulle därigenom bli svår att överblicka och ta ställning till. Exempelvis skulle en person som är specialist inom en klinisk specialitet eller inom äldreomsorgen i särskilt boende behöva gå igenom texten under alla strategierna för att se de åtgärder som berör honom/henne.

16.4 Strategier och åtgärder grupperade i strategi- eller insatsområden – förslag

Arbetsgruppen har funnit att det är mer ändamålsenligt och för flertalet läsare enklare att förstå om övervägandena och förslagen till handlingsstrategier med tillhörande åtgärder sker inom ett antal mer konkreta strategiområden, som närmast motsvarar insatsområden. Strategierna har på detta sätt grupperats i fem huvudområden enligt följande:

- **Strategiområde A** – Strategier för att etablera tekniska och andra grundförutsättningar för telemedicin/televård
- **Strategiområde B** – Strategier för telemedicin/televård i sjukhus-, primär- och närsjukvård
- **Strategiområde C** – Strategier för telemedicin/televård i vård och omsorg i primärkommuner
- **Strategiområde D** – Strategier för att stärka patienter/vårdtagare och närstående
- **Strategiområde E** – Strategier för att skapa en bättre marknad för IT och medicinsk teknik



Figur 16.1 Telemedicin/televård – strategiernas och åtgärdernas samband med värden/verksamheten.

Inom respektive strategi/insatsområde föreslår arbetsgruppen följande strategier:

A. Strategier för att etablera tekniska och andra grundförutsättningar för telemedicin/televård

- A1 Förbättra den tekniska infrastrukturen med tillhörande stödtjänster för telemedicin/televård,
- A2 Specificera gemensamma krav på telemedicin-/televårdstillämpningar och andra IT-stöd i vården,
- A3 Klarlägga behovet och förekomsten av standarder inom telemedicin-/televårdsområdet,
- A4 Ge praktisk vägledning om lagar och andra reglers tillämpning vid införande och användning av telemedicin/televård,
- A5 Utarbeta terminologier för och anpassa klassifikationer till telemedicin/televård.

B. Strategier för telemedicin/televård i sjukhus-, primär- och närsjukvård

- B1 Öka tillgängligheten till vård,
- B2 Höja den medicinska kvaliteten på diagnostik och behandling,
- B3 Hushålla bättre med knappa specialistresurser,
- B4 Sänka kostnader och förbättra kostnadseffektiviteten,
- B5 Lösa rekryterings- och bemanningsproblem,
- B6 Införa telemedicin/televård för grundutbildning och kompetenshöjning för alla personalkategorier,
- B7 Utredda och fastställa principer och regler för prissättning och ersättningar för telemedicin-/televårdstjänster.

C. Strategier för telemedicin/televård i vård och omsorg i primärkommuner

- C1 Öka tillgängligheten till medicinsk vård i äldrevården och övrig vård,
- C2 Underlätta personalförsörjningen och förbättra resursutnyttjandet i framtidens vård och omsorg,
- C3 Införa telemedicin/televård för grundutbildning och kompetenshöjning för alla personalkategorier.

D. Strategier för att stärka patienter/vårdtagare och närstående

- D1 Öka tillgängligheten och förbättra servicen,
- D2 Förbättra patienters och närståendes tillgång till medicinsk kunskap och annan information om vården,
- D3 Förstärka patienters och närståendes ansvar, delaktighet och inflytande,
- D4 Anpassa bostäderna till vård och omsorg.

E. Strategier för att skapa en bättre marknad för IT och medicinsk teknik

- E1 Tillhandhålla ekonomiskt stöd för prövning och förbättring av nya produkt- och tjänsteidéer,
- E2 Stimulera företagens deltagande och samverkan i att specificera kraven på IT-stöd för telemedicin-/televårdstillsämpningar och andra IT-tillsämpningar i vården,
- E3 Klarlägga LOU:s konsekvenser för samverkan mellan sjukvården och IT-inriktade företag i samband med IT-investeringar av utvecklingskaraktär,

- E4 Öka incitamenten att omvandla ny kunskap i kommersiella produkter och tjänster.

I nästa kapitel beskriver och föreslår arbetsgruppen åtgärder inom respektive strategi/insatsområde och strategi.

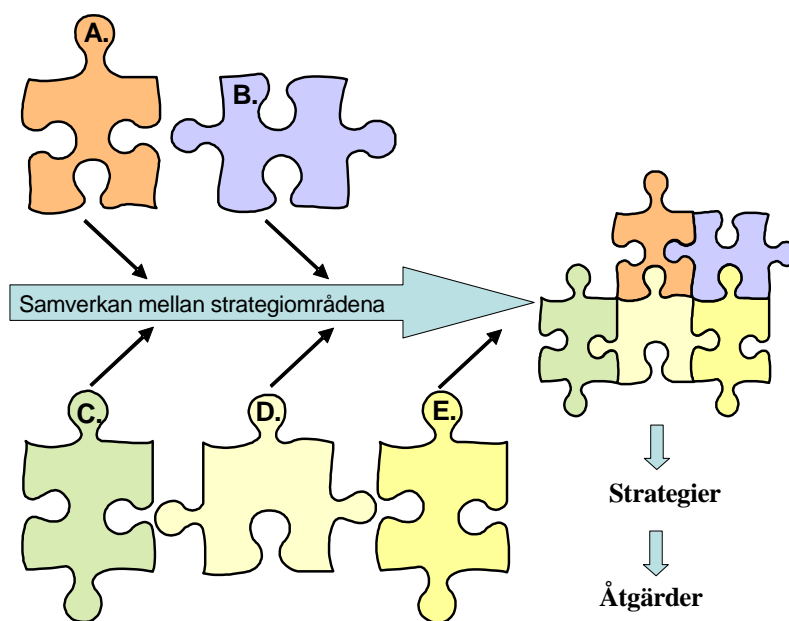


Figur 16.2 Översikt över strategierna och åtgärderna fördelade på strategi/insatsområden.

16.5 Strategierna och åtgärderna utgör tillsammans ett samlat program

Telemedicin-/televårdstillämpningarna har som framgått (jfr. avsnitt 16.1) mycket olika karaktär och ett mycket brett användningsområde som omfattar i stort sett alla delar av vården. Det finns därför inte några enstaka strategier eller åtgärder som isolerat kan åstadkomma den eftersträvade breddningen i användningen av telemedicin/televård som anges i arbetsgruppens uppdrag. I stället krävs en sammanhängande uppsättning av strategier och ett parallellt genomförande av ett antal åtgärder.

Arbetsgruppen föreslår mot den bakgrunden en uppsättning strategier med åtföljande åtgärder som tillsammans utgör ett samlat program för att driva på och stimulera ett gemensamt införande och utnyttjande av telemedicin/televård i vården i ett helhetsperspektiv. Detta är motiverat inte minst därför att många telemedicin-/televårdstillämpningar är inriktade på kommunikation mellan olika vårdverksamheter, organisatoriska enheter och vårdnivåer.



Figur 16.3 Strategierna/åtgärderna utgör tillsammans ett samlat program för att driva på och stimulera ett gemensamt införande av telemedicin/televård.

17 Förslag till åtgärder inom respektive strategiområde och strategi

17.1 Åtgärder – beskrivningsmodell, underlag m.m.

Beskrivningsmodell

Varje åtgärd beskrivs på ett ensartat sätt för att underlätta överblick och bedömning. Beskrivningsmodellen ser ut enligt följande:

Strategi

Åtgärd 1

Bakgrund och innebörd

Eftersträvade effekter

Intressenter och aktörer

Genomförande och finansiering

Åtgärd 2 och eventuellt följande

Disposition enligt åtgärd 1

En åtgärd kan höra hemma under flera strategier

Två eller flera strategier kan förverkligas med en och samma åtgärd. Det kan dock även var omvänt, dvs. att en och samma åtgärd kan bidra till att förverkliga två eller flera strategier. Åtgärden beskrivs då under flera strategier. I flera fall sker vidare hänvisningar till andra strategier och åtgärder.

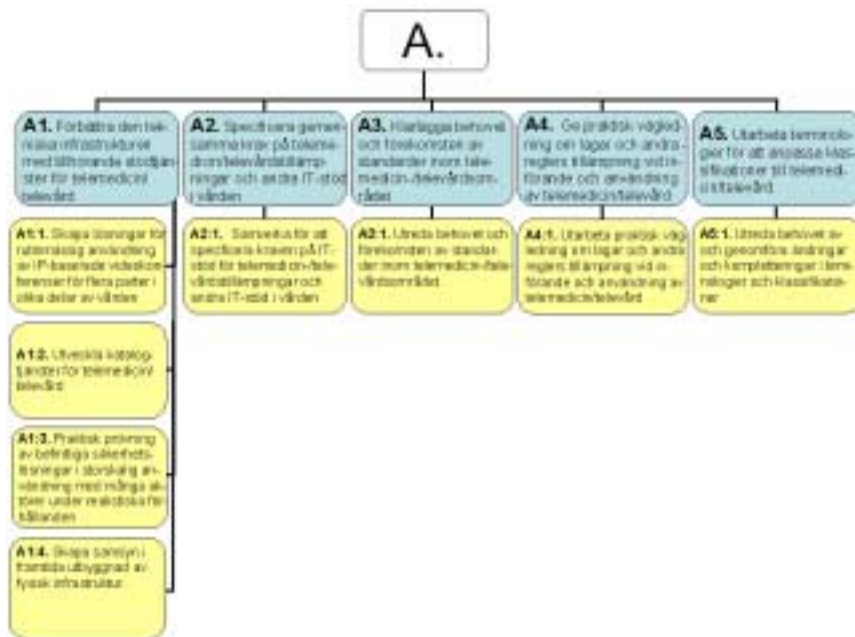
Underlag

Arbetsgruppen har genom sin sammansättning haft god överblick över vad som skett och pågår i Sverige och utomlands inom området telemedicin/televård. Gruppen har därför kunnat använda tidigare och aktuella diskussioner om åtgärder som underlag för sina överväganden och förslag.

Arbetsgruppen har vidare låtit ett antal personer framföra sina synpunkter och idéer på gruppens sammanträden för att få ytterligare underlag.

Arbetsgruppen har dessutom bett två medicintekniska chefer och professorer i medicinsk teknik, Björn-Erik Erlandson vid Uppsala universitet och Nils-Gunnar Holmer vid Universitetet i Lund, att formulera sin syn och ge sina förslag till vad som bör göras inom främst de delar av telemedicinen/televården som rör sjukhusvårdens samspel med andra delar av vården. Erlandsons och Holmers promemoria ingår som bilaga 1 till arbetsgruppens rapport.

17.2 Strategiområde A – Strategier och åtgärder för att etablera grundförutsättningar för telemedicin/televård



A1 Strategi – Förbättra den tekniska infrastrukturen med tillhörande stödtjänster för telemedicin/televård.

A1:1 Åtgärd – Skapa lösningar för rutinemässig användning av IP-baserade videokonferenser för flera parter i olika delar av vården.

Bakgrund och innebörd

En effektiv användning av videokonferenser för konsultationer, utskrivningskonferenser, utbildning m.m. förutsätter användarvänliga och driftsäkra utrustningar som kommunicerar via samma IP-baserade/Internetanpassade IT-infrastruktur som övriga IT-

stöd i vården, bl.a. de för patient/värddokumentation, med vilka de skall samverka. Carelink har, på uppdrag av landstingen och regionerna och ett antal kommuner, i samverkan med Verket för högskoleservice under hösten 2001 slutfört en ramavtalsupphandling av videoutrustning, både "vanliga" gruppsystem och specialsystem för medicinsk service.

Det är högst angeläget att snabbt utveckla rutiner och stöd-tjänster, inklusive praktiska manualer och vägledningar, för användning av videokonferensutrustningar på effektiva och användar-anpassade sätt i olika situationer.

Eftersträvade effekter

- Praktiska rutiner, hjälpmedel och stöd-tjänster för användning av videokonferenser,
- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv användning av videoutrustningar,
- Bättre samspel mellan videoutrustningar och andra former av informationsöverföring under pågående videokonferenser,
- Minskade kostnader för utbildning m.m. i samband med införande av videokonferenser.

Intressenter och aktörer

- Sjukvårdshuvudmännen, både landstingen/regionerna och kommunerna,
- Vårdenheter både i landstinget/regionen och kommunen samt privata vårdproducenter som utför vård på entreprenad,
- Utbildningsorganen, dvs. de medicinska och andra fakulteterna, vårdhögskolorna,
- Carelink

Genomförande och finansiering

Arbetet bör utföras av Carelink i samverkan med medlemmarna, dvs. landstingen/regionerna, kommunerna och de privata vård-företagen. Arbetet innehåller stora inslag av utvecklings- och försöksaktiviteter och lämpar sig därför väl för Carelinks sätt att arbeta, dvs. med stor medverkan av personer som är verksamma i berörda verksamheter.

Vad åtgärden handlar om är att tidsmässigt tidigarelägga och resursmässigt förstärka planerat arbete i den fortsatta utvecklingen och utbyggnaden av den nationella telekommunikationslösningen Sjunet. Arbetsgruppen återkommer till finansieringen av arbetet i avsnitt 18.3.

A1:2 Åtgärd – Utveckla katalogtjänster för telemedicin/televård.

Bakgrund och innebörd

Inom Carelink bedrivs arbete, som övertagits från det nedlagda Spri, med att ta fram en modell och praktiskt stöd för katalogtjänster som är uppbyggda efter enhetliga principer i hela landet och med en gemensam s.k. toppnod. Avsikten är att på detta sätt skapa nationella katalogtjänster som är en förutsättning för utbyggd användning av telemedicin/televård. Till grund för arbetet ligger den s.k. HSA-strukturen¹. Några landsting och regioner har redan fungerande kataloger i begränsad skala. Den nämnda toppnoden finns i testdrift.

De kataloger som avses har två huvuduppgifter. En av dessa är att hantera personal- och adressuppgifter, dvs. uppgifter om tjänsteställe, yrkesroll, telefonnummer, e-post, video m.m. som behövs för t.ex. remiss-svarshantering, överföring av vård-information mellan olika vårdgivare osv. Den andra uppgiften är att tillhandahålla underlag för de vårdportaler som flera landsting och kommuner bygger upp i dagsläget. En viktig användning av katalogtjänsterna är som del i den IT-säkerhetslösning som behövs i vården (se åtgärd A1:3).

Ett snabbare och bredare införande av telemedicin/televård kommer att kräva ökade insatser för att förbättra och anpassa katalogtjänsterna till telemedicin-/televårdstillämpningar, för att anpassa dem till kommunal vård samt för ta fram vägledning och stöd för landstingens och kommunernas uppbyggnad och drift av katalogtjänsterna.

¹ HSA= Hälsa- och Sjukvårdens Adressregister över enheter, roller och personal

Eftersträvade effekter

- Uppbyggnad av gemensamma katalogtjänster som möjliggör användning av telemedicin/televård på nationell nivå, dvs. även mellan enheter och personer i olika landsting/regioner, kommuner och privata vårdföretag,
- Lägre kostnader för uppbyggnad och drift av kvalitativt bra katalogtjänster som är anpassade till telemedicin-/televårdstillämpningar,
- Förbättrade funktioner i den IT-säkerhetslösning som håller på att införas.

Intressenter och aktörer

- Sjukvårdshuvudmännen, både landstingen/regionerna och kommunerna,
- Vårdenheter både i landstinget/regionen och kommunen samt privata vårdföretag som utför vård på entreprenad,
- Carelink.

Genomförande och finansiering

Arbetet bör utföras av Carelink i samverkan med medlemmarna, dvs. landstingen/regionerna, kommunerna och de privata vårdföretagen. Arbetet innehåller stora inslag av utvecklings- och försöksaktiviteter som lämpar sig därför väl för Carelinks sätt att arbeta, dvs. med stor medverkan av personer ute i berörda verksamheter.

Åtgärden innebär att tidsmässigt tidigarelägga och resursmässigt förstärka planerat arbete i den fortsatta utvecklingen och utbyggnaden av den nationella telekommunikationslösningen för vården – Sjunet. Detta är nödvändigt för att skapa praktiska förutsättningar för bred användning av telemedicin/televård. Arbetsgruppen återkommer till finansieringen av arbetet i avsnitt 18.3.

A1:3 Åtgärd – Praktisk prövning av befintlig säkerhetslösning i storskalig användning med många aktörer under realistiska förhållanden.

Bakgrund och innebörd

Det finns en etablerad teknisk lösning för IT-säkerhet i de delar av vården som landstingen och regionerna ansvarar för, den s.k. SITHS-modellen². Lösningen, som förvaltas av Carelink, har funktioner för säker identifiering av person som använder IT-system i vården, stöd för kryptering samt elektronisk signatur (med skydd mot obehörig ändring av information samt koppling av information till identifierad person). För att lösningen skall fungera krävs en certifikatutfärdare³ för vård och omsorg. Carelink har på önskemål av landstingen och regionerna åtagit sig den rollen.

För att säkerhetslösningen skall bli användbar för alla former av IT-tillämpningar, även telemedicin-/televårdstillämpningar, behöver den kompletteras med ytterligare tekniska och administrativa funktioner. Vidare behöver den testas i storskaliga projekt där flera olika typer av aktörer och användare deltar.

IT-säkerhetslösningen SITHS är vidare anpassad till den säkerhetslösning som Riksskatteverket håller på att pröva på folkbokförings- och skatteområdet och Riksförsäkringsverket inom försäkringskassornas verksamhet. Detta kommer att underlätta vårdens samspel med dels folkbokföringen för inrapportering av födda och döda samt erhållande av aktuella bostadsadresser till patienter/vårdtagare, dels med försäkringskassorna för överföring av sjukintyg och annan integritetskänslig information.

De utrustningar och tjänster som behövs för IT-säkerhetslösningen skall inte tillhandahållas av Carelink utan köpas av företag. En viktig del i samarbetet med säkerhetslösningen är att medverka till att ett utbud av produkter och tjänster skapas inom området.

² SITHS= Säker IT i Hälso- och sjukvården

³ CA= Certificat Authority

Eftersträvade effekter

- Gemensam IT-säkerhetslösning med grundläggande säkerhetsfunktioner för identifiering, elektronisk signatur och krypteringsstöd av hög kvalitet,
- Rimliga kostnader för en modern IT-säkerhetslösning,
- IT-säkerhetslösning som fungerar ihop med andra sektorer, bl.a. folkbokföringssystemet och försäkringskassorna,
- Möjlighet att köpa IT-säkerhetstjänster på en fungerande marknad.

Intressenter och aktörer

- Sjukvårdshuvudmännen, både landstingen/regionerna och kommunerna,
- Vårdenheter både i landstinget/regionen och kommunen samt privata vårdföretag som utför vård på entreprenad,
- Carelink,
- Riksskatteverket/folkbokföringen, Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna.

Genomförande och finansiering

Arbetet bör utföras av Carelink i samverkan med medlemmarna, dvs. landstingen/regionerna, kommunerna och de privata vårdföretagen. Arbetet innehåller stora inslag av utvecklings- och försöksaktiviteter och lämpar sig därför väl för Carelinks sätt att arbeta, dvs. med stor medverkan av personer ute i berörda verksamheter.

Åtgärden innebär att tidsmässigt tidigarelägga och resursmässigt förstärka planerat arbete i den fortsatta utvecklingen och utbyggnaden av den nationella telekommunikationslösningen Sjunet. Detta är nödvändigt för att skapa praktiska förutsättningar för bred användning av telemedicin/televård. Arbetsgruppen återkommer till finansieringen av arbetet i avsnitt 18.3.

A1:4 Åtgärd – Skapa samsyn om framtida utbyggnad av fysisk infrastruktur

Bakgrund och innebörd

Vården kan inte på egen hand finansiera en teknisk infrastruktur utan måste till stor del förlita sig till och använda sig av de tekniska överföringssystem som finns tillgängliga i samhället. Det är därför viktigt att vården väljer att lösa sina kommunikationsbehov på ett sätt som gör det möjligt att hela tiden snabbt dra nytta av den utbyggnad av kapaciteten som sker i olika överföringssystem. Den väg som valts för Sjunet, med återkommande upphandlingar av ett logiskt nät, synes vara det enda sättet att tillförsäkra vården både de bästa kapacitetsmässiga och tekniska förutsättningarna och samtidigt erhalla ekonomiskt fördelaktiga villkor för huvudmännen.

Det är värdefullt att kommunerna som också är sjukvårdshuvudmän och landstingen/regionerna uppnår samsyn om behoven och den geografiska spridningen av ny infrastruktur och låter detta komma till uttryck i de IT-infrastrukturprogram som för närvarande, dvs. i början av 2002, utarbetas på kommunnivå och tillställs länsstyrelserna. Dessa program ska sedan ligga till grund för regeringens bidragstilldelning till kommunerna för infrastrukturutbyggnad. En sådan samsyn ger en god grund för ett fortsatt samarbete på detta område.

Eftersträvade effekter

- Regional samsyn om den fysiska infrastrukturens utbyggnad.
- Goda tekniska förutsättningar för införande av telemedicin/televård i olika former, bl.a. videokonferenser för flera ändamål.

Intressenter och aktörer

- Kommunerna och vårdutförande enheter inom dessa samt privata vårdföretag som utför vård på entreprenad,
- Landstingen/regionerna och vårdutförande enheter inom dessa samt privata vårdföretag som utför vård på entreprenad,

- Företag och andra organisationer som tillhandahåller fysiska överföringstjänster, teleoperatörer m.fl.

Genomförande och finansiering

Den eftersträvade samsynen bör skapas i samband med att kommunerna utarbetar sina infrastrukturprogram som i sin tur skall ligga till grund för regeringens bidragstilldelning till kommunerna för den kommande infrastrukturutbyggnaden. Det är vidare angeläget med ett nära samarbete och samsyn i dessa frågor även i fortsättningen.

A2 Strategi – Specificera gemensamma krav på telemedicin-/televårdstillämpningar och andra IT-stöd i vården.

A2:1 Åtgärd – Samverka för att specificera kraven på telemedicin-/televårdstillämpningar och andra IT-stöd i vården.

Jämför strategi E2.

Bakgrund och innebörd

Ett stort problem vid upphandling av IT-stöd i vården har varit att det på många områden inte funnits ett utbud av bra produkter och tjänster att köpa. Det beror bl.a. på att sjukvårdshuvudmännen och de vårdutförande enheterna, dvs. sjukhus, vårdcentraler, kommunala vårdenheter, inte samverkat i att beskriva och definiera de uppgifter för vilka olika IT-stöd skall användas och hur de olika IT-stöden skall samspela med varandra. I stället har varje upphandlande vårdenhet definierat kraven var och en på sitt sätt. Detta har lett till att förutsättningarna har varit dåliga för framväxt av en väl fungerande marknad för IT-stöd till vården.

Det är därför angeläget att få olika aktörer i vården att samverka i att beskriva, definiera och formulera olika IT-stöds tilltänkta användning i verksamhetstermer och deras tekniska egenskaper i de delar som har betydelse för IT-stödets möjligheter till informationsutbyte och samspel i telemedicin-/televårds-tillämpningar. En aspekt på detta är att användargränssnittet skall kunna anpassas till övriga IT-stöds gränssnitt på varje vårdenhet. En annan aspekt är i

vad mån det finns eller behöver tas fram standarder för olika egenskaper (se åtgärd A3:1).

Behovet av samverkan mellan IT-stöd avser inte bara informationsutbyte av betydelse för deras användning för telemedicin/televård utan kan för många vårdenheter även avse andra egenskaper, bl.a. sådana som påverkar möjligheterna att organisera drift och förvaltning av de samlade IT-stöden i kostnadseffektiva former.

Det är enligt arbetsgruppens mening angeläget att även representanter för IT-företag med inriktning på vården deltar i denna samverkan för att beskriva och formulera kraven på IT-stöd för telemedicin/televård (jämför strategi E2).

Eftersträvade effekter

- Större utbud av bra IT-produkter och IT-tjänster för telemedicin/televård,
- Bättre samverkande och mer kostnadseffektiva IT-stöd för de vårdutförande enheterna,
- Lägre kostnader för utbildning och träning av vårdpersonal i samband med införande av nya IT-stöd.

Intressenter och aktörer

- Sjukvårdshuvudmännen, både kommuner och landsting/regioner,
- Vårdenheter både i landstinget/regionen och kommunen samt privata vårdföretag som utför vård på entreprenad.
- IT-leverantörerna,
- IT-samverkansorganisationen Carelink,
- Standardiseringsorganisationen SIS.

Genomförande och finansiering

Denna samverkan bör lämpligen utföras och samordnas med hjälp av IT-samverkansorganisationen Carelink som redan arbetar med sådana frågor. Det innebär inte att själva arbetet med att beskriva och formulera gemensamma krav för olika stöd behöver ske inom Carelink utan kan med fördel bedrivas i särskilt tillsatta projektgrupper.

I en del fall kan beskrivningen av ändamålen med och egenskaperna hos IT-stöd av intresse för många aktörer i vården kräva förberedande utredningsarbete av olika slag. I dessa fall bör särskilda medel ställas till förfogande för ansökan av aktörer som i förstudier vill försöka ena sig om samarbete avseende IT-stöd för telemedicin/televård och andra användningsområden.

Enligt arbetsgruppens mening bör LFTP⁴ kunna bli en finansiär av sådana förstudier (se avsnitt 18.3).

A3 Strategi – Klarlägga behovet och förekomsten av standarder inom telemedicin-/televårdsområdet.

A3:1 Åtgärd – Utredda behovet och förekomsten av standarder inom telemedicin-/televårdsområdet.

Bakgrund och innebörd

Telemedicin/televård bygger på kommunikation mellan två eller flera parter och förutsätter således att parterna kan nå varandra och kan utbyta information av olika slag (bild, ljud, text). Detta förutsätter att parterna använder sig av samma hjälpmedel eller hjälpmedel som i vissa avseenden följer samma specifikationer. För att den information som utbyts skall bli meningsfull måste parterna också använda samma språk avseende informationens innehåll, dvs. termer och begrepp, och samma form avseende meddelandeformning, format, bildåtergivningsteknik m.m.

Det ligger därför i sakens natur att standarder kan vara bra hjälpmedel för att skapa den enhetlighet som behövs i tekniska, praktiska/hanteringsmässiga och innehållsmässiga hänseenden. Det finns också redan idag en rad standarder avseende olika förhållanden av betydelse för användningen av telemedicin/televård. Dessa är dock otillräckligt kända och tillämpade både hos användare och leverantörer.

Arbetsgruppen föreslår att en särskild grupp tillsätts för att gå igenom befintliga standarder och behovet av nya standarder eller modifieringar i befintliga sådana i syfte att se vad som på detta om-

⁴ Landstingens fond för teknikupphandling och produktutveckling

råde bör göras för att skapa bättre förutsättningar för framtagning av bra tekniska lösningar för telemedicin/televård.

Det är angeläget att dessa frågor inte ses enbart i ett nationellt perspektiv eftersom svenska vårdproducenter ofta behöver köpa lösningar som tagits fram i andra länder och svenska företag måste kunna sälja sina produkter och tjänster utomlands. Därför bör dessa frågor utredas gemensamt av de nordiska länderna genom IT-samverkansorganisationerna i hälso- och sjukvården, för Sveriges del Carelink. Själva arbetet bör till största delen kunna utföras av eller i samarbete med standardiseringsorganisationerna i de olika länderna, för Sveriges del SIS.

Eftersträvade effekter

- Effektivare innehållsmässig kommunikation och informationsutbyten i telemedicin-/televårdstillämpningar,
- Mer standardiserade och ekonomiskt billigare telemedicin-/televårdstillämpningar,
- Tekniska lösningar för telemedicin/televård som fungerar väl tillsammans med övriga IT-stöd.

Intressenter och aktörer

- Sjukvårdshuvudmännen, både kommuner och landsting/regioner,
- Vårdenheter både i landstinget/regionen och kommunen samt privata företag som utför vård på entreprenad,
- IT-leverantörerna,
- IT-samverkansorganisationerna i Norden, i Sverige Carelink,
- Standardiseringsorganisationerna i Norden, i Sverige SIS.

Genomförande och finansiering

Uppdraget bör utföras och finansieras i samarbete med andra nordiska länder som är intresserade. Uppdragsgivare bör vara IT-samverkansorganisationerna, dvs. Carelink i Sverige. Själva arbetet bör genomföras i form av utredningsuppdrag som utförs i samarbete med och under medverkan av standardiseringsorganisationerna, i Sverige SIS.

A4 Strategi – Ge praktisk vägledning om lagars och andra reglers tillämpning vid införande och användning av telemedicin/televård.

A4:1 Åtgärd – Utarbeta praktisk vägledning om lagars och andra reglers tillämpning vid införande och användning av telemedicin/televård.

Bakgrund och innebörd

Det finns hos många i vården missuppfattningar om att telemedicinska och televårdsförfaranden inte är tillåtna enligt nuvarande lagar och andra regler för svensk vård (se kap 13). Så är dess bättre inte fallet. De rättsliga frågor rörande ansvar m.m. som uppstår i samband med användning av exempelvis telemedicinska konsultationer skiljer sig inte nämnvärt från situationen när en kliniskt verksam vårdgivare anlitar expertis inom laboratoriemedicinen eller annan medicinsk service i remissförfaranden o.d.

Grundläggande för all vård och omsorg är att den sker i samråd med patienten och att patientens rätt respekteras. Ingen vårdplanering kan ske utan patientens eller dennes ställföreträdarens medgivande. När sådant medgivande föreligger kan den information, som behövs för den fortsatta vården, överföras mellan vårdgivare för att trygga en optimal vård och en fungerande samverkan genom hela vårdkedjan. På denna punkt uppstår ibland osäkerhet om reglernas tillämpning.

Oklarheter och missförstånd uppstår ibland även avseende landstings och regioners rätt att utföra telemedicinska tjänster åt andra landsting och regioner enligt Kommunallagen och Lagen om offentlig upphandling (LOU). Inte heller här är reglerna otydliga eller oklara.

Arbetsgruppen anser att det behövs pedagogiska insatser för att enkelt och lättfattligt förklara vilka bestämmelser i olika lagar och andra regler som kan aktualiseras i samband med införande och användning av telemedicin/televård och hur de skall tolkas och tillämpas. Ett viktigt första steg är att på nationell nivå med hjälp av juridisk expertis utarbeta en praktiskt utformad skriftlig vägledning på detta område. Denna kan sedan ligga till grund för informations-

och utbildningsinsatser i de olika landstingen/regionerna, kommunerna och andra organisationer.

Eftersträvade effekter

- Mindre oro och ökad tillit till användning av telemedicin/televård,
- Minskad tidsåtgång för utredning, diskussion och funderande kring de rättsliga aspekterna på användning av telemedicin/televård i samband med införande och användning av telemedicin/televård,
- Bättre och mer praktiskt underlag för överväganden om ändring och anpassning av olika lagar och andra regler till de nya förhållanden som uppstår i vården till följd av användning av nya tekniska förfaranden.

Intressenter och aktörer

- Sjukvårdshuvudmännen, både kommuner och landsting/regioner,
- Vårdenheter både i landstinget/regionen och kommunen samt privata vårdföretag som utför vård på entreprenad,
- Jurister hos huvudmännen och i de professionella och fackliga organisationerna i vården.
- Statliga myndigheter med uppgifter i eller av betydelse för vården, bl.a. Socialstyrelsen, Datainspektionen, Nämnden för offentlig upphandling m.fl.

Genomförande och finansiering

Uppgiften att utarbeta och utfärda den praktiskt orienterade skriftliga vägledning som behövs bör enligt arbetsgruppens mening utföras i samarbete mellan Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Socialstyrelsen och Datainspektionen och under medverkan av Sveriges Läkarförbund, Vårdförbundet, Privatvårdens Arbetsgivarförbund m.fl. Socialstyrelsen bör lämpligen få uppdraget att samordna arbetet.

Information och utbildning bör rimligen ankomma på varje huvudman och vårdutförande organisation.

A5 Strategi – Utarbeta terminologier för och anpassa klassifikationer till telemedicin/televård.

A5:1 Åtgärd – Utredda behovet av och genomföra ändringar och kompletteringar i terminologier och klassifikationer.

Bakgrund och innebörd

Övergången till televård/telemedicinsk verksamhet innebär förändringar i vård- och behandlingsmetoder. Dessa förändringar har betydelse för patientsäkerheten, kontinuiteten och samverkansformerna i vården och för uppföljning av verksamheten i medicinska, omvårdnadsmissiga och ekonomiska termer. De begrepp och termer som idag används för att beskriva och följa upp verksamhet och kvalitet kan till en del förlora sitt innehåll och bli irrelevanta för sitt ändamål.

Nya begrepp och termer kommer alltså att behövas för att beskriva vad som utförs i verksamheten som en konsekvens av att telemedicin/televård leder till nya metoder och arbetsformer. Dessa innebär bl.a. att flera yrkeskategorier kommer att få ändrade, ofta utvidgade arbetsuppgifter. De förändringar som sker måste identifieras, definieras och klassificeras för att kunna bibehålla och kanske förbättra kvaliteten i statistik och andra planerings- och beslutsunderlag på såväl landstingsnivå som nationell nivå. Det blir därför nödvändigt att gå igenom på vilka områden ökad och breddad användning av telemedicin/televård föranleder nya begrepp och termer och utmönstring av befintliga. Likaså måste de som utför vården använda de nya terminologierna och klassifikationerna när de noterar utförd vård i patientjournaler och annan vårddokumentation.

Eftersträvade effekter

- Skapa begrepp och termer som är användbara för vård av den enskilda patienten/vårdtagaren, för uppföljning och statistik samt forskning och utvecklingsverksamhet,

- Skapa förutsättningar att tidigt fånga upp de förändringar som telemedicin/televård medför i vården,
- Använda etablerade rutiner för terminologi- och klassifikationsarbete med anknytning till användning av telemedicin/televård.

Intressenter och aktörer

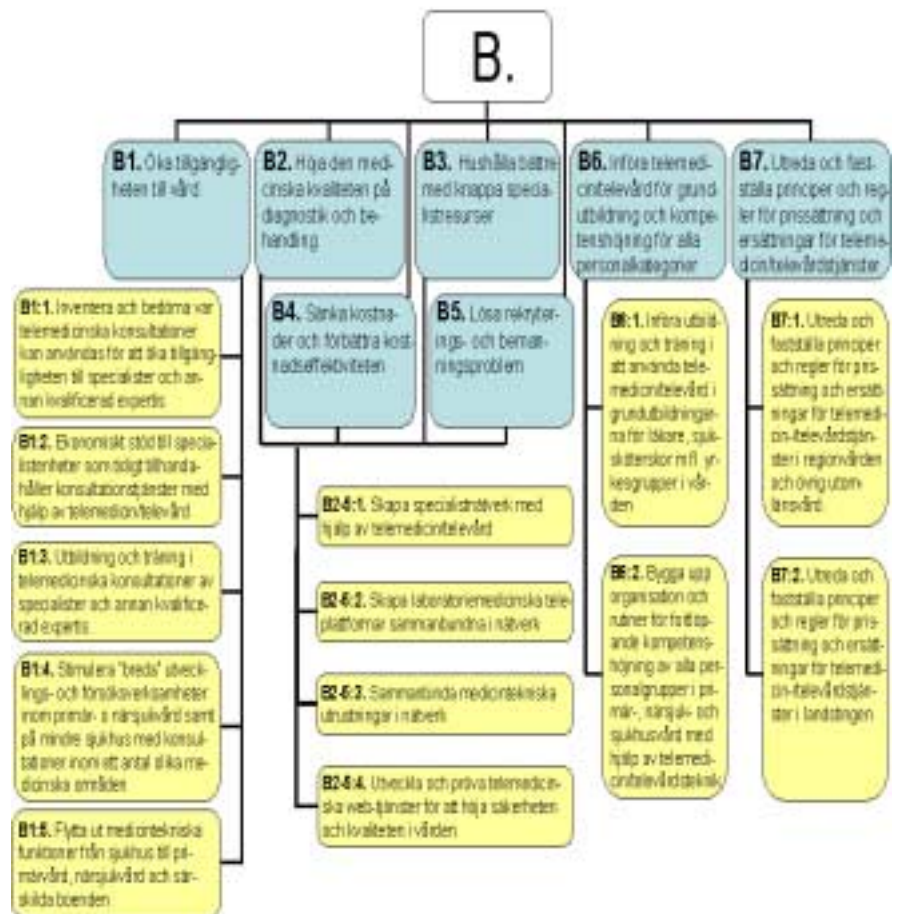
- Sjukvårdshuvudmännen, både kommuner och landsting/regioner,
- Alla vårdutförande enheter i landstinget/regionen och kommunen samt privata vårdföretag,
- Socialstyrelsen,
- Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet,
- De professionella organisationerna i vården, bl.a. Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening (SSF),
- Institutioner inom och utanför högskolan som arbetar med forskning och utveckling av betydelse för vården,
- Leverantörer av informationssystem t.ex. patientjournalssystem.

Genomförande och finansiering

Det är ett gemensamt nationellt intresse att definierade begrepp och termer samt klassifikationer finns tillgängliga. Socialstyrelsen har redan idag ansvaret för samordning av nationella terminologier inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta sker i samråd med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården.

Det behövs enligt arbetsgruppens mening ett tydligt regeringsuppdrag för att det terminologi- och klassifikationsarbete som förorsakas av ökad användning av telemedicin/televård skall komma till stånd. Vidare behövs en mindre ekonomisk förstärkning av resurserna för arbetet. Även om terminologi- och klassifikationsarbete med användande av ny teknik är mindre kostnadskrävande än tidigare, måste företrädare för professionella organisationer, enskilda landsting/regioner och kommuner som deltar i arbetet kunna räkna med ersättning.

17.3 Strategiområde B – Strategier och åtgärder för telemedicin/televård i sjukhus-, primär- och närsjukvård



B1 Strategi – Öka tillgängligheten till vård.

B1:1 Åtgärd – Inventera och bedöma var telemedicinska konsultationer kan användas för att öka tillgängligheten till specialister och annan kvalificerad expertis, i primär-, närsjuk- och sjukhusvård.

Anm. Denna åtgärd har samband med åtgärderna B2–5:1 och B6:2.

Bakgrund och innebörd

Omfattande utvecklings- och försöksverksamhet i många länder visar att telemedicinska konsultationer fungerar utmärkt på nästan alla områden och för de flesta patienter. Alla landsting och regioner bör därför gå igenom och bedöma inom vilka områden och för vilka patientgrupper som telemedicinska konsultationer kan vara en bra lösning i dagsläget och inom en snar framtid samt planera för ett successivt införande av sådana konsultationer.

Eftersträvade effekter

- Öka tillgängligheten till specialister och annan kvalificerad personal, inklusive för second opinion, i primär-, närsjuk- och sjukhusvård,
- Skapa bättre beredskap för ett snabbt och brett införande av telemedicin/televård för konsultationer av specialister och annan kvalificerad personal i primärvård, närsjukvård och sjukhusvård.

Intressenter och aktörer

- Landstingen och regionerna i rollen av sjukvårdshuvudmän,
- Primär- och närsjukvården och sjukhus, särskilt mindre sådana, i rollen av konsulterande parter,
- Sjukhus, särskilt större sådana, i rollen av konsulterade,
- Privata specialistenheter.

Genomförande och finansiering

Åtgärden bör genomföras samordnat i varje landsting och region och finansieras med egna medel

B1:2 Åtgärd – Ekonomiskt stöd till specialistenheter som tidigt tillhandahåller konsultationstjänster med hjälp av telemedicin/televård.

Anm. Denna åtgärd har samband med åtgärd B7:2 nedan.

Bakgrund och innebörd

Åtgärden B1:1 tar sikte på dem som vill konsultera specialister eller annan kvalificerad personal i vårdsituationer. Det är dock viktigt att också vidta åtgärder för att stimulera utbudet av specialister och annan kvalificerad personal som är tillgängliga för konsultationer. Dessa kommer i stor utsträckning att tillhandahållas av sjukhusen eller privata företag.

Problemet för de organisationer/enheter som tillhandahåller konsultationstjänsterna är att antalet konsultationer i början, kanske under flera år, är få till antalet samtidigt som personer måste avdelas för att beredskap skall finnas för sådana konsultationer. Det blir vanligen alltså en förlustverksamhet i början. Arbetsgruppen anser att en ekonomisk ram bör ställas till förfogande för tidsbegränsade bidrag till de sjukhus eller motsvarande som är beredda att tidigt skapa en beredskap för att tillhandahålla konsultationstjänster.

Eftersträevade effekter

- Större utbud av specialister och annan kvalificerad personal som kan konsulteras,
- Snabbare och bredare uppbyggnad av rutiner och kompetens för tillhandahållande av konsultationer,
- Snabbare tillhandahållande av möjlighet till en second opinion till ekonomiskt rimlig kostnad.

Intressenter och aktörer

- Landstingen och regionerna i rollen av sjukvårdshuvudmän,
- Sjukhusen, privata producenter av vård och medicinsk service m.fl.
- Samverkansnämnderna i sjukvårdsregionerna,
- Staten.

Genomförande och finansiering

Många sjukhus befinner sig i ett ekonomiskt pressat läge. De kommer enligt arbetsgruppens bedömning att dra sig för att börja tillhandahålla telemedicinska konsultationer, eftersom dessa initialt blir en förlustaffär. Det är därför angeläget att ekonomiskt stimulera utbudet.

En sådan stimulans kan ske såväl inom varje landsting och region som på nationell nivå, dvs. med statligt stimulansbidrag. Även kombinationer är tänkbara. Inom landstingen och regionerna bör stödet anpassas till de principer och regler som skall tillämpas för prissättning och ersättningar för telemedicin-/televårdstjänster (se åtgärd B7:2).

Arbetsgruppen anser att det skulle vara framsynt att med nationella medel under begränsad tid ge ekonomiskt bidrag för att stimulera utbudet av några strategiskt viktiga telemedicinska tjänster.

B1:3 Åtgärd - Utbildning och träning i telemedicinska konsultationer av specialister och annan kvalificerad personal, i primär-, närsjuk- och sjukhusvård.*Bakgrund och innebörd*

En förutsättning för att telemedicinska konsultationer snabbt skall kunna införas är att både konsulterande och konsulterade i vården får möjligheter att lära sig och träna på att utnyttja telemedicinska utrustningar för konsultationer. Därför behövs åtgärder för att få de tilltänkta konsulterande och konsulterade vård- och vårdstöds-givande yrkesutövarna, dvs. läkarna, sjuksköterskorna, paramedicinerna m.fl., att vilja och kunna utnyttja telemedicin-/televårdskonsultationer som ett naturligt inslag i det dagliga arbetet.

För att öka viljan och förmågan att använda telemedicin-/televårdskonsultationer bör enligt arbetsgruppens mening alla landsting och regioner utarbeta praktisk vägledning och inrätta utbildnings- och träningsmiljöer för telemedicin-/televårdskonferenser.

Eftersträlvade effekter

- Snabbare och bredare införande av telemedicin/televård för konsultationer av specialister och annan kvalificerad personal i primär-, närsjuk- och sjukhusvård,
- Snabbare införande av möjlighet till second opinion i enkla och billiga former,
- Incitament till genomgång av arbetsmetodik och samspelsmönster vid behandling av patienter.

Intressenter och aktörer

- Landstingen och regionerna i rollen av sjukvårdshuvudmän
- Sjukhusen, primärvårds- och närsjukvårdsenheterna,
- Utbildningsorganen, dvs. de medicinska fakulteterna, vårdhögskolorna.

Genomförande och finansiering

Åtgärden bör genomföras samordnat i varje landsting och region och finansieras med egna medel.

B1:4 Åtgärd - Stimulera "breda" utvecklings- och försöksverksamheter inom primär- och närsjukvård samt på mindre sjukhus med konsultationer inom ett antal olika medicinska områden.

Bakgrund och innebörd

Konsultationer har visat sig fungera i utvecklings- och försöksverksamheter. Det har i allmänhet handlat om konsultationer inom ett eller ett fåtal områden mellan särskilt förberedda och motive-

rade personer i båda rollerna, dvs. mellan konsulterande respektive konsulterad person. Vad som efterlyses är införande och användning i större skala och mer normala former för den konsulterande. Arbetsgruppen föreslår därför att särskilda medel ställs till förfogande för försöks- och utvecklingsprojekt i vilka telemedicinska konsultationer används inom 5–10 olika områden i primär- och närsjukvård och på mindre sjukhus och där ett antal läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper fortlöpande utför konsultationer i det dagliga arbetet.

Eftersträvade effekter

- Prövning och erfarenhetsutvinning av storskalig användning av telemedicinska konsultationer i primär- och närsjukvård och på mindre sjukhus,
- Skapande av mer intressanta demonstrationsmiljöer för användning av telemedicinska konsultationer.

Intressenter och aktörer

- Landstingen och regionerna i rollen av sjukvårdshuvudmän.
- Vårdcentraler, närsjukhus och mindre, "traditionella" sjukhus i rollen av användare av konsultationer.
- Större sjukhus som tillhandahållare av specialister och annan kvalificerad expertis för konsultationer,
- De medicinska fakulteterna och vårdhögskolorna.

Genomförande och finansiering

Det är enligt arbetsgruppens mening av gemensamt nationellt intresse att "bred" användning av telemedicinska konsultationer kommer fram och kan tjäna som realistiska demonstrationsmiljöer och lärande exempel. På så sätt får alla verksamheter i vården bättre möjligheter att se och för sina verksamheter välja och utforma IT-stöd av den typ som berörts under denna åtgärd. Det är då naturligt att tidiga försök och utvecklingsprojekt ges ekonomiskt stöd med nationella medel. Former för detta i form av ett utvecklingsprogram behandlas i avsnitt 18.3.

B1:5 Åtgärd – Flytta ut medicintekniska funktioner från sjukhus till primärvård, närsjukvård och särskilda boenden

Anm. Denna åtgärd har nära samband med åtgärderna B2-5:2 och B5-2:3. Se även bilaga 1.

Bakgrund och innebörd

Det finns idag en rad olika typer av medicintekniska utrustningar på sjukhusen. Dessa föreslås i åtgärderna B2-5:2 och B5-2:3 bindas ihop i regionala och nationella nät. Parallellt med detta är det enligt arbetsgruppens mening angeläget att utreda och praktiskt pröva inom vilka områden medicintekniska utrustningar och funktioner kan föras ut till primärvården, närsjukvården och särskilda boenden i kommunerna samt på sikt också till hemmen. De på detta sätt utflyttade utrustningarna och funktionerna förutsätts i flertalet fall övervakas och få stöd och service från sjukhusens medicintekniska enheter.

Som exempel på utrustningar och funktioner som bör kunna komma i fråga för utflyttning kan nämnas sådana som avser övervakning av hjärtats funktion (EKG), andning och blodgaser, blodsockerhalt, registrering/övervakning av hjärnans aktivitet (EEG) vid epilepsi samt detektering av rörelser/rörelsemönster (se bilaga 1).

Eftersträlvade effekter

- Ökad tillgänglighet till medicintekniska utrustningar och funktioner för äldre och kroniskt sjuka människor,
- Minskad belastning på dyra sängplatser i slutenvården på sjukhusen,
- Utvecklingsmöjligheter för svenska företag med inriktning på IT och medicinsk teknik.

Intressenter och aktörer

- Landstingen/regionerna och kommunerna i rollen av sjukvårdshuvudmän,
- Sjukhusen, primärvården, närsjukvården, de särskilda boendena i kommunerna,
- De medicintekniska enheterna på sjukhusen,

- IT-enheterna i landstingen/regionerna och kommunerna,
- Utvecklingsorganen inom högskolan,
- De statliga utvecklingsorganen Nutek och Vinnova.

Genomförande och finansiering

Genomförandet bör anpassas till hanteringen av förslagen B2-5:2 och B2-5:3.

Den åtgärd som behandlas i detta avsnitt har stor betydelse för vården och arbetsfördelningen inom denna. Den förutsätter utveckling av ny teknik och nya utrustningar och tjänster inom olika områden. Den kräver därför ett nära samarbete mellan sjukvården, institutioner som arbetar med teknisk utveckling och företag med inriktning på IT och medicinsk teknik. Åtgärden bör vidare vara intressant för företag med denna inriktning med hänsyn till potentialen för att ta fram produkter och tjänster som kan säljas även utomlands. Det sistnämnda är angeläget också för vården eftersom det kan förväntas leda till bättre och billigare produkter och tjänster på den svenska marknaden.

Arbetsgruppen föreslår att regeringen på lämpligt sätt tar initiativ till att undersöka möjligheterna att driva på och stödja en teknisk utveckling inom detta område, vilken i sin tur skall ge bättre möjligheter att föra ut för sjukvården viktiga verksamheter till vårdenheter utanför sjukhusen. Detta kan göras t.ex. i form av uppdrag till Vinnova⁵ och/eller Nutek.

Ett lämpligt första steg i arbetet kan vara att med hjälp av de medicintekniska enheterna närmare analysera och beskriva vad som kan och bör göras inom detta område.

⁵ Verket för innovationssystem

B2 Strategi – Höja den medicinska kvaliteten på diagnostisering och behandling.**B3 Strategi – Hushålla bättre med knappa specialistresurser.****B4 Strategi – Sänka kostnader och förbättra kostnadseffektiviteten.****B5 Strategi – Lösa rekryterings- och bemanningsproblem.**

Observera att strategierna B2 till och med B5 innehåller samma förslag till åtgärder!

B2-5:1 Åtgärd – Skapa specialistnätverk med hjälp av telemedicin/televård.*Bakgrund och innebörd*

Sverige står under de närmaste åren inför en ökande knapphet, för en del områden direkt brist, på specialister inom en rad kliniska områden och inom olika områden av medicinsk service, dvs. laboratoriemedicin och radiologi (se bilaga 2). Som exempel på kliniska områden med brist på specialister kan nämnas geriatrik, allmän psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri, företagshälsovård, yrkesmedicin samt allmänmedicin.

Ett sätt att hantera detta problem är att utnyttja modern IT för att binda ihop specialister i professionella nätverk som dels underlättar kommunikation mellan specialisterna, dels underlättar för kliniskt verksam vårdpersonal att få tillgång till specialister. Förslaget behandlas även i bilaga 1.

Åtgärden innebär att specialister på berörda områden inom respektive landsting/region eller sjukvårdsregion ansluts till ett nätverk med funktioner för kommunikation med varandra och med kliniska verksamheter. Funktioner ska finnas som gör det möjligt för t.ex. en kliniskt verksam läkare att under natt, helg eller hög belastning koppla sig till specialistnätverket som i sin tur slussar till disponibel specialist. Funktioner behövs för att administrera och styra konsultationer både "on line", dvs. i real tid och "off line",

dvs. då omedelbart svar inte förväntas, till lämplig person i nätverket både under dagtid och annan tid.

Förslaget innebär att de regionala nätverken skall byggas upp enligt samma metodik i alla sjukvårdsregionerna med universitets-/regionsjukhusen i centrum så att de regionala nätverken senare kan inordnas i nationella och internationella nätverk.

Eftersträvade effekter

- Större möjlighet att få tillgång till specialist i framtiden både under dagtid och under kvällar, helger, semestrar o.d.
- Bättre möjlighet att hantera tillfälliga belastningstoppar eller bristlägen i samband med sjukdom, semester, utbildning, o.d.
- Bättre resursutnyttjande/högre kostnadseffektivitet på berörda specialistområden. I detta ingår bl.a. lägre kostnader för jour och bakjour genom att jourer inom många områden kan samordnas för större områden,
- Enklare att få tillgång till specialister på sjukhus, bl.a. sjukhus i landsorten och glesbygderna, som inte kan rekrytera eller effektivt utnyttja specialister inom ett antal områden.

Intressenter och aktörer

- Landstingen och regionerna i rollen av sjukvårdshuvudmän.
- Sjukhusen, primär- och närsjukvården,
- Samverkansnämnderna inom sjukvårdsregionerna,
- Respektive specialistgrupp i form av professionella nätverk, Läkaresällskapet,
- De fackliga organisationerna, bl.a. Läkarförbundet.
- IT- och medicintekniska enheter,
- Staten, bl.a. Socialstyrelsen,
- De statliga utvecklingsorganen Nutek och Vinnova.

Genomförande och finansiering

Det är viktigt att föreslagen åtgärd genomförs i samarbete med berörda specialistgrupper för att lösningarna skall bli bra och få acceptans. Med hänsyn till det bakomliggande problemets storlek och karaktär, dvs. den snabbt ökande knappheten på specialister, och den tid det tar att genomföra och få praktisk nytta av åtgärden är det viktigt att ta ett snabbt initiativ i denna fråga. Det är enligt ar-

betsgruppens mening nödvändigt att staten tar detta initiativ och ser till att pengar ställs till förfogande för åtgärden.

Ett sätt att praktiskt gå till väga kan vara att bilda en eller flera projektgrupper med företrädare för några specialistgrupper där intresse och beredskap finns, för de medicintekniska enheterna på sjukhusen och för landstingens IT-enheter. Gruppen/grupperna ges i uppdrag att utarbeta förslag till projekt för att skapa föreslagna nätverk på regional och nationell grund. Ett alternativ som arbetsgruppen förordar är att regeringen tillsätter en styrgrupp eller dylikt med ett större uppdrag inom detta område. Gruppen får i sin tur bilda de arbetsgrupper som behövs för att skapa de olika specialistnätverken.

Arbetsgruppen tillmäter detta förslag hög prioritet både i sak och tidsmässigt (se avsnitt 19.2).

B2-5:2 Åtgärd – Skapa laboratoriemedicinska teleplattformar sammanbundna i nätverk.

Anm. Detta förslag kan ses som en komplettering till föregående förslag B2-5:1. Det har också samband med förslag B2-5:3 nedan och B1:5.

Bakgrund och innebörd

Inom ett antal laboratoriemedicinska områden står Sverige inom några år inför en ökande knapphet på utbildad personal, inte bara läkare utan även annan personal (jfr under föregående punkt och bilaga 2). Redan nu finns brist på flera områden.

Inom område laboratoriemedicinen – främst patologi, hematologi, cytologi, immunologi och virologi – föreslår arbetsgruppen att den kvalificerade personalen binds samman i ett nätverk och att de laboratoriemedicinska enheterna specificerar och inför teleplattformar som har samma grundläggande egenskaper och kan utföra samma uppsättning tjänster för effektivare utnyttjande av personal och utrustning och gemensam service gentemot omvärlden.

Åtgärden innebär att plattformarna byggs upp enligt samma metodik i alla sjukvårdsregionerna med universitets-/regionsjukhusen i centrum, så att de regionala nätverken av plattformar senare kan inordnas i nationella och internationella nätverk.

Eftersträvade effekter

- Bättre och säkrare tillgång till kvalificerade laboratoriemedicinska tjänster i framtiden,
- Bättre utnyttjande av kvalificerad personal och utrustning och lägre kostnader för bl.a. jourer och bakjourer,
- Mindre behov av och problem med att rekrytera kvalificerad personal inom olika laboratoriemedicinska områden på mindre sjukhus och sjukhus i landsorten och i glesbygderna.

Intressenter och aktörer

- Landstingen och regionerna i rollen av sjukvårdshuvudmän.
- Sjukhusen, primär- och närsjukvården,
- Samverkansnämnderna inom sjukvårdsregionerna,
- Respektive specialistgrupp i form av professionella nätverk, Läkaresällskapet,
- De fackliga organisationerna, bl.a. Läkarförbundet,
- IT- och de medicintekniska enheterna,
- Staten, bl.a. Socialstyrelsen,
- De statliga utvecklingsorganen Nutek och Vinnova.

Genomförande och finansiering

Se under förslag B1:5. Genomförandet bör anpassas till hanteringen av detta förslag och förslag B2-5:3.

Arbetsgruppen anser att det är angeläget att snabbt initiera mer djupgående beskrivningar av denna fråga. Det måste ske under medverkan av företrädare för de medicintekniska enheterna.

B2-5:3 Åtgärd – Sammanbinda medicintekniska utrustningar i nätverk.

Anm. Denna åtgärd kompletterar föregående åtgärd B2-5:2. Den har också samband med åtgärd B1:5.

Bakgrund och innebörd

På sjukhusen finns en rad medicintekniska utrustningar av olika slag, utöver de som berörts inom föregående förslag avseende medicintekniska plattformar. Det gäller utrustningar inom intensivvård, radiologi, klinisk fysiologi m.m. Dessa kan i olika grad och på olika sätt bindas ihop i sammanhängande nät vilket gör det möjligt att skapa reservförfaranden/back-up i vissa situationer, dela på kostnader för drift och underhåll bl.a. genom fjärrstyrning, minska behovet av parallella investeringar i samma utrustning m.m.

Åtgärden innebär att utrustningar som lämpar sig för sammanbindning föreslås inordnas i nät i varje sjukvårdsregion med gemensam eller samordnad ledning. Sammanbindningen i regionerna sker efter samma metodik, så att det är möjligt att vidga samverkan till den nationella nivån på de områden där det är möjligt och önskvärt.

Eftersträlvade effekter

- Säkrare tillgång till utrustningar och till dessa knutna tjänster,
- Lägre kostnader och bättre kostnadseffektivitet för drift, underhåll och investeringar avseende medicintekniska utrustningar,
- Bättre möjligheter för mindre sjukhus, bl.a. små sjukhus i landsorten och i glesbygderna, att tillgodose sitt behov av tjänster kopplade till medicintekniska utrustningar.

Intressenter och aktörer

- Landstingen och regionerna i rollen av sjukvårdshuvudmän.
- Sjukhusen, primär- och närsjukvården,
- Samverkansnämnderna inom sjukvårdsregionerna,
- Respektive specialistgrupp i form av professionella nätverk, Läkaresällskapet,

- De fackliga organisationerna, bl.a. Läkarförbundet,
- IT- och medicintekniska enheter,
- Staten, bl.a. Socialstyrelsen,
- De statliga utvecklingsorganen Nutek och Vinnova.

Genomförande och finansiering

Se under förslag B1:5 ovan. Genomförandet bör anpassas till hanteringen av detta förslag och förslag B2-5:2 ovan.

Arbetsgruppen anser att det är angeläget att snabbt initiera mer djupgående beskrivningar av denna fråga. Det måste ske under medverkan av företrädare för de medicintekniska enheterna.

B2-5:4 Åtgärd – Utveckla och pröva telemedicinska webbtjänster för att höja säkerheten och kvaliteten i vården.

Bakgrund och innebörd

Det finns idag ett antal informationstjänster som tillhandahåller medicinsk och annan information till patienter och allmänhet. Som exempel kan nämnas Infomedica som ägs och finansieras av flertalet landsting och Apoteket AB. Däremot finns ännu jämförelsevis lite IT-baserade informationstjänster som tillhandahåller direkt stöd till läkare och andra vårdgivare för diagnostisering och utförande av behandling.

Under senare år har det allt oftare framförts önskemål om att via kommunikationsnäten, i Sverige lämpligen via Sjunet⁶, tillhandahålla direkt vårdstödande information som riktar sig till vårdpersonalen och som är avsedd att användas vid behandling av patienter. Som exempel på tillämpningar av denna typ kan nämnas:

- Referensinformation av olika slag för kontroll av värden, skador, mönster på bakterier, sjuka vävnader m.m., ligger inom det normala eller bör leda till fördjupade undersökningar,
- Instruktions- och utbildningsmaterial avseende olika diagnoser, tillstånd, behandlingar m.m., som kan beställas för direkt leverans via nätet,
- Vårdprogram o.d. för olika sjukdomar och patientgrupper,

⁶ Den gemensamma kommunikationslösningen för värden – se avsnitt 2.4 och 11.2

- Länkar med direktadresser till kvalitetssäkrade web-baserade informationstjänster på olika håll i världen.

På denna punkt kan vidare nämnas att det i olika sammanhang framförts tankar och idéer om att kvalitetsregistren och de epidemiologiska registren inom Socialstyrelsen borde kunna användas som bas för att ta fram direkt vårdstödande och professionellt inriktade informationstjänster.

Eftersträvade effekter

- Tillhandahållande av effektiva och direkt vårdstödande informationstjänster för att höja kvaliteten och säkerheten i vården,
- Resursbesparingar genom att antalet remisser och personkonsultationer kan minskas,
- Snabbare tillhandahållande av nya diagnos- och behandlingsmetoder i praktiskt tillämpbara former.

Intressenter och aktörer

- Landstingen/regionerna och kommunerna i egenskap av sjukvårdshuvudmän,
- Sjukhusen, primärvårds- och närsjukvårdsenheterna, kommunala vårdenheter, privata företag i vården,
- Utbildningsorganen, dvs. de medicinska fakulteterna, vårdhögskolorna m.fl.
- De professionella organisationerna i vården, bl.a. Svenska Läkaresällskapet och dess sektioner, Svensk Sjuksköterskeförening m.fl.
- Statliga myndigheter: Socialstyrelsen, SBU, Läkemedelsverket m.fl.
- IT-samverkansorganisationen Carelink.

Genomförande och finansiering

Arbetet bör enligt arbetsgruppens mening genomföras i flera steg. I första steget bör en snabb inventering göras av befintliga förslag och idéer i Sverige, de nordiska länderna, några större länder inom EU samt USA. Med ledning av en sammanställning och analys av inventeringen bör nästkommande steg planeras.

Arbetet bör utföras med aktiv medverkan av Socialstyrelsen och Carelink för att trygga att arbetet både innehållsmässigt och tek-

niskt samordnas med andra verksamheter och IT-baserade informationstjänster.

B6 Strategi – Införa telemedicin/televård för grundutbildning och kompetenshöjning för alla personalkategorier.

B6:1 Åtgärd – Införa utbildning och träning i att använda telemedicin/televård i grundutbildningarna för läkare, sjuksköterskor och övriga yrkesgrupper i vården.

Bakgrund och innebörd

IT används alltmer i grundutbildningen för olika personalgrupper i vården som hjälpmedel i undervisningen och inläringen/lärandet. Vidare ingår undervisning om hur IT kan och kommer att kunna användas för olika ändamål i olika vårdverksamheter.

Enligt arbetsgruppens mening är det viktigt att öka IT-inslagen i grundutbildningarna. I detta bör som särskilda inslag ingå träning i olika former av interaktiva tillämpningar, bl.a. sådana med användning av videokonferenser med två och flera deltagande parter. Det är viktigt att delar av utbildningen och träningen i telemedicin/televård sker i nationell samverkan för att underlätta framtida kommunikation över professionella, huvudmanna- och geografiska gränser.

Ekonomiska skäl talar för samverkan och samarbete mellan huvudmännen, vårdproducenterna och utbildningsorganen⁷ i dessa frågor. Förutsättningar bör även finnas att etablera samverkan med statliga utbildningsmyndigheter såsom Rådet för högre utbildning, Nationellt centrum för flexibelt lärande och Myndigheten för Sveriges nätuniversitet (SOU).

⁷ De medicinska fakulteterna, vårdhögskolorna m.fl.

Eftersträvade effekter

- Bättre praktisk förberedelse av vårdpersonalen för kommande arbetssituationer,
- Ökad förståelse för och minskat motstånd mot nya behandlingsformer hos vårdpersonalen,
- Lägre kostnader för utbildning för kommande arbetsgivare.

Intressenter och aktörer

- Landstingen och regionerna i rollen av sjukvårdshuvudmän,
- Sjukhusen, primärvårds- och närsjukvårdsenheterna, privata företag i vården,
- De fackliga organisationerna för de olika personalgrupperna,
- Utbildningsorganen, dvs. de medicinska och andra fakulteterna, vårdhögskolorna m.fl.
- Rådet för högre utbildning, Nationellt centrum för flexibelt lärande och Myndigheten för Sveriges Nätuniversitet,
- Institutet för läkares professionella utveckling (IPULS).

Genomförande och finansiering

För att genomföra åtgärden bör enligt arbetsgruppens mening en projektgrupp tillsättas med uppdrag att utarbeta förslag till vad som bör ingå som en gemensam miniminivå för och innehållsmässig kärna i grundutbildningarna i telemedicin/televård för olika personalgrupper. I gruppen bör ingå företrädare för ovan angivna intressenter.

Regeringen bör ta initiativet till att tillsätta gruppen med hänsyn till statens ansvar och roll avseende grundutbildningarna för vården. Detta bör lämpligen ske genom Social- eller Utbildningsdepartementet.

B6:2 Åtgärd - Bygga upp organisation och rutiner för fortlöpande kompetenshöjning, vidareutbildning m.m. av alla personalgrupper i primär-, närsjuk- och sjukhusvård med hjälp av telemedicin-/televårdsteknik.

Anm. Jämför åtgärd B1:3 ovan och C3:2.

Bakgrund och innebörd

Kunskapsutvecklingen går fort inom alla delar av vården. Det blir därför allt viktigare att se till att alla personalgrupper får tillfällen till vidareutbildning och kompetenshöjning i olika former. Det har visat sig att telemedicin/televård har sina kanske största, mest spridda och framgångsrika tillämpningar inom utbildningsområdet, inte minst för vidareutbildning och kompetenshöjning av den yrkesutövande personalen.

Telemedicin-/televårdstillämpningar kan användas på en rad olika och kompletterande sätt för kunskapshöjning, t.ex. för hemtagning vid valfri tidpunkt av framställda utbildningsprogram, utsändningar av föreläsningar i real tid till ett stort antal mottagande enheter och med möjlighet till interaktion med föreläsaren, deltagande i medicinska ronder på sjukhus med hjälp av telemedicinska videofunktioner m.m. Tillämpningarna kan dessutom alltid kompletteras och förstärkas med hjälp av vanliga e-postfunktioner m.m.

Eftersträlvade effekter

- Effektivare former för vidareutbildning och kunskapshöjning för alla personalgrupper,
- Större valfrihet för personalen att delta i och påverka val och form för vidareutbildning och kunskapshöjning,
- Möjligheter att snabbare än med konventionella metoder föra ut nya kunskaper,
- Lägre kostnader för utbildning för kommande arbetsgivare.

Intressenter och aktörer

- Personalen inom alla olika professionella och andra områden,
- Landstingen och regionerna i rollen av sjukvårdshuvudmän,
- Sjukhusen, primärvårds- och närsjukvårdsenheter, privata företag i vården,
- De fackliga organisationerna för de olika personalgrupperna,
- Utbildningsorganen, dvs. de medicinska och andra fakulteterna, vårdhögskolorna m.fl.
- Myndigheten för Sveriges Nätuniversitet.

Genomförande och finansiering

För att genomföra åtgärden bör enligt arbetsgruppens mening varje landsting och region tillsätta en projektgrupp med uppdrag att utarbeta förslag till en handlingslinje och åtgärdsprogram inom detta område. I gruppen bör finnas representanter för ovan angivna intressenter.

Vidare bör landstingen och regionerna i samarbete med Landstingsförbundets arbetsgivaravdelning och Carelink analysera och lägga förslag om i vilka frågor och i vilka former samverkan och samarbete bör etableras.

B7 Strategi – Utredda och fastställa principer och regler för prissättning och ersättningar för telemedicin-/televårdstjänster.

B7:1 Åtgärd – Utredda och fastställa principer och regler för prissättning och ersättningar för telemedicin-/televårdstjänster i regionvården och övrig utomlänsvård.

Jämför åtgärd B1:2 ovan och B7:2.

Bakgrund och innebörd

Ett av de största problemen med att införa telemedicin/televård har visat sig vara att hitta principer och metoder för att fördela kost-

naderna och intäkterna bland alla inblandade organisationer och ekonomiska ansvarsenheter. Särskilt i början, när användningen är liten och intäkterna små samtidigt som kostnaderna är betydande, är det svårt att lösa dessa problem via kostnadsbaserade ersättningar för utförda tjänster (se avsnitt 7.3.). En av de viktigaste förutsättningarna för att få igång en snabbare ökning av användningen av telemedicin/televård är att finna framsynta och för alla inblandade parter acceptabla lösningar på prissättnings- och ersättningsfrågorna.

I ett första steg är det viktigt att finna fungerande lösningar för prissättningen av och ersättningen för telemedicinska tjänster som ryms inom den högspecialiserade vården och regionvården i övrigt. Ett debiteringssystem som liknar det för vanliga sjukvårdstjänster bör eftersträvas. Reglerna för dessa finns i Riksavtalet för utomlänsvård. Det innebär att det behövs överenskommelser om priser inom varje sjukvårdsregion. Dessa priser bör även tillämpas vid debitering av landsting som är belägna utan för den egna regionen.

Eftersträlvade effekter

- Stabilare grund/spelregler för planering och införande av telemedicinska tillämpningar,
- Enkelhet och förutsägbarhet för alla parter,
- Priser och ersättningar som stimulerar, eller åtminstone inte motverkar, ett snabbare införande av telemedicinska förfaranden i regionvården.

Intressenter och aktörer

- Landstingen och regionerna i egenskap av sjukvårdshuvudmän.
- Sjukhus, närsjuk- och primärvårdsenheter och andra enheter med ekonomiskt ansvar,
- Samverkansnämnderna för sjukvårdsregionerna (sex till antalet,
- Landstingsförbundet,
- IT-samverkansorganisationen Carelink.

Genomförande och finansiering

Arbetsgruppen konstaterar att Samverkansnämnderna i samarbete med Landstingsförbundet och Carelink redan arbetar med dessa

frågor. Detta arbete bör givetvis fortsätta men även sättas in i det vidare perspektiv på telemedicin/televård som anläggs i denna rapport. Det är enligt arbetsgruppens mening nödvändigt att landstings-, sjukhus- och andra vårdenhetsledningarna aktivt deltar i arbetet.

Även staten bör aktivt följa arbetet mot bakgrund av den betydelse telemedicin-/televårdstillämpningar kommer att få i framtiden bl.a. när det gäller att höja kvaliteten, öka tillgängligheten, mildra effekterna av bristen på specialister m.m. Jämför förslag B1:2.

B7:2 Åtgärd – Utredda och fastställa principer och regler för prissättning och ersättningar för telemedicin-/televårdstjänster inom landstingen/regionerna.

Jämför åtgärd B1:2 och åtgärd B7:1.

Bakgrund och innebörd

Se text under föregående åtgärd B7:1, stycke 1.

Eftersträevade effekter

- Stabilare grund/spelregler för planering och införande av telemedicinska tillämpningar,
- Enkelhet och förutsägbarhet för alla parter,
- Priser och ersättningar som stimulerar, eller åtminstone inte motverkar, ett snabbare införande av telemedicinska förfaranden i landstinget/regionen.

Intressenter och aktörer

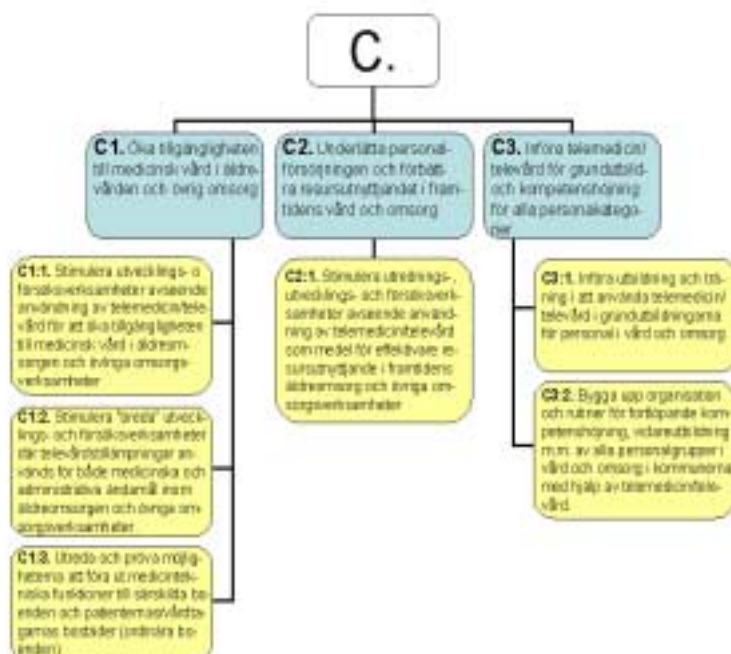
- Landstingen och regionerna i egenskap av sjukvårdshuvudmän,
- Sjukhus, när sjuk- och primärvårdsenheter och andra enheter med ekonomiskt ansvar,
- IT-samverkansorganisationen Carelink.

Genomförande och finansiering

Arbetsgruppen konstaterar att varje landsting och region måste analysera prissättnings- och ersättningsfrågorna utifrån sin syn på telemedicinens/televårdens plats i verksamheten under de närmaste åren. Det är i många fall säkerligen nödvändigt – och framsynt – att under några år med centrala/gemensamma medel subventionera användning av telemedicin/televård med hänsyn till de vårdmässiga och ekonomiska fördelar sådana tillämpningar ger på sikt.

Arbetsgruppen anser det önskvärt att Socialdepartementet på lämpligt sätt ger Carelink i uppdrag att följa utvecklingen och tillhandahålla information och stöd i dessa frågor. Det förutsätter givetvis att medel för detta ställs till Carelinks förfogande.

17.4 Strategiområde C – Strategier och åtgärder för telemedicin/televård i vård och omsorg i primärkommuner



Strategi C1 – Öka tillgängligheten till medicinsk vård i äldrevården och övrig omsorg.

C1:1 Åtgärd – Stimulera utvecklings- och försöksverksamheter avseende användning av telemedicin/televård för att öka tillgängligheten till medicinsk vård i äldreomsorgen och övriga omsorgsverksamheter.

Anm. Jämför åtgärd C2:1 och D3:1.

Bakgrund och innebörd

Traditionellt har telemedicin förknippats med att läkare i primärvården eller på mindre sjukhus konsulterar andra läkare eller specialister på större sjukhus. Det finns dock en rad situationer inom vården, inte minst inom äldreomsorgen och andra omsorgsdominerade vårdaktiviteter, där även andra personalgrupper medverkar i kommunikationen och informationsutbytet. Som exempel kan nämnas den vårdplanering som skall ske i samband med att patienter skrivs ut från sjukhus för fortsatt vård i särskilt boende eller i ordinärt/enskit boende. I denna planering medverkar vanligen, utöver patient och kanske närstående, sjuksköterska och undersköterska på sjukhuset, biståndshandläggare i kommunen samt sjuksköterska/distriktsköterska i kommunen och i landstingets primärvård. Ibland deltar även läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut hos någon eller bägge vårdgivarna.

Det är enligt arbetsgruppens mening angeläget att med ekonomiska medel stimulera försöks- och utvecklingsaktiviteter med inriktning på att pröva telemedicinska tillämpningar för olika ändamål och i olika vårdssituationer där den ena eller båda parterna i kommunikationen finns i kommunens vård- och omsorgsverksamheter. Ett prioriterat tillämpningsområde är den vårdplanering och annan informationsöverföring som sker när patienter är medicinskt färdigbehandlade/utskrivningsklara. Syftet bör vara att snabbt få en bredare kunskapsbas att stå på både för användarna i vården och för de IT-leverantörer som skall ta fram de IT-stöd som behövs.

Eftersträvade effekter

- Säkerställa hög medicinsk kvalitet på vård och omsorg,
- Vård i former som skapar trygghet genom att de möjliggör deltagande av patient/vårdtagare och närstående,
- Kommunikation av känslig information i säkra, interaktiva och kontrollerbara former,
- Minskade fysiska transporter/resor för personal, patienter/vårdtagare och närstående,
- Bättre resursutnyttjande/högre kostnadseffektivitet.

Intressenter och aktörer

- Kommuner och landsting/regioner i rollen som sjukvårdshuvudmän,
- Vårdenheter både i kommunen och i landstinget/regionen samt privata företag som utför vård på entreprenad,
- Vårdpersonal i primärkommunal vård och omsorg och i primär, när sjuk- och sjukhusvård.

Genomförande och finansiering

Det är enligt arbetsgruppens mening av nationellt intresse att tillämpningar med denna inriktning kommer fram och prövas så att alla får bättre möjligheter att se, välja och utforma IT-stöden utifrån sin verksamhet. Det är då naturligt att tidiga försök och utvecklingsprojekt ges ekonomiskt stöd med nationella medel. En lämplig konstruktion av sådant ekonomiskt stöd behandlas i avsnitt 18.3.

Det är vidare angeläget att bedöma åtgärd C1:1 tillsammans med åtgärderna C2:1 och D3:1.

C1:2 Åtgärd – Stimulera ”breda” utvecklings- och försöksverksamheter där televårdstillämpningar används för både medicinska och administrativa ändamål inom äldreomsorgen och övriga omsorgsverksamheter, dvs. skapa demonstrationsmiljöer.

Bakgrund och innebörd

Se under föregående åtgärd C1: 1. Till vad som där sägs bör tilläggas att det är särskilt angeläget att få fram några ”brett” upplagda försöks- och utvecklingsaktiviteter där telemedicin/televård används parallellt för både medicinska och administrativa ändamål. Tillämpningarna skall avse olika vårdssituationer och innebära medverkan av olika yrkeskategorier i vård- och omsorgsverksamheterna i kommunerna.

Förslaget syftar till att snabbt få fram några större kommunala demonstrationsmiljöer för televård, som kan tjäna som realistiska åskådningsexempel för andra kommuner. Sådana miljöer behövs också för att generera erfarenheter som andra kommuner kan tillvarata.

Eftersträlvade effekter

Se under åtgärd C1:1.

Intressenter och aktörer

Se under åtgärd C1:1.

Genomförande och finansiering

Det är enligt arbetsgruppens mening angeläget att stödja minst två större försöks- och utvecklingsaktiviteter av detta slag, varav en i en större stad och en i en utpräglad glesbygdsmiljö.

Avseende finansieringen se under åtgärd C1: 1 och avsnitt 18.3.

C1:3 Åtgärd – Utredda och pröva möjligheterna att föra ut medicintekniska funktioner till särskilda boenden och patienternas/vårdtagarnas bostäder (ordinära boenden)

Anm. Del av åtgärd B1: 5.

C2 Strategi – Underlätta personalförsörjningen och förbättra resursutnyttjandet i framtidens vård och omsorg.

C2:1 Åtgärd – Stimulera utrednings-, utvecklings- och försöksverksamheter avseende användning av telemedicin/televård som medel för effektivare resursutnyttjande i framtidens äldreomsorg och övriga omsorgsverksamheter.

Anm. Jämför åtgärd C1:1 och D3:1.

Bakgrund och innebörd

Analys av behovet av personal för vård och omsorg i framtiden, liksom analys av utbudet på arbetskraft och den demografiska sammansättningen på landets befolkning, pekar entydigt på att det kommer att råda brist på personal inom vård och omsorg under de närmaste årtiondena. Redan nu råder brist på många håll. Under de närmaste decennierna beräknas situationen successivt komma att förvärras. För att personalbehoven skall kunna tillgodoses måste olika åtgärder vidtas dels för att göra vården attraktiv för den arbetskraft som måste rekryteras, dels för att på ett effektivt sätt utnyttja och hushålla med den personal som redan finns i verksamheten.

Arbetsgruppen konstaterar mot den bakgrunden att ökad och mångsidig användning av IT, inklusive telemedicin/televård, kan vara ett av de effektivaste medlen att möta och hantera den väntade personalbristen inom vård och omsorg. Det kan ske på bl.a. följande sätt:

- Med hjälp av IT-stöd och mobil kommunikation kan personal i hemvård och i särskilda boenden ges bättre informationsstöd och kommunikationsmöjligheter vilket minskar behovet av fysiska förflyttningar,
- Med IT-baserad enhetlig vårddokumentation kan verksamheten planeras och följas upp bättre vilket medverkar till ett bättre resursutnyttjande,

- Med ökad och mer varierad IT-användning blir vården mer attraktiv och utvecklande för vissa delar av arbetskraften vilket bör underlätta rekrytering och att få befintlig personal att stanna kvar,
- Med hjälp av IT-stöd inklusive enkla och säkra kommunikationer i nödsituationer kan åtskilliga patienter/vårdtagare eller närstående klara sig med mindre stöd av vårdpersonal,
- Med hjälp av IT-styrd elektronik kan effektivare, ”intelligentare” och fysiskt mer lätthanterliga hjälpmedel konstrueras,
- Med hjälp av IT-stöd kan administrationen göras effektivare och mindre personalkrävande.

Eftersträvade effekter

- Säkerställd god kvalitet i vården,
- Bättre arbetsmiljö för personalen,
- Större flexibilitet i arbetsformerna,
- Effektivare utnyttjande av knappa resurser, dvs. tillgänglig personal,
- Bättre möjligheter att rekrytera och behålla personal,
- Enklare och mindre personalkrävande administration.

Intressenter och aktörer

- Kommunerna och landstingen/regionerna i rollen av sjukvårdshuvudmän,
- Vårdenheter (särskilda boenden) i kommunerna och sjukhus, primär- och närsjukvårdsenheter i landstingen/regionerna samt privata vårdföretag som utför vård på entreprenad,
- Vårdpersonal i primärkommunal vård och omsorg och i primär-, närsjuk- och sjukhusvård, personalorganisationerna,
- Vårdpersonalens fackliga organisationer,
- Arbetsmarknadsverket, arbetsförmedlingarna, skolan,
- Patienterna/vårdtagarna och deras organisationer.

Genomförande och finansiering

De väntade svårigheterna att rekrytera och behålla tillräckligt med personal i vården i framtiden gör att frågorna om telemedicin/televård och IT i övrigt måste ses och behandlas inte bara som ett vårdproblem i snäv mening utan även som ett arbetsmarknads-

problem. Det är enligt arbetsgruppens mening därför angeläget att snabbt analysera och beskriva problemen i sådana termer och med ledning av sådana beskrivningar vidta åtgärder för att lösa eller minska problemen.

Detta arbete bör enligt arbetsgruppens mening lämpligen uppdras åt arbetsmarknadsverket och arbetsförmedlingarna tillsammans med kommunerna, landstingen/regionerna och personalorganisationerna. I det sammanhanget bör givetvis även frågan tas upp om hur olika åtgärder skall finansieras.

C3 Strategi – Införa telemedicin/televård för grundutbildning och kompetenshöjning för alla personalkategorier.

C3:1 Åtgärd – Införa utbildning och träning i att använda telemedicin/televård i grundutbildningarna för personal i vård och omsorg.

Anm. Förslaget har likhet med åtgärd B6:1.

Bakgrund och innebörd

IT används alltmer som hjälpmedel i undervisningen för olika personalgrupper i vården. Vidare ingår undervisning om hur IT kan och kommer att användas för olika ändamål i olika vårdverksamheter.

Enligt arbetsgruppens mening är det viktigt att öka IT-inslagen i de grundutbildningar som är inriktade på vård och omsorg. I detta bör som särskilda inslag ingå träning i olika former av interaktiva tillämpningar, bl.a. sådana med användning av videokonferenser med två och flera deltagande parter. Ett exempel på ett viktigt område för videokonferenser i kommunal vård är i samband med utskrivning av patienter från sjukhus för fortsatt vård i särskilt eller ordinärt boende. Det är viktigt att delar av utbildningen och träningen i telemedicin/televård sker i nationell samverkan för att underlätta framtida kommunikation över professionella, huvudmanna- och geografiska gränser.

Ekonomiska skäl talar för samverkan och samarbete mellan huvudmännen, vårdproducenterna och utbildningsorganen⁸ i dessa

⁸ De medicinska fakulteterna, vårdhögskolorna m.fl.

frågor. Förutsättningar bör även finnas att etablera samverkan med den statliga Myndigheten för Sveriges nätuniversitet (SOU).

Eftersträvade effekter

- Bättre praktisk förberedelse av vårdpersonalen för kommande arbetssituationer,
- Ökad förståelse för och minskat motstånd mot nya behandlingsformer hos vårdpersonalen,
- Lägre kostnader för utbildning för kommande arbetsgivare.

Intressenter och aktörer

- Utbildningsorganen, bl.a. vårdhögskolorna,
- Kommunerna i rollen av sjukvårdshuvudmän,
- De kommunala vårdenheterna, privata företag i vården,
- De fackliga organisationerna för de olika personalgrupperna,
- Myndigheten för Sveriges Nätuniversitet.

Genomförande och finansiering

För att genomföra åtgärden bör enligt arbetsgruppens mening en projektgrupp tillsättas med uppdrag att utarbeta förslag till vad som bör ingå som en gemensam miniminivå i grundutbildningarna i telemedicin/televård för olika personalgrupper. I gruppen bör ingå företrädare för ovan angivna intressenter.

Regeringen bör ta initiativet till att tillsätta gruppen med hänsyn till statens ansvar och roll avseende grundutbildningarna för vården.

C3:2 Åtgärd - Bygga upp organisation och rutiner för fortlöpande kompetenshöjning, vidareutbildning m.m. av alla personalgrupper i vård och omsorg i kommunerna med hjälp telemedicin-/televårdsteknik.

Anm. Förslaget har likhet med åtgärd B6:1.

Bakgrund och innebörd

Kunskapsutvecklingen går fort inom alla delar av vården. Det blir därför allt viktigare att se till att alla personalgrupper får tillfällen till vidareutbildning och kompetenshöjning i olika former. Det har visat sig att telemedicin/televård har sina kanske största, mest spridda och framgångsrika tillämpningar inom utbildningsområdet, inte minst för vidareutbildning och kompetenshöjning av den yrkesutövande personalen.

Telemedicin-/televårdstillämpningar kan användas på en rad olika och kompletterande sätt för kunskapshöjning, t.ex. hemtagning vid valfri tidpunkt av framställda utbildningsprogram, utsändningar av föreläsningar i real tid till ett stort antal mottagande enheter och med möjlighet till interaktion med föreläsaren, deltagande i utbildningsaktiviteter i andra organisationer eller i andra lokaler med hjälp av telemedicinska videofunktioner m.m. Tillämpningarna kan dessutom alltid kompletteras och förstärkas med hjälp av vanliga e-postfunktioner m.m.

Eftersträlvade effekter

- Effektivare former för vidareutbildning och kunskapshöjning för alla personalgrupper,
- Större valfrihet för personalen att delta i och påverka val och form för vidareutbildning och kunskapshöjning,
- Möjligheter att snabbare än med konventionella metoder föra ut nya kunskaper,
- Lägre kostnader för utbildning för kommande arbetsgivare.

Intressenter och aktörer

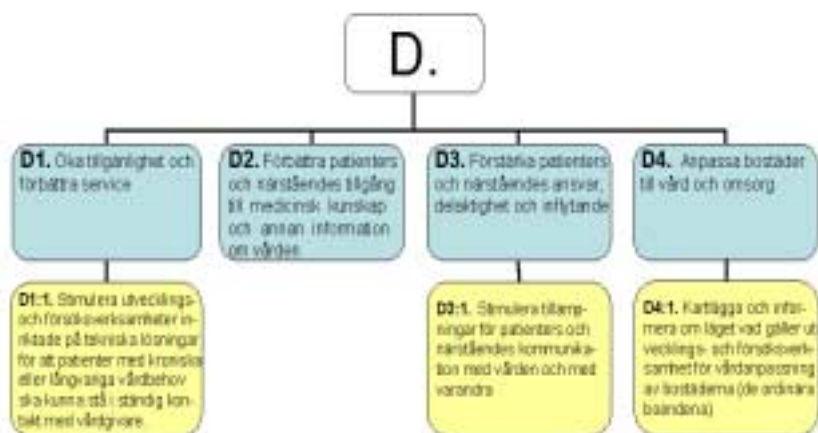
- Personalen inom alla olika delar av vård och omsorg,
- Kommunerna i rollen av sjukvårdshuvudmän,
- De kommunala vårdenheterna, privata företag i vården,
- De fackliga organisationerna för de olika personalgrupperna,
- Utbildningsorganen, bl.a. vårdhögskolorna,
- Myndigheten för Sveriges Nätuniversitet.

Genomförande och finansiering

För att genomföra åtgärden bör enligt arbetsgruppens mening varje kommun eller ett antal kommuner i samverkan tillsätta en projektgrupp med uppdrag att utarbeta förslag till en handlingslinje och åtgärdsprogram inom detta område. I gruppen bör finnas representanter för ovan angivna intressenter.

Vidare bör kommunerna i samarbete med Svenska Kommunförbundet och dess länsavdelningar samt IT-samverkansorganisationen Carelink analysera och lägga förslag om i vilka frågor och i vilka former samverkan och samarbete bör etableras.

17.5 Strategiområde D – Strategier och åtgärder för att stärka patienter/vårdtagare och närstående



D1 Strategi – Öka tillgänglighet och förbättra service.

Åtgärder: Se även åtgärderna under strategi B1 och C1.

D1:1 Åtgärd – Stimulera utvecklings- och försöksverksamheter inriktade på tekniska lösningar för att patienter med kroniska eller långvariga vårdbehov skall kunna stå i ständig kontakt med vårdgivare

Bakgrund och innebörd

Det utförs redan idag avancerad vård i hemmet med användning av IT-utrustning som är uppkopplad till sjukhus. Tekniken används bl.a. vid vård av patienter i livets slutskede och av svårt sjuka barn. Det handlar här om olika former av avancerade stöd- och övervakningssystem.

Utvecklingen mot allt mindre och bärbara IT-utrustningar samt allt bättre möjligheter till trådlös kommunikation har lett till att man inom sjukvården runt om i världen nu prövar olika lösningar för att patienter med kroniska eller långvariga sjukdomstillstånd skall kunna stå i ständig kontakt med vårdgivare. Patientgrupper som idag är intressanta i detta sammanhang är bl.a. diabetespatienter.

ter, patienter med vissa former av hjärtbesvär m.fl. På sikt kan denna typ av tillämpningar bli aktuella för många grupper.

Arbetsgruppen anser att det är angeläget att stimulera utvecklings- och försöksverksamheter av de slag som behandlas i detta åtgärdsavsnitt. Dessa typer av tillämpningar är dessutom intressanta för svenska företag med inriktning på IT i vården, inklusive telemedicin/televård och medicinsk teknik.

Eftersträvade effekter

- Säker och kvalitativt bra vård i hemmet och utanför sjukhusen i övrigt,
- Ökade möjligheter för patienter och anhöriga/närstående att välja vård i hemmet,
- Större trygghet för patienter med kroniska och långvariga sjukvårdsbehov i vardagen, t.ex. större möjligheter att sköta arbetet,
- Sänkta kostnader för likvärdig vård för ett antal patientgrupper.

Intressenter och aktörer

- Patientgrupper av olika slag, deras anhöriga/närstående samt patientföreningar o.d.
- Landstingen/regionerna och kommunerna i rollen av sjukvårdshuvudmän,
- Vårdutförande enheter i landstingen/regionerna och kommunerna samt privata värd företag,
- De medicintekniska enheterna på sjukhusen samt IT-enheterna i vården,
- Myndigheter med uppgifter inom teknisk utveckling, företagsutveckling m.m.
- Medicinska och andra institutioner inom högskolan,
- Företag med inriktning på IT i vården, inklusive telemedicin/televård och medicinsk teknik.

Genomförande och finansiering

Det är enligt arbetsgruppens mening av gemensamt nationellt intresse att tillämpningar som beskrivits inom denna åtgärd kommer fram och prövas så att alla får bättre möjligheter att se, välja och utforma IT-stöden utifrån sin verksamhet. Det är då naturligt att

tidiga försök och utvecklingsprojekt ges ekonomiskt stöd med nationella medel. En lämplig konstruktion av sådant ekonomiskt stöd behandlas i avsnitt 18.3.

D2 Strategi – Förbättra patienters och närståendes tillgång till medicinsk kunskap och annan information om vården.

Åtgärder – kommentar 1: Arbetsgruppen lägger inga förslag om åtgärder inom denna strategi utan hänvisar till en rad projekt och andra aktiviteter som pågår med denna inriktning i Sverige och andra länder. Som exempel på aktiviteter inom Sverige kan nämnas projekt för att göra patientjournaler tillgängliga via Internet, t.ex. projektet Sustains i Uppsala läns landsting, och kunskaps- och informationstjänsten Infomedica⁹. Flertalet av sådana IT-tjänster ligger dock utanför de "traditionella" telemedicin-/televårdstillämpningarna men kommer att samverka med och förstärka effekten av sådana tillämpningar.

Med denna kommentar vill arbetsgruppen också peka på att användning av modern IT skapar helt nya förutsättningar för att förbättra patienters och närståendes möjligheter att kommunicera med vården. Tidigare klassificeringar och insorteringar av patientinriktade informationstjänster och tillämpningar i olika traditionella fack och kategorier stämmer inte längre. Med användning av modern IT skapas fortlöpande allt fler och mer varierade sätt för kontakter mellan vårdgivare och patient.

Ny rapport – kommentar 2: *Alla kan vinn@! – e-relationer öppnar vården*

Efter arbetsgruppens avslutande sammanträde har Landstingsförbundet utkommit med en rapport som behandlar möjligheterna att utnyttja IT och Internet i vården, bl.a. för att förbättra patienternas tillgång till information och möjlighet att boka tider. Rapporten har titeln *Alla kan vinn@! –e-relationer öppnar vården*.¹⁰

⁹ <http://www.infomedica.se>

¹⁰ Landstingsförbundet; beställningsnummer 2084.

D3 Strategi – Förstärka patienters och närståendes ansvar, delaktighet och inflytande.

D3:1 Åtgärd – Stimulera tillämpningar för patienters och närståendes kommunikation med vården och med varandra.

Jämför även förslag C1: 1-2 och C2:1 samt texten under strategi D2. Förslag D3:1 kompletterar dessa.

Bakgrund och innebörd

Det har sedan länge funnits tekniska möjligheter för patienter/vårdtagare att göra besök hos läkare och andra vårdgivare med hjälp av IT-stöd, oftast i form av en billig videokamera monterad ovanpå en bildskärm. Denna tillämpning har också prövats och visat sig fungera på flera håll i försöks- och utvecklingsprojekt. Där emot används den ännu inte i reguljär vård.

De möjligheter som nu finns att på ett kostnadseffektivt sätt kombinera funktioner för TV, persondator och video gör att det bara är en tidsfråga när den börjar införas "på riktigt" någonstans i världen.

Arbetsgruppen anser att det är angeläget att i Sverige börja pröva denna typ av tillämpning på olika håll i landet och i olika delar av vården för att skaffa erfarenheter och bygga upp den beredskap som i framtiden kommer att behövas i samband med införande.

Persondatorer med eller utan videofunktion kan dessutom användas:

- av patienter för informationsutbyte och socialt umgänge med andra patienter/vårdtagare med samma eller likartade sjukdomar eller tillstånd som kräver vård
- av anhöriga/närstående till patienter med krävande sjukdomar för informationsutbyte och socialt umgänge med andra anhöriga/närstående. Ett intressant exempel på denna typ av tillämpning utgör ACTION-projektet¹¹ i Borås.

Även dessa typer av tillämpningar är angelägna att få tillämpade och prövade på flera håll och för olika grupper av patienter, vårdtagare och anhöriga/närstående i Sverige.

¹¹ <http://www.hb.se/action/sve/index.htm>

Det är dessutom angeläget att fortlöpande följa och informera om pågående och beslutade försöks- och utvecklingsaktiviteter inom dessa områden. Målgrupper för sådan information är inte bara sjukvårdshuvudmännen och vårdutförande enheter av olika slag utan också patienter/vårdtagare och deras organisationer samt företag med inriktning på vården.

Eftersträvade effekter

- Ökad tillgänglighet och bättre service för patienter/vårdtagare och anhöriga/närstående,
- Större frihet för patienter/vårdtagare att själva välja form för kontakt och vård,
- Bättre möjligheter för patienter/vårdtagare och anhöriga/närstående att informera och stödja varandra.

Intressenter och aktörer

- Kommunerna och landstingen/regionerna i rollen av sjukvårdshuvudmän,
- Vårdenheter/särskilda boenden i kommunerna och sjukhusen, primär- och närsjukvårdsenheter o.d. i landstingen/regionerna samt privata företag som utför vård på entreprenad,
- Vårdpersonal i primärkommunal vård och omsorg och i primär-, närsjuk- och sjukhusvård, personalorganisationerna,
- Patienterna/vårdtagarna och deras organisationer samt anhöriga/närstående.

Genomförande och finansiering

Det är enligt arbetsgruppens mening av gemensamt nationellt intresse att tillämpningar med den inriktning som berörs här kommer fram och prövas så att alla får bättre möjligheter att se, välja och utforma IT-stöden utifrån förhållandena i den egna verksamheten. Det är då naturligt att tidiga försök och utvecklingsprojekt ges ekonomiskt stöd med nationella medel. En lämplig konstruktion av sådant ekonomiskt stöd behandlas i avsnitt 18.3.

Det är vidare angeläget att bedöma åtgärd D3:1 tillsammans med åtgärderna C1:1.

D4 Strategi – Anpassa bostäderna till vård och omsorg.

D4:1 Åtgärd – Kartlägga och informera om läget avseende utvecklings- och försöksverksamhet för vårdanpassning av bostäderna /de ordinära boendena.

Bakgrund och innebörd

Flera faktorer – det ökande antalet äldre, önskemålen att ge människor ökade valmöjligheter m.m. – gör det nödvändigt att utforma, anpassa och utrusta bostäderna så att människor kan bo hemma i samband med kortvarig eller längre sjukdom eller andra tillstånd som kräver medicinsk eller annan vård, inte minst när människor blir äldre. Det handlar om att förstärka och bredda de möjligheter som telemedicin-/televårdstillämpningar rent allmänt ger till vård på distans.

Frågorna om vårdanpassning av bostäderna har därför fått stor aktualitet för kommunerna, landstingen/regionerna och de privata vårdföretagen. Det har vidare lett till att många leverantörer i olika branscher – bygg- och fastighetsbranschen, vård och omsorg, medicinsk teknik och hjälpmedel för funktionshindrade, IT och telekommunikation m.fl. – har blivit intresserade av området. Det pågår numera många utrednings-, utvecklings- och försöksverksamheter i Sverige och utomlands inom området vårdanpassning av och i hemmen. På flera universitets- och högskoleorter har särskilda enheter eller program inrättats inom detta område. Arbetsgruppen finner detta både angeläget och glädjande.

Samtidigt konstaterar arbetsgruppen att många intressenter – kommuner, landsting/regioner, privata vårdföretag, befintliga och potentiella leverantörer av produkter och tjänster m.m. – har svårt att överblicka, följa och bedöma användbarheten av de resultat som kommer fram i nämnda aktiviteter. En grundlig kartläggning, analys och beskrivning av läget i Sverige och internationellt bör därför göras avseende utvecklings- och försöksverksamhet för vårdanpassning av hemmen, dvs. de ordinära boendena. Vidare är det angeläget att på nationell nivå följa och fortlöpande, t.ex. årligen och vid behov, rapportera om pågående aktiviteter, deras arbetsläge och resultat

Eftersträvade effekter

- Bättre byggnadstekniska och andra tekniska förutsättningar för vård i hemmen,
- Bättre möjligheter för sjukvårdshuvudmännen – kommunerna och landstingen/regionerna – och de offentliga och privata vårdenheterna att bedöma pågående utvecklingsarbeten och deras uppnådda och förväntade resultat,
- Bättre informationsunderlag till befintliga och potentiella leverantörer av bostäder, utrustningar och tjänster av betydelse för vård i hemmen.

Intressenter och aktörer

- Patienterna/vårdtagarna och deras organisationer.
- Kommunerna och landstingen/regionerna i rollen av sjukvårdshuvudmän,
- Vårdenheter/särskilda boenden i kommunerna och sjukhusen, primär- och närsjukvårdsenheter o.d. i landstingen/regionerna samt privata vårdföretag som utför vård på entreprenad,
- Vårdpersonal i primärkommunal vård och omsorg och i primär-, närsjuk- och sjukhusvård, personalorganisationerna,
- Hjälpmedelsinstitutet,
- Företag i byggnadsbranschen samt företag i en rad andra branscher som levererar produkter och tjänster för vård eller av betydelse för vården,
- Universitet och högskolor med verksamhet inom berörda områden,
- Carelink.

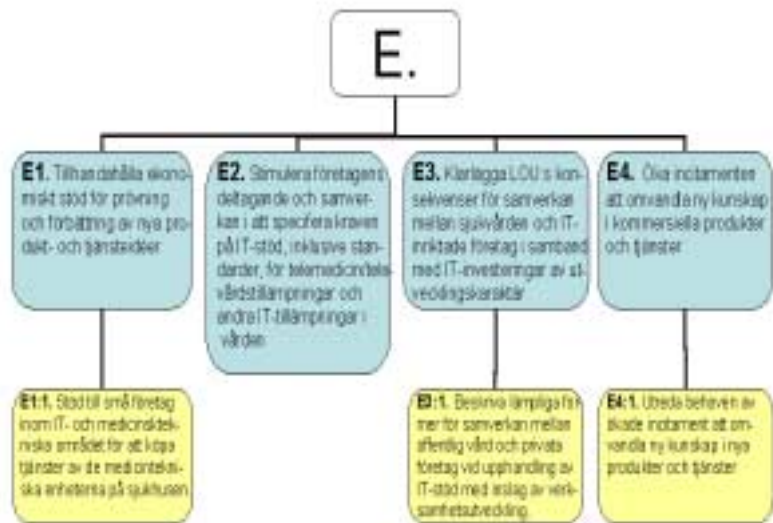
Genomförande och finansiering

Arbetet bör utföras i form av dels en inledande grundlig kartläggning, analys och beskrivning av läget i Sverige och internationellt avseende utvecklings- och försöksverksamhet för vårdanpassning av hemmen, dvs. de ordinära boendena, dels ett uppdrag att på nationell nivå följa och fortlöpande, t.ex. årligen och vid behov, rapportera om pågående aktiviteter, deras arbetsläge och resultat.

Uppgiften att dels genomföra utredningsarbetet, dels fortlöpande följa och rapportera om arbetsläget och resultaten inom området vårdanpassning av bostäder bör enligt arbetsgruppens mening ges som ett gemensamt uppdrag till IT-samverkansorganisationen

Carelink, lämpligt organ inom bygg- och fastighetsområdet samt Hjälpmedelsinstitutet. Härigenom kan arbetet utföras med tillgång till nödvändig kompetens inom berörda områden. Vidare skapas goda förutsättningar att föra ut och informera om framtaget material både i vården och i de branscher som är intresserade av detta område. Det är naturligt att särskilda medel ställs till förfogande för dessa uppgifter. Arbetsgruppen återkommer till finansieringen i avsnitt 18.3.

17.6 Strategiområde E – Strategier för att skapa en bättre marknad för IT och medicinsk teknik



E1 Strategi – Tillhandahålla ekonomiskt stöd för prövning och förbättring av nya produkt- och tjänsteidéer.

E1:1 Åtgärd – Stöd till små företag inom IT- och medicintekniska området för att köpa tjänster av de medicintekniska enheterna på sjukhusen.

Bakgrund och innebörd

Den medicinska och medicintekniska utvecklingen i kombination med utvecklingen inom IT- och telekommunikationsområdena ger fortlöpande upphov till nya produkter och tjänster för olika delar av vården. De traditionella IT-tillämpningarna och de medicintekniska tillämpningarna börjar allt oftare att närma sig och samspela med varandra. Uppgifter som tidigare bara kunde utföras på sjukhus kan med hjälp av billiga utrustningar numera flyttas ut till primär- och närsjukvården och till särskilda och ordinära/enskilda boenden (se kap 3 och förslag B1: 5). Utrustningarna kan vid behov övervakas och ges stöd från sjukhusens medicintekniska enheter. Likaså kan sjukhusen tillhandahålla den medicinska kunskapen via videokonferenser och andra former av IT-baserad kommunikation.

Många små och nya företag med inriktning på IT, inklusive telemedicin/televård och medicinsk teknik, har ofta svårt att på egen hand testa och vidareutveckla uppslag och idéer till nya produkter och tjänster. De har ibland också svårt att ge produkter och tjänster lämplig teknisk utformning för att de skall fungera tillsammans med andra utrustningar och tjänster i användning och drift. För detta krävs ofta kunskaper om andra befintliga utrustningar och tjänster och om de tekniska miljöerna på sjukhusen och dessas samspel med andra delar av vården.

För små och nya företag med inriktning på IT och medicinsk teknik bör enligt arbetsgruppens mening ställas särskilda medel till förfogande. Detta för att de skall kunna köpa tid och kunskap av de medicintekniska enheterna på sjukhusen och annan kvalificerad expertis i vården i samband med utveckling av idéer till nya produkter och tjänster. Företagen bör ges tillfälle att ansöka om sådant stöd i enkla former. Stödet bör beviljas efter godkänd bedömning av lämplig instans (se nedan). Storleken på de belopp som ställs till

förfogande i det enskilda fallet bör begränsas till högst 200 000 – 250 000 kronor. Den närmare utformningen på stödet och dess praktiska hantering bör givetvis utredas närmare med ledning av erfarenheterna från eventuella liknande stödformer.

Denna form av stödtjänster till företagen bedöms ha ett stort värde även för verksamheten inom de medicintekniska verksamheterna på sjukhusen genom att de medför ett inflöde av nya tekniska kunskaper och idéer och gör arbetet mer varierande och stimulerande.

Eftersträvade effekter

- Ökat utbud av nya och bättre IT-produkter och IT-tjänster till vården.
- Nya och utvecklande arbetsuppgifter inom det medicintekniska området och IT-området.
- Framväxt av konkurrenskraftiga svenska företag med inriktning på IT i vården, inklusive telemedicin/televård och medicinsk teknik.

Intressenter och aktörer

- Sjukhusen och deras medicintekniska enheter.
- Landstingen/regionerna och deras IT-enheter.
- Kommunerna och deras IT-enheter.
- Företag med inriktning på IT i vården, inräknat telemedicin/televård och medicinsk teknik.
- Stödhanterande organisation, förslagsvis LFTP (se nedan).

Genomförande och finansiering

Arbetsgruppen föreslår att ett särskilt program på ca 20 miljoner kronor under fyra år skapas för det stöd som beskrivits. Programmet skall främst riktas till små företag verksamma inom området IT i vården, inklusive telemedicin/televård och medicinsk teknik.

Arbetsgruppen anser att detta stöd lämpligen bör tillhandahållas och finansieras av befintlig organisation. En tänkbar organisation med stor erfarenhet inom berörda områden finns här redan i form

av LFTP¹². LFTP har stiftats av landstingen och regionerna genom Landstingsförbundet respektive staten genom NUTEK¹³ till lika delar.

E2 Strategi – Stimulera företagens deltagande och samverkan i att specificera kraven på IT-stöd, inklusive standarder, för telemedicin-/televårdstillämpningar och andra IT-tillämpningar i vården.

Åtgärd – Se åtgärderna A2:1 och A3:1.

E3 Strategi – Klarlägga LOU:s¹⁴ konsekvenser för samverkan mellan sjukvården och IT-inriktade företag i samband med IT-investeringar av utvecklingskaraktär

E3:1 Åtgärd – Beskriva lämpliga former för samverkan mellan offentlig vård och privata företag vid upphandling av IT-stöd med inslag av verksamhetsutveckling.

Bakgrund och innebörd

I många situationer ingår IT-stöden som viktiga förutsättningar för och komponenter i en önskad verksamhetsutveckling. Det innebär att alla funktioner och egenskaper hos IT-stöden inte alltid kan anges på det tydliga och specificerade sätt som är önskvärt vid upphandling. Det handlar helt enkelt om att upphandla en plattform/bottenplatta som skall utgöra grund för fortsatta utvecklingsarbeten. Det innebär att sådana upphandlingar kan komma, eller ofta upplevs kunna komma, i konflikt med LOU.

Insatser bör därför göras för att klarlägga i vilka situationer och på vilka sätt upphandlingar, som har som viktiga inslag att skapa förutsättningar för fortsatt verksamhetsutveckling, kan ske inom ramen för LOU. Resultatet bör presenteras i enkla och praktiskt tillämpbara former, bl.a. bör tydligt anges de hinder och inskränkningar i handlingsfriheten som kan föreligga.

¹² Landstingens Fond för Teknikupphandling och Produktutveckling

¹³ Verket för näringslivsutveckling

¹⁴ Lagen om offentlig upphandling

Eftersträvade effekter

- Bättre upphandlingar i sak.
- Minskade resursinsatser för både köpare och säljare i samband med upphandlingar.
- Bättre efterlevnad av gällande regler på upphandlingsområdet, inklusive bättre kunskap om eventuella brister i LOU avseende IT-upphandlingar med utvecklingsinslag.

Intressenter och aktörer

- Landstingen/regionerna och kommunerna samt producent- och stödenheter inom dessa.
- Leverantörer av främst IT-stöd och medicintekniska produkter och tjänster samt deras branschorganisationer.
- Nämnden för offentlig upphandling och övriga organ som hanterar frågor om offentlig upphandling.

Genomförande och finansiering

Arbetet bör ges en praktisk, tillämpningsinriktad uppläggning och inriktas på att med hjälp av exempelvis faktiska eller konstruerade typfall ta fram beskrivningar av hur olika upphandlingssituationer kan och bör hanteras. Typfallen eller tillämpningssituationerna bör väljas i samråd med personer som har praktiska erfarenheter av dessa frågor i landstingen/regionerna och kommunerna.

Ett sätt att utföra arbetet kan vara att uppdra åt Carelink att utföra arbetet i samarbete med juristerna inom Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet och Statskontoret samt lämpliga branschorganisationer, däribland Sjukvårdens Leverantörsförening (SLF). Ett annat sätt är att tillsätta en fristående arbetsgrupp med företrädare för de nämnda organisationerna.

E4 Strategi – Öka incitamenten att omvandla ny kunskap i kommersiella produkter och tjänster.

E4:1 Åtgärd – Utredda behoven av ökade incitament att omvandla ny kunskap i kommersiella produkter och tjänster.

Bakgrund och innebörd

Samhället satsar betydande forskningsresurser inom hälsovårdsområdet, både inom högskolan och via landstingen/regionerna. Ett bättre utnyttjande av forskningsresultaten i kommersiella tillämpningar skulle kunna åstadkommas om sjukvårdssektorn, särskilt universitetssjukhusen, knyts närmare de näringslivsmiljöer som byggts upp runt universiteten och högskolorna med teknikparker etc.

Ett sätt att uppnå detta kan vara att införa en motsvarighet till det s.k. lärarundantaget inom universiteten och högskolorna avseende arbetsgivarens rätt till anställdas uppfinningar. Ett sådant undantag kan tänkas vara motiverat främst inom delar av verksamheten inom universitetssjukhusen och annan forsknings- och utvecklingsinriktad verksamhet inom andra delar av vården. Arbetsgruppen anser att behovet av ökade incitament att omvandla ny kunskap i kommersiella produkter och tjänster bör utredas i särskild ordning.

Arbetsgruppen är för sin del närmast intresserad av kunskaper med anknytning till användning av IT i vården, inräknat telemedicin/televård och medicinsk teknik. Det kan dock vara svårt att göra en så snäv avgränsning av denna föreslagna utredning.

Eftersträlvade effekter

- Snabbare omvandling av ny medicinsk, omvårdnadsnäsig och teknisk kunskap i nya produkter och tjänster
- Bättre produkter och tjänster på marknaden för vården att köpa.

- Konkurrenskraftiga och utvecklingsinriktade företag med inriktning på IT i vården, inklusive telemedicin/televård och medicinsk teknik

Intressenter och aktörer

- Sjukvårdshuvudmännen, både landstingen/regionerna och kommunerna.
- Universitetssjukhusen, övriga sjukhus och vårdenheter både i landstingen/regionerna och kommunerna,
- Universitet och högskolor, FoU-organisationer
- Personalorganisationerna
- Leverantörer inom området IT i vården, inklusive telemedicin/televård och medicinsk teknik.
- Myndigheter med uppgifter inom teknisk utveckling, företagsutveckling o.d.

Genomförande och finansiering

En utredning bör enligt arbetsgruppens mening tillsättas för att utreda dels behovet av, dels lämplig utformning av regler som ger personer som är verksamma i forsknings- och utvecklingsinriktade verksamheter i vården ökade möjligheter att för egen del omvandla kunskaper, som förvärvats i vården, i kommersiellt säljbara produkter. En konstruktion liknande det s.k. lärarundantaget inom universiteten och högskolorna kan tjäna som tänkbar förebild. Det är viktigt att denna utredning får en allsidig sammansättning.

17.7 Åtgärderna kan föras samman i större åtgärder eller "åtgärdspaket"

Arbetsgruppen har valt att redovisa förslagen till strategier och åtgärder i en tydlig struktur med strategierna och åtgärderna fördelade på 5 insats- eller strategiområden. Åtgärderna är dessutom relativt väl avgränsade och detaljerat beskrivna. De kan, och bör, i många fall föras samman till större åtgärder, dvs. i större åtgärdspaket eller program.

Alternativet att redovisa ett mindre antal förslag i form av "breda" och stora åtgärder eller åtgärdspaket har nackdelen att beskrivningen av varje förslag blir mycket omfattande, detaljerad och

svår att överblicka. Samtidigt blir handlingsfriheten mindre när man skall föra samman flera åtgärder i större program eller paket.

Några exempel på åtgärder som bör föras samman och hanteras samlat skall här nämnas:

1. Åtgärderna A1:1, A1:2 och A1:3 rör uppbyggnaden av den nödvändiga tekniska infrastrukturen för telemedicin/televård och övrig IT-användning.

2. Åtgärderna B1:5, B2-5:2 och B2-5:3 rör de medicintekniska utrustningarna på sjukhusen.

3. Åtgärderna B1:1, C1:1, C1:2, D1:1 och D3:1 handlar om att stimulera utvecklings- och försöksverksamheter som lämpligen bör ges ekonomiskt stöd via ett utvecklingsprogram (se avsnitt 18.3).