



E-helse og uhelse

DEBATT

HANNE STØRE VALEUR

E-post: hannevaleur@gmail.com

Hanne Støre Valeur (f. 1982) er stipendiat i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

En storstilt satsing på e-helse er betimelig, men det må ikke føre til at vi glemmer at uhelse motvirkes på mange andre arenaer enn den digitale.

For dem som hadde håpet at årets stortingsvalg skulle føre med seg noen substansielle endringer for helsepolitikken her i landet, er det ingen grunn til å slippe jubelen løs. De helserelevante delene av de store partienes programmer inneholder stort sett små variasjoner over velkjente temaer. Jonas Gahr Støres visjon om at Norge skal bli ledende på e-helse i Europa innen 2025, var derfor et friskt pust (1).

Helseminister Høie ønsket forslaget velkommen etter og viste til flere gode enkeltinitiativer som allerede er på gang (2). Leser man Høyres partiprogram, finner man allikevel ingen ambisjoner innen e-helse som tilsvarer Arbeiderpartiets, som har viet et eget underkapittel i programmet til digitalisering i helsevesenet.

Helsepersonell som daglig jobber med utdaterte og ukoordinerte IT-verktøy vil nok også konkludere med at vi fortsatt har et stort forbedringspotensial og ønske en sterkere satsing velkommen. I tillegg har nok Støre forstått at det offentlige helsevesenet i fremtiden vil møte betydelig farligere trusler enn større eller mindre innslag av små, private aktører. Når globale giganter som Google og Apple rigger seg til for å kunne tilby digitale helsetjenester, må den offentlige helsetjenesten kunne stille opp med konkurransedyktige løsninger – med bedre garanti for at dataene man leverer inn blir trygt tatt hånd om.

Edruelig e-helse

Det er liten tvil om at nye digitale løsninger vil endre helsevesenet og helsevanene i årene som kommer, selv om e-helsefeltet i dag er preget av mye opphausing. En satsing på e-helse må derfor inneholde en god dose edruelighet. Selv om noe kan digitaliseres, er det ikke nødvendigvis slik at det *bør* digitaliseres.

Et realistisk forhold til hva teknologien kan bidra med er nødvendig. Full forståelse av individers liv og helse lar seg ikke nødvendigvis transformere inn i datakoder. Vi må være oss bevisst at det å innføre ny teknologi ikke bare kan ha positive virkninger, men også bivirkninger. Et trist eksempel på dette er barnesykehuset i Pittsburgh, der mortalitetsraten steg etter at et nytt elektronisk forordnings-skjema ble innført – motsatt av hva som var formålet (3). Forklaringen bak er nok sammensatt, men det nye systemet førte med seg endringer av innarbeidede rutiner i akuttmottaket som det ikke var tatt høyde for.

«Technology is a servant not a master», skriver den europeiske allmennlegeforeningen (UEMO) viselig i sin nye e-helsepolicy (4). Om teknologien får diktere uten forhåndsbestemte mål, kan man ende opp med problemer man ikke hadde i utgangspunktet. Konsekvenser av e-helse knyttet til overdiagnostikk og overflødig ressursbruk på å utrede friske er problematisert flere ganger (5). Et hvert nytt e-helseprosjekt bør ha en definert problemstilling for hva det endelige produktet er ment å løse eller forbedre, og vi må ha verktøy for påvise og evaluere effekter – også uønskede.

For å lykkes med dette trenger vi tverrfaglige kompetansemiljøer. Teknologer, medisinerer, samfunnsvitere, jurister, etikere og økonomer med flere må jobbe sammen med pasienter og helsepersonell for å sikre en bred forståelse av et gitt e-helsetilbuds virkninger. Innovatører med ideer som kan gi gevinster for helsevesenet må inviteres til å arbeide tett med forskere i utviklingen av prosjekter. Store IT-prosjekter som ferdigutvikles fjernt fra sine tiltenkte brukere, blir sjelden en suksess. Vi må skape trygge og realistiske arenaer hvor utviklere får teste ut og justere ny teknologi underveis etter tilbakemelding fra brukerne. En slik satsing vil kreve betydelige investeringer, men kan gi Norge verdifull status i et helsenæringsperspektiv.

Når e-helse anses som en ny næringsvei for Norge etter oljen, er det grunn til å påpeke at i motsetning til fossile ressurser består mye av den «nye oljen» av pasientdata fra levende mennesker. Da kreves det at politikerne har et bevisst og ansvarlig forhold til utfordringene knyttet til personvern og sikkerhet som følger av digitalisering av pasientdata. Her har helseminister Høie allerede mistet troverdighet som følge av skandalen i Helse Sør-Øst. Pasientdata ble gjort tilgjengelig for arbeidere uten klarering etter en utkontraktering av IKT-driften til en utenlandsk leverandør. Utkontrakteringen ble vedtatt av styret i Helse-Sør Øst på tross av advarsler fra fagmiljøet – men helseministeren har fortsatt tillit til styret (6).

Boller og grovbrød

Men – e-helse alene vil ikke løse mange av de store utfordringene helsevesenet og folkehelsen står overfor. All verdens kostholds- og treningsapper kan for eksempel ikke veie opp for en virkelighet hvor en pose hveteboller er både billigere og mer tilgjengelig enn et grovbrød og arbeidsgivere fritt kan tilby sine ansatte åtte timers arbeidsdag med bakenden låst til en stol. Vi trenger ingen avansert kunstig intelligens for å fortelle oss at både unge og eldre blir stadig mer overvektige samt at overvekt rammer ulikt avhengig av sosioøkonomisk status. Dessverre tør ingen av de store partiene foreslå tøffere politikk og virkemidler som vil kunne redusere tilgjengeligheten av usunn mat og sørget for at de sunnere valgene også var de økonomiske valgene.

I e-helse ligger et stort potensial, men uhelse må vi jobbe mot på mange fronter.

LITTERATUR:

1. Støre JG. Den fjerde industrielle revolusjonen. Dagbladet 20.4.2017.
2. Høie B. Støre sparker inn åpne dører. Dagbladet 26.4.2017.
3. Han YY, Carcillo JA, Venkataraman ST et al. Unexpected increased mortality after implementation of a commercially sold computerized physician order entry system. *Pediatrics* 2005; 116: 1506 - 12. [PubMed][CrossRef]
4. UEMO. UEMO'S eHealth policy. <http://www.uemo.eu/2017/06/29/uemos-ehealth-policy/> (27.5.2017).
5. Vogt H, Pahle AS. Støre og den medisinske drømmefabrikken. *Aftenposten* 23.5.2017.
6. Cosson-Eide H, Tomter L, Remen AC. Høie kan ikke love at journalskandalen er over. *NRK* 24.5.2017.

Mottatt 5.8.2017, godkjent 10.8.2017.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no