



Nøkkelen til en bærekraftig helsetjeneste?

*En studie av gevinster og utfordringer knyttet til bruken av digital
pasientbehandling*

Håvard Walaker og Martin Mushom

Veileder: Sissel Jensen

Selvstendig arbeid innen masterstudiet i økonomi og administrasjon

Hovedprofil: Økonomisk styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen eller sensorer inntår for de metoder som er anvendt, resultater som er fremkommet eller konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Sammendrag

Som følge av en aldrende befolkning har helsevesenet blitt nødt til å tenke nytt for møte et økt ressursbehov. Bruk av digital pasientbehandling har blitt trukket frem som et viktig fokusområde for å effektivisere ressursbruken. Det foreligger imidlertid utfordringer knyttet til implementering av digital pasientbehandling, der det er lite litteratur tilgjengelig om de økonomiske vurderingene som må tas ved bruken av behandlingsformen.

Formålet med utredningen er å belyse de økonomiske forholdene rundt implementering av digital pasientbehandling på lavt tjenestenivå i helsevesenet, og utforme modeller for å kartlegge gevinster og utfordringer. Studien er basert på tolv dybdeintervjuer av ansatte i norsk helsevesen, som har erfaring med bruken av digital pasientbehandling. Vi har videre drøftet funnene våre opp mot relevant litteratur rundt temaet.

Det fremkom i studiet vårt at e-konsultasjoner og medisinsk avstandsoppfølging er de to anvendelsene av digital pasientbehandling som har størst potensial. For e-konsultasjoner er gevinstene knyttet til redusert tidsbruk for pasienter og leger. Studiens funn antyder en potensiell reduksjon i arbeidsfravær, som igjen har samfunnsøkonomiske gevinster. Utfordringene ved bruken av e-konsultasjoner er hovedsakelig knyttet til vurderingen av hvilke pasienter som er egnet for konsultasjonsformen, og tilrettelegging for at leger tar den i bruk.

Ved medisinsk avstandsoppfølging er gevinstene hovedsakelig en reduksjon i tidsbruk for helsepersonell, samt mulige kostnadsreduksjoner grunnet færre sykehusinnleggelseser. For at gevinstene skal realiseres forutsettes tydelig ledelse av prosjektet, god samhandling og kompetent helsepersonell som utformer hensiktsmessige behandlingsplaner for pasientene.

Forord

Denne masterutredningen er skrevet i forbindelse med masterstudiet ved Norges Handelshøyskole (NHH) innen hovedprofilen Økonomisk Styring. Utredningen utgjør 30 studiepoeng og er en del av vår mastergrad i økonomi og administrasjon.

Vi valgte å fokusere på digital pasientbehandling fordi vi anså det som et interessant tema som vil bli viktig i utviklingen av fremtidige helsetjenester. Muligheten til å bidra til denne utviklingen var noe som appellerte sterkt til oss. Gjennom prosessen føler vi at vi fått en dypere forståelse rundt temaet vi ønsket å belyse, og vi vil ta lærdommen med oss videre. Forhåpentligvis vil studien vår være av verdi for beslutningstagere som vurderer å ta i bruk digital pasientbehandling.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder Sissel Jensen for grundige tilbakemeldinger og innspill gjennom hele prosessen. Videre vil takke informantene våre for verdifull innsikt i temaene vi ønsket å belyse. Deres bidrag til studien har ikke bare vært avgjørende for utredningen vår, men også gjort arbeidet spennende. Vi vil til slutt rette en takk til familie og kjærester for moralsk støtte under arbeidet med utredningen.

Bergen, 1.juni 2021

Håvard Walaker og Martin Mushom

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Utredningens formål	2
1.3 Problemstilling	3
1.4 Avgrensninger	4
1.5 Struktur	4
2 Rammene rundt digital pasientbehandling	5
2.1 Helsevesenet	5
2.2 Prinsipper for ressursforbruk i helsevesenet	7
2.3 Lokale forskjeller mellom helsetjenestene	7
2.4 Bruk av digital pasientbehandling i dag	8
3 Nytte-kostnadsanalyse	11
3.1 Nytte-kostnadsanalyser i helsevesenet	11
3.2 Torrancees rammeverk	12
3.3 Torrancees rammeverk tilpasset digital pasientbehandling	14
4 Metode	17
4.1 Valg av metode	17
4.2 Utvelgelse av informanter	18
4.3 Intervjuer	20
4.4 Dataanalyse	21
4.5 Forskningskvalitet	23
4.6 Forskningsetiske hensyn	26
5 Funn	28
5.1 Anvendelser av digital pasientbehandling	28
5.1.1 E-konsultasjoner	29
5.1.2 Medisinsk avstandsoppfølging	30
5.2 Gevinster og utfordringer digital pasientbehandling	34
5.2.1 Gevinster e-konsultasjoner	34
5.2.2 Utfordringer e-konsultasjoner	40
5.2.3 Gevinster medisinsk avstandsoppfølging	48
5.2.4 Utfordringer medisinsk avstandsoppfølging	51
6 Diskusjon	58
6.1 E-konsultasjoner	58
6.2 Medisinsk avstandsoppfølging	65
6.3 Etske betraktninger	77
7 Konklusjon	78
7.1 Svakheter	80

7.2 Videre forskningsmuligheter.....	81
8 Litteraturliste	82
Appendiks A- Førsteutkast Intervjuguide fastleger og legespesialister	90
Appendiks B- Kategorier	96
Appendiks C- Informasjonsskriv	98

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Norsk helsevesen står overfor store utfordringer knyttet til endringer i demografien i Norge i årene fremover. En aldrende befolkning vil trenge mer pleie og betale mindre skatt, som igjen vil legge press på helsesystemet slik vi kjenner det i dag. (Meld. St.14 (2020- 2021), s. 31). Det er anslått at antall årsverk i helsevesenet vil stige fra 310.000 i 2018 til 415.000 i 2035, som følge av befolkningsutviklingen (Hjemås et al., 2019, s. 4). Knappheten på ressurser vil gjøre at helsevesenet må gjøre klare prioriteringer i årene fremover.

Effektiv ressursbruk kan oppnås med god kunnskap om hvordan tiltak virker, systematiske sammenligninger av tjenestetilbud og god utnyttelse av teknologiske fremskritt. Samtidig vil det bli viktigere å gjøre bevisste valg av hva velferdstilbudene skal omfatte. Når ressursene er knappe, tvinger prioriteringene seg frem. (Meld. St.14 (2020-2021), s. 31).

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt frem strategier for å øke effektiviteten i møte med disse utfordringene. De legger vekt på økt bruk av teknologi som den primære måten å effektivisere dagens helsetjenester. Økt bruk av digital pasientbehandling trekkes frem som et felt som vil bli viktig for utviklingen av helsevesenet fremover. (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 89). Med *digital pasientbehandling* mener vi i denne masterutredningen helsepersonells bruk av digitale hjelpemidler i diagnostiseringen, analysen og behandlingen av sykdommer hos pasienter uten å fysisk være til stede. Digital pasientbehandling kan ha en rekke anvendelser for helsevesenet, både som en erstatning eller et supplement for eksisterende tjenester. God anvendelse av digital pasientbehandling vil ikke bare kunne redusere kostnadene til helsevesenet, men også skape verdier for pasientene og resten av samfunnet.

Norsk helsevesen er et stort og komplekst system, der en rekke forskjellige helsetjenester møter pasientene, slik som sykehus, fastleger og hjemmesykepleien (Ringard et al., 2013, s. 87). De regionale helseforetakene og kommunene kan selv utforme tjenestene sine, så lenge de forholder seg til Nasjonal helse- og sykehusplan. (Meld. St.7 (2019-2020), s. 170).

Det er tjenesten selv som har ansvar for å utvikle, vurdere og ta i bruk nye måter å yte tjenester på. Tjenestene må vurdere konkret hvilke fordeler og ulemper nye tjenestemodeller kan ha, planlegge hvordan endringer må gjennomføres for å sikre at man oppnår ønskede gevinster og dele kunnskap om hva som virker. (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 95).

Grunnet en desentralisert beslutningsmyndighet i helsevesenet blir en rekke avgjørelser tatt lokalt. Disse blir tatt av lokale beslutningstagere. Med *lokale beslutningstagere* mener vi i denne masterutredningen personer med beslutningsmyndighet på lavt tjenestenivå i helsevesenet, nærmere bestemt fastlegekontorer, hjemmesykepleien og sykehus. Dersom norsk helsevesen skal realisere gevinstene ved økt bruk av digital pasientbehandling, er de avhengige av at de lokale beslutningstagerne ser mulighetene ved implementeringen av teknologien. Ledelsen vil også ha interesse av en oversikt over hvilke muligheter og utfordringer lokale beslutningstagere står overfor, slik at de kan legge til rette for at disse lykkes i implementeringen av digital pasientbehandling.

Det finnes i dag flere guider på Helsedirektoratets nettsider for bruk av digital pasientbehandling. Disse omhandler i hovedsak organiseringen av tjenesten og har mindre fokus på de økonomiske vurderingene som må tas. (Helsedirektoratet, 2021b). Detaljerte modeller som fokuserer på de økonomiske vurderingene, vil kunne belyse kostnadene og gevinstene knyttet til å ta i bruk digital pasientbehandling på lavt tjenestenivå. Etter det vi kjenner til finnes det ikke slike modeller tilgjengelig i dag.

1.2 Utredningens formål

Formålet med utredningen er å belyse de økonomiske forholdene rundt implementeringen av digital pasientbehandling på lavt tjenestenivå i helsevesenet. For å gjøre dette vil vi utforme modeller som kartlegger mulige gevinster og utfordringer knyttet til å ta digital pasientbehandling i bruk. Ved å skape et oversiktlig bilde av de økonomiske virkningene knyttet til en slik implementering kan lokale beslutningstagere ta mer informerte valg. Når nye tiltak innføres i helsevesenet er det flere hensyn som må tas, hvorav det ofte er utfordringer knyttet til vurderingen av de økonomiske konsekvensene.

Uvissheten rundt gevinster og utfordringer kan gjøre at beslutningstagere unngår å ta i bruk digital pasientbehandling. Dette kan hindre dem i å innføre tiltak som ville vært verdifulle for helsevesenet og pasienten. Vi sikter på å belyse de økonomiske forholdene rundt digital pasientbehandling og bidra til å redusere usikkerheten for beslutningstagerne slik at de kan ta mer informerte beslutninger. Utredningen har også hensikten å belyse ledelsen i helsevesenet om de økonomiske prioriteringene lokale beslutningstagere står overfor ved å ta i bruk digital pasientbehandling. Ledelsen på høyere tjenestenivå kan da basert på denne informasjonen tilrettelegge for mer effektiv ressursbruk av helsevesenets midler.

1.3 Problemstilling

For å kunne kartlegge gevinster og utfordringer for digital pasientbehandling er det hensiktsmessig å snevre inn fokuset til de anvendelsene som vil gi høyest potensiell gevinst. For å kategorisere anvendelsene stiller vi det første forskningsspørsmålet:

Hvilke anvendelser av digital pasientbehandling er best egnet til å redusere ressursbruken til norsk helsevesen, uten å redusere kvaliteten på tjenestetilbudet for pasientene?

Etter å ha identifisert og kategorisert anvendelsene, kan vi gå i dybden på hver av dem for å reflektere rundt mulige gevinster som foreligger og hvordan disse kan realiseres. For å belyse dette stiller vi det andre forskningsspørsmålet:

Hvordan kan lokale beslutningstagere, ved bruk av de identifiserte anvendelsene av digital pasientbehandling, skape gevinster for norsk helsevesen, pasienter og resten av samfunnet, og hva er forutsetningene for at disse gevinstene skal realiseres?

Ved å strukturere mulige gevinster og utfordringer ved de ulike anvendelsene, kan utredningen bidra til at beslutningstagere får et bedre vurderingsgrunnlag rundt de økonomiske forholdene knyttet til bruken av digital pasientbehandling.

1.4 Avgrensninger

I denne utredningen fokuserer vi på de økonomiske aspektene ved å ta i bruk digital pasientbehandling. Vi vil derfor ikke gå i dybden på teknologien som brukes, men forutsette at den fungerer etter hensikten den er utformet for. Utredningen vår har heller ikke behandlet de mer komplekse medisinske aspektene ved bruken denne teknologien. Vi har i denne utredningen ekskludert private aktører innen helse. Årsaken til dette er at vi anså dem som mindre villige til å dele informasjon om deres bruk av digital pasientbehandling, ettersom det ville kunne svekke deres konkurransedyktighet.

Vi har bevisst utelatt noen forhold rundt bruken av digital pasientbehandling. Årsaken til dette er at de faller utenfor problemstillingen vår, og dermed ikke vil være relevant for utredning. Bruken av digital pasientbehandling kan føre til mulige reduksjoner i klimautslipp, dersom behovet for transport for pasienter og helsepersonell reduseres. Vi har valgt å utelukke disse gevinstene fra vår utredning ettersom de er utfordrende å måle, spesielt for lokale beslutningstagere. I skrivende stund pågår det en pandemi der det stilles økte krav til smittevern. Ettersom vi ønsker at utredningen vår også skal være relevant i en normalsituasjon, har vi valgt å ekskludere gevinstene knyttet til økt smittevern ved bruk av digital pasientbehandling.

1.5 Struktur

Utredningen er inndelt i syv kapitler, inklusive introduksjonskapittelet. Kapittel 2 gir leseren et overblikk over forhold som påvirker rammene rundt digital pasientbehandling. I kapittel 3 presenteres relevant teori for å belyse problemstillingen for utredningen. Kapittel 4 redegjør for metodebruken i utredningen, før resultatene presenteres i kapittel 5. I kapittel 6 diskuterer vi funnene fra studien, og vurderer de i lys av eksisterende litteratur. Deretter trekkes konklusjoner fra studien i kapittel 7. Litteraturliste og liste med vedlegg er presentert i henholdsvis kapittel 8 og 9.

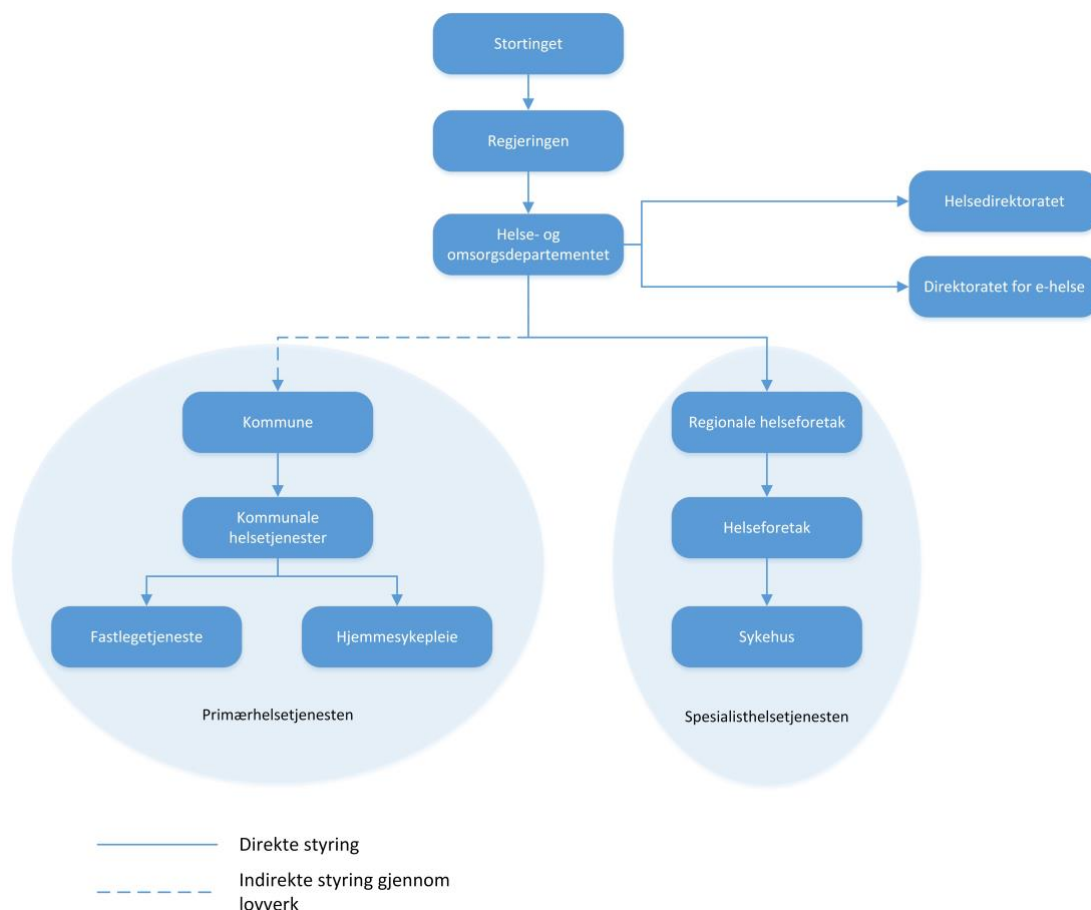
2 Rammene rundt digital pasientbehandling

I dette kapitlet skal vi beskrive rammene rundt beslutningstagere som vurderer å ta i bruk digital pasientbehandling. Innledningsvis beskrives tjenestene i helsevesenet som er i kontakt med pasienter, og hvilke organer som legger føringer for dem. Deretter vil vi gå gjennom de overordnede prinsippene knyttet til ressursbruk for hele helsevesenet. Så belyser vi hvilke lokale forhold beslutningstagerne må forholde seg til. Avslutningsvis vil vi gi en kort innføring i hvordan digital pasientbehandling anvendes i dag i de ulike delene av helsetjenesten. Samlet vil dette gi et overblikk over hvilke forhold den enkelte beslutningstager må ta hensyn til i forbindelse med en innføring av digital pasientbehandling.

2.1 Helsevesenet

Norsk helsevesen er det samlede system bestående av lovgivning, tjenester og institusjoner som samfunnet har bygd opp for å styrke folkehelsen, og yte diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering ved akutte og kroniske sykdommer (Braut, 2019). Regjeringen har, på vegne av Stortinget, ansvaret for helsevesenet, der Helse- og omsorgsministeren er øverste leder for Helse- og omsorgsdepartementet (Hovde, 2021; Tvedt, 2020). Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for å sikre befolkningen likeverdige helse- og omsorgstjenester (Berg & Aspøy, 2020). Det er underlagt flere direktorater under Helse og Omsorgsdepartementet, der to av dem er Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse (Regjeringen, u.å.a; Direktoratet for e-helse, 2021b). Helsedirektoratet er et fag- og myndighetsorgan som skal bidra med kompetanse i utformingen av en helhetlig helseberedskap. (Regjeringen, u.å.a). Direktoratet for e-helse har en rolle som pådriver i utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren (Meld.St.7 (2019-2020), s. 37). Disse direktoratene er spesielt relevante for vår utredning i kraft av at de legger føringer for teknologibruken for hele helsevesenet.

Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og innbefatter flere tjenester på lavere tjenestenivå (Regjeringen, u.å.b). Primærhelsetjenesten styres gjennom kommunen, og er typisk pasientens første kontakt med helsetjenester, slik som fastleger og hjemmesykepleie. Spesialisthelsetjenesten styres av de regionale helseforetakene, og består av mer spesialisert helsepersonell, der en stor andel er tilknyttet sykehus. (Regjeringen, 2014). Pasienter er ofte i kontakt med flere tjenesteområder, og det stilles derfor krav til samhandling mellom dem (Meld. St.47 (2008-2009), s. 74). I denne utredningen vil vi fokusere på bruken av digital pasientbehandling hos fastleger, hjemmesykepleien og sykehus. Figur 1 gir et oversiktsbilde av hvordan hierarkiet i styringen av relevante enheter for utredningen vår ser ut. Vi tar forbehold om at ikke alle helsetjenester er nevnt i figuren under, og har bevisst utelatt tjenester som er lite relevante for vår utredning.



Figur 1: Organisering helsevesenet. Beskriver relasjoner mellom relevante helsetjenester i vår utredning

2.2 Prinsipper for ressursforbruk i helsevesenet

Norsk helsevesen har ansvar for å sikre at alle innbyggere får hjelp til å diagnostisere og behandle sykdom, samt sikre rehabilitering, pleie og omsorg uavhengig av sosial status, bosted og økonomi (Braut, 2019). Dette må gjøres innenfor de økonomiske rammene norsk helsevesen har fra statsbudsjettet (Stoltz & Thomassen, 2019). Helsevesenet må derfor utforme retningslinjer slik at de best kan oppnå målene sine innenfor de økonomiske rammene. For å gi retningslinjer for lokale beslutningstagerer i vurderingen av ulike tiltak foreligger det førende prinsipper. Spesialisthelsetjenesten følger tre prinsipper i vurderingen av hvordan de skal behandle pasienter: nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. (Meld. St 34 (2015-2016) s.12). Regjeringen Solberg oppnevnte i 2017 et utvalg for å vurdere prinsipper for prioriteringer for den kommunale helse og omsorgssektoren. Utvalget fant det hensiktsmessig at prinsippene spesialisthelsetjenesten fulgte, også skulle gjelde for primærhelsetjenesten. (NOU, 2018, s. 9).

Kriterienes mål er å gi føringer for beslutningstageres prioriteringer av knappe ressurser. Nyttekriteriet tar for seg i hvilken grad en pasients livslengde eller livskvalitet øker, og kvantifiseres gjennom antall gode leveår. Ressurskriteriet innebærer at et tiltak gis høyere prioritet dersom det krever lite ressurser. Alvorlighetsgraden tar for seg hvor alvorlig tilstanden til en pasient er med hensyn til lidelse, og kvantifiseres ved tap av gode leveår. Beslutningstagerer må ta hensyn til samtlige kriterier, men kan utøve skjønn i vurderingene av hvordan kriteriene vektes i den enkelte situasjon. (Meld. St. 34 (2015-2016), s. 11).

2.3 Lokale forskjeller mellom helsetjenestene

Det er betydelige forskjeller innad i helsevesenet med hensyn til hvilke forhold og forutsetninger den enkelte beslutningstager har, basert på hvor de arbeider. Selv om alle skal sikte på å etterleve de overordnede prinsippene til helsevesenet, har de ulike utfordringer som følge av regionale forskjeller i sammensetningen av demografi og sysselsettingsandel (Meld. St. 5 (2019-2020), s. 11). I primærhelsetjenesten har kommunene selv stor innflytelse over hvordan de velger å løse helseproblemer de står overfor (Folkehelseloven, 2011, § 7). Den enkelte kommune har derfor ulike utfordringer som de selv må løse mest hensiktsmessig. Kommuner varierer i størrelse og det er store variasjoner mellom kommuner med hensyn til økonomi, alder og helse. (Bruun et al., 2018, s 46; Førland, et al., 2020; SSB, 2021). Hvordan

de velger å organisere hjemmetjenester kan også variere basert på lokalpolitiske forhold i kommunen (Kattouw & Wiig, 2018, s. 21).

For fastlegetjenesten er ikke organiseringen like avhengig av geografiske forhold, men pasientene er ulike med hensyn til alder og spredning i bosetting. Selv om fastleger er organisert under kommunene, er majoriteten selvstendig næringsdrivende. Av fastlegene er 86,6 prosent selvstendig næringsdrivende, og 13,4 prosent er fastlønnet. (Tøndevold et al., 2019). Av de selvstendig næringsdrivende legene er flesteparten organisert i gruppepraksiser med flere fastleger. Fastleger har derfor stor innflytelse over egen drift og felles avgjørelser for legekantoret tas innad i gruppen. Hver enkelt fastlege har selv ansvar for sin liste med pasienter, der snittet er 1068 pasienter per fastlege (Gaardsrud, 2020). Det er imidlertid store forskjeller blant fastlegene i antallet pasienter de har på listen sin, helsetilstanden til pasientene og hvor spredt de er bosatt. Lønnsstrukturen til fastleger kan bestå av fast lønn, godtgjørelser fra kommunen, basistilskudd og refusjoner fra staten. (KS, 2020).

Spesialisthelsetjenesten er delt i fire regioner og omfatter sykehus, distriktpsikiatriske sentre, privatpraktiserende spesialister, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, prehospitale tjenester, og laboratorie- og røntgenvirksomhet (Regjeringen, 2021). Det er stor variasjon mellom helsetjenestene med hensyn til innflytelse over eget arbeid og hvilke ressurser de har tilgjengelig. Det er også forskjeller innad de i de fire regionene i hvordan de gjør prioriteringer i arbeidet sitt. (NOU, 2019, s 13). Forholdene rundt den lokale beslutningstager er derfor mer varierte i spesialisthelsetjenesten.

2.4 Bruk av digital pasientbehandling i dag

Helsedirektoratet har i stor grad fokusert på teknologi for å skape en bedre helsetjeneste de siste årene (Direktoratet for e-helse, 2019). Det økte fokuset på teknologi ble tydeliggjort da direktoratet for e-helse ble startet i 2016 (Regjeringen, 2016). E-helse blir definert som bruken av informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å bedre kvaliteten, effektiviteten og sikkerheten i helse- og omsorgssektoren (Direktoratet for e-helse, 2021b).

Bruken av digital pasientbehandling har blitt mer utbredt i det norske helsevesen i senere tid. Motivasjonen for dette har vært å spare kostnader for helsevesenet, i tillegg til å forbedre tjenesten. Denne utviklingen økte markant ved utbruddet av Covid-19, og det siste året har bruken i større grad vært motivert av smittevern fremfor kostnadsbesparelser (Lundberg, 2020)

Fysiske besøk hos fastlege har i noen tilfeller blitt erstattet av e-konsultasjoner. Med en *e-konsultasjon* menes en legetime som gjennomføres via nett ved hjelp av video, lyd eller tekst (Helsenorge, 2021). I en rapport utarbeidet av Helsedirektoratet (2018b, s. 110) fremkommer det at bruken av e-konsultasjoner kan gi en samfunnsøkonomisk gevinst på 534 millioner kroner i netto nåverdi i tidsperioden 2019 til 2028. Denne gevinsten vil hovedsakelig komme fra redusert tidsbruk og transportkostnader for pasientene. På tross av de forventede samfunnsøkonomiske gevinstene har e-konsultasjoner tidligere vært lite utbredt, og i januar 2020 var kun 3,1 prosent av konsultasjoner hos fastleger digitale. Etter utbruddet av Covid-19 har imidlertid en langt større andel av konsultasjoner blitt gjort digitalt, og nådde et toppunkt på 41,1 prosent i april 2020. (Helsedirektoratet, 2021a). Det er likevel ventet at denne andelen vil gå ned etter pandemien, men hvor utbredt bruken blir i fremtiden er usikkert.

I hjemmesykepleien har det blitt gjennomført en rekke pilotprosjekter med avstandsoppfølging av pasienter i Norge (Institutt for helse og samfunn, 2020). *Avstandsoppfølging* er et begrep som brukes for hjemmeoppfølging av pasienter, der pasienten selv gjør målinger av egen helse og i større grad blir fulgt opp over nett enn ved tradisjonell oppfølging. Ved å bruke velferdsteknologi kan kronisk syke pasienter selv gjennomføre og sende målinger av egen helsetilstand til helsepersonell, uten å få fysisk besøk av helsepersonell. *Velferdsteknologi* er en fellesbetegnelse på teknologi som hjelper pasienter med å ivareta helsen sin selv, i egen bolig. Eksempler på slik teknologi er måleapparater, nettbrett og andre verktøy pasienten kan benytte i behandling av egen sykdom. (Direktoratet for e-helse, 2021a).

Nasjonalt velferdsteknologiprogram er et program ledet av Helsedirektoratet, i samarbeid med Direktoratet for e-helse. Målsetningen til programmet er å legge til rette for økt bruk av velferdsteknologi i lokale tjenestetilbud, og over 300 kommuner har deltatt. Prosjektene driftes av lokale prosjektledere som har kompetanse med lidelsen som følges opp. (Meld. St.14 (2020-2021), s. 285). Eksempler på lokale prosjekter som driver med avstandsoppfølging er VIS, velferdsteknologi i sentrum og Telma, felles telemedisinsk løsning på Agder (Direktoratet for e-helse, 2019; Abildsnes et al., 2018, s. 2). Prosjektene samler inn data om hvordan

gjennomførelsen av avstandsoppfølging fungerer i praksis, og utformer rapporter for å bidra til kunnskapsdeling mellom kommunene. Kunnskapsdelingen har i større grad fokusert på kvaliteten på tjenesten enn på kostnadsvurderinger (Helsedirektoratet, 2021b).

Det er i dag en rekke prosjekter knyttet til digital pasientbehandling ved sykehus (Direktoratet for e-helse, u.å.). En av de mest utbredte anvendelsene er oppfølging av pasienter over video. Sykehus har også fått pasienter til å selv fylle ut digitale skjemaer før operasjoner, slik at pasienten kan gjøre mer av arbeidet selv. Slike skjemaer blir i dag også brukt for at pasienter skal kunne rapportere om sin egen helse i etterkant av en behandling. På den måten kan helsepersonell som følger dem få et bedre beslutningsgrunnlag for å avgjøre om pasientene trenger oppfølgingstimer eller ikke. Digital pasientbehandling åpner også opp for at legespesialister, i møte med pasienter, kan samhandle med fastleger og hjemmesykepleien over video. Dette gjør at de helsepersonellet sammen kan behandle pasienten, uten at vedkommende trenger å fysisk oppsøke flere helsetjenester. (Direktoratet for e-helse, 2019c; Direktoratet for e-helse, 2017).

3 Nytte-kostnadsanalyse

I dette kapitlet vil vi redegjøre for relevant teori som vi bruker som et bakteppe for å besvare forskningsspørsmålene våre. Vi bruker teorien som bakteppe for å belyse problemstillingen vår. Innledningsvis vil vi presentere teori rundt bruken av nytte-kostnadsanalyser for nye prosjekter i helsevesenet, og hvordan det kan brukes for å evaluere virkningene. Videre vil vi presentere et teoretisk rammeverk egnet for nytte-kostnadsanalyser for helsetiltak. Avslutningsvis vil vi presentere vårt egen modifiserte versjon av dette rammeverket, spesielt tilpasset digital pasientbehandling.

3.1 Nytte-kostnadsanalyser i helsevesenet

Nytte-kostnadsanalyser tar sikte på å vurdere den økonomiske verdien av fordeler og ulemper knyttet til offentlige prosjekter. Dersom den samlede betalingsvilligheten for prosjektet er større enn kostnadene vil det være samfunnsøkonomisk lønnsomt å gjennomføre. (Sirnes et al., 2021). Betalingsvilligheten er et mål på den oppfattede verdien av et prosjekt, og gir uttrykk for hvor mye ressurser samfunnet samlet sett er villige til å gi avkall på for å realisere prosjektet. Det er knyttet spesielt store utfordringer til å vurdere verdien av tiltak innen helsevesenet. Dette skyldes at det er utfordrende å fange opp og tallfeste kostnadene og gevinstene tiltaket medfører. (Magnussen, 2020). I tillegg er etiske hensyn særlig tungtveiende i helseøkonomiske analyser (NOU, 1997, s. 7).

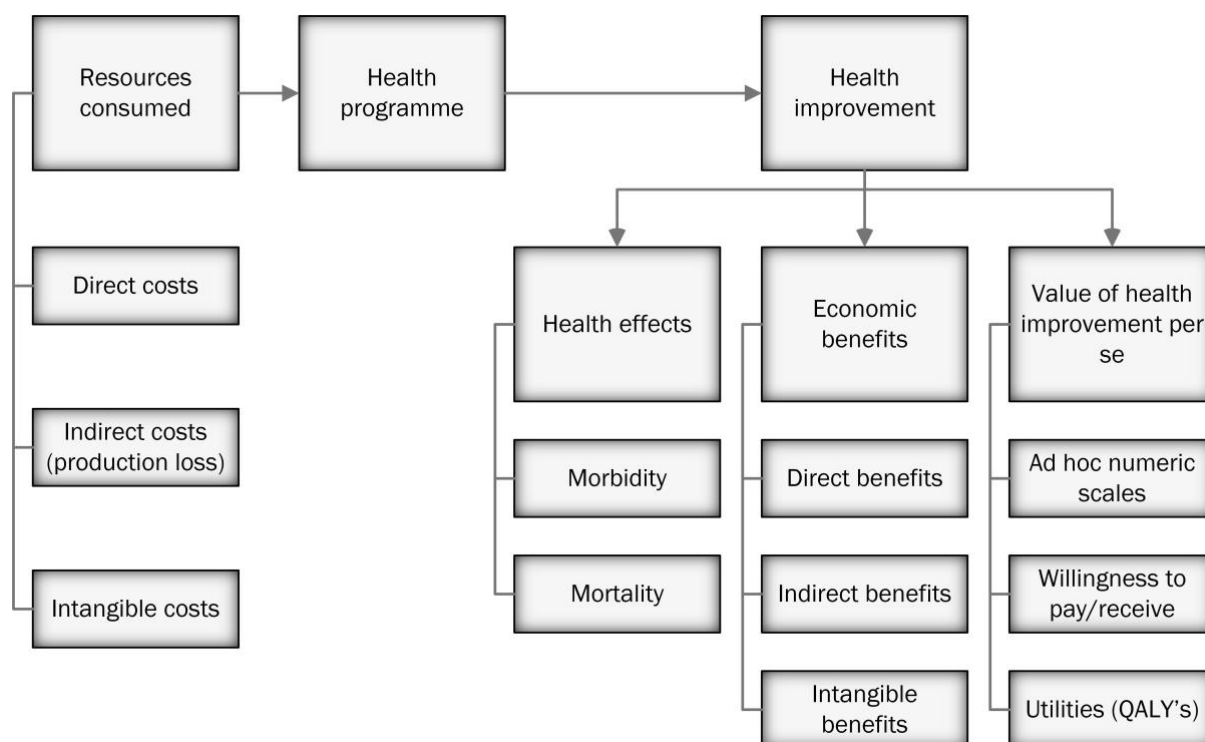
For å sikre at analyser av nytte og kostnader ved ulike helsetiltak er konsistente og kan sammenlignes, bør man forholde seg til like vurderingsprinsipper. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ), har lagt føringer for hvordan nytte-kostnads analyser bør gjennomføres og hva som bør vektlegges i analysene. DFØ er statens fagorgan for økonomi, styring og organisering. En av hovedoppgavene til DFØ er å gi råd og veiledning om samfunnsøkonomiske analyser. (DFØ, 2021). Når man sammenligner virkningene av et tiltak, anbefaler direktoratet generelt å vurdere virkningene av tiltaket opp mot *alternativkostnaden*, altså verdien av ressursenes alternative anvendelse (DFØ, 2018, s. 41). DFØ anbefaler å

tallfeste de identifiserte virkningene av tiltaket så langt det lar seg gjøre. Dersom man ikke har tilgang til relevante data for å kartlegge og tallfeste kostnader og gevinster innenfor tids- og ressursrammen til utredningen av kostnads- og nyttevirkningene, kan man benytte kvalifiserte faglige anslag. (DFØ, 2018, s. 93). Dette åpner opp for kvalitative innsamlingsmetoder av relevant informasjon for å vurdere virkningene av tiltaket.

I vurderingen av nye tiltak, er det i henhold til DFØ sine føringer naturlig å sammenligne tiltaket med *nullalternativet* (DFØ, 2018, s. 93). For et helsetiltak vil dette være den nåværende måten å behandle pasienter på. Dette er i all hovedsak fysisk behandling. For å kartlegge gevinster og kostnader ved en omstilling til digital pasientbehandling må vi identifisere hvem som påvirkes av tiltaket. Deretter må vi vurdere hvilke effekter det vil ha på de som påvirkes, og anslå hvor store effektene vil være i omfang. For å forenkle identifiseringen og kategoriseringen av kostnader og gevinster for digital pasientbehandling vil vi i denne masterutredningen presentere et rammeverk for nytte-kostnadsanalyser, spesifikt utformet for helsesektoren.

3.2 Torrances rammeverk

Det er knyttet spesielt store utfordringer til nytte-kostnadsanalyser av helsetiltak. Ved å kategorisere mulige virkninger av et tiltak på forhånd, kan man lettere strukturere analysen av om et tiltak bør gjennomføres. Torrance (1986) setter opp et teoretisk rammeverk som er spesielt tilpasset nytte-kostnadsanalyser i helsevesenet. I artikkelen samler Torrance erfaringer fra flere nytte-kostnadsanalyser av prosjekter i helsesektoren og sammenfatter effekter som måles i de ulike analysene i et rammeverk. Rammeverket kan anvendes for å kartlegge kostnader og gevinster for et helseprosjekt, avhengig av hvilke virkninger man ønsker å måle. Torrances rammeverk, illustrert i figur 2, viser mulige momenter i en beregning av samfunnsnyttan av en behandling.



Figur 2: Rammeverk fra Torrance (1986). De ulike komponentene i Torrances rammeverk

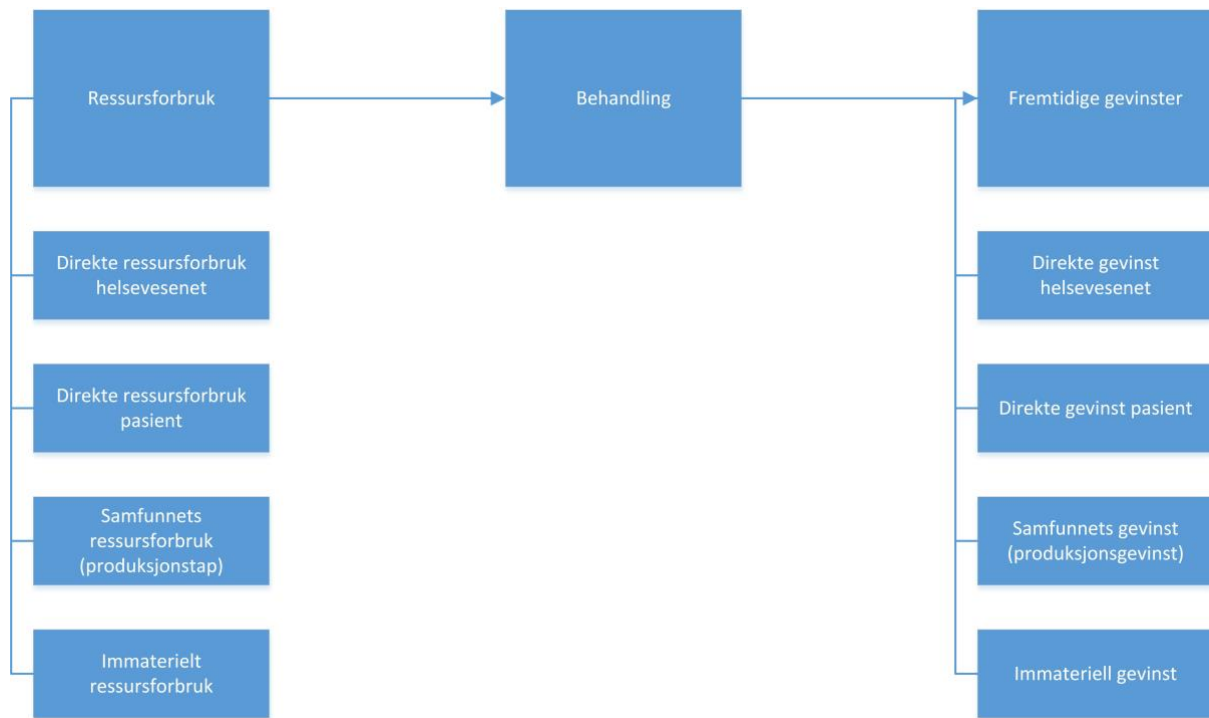
Beregningene av kostnader for et helsetiltak foretas ved å kalkulere ressursforbruk i helsevesenet, *Direct costs*, tapt arbeidstid for pasienter som er under behandling, *Indirect costs*, og eventuelle smerter og lidelser som påføres pasientene under behandling, *Intangible costs*. Torrance beregner gevinstene ved helsetiltaket gjennom påvirkningen på helsen til pasientene, *Health effects*, den økonomiske konsekvensen av helseprogrammet, *Economic benefits*, og verdien for pasienten av en helseforbedring, *Health improvement per se*. Under *Health effects* måles påvirkningen på dødeligheten blant pasientene, *Mortality*, og helseplager som er en konsekvens av behandlingen, *Morbidity*. Modellen fanger også opp økonomiske gevinster i form av direkte gevinster for helsevesenet siden pasientene krever mindre fremtidig behandling, *Direct benefits*. Indirekte gevinster i form av at pasienten returnerer til arbeid og i større grad vil bidra til samfunnet fanges opp i *Indirect benefits*. *Intangible benefits* innbefatter den pengemessige verdien av en reduksjon i ubehag for pasienten og pårørende. (Torrance, 1986).

Modellen tar også høyde for den mindre observerbare og subjektive verdien av en helseforbedring for pasienten, *Value of health improvement per se*, altså forsøker man å vurdere hvor høyt pasienten verdsetter resultatet av behandlingen. Det finnes ulike tilnærminger for å

måle denne effekten. Den første som trekkes frem er en rangering av pasientens selvopplevde helseforbedring basert på skalaer, *Ad hoc numeric scales*. En annet måleparameter er *Willingness to pay/receive* som gir uttrykk for betalingsviljen til pasienten for å motta en behandling. Summen av betalingsviljen til pasientene og samfunnet for øvrig for en behandlingsform kan brukes til å anslå i hvilken grad tiltaket bør prioriteres i offentlige beslutninger. Den siste måten å måle nytten av et helsetiltak på i Torrances modell er kvalitetsjusterte leveår *QALY's*, Quality adjusted life years. Denne tilnærmingen tar utgangspunkt i at pasientens livskvalitet angis på en skala i intervallet mellom 0 og 1. Det vil si at dersom verdien er 1, lever pasienten et fullverdig liv og desto nærmere 0, jo lavere livskvalitet har pasienten. Dette tallet kan variere basert på pasientens opplevde helsetilstand til enhver tid. I utregninger av QALY multipliseres tallet med antall leveår for pasienten. Måling av den pengemessige verdien av en helseforbedring kan være en krevende øvelse da dette er en størrelse det ikke er lett å måle i praksis (Torrance, 1986, s. 3)

3.3 Torrances rammeverk tilpasset digital pasientbehandling

Torrance sitt rammeverk gir en generell oversikt over mulige elementer i en kostnadsanalyse av et helseprosjekt. Vi bruker deler av Torrances rammeverk fordi det er velegnet til å kategorisere virkningene av digital pasientbehandling. Hvilke elementer som er hensiktsmessig å inkludere i en nytte-kostnadsanalyse av digital pasientbehandling er avhengig av hvilke nyttevirkinger og kostnader beslutningstageren bør vektlegge. For vårt anliggende konsentrerer vi oss om ressursforbruket digital pasientbehandling medfører for helsevesenet og pasienter, samt gevinster som denne behandlingsformen medfører for helsevesenet, pasienter og samfunnet for øvrig. Elementene i vår modell er sammenfattet i figur 3. Vi vil i det følgende utdype hva de ulike elementene i figuren innbefatter.



Figur 3: Modifisert versjon av rammeverk fra Torrance (1986). Relevante komponenter for å kategorisere virkningene av digital pasientbehandling

Ressursforbruk er et samlebegrep for kostnadene knyttet til digital pasientbehandling. Forskjellen fra Torrance sitt rammeverk er at vi skiller mellom det direkte ressursforbruket til helsevesenet, og det direkte ressursforbruket til pasienten. *Direkte ressursforbruk helsevesenet* er de direkte kostnadene for helsevesenet ved å tilby behandlingsformen, eksempelvis lønnskostnader til helsearbeidere, kostnader knyttet til medisiner og investering i utstyr til pasientene. *Direkte ressursforbruk pasient* er den direkte økonomiske kostnaden pasient og pårørende belastes av den digitale pasientbehandlingen. *Samfunnets ressursforbruk* er produksjonstapet for samfunnet ved at pasienten deltar i den digitale behandlingen, altså tapt arbeidstid. *Immaterielt ressursforbruk* er pasientens opplevde kostnad ved å benytte en behandlingsform.

Fremtidige gevinster er et samlebegrep for de positive virkningene av digital pasientbehandling. I likhet med de direkte kostnadene deler vi også inn direkte gevinster i *Direkte gevinster helsevesenet* og *Direkte gevinster pasient*. *Direkte gevinst helsevesenet* er positive virkninger på helsevesenets fremtidige ressursforbruk, som følge av en forbedring av pasientenes helse. Dette skyldes at pasientene ikke behøver å benytte seg av helsevesenets tjenester i like stor grad som de ville måtte uten den digitale behandlingsformen. *Samfunnets gevinst* er samfunnmessige gevinster knyttet til redusert arbeidsfravær. Typiske gevinster av

innføringen av helseprosjekter er reduksjoner i liggedøgn for pasienter og mindre behov for medisiner og tilsyn fra helsepersonell. Indirekte gevinster er gevinster for samfunnet ved at pasienter returnerer til arbeid i tilfeller der de ville vært utenfor arbeidslivet uten digital pasientbehandling. *Immateriell gevinst* er en sammensetning av to elementer i Torrances rammeverk. Det første er verdien av reduksjon i smerte og lidelse for pasienten og pårørende som følge av behandlingen. Den andre effekten er verdien av helseforbedringen for pasienten. Det vil si hvilken verdi helsegevinsten har i seg selv for pasienten. Disse verdiene er imidlertid utfordrende å måle, men like fullt en viktig del av nytte-kostnadsanalysen. Ofte benyttes estimater på pasientens betalingsvilje for behandlingen som en indikasjon på verdien den har. DFØ anbefaler å benytte kvalitative metoder for å avdekke betalingsvilje hos befolkningen i samfunnsøkonomiske analyser, der det ikke finnes tilgjengelige markedspriser. (DFØ, 2018, s. 24).

4 Metode

I dette kapitlet tar vi for oss metodebruken i vår utredning. Innledningsvis redegjør vi for valg av metode. Deretter greier vi ut om vår utvelgelse av informanter. Videre beskriver vi datainnsamlingen i oppgaven og hvordan vi har gått frem i analysen av det innsamlede datamaterialet. Vi evaluerer kvaliteten i forskningen vår før vi avslutningsvis tar stilling til forskningsetikken i forbindelse med masterutredningen.

4.1 Valg av metode

Forskningsmetoder kategoriseres i kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode tar sikte på å besvare et forskningsspørsmål ved å samle inn data fra mange enheter, som kan systematiseres og analyseres samlet. En kvalitativ tilnærming innebærer imidlertid intensive undersøkelser av et fåtall enheter. (Jacobsen, 2015, s. 251). Valg av forskningsmetode avhenger av forskningsspørsmålene man ønsker å belyse. Jacobsen (2015, s. 133) påpeker at det er hensiktsmessig å benytte en kvalitativ forskningstilnærming dersom man ønsker å belyse et uavklart tema og få frem en nyansert beskrivelse av temaet. For vår utredning har vi funnet det hensiktsmessig å benytte den kvalitative forskningstilnærmingen. Vi benytter et eksplorativt forskningsdesign, som har til hensikt å utdype en problemstilling vi har lite kunnskap om (Jacobsen, 2015, s. 64). Dette forskningsdesignet er gunstig fordi det i dag finnes lite forskning rundt de økonomiske og samfunnsmessige gevinstene ved å benytte digital pasientbehandling fremfor tradisjonell fysisk behandling.

Det er to mulige strategier for å tilnærme seg et forskningsspørsmål, en induktiv og en deduktiv forskningstilnærming. Den induktive tilnærmingen betyr at forskeren går fra empiri til teori. Dette innebærer at man samler empiriske data relatert til problemstillingen og sammenfatter funnene i en teori som er en mulig avklaring av forskningsspørsmålene. En deduktiv tilnærming tar utgangspunkt i teori og forsøker å avdekke eventuelle sammenhenger mellom teorien og virkeligheten ved å samle inn data. (Jacobsen 2015, s. 23). Den induktive

forskningstilnærmingen var hensiktsmessig for vår utredning ettersom det som nevnt fantes lite forskning rundt temaet for problemstillingen vår. Strategien for utredningen var å bruke data vi innhentet i undersøkelsesopplegget vårt for å trekke slutninger rundt forskningsspørsmålene våre.

4.2 Utvelgelse av informanter

Utvalget av respondenter i kvalitative metoder er formålsstyrt, altså er det problemstillingen for undersøkelsen som avgjør hvilke informanter man bør innhente (Jacobsen, 2015, s. 180-181). Vi valgte informanter som vi anså å ha relevant kompetanse og erfaring for å besvare forskningsspørsmålene våre. Ettersom vi ønsket et bredt spekter av idéer og perspektiv fant vi det hensiktsmessig å rekruttere informanter med ulike bakgrunner. Fellesnevneren for informantene var at alle har erfaring ved bruk av digital pasientbehandling. Vi unnlot bevisst å innhente informasjon direkte fra pasienter ettersom vi siktet på å forstå digital pasientbehandling i dybden, noe pasientene trolig har lite kunnskap om. I tillegg forelå det allerede brukerundersøkelser om pasienters opplevelse av digital pasientbehandling.

Informantene våre kan deles inn i fire kategorier: fastleger, legespesialister, e-helserådgivere og prosjektarbeidere. Fastlegene er allmennpraktiserende leger med erfaring fra bruk av e-konsultasjoner. Legespesialister er leger som jobber ved sykehus, og er spesialiserte på et bestemt område innen medisin. E-helserådgiverne arbeider med utvikling og forskning på digitale løsninger i helsevesenet. Prosjektarbeiderne har ulike roller i oppfølging av pasienter, der de har ulike bakgrunner med hensyn til kompetanse. Ytterligere informasjon om de ulike informantene er presentert i tabell 1.

Informant	Beskrivelse
Fastlege 1	Fastlege og leder for legesenter
Fastlege 2	Fastlege
Fastlege 3	Fastlege
Legespesialist 1	Legespesialist kreft
Legespesialist 2	Legespesialist kreft
Legespesialist 3	Lege i spesialisering nevrologi
E-helserådgiver 1	Spesialrådgiver E-helse
E-helserådgiver 2	E-helserådgiver og forsker
Prosjektleder 1	Prosjektleder med kompetanse innen lungesykdommer
Prosjektleder 2	Prosjektleder med kompetanse innen IT
Delprosjektleder 1	Delprosjektleder med kompetanse innen helse og sosialinformatikk
Prosjektmedarbeider 1	Prosjektmedarbeider med kompetanse innen psykiske lidelser

Tabell 1: Oversikt over informanter

4.3 Intervjuer

Vi har i denne masterutredningen benyttet dybdeintervjuer, også kalt semi-strukturerte intervjuer, i undersøkelsesopplegget vårt. Heretter brukes betegnelsen dybdeintervju. Dybdeintervjuet er en samtale mellom forsker og intervjuobjekt rundt et tema som intervjueren på forhånd har valgt ut. Tanken bak å benytte dybdeintervjuer var at det skapte en situasjon der informanten fikk anledning til å reflektere over egne erfaringer og synspunkter i forbindelse med tema for utredningen vår. (Tjora, 2017, s. 113). Intervjuobjektene hadde ulik kompetanse og erfaring, og en slik intervjuform gav dem mulighet til å gå i dybden på det de hadde mest kunnskap om.

Samtlige intervjuer ble gjennomført over nettbaserte videotjenester. Årsaken til dette var at vi planla å rekruttere informanter fra forskjellige deler av landet. Det var også et fleksibelt medium å benytte, da flere av informantene var avhengige av at intervjuene kunne gjennomføres i deres arbeidstid mellom andre gjøremål. De kunne på denne måten intervjues uten å måtte forlate kontoret sitt. Intervjuene er hovedsakelig gjennomført over videotjenesten Zoom, med et par unntak der intervjuobjektene foretrakk å bruke andre videotjenester. Vi tok opp og lagret én lydfil fra hvert intervju. Lydfilene inneholdt intervjuene i sin helhet og ble benyttet for å senere nedskrive intervjuene i tekstform.

For å strukturere intervjuene i forkant av intervjuprosessen, laget vi en intervjuguide. Vi valgte en tredelt overordnet oppbygging av intervjuet, med oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avrundingspørsmål. Den første delen av intervjuet bestod av enkle spørsmål som satte tonen for intervjuet og ville gi informantene en følelse av at de behersket intervjusituasjonen. Deretter fulgte et segment med spørsmål som var knyttet direkte til forskningsspørsmålene i utredningen vår, og som krevde større grad av refleksjon. Her inkluderte vi mulige oppfølgingsspørsmål som det var naturlig å stille i forbindelse med de ulike momentene som vi gjennomgikk. Avslutningsvis la vi opp til at informantene kunne stille oss eventuelle spørsmål om deres deltagelse i utredningen. Vi meddelte også praktisk informasjon rundt deres rettigheter i forbindelse med innholdet fra intervjuet som ble lagret og brukt videre i utredningen. Vi vil påpeke at de ulike bakgrunnene til intervjuobjektene gjorde at vi laget tilpassede intervjuguides til intervjuene. Vi laget en felles intervjuguide for fastleger og legespesialister, som er vedlagt i oppgavens appendiks. Intervjuguidene til intervjuene med

de resterende informantene er imidlertid ikke inkludert i utredningen, ettersom disse guidene var spesifikke og inneholdt mulig identifiserende opplysninger om informantene. Intervjuguidene ble også endret gjennom prosessen da vi forkastet enkelte spørsmål grunnet at de ble besvart utfyllende i tidligere intervjuer.

4.4 Dataanalyse

For å analysere data fra intervjuene valgte vi å transkribere og deretter tilordne de innsamlede dataene i kategorier. I dette kapittelet går vi inn på hvordan vi gikk frem ved transkripsjon, koding og kategorisering av det innsamlede datamaterialet vårt.

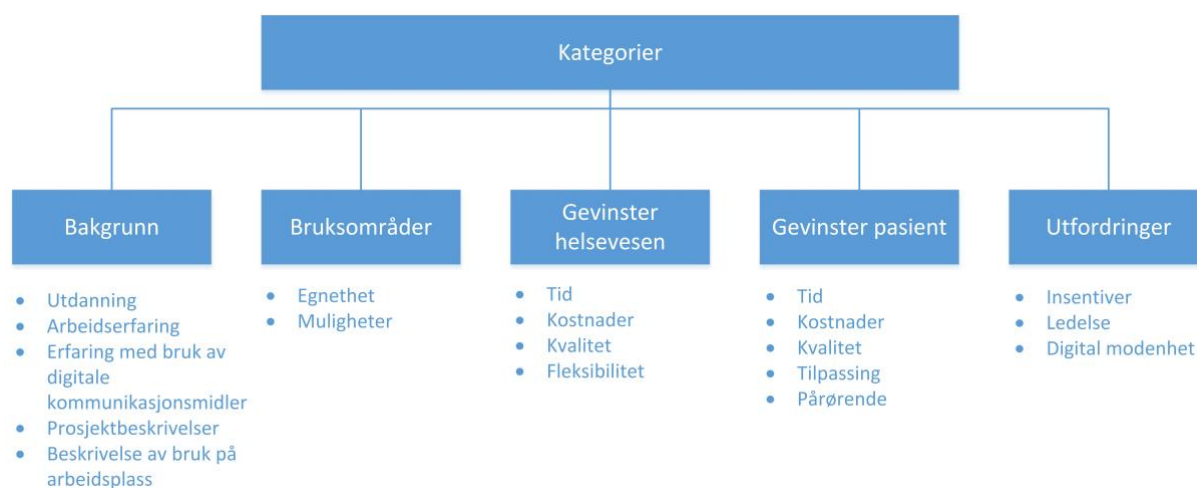
Transkripsjoner

Transkribering er prosessen knyttet til å overføre lydopptak til skrift. Ved å omgjøre intervjusamtalene til tekstlig data kan man systematisere intervjuene og lettere sammenligne de på tvers av hverandre. Kvale & Brinkmann (2009, s. 206-207) poengterer at mengden data som skal transkriberes og transkripsjonens form er avhengig av formålet med prosjektet. Tjora (2017, s. 173-174) anfører imidlertid at man på forhånd ikke kan definere hva som kan være de sentrale temaene, og fornuftig detaljnivå på transkripsjonen. Han anbefaler å transkribere mer detaljert enn man tenker er nødvendig. Ettersom mengden lydopptak var overkommelig for oss å transkribere, valgte vi å gjengi dem i sin helhet. Intervjuene er transkribert ordrett, noe som innebærer at transkripsjonene har et muntlig preg. Vi har imidlertid valgt å omskrive enkelte dialektord til tilsvarende bokmålsuttrykk, uten at det endrer innholdet i informantenes utsagn. Dette gjorde vi med den hensikt å gjøre innholdet mer lettfattelig for et bredere segment av leserne og opprettholde anonymiteten til informantene.

Kategorier

Vi valgte å kategorisere innhentede data for å gjøre informasjonen mer oversiktlig og håndterlig. Dette forenklet analysen på tvers av intervjuene. Vi har benyttet åpen koding i kategoriseringen av data fra intervjuene. Dette innebærer at vi tok utgangspunkt i de faktiske intervjuene da vi dannet relevante kategorier for kodingen, og ikke kategorier som vi definerte

i forkant. En fordel med åpen koding er at kategoriene man benytter ligger tett opp til empirien, slik at man unngår å utvikle kategorier basert på teori eller hypoteser (Tjora, 2017, s. 197-198). Etter en gjennomgang av transkripsjonene våre kom vi frem til at det var hensiktsmessig å benytte fem overordnede kategorier med tilhørende underkategorier for å strukturere det innsamlede datamaterialet. De fem kategoriene og deres respektive underkategorier er illustrert i figur 4.



Figur 4: Kategorier. Kategoriene brukt i systematiseringen av datamaterialet

Bakgrunn var en hovedkategori som innbefattet bakgrunnsinformasjon om informantene og deres anvendelse av digital pasientbehandling gjennom prosjekter de arbeidet med eller gjennom generell bruk på arbeidsplassen deres. *Bruksområder* innbefattet informasjon om i hvilke sammenhenger bruken av digital pasientbehandling egnet seg og fremtidige mulige anvendelsesområder. *Gevinster helsevesen* samordnet informasjon fra intervjuene, der intervjuobjektene greide ut om gevinster som helsevesenet kan oppnå ved hensiktsmessig bruk av digital pasientbehandling. Vi skilte mellom de ulike formene for gevinster ved å benytte hensiktsmessige underkategorier. I hovedkategorien *Gevinster pasient*, organiserte vi gevinster for pasienter ved en overgang til digital behandling. Hvilke type gevinster det gjaldt spesifiserte vi videre i underkategoriene. *Utfordringer* innbefattet hvilke utfordringer informantene mente forelå for at gevinstene ved digital pasientbehandling skulle realiseres. En nærmere beskrivelse av hovedkategoriene i kodingen, med tilhørende underkategorier, er vedlagt i utredningens appendiks.

4.5 Forskningskvalitet

Forskningskvaliteten i en oppgave blir vurdert etter kriteriene gyldighet og reliabilitet. Vi vil forklare disse begrepene nærmere og vurdere utredningen med hensyn på dens gyldighet og reliabilitet.

Gyldighet

Gyldighet handler om det er en logisk sammenheng mellom et prosjekts utforming og funn, og de spørsmålene prosjektet søker å finne svar på. Forskningens gyldighet er knyttet til om de svarene man finner i forskningen faktisk besvarer de spørsmålene man ønsker å stille. (Tjora, 2017 s. 231-232). I vitenskapelig metode vurderes to typer gyldighet, intern- og ekstern gyldighet. Intern gyldighet omhandler hvorvidt det er en sammenheng mellom forskerens beskrivelse av virkeligheten, og slik den faktisk er. Ekstern gyldighet handler om resultatene er generaliserbare, altså om funn kan overføres til å gjelde til andre sammenhenger enn den som studeres. (Jacobsen, 2015, s. 18).

Forskeren tar sikte på å beskrive en virkelighet som ikke er direkte observerbar gjennom å innhente data fra studieobjekter. For at beskrivelsen skal være virkelighetsnær er vi avhengige av at informantene, fortolkningen vår av datamaterialet og konklusjoner vi trakk gir en sann representasjon av virkeligheten. Den interne gyldigheten styrkes av at forskeren har fått tak i de riktige informantene. Som påpekt i kapittel 4.2 mener vi at vi rekrutterte informanter som var skikket til å belyse forskningsspørsmålene våre. Videre styrkes den interne gyldigheten av at informantene har god kunnskap om fenomenet som beskrives. (Jacobsen 2015, s. 228-230). Våre informanter hadde inngående kunnskap om digital pasientbehandling. De fleste informantene har høy ansiennitet i helsevesenet og har trolig relevant kunnskap for vår utredning. De hadde imidlertid ulik bakgrunn og kompetanse. Uttalelser fra informantene ble vektlagt etter deres kunnskap rundt temaene de uttalte seg om. Eksempelvis er vi varsomme med bruken av uttalelser fra helsepersonell om tekniske aspekter ved digital pasientbehandling.

Den interne gyldigheten avhenger også av informantenes vilje til å gi riktig informasjon. En utfordring i kvalitative undersøkelser er at informantene kan ha motiver for å gi uriktig informasjon. Dette kan eksempelvis være at informantene ikke ønsker å uttale seg negativt om

arbeidsgiver i frykt for konsekvensene av dette. Våre informanter er anonymiserte i utredningen, noe som trolig gjør at de ikke vegrer seg for å kritisere interne forhold i organisasjonen de representerer. Dermed er det mer sannsynlig at de ikke utelater eventuelle negative opplysninger om organisasjonen.

Vi må ta stilling til om vår fremstilling av det innsamlede datamaterialet representerer det informantene faktisk formidlet. Jacobsen (2015, s. 233) poengterer at det er en fare for at forskeren tillegger sine egne meninger og fordommer til datamaterialet fremfor å presentere de opprinnelige dataene. I vår gjengivelse av sitater fra informanter har vi ikke omskrevet utsagnene, og de er gjengitt i sin opprinnelige form. Dette reduserer sannsynligheten for at uttalelser blir tatt ut av kontekst eller feiltolket. Vi hadde heller ikke inngående kunnskaper om tematikken på forhånd av intervjuprosessen, som forhindret at vi hadde forutinntatte meninger. Likevel kan det ikke utelukkes at våre subjektive tolkninger av informantenes utsagn har gjort at fremstillingen vår ikke representerer det informantene mente å formidle.

Et viktig steg i vurderingen av oppgavens interne gyldighet er å ta stilling til om resultatene våre gjenspeiler virkeligheten. Dette gjøres ved å undersøke om resultatene man har kommet frem til støttes av annen forskning. (Jacobsen, 2015, s. 237). Dette er i vårt tilfelle krevende ettersom det ikke foreligger mye tilgjengelig litteratur som belyser problemstillingen vår. Vi har vurdert våre funn opp mot den tilgjengelige litteraturen vi har innhentet. Det at våre funn på flere områder samsvarer med støttelitteraturen styrker utredningens gyldighet. Det er imidlertid viktig å poengtere at ikke alle funnene i vår undersøkelse lot seg etterprøve. Dette skyldes mangel på datagrunnlag fra eksterne kilder som støtter opp om det informantene sier. Dette bidrar til å svekke forskningens gyldighet ettersom konklusjonene våre delvis bygger på funn som ikke kan underbygges av annen forskning.

Ekstern gyldighet omhandler i hvilken grad funn fra forskningen kan generaliseres til andre enheter enn dem man har undersøkt (Jacobsen 2015 s. 237). En svakhet med den kvalitative tilnærmingen er at utvalgte intervjuobjekter ikke nødvendigvis er representative for hele populasjonen. Dette skyldes at man kun får undersøkt et fåtall enheter. (Jacobsen, 2015, s. 241). Vi har kun gjennomført tolv intervjuer i forbindelse med utredningen, grunnet tids- og ressursbegrensninger. Man vil imidlertid kunne hevde at man i praksis har nådd en metning av kunnskap når ett ekstra intervjuobjekt ikke vil tilføre interessant ny informasjon til utredningen (Jacobsen 2015, s. 238). Vi opplevde etter hvert at vi hadde fått tilstrekkelig informasjon for å

belyse vår problemstilling. Det bør imidlertid understrekes at vi kan ha gått glipp av vesentlig informasjon fordi vi ikke intervjuet de riktige personene eller stilte de riktige spørsmålene i intervjuene.

Det er imidlertid viktig å poengtere at vi etterspurte informanter som har benyttet digital pasientbehandling. Det kan følgelig være en del av helsepersonellet som ikke har erfaring med digitale konsultasjoner som er underrepresenterte. De som er negative til bruken av digital pasientbehandling kan også ha blitt ekskludert fra utvalget vårt. Intervjuforespørselen vår var ikke formulert slik at man nødvendigvis måtte være positivt innstilt til digital pasientbehandling for å delta. Det kan imidlertid tenkes at måten forespørselen var utformet på forhindret personer med negative erfaringer med digital pasientbehandling i å delta. Dette skyldes at vi understreket at formålet med masterutredningen var å avdekke mulige gevinster ved denne typen behandling.

Reliabilitet

Reliabilitet dreier seg om forskningens pålitelighet og måten datamaterialet er samlet inn og bearbeidet på. Forskningsresultatenes reliabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om intervjuobjektene ville endret sine svar dersom intervjuet var foretatt av en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2018, s 276). I dette metodekapittelet har vi gjennomgått måten vi har innhentet, kategorisert og presentert informasjon på. Dette styrker forskningens reliabilitet ettersom det blir mulig for andre å gjennomføre lignende undersøkelsesopplegg og etterprøve våre resultater. Jacobsen (2015, s. 242) poengterer imidlertid at et fenomen kalt intervjueffekten kan inntreffe i intervjuprosesser. Dette er effekten intervjuer kan ha på svarene som gis fra informanter (Davis et al., 2010). Vi må følgelig ta stilling til om vår fremtoning som intervjuere har påvirket svarene informantene våre gav. I etterkant av intervjuene innså vi at noen av spørsmålene vi stilte kan ha vært ledende. I tilfeller der vi ble bevisst på dette ble svarene ikke vektlagt i like stor grad som intervjuobjektens frie refleksjoner.

Innenfor all samfunnsforskning vil forskeren ha et eller annet engasjement i temaet det forskes på. (Tjora, 2017, s. 235). Det er i denne forbindelse viktig å understreke at ingen av oss gikk inn i arbeidet med masterutredningen med noen formeninger om hvilke funn vi ville gjøre eller antatte konklusjoner for utredningen. Det at vi ikke hadde inngående forkunnskaper om tematikken, tillot oss å stille med et åpent sinn.

Reliabiliteten til dataene påvirkes også av nøyaktigheten til forsker i nedtegning og analysen av datamaterialet som innhentes (Jacobsen, 2017, s. 245). Vi tok lydopptak fra samtlige intervjuer. Dette ble gjort for å sikre at vi fikk registrert en fullstendig gjengivelse av intervjuene. Vi transkriberte også intervjuene i sin helhet for å unngå at vi skulle gå glipp av informasjon. Det er imidlertid ikke noen garanti for at transkripsjonene ikke inneholder feilsiteringer av informanter, noe som kan ha svekket kvaliteten på analysen av datamaterialet.

4.6 Forskningsetiske hensyn

Forskningsetiske hensyn i forbindelse med gjennomføringen av dybdeintervjuer er knyttet til et krav om at informantene ikke skal komme til skade ved å delta i forskningen. Dette betyr at informasjonen om informantene i utredningen blir presentert på en måte som sikrer at de beholder sin anonymitet, og at undersøkelsesopplegget er transparent. Anonymisering er sentralt dersom særlige sensitive temaer tas opp. (Tjora, 2017, s. 175). Selv om dybdeintervjuene ikke tilsynelatende inneholdt sensitive temaer, forsikret vi informantene om at de ville være anonyme i forbindelse med deltagelsen i utredningen. Årsaken til at vi valgte anonyme intervjuer, var at det kunne gjøre det lettere for informantene å uttale seg kritisk mot ledelsen eller holdninger innad i organisasjonene de representerte. Det var imidlertid få kontroversielle temaer som ble tatt opp i intervjuene, men vi åpnet for et kritisk blikk innover i organisasjonene informantene arbeidet for. For å sikre åpenhet overfor informantene var vi tydelige om det tiltenkte formålet med intervjuet, både i informasjonsskrivet som informantene fikk tilsendt og i selve intervjuet. Sitater fra informanter er også gjengitt i sin helhet, i den forstand at de ikke er tatt ut av sammenheng.

I forbindelse med vår masterutredning søkte vi i forkant om tillatelse til å behandle personopplysninger knyttet til våre informanter. Bakgrunnen for dette var at vi skulle samle inn personopplysninger i form av navn, e-postadresse, signaturer, telefonnummer, samt andre opplysninger som fremkom i lydfilene fra intervjuene. Søknaden ble sendt inn til og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Den inneholdt et informasjonsskriv som skulle sikre at intervjuobjektene gav et informert samtykke til å ta del i undersøkelsen. Informasjonsskrivet er vedlagt i oppgavens appendiks. Vi formidlet informasjon om informantenes øvrige rettigheter i forbindelse med deltagelsen i utredningen vår gjennom informasjonsskrivet.

Informasjonsskrivet ble signert av informantene og returnert til oss. Søknaden inneholdt videre en beskrivelse av formålet med forskningsarbeidet vårt, samt hvilke personopplysninger og mulige identifiserende opplysninger som ville bli innhentet gjennom studien. Enkelte opplysninger vi innhentet kan avdekke informantens identitet ved at vedkommende nevnte spesifikke steder eller prosjekter i intervjuet. Vi har imidlertid bevisst ekskludert opplysninger som kunne ha bidratt til å identifisere informantene. Vi har også unngått å gi en for detaljert stillingsbeskrivelse av enkelte informanter, i tilfeller der dette kan avsløre vedkommende sin identitet. Det innsamlede datamaterialet i forbindelse med undersøkelsen vil bli slettet etter at masterutredningen er ferdigstilt.

5 Funn

I dette kapitlet sikter vi på å belyse hvilke muligheter digital pasientbehandling åpner for og hvilke gevinster det kan ha for helsevesenet, pasientene og resten av samfunnet. Innledningsvis vil vi gjennomgå anvendelsene av digital pasientbehandling informantene trakk frem som mest relevante. Vi vil deretter presentere mulige gevinster og utfordringer knyttet til hver enkelt anvendelse, for så å sammenfatte disse i tabeller etter hvert delkapittel. Funnene våre vil danne grunnlaget for vår videre diskusjon.

5.1 Anvendelser av digital pasientbehandling

I dette delkapitlet vil vi presentere funnene rundt hvilke anvendelser av digital pasientbehandling som er best egnet for å redusere ressursbruken til norsk helsevesen. Vi ønsker dermed å belyse det første forskningsspørsmålet vårt:

Hvilke anvendelser av digital pasientbehandling er best egnet til å redusere ressursbruken til norsk helsevesen, uten å redusere kvaliteten på tjenestetilbudet for pasientene?

Vi har i det følgende delt anvendelsene av digital pasientbehandling inn i to kategorier, basert på våre funn. Under identifiseringen av kategorier fremkom det et tydelig skille i bruken av digital behandling for pasienter med lidelser som kun krever et fåtall konsultasjoner med fastlege og spesialist, og de som krever langvarig oppfølging. Vi har valgt å skille mellom sykdommer med varighet kortere enn 6 måneder, som defineres som akutte, og sykdommer med varighet over 6 måneder som kategoriseres som kroniske.

Ettersom digital pasientbehandling av akutte sykdommer som regel kun krever e-konsultasjoner, vil vi kalle den første kategorien *E-konsultasjoner*. Ved kroniske sykdommer vil det kunne være behov for mer hyppige konsultasjonstimer, i tillegg til at pasienten vil kunne utføre og rapportere målinger av egen helsetilstand, og vi velger å kalle den andre kategorien *Medisinsk avstandsoppfølging*. Forløpet for pasienter i de to ulike kategoriene vil være

vesentlig forskjellige, noe som gjør at det er hensiktsmessig å diskutere prosessen rundt dem separat.

Fordelen med en inndeling basert på lidelsens varighet, er at de to kategoriene dekker alle pasienter. Ingen pasienter vil da falle utenfor kategoriene våre. Ettersom vi har et skille basert på tiden lidelsen varer, vil det være noe overlapp mellom kategoriene for pasienter som startet med en akutt sykdom som har blitt kronisk. Vi anser ikke dette som et problem ettersom majoriteten av lidelser som er kroniske, uansett må undersøkes fysisk før pasienten overføres til medisinsk avstandsoppfølging. Unntaket er moderate psykiske lidelser, som vi velger å inkludere i kategorien *Medisinsk avstandsoppfølging* ettersom de som oftest varer lenger enn 6 måneder. Videre vil vi, basert på informantenes uttalelser, presentere hva de to kategoriene innebærer.

5.1.1 E-konsultasjoner

Flere sykdommer pasienter har kan diagnostiseres uten en fysisk konsultasjon. I disse tilfellene kan legen kommunisere med pasienten over video, tekst eller telefon istedenfor. Hovedmotivasjonen for å gjøre konsultasjoner digitalt er at pasienten slipper å bruke tid på å komme seg til og fra legekontor, men informantene trakk også frem en rekke andre gevinster ved bruken av e-konsultasjoner. Flere informanter estimerte at omtrent 20 prosent av alle konsultasjoner hos fastleger i fremtiden kan gjøres over video.

“Så vi spør jo fastlegene hva tror du i en normalsituasjon, hvor stor andel av konsultasjonene kan tas på video. (...) De havner på et gjennomsnitt på 20 prosent da.”

(E-helserådgiver 2)

For legespesialister vil andelen av konsultasjonene som kan bli gjennomført digitalt avhenge av hvilke lidelser de er spesialisert i, der noen bestemte lidelser er mer egnet for e-konsultasjoner enn andre.

“Fem til ti år, så tror jeg vi har gått over til 30 prosent av alle konsultasjonene våre foregår, hvis ikke mellom 30 og 40 prosent, vil foregå digitalt.” (Spesialist 1)

Hvilket av kommunikasjonsmidlene som blir brukt avhenger av problemstillingen, og kan tilpasses etter hva pasienten og legen finner hensiktsmessig. Legenes oppfatning er at e-konsultasjoner har blitt godt tatt imot av pasientene, der videotjenester blir trukket frem som spesielt populært.

“Om et år, når denne pandemien er over, denne pasienten vil aldri forlange å komme ned til meg fysisk. Det er i alle fall de færreste. De fleste vil jo si at «OK, kan jeg få dette på video?».” (Spesialist 1)

Tekst-konsultasjoner skiller seg fra video og telefon ved at de er asynkrone. Det vil si at legene ikke trenger å svare på spørsmål med en gang de får dem, og kan vente med å respondere til de får anledning. Dette fungerer godt i mindre akutte sammenhenger, og gir legen mer kontroll over pasientflyten.

“Jeg kan jo ha en e-dialog som går gjennom en dag. Så sitter jeg inne og ser hvordan chattene ligger, så hiver jeg inn et par spørsmål og et par svar på en chat, og da sitter jeg jo ikke og venter på den.” (Fastlege 1)

Samlet sett vil video, telefon og tekst gi legene flere verktøy å bruke i gjennomførelsen av konsultasjoner. Legen kan da tilpasse konsultasjonsform etter pasientenes ønsker, samtidig som de kan få mer kontroll over egen arbeidshverdag.

5.1.2 Medisinsk avstandsoppfølging

Informantene trakk frem medisinsk avstandsoppfølging, som en anvendelse av digital pasientbehandling, med stort potensial. Videre vil vi for enkelhets skyld referere *til Medisinsk avstandsoppfølging* ved å kun skrive *avstandsoppfølging*. Informantene våre bruker ulike begreper for hva vi har definert som *avstandsoppfølging*, slik som digital pasientoppfølging og digital hjemmeoppfølging. Det er i dag flere lokale prosjekter med fokus på avstandsoppfølging, der helseministeren har vært tydelig med at han ønsker økt fokus på denne behandlingsformen.

“De siste årene så har jo oppdragene fra helseministeren vært veldig tydelig på at foretakene skal utvikle digital pasientoppfølging. Delvis for å gi mer medvirkning for pasienter i egen behandling. (...) Men også for å skape en bærekraftig helsetjeneste, og mer effektiv bruk av helsepersonale. Det er jo en knapphetsfaktor.” (E-helserådgiver 1)

Informantene som har jobbet med slike prosjekter tror det ligger et stort potensial i at flere tar det i bruk.

“Jeg tror jo at det er et stort potensiale, for vi har nå et verktøy som vi kan bruke mot mange grupper, og fra før av er det et behov som jeg tror at helsevesenet ikke har dekket, og det går veldig mye på mestring av egen sykdom, det å dyktiggjøre pasienter til å ivareta seg selv.” (Prosjektleder 1)

Ved fysisk oppfølging har pasienter med kroniske lidelser fått regelmessig besøk av helsepersonell i hjemmet, for å gjøre målinger relatert til lidelsen deres. På grunn av dagens velferdsteknologi kan pasienter med kroniske lidelser selv gjøre disse målingene og sende dem til helsepersonell. Helsepersonellet slipper på denne måten å bruke tid på å besøke pasienten. En informant beskriver avstandsoppfølging slik:

“Så deler vi ut det utstyret til pasienten, og så lager vi en individuell behandlingsplan for den aktuelle pasienten. For eksempel denne pasienten skal vi ha vekta på en gang om dagen (...) vi kan på en måte skreddersy en individuell plan basert på den malen som vi har satt. Og så leverer vi ut utstyr til pasienten. Så rapporterer pasienten inn ut ifra den behandlingsplanen som vi har satt opp til den pasienten. Og det vi har av medisinsk-teknisk utstyr som snakker med appen det rapporterer data automatisk. Så når pasienten går på vekta og den vekta blir målt, trenger ikke pasienten å gjøre noe. Da sendes vekta rett inn til oss. Tidligere var jo dette her noe vi fulgte opp på papir.” (Prosjektleder 2)

I tillegg til de fysiske målingene, kan pasienten fylle ut digitale skjemaer som gir behandler mer informasjon om hvordan pasienten føler seg, og hvilke aktiviteter de har gjort nylig. For måleverktøy som ikke sender data direkte til helsepersonell, kan pasienten selv rapportere disse via digitale skjemaer.

“Så tror jeg de fleste som har begynt med skjemaer. Der er ihvertfall helsepersonell veldig godt fornøyd for de får inn ofte gode data, og dataene kommer rett inn i og er tilgjengelige gjennom journalen slik at... og de kan også samle inn data over tid, slik at da får de veldig mye kvalitet på de opplysningene de har fra pasienten.”
(E-helserådgiver 1)

Skjemaene kan også gi helsepersonell innsikt over det fysiske aktivitetsnivået til pasienten. Dette er hensiktsmessig fordi fysisk aktivitet i mange sammenhenger er det mest forebyggende tiltaket pasienten kan gjøre for å ivareta egen helse.

“I forhold til kolspasienter, har han lungelegen våres, han spesialisten er tydelig på at det viktigste å følge med på kolspasienter er å motivere dem og passe på at de er i fysisk aktivitet. Det er ikke det at du måler vekt eller blodtrykk eller har så mye fancy utstyr, men det at du faktisk passer på å og prøve på å motivere pasienten til å være i fysisk bevegelse, det som gjør at pasienten skal holde seg så friske som mulig.”
(Prosjektleder 2)

Sykehusene kan da få mer oppdatert informasjon om pasienten, og kan følge opp pasienten minst like tett som ved fysiske besøk. Basert på algoritmer kan sykehusene plukke opp endringer i pasientens helsetilstand med en gang de oppstår, og raskt reagere på dem.

“Så det er laget en algoritme med sånn trafikklysmoell, som du svarer på noen spørsmål og måler oksygenmetningen også blir det kodet om det grønt, gult eller rødt nivå. Så da får man fanget opp tidligere om man ligger på gult et par dager, så er det kanskje lurt å starte på en behandling om det er medisiner eller om det er noe annet avhenger litt av hva pasienten følges opp av da.” (Delprosjektleder 1)

Slik oppfølging egner seg best for pasienter med sykdommer som de kan måle selv, der noen lidelser blir trukket frem som spesielt sentrale.

“Det er pasientforløp for diabetes, kols og hjertesvikt, eller en kombinasjon av de.”
(Prosjektleder 1)

I tillegg trekkes psykiske lidelser frem som svært relevant for avstandsoppfølging. For psykiske lidelser som varer over lengre tid, kan det være praktisk for pasienten å slippe hyppige reiser til

behandler. Det kreves lite utstyr for pasienter med psykiske lidelser å delta i avstandsoppfølging. For disse pasientene er et nettbrett eller en datamaskin tilstrekkelig.

“Vi har en følelse av at folk har tatt det til seg og at det er kommet for å bli. Spesielt innenfor psykiatrien har de blitt kjempeflinke til å bruke det.” (Prosjektleder 2)

En informant påpeker at slik oppfølging ikke egner seg for alle psykiske lidelser, der mer alvorlige situasjoner krever fysisk oppmøte. Informanten trakk likevel frem at samtaler over video har fungert bedre enn ventet.

“Jeg har blitt positivt overrasket over at man får så god kontakt over video. Jeg er jo vant med å jobbe med fysiske møter og er veldig opptatt av det, og alt rundt det, men jeg ser det og har erfart at man får faktisk utrolig god kontakt gjennom video fordi det er riktig for noen.” (Prosjektmedarbeider 1)

I denne oppfølgingen blir det også brukt selvhjelpsprogrammer på internett der pasienten selv kan svare på spørsmål, og bli bedre kjent med egen sykdom. Dette fungerer som et verktøy for å mestre sykdommen.

“I den løsningen som vi har i dette prosjektet så har vi andre sånne andre digitale verktøy vi kan bruke, sånn som selvhjelpsprogram og sånne ting.” (Prosjektmedarbeider 1)

For pasienter som vil delta i avstandsoppfølging kreves det tid for å komme i gang. Oppfølgingen starter relativt intensivt, der pasienten får utlevert utstyret og får omfattende opplæring fra helsepersonell. Etter hvert som pasienten blir vant til rutinene reduseres derimot tidsbruken knyttet til oppfølgingen.

“Den første tiden etter de startet opp med denne oppfølgingen, er oppfølgingen litt mer intensiv, der de gjennomgår en sånn opplæring, en slags mestringsperiode, og når de blir mer stabile så blir omfanget av oppfølgingen mindre.” (Prosjektleder 1)

Dersom slik avstandsoppfølging blir utbredt, vil det kunne endre livet til mange som sliter med kroniske lidelser i dag, og spare helsevesenet for betydelige kostnader.

5.2 Gevinster og utfordringer digital pasientbehandling

I dette delkapittelet vil vi presentere funnene våre knyttet til gevinstene og utfordringene for anvendelsene av digital pasientbehandling vi identifiserte tidligere. Først vil vi presentere de mulige gevinstene og utfordringene av e-konsultasjoner. Deretter vil vi gjennomgå funnene våre knyttet til gevinstene og utfordringene av avstandsoppfølging. Vi vil da belyse funnene knyttet til vårt andre forskningsspørsmål:

Hvordan kan lokale beslutningstagere, ved bruk av de identifiserte anvendelsene av digital pasientbehandling, skape gevinster for norsk helsevesen, pasienter og resten av samfunnet, og hva er forutsetningene for at disse gevinstene skal realiseres?

5.2.1 Gevinster e-konsultasjoner

Den største gevinsten informantene trakk frem ved økt bruk av e-konsultasjoner er tiden pasienten slipper å bruke på reiser til og fra legesentre og sykehus.

“Når det gjelder video, så er det først og fremst pasienten som slipper unødvendige reiser, slipper for eksempel å være en hel dag borte fra jobben i stedet for å ha en time alene på et stille rom. (...) Så det er vel den største gevinsten kan du si.”
(E-helserådgiver 1)

Dette er spesielt relevant for pasienter som må til spesialister som er lokalisert langt unna hjemmet deres.

“Mye reising for lite legesamtale, å skulle reise opp mot en time for å så skulle ha 25-20 min med doktoren for så å skulle reise tilbake en time, når man ikke får så mye mer ut av at man møtes personlig enn at man ser hverandre”. (Spesialist 2)

Tiden pasienter sparer, kan også gjøre at vedkommende slipper å ta seg fri fra jobben og dermed gå glipp av lønn. Samfunnet vil tjene på dette ved å unngå tapt verdiskapning som følge av arbeidsfravær. Informanter som har brukt e-konsultasjoner i praksis trakk frem flere eksempler på pasienter som har satt stor pris på å slippe unødvendig reising.

“Og da opplever de fleste det som veldig positivt. For de slipper jo reisen og de kan kanskje være på jobb den dagen eller sitte hjemme og gjøre det de hadde tenkt å gjøre den dagen, så de fleste er veldig positive til det av sånn praktiske hensyn.” (Spesialist 3)

“Jeg hadde en trailersjåfør, en som kjører langtransport. Han slapp jo da å ta en halv dag fri fra jobb ved å bruke video. Så han synes det var supert. Og jeg fikk for så vidt gjort det jeg skulle med den problemstillingen som jeg ikke kan huske hva var, men det var nyttig for han. Sparte penger. Sparte samfunnet for penger. Han slapp å sitte i kø og vente, og ikke sant, ta fri.” (Fastlege 2)

Økt bruk av e-konsultasjoner vil også føre til mindre transportutgifter for pasientene og helsevesenet. I dag er er en vesentlig utgiftspost knyttet til transport til og fra fysiske konsultasjoner. Denne dekkes enten av pasienten selv eller av helsevesenet.

“Nå er det jo også helseforetakene som betaler reisene til og fra sykehus, så det er jo også en økonomisk gevinst her.” (E-helserådgiver 1)

Dersom pasientene kan gjennomføre konsultasjonene hjemmefra eller fra jobben sin, vil det redusere antall reiseregninger norsk helsevesen må betale.

“Og for sykehuset som da kanskje slipper å betale drosjetransport, ikke sant. Fire timer hver vei for denne pasienten. Der vil det være et annet insentiv for å skulle fortsette med det.” (Spesialist 2)

En informant har data på hvor mye de har spart i pasientreiser, som følge av økt bruk av videokonsultasjoner under Covid-19 pandemien:

“Vi sparer jo mye penger på pasientreiser (...) vi har vel laget et snitt-tall, jeg lurer på om det ligger så høyt som 700kr bespart per gjennomførte konsultasjon i på pasientreiser.” (Prosjektleder 2)

Flere av informantene trakk frem at legen sparer tid ved å gjennomføre konsultasjoner over video, tekst og telefon sammenlignet med fysiske konsultasjoner. Her virker det å være forskjeller i tidsbruk mellom de ulike konsultasjonsformene.

“Totalen er jo at en tekstlig e-konsultasjon bare er halvparten av en telefon, telefon er si 7-8 minutter, video 10-11 og e-konsultasjon tekstlig er nok 3-4 minutter.”
(Fastlege 1)

Informantene erfarer at pasientene er mer presise og avgrenser seg til problemstillingen de kom med ved e-konsultasjoner sammenlignet med fysiske konsultasjoner.

“At de har en problemstilling på video, versus at når pasienten kommer inn på et kontor, så er det flere problemstillinger som blir tatt opp. Så på den måten virker hver videokonsultasjon, telefonkonsultasjon til å være mer konsis. Altså kortere da, og at det bare tas opp en problemstilling. Så det finnes det internasjonal forskning på som sier.” (E-helserådgiver 2)

Det blir også mindre tid brukt på rutinemessige handlinger ved bruk av e-konsultasjoner. Eksempler på dette er henting av pasient på venterom, avkledning, småprat og avslutning av konsultasjonen.

“Definitivt kortere både på video og på telefon enn på kontoret, det er det. Det har sin naturlige forklaring at man blir fort undersøkt, det er kanskje det viktigste, man slipper å hente pasienter og slike ting (...) det er veldig sjelden video eller telefon går over, hva skal man si, ekstremt sjeldent over 15 minutter og ganske sjeldent over 10 også, de aller fleste holder seg under 10 minutter. De færreste på kontoret gjør det.” (Fastlege 3)

Legene kan da behandle flere pasienter på kortere tid, som igjen fører til at helsevesenet unngår å betale overtid for arbeidet deres. En annen positiv konsekvens av dette kan være reduserte helsekøer som følge av den raskere behandlingen. Det er likevel viktig å poengtere at endringene i tidsbruk delvis kan skyldes hvilke problemstillinger som tas opp på de ulike konsultasjonsformene, og at leger bevisst velger ut enklere problemstillinger til e-konsultasjoner.

“Men det begrenser seg enda mer hva man kan gjøre på en telefonsamtale. Som betyr at man velger ut de tingene man kan gjøre på en telefonsamtale liksom før man legger opp til at det er det man skal gjøre. Og dermed så vil nok snittet av telefonsamtalen være kortere, men det er ikke nødvendigvis fordi man bruker mindre tid med en telefonsamtale, men fordi man velger ut de korte tingene til telefonsamtale.”
(Spesialist 2)

Bruken av video åpner også opp for at leger kan kommunisere med annet helsepersonell og pasienten på samme tid. Pasienten kan da få råd fra to leger samtidig uten å måtte møte til to separate timer, og selv måtte videreformidle informasjonen mellom legene. Informantene trakk frem flere gevinster ved at god samhandling over video kan spare helsepersonell for tid, både i planleggingen og gjennomførelsen av konsultasjoner. Ved å bruke mindre tid på å sette opp møter, og tid knyttet til transport til behandlingsstedet, vil helsepersonell bruke mindre tid per pasient.

“Men hvis jeg skal si noe, så er nok video sånn sett best egnet til å samarbeide på, altså pasient, pluss hjemmesykepleie, pluss sykepleier på kontoret, pluss lege, det er jo fabelaktig, for det går jo 5 minutter så har du satt et møte og så er du ferdig. Istedenfor at jeg må kjøre bilen hjem til hjemmesykepleie og spasere, det går tre timer. Ja, så det er jo supereffektivt.” (Fastlege 1)

Kvaliteten på tjenesten for pasientene kan heves ved at flere leger kan jobbe samtidig med en pasient og utveksle meninger. For pasienter med sammensatte og kompliserte problemstillinger, kan fastleger og legespesialister diskutere sammen og gi bedre råd, enn om informasjonen måtte ha blitt videreformidlet av pasienten selv.

“Jeg driver med videosamtale med den yngre legen som er på sykehuset på kvelden(...) Han har med seg laptopen eller telefonen sin, og jeg kan se på pasienten. Vi kan sammen diskutere dette, så det hever jo kvaliteten på de rådene jeg gir.” (Spesialist 1)

Dersom pasienter kun trenger å reise til en lege, istedenfor flere, kan det spare pasienten for tid og penger. I tillegg kan pasienten kunne få en diagnose og medisiner tidligere, hvilket kan føre til færre sykedager. Dette vil være gunstig både for pasienten og samfunnet.

“I stedet for at jeg må kalle inn i forkant i ukesvis for å få samlet folk for at de skal få tid til å møtes. Det er det jo på en måte slutt på, så da får du en mye bedre løpende dialog i pasientforløpet enn at det blir hakkete. Det blir mer sømløst da. (...) Altså du får levert varen på døra når du bestilte den til for å si det sånn.” (Fastlege 1)

For noen pasientgrupper er det verdifullt å ha med pårørende til behandling. Bakgrunnen for dette kan være at pasienten har problemer med å kommunisere selv, eller det kan være for emosjonell støtte. Her kan videoløsninger hjelpe, ved at pårørende slipper å møte fysisk på kontoret.

“Så har man hatt pårørende ved siden av på video. Og pasienten er jo ofte pensjonist, og pårørende er ofte yrkesaktiv, så det kan være en gevinst i at pårørende slipper å reise til sykehuset, forlate sin jobb, (...) pårørende sin reisetid er kanskje viktig den og, som på en måte gevinst.” (Spesialist 2)

Slike gevinster kan ha ringvirkninger siden pårørende ofte er yrkesaktive. Det at de slipper å bruke unødvendig tid på reisen kan være verdifullt, både for dem selv og samfunnet.

“Hvis du blir syk, eller moren din så kan du være med i konsultasjon, selv om hun er på sykehuset i Haugesund mens du er i Bergen, så kan du være med på konsultasjonen. Det er jo også teknologi. Og det vil jo spare deg for tid. Du får bedre livskvalitet, du får fulgt med din mor. Din mor blir kanskje friskere ved å vite at du er med i videokonsultasjonen selv om du fysisk ikke er der. Jeg tror det er et kjempepotensiale.” (Spesialist 1)

Flere informanter trakk frem at noen pasienter foretrekker e-konsultasjoner foran fysiske, og det at tekstkonsultasjoner er asynkrone har flere fordeler.

“Du kan gå og kommunisere og rådføre med en kollega, du kan slå opp i en bok for å gi et godt svar tilbake, slik at arbeidsmåten i steden for å så måtte svare over bordet med en gang, gjør at jeg tror kvaliteten...mye av kvaliteten på informasjon også blir bedre.” (E-helserådgiver 1)

Flere informanter trakk frem at noen pasienter vil sette stor pris på muligheten til å ha konsultasjoner fra eget hjem, der de føler seg mer komfortable enn på et legekantor eller sykehus.

“Jeg opplever at konsultasjonen, den samtalen jeg har med pasienter, si at den er 90 prosent av å være fysisk til stede, og faktisk noen pasienter opplever det tryggere, at vi faktisk har det på avstand.” (Spesialist 1)

Gevinster	Forklaring
Redusert tidsbruk pasient	Pasient unngår reise til og fra lege
Redusert tidsbruk lege	E-konsultasjoner tar kortere tid enn fysiske konsultasjoner
Redusert transportkostnad	Pasient unngår reisekostnader og helsevesen unngår betaling av reiseregninger
Redusert arbeidsfravær	Pasient unngår å ta fri fra arbeid for å dra til lege, som fører til et lavere produksjonstap for samfunnet
Muligheter for bedre faglig samarbeid	Tekstkonsultasjoner åpner for at leger kan diskutere problemstillinger før de svarer en pasient. Videomøter gjør det enklere for pasienten å snakke med fastlege og spesialist samtidig, som sammen kan gi pasienten råd
Økt trygghet	Enkelte pasienter opplever trygghet og kommuniserer mer effektivt ved å ha konsultasjon hjemme

Tabell 2: Oversikt over gevinster ved e-konsultasjon

5.2.2 utfordringer e-konsultasjoner

Det er flere utfordringer knyttet til at e-konsultasjoner skal bli tatt i bruk, og at gevinstene vil bli realisert. En informant trakk frem viktigheten av støtte blant legene, om man skal få utbredt bruk av e-konsultasjoner.

“Uten legene, meg selv iberegnet, så kommer du ikke så langt. Men du må ihvertfall vinne denne gruppen.” (Spesialist 1)

Fastlegene avgjør som regel selv i hvilken grad de vil benytte seg av e-konsultasjoner.

“Hos fastlegen så er det bare et kontor som trenger å bestemme seg for å implementere det.” (E-helserådgiver 2)

Likevel har leger generelt benyttet seg lite av e-konsultasjoner. Årsaken til dette er hovedsakelig at de ikke har følt noe stort press, verken fra ledelsen eller pasientene, til å øke bruken. Legene har manglet motivasjon til å anskaffe og sette seg inn i nye systemer, og endre måten de jobber på.

“Så var det det at du måtte finne ut litt selv hvordan du kom i gang. Og det var en terskel spesielt for den litt eldre garden har jeg skjont.” (Spesialist 3)

“Ja, legene er jo ikke tradisjonelt sett de raskeste til å gjøre innovasjoner, de kommer vel etter, men de er jo ikke akkurat sene heller. (...) Det går nok mer på at vi har en arbeidsflyt som vi helst vil beholde.” (Fastlege 1)

En informant forklarte situasjonen på sitt legekantor, før pandemien gjorde digitale konsultasjoner til en nødvendighet:

“Ingen av oss så behovet for det egentlig, det var nok ikke bare vi som gjorde det.” (Fastlege 3)

I tillegg har helsevesenet gjort lite for å gi leger insentiver til å i større grad ta i bruk e-konsultasjoner. Fysiske konsultasjoner har historisk sett blitt bedre kompensert og det ble først endret etter Covid-19 brøt ut.

“Før covid så kunne man ikke legge på noen takster på e-konsultasjoner. (...) Så, når du har en fysisk konsultasjon så kunne du legge på tilleggstakst og du kunne legge på

spesialisttakst og du kunne legge på sånn at hver time ble mer verdt for legen da. Nå har de...under covid har de jo lagt opp til at det er lov da.” (E-helserådgiver 2)

Det er viktig for leger å bli kompensert for arbeidet de gjør, og ikke straffes for å benytte e-konsultasjoner som potensielt kan være mer hensiktsmessige enn fysiske.

“At det å få på plass et refusjonsrammeverk har tillatt at man bruker det uten av man føler at «nå mister vi penger». Og ingen sykehusavdelinger føler at vi har så mye penger, så på en måte det å faktisk få godskrevet for den jobben man gjør. Det er sentralt.” (Spesialist 2)

Det er også knyttet stor usikkerhet til hvorvidt legekontorer og sykehus effektivt kan vurdere hvilke konsultasjonsformer som passer til ulike typer problemstillinger. Ved valg av feil konsultasjonsform må legen planlegge en ny time som fører til økte kostnader og tidsbruk, både for pasient og for legen, samt lengre helsekøer.

“Det er jo veldig viktig at du får riktig pasient med riktig problem inn til riktig konsultasjon, eller så vil jo effektiviteten, altså kostnadsbesparelsen gå bort.” (E-helserådgiver 2)

Likevel vil også helsevesenet og pasientene gå glipp av gevinster dersom bruken av e-konsultasjoner blir for tilbakeholden, og mye av gevinstene ved bruken vil da forsvinne. I verste fall kan legen gå glipp av viktige symptomer som kan resultere i at pasienter blir behandlet på feil måte.

“Vi vet jo at vi har mistet noen signaler fra pasienter som går med uoppdaget kreft fordi fastlegene bare sitter i telefon eller video.” (Spesialist 1)

“En fastlege sin største frykt vil vel være å ikke se at det er noe alvorlig i veien med pasienten, og det kan man tenke seg kan være vanskeligere på video, eller telefon eller tekst.” (E-helserådgiver 2)

Det er derfor viktig å ha et system for å vurdere hvilke problemstillinger som krever ulike former for konsultasjoner. Informantene presiserte at det er flere faktorer som inngår i vurderingen av om pasienter er egnet for digitale konsultasjoner. Det viktigste kriteriet som trekkes frem er at sykdommen til pasienten må kunne undersøkes uten å måtte være fysisk til stede.

“De ser jo også at det er en del ting som ikke egner seg da. Det må være kjente problemstillinger. Det må være kjente pasienter da stort sett som du har møtt før og avgrensede problemstillinger, og problemstillinger som lar seg avklare, i alle fall til en viss grad på video.” (Fastlege 2)

Informantene påpekte også viktigheten av at legen kjenner pasienten godt fra før, for å kunne gjennomføre konsultasjoner digitalt.

“Og det er jo klart at mine pasienter kjenner jeg fra 20 år tilbake, jeg trenger et lite blikk for å se om det står bra til eller ikke. Og der er jo klart at det gjør man ikke om man bare har pasienten et år, som noen av de yngre kollegaene mine har. Så det er jo en fordel med noen år i bransjen da.” (Fastlege 1)

Yngre leger kan derfor unngå å ta i bruk e-konsultasjoner, til tross for at disse ofte anses som mer digitalt modne enn sine eldre kollegaer.

“Ja, jeg vil jo tenkte det. Som jeg sa har jeg jo en yngre kollega som nå er til å begynne med fastlegepraksis, og når jeg så på lista hans i dag, så tror jeg han hadde 15-16 fysiske konsultasjoner, og jeg har 2.” (Fastlege 1)

Informantene presiserte at oppfølgingstimer er mest relevante for e-konsultasjoner. Møter med pasienter for første gang, eller for første gang på lang tid, passer ofte best som fysisk konsultasjon.

“Det å møte en fersk ny pasient som du ikke har sett før er, det blir jo en slags legevakt situasjon, det blir jo vanskeligere. Det er noe med det å ha sett de fra før av og at du kjenner de, det gjør det veldig mye enklere. Så ja, nye praksiser vil nok være mye fysisk, men så blir det sannsynlig utviklet så er det blir mer og mer digitalt innimellom da.” (Fastlege 1)

I dag er majoriteten av valgene om konsultasjonsform gjort av helsesekretærer. En informant presiserer hvordan dette kan endre seg når pasienter blir mer vant til å benytte e-konsultasjoner. Da vil pasientene muligens selv kunne være med å avgjøre om de er egnet for e-konsultasjon.

“For det er jo helsesekretærer som har tatt seg av screeningen og satt opp og sånn. Men det virker ikke som det er så mange som kontakter med den hensikt; Kan jeg få digital konsultasjon. Det er mer en sånn: “jeg vil ha en konsultasjon”, og så spør de

da: "passer det med en digital konsultasjon?". Det er i alle fall sånn det har vært der. Men jeg vet ikke om det endrer seg hvis folk blir mer vant til at digital konsultasjon er en mulighet." (Spesialist 3)

I fremtiden kan dette i større grad bli gjort av et digitalt verktøy. Slik det er i dag virker disse verktøyene ikke å være gode nok til å forsvare bruken. Dersom disse blir bedre, kan tildelingen av konsultasjonsform bli mer effektivt. E-helserådgiver 2 beskriver litteraturen rundt bruken av slike digitale verktøy for å tildele pasienter konsultasjonsformer:

"Det som litteraturen sier om det er at det er ikke noen særlige beviser på at det er veldig effektivt. Det er en del feildiagnostisering.. og en annen ting er at sånne digitale verktøy vil alltid være risikoaverse, sant. De vil være redde for å gjøre denne feilen, så de vil kanskje sende flere til legen." (E-helserådgiver 2)

Det er også et utbredt problem at pasienter kontakter leger unødig, der plagene deres ikke er alvorlige nok for å trenge konsultasjon, og at tilstanden deres ville bedret seg i løpet av kort tid.

"Samtidig er det et overforbruk av helsetjenester for forholdsvis friske folk, (...) Som er littegrann syke, men det hadde gått over dagen hvis du hadde bare sett det an. De kaster seg på og vil ha svar ganske fort." (Fastlege 2)

Flere informanter frykter at økt tilgjengelighet av konsultasjoner kan medføre økt etterspørsel etter unødvendige konsultasjoner. Flere av legekantorene som var tidlig ute med digitale konsultasjoner, har opplevd utfordringer knyttet til den økte tilgjengeligheten. De er bekymret for økt press fra pasienter, og at terskelen for å ta kontakt med lege reduseres. Dette kan igjen føre til mye ekstra arbeid og stress for legene. Her trekkes tekstbaserte konsultasjoner spesielt frem.

"Men e-konsultasjoner er jo her noe som vi bruker i tillegg da, og det er det veldig mange leger som gjør, og det er veldig mange som har valgt å ikke gjøre det fordi de opplever at de kan bli litt overbelasta (...) Og da er det jo en del problematisk at en får en overbelastning av fastlegene på grunn av e-konsultasjoner." (Fastlege 2)

“Noen av legene opplevde at det ble en veldig...at det ble på toppen av alt det andre. At de ble sittende med tekstbeskjeder når de egentlig skulle ha gått hjem. Eller i lunsjen, eller på kvelden.” (E-helserådgiver 2)

Hvor mange pasienter som benytter seg av tjenestene kan bli avgjørende for i hvilken grad gevinstene av e-konsultasjoner vil bli realisert. Antallet pasienter som er villige, og har muligheten til å benytte seg av disse tjenestene, er da sentralt. Informantene fremhevet også viktigheten av at programmene som brukes er brukervennlige, slik at pasientene er villige til å ta dem i bruk.

“Det viktigste er jo at faktisk systemene våre må være såpass enkle at det er enkelt å koble seg på videoløsningen (...) Det må være veldig, veldig enkelt.” (Spesialist 1)

Det kommer frem i intervjuene at det er hovedsakelig pasientenes tekniske kompetanse, ikke helsepersonellens, som er den største utfordringen ved bruk av e-konsultasjoner.

“Så det blir litt for krevende for folk, så de faller littegran av og det har vært litt overraskende. For legesenteret håndterer godt teknikken og det tror jeg de fleste legesentrene gjør, så ja akkurat det har vært overraskende, at det er publikum det mest står på, ikke legene. Motsatt av det det kanskje fremstilles som.” (Fastlege 1)

Flere informanter trakk frem at bruken av e-konsultasjoner er spesielt uegnet for enkelte grupper av pasienter. Dersom det er en betydelig gruppe mennesker som ikke kan benytte seg av tjenesten, må dette tas hensyn til av beslutningstagere.

“Det er mange i Norge som synes det er vanskelig med digitale hjelpemiddel. Jeg tenker jo at det er nok en del...at det kan være vanskelig for de eldre, det er litt sånn selvsagt, men kanskje også vi tenker oss innvandrergupper og andre minoriteter at det kan være vanskelig og vi ser jo også at for enkelte funksjonshemmede kan det være vanskelig. (...) når det toges inn i større skala med digitale konsultasjoner, så må man være bevisst på at det kan gjøre at noen faller utenfor deler av tilbudet.” (E-helserådgiver 2)

Det er også utfordringer knyttet til internettforbindelsen for både pasienter og leger, der en dårlig forbindelse vil gjøre at e-konsultasjoner ikke er mulig.

“Vi snakket med flere leger under pandemien og det var jo flere leger som rett og slett ikke hadde godt nok internett til at... legen hadde hjemmekontor, kanskje hadde to barn som også satt på samme linja og så skulle de snakke på internett med noen som bodde langt unna. Internett er ikke godt nok utbygd i Norge faktisk til at det fungerte godt nok. Da var det å ta opp telefonen, for telefonen fungerer alltid, så..det er noe med det da, ja.” (E-helserådgiver 2)

Flere av informantene pekte på problemer med nettverksforbindelsen som en utfordring når de hadde konsultasjoner over video.

“Og sånn teknisk, så var det for eksempel hvis de ikke hadde så god internettilgang (...) Altså, kan du se på dette, hva er dette for noe? Og så var det veldig dårlig bilde. Da var det jo ikke så lett å få noe ut av det.” (Spesialist 3)

“Det gjentakende problemet jeg har erfart er tekniske problemer, folk som ikke klarer å koble seg opp, spesielt lyden som lagges, det har vært en god del ganger jeg har måttet konvertere over telefon fordi verken jeg eller pasienten har giddet å sitte der å: «Kan du gjenta, kan du gjenta?» Så hører jeg halvparten og så må jeg gjenta igjen.” (Fastlege 3)

Helsevesenet har et ansvar overfor pasientene for å bevare helseopplysningene deres. Dette gjenspeiles i beskyttelsen av pasientinformasjon, og de strenge kravene til datasikkerhet ved e-konsultasjoner. Det er bred enighet blant informantene om at det er viktig å beholde personvernet.

“Det er jo ganske strengt dette med taushetsplikt i helsevesenet. Ja, så det...vi har jo utfordringer der.” (Spesialist 1)

Legen får da et økt ansvar for å beskytte opplysninger som fremkommer om pasienten under e-konsultasjonen. Legen må sørge for at pasientens personopplysninger ikke kommer på avveie. Informantene pekte ut at det stilles høyere krav til pasientsikkerheten når konsultasjoner skjer digitalt.

“Derfor så har jeg for eksempel innenfor video så er det jo noen videosystemer som er godkjent for pasientbehandling. (...) Så det er noen som er godkjent for pasientbehandling og det gjelder blant annet at det skal være kryptert informasjon slik

at ikke noen skal kunne hacke inn i samtalen. Du skal være sikker på at det er den personen vi tror som er på andre siden, og vi skal vite hvem som er med i konferansen.”

(E-helserådgiver 2)

“Du skal være helt sikker på at den informasjonen du oppgav på videokommunikasjon, du skal være helt sikker på at denne samtalen vi to hadde ikke ble tatt opp og kan spres til andre personer.” (Spesialist 1)

Det er også knyttet utfordringer til dataangrep på nettverket til sykehus, og det kreves sikre nettverk for å beskytte pasientinformasjon.

“Vi er under kontinuerlig angrep fra uvedkommende hele tiden som prøver å komme inn i sykehusnettet, så det er jo en stor virksomhet bare det å sørge for sikkerheten i intranettene.” (E-helserådgiver 1)

Kostnadene knyttet til å ta i bruk e-konsultasjoner ligger i dag i kjøp av tilgang til tjenester og utstyr for legekantorene. Leger som i dag har tatt i bruk e-konsultasjoner har selv finansiert nødvendig utstyr og lisenser.

“Og så koster det jo en fem-seks hundre kroner per lege per måned å knytte seg opp til den tjenesten.” (Fastlege 2)

Flere av informantene trakk frem en tjeneste de bruker for videokonsultasjoner, som er et program spesielt tilpasset leger. Slike tjenester koster en viss sum per måned basert på hvor mange på legekantoret som er tilknyttet tjenesten. Disse kostnadene må derfor regnes med i kalkylene om leger ønsker å ta i bruk e-konsultasjonstjenester.

“Confrere, som er det selskapet vi bruker. (...) Og så fikk vi installert kameraer og sånn i januar 2020 og så var vi klare da til å gå løs på dette når covid kom i mars. Så da brukte vi det masse.” (Fastlege 2)

Utfordringer	Forklaring
Utforming av takstsystemer	Leger må ha insentivsystemer som gjør at ikke straffes for å ta i bruk e-konsultasjoner
Valg av konsultasjonsform	Dersom helsepersonell henviser pasienten til feil konsultasjonsform, vil det få negative konsekvenser for både pasient og lege
Overforbruk av e-konsultasjoner	Leger kan oppleve økt arbeidspress dersom den økte tilgjengeligheten av konsultasjoner gjør at pasienter benytter dem i unødvendig stor grad
Digital modenhet	Pasienter mangler den digitale kompetansen eller motivasjonen til å benytte seg av e-konsultasjoner
Problemer med internettforbindelse	Lege eller pasient har ikke god nok nettverksforbindelse til å gjennomføre videokonsultasjon
Personvern	Utfordringer knyttet til å ivareta personvernet ved e-konsultasjoner
Kostnader knyttet til utstyr og lisenser	Kostnader for utstyr og lisenser som kreves for å gjennomføre e-konsultasjoner

Tabell 3: Oversikt over utfordringer ved e-konsultasjoner

5.2.3 Gevinster medisinsk avstandsoppfølging

Norsk helsevesen kan spare ressurser ved at helsepersonellet reduserer arbeidsmengden sin. Dette kan skje ved at hjemmesykepleiere slipper rutinemessige arbeidsoppgaver, som ikke krever helsekompetansen deres, og tiden det tar på å komme seg bort der. Dette er oppgaver som å hente inn opplysninger som vekt og andre målinger. Muligheten for å la pasientene gjøre mye arbeidet selv frigjør helsepersonell til å gjøre andre oppgaver.

“Med at de kan registrere selv uten å måtte komme på sykehuset, så får de en tettere oppfølging, samtidig som vi slipper å bruke så mye ressurser på hver enkelt kontakt.”
(E-helserådgiver 1)

“Og da sparer de kostnader på at alternativet hadde vært et hjemmebesøk for eksempel og i tillegg får de frigjort ressurser på sykehuset, at den personen som før dro ut, nå er tilgjengelig på sykehuset.” (Prosjektleder 1)

For pasienter med psykiske lidelser kan det være gunstig å slippe tiden det tar å kjøre til og fra behandler, og for mange vil også tryggheten av å sitte i eget hjem gjøre at de får mer ut av samtalen.

“Noen har jo små barn og en travel hverdag og de er slitne og de har lite energi og disse psykiske plagene i tillegg, for de å slippe å komme til et kontor, det sparer de mye tid, og de sier de slapper mer av i samtalen ved å sitte hjemme, de føler seg at de kan fokusere mer på det de skal snakke om enn forstyrrende ting rundt, noen har jo gjerne angst også, at noen kaver seg litt opp for å komme til en kontor og da blir konsentrasjonen gjerne litt deretter og utbyttet av samtalen gjerne deretter.”
(Prosjektmedarbeider 1)

I tillegg vil avstandsoppfølging gjøre at forverring av pasientenes helse kan bli plukket opp tidligere, der pasienten tidligere ble målt sjeldnere og ofte selv måtte gi beskjed ved forverring.

“Det gjør jo at vi i nå er stand til å avdekke pasientens forverring av deres tilstand veldig mye tidligere enn vi normalt ville gjort med mindre pasienten selv reagerer.”
(Prosjektleder 2)

Innleggelser på sykehus er svært kostbare for helsevesenet, og en rekke informanter har påpekt muligheten for å unngå fremtidige innleggelser av kronisk syke som en av de største potensielle kostnadsbesparelsene ved avstandsoppfølging.

“Det vil spare samfunnet for ekstreme summer. Vi vil slippe en god del innleggelser”
(Spesialist 1)

Det er langt mindre kostbart å behandle en pasient med milde forverringer i tilstanden deres enn ved alvorlige. Sykehusene vil da kunne redusere antall innleggelser og redusere antall dager for andre innleggelser.

“Hvis en unngår forverring av sykdom, unngår man redusert fysisk funksjon og man unngår et behov for å motta tjenester som hjemmesykepleie og korttidsopphold (...)så jeg tror at det ligger et stort potensiale som vi kan benytte oss av i helsevesenet.”
(Prosjektleder 1)

Disse gevinstene er vanskelige å forutse, men flere informanter er overbeviste om at de vil være store på sikt. Likevel har prosjektledere inntrykk av at flere deltakere i pilotprosjektene har hatt stor bedring i helsen, selv kort tid etter oppstart.

“Da har du spart noe der fram i tid som er litt vanskelig å vise. Men jeg tror absolutt den besparelsen er der for veldig mange av pasientene.” (Delprosjektleder 1)

“Flere av pasientene har gitt tilbakemelding på at «året før jeg fikk digital hjemmeoppfølging så var jeg innlagt 3-4 ganger på sykehuset, mens dette året som jeg har fått digital hjemmeoppfølging så har jeg ikke vært innlagt en eneste gang.”
(Delprosjektleder 1)

I tillegg til de økonomiske gevinstene av færre reinnleggelser, vil livskvaliteten til pasienter bli bedre som følge av dette. Forverring av sykdom oppleves som en stor påkjenning for pasientene.

“Det kan jo ha med livskvaliteten av pasienten og at sykehuset bruker penger er jo en ting, men det er jo en pasient som da kanskje får mer plager enn det som er nødvendig dersom man hadde avdekt forverringene tidligere.” (Prosjektleder 2)

“Så det har jo stor nytteverdi for pasienten som slipper den påkjenninga der og også i forhold til utviklingen av sykdommen for da når man får en forverring av sykdommen som man seg aldri opp til der man var før forverringa, men alltid litt under, så det gjør jo at de får bedre helse over tid.” (Delprosjektleder 1)

Mange som sliter med kroniske lidelser har rigide rammer med hensyn til hvor ofte de skal møte opp for oppfølgingstimer for lidelsen sin. Ved at pasienten kan kommunisere helsesituasjonen sin gjennom egentesting og automatiske digitale innsendinger, kan sykehus få en mer oppdatert oversikt over helsen til pasienten. Sykehuset har da et bedre beslutningsgrunnlag i vurderingene av hvilke oppfølgingstimer som er nødvendige. En informant beskriver prosessen slik:

“Så kan det være sånn at våre kols-sykepleiere kan gå inn og lese seg opp på pasienten før pasienten kommer for å se, eller så er det også sånn at kommunen kan ringe til våre spesialister og diskutere dersom det er avvik i målingene eller om de ser det er en forverring av pasienten som de har lyst til å diskutere med sykehuset eller kanskje det er sånn at de vurderer at pasienten bør komme tidligere til kontroll, eller så har utvikling vært så bra at de kan hoppe over en kontroll. Så det er på en måte mulig å skreddersy behandlinga, det trenger ikke å være så A-4 at man må på kontroll hver tredje måned, men man kan ta det når det er behov for det.” (Prosjektleder 2)

Oppdaterte pasientdata kan erstatte mye av behovet for oppfølgingstimer for pasienter med kroniske lidelser, og dermed spare helsevesenet for ressurser. Den tette oppfølgingen kan også bidra til at pasienter føler seg tryggere og mer ivaretatt.

“Erfaringene har vist at de fleste ønsker å ha oppfølging over lang tid fordi det gir dem en trygghet.” (Prosjektleder 1)

Informantene som har fulgt opp slike prosjekter trakk frem at pasientene føler seg tettere fulgt opp og tryggere, til tross for mindre fysisk kontakt med helsepersonell.

“De syns dette her er helt fantastisk. De føler seg fulgt opp, de føler seg trygge, de føler det er mer okay å være hjemme og vite at det er noen som er der for dem. De vet at de blir kontaktet dersom det er noe grunn til bekymring utifra de målingene og rapporteringene de gjør. Og det betyr at pasientene kan være lengre hjemme og mer hjemme enn de kanskje ellers ville vært.” (Prosjektleder 2)

Gevinster	Forklaring
Redusert tidsbruk helsepersonell	Helsepersonell unngår reise til og fra pasient, og bruker mindre tid på pasientene
Færre reinnleggelses	Grunnet tettere oppfølging blir forverring av pasienters helse oppdaget tidligere, og forebyggende tiltak kan iverksettes
Redusert transportkostnad	Helsevesen reduserer transportkostnadene som følge av færre besøk hos pasient
Økt trygghet og mestring for pasienter	Pasienter føler seg tettere fulgt opp og opplever mestring over egen lidelse ved å kunne ta større del i behandlingen
Økt fleksibilitet for oppfølgingstimer	Ved tett oppfølging kan helsepersonell i større grad vurdere når pasienter skal ha oppfølgingstimer, og dermed unngå unødvendige besøk som fører til lengre helsekøer

Tabell 4: Oversikt over gevinster ved avstandsoppfølging

5.2.4 utfordringer medisinsk avstandsoppfølging

Avstandsoppfølging krever støtte og tilrettelegging fra ledelsen for å kunne implementeres. Dette skyldes kravene til utstyr og samhandling mellom tjenestenivåer. Flere av informantene påpekte hvor tregt helsevesenet kan bevege seg, men trakk også frem at det er mulig for dem med endring når de ser det er nødvendig.

“Helsevesenet er jo en mastodont så det tar tid å endre. Men det vi har sett under Covid er ihvertfall at vi har klart å snu det svære tankskipet 180 grader på faktisk bare noen uker, så klarte vi å snu det, så det potensialet er der.” (Spesialist 1)

Informantene føler at det ikke har vært tydelig nok ledelse fra helsevesenet rundt avstandsoppfølging, og savner en samlet overordnet plan. Mange opplever initiativene som fragmenterte, og at det er opp til den enkelte kommune, sykehus eller legekantor å selv jobbe med prosjekter knyttet til avstandsoppfølging.

“Det hadde vært mye bedre om det hadde blitt styrt fra myndighetene rett og slett, altså «Sånn skal vi jobbe nå», at alle sykehusene, alle kommunene skal legge det inn som en aktivitet i møte med sine pasienter, sine brukere og så skal vi gjøre det sånn og sånn og sånn og sånn. Så får vi det ordentlig opp og stå.” (Prosjektleder 1)

Likevel blir bruk av avstandsoppfølging stadig mer utbredt.

“Men så er det jo og midler som er tilgjengelige som prosjektmidler som helsedirektoratet for eksempel tilbyr, man kan søke om midler og for noen prosjekter har det vært ganske mye midler som det har vært mulig å få, så det blir jo på en måte trigget, kommunene blir og trigget da av myndighetene for å sette i gang sånne prosjekter.” (Prosjektleder 1)

For at tjenestene skal skape mest mulig verdi, bør de være hensiktsmessig oppbygde, med hensyn på hva helsevesenet ønsker å oppnå. Her vil det være spørsmål om hvilke løsninger som er best egnet for helsevesenets mål, og om kostnadseffektivitet eller kvalitet på behandlingen skal prioriteres. I denne avveiningen vil det være spørsmål knyttet til hvilket utstyr pasienter skal ha og hva de skal måle.

“Jeg tror at vi prøver å balansere det slik at du skal ha minst like god kvalitet på tjenesten, men samtidig være like effektive. Og samtidig så er det en bedring av kvaliteten. Da kan du anbefale det uten at du nødvendigvis sparer så mye mer penger, men ofte er det en kombinasjon av at du får god eller bedre kvalitet og at pasienten blir mer involvert og at du kan spare ressurser. Da har du en bra miks.” (E-helserådgiver 1)

Med hensyn til hvilke målinger som skal gjøres av pasienten er det flere vurderinger som må tas av helsepersonell.

“Det har vært flere prosjekter fra rundt omkring i verden som har prøvd å avstandsoppfølge kolspasienter for å avdekke forverring. Og mange av dem har ikke lyktes for at de har målt på feil ting. Så det å få en optimal behandlingsmal innafor de forskjellige sykdommene, og hva som må følges opp får å plukke opp når forverringene kommer. Jeg tror det er det som er kritisk, og det er ikke datasystemer, men fagspesialistene som sitter bak og vurderer hva de skal følge med på. Det er der

intelligensen ligger. For hvis du ikke følger med på de rette tingene kan du avstands oppfølge så mye som du vil uten at du oppnår noen ting.” (Prosjektleder 2)

I tillegg til at målingene skal gjøres basert på den bestemte lidelse, trakk informantene også frem at det er viktig med individualiserte løsninger til den enkelte pasient. Dersom dette ikke blir gjort, vil mye av gevinstene falle bort.

“Så det å individualisere oppfølgingen og omfanget, hyppigheten av innsendinger og sånn, det ble viktig.” (Prosjektleder 1)

Det er også knyttet spørsmål til hvilket utstyr som brukes og hvordan dette skal leveres.

“Det er kostnad knyttet til det å gi utstyr fra sykehuset til som utlån, for man må betale selve utstyret fra leverandøren vår og en har jo en kostnad og til abonnement og lisenser, som er jo en kontinuerlig pågående kostnad, men egentlig så ser vi at på sikt vil det behovet for en sånn utstyr logistikk og utstyrs kostnad det vil bli mindre og mindre, fordi pasientene selv vil ha et eget device som de kan bruke.” (Prosjektleder 1)

Velbegrunnede beslutninger i forhold til oppsettet av en slik tjeneste blir viktig der store investeringer i feil type utstyr ikke bare kan bli dyrt, men også gi pasientene et svekket helsetilbud. Disse avveiningene må tas i utformingen av nye løsninger innen oppfølging av pasienter. Likevel er noen lidelser mindre kostnadskreven, spesielt psykiatrien skiller seg ut her.

“Innenfor psykisk helse trenger man som regel bare et nettbrett, og så de fått den muligheten til å laste ned appen på en mobil eller bruke pc eller nettbrett som de allerede har, og det gjør jo en stor reduksjon i kostnader og gjør det mer fleksibelt.” (Delprosjektleder 1)

Kostnadene knyttet til utstyret og opplæringen av pasienter med noen former for lidelser kan avgjøre om det er gunstig for dem å delta i avstandsoppfølging. En viktig del av et effektivt helsesystem er hvordan de ulike tjenestene delene kommuniserer og samhandler. Dette er spesielt viktig i digital pasientoppfølging, ettersom det krever samarbeid mellom ulike tjenestenivå, slik som sykehus og kommunale tjenester. En informant pekte på viktigheten av god organisering:

“En stor organisasjon og da må vi ha et veldig tydelig system på hvor, hvem tar ansvar for de ulike prosessene og hvordan skal vi organisere at de ulike får kontakt med den rette personer på rett tid og sånn, sånn at i nesten alt vi gjør så er det organisatoriske, det med prosessstyring som vi sier veldig viktig da.” (E-helserådgiver 1)

Flere informanter har opplevd at denne samhandlingen kan by på utfordringer.

“Det er jo en del pasienter som følges opp både av fastlege og av kommunehelsetjeneste og av sykehusene, at vi må på en måte passe på at vi ikke snubler i bena på hverandre (...). Vi har en del prosjekter sammen med kommunene om å finne nye måter å samhandle på. (...)det er jo det spennende er at det kan påvirke utviklingen av helsevesenet og hvordan vi organiserer oss.” (E-helserådgiver 1)

Det trekkes også frem utfordringer knyttet til å samarbeide på tvers av kommuner som har ulik oppbygning og retningslinjer. Finansieringssystemer kan også variere mellom kommuner, slik at det kan oppstå forskjeller mellom hvordan de prioriterer tjenester og hvordan de regner effektiviteten av tjenester.

“Både kommune og sykehus har ulike finansieringssystem og kommunene seg imellom har også ulike finansieringssystem, og ulike måter å tildele og vurdere tjenester på, så det er noe vi jobber sammen med helsedirektoratet på, det er forvaltning av tjeneste, hvordan skal den tjenesten forvaltes.” (Delprosjektleder 1)

Effektiv kommunikasjon mellom ulike tjenestenivåer blir derfor viktig når man planlegger hvordan de ulike delene av helsevesenet skal jobbe sammen. Ettersom denne kommunikasjonen blir avgjørende for suksessen til digital pasientbehandling, kreves det refleksjoner rundt hvordan dette skal organiseres. En annen informant trakk frem en rekke problemer med organisering, rutiner og teknologi i denne samhandlingen.

“Det er jo mange ting som kom opp, for eksempel dette med hvordan skal man kommunisere og trekke inn fastleger, vi har forskjellige pasientjournalssystem, vi har en felles teknologisk plattform, men den er det bare sykehusoppfølgere og kommunaloppfølgere som benytter, fastlegene er lite involvert i den, ikke fordi de ikke får lov, men fordi det ikke er lagt inn i deres rutine, og den plattformen er ikke integrert i pasientjournalssystemet på sykehuset, heller ikke i kommunen, så det er veldig mange sår, det så fragmentert enda, de teknologiske løsningene. Men det er jo hele tiden et

utviklingsarbeid da som vi bare må følge med på som man må ta i betraktning når etter hvert som man jobber da.” (Prosjektleder 1)

Prosjektleder 2 trakk frem de strenge kravene rundt sikring av personopplysninger som en stor hindring for å kunne samhandle effektivt.

“Jeg tror det viktige om vi skal få til et ordentlig løft innafor helsevesenet og få til å utnytte de muligheten som ligger i teknologi, så er det å finne en løsning med det her med overflytting mellom tjenestenivå, at man på tvers av tjenestenivå kan samhandle rundt pasienten.” (Prosjektleder 2)

Informanten trakk frem at dersom datasystemene var felles mellom tjenester kunne det gjort det enklere for helsepersonell å ivareta pasientens behov.

“Jeg skulle gjerne ha sett vi hadde felles datasystemer som kunne utveksle informasjon, det tror jeg er utopi, men at man i det minste hadde krav til at data kunne overføres mellom tjenestenivå og at man kunne flytte ansvaret for pasienten mellom tjenestenivåer digitalt, sånn at man slapp å gjøre alt ekstra arbeids, da hadde vi fått mye bedre tid til å behandle pasienten.” (Prosjektleder 2)

Informanten trakk frem at kravene til pasientsikkerhet ikke må være så rigide at de hindrer pasienter et godt tjenestetilbud.

“Så savner jeg jo også diskusjonen og balansen i argumentasjonen. Hva er det beste for pasienten? Altså er det at dataen er så beskyttet, ja kanskje er det i noen tilfeller veldig kritiske data som det er ekstremt uheldige dersom de kommer på avveie. Men det må være balansert, det må være så trygt som det kan bli, og i tillegg så må det være fornuftig i forhold til hva man kan tilby pasienten av tilbud. Der tenker jeg at det m kunne gå an å være, ikke mer fleksible, men å ha et regelverk som setter pasientens interesser, ikke høyere, men i alle fall sidestilt med personvernet.” (Prosjektleder 2)

I tillegg er det knyttet stor usikkerhet til hvor mange som vil ta i bruk tjenesten, ettersom det tekniske rundt utstyret kan være en utfordring. I likhet med e-konsultasjoner er informantene overbevist om at helsepersonellet vil være kapable til å ta i bruk teknologien.

“Jeg tror det er ganske grei skuring å lære opp sykepleiere i forhold til teknologien og sånn.” (Prosjektleder 1)

I tillegg til den digitale modenheten til pasientene, legger informantene stor vekt på at motivasjonen deres blir avgjørende for om de kan benytte seg av avstandsoppfølging eller ikke.

“Alle er forskjellige teknologiske, forskjellig modne, men eldre som yngre, jeg tror det går mer på motivasjonen og vilje enn etter evne.” (Prosjektleder 2)

Flere informanter ser lyst på potensialet om å få flere pasienter til å benytte seg av avstandsoppfølging. En informant har hatt gode erfaringer med å legge spesielt mye ressurser i opplæring.

“Ja, samtidig må en på en måte, vi har jo sett at dersom vi er veldig på tilbudssiden med å gi dem god opplæring ifra starten av, gir dem forsikring om at dette er veldig enkelt og gir dem god tid, da har vi fått det til også.” (Prosjektleder 1)

Ettersom helsepersonell er en knapp ressurs, kan det være utfordrende å prioritere mye tid på opplæring av pasienter.

“Så har det vært litt utfordringer med teknologi og det skal ikke så mye til før at folk gir litt opp, både brukere og oppfølgere, og tid det er jo alltid en knapphet, det en knapp ressurs, det blir ofte trukket fram at man har for lite tid både til å sette seg inn i nye ting og lære seg nye ting, og for brukeren og bli vant til det, å bli fulgt opp på en annen måte enn de pleier, så det har jo også vært en side av det, at teknologien kan lage litt krøll.” (Prosjektmedarbeider 1)

Flere informanter påpekte imidlertid at dette problemet kan bli mindre i fremtiden med en mer digital moden brukerbase.

“Også ser vi et generasjonsskifte fra når jeg begynte med dette til nå der man ser at flere og flere av de som benytter seg av helsetjenestene har gjerne en høyere teknologisk kompetanse og har gjerne en høyere forventning av å kunne få tjenester digitalt og ikke bare på den gamle måten.” (Delprosjektleder 1)

I tillegg er utviklerne av tjenestene i gang med å takle utfordringene knyttet til nedsatt funksjonsevne.

“Så vi jobber jo mot at flere skal ta de i bruk og at det skal være enklest mulig bedt leverandøren vår fokusere mye mer på brukervennlighet og designe løsninger som skal kunne gagne flere, spesielt i forhold til det med språk, syn og hørsel.” (Delprosjektleder 1)

Selv om informantene er innstilt på å få flere pasienter til å benytte seg av avstandsoppfølging, erkjenner de at det kan blir meget utfordrende i enkelte tilfeller. Dette spesielt med hensyn til pasienter som sliter med motorikken eller demens.

“Så har du noen utfordringer da med pasienter som for eksempel skjelver på hendene, som ikke klarer å trykke helt på et nettbrett.” (Delprosjektleder 1)

“Men nå lenge det har vært litt kognitiv svikt inne i det, bare litt kognitiv svikt så er det ofte det har fungert dårlig hvis ikke de har noen pårørende. Det virker som det ikke skal så mye svikt til før det skjærer seg litt.” (Prosjektleder 1)

Utfordringer	Forklaring
Tydelig ledelse	Det kreves tydelig ledelse og tilgjengelige midler for å kunne gjennomføre avstandsoppfølging
Kompetanse blant helsepersonell	Helsepersonell med relevant kompetanse trengs for å utforme behandlingsplaner og følge opp pasienter
Utforming av tjenesten	Riktig valg av utstyr og behandlingsplan tilpasset pasientens behov
Samhandling mellom tjenestenivå	Hjemmesykepleie, fastlege, og sykehus må alle samhandle for at avstandsoppfølging skal virke etter hensikt
Pasienters evne til å ta i bruk teknologien	Pasienter kan mangle evne eller motivasjon til å ta i bruk teknologien

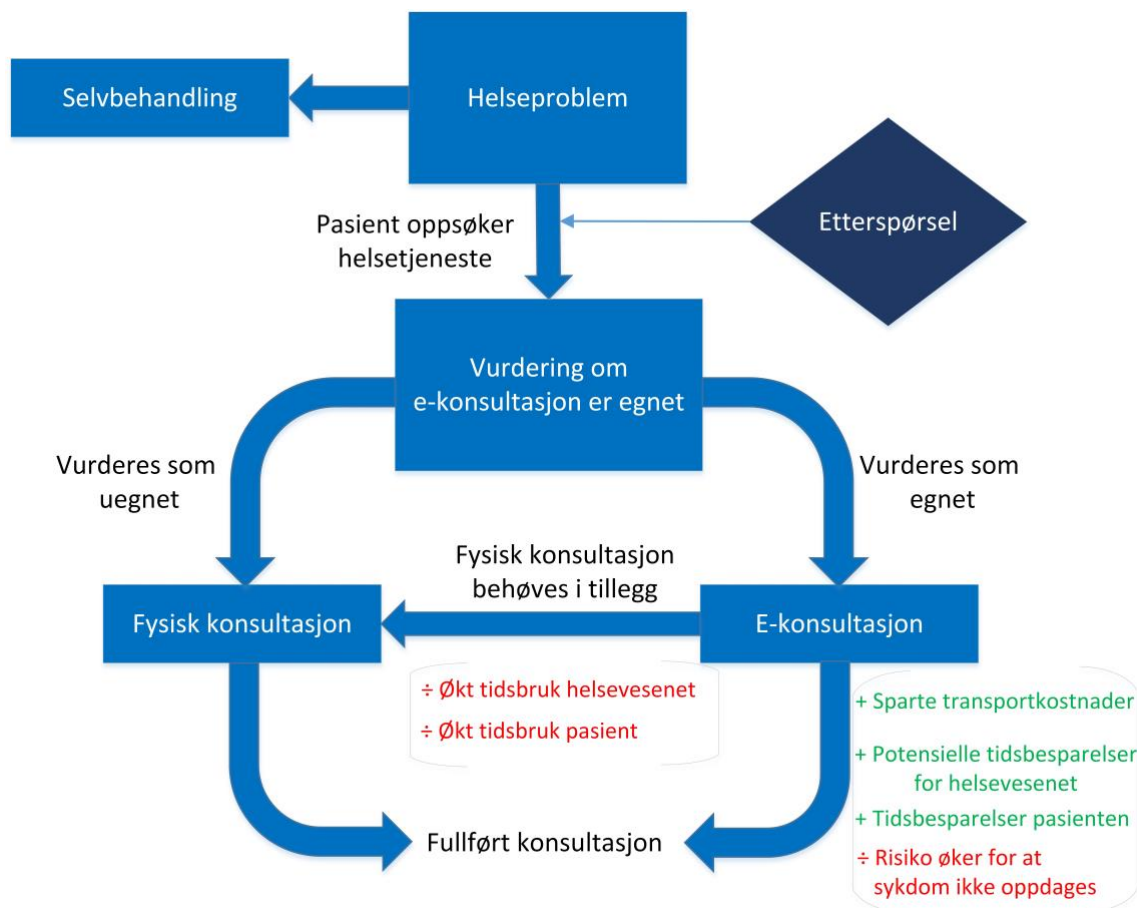
Tabell 5: Oversikt over utfordringer ved avstandsoppfølging

6 Diskusjon

Vi vil i dette kapittelet diskutere funnene våre opp mot relevant litteratur. Vi ønsker å belyse hvordan beslutningstagere kan vurdere de økonomiske forholdene rundt digital pasientbehandling ved å skape et oversiktlig bilde av denne prosessen. Vi har ved å ta utgangspunkt i funnene våre utformet to modeller, en til hver av anvendelsene av digital pasientbehandling vi har identifisert. Modellene illustrerer hendelsesforløpet for bruken av e-konsultasjoner og avstandsoppfølging, og peker ut hvor gevinster og utfordringer oppstår. Modellene belyser hvordan utfordringene kan hindre gevinstene. Med utgangspunkt i modellene kan lokale beslutningstagere vurdere de økonomiske virkningene knyttet til å ta i bruk digital pasientbehandling. Gevinstene vil kategoriseres og måles i henhold til rammeverket vi utformet i kapittel 3.3.

6.1 E-konsultasjoner

Funnene våre tyder på at hensiktsmessig bruk av e-konsultasjoner som erstatning for fysiske konsultasjoner, i både primær- og spesialisthelsetjenesten, kan skape betydelige gevinster. For at e-konsultasjoner skal medføre reduksjoner i helsevesenets- og samfunnets kostnader, foreligger det imidlertid noen utfordringer. I denne delen av utredningen vil vi diskutere gevinstene og utfordringene knyttet til bruken av e-konsultasjoner som fremgår av funnene våre. Vi vil innledningsvis presentere en modell som viser forløpet i tildelingen av konsultasjon for en pasient. Deretter vil vi bruke modellen til å vise hvor gevinster og utfordringer som foreligger for tildeling av egnet konsultasjonsrom, oppstår. Vi vil videre diskutere funnene våre opp mot tilgjengelig litteratur.



Figur 5- Forløp e-konsultasjoner. Prosessen rundt valg av konsultasjonsform

Beskrivelse av modell

Figur 5 viser forløpet fra et helseproblem oppstår hos pasienten til problemet er ferdig utredet og behandlet. Gevinster ved e-konsultasjoner oppstår ved at en digital konsultasjon avholdes som erstatning for en fysisk konsultasjon. Kostnadene ved å avholde en fysisk konsultasjon ved feilslått e-konsultasjon fremgår også i figuren. I utgangspunktet har pasienten et helseproblem som vedkommende kan oppsøke en behandler for å utrede. Pasienten kan også velge å avstå fra å oppsøke helsehjelp og gjennomføre selvbehandling. Dersom pasienten oppsøker behandler, vurderer helsepersonell i samråd med pasienten om en e-konsultasjon er egnet. Dette forutsetter at e-konsultasjoner tilbys hos behandler. Dersom en e-konsultasjon er aktuell, vil pasienten få tilbud om dette. Om e-konsultasjon ikke vurderes som egnet, vil en fysisk konsultasjon bli gjennomført. Dersom en e-konsultasjon ikke gir behandler den informasjonen som trengs for å gi nødvendig behandling til pasienten, vil en fysisk konsultasjon kreves. Etterspørselen etter konsultasjoner er inkludert i modellen. Funnene våre gir oss grunnlag for å tro at den økte tilgjengeligheten av konsultasjoner gjennom et digitalt tilbud, vil kunne gjøre at flere oppsøker

helsevesenet med problemer som kunne vært løst gjennom selvbehandling. En etterspørselsvekst vil derfor påvirke de samlede gevinstene ved bruk av e-konsultasjoner.

Redusert ressursforbruk pasient

Informantene peker på betydelige potensielle besparelser i pasientens ressursforbruk. Besparelsene er hovedsakelig knyttet til redusert tidsbruk og reduserte transportkostnader. Størrelsen på spart transportkostnad for pasienten vil være avhengig av avstanden til behandlingsstedet og hvor hyppig pasienten benytter e-konsultasjoner som erstatning for fysiske konsultasjoner. Besparelsene vil være betydelige i områder der avstandene er store. En stor del av transportkostnader, med unntak av en egenandel for pasienten, dekkes ofte av helsevesenet. Dette gjelder både reiser som pasienten søker om refusjon for i ettertid av behandling og reiser som behandler har rekvirert for pasienten. Det foreligger dermed besparelser for helsevesenet i tillegg, ved en reduksjon i transportbehov til og fra konsultasjon. Verdien av pasientens frigjorte tid er en vanskelig størrelse og anslå og vil være avhengig av pasientens alternative anvendelse av tiden.

Redusert arbeidsfravær

Informantene våre trakk frem redusert arbeidsfravær som en samfunnsmessig gevinst. E-konsultasjoner gjør at pasienten kan gjennomføre en legetime i hjemmet, og i arbeidstiden mellom arbeidsoppgaver. Dette gjør at pasienten ikke behøver å ta seg fri fra jobben for å reise til behandlingsstedet. For å fange opp de samfunnsmessige kostnadsbesparelser fra redusert tidsbruk for pasienter, vil det være naturlig å se til tall som viser fraværet fra arbeidsplassen, grunnet konsultasjoner hos lege. Dette vil gi en indikasjon på verdien pasienten alternativt kunne skapt ved å være i arbeid. Dette kan være en vanskelig størrelse å måle, ettersom det ikke finnes registre som viser fravær som spesifikt skyldes besøk hos behandlere. Denne størrelsen kan imidlertid anslås ved kvalitative undersøkelser. Beslutningstagere kan selv gjennomføre slike undersøkelser for å anslå mulige besparelser.

Redusert tidsbruk helsevesenet

Flere av informantene påpekte at e-konsultasjoner i snitt oppleves kortere enn fysiske. Det fremkom i flere av intervjuene våre at pasienter fremsto som mer forberedte til digitale legetimer, og følgelig var i stand til å ordlegge seg mer presist. Helsepersonell slapp i tillegg å gjøre enkelte rutinemessige oppgaver, som å hente pasientene fra venterommet, som også frigjorde tid. Informantene påpekte at mindre dialog som ikke var relatert til problemstillingen for konsultasjonen gjorde at de sparte tid på de digitale konsultasjonene. Dersom dette er tilfellet, vil helsevesenets ressurser brukes mer effektivt og man kan behandle flere pasienter. Noen av informantene påpekte imidlertid at den kortere behandlingstiden kan skyldes at problemstillinger som velges ut for e-konsultasjoner er av en art som tar mindre tid å avklare. I så fall vil konsultasjonene kun være tidsbesparende for pasienter.

Økt trygghet og mer kvalifiserte råd

Flere pasienter har en økt opplevelse av trygghet ved at de kan gjennomføre konsultasjoner i eget hjem. Dette er en immateriell gevinst, og er en vanskelig størrelse å verdsette i praksis. Den vil imidlertid være utslagsgivende for om pasienter velger å benytte seg av e-konsultasjoner. Dersom slike konsultasjoner ikke oppfattes som et alternativ pasientene er bekvemme med, vil fysiske konsultasjoner foretrekkes og potensielle besparelser bortfalle. Et annet positivt aspekt ved bruken av e-konsultasjoner er at det forenkler samhandlingen mellom helsepersonell i behandlingen av en pasient. En pasient som har behov for å behandles i både primær- og spesialisthelsetjenesten vil kunne bli behandlet av både fastlege og spesialist, i én og samme konsultasjon. Dette sparer også tid, og transportkostnader for pasienten da kun én konsultasjon behøves, og legenes samlede kunnskap vil resultere i mer kvalifiserte råd om pasientens behandlingsplan.

Usikkerhet knyttet til feildiagnostisering

Det foreligger imidlertid noen utfordringer som kan redusere de potensielle kostnadsbesparelsene for helsevesenet og pasientene. Litteraturen omkring bruk av video i behandling av pasienter viser at norske fastleger uttrykker en skepsis til denne typen behandling. Dette skyldes at de frykter å gå glipp av vesentlig informasjon om pasientens helse. (Johnsen et al., 2021). Informantene våre påpeker også at dette kan bli et problem, ettersom

enkelte sykdomstegn ikke er enkle å observere over video, eller gjennom pasientens beskrivelse i tekstlige konsultasjoner. Dette blir imidlertid ikke et like stort problem dersom pasientens diagnose er kjent på forhånd, eller dersom problemet ikke krever en fysisk undersøkelse av pasienten. I den forbindelse blir valg av konsultasjonsform vesentlig. Informantene våre påpekte at helsepersonell er risikoaverse. De vil, selv ved den minste usikkerhet, trolig vil anbefale at pasienten kommer inn til en fysisk konsultasjon. Dersom helsepersonell er i stand til å vurdere hvilke pasienter som kan behandles utelukkende med en e-konsultasjon, faller behovet for påfølgende fysiske konsultasjoner bort. Man kan da oppnå gevinstene som fremgår av figur 5. Dersom helsevesenet er for lite restriktive i utvelgelsen av konsultasjonsform, vil både konsultasjonsvolumet for helsevesenet og tidsbruken for både pasienter og helsevesenet øke som figuren også viser. Dette skyldes at antall mislykkede e-konsultasjoner øker, og må erstattes av fysiske konsultasjoner. Ved for restriktivt valg av konsultasjonsform vil antall konsultasjoner som kunne blitt gjennomført digitalt, men gjøres fysisk, gå opp. Dette gjør at potensielle kostnadsbesparelser og tidsgevinster bortfaller.

Utfordringer knyttet til internettforbindelse

Flere av informantene våre påpekte at de hadde opplevd dårlig internettforbindelse som problematisk under e-konsultasjoner. De forteller at de i slike tilfeller vanligvis måtte gjennomføre en fysisk konsultasjon i stedet. Dette gjør at konsultasjonsvolumet øker, uten at mengden behandling som gis øker. En informant påpekte at internettdekningen ikke er god nok i Norge til at hele landet har muligheten til å gjennomføre e-konsultasjoner. Dersom man på forhånd er klar over begrensninger i pasienten eller behandlerens internetttilkobling bør problemet med mislykkede konsultasjoner grunnet internettforbindelse kunne reduseres. Det er imidlertid vanskelig å forutse midlertidige nettverksproblemer som kan oppstå i forbindelse med en e-konsultasjon. Dette kan øke tidsbruken for pasient og helsevesenet, og potensielt medføre en ekstrakostnad for en ny konsultasjon.

Datasikkerhet og personvern

Flere av informantene påpeker at deres respektive arbeidsplasser til stadighet opplever dataangrep fra personer med mål om å få tilgang sensitive personopplysninger. Kravet til sikkerhet i behandling av personopplysninger er dekket i lovverket (Personopplysningsloven, 2018, kapittel IV, avsnitt 2, artikkel 32). Loven regulerer helt eller delvis automatisert

behandling av personopplysninger. Plattformer som behandlere benytter til kommunikasjon med pasientene må sikres i henhold til lovverket. Under Covid-19- pandemien er det gitt særlige unntak fra lovens krav til sikring av personopplysninger grunnet kravet til smittevern i behandlingen av pasienter. (Datatilsynet, 2020). Hvor strengt kravet til personvern etter Covid-19 pandemien vil imidlertid kunne påvirke i hvilken grad pasienter kan behandles digitalt, og eventuelt kreve investeringer i tilstrekkelig sikre løsninger for gjennomføringen av e-konsultasjoner.

Egnethet e-konsultasjoner

Mange av informantene våre trakk frem at pasient og problemstilling for konsultasjonen bør være kjente for behandler på forhånd. Donaghy et al. (2019) fant at et eksisterende forhold mellom pasient og behandler i primærhelsetjenesten var avgjørende for om pasienter og leger oppfattet videokonsultasjoner som velegnede. Et av hovedfunnene fra Johnsen et al. (2021), en undersøkelse av bruken av videokonsultasjoner i fastlegepraksis i Norge under Covid-pandemien, var at fastlegene betraktet video som egnet dersom det var snakk om legetimer med kjente pasienter. Andelen leger som responderte at video egnet seg økte i takt med kjennskapen til pasienten. En litteraturstudie, som tok for seg bruken av digitale konsultasjoner i førstegangsmøte med fastlege, viste at digital behandling sannsynligvis vil øke arbeidsmengden for fastlegene (Salisbury et al., 2020). Det er begrenset med litteratur knyttet til bruken av e-konsultasjoner, men tilgjengelig forskning på området indikerer at slike konsultasjoner bør gjennomføres med kjente pasienter og problemstillinger. Dette for å hindre at gevinster bortfaller, da feilslåtte e-konsultasjonene medfører økt ressursbruk for pasient og helsevesen.

Finansiering av digitale legetjenester

Hvilke takster spesialiserte leger og fastleger kan sette på konsultasjonene vil sannsynligvis ha stor virkning på hvilke typer konsultasjoner de velger. Flere av våre informanter påpekte at de historisk sett har erfart at de ikke har blitt tilstrekkelig kompensert for e-konsultasjoner. De pekte på investeringskostnader ved anskaffelse av utstyr til konsultasjonene, og lisenser som ble kjøpt inn på eget initiativ. Disse utgiftene ble ikke refundert i etterkant. Fastleger lønnes vanligvis gjennom vanlig lønn, godtgjørelser fra kommune, basistilskudd og refusjoner fra staten. (KS, 2020). Dersom fastlegene opplever en reduksjon i inntekt ved å bruke digitale konsultasjoner fremfor fysiske, vil flere leger trolig velge det bort, under ellers like forhold. I

skrivende stund honoreres e-konsultasjoner med et høyere kronebeløp enn fysiske konsultasjoner, der differansen skyldes økt refusjon fra staten for førstnevnte (Forskrift om stønad til dekning av undersøkelse og utgifter til behandling hos lege, 2019, Kapittel II B). Takstbeløpene for legekonsultasjoner fastsettes i et årlig takstoppgjør mellom staten, ved Helse- og omsorgsdepartementet, og legene (Helsedirektoratet, 2020). Fremtidige gevinster ved hensiktsmessig bruk av e-konsultasjoner vil sannsynligvis påvirkes av eventuelle takstendringer. Dersom man vil skape incentiver for leger til å behandle pasienter digitalt der dette er mulig, bør måten digitale konsultasjoner honoreres på legge til rette for at legene kompenseres i tilstrekkelig grad. Dette kan blant annet gjøres gjennom hensiktsmessig regulering av refusjonsbeløpene for e-konsultasjoner.

Overforbruk grunnet økt tilgjengelighet

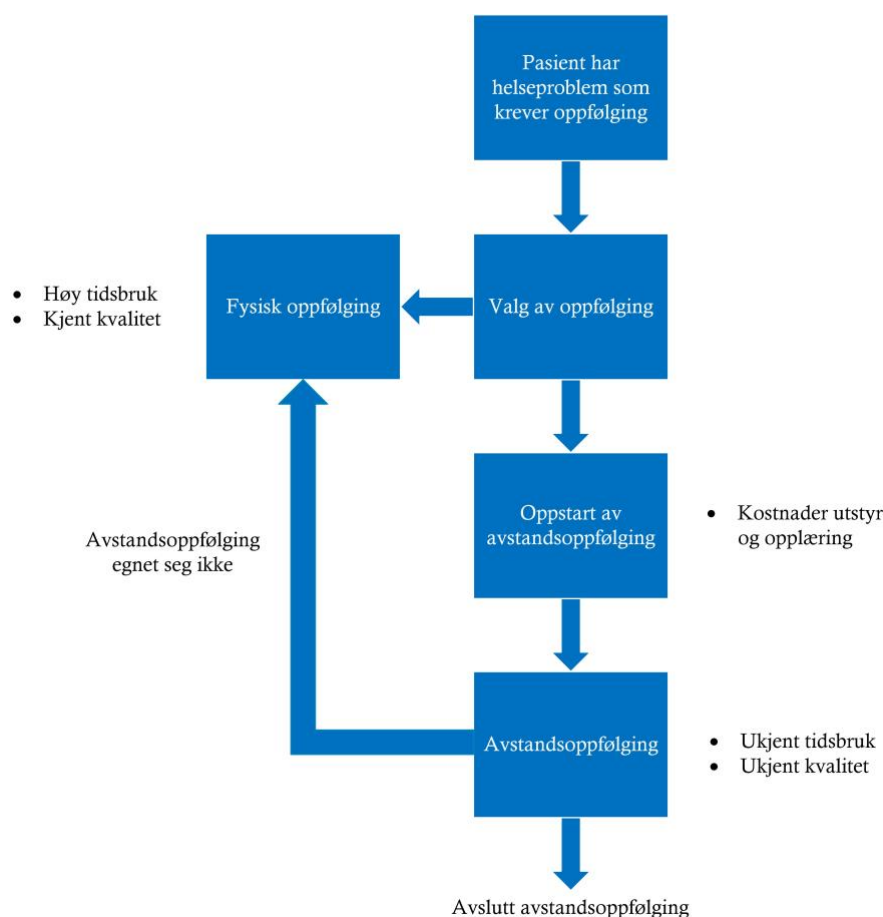
En potensiell utfordring som mange av informantene våre identifiserte er den eventuelle økte etterspørselen etter konsultasjoner, som følge av at pasientene oppfatter helsetjenester som lettere tilgjengelige gjennom videokonsultasjoner og asynkrone meldingstjenester. Dette kan medføre at noen som ellers ikke ville oppsøkt behandling, dersom tilbudet kun var fysisk, vil ta kontakt med behandler. I tilfeller der behandlingen ikke er strengt nødvendig, og man kunne taklet sykdommen ved egenbehandling, vil dette kunne legge beslag på helseressurser for personer som behøver behandling. Et overforbruk av helsetjenester vil fortrenge kapasiteten av behandlere og skape ineffektive helsekøer. Denne bekymringen uttrykker også tidligere leder for Norsk forening for allmennmedisin, (NFA), Peter Brelin, i et intervju med Dagens Medisin (Bordvik & Hafstad, 2018). Brelin viser til Sveriges implementering av e-konsultasjoner, og at digitale konsultasjoner ikke har medført en tilsvarende reduksjon i antall fysiske konsultasjoner. På den annen side er det ikke sikkert at en økning i konsultasjoner som gjennomføres kan kalles et overforbruk. Dersom den økte tilgjengeligheten medfører at lengden på sykdomsforløpet til pasientene reduseres og de raskere kan returnere til arbeidslivet, vil den økte etterspørselen ha positive samfunnsmessige gevinster. Det finnes oss bekjent ikke forskning som tar stilling til et potensielt overforbruk av helsetjenester i skrivende stund.

Svekket tilgjengelighet for fysiske konsultasjoner

Bruken av e-konsultasjoner kan også påvirke hvor tilgjengelig legen er for fysiske konsultasjoner. En utfordring med implementering av digitale konsultasjoner kan være at de svekker helsetilbudet for en pasientgruppe som ikke kan, eller ønsker å benytte denne konsultasjonsformen. Dersom behandlere legger opp til en viss andel digitale konsultasjoner i timeplanen sin, reduseres tilbudet av fysiske konsultasjoner. Ventetiden for pasientgruppen som ønsker fysiske konsultasjoner øker dersom volumet av fysiske konsultasjoner som etterspørres øker relativt til tilbudet. Implementeringen av digitale konsultasjoner vil således kunne svekke tilbudet til nevnte pasientgruppe.

6.2 Medisinsk avstandsoppfølging

I det følgende vil vi presentere en modell som viser pasientforløpet for en pasient som deltar i avstandsoppfølging. Modellen forutsetter at det er mulighet for avstandsoppfølging, noe som i dag ikke er tilfellet for mange pasienter. Vi vil ta utgangspunkt i denne modellen når vi diskuterer gevinstene og utfordringene knyttet til avstandsoppfølging. Dette vil illustrere hvor i prosessen gevinstene ligger og hvordan ulike utfordringer kan påvirke dem. På den måten kan vi diskutere rundt viktige elementer med utformingen av tjenesten på en oversiktlig måte. I figur 6 er forløpet rundt avstandsoppfølging illustrert.



Figur 6: Forløp avstandsoppfølging. Prosessen rundt avstandsoppfølging

Beskrivelse av modell

Modellen initieres ved at en syk pasient trenger oppfølging. Pasienten og helsepersonellet velger sammen hvilken type oppfølging som passer best, basert på pasientens lidelse og motivasjon. Dersom avstandsoppfølging ikke passer for pasienten, vil vedkommende bli satt til fysisk oppfølging. Dersom valget faller på digital oppfølging, vil helsepersonell utvikle en plan, levere ut utstyr tilpasset pasientens behov og starte opplæring av pasienten. Deretter vil pasienten bli fulgt opp på avstand, og foreta målinger selv. Dersom det blir tydelig at avstandsoppfølgingen ikke er egnet, vil pasienten overføres til fysisk oppfølging. Om oppfølgingen fungerer godt, vil pasienten følges opp på denne måten helt til vedkommende er frisk nok til å avslutte oppfølgingen.

Hvor gevinstene oppstår ved avstandsoppfølging

Før vi går gjennom modellen kronologisk, er det hensiktsmessig å kort presentere hvor kostnadene og de potensielle gevinstene ved avstandsoppfølging ligger. Både kostnader og gevinster må sammenlignes med fysisk oppfølging. Nyttens ved avstandsoppfølging må være høyere enn ved fysisk oppfølging for at det skal være riktig valg av oppfølging for den enkelte pasient. Kostnadene ved avstandsoppfølging finner sted i boksene *Valg av oppfølging* og *Oppstart av avstandsoppfølging*, og gevinstene finner sted i *Avstandsoppfølging*.

Tilbudet av avstandsoppfølging gjør at det må tas et valg av pasienten, sammen med helsepersonell, av hvilken type oppfølging vedkommende skal ha. Prosessen rundt valget krever ressurser, som igjen betyr at det er kostnader knyttet til *Valg av oppfølging* som ikke ville eksistert dersom avstandsoppfølging ikke hadde blitt tilbudt. Dette vil være tiden helsepersonell og pasienten bruker på å vurdere hvilken oppfølgingsform som passer dem. Kostnadene knyttet til denne delen er relatert til hvor mange involverte parter som er med i avgjørelsen og hvor lang tid disse bruker. Dersom pasienten starter avstandsoppfølging er det knyttet kostnader til *Oppstart av avstandsoppfølging* i utdelingen av utstyret og opplæringen av pasienten, der kostnaden på utstyret og tiden som kreves for opplæring driver kostnadene.

De potensielle gevinstene ved *Avstandsoppfølging* oppstår under deltakelsen i programmet. Gevinstene vil her være kostnadsbesparelser for helsevesenet, pasienter og samfunnet, samt økt opplevd kvalitet av tjenesten sammenlignet med fysisk oppfølging. Hvor lenge pasienten trenger oppfølging er også relevant, og om avstandsoppfølging fører til at pasienten fortere blir frisk, vil dette regnes som en gevinst. Om avstandsoppfølging gjør at pasienten blir frisk tidligere enn ved fysisk oppfølging, vil alle kostnader knyttet til denne ekstra tiden med fysisk oppfølging være spart. På den andre siden vil dette regnes som en økt kostnad, dersom avstandsoppfølging gjør at pasienten må være lengre i oppfølging

Forutsetninger for at avstandsoppfølging kan tilbys

Modellen vår forutsetter at avstandsoppfølging er et alternativ for pasientene. Om en kommune faktisk kan tilby avstandsoppfølging vil imidlertid avhenge av noen forutsetninger. Ifølge en utredningsrapport fra Direktoratet for e-helse (2019 b, s. 16) rundt medisinsk avstandsoppfølging er det fire behov som må dekkes for å legge til rette for avstandsoppfølging: bedre samhandling, mer kompetanse, enklere å dele personopplysninger og mer fleksibel finansiering. Det informantene trakk frem samsvarer med de offisielle rapportene til Direktoratet for e-helse. Informantene trakk imidlertid også frem ønsker om en mer tydelig ledelse fra høyere tjenestenivå.

En rekke ulike tjenesteområder må samarbeide ved avstandsoppfølging, der det kreves rutiner fra en pasient er syk til de starter avstandsoppfølging. Informantene med erfaring innen avstandsoppfølging har alle trukket frem at det har vært utfordringer knyttet til denne koordineringen. Prosjektleder 1 pekte ut en mangel på felles teknologiske plattformer og at personell ikke har innarbeidede rutiner rundt avstandsoppfølging, som potensielle hindringer. En mer tydelig ledelse rundt avstandsoppfølging kan gjøre det enklere å koordinere, men da må det komme fra høyere tjenestenivå i helsevesenet.

Vegesna et al. (2017, s. 3) peker på behovet for opplæring av personell trekkes frem som en av barrierene for økt bruk av avstandsoppfølging. Dette samsvarer med at Prosjektleder 1 pekte på at årsaken til at de fulgte opp en bestemt pasientgruppe, var at de hadde relevant kompetanse. Den medisinske kompetansen til helsepersonellet i kommunene har i stor grad diktert hvilke typer lidelser det tilbys avstandsoppfølging for. Pasienter som ville hatt nytte av avstandsoppfølging vil derfor ikke kunne benytte seg av det, om kommunen de bor i ikke har tilstrekkelig kompetanse om lidelsen. Det kan derfor være hensiktsmessig for ledelsen i helsevesenet å drive opplæring av sykepleiere og prosjektledere med kompetanse innenfor lidelsene som er best egnet til avstandsoppfølging. Informantene trakk frem kols, diabetes, hjertesvikt og mentale lidelser som de mest sentrale. Dersom denne kompetansen ikke er på plass, vil ikke prosjekter bli gjennomført og ingen gevinster realiseres.

Erfaringer fra avstandsoppfølging viser at de komplekse kravene til samhandling fort kan undervurderes (Meld, St.14 (2020-2021), s. 285). Flere informanter har også pekt på utfordringene knyttet til å samhandle med andre kommuner og fastleger ved gjennomførelsen

av avstandsoppfølging. Dersom slike forhold ikke tas hensyn til kan det føre til en lite effektiv tjeneste. Tjenestenivåene i norsk helsevesen er i stor grad silobaserte, og overføring av informasjon kan oppleves som tungvint (Sopra Steria, 2020, s. 8). Prosjektleder 2 beskriver den silobaserte utformingen, som at de ulike tjenesteområdene oppbevarer egne data og ressurser i stor grad for seg selv. Informanten mener at en slik måte å oppbevare pasientdata er lite hensiktsmessig, og at det bør stilles spørsmål om slike regler er uforholdsmessig strenge og skader pasienten mer enn det hjelper dem. Dersom dette ikke endres kan det oppleves som en stor hindring for prosjektledere å gjennomføre nye smartere løsninger.

Funnene våre indikerer også at det er utfordringer knyttet til finansieringen av digital avstandsoppfølging. Delprosjektleder 1 trakk frem at de har opplevd problemer i diskusjonen rundt hvilken type tjeneste de tilbyr, og hvem som har ansvaret for å finansiere det. Her kan det være viktig med en hensiktsmessig finansiering, der lokale beslutningstagere er avhengig av tilstrekkelige midler for å tilby avstandsoppfølging. Dersom helsevesenet eller kommuner ikke er tydelig om hvordan prosjekter skal finansieres, kan beslutningstagere unngå å gjøre tiltak som ville gitt en samlet samfunnsøkonomisk gevinst. Om det er klare retningslinjer for finansiering vil det gjøre det lettere for beslutningstagere å organisere avstandsoppfølging.

Informantene trakk frem viktigheten av tydelig styring fra ledelsen, og ønsket et mindre fragmentert opplegg. Det er i tråd med litteratur som sier at store helsesystemer ofte er trege med å innføre nye digitale løsninger, der Coiera (2011) trekker frem hvordan helsesystemer sjeldent endres drastisk med mindre de må. Likevel har flere pilotprosjekter nå vart lenge nok til at man kan trekke lærdom ut fra dem, og basere ytterligere investeringer i avstandsoppfølging på resultatene fra disse. Motivasjonen til disse investeringene er de potensielle gevinstene, som vi vil diskutere videre i dette kapittelet. Det er også viktig å presisere at ledelsen må se gevinster for bruk av avstandsoppfølging, og at disse må være store nok til å forsvare kostnadene. Ettersom det er knyttet kostnader til å tilby *Valg av oppfølging*, kan det for flere kommuner ikke være hensiktsmessig å ha avstandsoppfølging for noen typer lidelser. Lokale beslutningstagere må da ta en vurdering av hvilke typer avstandsoppfølging de vil tilby og hvor mye ressurser de ønsker å bruke på dem. De må da ta stilling til en rekke spørsmål rundt gevinster og kostnader knyttet til tjenesten.

Vurdering om pasienten er egnet for digital oppfølging

For den enkelte pasient må det tas en vurdering om de er egnet for avstandsoppfølging. I hvilken grad det foreligger kostnadsbesparelser avhenger av en rekke forhold rundt pasienten. Helsepersonell må ta stilling til pasientens lidelse, motivasjon, og evne til å benytte seg av teknologien. Dersom pasienten har en alvorlig lidelse, vil vedkommende kunne være spesielt godt egnet for digital pasientbehandling. Årsakene til dette er at slike pasienter ofte trenger mange besøk, og opplever forverring oftere. Ved at helsepersonell slipper hyppige besøk og at forverring plukkes opp tidligere, er det store mulige kostnadsbesparelser knyttet til denne pasientgruppen. Informantene våre trakk frem at motivasjon til pasienten også er et viktig element. Dersom pasienten opplever det som en stor immateriell kostnad å opplæres i bruken av avstandsoppfølging vil unngå å ta det i bruk. Pasienter må også ha evnen til å ta teknologien i bruk, og som sliter med enkelte funksjonshemninger, demens eller alvorlig psykiske lidelser kan derfor være dårlig egnet for tilbudet, selv om de virker motiverte. I erfaringer fra VIS-prosjektet kom det imidlertid frem at flere av pasientene som helsepersonellet var mest usikre på om var egnet til prosjektet, var de som hadde størst nytte av det (Hansen et al., 2017).

Flere informanter påpekte at det er betydelige tid knyttet til å gjennomføre opplæring i avstandsoppfølging, er det svært kostbart å gjøre dette dersom pasienten ikke mestrer det i praksis. Tapet for helsevesenet vil da være alt knyttet til etablering av tjenesten, uten at noen gevinster ble realisert. Det kan derfor være hensiktsmessig å være grundige i vurderingen av hvor egnet en pasient er for avstandsoppfølging.

Det fremkommer i funnene våre at en stor del av gevinstene tilfaller helsevesenet ved avstandsoppfølging i form av lavere ressursforbruk, der det er knyttet mer usikkerhet rundt gevinstene for pasientene. Dette kan gjøre at det er vanskeligere å overbevise pasienter til å delta i avstandsoppfølging sammenlignet med e-konsultasjoner, da det ikke er åpenbart at pasienten vil oppleve en bedre tjeneste. Selv om det sannsynligvis vil være en del pasienter som oppfatter kvaliteten som bedre, kan pasienter som føler at avstandsoppfølging er et marginalt svakere tilbud velge den fysiske oppfølging istedenfor. Dersom beslutningstagere kan overbevise denne gruppen pasienter til å ta i bruk avstandsoppfølging kan det føre til store kostnadsbesparelser for helsevesenet.

Det er mulig at det krever prøving og feiling for å opparbeide data for hvilke pasienter som er egnet for avstandsoppfølging. Da vil økonomiske tap på enkelte pasienter kunne forsvares, på bakgrunn av at informasjonen som blir samlet inn vil være verdifull i fremtiden. Det er mulig at for konservative holdninger i starten av prosjektet kan føre til at utviklingen av tjenesten går saktere enn ønsket.

Kostnader ved etablering av avstandsoppfølging

Utstyret som kreves ved avstandsoppfølging vil variere basert på pasientens lidelse og dens lidelsens alvorlighet (Helsedirektoratet, 2018a, s. 37). Her trakk flere informanter frem at det store forskjeller for utstyr brukt i behandlingen av visse lidelser, der eksempelvis ulike pasienter med kols trenger forskjellige typer utstyr, mens pasienter med depresjon kun trenger et nettbrett eller pc.

Utstyret som kreves for avstandsoppfølging i de fleste pilotprosjektene koster omtrentlig 1.000 NOK å leie i måneden (E-helse Agder, 2020, s. 56). Dersom det kreves leie av utstyret kan det argumenteres for at dette skal være en påløpende kostnad som er en del av behandlingen, og ikke regnes som et engangsbeløp. På grunn av slitasje kan det også argumenteres for at kostnadene knyttet til utstyr bør beregnes månedlig uansett, og heller bør inngå i de løpende kostnadene under driften av avstandsoppfølging. Likevel virker det at kostnadene knyttet til utstyr for en pasient i avstandsoppfølging vil være omtrentlig 12.000 NOK i året.

Det vil kreve tid for både pasient og helsepersonell under opplæringen som kreves for å benytte avstandsoppfølging, og dette regnes som kostnader. Opplæring i bruken av tjenesten er sentral ifølge flere informanter, og dette støttes av Johannessen et al. (2019), som fant at både helsepersonell og pasienter pekte opplæring som viktig ved bruk av velferdsteknologi. Hvor mye tid denne opplæringen krever vil variere fra pasient til pasient, og kan tas hensyn til allerede i avgjørelsen om en pasient bør ta i bruk avstandsoppfølging eller ikke. Dersom opplæringen vil kreve mye tid, kan det medføre at de videre gevinstene ikke er store nok til at avstandsoppfølging blir effektivt. Dersom det viser seg at avstandsoppfølging ikke passer for pasienten, vil alle opplæringskostnadene være unødvendige, og pasienten må starte fysisk oppfølging uansett. Dette er sentralt ettersom det da vil være brukt ressurser på pasienten, samtidig som vedkommende har brukt unødvendig tid, og vil starte fysisk oppfølging som ikke hadde krevd opplæring. Det blir derfor avgjørende med en grundig vurdering av hvilke

pasienter som sannsynligvis vil kreve mye opplæring eller ikke være i stand til å lære det uansett. Det stilles da krav til god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient.

En del pasienter som trenger hjemmeoppfølging har demens, og dette kan gjøre dem spesielt dårlig egnet til avstandsoppfølging. Ikke bare vil det kreve mer tid med opplæring, men det kan bety at opplæringen ikke vil ha noen langvarig effekt. Dette er et eksempel på mange vurderinger som må tas i valgene om en pasient passer til digital oppfølging. Det kan derfor være viktig med et tydelig system på avgjørelsene om hvem som passer til avstandsoppfølging og hvem som ikke gjør det.

Det må også poengteres at de mulige tapene ved å ha et mislykket forsøk ved avstandsoppfølging vil variere i forhold til ressurser bruk på utdeling av utstyr og opplæring. Eksempelvis vil det koste mindre med et mislykket forsøk på avstandsoppfølging med pasienter med psykiske lidelser enn ved fysiske. Dette er fordi utstyret de trenger er svært enkelt og de trenger minimal opplæring for å ta det i bruk. Konsekvensene av å velge feil program for en pasient blir derfor mindre, og det kan være mer effektivt å prøve å sette pasienter på denne oppfølgingen, uten å gjøre et veldig grundig forarbeid.

Pasienten i avstandsoppfølging

Etter at pasienten er opplært, vil den digitale oppfølgingen i praksis starte. Vi vil videre peke ut forskjeller i gevinster og utfordringer ved avstandsoppfølging sammenlignet med fysisk oppfølging. Informantene har trukket frem reduksjonen i tidsbruk for helsepersonell som en stor potensiell gevinst. Tidsbruken som blir spart er hovedsakelig en gevinst for helsevesenet som slipper lønnskostnader for tiden helsepersonellet bruker på å reise til og fra pasienten. Dette vil være en reduksjon i direkte kostnader for helsevesenet. Denne tidsbesparelsen vil avhenge av avstanden til pasienten, og hvor lang tid helsepersonell tilbringer hos pasienten. I en gevinstrapport fra Telma, felles telemedisinsk løsning på Agder, viser de til en case der det kan spares over 20.000 NOK i måneden på pasienter som sliter med svært alvorlig kols (E-helse Agder, 2020, s. 57).

I VIS-prosjektet opplevde de en reduksjon i besøk av helsepersonell på 34 prosent for pasienter i avstandsoppfølging (Ørjasæter & Mistorp, 2016). Dette er i samsvar med informantenes uttalelser om at avstandsoppfølging vil føre til færre besøk hos pasientene. Informantene nevner også at tiden som tidligere var brukt på transport brukes til mer relevante oppgaver på sykehuset. Det kan da argumenteres for at gevinsten ved mindre tidsbruk for avstandsoppfølging blir immaterielle gevinster for samtlige pasienter i Norge, som får en bedre tjeneste, da de har flere tilgjengelige helsepersonell på sykehusene. Det er likevel ikke sikkert at verdien ved redusert tidsbruk for helsepersonell blir like stor som de sparte lønnskostnadene. I en stortingsmelding i analysen av velferdsteknologi kommer det frem at gevinstene ved tidsbesparelser kun kan realiseres dersom det finnes alternative arbeidsoppgaver for helsepersonellet i den frigitte tiden (Meld. St.14 (2020- 2021), s. 285). På den andre siden påpeker flere informanter at helsepersonell er en knapp ressurs i dag, og det kan derfor være lite sannsynlig at det ikke vil være relevante oppgaver for helsepersonell å bruke den frigjorte tiden på.

For pasienter med psykiske lidelser kan en del av tidsbesparelsene tilfalle dem istedenfor helsevesenet, dersom de normalt møter behandler på deres kontor. Psykiske lidelser er svært kostbart for Norge og mulighetene for gruppen til å spare mye tid i hverdagen kan gi dem store oppfattede gevinster, i tillegg til ringvirkninger for samfunnet rundt dem (Sælensminde & Line, 2015). Tryggheten av å sitte hjemme kan også være en oppfattet gevinst for dem som sliter med angst og fobier. Ettersom majoriteten av oppfølgingen av pasienter med psykisk lidelse skjer med samtaler over video vil gevinstene ved tidsbruk i stor grad avhenge av avstandene mellom pasient og psykolog. Dette kan være spesielt gunstig for pasienter som trenger spesialister fra andre steder av landet.

Transportkostnader til helsepersonell og pasienter vil være korrelert med reduksjonen i tidsbruken til helsepersonell. Dette er fordi de i hovedsak er knyttet til drivstoff og slitasje på kjøretøy som helsepersonell som fysisk må besøke pasientene bruker. Dersom digital pasientoppfølging også gjør at pasienter slipper å møte opp hos fastlege eller ved sykehus, vil dette føre til en besparelse i transportkostnader. Besparelsen vil avhenge av avstanden fra pasientene til helseforetaket, og hvor mange besøk som unngås som følge av avstandsoppfølging.

En annet element som bør måles er i hvilken grad den nye teknologien krever hjelp av familie og venner av pasienten. Dersom digital oppfølging fører til at pasientens familie må bruke mer tid på å hjelpe dem, bør denne ekstra tiden for pasientens pårørende regnes med som en økt samfunnsøkonomisk kostnad.

Hvordan pasienten opplever kvaliteten av avstandsoppfølgingen kan variere stort etter deres lidelse og personlighet. For lidelser der pasienten selv utfører målinger kan det diskuteres at deres opplevde kostnad for tjenesten er høyere, som igjen krever at kvaliteten på tjenesten må bli bedre på andre måter for at de skal ønske å ta det i bruk. Denne kostnaden er likevel sannsynligvis svært lav, ettersom målingene vil ta kort tid, og det kan også være at enkelte pasienter som setter pris på å kunne gjøre dem selvstendig.

For oppfølging som krever regelmessige konsultasjoner er det større fare for at kvaliteten oppleves som dårligere dersom det er dårlig nettverksforbindelse ved bruken av video. Dette gjelder spesielt pasienter med psykiske lidelser, der regelmessige videokonsultasjoner står for majoriteten av oppfølgingen. De er da avhengige av at de føler de får en tilnærmet like god samtale over video som ved et fysisk møte, for at denne kvaliteten skal vedlikeholdes. Prosjektmedarbeider 1 påpekte at det er store individuelle forskjeller for folk med psykiske lidelser med hensyn til om de trives med videosamtaler eller ikke. Noe forskning viser at de fleste føler god kontakt med oppfølgeren sin over video, men at dette avhenger av god internettforbindelse. Pasienter som sliter med noen bestemte psykiske lidelser eller de med fysiske handikap setter spesielt pris på tjenesten. (Donaghy, 2019). Likevel kan noen pasienter oppleve at de får lite utbytte av tjenesten og velger å ikke ta det i bruk til tross de mulige tidsbesparelsene.

Kvalitetsforbedringen av avstandsoppfølging sammenlignet med fysisk oppfølging, avhenger i stor grad av hvor raskt helsevesenet får oppdatert informasjon om pasienten. Dette skjer i noen prosjekter gjennom et trafikklyssystem der helsen til pasienten er god ved grønt lys, middels ved gult og dårlig ved rødt lys. Denne tette oppfølgingen kan føre til færre forverringer av pasienters helse, som igjen vil gjøre at det kreves færre innleggelser. Flere informanter trakk frem store fremtidige gevinster ved å redusere antall årlige innleggelser per pasient med kronisk lidelse. En studie finner signifikante funn på at bruken av slik tett oppfølging av pasienter ved bruk av velferdsteknologi kan gjøre forverrelser oppdages tidligere. De konkluderer også med at slik oppfølging fører til en følelse av trygghet for pasientene. (Kamei et al., 2018).

Reduksjonen i fremtidige liggedøgn kan være et nøkkeltall for beslutningstagere som skal vurdere de fremtidige kostnadsbesparelsene av avstandsoppfølging. De økonomiske gevinstene vil da knytte seg til hvor mye de unngåtte liggedøgnene ville kostet. Kostnadene knyttet til innleggelser varierer med hensyn til varighet og alvorlighetsgrad, og dette vil variere med årsak for innleggelse og alvorlighetsgrad. Et estimat på for innleggelser som Statens legemiddelverk (2020, s. 9) bruker for et generelt liggedøgn på sykehus er 8000 NOK og for et intensivdøgn 50.000 NOK. Prosjektleder 1 sier at de bruker 6.500 som et generelt mål for innleggelser.

I VIS-prosjektet kommer det frem at antall årlige innleggelser gikk ned med 39,1 prosent etter å ha vært deltaker i prosjekter over lengre, i snitt fra 4,8 døgn til 2,9 døgn i året. (Ørjasæter & Mistorp, 2016). Det er knyttet noe usikkerhet til hvilke pasientgrupper som hadde størst effekt, ettersom de ikke skiller mellom de ulike sykdomsgruppene i prosjektet. Selv ved konservative estimater for kostnader per liggedøgn kan det spares flere tusen kroner per pasient årlig. Ettersom det er rimelig å anta at noen innleggelser er på intensiv vil disse være langt dyrere for helsevesenet enn et generelle liggedøgn. Gevinstene ved reduserte innleggelser vil da bli enda høyere for pasienter som trenger innleggelser på intensivavdelingen, som følge av forverring. De økonomiske gevinstene vil derfor kunne være høyere for sykdommer som krever spesielt mye ressurser ved innleggelser.

Reduksjonen i innleggelser for noen bestemte lidelser har støtte i litteraturen. Et eksempel på dette er hjertefeil, der det virker å være store gevinster med slik oppfølging, hovedsakelig som følge av en reduksjon i innleggelser for pasientene. Det fremkom i en studie besparelser på 54.637 NOK per pasient som følge av færre innleggelser og polikliniske konsultasjoner. (Vestergaard et al., 2020).

Det har også vært reduksjon i kostnader knyttet til antall innleggelser for pasienter med alvorlig kols. Besparelsene var i snitt på omtrent 14.300 NOK per pasient grunnet færre innleggelser. (Udsen et al., 2017). Det er viktig å poengtere at i forskningen rundt kols var disse effektene kun til stede ved alvorlig sykdom, og de fant gevinstene til tjenesten ikke forsvarte de økte kostnadene for de med mildere kols eller ved svært alvorlig kols. Studien kom også frem at kostnadsbesparelsene for yngre pasienter med kols generelt var høyere enn de eldre. Dette kan forklares med at yngre i større grad mestrer teknologien ved avstandsoppfølging. Det at det er få gevinster ved avstandsoppfølging av pasienter med mild kols, har nødvendigvis ikke en stor effekt på de samlede kostnadsbesparelse for norsk helsevesen ved å ta det i bruk. Årsakene til

dette er at en liten andel av kolspasientene i Norge står for majoriteten av helsekostnadene knyttet til sykdommen (Leivseth et al., 2017). Det er likevel interessant å se at det kan være pasienter som har for alvorlig kols til avstandsoppfølging lønner seg økonomisk, og det kan derfor også være relevant å se på om pasienter er for syke til å benytte seg av avstandsoppfølging.

En reduksjon i antall forverringar kan også resultere i at yrkesaktive mennesker har færre sykedager i året. Eksempelvis kommer det frem i en studie at personer med kols mister seks arbeidsdager i året, sammenlignet med personer uten, men med tilsvarende alder, utdanning og røykevaner (Erdal et al., 2014). Dersom pasienter blir friskere er det mulig at de har færre sykedager og de selv og samfunnet tjener på det.

Gevinstene av å redusere antall innleggelses vil ifølge Prosjektleder 2 avhenge hva hvor hensiktsmessige målingene av pasienten er. Dersom målingene som foretas blir gjort på en lite hensiktsmessig måte vil en stor del av gevinstene til en slik tjeneste falle bort, og i verste fall gjøre at pasientens forverringar forblir uoppdaget. På den andre siden er det mulig at målingene som gjøres av pasienten i fremtiden vil bli mer sofistikerte, og dermed kan føre til enda større besparelser enn de som kommer frem i forskningen vi har henvist til. Kunnskapsdeling rundt hvilke målinger som skal gjennomføres ved ulike lidelser kan her bli sentralt, både på nasjonal og internasjonalt plan. Den enkelte beslutningstager kan da ha interesse av å se på erfaringsrapporter og akademiske artikler knyttet til velferdsteknologi relevant for deres medisinske fagområde.

I tillegg til de økonomiske gevinstene trakk flere informanter frem at pasientene føler økt trygghet ved avstandsoppfølging sammenlignet med fysisk, selv om det noen variasjoner. De påpekte at den økte tryggheten og mestringen over sykdommen førte til økt livskvalitet for pasientene. Dette er immaterielle gevinster som er vanskelige å måle, men fremdeles har en verdi. I en systematisk oversikt med metaanalyse av digital oppfølging av pasienter med kols konkluderte de med at livskvalitet for deltakere gikk opp ved å være en del av prosjektet. Dette ble gjort ved kvalitative målinger av pasientenes livskvalitet under prosjektet, der en reduksjon i engstelse knyttet til egen sykdom var hovedårsaken den positive utviklingen. (Kamei et al., 2012).

Flere informanter trakk fram en største utfordringen fremover for norsk helsevesen er å ha nok ressurser tilgjengelig til alle pasienter, ikke å gi en bedre tjeneste for den enkelte. Det kan da argumenteres for at denne økte kvaliteten på tjenesten ikke bør være fokuset til helsevesenet sammenlignet med kostnadsbesparelser. Likevel vil det være en positiv effekt om pasienter blir mer fornøyde med tjenestene sine.

6.3 Etiske betraktninger

I vurderinger rundt økonomiske gevinster av helsetiltak er det viktig å gjøre noen etiske betraktninger grunnet helsevesenets mål om en rettferdig helsetjeneste. Norsk helsevesen skal tilby en god tjeneste uavhengig av pasientens sosioøkonomiske status. En ren økonomisk vurdering er derfor ikke tilstrekkelig for helsevesenet i deres valg av hvem man skal behandle, og på hvilken måte. Det må også gjøres etiske vurderinger basert på prinsipper helsetjenesten skal overholde. En kalkyle som kun fokuserer på de økonomiske virkningene av en type behandling, vil kunne favorisere pasienter med høy inntekt, eller fremstående roller i samfunnet.

Det kan også stilles spørsmål ved i hvilken grad kostnadseffektivitet skal måles opp mot kvaliteten på tjenesten, og derfor om det er riktig å redusere kvaliteten på en tjeneste selv om den blir langt mer kostnadseffektiv. I utformingen av insentivordninger for helsepersonell er det viktig å etterstrebe at disse ikke skal redusere kvaliteten i for stor grad. Pasientene har også et lovfestet personvern som i noen grad kan forhindre deling av pasientdata og andre personopplysninger til behandlingsformål. I digital pasientbehandling kan man derfor spørre seg hvor sterkt hensynet til personvern bør være dersom deling av sensitive opplysninger i form av helsedata kan skape økonomiske gevinster, og medføre en kvalitetsheving i tjenestetilbudet til pasienten. Dersom kravet til sikker deling av helsedata er for høyt, vil kostnader knyttet til utvikling av sikkerhetstiltak i helsevesenet potensielt redusere de økonomiske gevinstene.

7 Konklusjon

Formålet med denne masterutredningen er å belyse de økonomiske forholdene rundt implementering av digital pasientbehandling på lavt tjenestenivå i helsevesenet, og utforme modeller som kan benyttes for å kartlegge gevinster og utfordringer. For å utforske dette temaet har vi utformet følgende forskningsspørsmål.

Hvilke anvendelser av digital pasientbehandling er best egnet til å redusere ressursbruken til norsk helsevesen, uten å redusere kvaliteten på tjenestetilbudet for pasientene?

Hvordan kan lokale beslutningstagere, ved bruk av de identifiserte anvendelsene av digital pasientbehandling, skape gevinster for norsk helsevesen, pasienter og resten av samfunnet, og hva er forutsetningene for at disse gevinstene skal realiseres?

Utredningen er basert på tolv dybdeintervjuer av ansatte i norsk helsevesen, som har erfaring med bruk av digital pasientbehandling. Funnene gjort studien er sett i sammenheng med eksisterende litteratur rundt temaet. Det fremkom i funnene våre at e-konsultasjoner og medisinsk avstandsoppfølging er anvendelsene av digital pasientbehandling som er best egnet for å redusere ressursbruken til norsk helsevesen. Skillet mellom de to anvendelsene var imidlertid så betydelig, at vi anså det som hensiktsmessig å belyse gevinstene og utfordringene for hver av dem separat.

Studiens funn indikerer at e-konsultasjoner er relevant, både for fastleger og legespesialister, i arbeidet med å diagnostisere og behandle pasienter på avstand. Gevinstene knyttet til bruken av e-konsultasjoner tilfaller hovedsakelig pasientene, i form av redusert tidsbruk. Videre fremkom det i utredningens funn at varigheten av e-konsultasjoner generelt er kortere enn ved fysiske konsultasjoner. Det fremkom også samfunnsøkonomiske gevinster ved reduksjonen i arbeidsfravær, som følge av at pasienter slipper å dra fysisk til legen. En utfordring ved bruk av e-konsultasjoner er vurderingen rundt hvilke pasienter som egner seg for konsultasjonsformen. E-konsultasjoner blir oppfattet som uegnet for konsultasjoner som krever fysisk undersøkelse av pasienten, førstegangskonsultasjoner og for pasienter med begrenset digital modenhet. Det er også knyttet utfordringer til vurderingen av om en pasient er egnet for

e-konsultasjon eller ikke. Feilvurderinger vil medføre negative konsekvenser for legen og pasienten. Det vil derfor være sentralt med gjennomtenkte vurderinger av pasientens egnethet for e-konsultasjon. En annen utfordring er utformingen av takstsystemer som insentiverer legen til å benytte seg av e-konsultasjoner, når det er gunstig for pasienten. Det ble også knyttet usikkerhet til hvorvidt den økte tilgjengeligheten av konsultasjoner vil medføre økt etterspørsel av unødvendige konsultasjoner, som vil kunne føre til økt arbeidspress for legene.

Medisinsk avstandsoppfølging er relevant for pasienter som sliter med kronisk sykdom, og er avhengig av tett oppfølging fra helsepersonell. Studiens funn indikerer at det kan foreligge store tidsbesparelser for helsepersonell, som følge av færre besøk hos pasienter. Ved hjelp av velferdsteknologi kan helsepersonell også følge opp pasienter tettere enn før, og tidligere oppdage forverrelser i helsetilstanden deres. Dermed vil antall innleggelses trolig reduseres og de tilknyttede kostnadene bortfalle. Avstandsoppfølging kan også føre til at pasienter opplever høyere livskvalitet, som følge av økt trygghet og mestring av egen sykdom.

For å realisere gevinstene ved medisinsk avstandsoppfølging kreves det tydelig styring av prosjektet og effektiv samhandling mellom hjemmesykepleien, fastleger og sykehus. Relevant kompetanse blant helsepersonellet er viktig for å utforme behandlingsplanen til pasienten, slik at målingene som gjøres er hensiktsmessige. Dersom behandlingsplanen ikke er tilpasset pasientens behov vil gevinstene bortfalle. For pasienter med demens, enkelte funksjonshemminger eller lav digital modenhet, kan det være utfordrende å ta i bruk velferdsteknologien. I likhet med e-konsultasjoner vil det også her foreligge utfordringer omkring vurderingen av hvilke pasienter som er egnet til å benytte avstandsoppfølging. Det er knyttet betydelige kostnader til opplæring av pasienten og utdeling av utstyr. Dersom en pasient må overføres fra avstandsoppfølging til fysisk oppfølging, som følge at de ikke mestrer velferdsteknologien, vil mye ressurser gå tapt.

7.1 Svakheter

På grunn av tids- og ressursbegrensninger har vi kun intervjuet tolv informanter. Ved å intervju flere spesialister og prosjektledere, med annen bakgrunn enn de som deltok i denne studien, ville vi fått flere perspektiver rundt bruken av digital pasientbehandling. Leger med spesialisering i sykdommer som krever liten grad av fysiske undersøkelser, og prosjektledere med kompetanse knyttet til hjertesvikt og diabetes, ville vært spesielt relevant.

Det er mulig at informantene som valgte å delta i studien gjorde dette på bakgrunn av at de fant digital pasientoppfølging spesielt interessant. De kan derfor ha hatt en mer positiv innstilling rundt temaet, sammenlignet med øvrige ansatte i norsk helsevesen. En svakhet ved vår utredning kan da være at vi har overvurdert gevinstene knyttet til digital pasientbehandling og undervurdert utfordringene.

Litteraturen knyttet til temaet digital pasientbehandling er mangelfull, ettersom det er en behandlingsform som ikke har vært i bruk lenge. Datagrunnlaget vi diskuterte opp mot funnene våre var derfor begrenset. Det har også manglet datamateriale, spesielt knyttet til arbeidsfravær som følge av legetimer. På grunn av bakgrunnen vår innen økonomi, har vi stor grad vektlagt informantenes egne vurderinger av de medisinske og teknologiske aspektene ved bruken av digital pasientbehandling. Dersom uttalelser fra informanter har vært feilaktige knyttet til disse temaene, vil det svekke troverdigheten til funnene våre. Modellene vi utarbeidet var bevisst utformet generelle, for så å kunne tilpasses beslutningstagere basert på deres unike omstendigheter. Det er mulig at beslutningstagere som står overfor spesielt komplekse problemstillinger trenger en modell som er fundamentalt forskjellig, og at modellene vi utformet ikke er egnet for deres spesifikke behov.

7.2 Videre forskningsmuligheter

For å gjøre konkrete beregninger av kostnadsbesparelsene som foreligger ved bruk av e-konsultasjoner, vil enkelte størrelser som foreløpig er ukjente være sentrale. For å tallfeste samfunnsøkonomiske gevinster, er arbeidsfravær knyttet til legebesøk relevant. Utredninger som belyser dette, vil kunne gi en mer presis indikasjon på faktiske samfunnsøkonomiske besparelser som følge av bruken av e-konsultasjoner. En mulig problemstilling for videre forskning er om den økte tilgjengeligheten på konsultasjoner vil medføre et overforbruk av helsetjenester. Et eventuelt overforbruk av helsetjenester vil skape ineffektive helsekøer og ha innvirkning på potensielle gevinster helsevesenet oppnår ved å benytte e-konsultasjoner i behandlingen av pasienter. Det kan tenkes at innføringen av e-konsultasjoner kan redusere tilbudet av fysiske konsultasjoner. Pasienter som av ulike årsaker ikke klarer, eller ønsker å benytte e-konsultasjoner kan da oppleve en økt ventetid på behandling. Dette er en problemstilling vi ikke har belyst i vår utredning, men som kan være av interesse for videre forskningsarbeid.

Gevinstene ved avstandsoppfølging avhenger også av en del størrelser som foreløpig ikke er tallfestet. Modellen vår for avstandsoppfølging vil kunne gjøres mer detaljert dersom disse størrelsene kvantifiseres. Påvirkningen avstandsoppfølging har på reinnleggelser av pasienter, vil kunne gi mer nøyaktige estimater på besparelser ved denne typen oppfølging. En annen faktor som har påvirkning på kostnadsreduksjoner knyttet til avstandsoppfølging er tidsbruken til helsepersonell som er involvert i oppfølgingen. Videre forskning kan ta stilling til om tidsbruken i avstandsoppfølging går ned på sikt. Forskningen kan dermed bidra til mer utfyllende grunnlag for beslutninger om denne typen oppfølging egner seg fra et økonomisk perspektiv. Innsamling av kvantitative data for gevinster vi har identifisert, kan bidra til å belyse størrelsen av gevinstene. Videre forskningsarbeid knyttet til hvilke faktorer som gjør at pasienter egner seg for avstandsoppfølging kan også være anvendelige. Dersom man er i stand til å identifisere eventuelle faktorer, kan dette redusere tidsbruken helsepersonell må benytte til vurderingen av hvilke pasienter som egner seg for avstandsoppfølging.

8 Litteraturliste

- Abildsnes, A., Askedal, K., Emblem, A.W., Flak, L., Moe, C. E. & Thygesen, E. (2018). *Delrapport 2- Gevinstrealisering*. Universitetet i Agder. <http://www.telma.no/prosjektresultater/uia-delrapport-2-gevinstrealisering/>
- Berg, L.P. & Aspøy, A. (2020). *Helse og omsorgsdepartementet*. I Store norske leksikon. Hentet 31. mai 2021 fra https://snl.no/Helse-_og_omsorgsdepartementet
- Bordvik, M & Hafstad, A. (2018, 20. november). Legeleder frykter overforbruk. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/11/20/legeleder-frykter-overforbruk/>
- Braut, G.S. (2019). *Helsevesenet*. I Store norske leksikon. Hentet 31. mai 2021 fra <https://snl.no/helsevesenet>
- Bruun, T., Denison, E., Gjersing, L., Husøy, T., Knudsen, A.K. & Strand, B. (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018* (Rapport 2018). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>
- Coiera, E. (2011). Why system inertia makes health reform so difficult. *BMJ*, 342, d3693. <https://doi.org/10.1136/bmj.d3693>
- Datatilsynet. (2020, 24.mars). *Digitale konsultasjoner og personvern*. <https://www.datatilsynet.no/personvern-pa-ulike-omrader/korona/digitale-konsultasjoner-og-personvern/>
- Davis, R. E., Couper, M. P., Janz, N. K., Caldwell, C. H. & Resnicow, K. (2009). Interviewer effects in public health surveys. *Health Education Research*, 25(1), 14-26. <https://doi.org/10.1093/her/cyp046>
- Direktoratet for e-helse. (u.å). *Nasjonale e-helseprosjekter*. Direktoratet for e-helse. <https://www.ehelse.no/prosjekt>
- Direktoratet for e-helse. (2017). *Komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området*. Direktoratet for e-helse. <https://www.ehelse.no/publikasjoner/komparativ-analyse-av-de-regionale-helseforetakene-pa-ikt-området>

- Direktoratet for e-helse. (2019a). *Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022: E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra <https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>
- Direktoratet for e-helse. (2019b). *Sluttanbefalinger fra utredningsoppdrag om nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger>
- Direktoratet for e-helse. (2019c). *Plan for e-helse 2019-2022*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger>
- Direktoratet for e-helse. (2021a, 14.januar). *Dette er velferdsteknologi*. Direktoratet for e-helse. Hentet fra <https://www.ehelse.no/velferdsteknologi/velferdsteknologi>
- Direktoratet for e-helse. (2021b, 10. mai). *Om direktoratet for e-helse*. Direktoratet for e-helse. <https://www.ehelse.no/om-oss/om-direktoratet-for-e-helse>
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2018). *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. Hentet fra <https://dfo.no/publikasjoner/veileder-i-samfunnsokonomisk-analyse>
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2021). *Dette jobber vi med*. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. <https://dfo.no/om-dfo/dette-jobber-vi-med>
- Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., Campbell, J. & McKinstry, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 69(686), e586-e594. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704141>
- E-helse Agder. (2020). *Gevinstrapportering*. E-helse Agder. <https://www.ehelseagder.no/dhagevinst/>
- Erdal, M., Johannessen, A., Askildsen, J. E., Eagan, T., Gulsvik, A. & Grønseth, R. (2014). Productivity losses in chronic obstructive pulmonary disease: a population-based survey. *BMJ Open Respir Res*, 1(1), e000049. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2014-000049>
- Folkehelseloven (1997). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. (2019). *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.* (FOR-2019-06-27-923). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-06-27-923>
- Førland, O., Ambugo, E., Døhl, Ø., Folkestad, B., Rostad, H.M. & Sundsbø, A. (2020). *Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene.* (Rapportserien 1/2020). Senter for omsorgsforskning. <https://hdl.handle.net/11250/2658156>
- Gaardsrud, P. (2020). *Styringsdata for fastlegeordningen 4. kvartal 2020.* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk>
- Hansen, L. A., Almqvist, F., Ørjasæter, N.-O. & Kistorp, K. M. (2017). Velferdsteknologi i sentrum (VIS) - evaluering av velferdsteknologi fra et tjenstedesignperspektiv. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(2), 144-152. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-12>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Effekter av avstandsoppfølging : Følgeforskning av medisinsk avstandsoppfølging i delprosjektene VIS, Mestry, GodhelseHjemme og HelsaMi+.* [https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/Effekter av avstandsoppfølging.pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/Effekter%20av%20avstandsoppfolging.pdf)
- Helsedirektoratet. (2018b). *E-konsultasjon hos fastlege og legevakt.* Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse>
- Helsedirektoratet. (2020, 3. november). Takstendringer for leger, psykologer og andre behandlergrupper. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/andre-finansieringsordninger/takstendringer-for-leger-psykologer-og-fysioterapeuter>
- Helsedirektoratet. (2021a, 10. mai). *E-konsultasjoner hos fastleger.* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/e-konsultasjoner-hos-fastleger>
- Helsedirektoratet. (2021b, 11.mai). *Velferdsteknologi : Rapporter og utredninger.* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger>
- Helsenorge. (2021, 11. januar). *Hva er e-konsultasjon og de andre tjenestene med fastlege på nett?.* Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/fastlegen/om/hva-er-e-konsultasjon/>

- Hjemås, G., Holmøy, E. & Haugstveit, F. (2019). *Fremskrivinger av etterspørsel etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060* (Rapporter 2019/12). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/386122?_ts=16a9b1eef68
- Hovde, K. (2021). Regjeringen. I Store norske leksikon. Hentet 31. mai 2021 fra <https://snl.no/regjeringen>
- Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo., Oslo Economics., Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. (2020). *Evaluering av utprøving av medisinsk avstandsoppfølging*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20medisinsk%20avstandsoppf%C3%B8lging.pdf>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Johannessen, T. B., Holm, A. L. & Storm, M. (2019). Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), 71-83. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-07>
- Johnsen, T. M., Norberg, B. L., Kristiansen, E., Zanaboni, P., Austad, B., Krogh, F. H. & Getz, L. (2021). Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners. *Journal of Medical Internet Research*, 23(2), e26433. <https://doi.org/10.2196/26433>
- Kamei, T., Yamamoto, Y., Kajii, F., Nakayama, Y. & Kawakami, C. (2013). Systematic review and meta-analysis of studies involving telehome monitoring-based telenursing for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(2), 180-192. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2012.00228.x>
- Kamei, T., Yamamoto, Y., Kanamori, T., Nakayama, Y. & Porter, S. (2018). Detection of early-stage changes in people with chronic diseases: A telehome monitoring-based telenursing feasibility study. *Nursing & Health Sciences*, 20(3), s. 313-322. <https://doi.org/10.1111/nhs.12563>
- Kattouw, C. E. & Wiig, S. (2019). The organisation of community nursing services may impact negatively on safety and the quality of care. *Sykepleien Forskning*, 1-25. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391>

- KS. (2020, 11. juni). *Lønn og inntekter for fastleger*. KS.
<https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/lonnsstatistikk-for-ks-tariffomrade/lonn-og-inntekter-for-fastleger/>
- KS, Den norske legeforening, Oslo kommune, Helsedirektoratet. (2019). *En vurdering av alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen*. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/alternative-finansieringsmodeller-for-fastlegeordningen/id2669434/>
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Leivseth, L., Husebø, G., Melbye, H., Grønseth, R., Byhring, H., Olsen, F., Uleberg, B., Førde, O.H., Steindal, A., Balteskard, L. & Bakken, T. (2017). *Helseatlas kols*. Hentet fra <https://helse-nord.no/nyheter/nyheter-skde/setter-fokus-pa-behandling-av-kolspasienter>
- Lundberg, L. (2020, 2. september). Helsepersonell ønsker å fortsette med digital pasientbehandling. *Forskning.no*. <https://forskning.no/arbeid-helsetjenester-nasjonalt-senter-for-e-helse-forskning/helsepersonell-onsker-a-fortsette-med-digital-pasientbehandling/1730946>
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Meld. St. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste- Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>
- Meld. St. 5 (2019-2020). *Levende lokalsamfunn for fremtiden- Distriktmeldingen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20192020/id2674349/>
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Meld. St. 14 (2020-2021). *Perspektivmeldingen*. Finansdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/>

- NOU 1997: 27. (1997). *Nytte-kostnadsanalyser— Prinsipper for lønnsomhetsvurderinger i offentlig sektor*. Finans- og tolldepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-27/id116359/?ch=3>
- NOU, 2018: 16 (2018). *Det viktigste først — Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Helse -og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>
- NOU, 2019: 24 (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Helse -og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-24/id2682523/?ch=3>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-12-20-116)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/>
- Regjeringen (u.å.a). Avdelinger i helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. Hentet 30. mai, 2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/avdelinger/id448/>
- Regjeringen (u.å.b). Etater og virksomheter under helse og omsorgsdepartementet. Regjeringen. Hentet 30. mai, 2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/etater-og-virksomheter-under-helse--og-omsorgsdepartementet/underliggende-etater/helsedirektoratet/id213297/>
- Regjeringen. (2014, 30. oktober). *Grunnstrukturen i helsetjenesten*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440>
- Regjeringen. (2016, 5. januar). *Åpning av direktoratet for e-helse*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/apning-av-direktoratet-for-e-helse/id2469424/>
- Regjeringen. (2021, 26. mai). *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*. Regjeringen <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>
- Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I.S. & Lindahl, A.K. (2014). *Det norske helsesystemet 2013*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <https://www.fhi.no/publ/2014/det-norske-helsesystemet-2013/>
- Salisbury, C., Murphy, M. & Duncan, P. (2020). The Impact of Digital-First Consultations on Workload in General Practice: Modeling Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e18203. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.2196/18203>

- Sirnes, E., Stoltz, G., & Nielsen, H. (2021). *Nytte-kostnadsanalyse*. I Store norske leksikon. Hentet 31. mai 2021 fra <https://snl.no/nytte-kostnadsanalyse>
- Statens legemiddelverk (2020). *Dokumentasjon av enhetskostnader*. Statens legemiddelverk. <https://legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/dokumentasjon-for-metodevurdering/enhetskostnadsdatabase>
- Sopra Steria (2020). *Helse-Norge 2020-2035: Kollaps eller bærekraft?*. Sopra Steria. <https://www.soprasteria.no/dette-kan-vi/bransjer/helse/rapportHelseNorge20202035-Kollapsellerberekraft>
- Stolz, G. & Thomassen, E. (2019). *Statsbudsjett*. I Store norske leksikon. Hentet 31. mai 2021 fra <https://snl.no/statsbudsjett>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 07459: Befolkning, etter region, statistikkvariabel og år [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/tableViewLayout1/>
- Sælensminde, K. & Line, T.M. (2015). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker>
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Torrance, G. W. (1986). Measurement of health state utilities for economic appraisal: A review. *Journal of Health Economics*, 5(1), 1-30. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0167-6296\(86\)90020-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0167-6296(86)90020-2)
- Tvedt, K.A. (2020, 25.august). *Statsråder i Norge*. I Store norske leksikon. Hentet 31. mai 2021 fra https://snl.no/statsråder_i_Norge
- Udsen, F.W., Lilholt, P. H., Hejlesen, O. K. & Ehlers, L. H. (2017). Subgroup analysis of telehealthcare for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the cluster-randomized Danish Telecare North Trial. *Clinicoeconomics & Outcomes Research*, 9, 391-401. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.2147/CEOR.S139064>
- Vegesna, A., Tran, M., Angelaccio, M. & Arcona, S. (2017). Remote Patient Monitoring via Non-Invasive Digital Technologies: A Systematic Review. *Telemedicine Journal & E-Health*, 23(1), 3-17. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1089/tmj.2016.0051>

Vestergaard, A. S., Hansen, L., Sorensen, S. S., Jensen, M. B. & Ehlers, L. H. (2020). Is telehealthcare for heart failure patients cost-effective? An economic evaluation alongside the Danish TeleCare North heart failure trial. *BMJ Open*, 10(1), e031670. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031670>

Ørjasæter, N.-O., & Mistorp, K.M. (2016). *Innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/velferdsteknologi-bidrar-til-betere-hverdagshelse/id2483590/>

Appendiks A- Førsteutkast Intervjuguide fastleger og legespesialister

1. Hva er din nåværende arbeidsplass og hvor lenge har jobbet der?
2. Hva er din nåværende stilling og hvilke arbeidsoppgaver har du?
3. Hva er din erfaring ved bruk av e-konsultasjoner i møte med pasienter? Er det hovedsakelig gjennom video, telefon eller tekst?
4. Hvor ofte bruker du e-konsultasjoner?
5. Hvor lenge har du brukt e-konsultasjoner?
6. Har bruken av e-konsultasjoner Covid-19 pandemien? Hvor stor endring har det vært?

Støtte/press fra ledelse om å gjennomføre e-konsultasjoner

7. Hvordan føler du støtten i norsk helsevesen er for å gå mot økt bruk av e-konsultasjoner?
8. Hvem er de største initiativtakerne til økt bruk av e-konsultasjoner? Leger selv, administrasjonen, pasienter?

9. Hva er motivasjonen for dere som leger til å bruke det mer? Oppf. er det ulike satser for e-konsultasjoner sammenlignet med fysiske konsultasjoner?

10. Hva skulle til for at du ville bli mer motivert for å øke bruken av e-konsultasjoner?

Teknisk rundt bruken

11. Hvilke programmer bruker dere under e-konsultasjoner, da med tanke på video og tekst?

12. Hvordan fungerer det slik det er i dag, er det noen spesielle utfordringer under gjennomførelsen av e-konsultasjoner under dagens løsning?

13. I hvilken grad tror du leger har den tekniske kompetansen til å effektivt benytte seg av mulighetene som ligger ved e-konsultasjoner? Vil det kreve mye tid å sette seg inn i anvendelsen av denne typen konsultasjoner?

14. Hvordan strukturerer du arbeidsdagen rundt bruken av e-konsultasjoner. Er det eksempelvis avsatt faste tidsrom i løpet av dagen der du foretar e-konsultasjonene?

15. I hvilken grad oppfatter du at pasienter unngår å bruke e-konsultasjoner? Hva tror du er årsakene til dette? Er det mange som krever fysisk konsultasjon? Har dette ført til utfordringer for deg som lege?

Egnethet

16. Hvilken andel av de fysiske konsultasjonene du gjennomfører i dag tror du kunne blitt gjennomført over video? – anslagsvis
17. Er det noen behandlingsformer du vil trekke frem som spesielt gunstige for e-konsultasjoner?
18. Betrakter du e-konsultasjoner som mest relevant i forbindelse med første møte med pasienten, eller for oppfølgingstimer?
19. Er det spesielle grupper mennesker du føler vil oppleve det som vanskelig å gjennomføre behandling over video? Med tanke på alder, lidelser, bakgrunn?

Oppfattet kvalitet av behandling ved e-konsultasjoner

-Legesiden

20. Føler du at du klarer å effektivt kommunisere med pasienter ved bruk av e-konsultasjoner?
21. Klarer pasienter å uttrykke seg presist om symptomene sine? Hvilke forskjeller er det mellom tekstbaserte og lyd/video-baserte løsninger?
22. I hvilken grad tenker du at risikoen for mangelfulle diagnoser og eventuelle feildiagnostiseringer øker ved å erstatte fysiske konsultasjoner med e-konsultasjoner? Har du fått tilbakemeldinger fra pasienter som har påpekt feil?

-Pasientsiden

23. Hvordan føler du pasientene opplever e-konsultasjoner? Oppfølging: Positive tilbakemeldinger, negative tilbakemeldinger? Hva synes de er bra? Hva synes de er dårlig? Hvor samstemte er folk i deres meninger?
24. Føler du det har skjedd en holdningsendring hos pasienter med tanke på bruk av e-konsultasjoner som følge av covid-19?
25. Tror du økt tilgjengelighet for leger gjennom e-konsultasjoner kan føre til at pasienter oppsøker lege i unødvendig stor grad? Hvor stor tror du denne effekten er?

Gevinster ved e-konsultasjoner

26. Merker du noe forskjell i antall pasienter behandlet dager der du gjennomfører mange e-konsultasjoner? Hvor stor er denne effekten?
27. Ville du ønsket å gjennomføre konsultasjoner fra eget hjem om mulig? Hvorfor ville det vært ønskelig for deg? Tror du at vil kunne utføre like godt arbeid hjemmefra?
28. Hvilke muligheter ser du for deg det kan bli med hjemmekontor ved dager kun med bruk av e-konsultasjoner?
29. Hvilke gevinster kan oppnås ved mulighetene at pasient, fastlege og tredjepart (relevant spesialist) kan kommunisere sammen på en gang?
30. Ser du noen gode bruksområder fleksibiliteten med e-konsultasjoner åpner for med hensyn til kommunikasjon mellom leger og pasienter fra ulike plasser i landet?

31. Dersom dere hadde fått bred støtte fra ledelsen om økt bruk av e-konsultasjoner, hvilke muligheter ser du til å forbedre og effektivisere tjenestene dere som leger utfører?

32. Hva tror du blir suksesskriterier for at disse forbedringene vil bli realisert? (Evt forklare hva vi mener med suksesskriterier?)

-Pasientsiden

33. Er det et utbredt problem med pasienter som ikke møter til timene sine? Er tydelige forskjeller mellom fysiske og virtuelle konsultasjoner?

34. Hvilke gevinster ser du for deg pasienter kan få dersom videokonsultasjoner i større grad tas i bruk? Kvalitet på tjenesten? Tids- og kostnadsbesparelser?

35. Er det andre potensielle effektivitetsgevinster du vil trekke frem som et resultat av en overgang til mer e-konsultasjoner?

Utfordringer ved videokonsultasjoner

36. Hvilke gevinster vi har diskutert tror du vil være vanskelige å realisere? Hvorfor?

37. Hva tror du vil bli de største utfordringene i en helsetjeneste der en stor andel av legetimer skjer gjennom e-konsultasjoner?

38. Hvilke barrierer finnes det for økt bruk av e-konsultasjoner i fremtiden?

39. I hvilken grad tror du andelen av e-konsultasjoner vil reduseres etter covid-19 pandemien er over eller vil vi se en vedvarende bruk blant norske leger?

Fremtidsutsikter for e-konsultasjoner

40. Avslutningsvis vil vi fokusere på fremtidsutsiktene for e-konsultasjoner. Vi tenker da å spørre deg litt om hvilken plass du tenker e-konsultasjoner har i en arbeidshverdag der covid-19 pandemien er tilnærmet over.

41. Hvordan ser du for deg at bruken av e-konsultasjoner kommer til å utvikle seg fremover, som de neste 5 årene? Evt lengre tidsperspektiv Gitt pandemien er tilnærmet over i løpet av 2021?

42. Er det noe du ønsker å tilføye vi ikke har spurt om?

43. Er det noe du ønsker å spørre oss om før vi avslutter?

Appendiks B- Kategorier

Bakgrunn

Dette var segmenter av intervjuet der informanten snakket om sin bakgrunn. Denne kategorien var delt inn i følgende underkategorier; Utdanning, arbeidserfaring, erfaring med bruk av digitale kommunikasjonsmidler, prosjektbeskrivelser og beskrivelse av bruk på arbeidsplass. Utdanning samlet informasjon fra intervjuet om informantens utdanningsbakgrunn. Arbeidserfaring omhandlet informantens arbeidshistorikk. Erfaring med bruk av digitale kommunikasjonsmidler innbefattet informantens tidligere bruk av digital kommunikasjon i behandlingsformål. Prosjektbeskrivelser inneholdt informasjon om prosjektene som enkelte av informantene var involverte i. Beskrivelse av bruk på arbeidsplass fanget opp informantens formeninger om utbredelsen av-, og holdningene til bruken av digital pasientbehandling på vedkommende sin arbeidsplass.

Bruksområder

Denne kategorien sammenfattet informasjon om måten og konteksten digital pasientbehandling benyttes i. Underkategoriene muligheter og egnethet fanget opp deler av intervjuet der informantene snakket om henholdsvis mulige anvendelser av digital pasientbehandling som ikke er benyttet i stor grad i dag og hvilke lidelser og pasienter denne typen behandling egner seg for.

Gevinster helsevesen

Gevinster helsevesen samordnet informasjon fra intervjuene der intervjuobjektene greide ut om gevinster som helsevesenet kan oppnå ved hensiktsmessig bruk av digital pasientbehandling. Underkategoriene i kodingen var tid, kostnader, kvalitet og fleksibilitet. Disse viser til ulike typer gevinster for helsevesenet som informantene peker på i intervjuet. Underkategorien tid innbefatter tidsbesparelser for helsevesenet. Kostnader var kostnader knyttet til direkte materiell som spares ved overgang til digital pasientbehandling. Kvalitet henviser til påvirkning på kvalitet i arbeidet til helsepersonellet ved endring til digital behandling av pasientene. Fleksibilitet viste til hvordan digital behandling av pasienter gir økt fleksibilitet for helsevesenet på overordnet plan som organisasjon, og for den enkelte helsepersonell.

Gevinster pasient

I hovedkategorien gevinster pasient, organiserte vi gevinster for pasienter ved en overgang til digital behandling, slik intervjuobjektene fremstilte gevinstene. Hvilke type gevinster det er snakk om spesifiserte vi videre i underkategoriene tid, kostnader, kvalitet, tilpasning og pårørende. Tid viste til tidsbesparelser for pasientene. Kvalitet viste til kvalitetsendringen på behandlingen for pasienten. Tilpassing viste til i hvilken grad digital behandling er mer tilpasset pasientens livssituasjon. Underkategorien pårørende samlet informasjon om gevinster for pasienten som følge av måten pårørende kan delta i den digitale behandlingen sammenlignet med en utelukkende fysisk behandlingsform.

Utfordringer

Utfordringer var en hovedkategori med insentiver, ledelse og digital modenhet som tilhørende underkategorier. Insentiver samlet deler av intervjuene der informantene snakket om utfordringer knyttet til hensiktsmessige insentiver for å oppnå en større utbredelse av digital pasientbehandling. Ledelse omhandlet informantenes utgreiinger om ledelsesmessige utfordringer for digitalisering av pasientbehandling. Digital modenhet innbefattet deler av dybdeintervjuene der informantene snakket om utfordringer knyttet til pasienters og legers digitale kompetanse.

Appendiks C- Informasjonsskriv

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse mulighetene rundt økt bruk av e-konsultasjoner i det norske helsevesenet med spesielt fokus på økonomisk effektivitet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg

Dette prosjektet er en del av masteroppgaven vår ved Norges Handelshøyskole, og formålet er å samle inn relevant informasjon fra informanter med god kjennskap til temaet. Du er valgt ut basert på din bakgrunn innen legeyrket.

Vi vil gjennomføre et dybdeintervju på omtrent 1 time med lydopptak der du blir spurt spørsmål rundt bruken av e-konsultasjoner i norsk helsevesen. Vi vil ikke samle inn navn. Personopplysninger vil bli anonymisert ved prosjektslutt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i løpet av juli 2021.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,

- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges Handelshøyskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Norges handelshøyskole ved Sissel Jensen, som kan kontaktes på Sissel.Jensen@nhh.no*
- Vårt personvernombud: personvernombud@nhh.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Martin Mushom og Håvard Walaker

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *masteroppgave* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i *intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)