



UNIVERSITETET I AGDER

Fastlegers informasjonsbehov ved medisinsk avstandsoppfølging

En kvalitativ studie.

SONDRE SVERD REKDAL

MASTEROPPGAVE I HELSE- OG
SOCIALINFORMATIKK

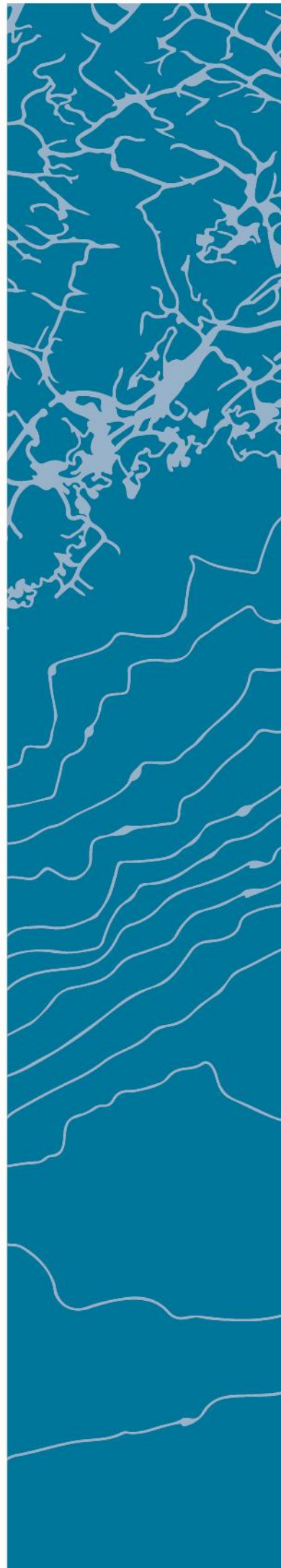
VEILEDER

Margunn Aanestad

Universitetet i Agder, 2019

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap



Sammendrag

Bakgrunn:

For å møte den fremtidige økningen i forekomsten av ikke-smittsomme kroniske sykdommer har Norge prøvd ut medisinsk avstandsoppfølging siden 2016. Resultatene så langt viser en økt trygghet, samt følelse av oppfølging og kontroll over egen helse hos pasientene. Det understrekes at det å involvere fastleger i tjenestene har vært utfordrende (Helsedirektoratet, 2018a). Videre utprøving ble startet opp i 2018 og er planlagt å fortsette til og med 2021.

Hensikt:

Formålet med denne masteroppgaven er å bidra med kunnskap om hvordan IKT best mulig kan understøtte fastlegenes tiltenkte rolle som koordinator i medisinsk avstandsoppfølging. Forskningsspørsmålet har i oppgaven vært: «Hvilke informasjonsbehov har fastleger i forbindelse med medisinsk avstandsoppfølging?»

Utvalg og metode:

Fastleger ved 3 fastlegekontor i Kristiansand Kommune ble intervjuet med semistrukturert gruppeintervju. Resultatet ble transkribert og kodet etter 5 kategorier av informasjonsbehov tilpasset fra (Gorman, 1995).

Resultat:

Fastlegenes informasjonsbehov omhandlet pasientdata, populasjonsstatistikk, medisinsk kunnskap, logistisk informasjon og sosial innflytelse.

Konklusjon:

Viktige informasjonsbehov innebar en bedre oversikt over sine risikopasienter, bedre dokumentert effekt av medisinsk avstandsoppfølging og en klarere og mer oversiktlig struktur der fastlegene forsto sin egen rolle i oppfølgingen. Det fremkom også flere bekymringer under sosial innflytelse som kan virke negativt på fremtidige implementeringsforsøk. Videre forskning er nødvendig for å ytterligere undersøke de enkelte informasjonsbehov og hvordan IKT kan understøtte disse.

Nøkkelord:

Medisinsk avstandsoppfølging, fastleger, informasjonsbehov

Abstract

Background:

To meet the future rise in incidence of non-communicable diseases, Norway has piloted telehealth since 2016. Results so far show an increase sense of security, as well as a feeling of being followed up and a control over own health among the patients. It is stated that involving the general practitioners in the services has been challenging (Helsedirektoratet, 2018a). Further piloting was started in 2018 and is planned to continue until 2021.

Purpose:

The purpose of this master's thesis is to contribute with knowledge as to how information and communications technology best can support general practitioners intended role as a coordinator of telehealth. The research question in this thesis has been: "Which information needs have general practitioners in conjunction with telehealth?"

Selection and methodology:

General practitioners from 3 surgeries in Kristiansand Municipality were interviewed using semi-structured group interviews. The results were transcribed and coded based on 5 categories of information needs adapted from (Gorman, 1995).

Results:

General practitioners' information needs were about patient data, population statistics, medical knowledge, logistic information and social influences.

Conclusion:

Important information needs concerned a better overview of their high-risk patients, better documented effects of telehealth and a clear and more straightforwardly structure where the general practitioners understood their own role in the follow up. There also appeared several worries under social influences that might have a negative effect on future attempts at implementation. Further research is needed to examine the individual information needs and how information and communication technology might aid these.

Keywords:

General practitioner, physician, telehealth, information needs

Forord

Fra tidligere er jeg utdannet lege, men jeg har siden barndommen aldri sluttet å interessere meg for det tekniske. Selv om jeg har angrepet det medisinskfaglige med spenning og iver, har jeg alltid ønsket å lære mer om hvordan det tekniske kunne hjelpe i den medisinskfaglige sfære. I 2016 bestemte jeg meg for å starte på denne masteren i helse- og sosialinformatikk for å se om jeg kunne lære mer om nettopp dette. Resultatet var ikke det jeg forventet meg, men når er vel livet slik? I stedet for et dypdykk i programmering eller annen softwarekunnskap, endte jeg opp med å lære om alt fra tjenestereiser og brukervennlighet til stortingsmeldinger og prosjektledelse. Men kanskje mest av alt, har jeg lært fra de merkverdige menneskene som utgjør mine medstudenter.

Inspirasjonen til denne oppgaven fikk jeg da jeg jobbet som fastlege i Kristiansand under utdanningen. Kommunen hadde allerede iverksatt prosjektet TELMA (Telemedisin i Agder) og hadde planer om å delta videre i det nasjonale prosjektet som ble startet opp i 2019. I den anledning hadde jeg, i min nysgjerrighet, kommet tettere på dette prosjektet. I dialog med både prosjektledere og forskere rundt, fikk jeg selv en fornemmelse av at fastlegene ikke var godt nok i fokus. Spesielt bekymringsverdig var det at de i tillegg ikke fikk rekruttert nok pasienter til prosjektet. Resultatet var at jeg ved oppstart av min masteroppgave endte opp med å forsøke å gå tettere på denne prosessen og hva som lå bak. Og fra der bar det ut på et eventyr til 3 av kommunenes legesentre for å få i gang diskusjonen rundt hva som var viktig å vite i møte med den medisinske avstandsoppfølgingen. Takk til alle dere der ute på fastlegekontorene som møtte meg med tillit og et smil, uten dere hadde ikke denne oppgaven vært mulig.

Jeg vil også rette en takk til alle som har bidratt til at utdanningen og oppgaven nå går mot slutten. Takk til min kjære samboer og fremtidige kone for motivasjon og for at du har holdt ut med meg og støttet meg i min reise tilbake til skolebenken. Takk til min veileder som jeg har kastet ball med over kaffekopper og emailer, og som ledet meg ut av jungelen og inn på noe mer gangbare stier. Takk til lærerne for inspirasjon og kunnskap. Og sist, men ikke minst, takk til mine medelever for alle de lærerike og forfriskende diskusjonene både i klasserommet og utenfor. Jeg ønsker dere alt vel.

Kristiansand, mai 2019

Sondre Sverd Rekdal

Innhold

| | |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Sammendrag | 2 |
| Abstract..... | 3 |
| Forord..... | 4 |
| 1.0 Innledning | 7 |
| 1.1 Nasjonalt Velferdsteknologiprogram..... | 7 |
| 1.2 Medisinsk avstandsoppfølging | 8 |
| 1.2.1 VIS..... | 8 |
| 1.2.2 Mestry | 9 |
| 1.2.3 GodHelseHjemme | 9 |
| 1.2.4 Helsami+ | 10 |
| 1.3 Veien videre | 10 |
| 1.5 Kjente utfordringer? | 11 |
| 1.4 Fastlegesituasjonen | 12 |
| 1.5 Problemformulering | 12 |
| 2.0 Kunnskapsgrunnlag for medisinsk avstandsoppfølging..... | 13 |
| 2.1 Diabetes Mellitus | 13 |
| 2.2 KOLS..... | 14 |
| 2.3 Hjerte- og karsykdom | 15 |
| 2.4 Annen relevant forskning | 15 |
| 3.0 Teorigrunnlag..... | 16 |
| 3.1 Teoretiske tilpasninger | 19 |
| 4.0 Metode..... | 20 |
| 4.1 Valg av metode | 20 |
| 4.2 Utarbeiding av intervjuguide og innsamling av data..... | 20 |
| 4.3 Utvalg av fastlegekontorer | 21 |
| 4.4 Transkribering..... | 21 |
| 4.5 Analyse..... | 21 |
| 4.4 Forskning på egen tidligere arbeidsplass..... | 21 |
| 4.5 Litteratursøk og kilder til innsikt..... | 22 |
| 4.6 Etske overveielser | 22 |
| 4.7 Metodiske overveielser | 22 |
| 4.8 Reliabilitet..... | 23 |
| 4.9 Validitet | 23 |
| 4.10 Avgrensning og begrepsavklaring..... | 24 |
| 5.0 Presentasjon av funn | 25 |
| 5.1 Pasientdata | 25 |
| 5.1.1 Etterlevelse (compliance)..... | 25 |

| | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 5.1.2 Mobilitet | 25 |
| 5.1.3 Eksisterende tilbud | 26 |
| 5.2 Populasjonsstatistikk | 26 |
| 5.3 Medisinsk kunnskap | 27 |
| 5.3.1 Inklusjonskriterier | 28 |
| 5.3.2 Dokumentert effekt..... | 28 |
| 5.4 Logistisk informasjon | 29 |
| 5.4.1 Struktur | 29 |
| 5.4.2 Gevinst..... | 30 |
| 5.4.3 Brukervennlighet..... | 30 |
| 5.4.4 Teknisk utstyr og tjenester | 31 |
| 5.5 Sosial innflytelse | 32 |
| 5.5.1 Det menneskelige..... | 32 |
| 5.5.2 Feilmålinger og negative effekter hos pasienten..... | 32 |
| 5.6.3 Rollefordeling og kompetanse | 33 |
| 5.6.4 Merarbeid..... | 34 |
| 5.6.5 Økonomi | 34 |
| 6.0 Diskusjon og fortolkning av funn | 36 |
| 6.1 Persondata..... | 36 |
| 6.2 Populasjonsstatistikk | 37 |
| 6.3 Medisinsk kunnskap | 38 |
| 6.4 Logistisk informasjon | 39 |
| 6.5 Sosial innflytelse | 40 |
| 6.6 Hvordan kan IKT understøtte de ovennevnte behovene? | Feil! Bokmerke er ikke definert. |
| 6.7 Styrker og svakheter ved studien..... | 41 |
| 6.8 EKSTRA (Ikke inkludert i oppgaven) | Feil! Bokmerke er ikke definert. |
| 7.0 Konklusjon..... | 42 |
| 8.0 Litteraturliste | 43 |
| Vedlegg I..... | 45 |
| Vedlegg II..... | 47 |
| Vedlegg III..... | 50 |

1.0 Innledning

I fremtiden vil Norge, sammen med mange andre OECD-land, oppleve stadig økende utfordringer rundt det å forme og vedlikeholde en bærekraftig pleie og omsorgstjeneste. En økning i antall eldre, økende levealder og et redusert antall yrkesaktive er alle faktorer som har ledet til utprøving av proaktive og innovative helsetjenester. Det er ønskelig å satse på innovasjon og økt teknologi, samt etablering og satsing på forebygging og rehabilitering, økt egenmestring og lokale lavterskeltilbud (SSB, 2013). Videre uttrykker Helse- og omsorgsdepartementet i sin stortingsmelding 26 «Fremtidens Primærhelsetjeneste» fra 2015 en betydelig bekymring for den fremtidige økningen i forekomsten av ikke-smittsomme kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdom, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft. Økningen av disse sykdommene henger sammen med en befolkning som preges av flere eldre enn tidligere. Dette til tross for at eldre i dag er sprekere og lever lengre enn før (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

For å hindre sykdomsutvikling og utsette behovet for innleggelse på institusjon, og dermed redusere behandlingskostnader, vil det fremover bli viktig med forebygging og egenbehandling. Politisk sett har dette over lengre tid vært tiltenkte oppgaver for primærhelsetjenesten. Dette fremkommer spesielt tydelig allerede i samhandlingsreformen fra 2009 (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Videre ble det i 2011 av Hagen-utvalget, som igjen var et resultat av stortingsmelding 7 (2008-2009) «Et nyskapende og bærekraftig Norge», lagt frem en utredning om «Innovasjon i omsorg» som satte søkelyset på ny teknologi, arkitektur og boformer, brukerinnflytelse og egenmestring, samt forskning og utvikling i offentlig omsorgssektor. Her fortelles blant annet det om hvordan telemedisin kan brukes til å følge opp kronisk syke pasienter, som de med diabetes eller KOLS, i eget hjem og motivere dem til å ivareta sin egen helse ved hjelp av applikasjoner, mobiltelefonen eller via videokonferansetjenester (NOU, 2011).

1.1 Nasjonalt Velferdsteknologiprogram

Hagen-utvalget la et viktig grunnlag og i stortingsmelding 29 fra 2013 ved navn «Morgendagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) ble det lagt til rette for oppstarten av Nasjonalt Velferdsteknologiprogram. Programmet skulle «gi mennesker mulighet til å mestre eget liv og helse, bidra til at flere kan bo lenger i eget hjem til tross for nedsatt funksjonsevne, og bidra til å forebygge eller utsette institusjons-innleggelse.». Hovedmålsettingen for programmet var at velferdsteknologi innen 2020 skulle være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene.

Programmet var videre delt i flere bestanddeler. Den første delen påpekte behovet for sterkere nasjonal styring av IKT-utviklingen og et fokus på etablering av åpne standarder. På denne måten ville landskapet være tilrettelagt for leverandøruavhengige velferdsteknologiske løsninger på tvers av det private og offentlige. Det ble også opprettet et samarbeid mellom Helsedirektoratet, KS, Standard Norge, Norsk Helsenett og andre leverandører og bransjeforeninger. Neste del tok for seg utvikling og utprøving av velferdsteknologiske løsninger i kommunene. Her med et fokus på et trepartssamarbeid mellom kommunene, næringslivet og FUI-miljøer (forskning, utvikling og innovasjon) i tråd med Hagen-utvalgets tidligere anbefalinger. For å dokumentere effekter og gevinster ved bruk av velferdsteknologi, samt bidra til forskningsbasert praksis, skulle generering av kunnskap og spredning av velferdsteknologiske løsninger til kommunene prioriteres. I tillegg til følgeforskning og etablering av kunnskapsbasert praksis, var mer kunnskap om arbeidsorganisering og integrering av velferdsteknologien også av interesse. Det ble også anerkjent at en vellykket innføring av velferdsteknologi ville føre med seg en omlegging av arbeidsoppgaver, ansvar og arbeidsprosesser i omsorgstjenestene. Derfor var det viktig at programmet bidro til utvikling av gode

modeller for innføring og bruk av teknologien. Både grundige behovskartlegginger blant aktuelle brukere, samt involvering av eksisterende institusjoner og fagmiljø, ble prioritert. Til slutt ble også kompetanseheving satt i fokus, da både blant brukere og ansatte. Her ble det vektlagt at videre kunnskaputvikling hos helse- og omsorgspersonell måtte gis gjennom internopplæring i kommunene, men også gjennom utdanningene. Det understrekes videre viktigheten av at fokusområdene da bør være kunnskap om velferdsteknologi, samt innovasjon og innovasjonsledelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)

1.2 Medisinsk avstandsoppfølging

I stortingsmelding 26, «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» fra 2015 ble det konstatert at regjeringen ville gjøre følgende:

«Legge til rette for at IKT og teknologiske hjelpemidler i større grad benyttes i kommunale helse- og omsorgstjenester, bl.a. gjennom etablering av et nasjonalt prosjekt for behandling og pleie hvor kronisk syke blir fulgt opp av helsepersonell på avstand ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger.» (Helse og omsorgsdepartementet, 2015)

I etterkant av denne stortingsmeldingen ble det, under Nasjonalt Velferdsteknologiprogram, iverksatt et samarbeidsprosjekt med 4 kommuner hvor man prøvde ut medisinsk avstandsoppfølging for kronisk syke pasienter i perioden 2016 til 2018. De vil gjennomgås videre under.

1.2.1 VIS

I Oslo kommune ble prosjektet VIS (Velferdsteknologi i sentrum) gjennomført, da i samarbeid med Lovisenberg Diakonale Sykehus og 4 av Oslos bydeler (St. Hanshaugen, Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene). Her ble det rekruttert pasienter med Diabetes, KOLS, Hjerter- og karsykdommer, kreft og ernæringsproblematikk. Forskningsutvalget fra dette prosjektet var på totalt 221 pasienter. De fleste ble rekruttert fra sykehuset eller fra hjemmetjenesten i sin respektive bydel. Fastlegene sto for kun 3% av de rekrutterte pasientene. Ved rekruttering ble pasienten kontaktet av en ressursperson fra VIS og et hjemmebesøk med behovskartlegging ble gjennomført. Installasjon og opplæring rundt bruk av medisinteknisk utstyr ble gjennomført i det samme hjemmebesøket. Under en testperiode på 14 dager, ble terskelverdier for blodsukker, oksygenmetning eller blodtrykk bestemt etter medisinske standarder. Av og til ble disse terskelverdiene supplert av sykehuset. Etter testperioden ble det sendt en PLO til fastlegen og terskelverdiene ble justert individuelt etter pasienten. Fastlegen hadde her muligheten til å være med å planlegge oppfølgingen og sette terskelverdier. I tillegg til medisinteknisk utstyr fikk pasientene også utdelt et nettbrett for å kunne svare på et skjema med helserelaterte spørsmål og sende over målinger. Kontakt mellom pasientene og oppfølgingssentralen foregikk primært gjennom telefon og meldinger.

Det var ønskelig med en egenbehandlingsplan utarbeidet i samarbeid med pasienten, fastlegen og oppfølgingssenteret. Dessverre ble en slik plan kun opprettet i 3 av tilfellene. Det var utfordrende å rekruttere fastleger til VIS.

Resultatene viste at pasientene opplevde økt trygghet og egenmestring. Hos de med diabetes svarer over 50% at de spiser bedre etter at de mottok tjenesten, i tillegg til at de svarer gjennomgående mer positivt på oppfølgingskjemaene. Fastlegeforbruket hadde en signifikant økning. Enkelte pasienter anga at de raskere tok kontakt med fastlegene grunnet bedre forståelse for egne forverringer. Det ble ikke påvist en endring i korttidsopphold, akutte liggedøgn, eller bruk av kommunal døgnenhet (Helsedirektoratet, 2018a).

1.2.2 Mestry

I Sarpsborg tok prosjektet «Mestry» for seg diagnosene hjerte- og karsykdom, diabetes og KOLS eller annen lungesykdom. Forskningsutvalget herfra var på 143 pasienter. Mesteparten ble rekruttert ved reklame som har ført til at pasienter selv har tatt direkte kontakt med prosjektet. 42% av pasientene ble rekruttert slik. 28% ble rekruttert via lokal diabetessykepleier. Fastlegene sto for 5% av de rekrutterte pasientene. En rekrutteringssykepleier gjennomgikk de rekrutterte for å avgjøre deltagelse. Etter dette ble det i likhet med VIS gjennomført et hjemmebesøk med utlevering av medisinskteknisk utstyr og nettbrett, samt opplæring. En 14 dagers testperiode ble gjennomført med videre opplæring, med justering av grenseverdier. Helserelevante spørsmål ble av pasient besvart gjennom nettbrettet. Kommunikasjon mellom pasientene og oppfølgingscenteret foregikk primært gjennom meldinger og telefon. Endringer i målingene ble tilbudt vurdert av pasient i samråd med sykepleier. Ved behov kunne en lege i det tverrfaglige oppfølgingsteamet konsulteres og det kunne eventuelt resultere i en anmodning om kontakt med fastlegen.

Fastlegene var ifølge sluttrapporten positive til at pasientene tok med seg nettbrettene med målingene til konsultasjoner, samt at de hadde tilgang til målingene via en nettportal. Prosjektet nevner ikke noe om fastleger hadde andre roller i den medisinske avstandsoppfølgingen.

Resultatene viser at pasientene opplevde en økt trygghet, egenmestring og bedre levevaner. Mestry hadde den høyeste scoren på disse effektmålene, sammenlignet med de andre prosjektene som er nevnt. Diabetikerne viste, som ved VIS, å ha en svært positiv erfaring med oppfølgingen. Da spesielt med tanke på et bedret kosthold, hverdagsplanlegging og sosialt samvær. Det var ingen signifikant endring i akutte liggedøgn på sykehus, i bruk av hjemmesykepleie, kommunal akutt døgnhet eller tidsbegrensede opphold. Det indikeres at antall fastlegebesøk økte i etterkant av oppstart med medisinsk avstandsoppfølging. (Helsedirektoratet, 2018a)

1.2.3 GodHelseHjemme

I Stavanger ble prosjektet «GodHelseHjemme» gjennomført. Her var målgruppen pasienter med KOLS. Forskningsutvalget var på 36 pasienter. Av disse ble de fleste rekruttert gjennom mediekkanaler, hvor pasienten i etterkant tok kontakt selv. Det står ikke oppgitt hvor mange som ble rekruttert av fastlege. Ved oppstart ble det avtalt et møte med pasienten og nettadressen til prosjektets webportal, samt informasjonsvideoer, ble lagt på pasientens egen PC eller nettbrett. Pasientene stilte altså med eget utstyr. Informasjonsvideoene omhandlet hovedsakelig puste- og hosteteknikk, ernæring og trening. Sykepleieklinikken ved helsehuset i Stavanger gjennomførte deretter en opplæringsperiode med ukentlige kontakter hvor det på slutten av denne perioden ble avtalt hyppighet for videre kontakter. Som ved de andre prosjektene ble pasientene fulgt med et skjema med helserelevante spørsmål.

Dessverre har bruk av pasientenes eget utstyr ført til uforutsette tekniske utfordringer for prosjektet, noe som igjen har påvirket tjeneste og drift. Et funn var derfor at til tross for kostnadseffektiviteten ved å ta i bruk pasientenes eget utstyr, vil dette kreve mer ressurser og tid fra teknologileverandøren for at tjenesten skal fungere best mulig.

Resultatene viste økt trygghet blant mer enn halvparten av pasientene, samt økt egenmestring hos enkelte. Det påvises ingen endring i helsetjenestebruk i etterkant av oppstart med oppfølgingen. Fastlegene har ifølge sluttrapporten ikke hatt noen rolle inn mot oppfølgingen. (Helsedirektoratet, 2018a)

1.2.4 Helsami+

I Trondheim ble prosjektet «Helsami+» gjennomført som et samarbeid mellom de 5 kommunene Klæbu, Malvik, Melhus, Midtre Gauldal og Trondheim. Målgruppen var pasienter med KOLS eller hjerte- og karsykdom. Forskningsutvalget fra prosjektet var på 102 pasienter. Av disse ble flest henvist fra lungemedisinsk eller hjertemedisinsk avdeling fra St. Olavs sykehus. Andre kanaler har vært fastleger og kommunale tjenester, men det oppgis ikke i hvilken grad disse har henvist til prosjektet i sluttrapporten. Ved rekruttering, ble pasienten kontaktet og det ble samarbeidet med fastlege eller sykehus for å lage en egenbehandlingsplan. Et hjemmebesøk ble planlagt og her ble det gitt teknisk opplæring rundt bruk av nettbrett og medisinskteknisk utstyr. Spesialsykepleiere fra St. Olavs sykehus bidro med undervisningsmateriell og faglig kompetanse for pasientene og de ansatte ved oppfølgingsentralen.

Prosjektet var samlokalisert med «Helsevakta» som er en kommunal modell for døgnkontinuerlig uplanlagt behov for helsehjelp. I dette inngår legevaktstelefon, trygghetsalarm og avstandsoppfølging. Fra denne sentralen driftes også lokaliseringstjenester og døralarmer. Avstandsoppfølgingen har derfor hatt gode forutsetninger for å bli innlemmet her. Det er sykepleiere og helsefagarbeidere som drifter vaktentralen. Siden prosjektet inkluderer Trondheims omliggende kommuner, fungerer Helsevakta som en sentralisert responstjeneste. Helsevakta har også et ambulerende team ved navn «Trygghetspatruljen» som kan rykke ut dersom det er behov. I de andre kommunene er det hjemmesykepleien som fyller denne funksjonen.

Spørsmål og målinger sendes til vaktentralen og innen 60 minutter skal det gis en respons. Alle pasientene i prosjektet fikk utarbeidet en egenbehandlingsplan. Denne ble utarbeidet av pasienten og lege på sykehuset, eller av pasienten i samarbeid med fastlege og responsentralen.

Resultatene fra prosjektet viser at pasientene opplevde en økt trygghet og egenmestring av oppfølgingen. De fleste anga at levevanene ikke hadde endret seg. Det ble ikke påvist noen endring i helsetjenesteforbruk når det kommer til akutte liggedøgn, hjemmesykepleie, kommunal døgnenhet eller fastlegebesøk. (Helsedirektoratet, 2018a)

1.3 Veien videre

Kort oppsummert har resultatene nevnt over så langt vist at medisinsk avstandsoppfølging gir en økt trygghet, samt følelse av oppfølging og kontroll over egen helse hos pasientene. Det har dessverre ikke gitt noen klar endring i forbruk av helsetjenester (Helsedirektoratet, 2019). Det understrekes i sluttrapporten at det å involvere fastleger i tjenestene har vært utfordrende i alle delprosjektene (Helsedirektoratet, 2018a).

Det er allerede startet opp en ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging for kronisk syke pasienter. Denne andre delen av utprøvingen ble startet opp i 2018 og er planlagt å fortsette til og med 2021. Her ønskes det fra Helsedirektoratet å få mer kunnskap om organisering av tjenesten for å oppnå ønsket effekt. Videre spesifiseres det at det særlig er behov for mer kunnskap rundt fastlegens rolle i denne avstandsoppfølgingen. I Helsedirektoratets siste oppsummering av den pågående utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging fremkommer følgende om fastlegens videre rolle:

«Medisinsk avstandsoppfølging slik det nå prøves ut i regi av velferdsteknologiprogrammet er forankret i primærhelsetjenesten og fastlegeforskriften. Fastlegen har en sentral rolle i utprøvingen som den som har det "siste ordet" i vurderingen av om avstandsoppfølging er faglig forsvarlig for pasienten. Vurderingen av behov for oppfølging og utforming av planen for hva som skal følges opp når og av hvem, skal foregå som en tverrfaglig vurdering sammen med pasienten, fastlegen og andre relevante aktører i helsetjenesten. Fastlegen har mange samarbeidspartnere og har en avgjørende rolle i tjenestetiltak som har en medisinsk begrunnelse. Skal fastlegen fungere godt, må posisjonen anerkjennes og nødvendige begrunnelser fra andre fagområder må

tilflytte fastlegen. Det er viktig å etablere og vedlikeholde gode kommunikasjonskanaler mellom alle involverte aktører.»

Videre legges det også opp til den enkelte pasientens oppfølgingsplan, også kjent som en egenbehandlingsplan, skal være en del av fastlegens behandlingsplan. Planen skal beskrive de tiltak som pasienten selv har ansvaret for å gjennomføre i forbindelse med den medisinske avstandsoppfølgingen.

1.5 Kjente utfordringer?

Utfordringene med å involvere fastlegene har vært fremtredende gjennom disse ovennevnte prosjektene og er satt som et fokus for videre jobbing. Det er problematisk at pasientene ofte må innlegges på sykehus eller rekrutteres via kommunale tjenester eller mediekampanjer, og at kun en svært liten andel rekrutteres gjennom fastlegene. Dette spesielt da det er forankring for denne typen arbeid i fastlegeforeskriften. De ovennevnte prosjektene er ikke de første som opplever denne problematikken. Allerede i 2014 skriver (Moser & Thygesen, 2014) om hvordan prosjektet KOLS-kofferten, som på mange måter var et vellykket prosjekt rundt telemonitorering av KOLS-pasienter, møtte utfordringer med fastlegene i primærhelsetjenesten:

«... fastlegene [er] tildelt en sentral rolle i prosjektet som portvoktere og de som må henvise pasienter til «kofferten». Fastlegene har imidlertid i svært liten grad latt seg innlemme og involvere i prosjektet. De responderer ikke på innkalling til informasjonsmøter, og er som oftest ikke tilgjengelige. I praksis fremstår legene dermed som «ikke-aktører» i prosjektet, -- til tross for at de i utgangspunktet var tildelt en sentral rolle. De vet i liten grad nok om koffert-tilbudet til å henvise pasienter, med den konsekvens at disse pasientene i stedet blir innlagt på sykehus. Rekrutteringen av pasienter til kofferten skjer derfor primært gjennom lungeavdelingene ved sykehusene i regionen.»

Når det kommer til implementeringen av medisinsk avstandsoppfølging, er det også tidligere gjort erfaringer rundt implementering av slik teknologi og den endringen det krever av organisasjonene. I Storbritannia har det siden midten av 2000 tallet vært iverksatt flere programmer for å stimulere utviklingen av avstandsoppfølging, inkludert det store prosjektet «Whole System Demonstrator». Målet med dette prosjektet var todelt. Det ene var å levere en modell som førte til bedre integrering mellom helsevesenet og sosialhjelpen, samt for å erstatte tradisjonelle arbeidsmetoder gjennom økt bruk av avstandsoppfølging. Det andre målet var å gjøre en storskala effektvurdering av avstandsoppfølgingen på flere nivåer. Resultatet var at det ble lagt opp til å gjøre en RCT (random controlled trial) parallelt med implementeringsprosjektet. Dessverre så man i retrospekt at implementeringens behov for fleksibilitet og iterativ læring på lokalt nivå ble direkte hindret av kravene til RCT-studiens protokoll. Selv om det lokale personalet så mange muligheter til å utbedre feil og mangler, hadde de ikke muligheten til dette da det ville ødelegge den overordnede RCT-studien. Konklusjonen til følgeforskningen ble derfor at det bør utøves forsiktighet med store RCT-studier parallelt med implementeringsprosjekter da dette ofte fører til forvirring. (J. et al., 2012)

1.4 Fastlegesituasjonen

En omdiskutert faktor for det planlagte fokuset mot fastlegene i denne andre delen av utprøvingen er den nåværende arbeidssituasjonen til fastlegene i Norge. I 2017 skrev VG en artikkel om rekrutteringsproblemer i fastlegeordningen hvor det framkom at 198 av 425 kommuner meldte om ulik grad av bekymring rundt legesituasjonen (Sæther & Nærø, 2017). Dette utløste videre en lang serie medieoppslag og ordet «fastlegekrise» ble hyppig brukt. En rapport fra Helsedirektoratet fra februar 2018 fant at fastleger nå i gjennomsnitt arbeider 55,6 timer per uke (Helsedirektoratet, 2018b). Legeforeningen bestilte også en rapport i samme periode og kom i oktober 2018 med sine funn. Der blir det fremlagt en hypotese om at fastlegene har vært utsatt for en betydelig oppgaveoverføring de siste årene, da i forbindelse med overflytting av oppgaver og ansvar for behandling fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Et resultat av dette er at fastlegene opplever å få ansvar for flere og mer komplekse pasienter. Samtidig har det ikke vært tilført tilstrekkelig nye midler for å styrke de kommunale tjenestene. Rapporten viser også at til tross for at fastlegene nå gjennomsnittlig jobber tilsvarende en 150% stillingsbrøk, har antall konsultasjoner per fastlege falt og kompleksiteten av den enkelte konsultasjon økt (Den Norske Legeforening, 2018). En studie fra SSB viste at omfanget av konsultasjonen har, basert på takstbruk som reflekterer arbeidsoppgaver per konsultasjon, økt med 22,4% fra 2010 til 2017. Dette samtidig som gjennomsnittlig antall konsultasjoner per fastlege i perioden 2012 til 2017 falt med 2% (SSB, 2018). Samlet sett er det mye som taler for en bred enighet i de ovennevnte studiene om at fastlegeordningen står overfor flere utfordringer i tiden fremover. Det er planlagt en ny evaluering av fastlegeordningen i regi av Folkehelseinstituttet, på oppdrag fra Stortinget. Denne vil etter planen foreligge høsten 2019 og vil videre belyse temaet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

1.5 Problemformulering

I denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på fastlegens rolle i medisinsk avstandsoppfølging. Dersom man lykkes i å integrere fastlegene i større grad rundt fremtidige prosjekter, vil det å iverksette og koordinere denne oppfølgingen være en av deres arbeidsoppgaver. I forbindelse med dette arbeidet, vil de blant annet trenge relevant informasjon om både innholdet og logistikken rundt tjenestene, samt informasjon rundt sin listepopulasjon og den enkelte pasient. IKT har i løpet av de siste årene blitt et sentralt arbeidsverktøy og samhandlingsverktøy for alt av helsepersonell, ikke bare leger, og blir stadig bedre for hvert år som går. Dessverre er dagens IKT-løsninger ikke optimale for å understøtte denne samhandlingen. Mer kunnskap om brukernes, her fastlegene, informasjonsbehov er derfor nødvendig for å understøtte utviklingen av nye og bedre løsninger for å lykkes med implementeringen og den videre utviklingen av medisinsk avstandsoppfølging i det lange løp. Jeg vil derfor undersøke faktorer relatert til teknologi og informasjon som kan påvirke fastlegers holdninger til en ny rolle som koordinator av medisinsk avstandsoppfølging. Formålet med denne masteroppgaven er å bidra med kunnskap om hvordan IKT best mulig kan understøtte fastlegenes tiltenkte rolle som koordinator i medisinsk avstandsoppfølging, og mitt forskningsspørsmål er:

«Hvilke informasjonsbehov har fastleger i forbindelse med medisinsk avstandsoppfølging?»

2.0 Kunnskapsgrunnlag for medisinsk avstandsoppfølging

Denne delen vil ta for seg evidensgrunnlaget for medisinsk avstandsoppfølging på internasjonal basis, da spesielt med tanke på diabetes, KOLS og hjerte- og karsykdommer. I sluttrapporten «Effekter av avstandsoppfølging» fra oktober 2018 (Helsedirektoratet, 2018a), på bestilling fra Helsedirektoratet, ble det gjort en litteraturstudie angående det daværende kunnskapsgrunnlaget for bruk av medisinske avstandsoppfølgingstjenester. Det ble her gjennomgått 33 studier fra tre medisinske databaser: Cochrane Review, SweMed+ og PubMed/MEDLINE. Artikkene som ble ekskludert var de som ble publisert før 2013, de med institusjonaliserte pasienter, de med pasienter som hadde kognitiv svikt og de som ikke benyttet seg av avstandsmåling/avstandsoppfølging. Det er disse artiklene som utgjør hoveddelen av kunnskapsgrunnlaget under.

2.1 Diabetes Mellitus

Det fremste studiet som ble valgt i sluttrapportens litteraturgjennomgang, var en meta-analyse av 9258 pasienter med type 1 og 2 Diabetes Mellitus fra 55 randomiserte kontrollstudier fra (Su et al., 2016). Hovedfunnet fra metastudiet var at pasienter som deltok i avstandsoppfølgingsprogrammer hadde en mer betydelig reduksjon i HbA1c enn de som ikke ble fulgt av avstandsoppfølgingsprogrammer ($p < 0,001$). HbA1c reduksjonen var mer uttalt hos de med diabetes type 2 enn hos de med diabetes type 1. Det var også grunnlag for å si at de pasientene som var under 40 år ofte hadde et bedre utfall av oppfølgingen ($p < 0,001$) enn de som var over 40 år ($p = 0,024$). Det samme gjaldt for lengden på oppfølgingen, hvor man så at mer intensive programmer som varte kortere enn 6 måneder ofte viste større reduksjon i HbA1c ($p < 0,001$) enn de som var lengre enn 6 måneder ($p < 0,001$). Disse kortere intervensjonene kan da også være mer konstandseffektive. Forskjellen på effekten av telemedisin hos de med diabetes type 2 og de med diabetes type 1, kan potensielt forklares med forskjeller i hvordan sykdommene behandles. Hos de med diabetes type 1, står behandling med insulin sentralt i forløpet. Hos de diabetes type 2, står derimot kosthold og livsstilsendringer sentralt i behandlingen tidlig i forløpet. De med diabetes type 2 kan derfor ha nytte av en medisinsk avstandsoppfølging som gir opplæring i og understøtter livsstilsendringer og kostholdsendringer.

Et annet interessant funn i denne meta-analysen fra (Su et al., 2016), var at de avstandsoppfølgingsene som fokuserte primært på å bruke pasientmålinger av blodsukker til å følge opp pasientene ikke nødvendigvis har vært mer effektive i behandlingen av diabetes enn de avstandsoppfølgingsene som hovedsakelig brukte videokonsultasjoner i oppfølgingen av pasientene. Det er derfor mulig at avstandsmålinger må tas i bruk sammen med mer personlige interaksjoner med helsepersonell for at en slik metode skal være mest mulig effektiv. Slike interaksjoner kan være til hjelp med å møte pasientens behov og samtidig fostre engasjement og etterlevelse hos pasienten (Su et al., 2016).

I et annet studie i Danmark av (Rasmussen, Lauszus, & Loekke, 2015) ble medisinsk avstandsoppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging av pasienter med diabetes type 2. Her fant man at medisinsk avstandsoppfølging var like bra og i noen tilfeller bedre enn vanlig oppfølging. Disse pasientene hadde en signifikant reduksjon i Hb1Ac, gjennomsnittlig blodsukker og kolesterol. Effektmål for blodtrykk, albuminuri og kroppsvekt viste tilnærmet likt resultat ved begge oppfølgingsene (Rasmussen et al., 2015). Lignende resultater har også blitt vist i andre studier, da blant annet i Italia av (Nicolucci, Muscas, Chiriatti, Gensini, & Cercone, 2015). I dette siste studiet, sees det også økt livskvalitet forbundet med den medisinske avstandsoppfølgingen, da målt med skjemaet SF-36 som måler helserelatert livskvalitet.

Oppsummert sees altså en effekt på reduksjon i HbA1c, spesielt hos de med diabetes type 2 og de under 40 år, ved medisinsk avstandsoppfølging. I tillegg var effekten større i de oppfølgingsene som

varte mindre enn 6 måneder. Det sees også effekt på reduksjon av blodsukker og kolesterol. Det finnes også økt helserelatert livskvalitet i forbindelse med oppfølgingen.

2.2 KOLS

Det fremkommer i (Gregersen et al., 2016) at ved en gjennomgang av 18 studier som tar for seg generell telemedisinsk oppfølging av KOLS, så fant man at det i 3 av studiene var en statistisk signifikant økning i livskvalitet (QoL). I de resterende 15 studiene fant man ingen signifikant endring. Det ble brukt forskjellige validerte instrumenter for å måle livskvaliteten i de forskjellige studiene, da blant annet «St George's Respiratory Questionnaire», «EuroQoL-5 Dimensjon Questionnaire» og «Hospital Anxiety and Depression Scale». Lignende funn gjøres av (Pedone & Lelli, 2015).

(Joana Cruz, Brooks, & Marques, 2014a) tar i sin litteraturstudie for seg 17 artikler (n=17) som omhandler oppfølging av KOLS-pasienter med avstandsmålinger og regelmessig kontakt. Her ble det blant annet sett på pasientenes etterlevelse og frafall. Årsaker til frafall var blant annet forverring av pasientens tilstand, vansker med å ta med seg utstyret på jobb eller at frekvensen av avstandsmålingene ble for høy (i.e. rundt 3 ganger daglig på hverdager). Systemenes brukervennlighet var også en sentral årsak til frafall. Når det kom til etterlevelse, ble det blant annet sett en høy etterlevelse ved daglige målinger (98% for oksygenmetning og 83% for respirasjonsrate), men denne falt når frekvensen av målingene ble satt til 3 ganger daglig (da henholdsvis 79% og 60%). Alt i alt, opplevde pasientene at teknologien var nyttig (n=7) og lett å lære seg (n=5). De fleste pasientene opplevde en økt egenmestring som resultat av intervensjonen. Dette da de fikk en bedre forståelse for egen sykdom, ble mer involvert i å ivareta sin egen helse og at de tidligere gjenkjente tegnene til forverringer. Pasientene opplevde også en følelse av trygghet da systemet overvåket deres helsetilstand og kontaktet dem ved tegn til forverringer (n=5).

For å videre utforske endring i helserelatert livskvalitet, gjorde (Lilholt, Udsen, Ehlers, & Hejlesen, 2017) i forbindelse med det danske prosjektet TeleCare North et studie rettet mot dette. Her ble en populasjon på 1225 pasienter inndelt i en kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe som mottok behandling. Skjemaet SF-36 versjon 2 ble brukt til å måle helserelatert livskvalitet ved oppstart og etter 12 måneder med medisinsk avstandsoppfølging. Skjemaet oppsummerer helserelatert livskvalitet i en mental og en fysisk score. Selv om det ikke ble funnet noen signifikant forskjell i helserelatert livskvalitet etter 12 måneder med oppfølging i noen av gruppene, ble det sett en større reduksjon av livskvalitet i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen. Det settes spørsmål ved om dette kan være fordi de psykologiske fordelene ved medisinsk avstandsoppfølging kan føre til et saktere fall i livskvaliteten etter hvert som den faller grunnet forverring av den kroniske sykdommen. I forhold til kontakter med helsevesenet og akutte forverringer, viser (J. Cruz, Brooks, & Marques, 2014) i en systematisk analyse av 9 artikler at avstandsoppfølging ga en signifikant reduksjon i sykehusinnleggelses hos pasienter med KOLS. To studier viste en reduksjon av antall akutte forverringer. Det ble ikke funnet noen endringer i bruk av andre helsetjenester. Funnene støttes til en viss grad av (Pedone & Lelli, 2015).

Oppsummert er det på generell basis vanskelig å se signifikante effekter innenfor denne diagnosetypen. Innenfor det mest fremtredende effektmålet, reduksjon av sykehusrater, er tendensen ofte positiv men sjeldent signifikant. Det sees også sporadisk en økning i livskvalitet, men det framkommer en noe mindre reduksjon i livskvalitet hos de som mottar avstandsoppfølging sammenlignet med kontrollgrupper. Pasienter flest opplever en økt trygghet og egenmestring.

2.3 Hjerte- og karsykdom

(Widmer et al., 2015) tar i sin systematiske oversikt og meta-analyse for seg forebygging av hjerte- og karsykdom ved hjelp av digitale helseintervensjoner. 54 artikler ble gjennomgått og inndelt i primærforebyggende studier (n=39), altså de som forsøkte å forhindre skade eller sykdom, og sekundærforebyggende studier (n=13), de som forsøkte å begrense eller redusere sykdom som allerede var oppstått. De primærforebyggende studiene viste signifikante funn innen reduksjon av systolisk blodtrykk ($P=0,04$), kolesterol ($P=0,02$) og glukose ($p=0,001$). De sekundærforebyggende studiene viste en reduksjon i BMI (body mass index). En interessant observasjon gjøres av både (Widmer et al., 2015) i relasjon til hjerte- og karsykdom, samt av (Su et al., 2016) i relasjon til diabetes. De påpeker begge at det ikke kan påvises noen forskjell mellom telekonsultasjoner (SMS, telefon) og telemonitorering med tanke på biometriske effekter. Dette medfører at det er vanskelig å bestemme om effektene av oppfølgingen skyldes økt kontakt med helsepersonell eller om det skyldes trygghet og påminnelser som følge av monitorering. En mulig forklaring er at økt kontakt med helsepersonell kan gi den mest fremtredende gevinsten, heller enn at det kommer som et resultat av økt forståelse og egenmestring hos pasientene.

(Widmer et al., 2015) tar også spesifikt for seg hjertesvikt. 9 av de randomiserte kontroll studiene viser en sammenlagt 54% reduksjon i dødelighet og akutte hendelser som hjerteinfarkt og hospitalisering. Dessverre er disse funnene ikke av statistisk signifikans ($p=0,09$). Videre viser også (Wildevuur & Simonse, 2015) til 11 gjennomgåtte artikler innen hjertesvikt der dødelighets-raten reduseres for intervensjonsgruppen, kontra kun en artikkel der dødeligheten stiger. Det er overordnet i studiene er en stor variasjon innen anvendt teknologi og pasientpopulasjon. Oppsummert finner man altså signifikante reduksjoner av både blodtrykk, kolesterol og glukose. Det er vanskelig å skille telekonsultasjoner og telemonitorering med tanke på biometriske effekter, noe som gjør det vanskelig å si om effektene kommer av økt kontakt med helsepersonell eller telemonitorering.

2.4 Annen relevant forskning

Et problem som ofte nevnes, er misnøye blant helsepersonell innen implementering og aksept av avstandsoppfølging. Denne skepsisen gjelder særlig frykt for tekniske problemer og manglende teknisk kompetanse (Brewster, Mountain, Wessels, Kelly, & Hawley, 2013). Det er også en frykt for at det skal bli mindre menneskelig kontakt med pasientene og avstandsoppfølging oppleves av helsepersonell til dels som en trussel mot faglig identitet og autonomitet (Rasmussen et al., 2015). Alt i alt finner man at pasientene nå har en større aksept for monitorering enn tidligere (Gorst, Armitage, Brownsell, & Hawley, 2014). Mulige årsaker til dette kan være den økende tilgangen og brukererfaringen med smarttelefoner, nettbrett og annet digitalt utstyr. Dette sees også i andre studier (Grustam et al., 2014; Pedone & Lelli, 2015).

3.0 Teorigrunnlag

I denne seksjonen av oppgaven, tar jeg for meg det teoretiske rammeverket for oppgaven. I tilnærmingen til problemstillingen, har jeg valgt å benytte meg av en modell fra Paul Gorman fra 1995 (Gorman, 1995). Modellen er hensiktsmessig å bruke, da man trenger et rammeverk for å muliggjøre senere sammenligninger med eventuelle andre studier innenfor samme område. Gorman foreslår følgende klassifikasjon av allmennpraktiserende legers informasjonsbehov:

- Pasientdata
- Populasjonsstatistikk
- Medisinsk kunnskap
- Logistisk informasjon
- Sosial innflytelse

Pasientdata refererer her til data om en spesifikk person. Det inkluderer detaljer fra pasientens anamnese, komparentopplysninger, undersøkelse og resultater av diagnostiske prøver. Alder, tidligere sykdommer som f.eks. kjent hjerte- og karsykdom, nylig oppståtte symptomer som hoste eller blodig oppspytt, funn ved klinisk undersøkelse som feber eller lyder ved auskultasjon av lungene, og diagnostiske tester som blodprøver eller et unormalt røntgenbilde av lungene. De vanligste kildene for slik informasjon er fra pasienten selv, venner og familie og pasientens journal.

Populasjonsstatistikk betegner oppsamlet data om grupper eller populasjoner av pasienter. Historisk sett har klinikere brukt sin personlige kunnskap om nyoppstått sykdom i lokalmiljøet som uformell epidemiologisk informasjon, og justert deres praksis etter lokale eller egne erfaringer. Et eksempel kan være vurderingen av en pasient med øvre luftveissymptomer når en «forkjølelse herjer på jobb». Historisk sett har formell populasjonsstatistikk vært tilgjengelig hovedsakelig for å forsikringsselskap og statlige institutter som folkehelseinstituttet eller SSB som samler inn slik informasjon. For de fleste allmennleger var denne typen informasjon hovedsakelig tilgjengelig gjennom beskrivelse av sykdomsprevalens i medisinske tidsskrift og lignende, men i de senere år har denne type data blitt mer og mer tilgjengelig via internett, flittig registrering og hyppig oppdaterte elektroniske oppslagsverk. I forbindelse med dette studiet, velger jeg å bruke denne kategorien også spesifikt inn mot fastlegenes egne pasientlister som en slik populasjon.

Medisinsk kunnskap kan tolkes som informasjon som kan generaliseres til behandling av alle pasienter. Den kan finnes som original forskning og systematiserte oversikter publisert i medisinske tidsskrifter. Den kan også være beskrivelser av sykdommers patofysiologi, diagnose og behandling slik man finner i medisinsk faglitteratur. Eller den kan eksistere i form av akkumulert uformell kunnskap hos allmennlegen, i deres egen database som kontinuerlig utvides og omfortolkes.

Logistisk informasjon dreier seg om lokal kunnskap om hvordan å få jobben gjort. Gorman peker her til amerikanske forhold, da for eksempel detaljene ved hvilke medisiner, utredning og behandlingsmuligheter som dekkes av de forskjellige forsikringene. Under norske forhold, velger jeg å tolke dette som «systemkunnskap». Da kunnskap om for eksempel lokale behandlingstilbud, hvilke avtalespesialister som for tiden har kort ventetid, kjennskap til relevante lokale skjema og prosedyrer mm. Tidligere var denne typen informasjon typisk tilegnet gjennom lokale menneskelige ressurser som kommune- og sykehuspersonale eller kollegaer i andre deler av helsevesenet. Tradisjonelt har denne informasjonen vært lite i fokus hos utviklere og i kliniske informasjonssystemer til tross for at det krever betydelige mengder tid og energi fra klinikernes side. I nyere tid har internett og digitalisering bidratt til å gjøre denne type informasjon mer tilgjengelig. I dette studiet har jeg valgt å også inkludere det datatekniske, brukervennlighet, logistiske gevinster

som ressurser og tid spart grunnet effektivisering, samt rollefordeling og ansvar under denne kategorien.

Sosial innflytelse handler om kunnskap rundt forventninger, holdninger og overbevisninger hos kolleger og avtalespesialister, men det inkluderer også pasienter, familier og andre i samfunnet. Dette kan for eksempel omhandle lokale praksismønstre og forventninger knyttet til utskriving av medisiner eller utføringen av kirurgiske prosedyrer (Wennberg, Barnes, & Zubkoff, 1982). På lik linje med logistisk informasjon, har det tradisjonelt sett sosial innflytelse vært lite vektlagt i diskusjoner rundt klinikers informasjonsbehov. Dette til tross for at denne informasjonstypen har vist seg å være særdeles viktig når det kommer til hva allmennleger faktisk gjør (Mittman, Tonesk, & Jacobson, 1992)

Informasjonstyper brukt av klinikere (adaptert fra Gormann, 1995)

| Informasjonstype | Beskrivelse | Eksempler | Vanlige kilder |
|-----------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pasientdata | Handler om en enkel person | Medisinsk historikk, funn ved undersøkelse, lab-prøver | Pasienten, familie og venner, pasientjournal |
| Populasjonsstatistikk | Samlet pasientdata | Nylige sykdomsmønstre, data fra folkehelseinstituttet | Hukommelse, folkehelseinstituttet |
| Medisinsk kunnskap | Generaliserbart til mange personer | Original forskning, tekst fra fagbøker, allmennkunnskap | Tidsskrift, fagbøker, elektroniske oppslagsverk, spesialister og kollegaer |
| Logistisk informasjon | Hvordan få jobben gjort | Nødvendig skjema, foretrukket avtalespesialist, hvor man skal henvende seg | Lokal politikk- og prosedyre-manual, kommunale nettsider, administrerte omsorgsorganisasjoner, |
| Sosial innflytelse | Hvordan andre får jobben gjort | Lokale praksis-mønstre | Diskusjon med kollegaer |

Videre anerkjenner Gorman at det eksisterer flere forskjellige måter å se på når et informasjonsbehov faktisk oppstår og hva dette innebærer. Han deler dette opp i 4 forskjellige situasjoner hvor informasjonsbehovet oppstår.

Ukjente informasjonsbehov er situasjoner der klinikeren ikke er klar over at behovet forekommer. Dette må tolkes ut ifra observasjonsstudier der man studerer klinisk praksis, eller ved å måle legens kunnskap og avdekke hull på denne måten. Her er det mange potensielle muligheter for feiltolkning, spesielt da klinisk praksis kan avvike fra anbefalt praksis grunnet andre årsaker enn kunnskap – da for eksempel grunnet uenighet blant klinikere, pasientens forventninger, manglende tilgang mm. Disse ukjente informasjonsbehovene er viktige da informasjonssystemer som forventer at klinikeren søker aktivt etter informasjonen, ikke kan forvente å lykkes før klinikeren anerkjenner at informasjonsbehovet eksisterer. Systemer som er designet for å direkte adressere dette kan potensielt sett overkomme denne begrensningen. Automatiske påminnelser eller klinisk beslutningsstøtte i et system, er eksempler på dette.

Kjente informasjonsbehov er situasjoner der klinikeren er klar over at behovet forekommer. Slike behov uttrykkes direkte fra klinikeren selv og kan ende opp med at klinikeren enten søker etter informasjonen eller lar være å søke etter informasjonen. Studier som forsøker å identifisere slike behov, spør enten klinikerne aktivt eller noterer behovene ned fortløpende ettersom de forekommer naturlig. Der man aktivt spør etter informasjonsbehovene er det en høyere risiko for at en observatør effekt forekommer, altså at intervjuerens tilstedeværelse kan stimulere til flere informasjonsbehov enn det som normalt forekommer. Der man utelukkende observerer, er det en mulighet for at de kjente informasjonsbehovene som forekommer ikke spontant artikuleres av klinikerne slik at observatøren kan få skrevet disse ned. Uansett eksisterer potensialet for å overestimere informasjonsbehovet, da ingen av metodene gir en måte å avgjøre om informasjonen som søkes faktisk er nødvendig for god behandling av pasienten.

Oppsøkte informasjonsbehov er de behovene hvor det observeres informasjonssøkende adferd eller hvor klinikeren husker at han eller hun har forsøkt å finne informasjon tidligere. Dette ekskluderer de informasjonsbehovene klinikerne ikke velger å søke etter. Lite vites om hvordan de spørsmålene som klinikerne velger å forfølge er forskjellige fra de som de ikke velger å forfølge. Dette inkluderer da hvordan klinikerne velger hvilke spørsmål som forblir ubesvarte og hvordan tilgjengeligheten og bruk av informasjonskilder påvirker dette. En mer begrenset tilnærming til å vurdere informasjonsbehov, er å antyde dem fra bruk av spesifikke informasjonskilder. Dette vil dog gi en svært begrenset beskrivelse av en brukers totale informasjonsbehov.

Oppfylte informasjonsbehov er en undergruppe av oppsøkte informasjonsbehov der søkingen av informasjonen var vellykket.

Situasjonsbetingede informasjonsbehov (adaptert fra Gorman 1995)

| Type informasjonsbehov | Beskrivelse | Kommentar |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ukjente informasjonsbehov | Klinikerne er ikke klar over informasjonsbehovet eller kunnskapsmangelen | Antydes fra vurdering av kunnskap. Ekstern handling kreves for å korrigere dette (automatiske påminnelser mm.) |
| Kjente informasjonsbehov | Klinikerne er klar over informasjonsbehovet, kan potensielt bli oppsøkt | Artikuleres av klinikerne eller tolkes av observatør. |
| Oppsøkte informasjonsbehov | Informasjonssøking finner sted, kan potensielt lykkes | Observert eller husket informasjonssøking. |
| Oppfylte informasjonsbehov | Informasjonssøking lykkes | Husket på vellykket informasjonssøking. |

3.1 Teoretiske tilpasninger

Selv om Gorman har en velorganisert tilnærming til klinikeres informasjonsbehov, er det et viktig moment at modellen ble utviklet i 1995 og dermed nå i 2019 er blitt 24 år gammel. Siden den gang har verden gått fremover med stormskritt og man har nå fått full inntreden av elektroniske pasientjournaler og bruk av datasystemer har blitt en del av hverdagen. Det har også skjedd en økning i digital samhandling mellom aktørene i dagens helsevesen. I en slik teknologisk verden, kan det tenkes at de logistiske informasjonsbehovene har økt i omfang. Det blir stadig viktigere å vite hvordan man bruker de digitale verktøy og system for å best mulig hjelpe pasienten.

Elektroniske oppslagsverk som er tilgjengelige til enhver tid via internett, som for eksempel Norsk Elektronisk Legehåndbok, bidrar til å enkelt tilgjengeliggjøre oppdatert og kvalitetssikret logistisk oversikt, medisinsk kunnskap og populasjonsstatistikk. Kommunale nettsider veileder oss med oppdatert logistisk informasjon om hvilke lavterskeltilbud som er tilgjengelige og kontaktinformasjonen til disse. Det finnes også enkelt tilgjengelig informasjon om de lokale avtalespesialistene i området og noen ganger også hva disse tilbyr av tjenester. Fastleger i dag er også som regel med i sosiale medier som f.eks. lokale og nasjonale grupper på Facebook, noe som også åpner opp for en større grad av informasjonsflyt mellom kollegaer. Dette gir igjen økte og andre muligheter for sosial påvirkning enn det som Gorman opprinnelig så for seg i sin modell. Alt dette vil man måtte ta høyde for ved bruk av modellen i nåtid.

Et annet viktig punkt er at problemstillingen tar for seg en lokalisert og spesifisert variant av disse informasjonsbehovene, da utelukkende informasjonsbehov som er relatert opp mot medisinsk avstandsoppfølging. Modellen må derfor justeres etter dette. Ettersom studiet er av en kvalitativ art med et semi-strukturert intervju som metode, vil man i utgangspunktet ha best forutsetning til å undersøke kjente informasjonsbehov. En svakhet med dette er at man da leter hos klinikere som i liten grad har forholdt seg til medisinsk avstandsoppfølging fra tidligere. Det kan derfor bli vanskelig å innhente kjente informasjonsbehov fra klinikere i hypotetiske og til tider relativt ukjente situasjoner, noe studien må ta høyde for.

4.0 Metode

I følgende kapittel, gjennomgås den metodiske tilnærmingen til oppgaven og detaljer rundt dette. For å besvare problemstillingen, ble det gjennomført en kvalitativ studie med semi-strukturerte gruppeintervju av 3 fastlegekontorer i Kristiansand Kommune. Intervjuene ble transkribert, samt kodet og nodet i NVIVO 12 etter Gormans modell.

4.1 Valg av metode

Oppgaven er en kvalitativ studie av en deskriptiv karakter da jeg går inn med en avklart problemstilling og en klargjort strategi. Fastlegers informasjonsbehov ved bruk av medisinsk avstandsoppfølging er så langt lite kjent, men man kjenner til modeller for å strukturere mer generelle kliniske informasjonsbehov hos fastleger (Gorman, 1995). For å best utforske problemstillingen gikk man derfor inn med semi-strukturerte gruppeintervju som også er kjent som fokusgruppeintervju. En slik metode skaper anledningen for diskusjon og meningsdanning innad i gruppen, samtidig som det også åpner for å avdekke flere informasjonsbehov enn ved enkeltintervjuer. Det var opprinnelig tiltenkt å gjennomføre dybdeintervju med enkeltleger i etterkant for å ytterligere utforske det som kom frem i gruppeintervjuene, men dette lot seg dessverre ikke gjennomføre grunnet tidsmessige begrensninger.

4.2 Utarbeiding av intervjuguide og innsamling av data

Intervjuguiden ble utarbeidet med basis i Gormans kategorier for informasjonsbehov (Gorman, 1995). Man forsøkte derfor å lage spørsmål rettet inn mot hver enkelt av disse: pasient data, populasjonsstatistikk, medisinsk kunnskap, logistisk kunnskap og sosiale påvirkninger. Selv om ingen spørsmål konkret var rettet mot sosiale påvirkninger, er det under intervjuene gitt rom for at fastlegenes holdninger kommer til kjenne. Tidlig i forløpet fokuserte problemstillingen på rekrutteringen av pasienter til medisinsk avstandsoppfølging, noe som etter første intervjuet ble justert til å også omhandle bruk av medisinsk avstandsoppfølging. Selv om det i de to siste intervjuene i større grad også ble diskutert bruk, bærer intervjuguiden som er vedlagt preg av dette. Som innledning til alle intervjuene, ble det gjennomført en kort introduksjon. Her tok man for seg definisjonen av medisinsk avstandsoppfølging og konkret hva slik oppfølging innebærer, hva slags prosjekter man har hatt gående i Norge rundt dette og hva resultatene av disse viser, samt informasjon rundt det pågående nasjonale prosjektet «Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke». Kunnskapsgrunnlaget til sluttrapporten ble også gjennomgått (Helsedirektoratet, 2018a). Av tidsmessige årsaker, ble denne introduksjonen ikke spilt inn og transkribert. Alle fastlegene som deltok, har undertegnet en samtykkeerklæring som gjelder innsamling av data. Både intervjuguiden og informasjonsskrivet med tilhørende samtykkeerklæring er vedlagt oppgaven. Masteroppgaven er godkjent i forkant av datainnsamlingen ved NSD (Norsk senter for forskningsdata) og FEK (fakultetets etikkomite).

4.3 Utvalg av fastlegekontorer

Det ble valgt ut 3 fastlegekontorer i Kristiansand Kommune. Dette primært grunnet geografiske hensyn hos forfatter.

Et av fastlegekontorene ble valgt ut grunnet at forfatteren tidligere har arbeidet der og derfor fikk innpass. Et annet fastlegekontor meldte seg frivillig etter at forfatteren ba om informanter i en lukket facebook-gruppe for allmennleger i Kristiansand. Det siste fastlegekontoret ble valgt ut grunnet at det var forfatterens daværende arbeidsplass under skrivingen av oppgaven.

Det bemerkes at de 3 fastlegekontorene, etter forfatterens skjønn, utgjør en god spredning i holdning til medisinsk avstandsoppfølging og at dette ble sett på som gunstig for oppgaven. Til tross for at invitasjonen gjennom facebook-gruppen ble synliggjort for de aller fleste legesentrene i Kristiansand. Det er ifølge helsenorge.no totalt 83 fastleger fordelt på 19 legesentre i Kristiansand kommune per 18.04.19 (Direktoratet for e-helse, 2019a). Totalt ble 14 fastleger, 9 av dem spesialister i allmennmedisin, intervjuet ved 3 legesentre. Altså utgjør utvalget 15,8 prosent av alle fastlegekontor i Kristiansand kommune og 16,8 prosent av alle fastlegene.

4.4 Transkribering

Alle intervjuene ble tatt opp ved bruk av lydopptak på 2 separate enheter. Lagrede data ble behandlet i henhold til retningslinjer fra Universitetet i Agder og NSD. Videre ble opptakene transkribert til bokmål med fokus på det konkrete innholdet. Ved et par anledninger har det blitt også blitt notert steder med latter rundt bordet og lignende, dette for å få fram sarkasme eller ironi i det som ble sagt.

4.5 Analyse

Analysen ble utført i NVIVO 12, et program som tillater koding og nodning av skrevet tekst. Ved hjelp av dette ble innholdet i intervjuene kodet i meningsbærende enheter. Ved første gjennomgang, ble kodingen utført på et induktivt grunnlag. Deretter ble dette gjennomgått og ytterligere fordelt inn i Gormans kategorier for informasjonsbehov hos klinikere (Gorman, 1995).

4.4 Forskning på egen tidligere arbeidsplass

2 av de 3 legekontorene som ble intervjuet under denne masteroppgaven har vært blant mine tidligere arbeidsplasser. Et velkjent fenomen under forskning på egen arbeidsplass er at det kan være vanskeligere å si nei til å delta i et prosjekt der en tidligere kollega er den som er i forskerrollen. Selv om jeg har vært bevisst på dette under utvelgelsen av deltakere i prosjektet, er det også slik at det ofte er problematisk å rekruttere fastleger til forskningsprosjekter. Jeg har derfor bevisst brukt dette fenomenet i dette prosjektet for å sikre meg nok informanter til å danne et godt utvalg. I tillegg har jeg på dette viset også sikret meg informanter som i utgangspunktet nok ville takket nei på grunn av holdningsrelaterte årsaker. På dette viset, tror jeg at utvalget har blitt beriket med en større variasjonsbredde. Angående de dilemmaene som kan oppstå under forskning på egen arbeidsplass med tanke på sensitive opplysninger og taushetsplikt, presiseres det at slike sensitive opplysninger ikke har vært behandlet under datainnsamlingen til denne oppgaven.

4.5 Litteratursøk og kilder til innsikt

Litteratursøket ble opprinnelig forsøkt gjennomført i strukturert form. Da med følgende søk: «Alle felt inneholder telemedicine, OG Alle felt inneholder chroni*, OG Alle felt inneholder (general practi* OR primary care), OG Alle felt inneholder (norway OR norwegian), OG Alle felt inneholder recruit*» med «OMFANG: Alle bibliotek / Norske fagbibliotek». Dessverre ble det her sett lite relevant litteratur og det ble planlagt en gjennomgang med bibliotekar for et strukturert litteratursøk. Dette ble dessverre ikke gjennomført og i mellomtiden ble jeg oppmerksom på flere rapporter fra direktoratet for e-helse og helsedirektoratet som understøttet mitt tema. Spesifikt ble en sluttrapport med navn «effekter av avstandsoppfølging» fra 2018 relevant for videre empirisk grunnlag, da denne inneholdt en ny og grundig litteraturstudie innen det eksakte feltet denne studien omhandler – medisinsk avstandsoppfølging. Da det er flere begreper på banen i forbindelse med medisinsk avstandsoppfølging, for eksempel e-helse, telemedisin, telecare mm., besluttet jeg at å bruke en slik spesifikk litteraturstudie var hensiktsmessig. Kildene til denne rapporten har videre blitt gjennomgått og jeg har søkt opp forfatterne av disse for å undersøke annen forskning de har gjort. Blant annet ble forskningen rundt TeleCare North i Danmark avdekket på denne måten, noe jeg har ansett som svært relevant da de driver telemedisinsk forskning i nordiske forhold med tilnærmet samme rammer som oss her i Norge. Videre har jeg også støttet meg på flere andre rapporter fra offentlige instanser her i Norge, samt deres respektive kilder. Tematisk søk i google scholar har også sporadisk blitt benyttet, til tross for at jeg er kjent med at dette er kritikkverdig. Til slutt har også veileder hjulpet meg med tips til relevant litteratur, da eksempelvis om Storbritannias Whole System Demonstrator prosjekt mm.

4.6 Etiske overveielser

Det har ikke vært samlet inn eller analysert pasientsensitiv informasjon i denne studien. Videre har fastlegene og legesentrene som ble intervjuet blitt anonymisert i transkriberingen for å videre beskytte fastlegene. Alle deltagere har frivillig deltatt i studien og signert tilhørende samtykkeskjema som finnes vedlagt oppgaven. De har også hatt muligheten til å trekke seg ved senere tidspunkt dersom ønskelig. Studiet er søkt inn til NSD og FEK, med godkjent søknad begge steder.

4.7 Metodiske overveielser

Under planleggingen av forsøket, ble det ansett som mest hensiktsmessig med et gruppeintervju på forskjellige fastlegekontorer av hensyn til at denne metoden sannsynligvis ville avdekke flere informasjonsbehov enn individuelle intervjuer. Selv om spørreundersøkelser kunne vært benyttet, gir ofte intervjuer et mer nyansert bilde av informasjonsbehovet. Det åpner også for muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål, noe som kan videre avdekke eventuelle nyanser ved informasjonsbehovet. En spørreundersøkelse vil også risikere å få manglende svarprosent, noe som erfaringsmessig er å forvente blant fastleger. Et etterfølgende dybdeintervju med en eller flere av fastlegene ble vurdert, men ble ikke gjennomført grunnet tidsbegrensninger.

4.8 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler i hvilken grad en studie kan etterprøves. Generelt i kvantitativ forskning har man standardiserte målemetoder for reliabilitet og validitet. I kvalitativ forskning vil dette være svært vanskelig og ofte ikke hensiktsmessig. Det er vanskelig å stille krav vedrørende muligheten for å etterprøve datainnsamling og analyse av data ved slike studier. Forskerens samspill med informantene og den enkelte situasjonen vil kunne påvirke resultatene. Videre vil også mennesker svare og reagere forskjellig avhengig av situasjon og tid. Derfor er det aktuelt å tilnærme seg begrepet reliabilitet på en alternativ måte, ved hjelp av nøyaktige beskrivelser av forskningsprosessen. Slik vil en annen forsker kunne se på studien med tilnærmet samme «forskningsbrillene» som forfatteren (Dalen, 2011).

4.9 Validitet

Validiteten omhandler muligheten til å trekke gyldige slutninger ut fra resultatene av en studie. Det betegnes også av noen som «håndtverkskvalitet», hvor man ser på kvaliteten av studiens gjennomføring fra start til slutt. Her kan det også kommenteres på hva som kunne vært gjort annerledes. (Dalen, 2011) trekker frem tre bias som er viktige å være var på når man bruker intervju som forskningsmetode.

Den holistiske feilantagelsen dreier seg om at forskeren tolker feiltolker utsagn eller hendelser basert på førkunnskap og førforståelse av feltet. Ettersom jeg som forfatter selv er fastlege, er det desidert en fare for at dette forekommer. Jeg har forsøkt å motvirke dette i studien ved å være påpasselig med å stille bekreftende spørsmål og få frem klarheten i det som menes av informantene, uavhengig av min egen fortolkning. *Eliteskjevhets* handler om at noen informanter vektlegges mer enn andre da de kan oppleves av forskeren som nøkkelinformanter. Alle informantene i studien er sidestilt i profesjon og ingen av informantene i studien fremsto som viktigere enn andre. Det er dog mulig at noen informanter innad i gruppen «tok kontroll» over gruppens meninger i større eller mindre grad avhengig av sosial status og hierarki. *«Going native»* omhandler at forskeren fra tidligere er så kjent med feltet at han eller hun ikke evner å trekke ut særtrekk eller bemerkelsesverdige kjennetegn.

Under forskningsprosessen har jeg forsøkt å være var på disse ovennevnte utfordringene og gjort mitt beste for å motvirke dem i alle stadiene av forskningen. I tillegg har jeg gjort mitt beste for å stille mest mulig åpne spørsmål, unngått ladede spørsmål og fulgt opp med bekreftende spørsmål for å klargjøre fastlegenes mening.

4.10 Avgrensning og begrepsavklaring

Når det kommer til betydningen av begrepet avstandsoppfølging, benyttes det av Helsedirektoratet en norsk oversettelse av det skotske helsevesenets definisjon:

«Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasient, utenfor de tradisjonelle stedene hvor pasient møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell» (Helsedirektoratet, 2018a)

Avstandsoppfølging innebærer at pasienten selv stiller helserelaterte spørsmål og utfører medisinske målinger, som videre overføres digitalt til en responstjeneste. En responstjeneste er ifølge helsedirektoratet:

«Tjenesten som tar imot, vurderer, dokumenterer og responderer på varsler fra teknologiske løsninger som tjenestemottakeren benytter.» (Helsedirektoratet, 2018a)

Denne oppgaven vil fokusere på medisinsk avstandsoppfølging i ovennevnte betydning. Videre avgrenses undersøkelsesområdet til fastlegepopulasjonen i Kristiansand kommune.

5.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg presentere resultatet av de analyserte intervjuene. De forskjellige funnene har blitt delt inn etter Gormans kategorier og plassert i sine respektive undergrupper av meningsbærende enheter. Videre er det laget underkapitler for hver de meningsbærende enhetene som.

5.1 Pasientdata

Pasientdata er det første av kategoriene. Her beskrives de informasjonsbehovene som kan relateres til den enkelte pasient. I analysen så man at informasjon rundt pasientens *etterlevelse* av behandling, *mobilitet* og *eksisterende tilbud* kom frem som relevant informasjon for klinikerne. Videre presenteres disse hver for seg, i sine respektive underkapitler.

5.1.1 Etterlevelse (compliance)

Et informasjonsbehov som raskt kom opp, var fastlegenes ønske om å vite noe om pasientenes forutsetning for å etterleve en anbefalt eller iverksatt behandling. Blant klinikere, betegnes dette ofte som «compliance».

«Kanskje nyttig å vite hvor compliant de pasientene er, tenker jeg i hvert fall. Fordi hvis de sporadisk vil følge opp noen ting, men ikke andre, så vet man jo aldri hvor man har dem.»

5.1.2 Mobilitet

Et annet informasjonsbehov som ble diskutert var pasientens evne til å bevege seg, da spesielt ut av huset eller til og fra fastlegekontoret. Dersom det å komme til konsultasjon hos fastlegen var vanskelig av fysiske eller psykiske årsaker, så fastlegene på det som viktig og fordelaktig å få på plass et tilbud om medisinsk avstandsoppfølging.

«Ja, for ganske få år tilbake, så heiste man jo dette flagget med pasientmedvirkning, ikke sant? Det med å få pasientene ut, at de kommer på legekontoret, ikke sant? Men dette er jo da en gruppe pasienter som ikke er så mobile, ser jeg for meg, som vil ha størst nytte av det. La oss si han som sitter i rullestol med amputerte ben, folk som ikke er så mobile, for akkurat den typen pasienter så kan nok dette være et veldig fint tilbud.»

5.1.3 Eksisterende tilbud

Et av legesentrene, som også hadde tilgang på ekstra ressurser via primærhelseteam-prosjektet, drev aktivt med sin egen versjon av medisinsk avstandsoppfølging. De var svært interessert i å vite hva pasienten hadde av gjeldende tjenester. Dette spesielt da de hadde god erfaring med å følge opp pasienter ved et bemannet bofellesskap for psykisk utviklingshemmede. Her samarbeidet de med personale ved bofellesskapet for å via avstandsløsninger innhente labresultater, kliniske parametere og mer. På denne måten sparer legesenteret ressurser og opplever en enklere hverdag, samtidig som de gir raskere og bedre kvalitet på sin oppfølging.

«Vi har flere boliger og det er forskjellig tyngde på pleie og omsorg i dem. Så vi har da blant annet en nå oppe på ... hvor det er ganske tungt. Personellfaktoren er høy og pasientene er syke. De er sengeliggende og veldig dårlig fungerende. Og det vi ser da er jo at hvis de har for eksempel POC, altså Point Of Care utstyr: CRP, urinstix, blodtryksapparater osv. Og vi får det til et direkte grensesnitt, sånn som vi har med Zenicor (software) EKG apparat som vi kan ha der ute. De setter på tomlene på pasienten fordi de er urolige eller et eller annet sånt noe, vi får det rett inn på vår PC her. Da sparer de en tur til legevakten, de sparer en utrykning – enten fra PHT-sykepleier (primærhelseteam) eller fra legevakt osv. Vi får det der og da. For det vi trenger er litt enkle ting som blodtrykk, CRP, urinstix osv. Har de det på plassen, og det skal vi få ut, og vi får det opp, det er nyttig. Da er jeg helt sikker på at vi klarer å vise at det er forskjell mellom den PU-boligen vi har der og den de har på I forhold til ressursbruk, i forhold til at vi får det enklere, vi kan gi kjappere svar osv. Jeg ser helt klart at det er en kjempefordel.»

5.2 Populasjonsstatistikk

Populasjonsstatistikk er den andre av kategoriene og tar for seg informasjonsbehovene som omhandler populasjoner. I dette studiet har jeg også tolket dette som informasjonsbehov som dreier seg om fastlegens egne pasientlister. *Identifikasjon av risikopasienter* var et omdiskutert tema ved alle legekantorene som ble intervjuet. Det var en bred enighet om at dersom man ble presentert for en liste med mulige kandidater ut fra diagnosegrupper eller andre kriterier, så kunne fastlegen bruke sin kunnskap om den enkelte pasienten og sitt kliniske skjønn til å selektere relevante kandidater ut fra en slik liste.

Fra et av legesentrene kommer det frem følgende:

«Jeg vil jo si at jeg vet helt sånn tydelig vet hvilke av mine pasienter som egentlig kunne ha godt av den oppfølgingen. Altså, hvis jeg får listen med de 30 hjertesvikt diagnosene, eller hvor mange jeg har, så ser jeg hvem det er som er aktuelle. Så kan det godt hende at det er noen som aldri er i kontakt med meg fordi at de er under det mer høyspesialiserte og stort sett på sykehus, men de som er i den vanlige kvernen vil jeg bare ved å se navnene, i hvert fall når man har hatt listen en stund, kunne si at de kunne kanskje dra nytte av det. Og da er det ikke sikkert at det vil være på grunn av objektive kriterier på hvor faktisk fysisk dårlige de er, eller psykisk dårlige, men hvordan de håndterer det. Hvordan du vet, sånn intuitivt i samtaler, hvordan de håndterer det. At disse vil kunne ha nytte av den tryggheten. Eller her ender det fort med at de er dødsdårlige når de tar kontakt, så her kunne det kanskje være noe å hente på å ha daglig kontakt. Men at det er en sånn individuell fastlegevurdering rett og slett.»

Ved et annet fortelles det på en annen måte:

«Kombinasjonen av lokale uttrekk og klinisk skjønn, som hver enkel lege tar, det er der vi har mest å hente. Og det er ikke sikkert det blir så innmari mange pasienter, men det blir veldig spisset. I forhold til at her tenker vi at vi har noe å vinne. Det er ikke tilfeldig. Ut ifra gitte kriterier.»

Det siste ordla seg som følger:

«Det må være for å plukke ut relevante pasienter. Jeg har ikke full oversikt. Det er sikkert mange pasienter som kunne være aktuelle som jeg ikke kommer på her og nå. Så det å kunne plukke ut pasienter etter diagnose, medisiner.»

De nylige utskrevne pasientene fra sykehuset er også av interesse som *risikopasienter*. Ved et av legesentrene, var en av de ansatte engasjert i å kontinuerlig gjennomgå epikrisene til nylig utskrevne. De relevante kandidatene ble presentert til den aktuelle fastlegen for gjennomgang og mulig ekstra oppfølging dersom dette ble ansett som nødvendig.

«Og pluss at da ... trekker ut epikriser og ser på alle som er skrevet ut fra sykehus gjennom perioden og dermed så ser du på en måte; «innlagt for rus» eller «selvmordsforsøk» osv. Så får vi de ut, eller ... napper dem ut og gir de til legen, så har vi ekstra oppfølging der – hvis det er nødvendig.»

Til slutt ble også de med hyppige kontakter ansett som gode kandidater for medisinsk avstandsoppfølging av fastlegene.

«Ja sånn personlig, de du ser veldig ofte. Det er mange av de som egentlig kunne hatt en avstandsoppfølging og kanskje unngått noen av besøkene her.»

5.3 Medisinsk kunnskap

Den tredje kategorien er medisinsk kunnskap. Dette kan tolkes som de faglige informasjonsbehov som kan generaliseres til behandling av alle pasienter. De to underkategoriene som fremtreder, er at det er behov for klare *inklusionskriterier* og en *dokumentert effekt* den medisinske avstandsoppfølgingen som metode. Et sitat som godt fanger den overordnede holdningen, er følgende:

«Det som fremgår sånn helt tydelig, er at hvis myndighetene skal ha en snøballs sjanse i et visst sted til å få fastlegene med på dette så må de kunne: 1) Skissere nytteeffekt, ikke anekdotisk, men med tall eller beskrivelser – altså narrativt. Data. Og så må de kunne si noe konkret om hva som er cutoff for intervensjon fra fastlegen eller andre enheter. Helt konkret. Hvis ikke så, «moi» (fransk for «meg») for eksempel, kommer overhode ikke til å ta dette i bruk før.»

5.3.1 Inklusjonskriterier

Det var ved alle fastlegesentrene ønskelig med klare, konkrete og veldefinerte *inklusjonskriterier* som sier tydelig noe om hvilke pasienter som var aktuelle for medisinsk avstandsoppfølging. Ikke bare var dette grunnet behovet for tydelige retningslinjer å forholde seg til, men også grunnet en bekymring for overforbruk dersom inklusjonskriteriene var for åpne.

«Hvem skal ha det? Hvem skal inkluderes? Hvem skal ikke ha det? Hvis ikke så blir det et overforbruk. Jeg er overbevist.»

Ved et annet legesenter ble det formulert slik:

«Lege: Kanskje noen kriterier. Hvis det er vi som skal vurdere om de skal være med eller ikke.

Intervjuer: Inklusjonskriterier?

Lege: Ja. F. eks. «må ha diabetes, HbA1c over det og det, så-så mange forsøk på å få det ned, endring av medisiner uten effekt.»

Intervjuer: Noe litt mer håndfast og konkret?

Lege: Ja. Litt sånn flow-skjema liksom. Sånn sånn sånn.»

5.3.2 Dokumentert effekt

Viktigheten av *dokumentert effekt* og nytte ble diskutert i alle de 3 intervjuene. Mange etterlyste et *stødigere empirisk grunnlag* før de eventuelt ville ta i bruk medisinsk avstandsoppfølging. Fastlegene savner mer et mer konkret grunnlag som sa noe om forventet effekt av behandling, samt innsparinger og nytteeffekt på både et lokalt og samfunnsøkonomisk nivå. De etterlyste også dokumentasjon på eventuelle bivirkninger og negative effekter ved bruk av medisinsk avstandsoppfølging. Om samfunnsøkonomisk nytte, ble det for eksempel sagt følgende:

«Sparer man så mye penger på det, sånn samfunnsøkonomisk? Hvis det er innkjøp av en I-pad, prøveutstyr og den biten. Det er jo ganske mange konsultasjoner hos meg før det spares inn.»

Fastlegene ble i forkant av intervjuet presentert med den empiri som foreligger per dags dato, gitt sluttrapporten fra de norske prosjektene fra medisinsk avstandsoppfølging (Helsedirektoratet, 2018a). Der fremkom det at det var ingen signifikant endring i noen av de målte biometriske variablene, men at pasientene rapporterte økt trygghet som følge av oppfølgingen. Denne tryggheten ble møtt med skepsis blant fastlegene og mistenkt til å være en falsk trygghet.

«Lege 1: I lys av det, har dere noe sånn: «Ja, dette er kjempebra» - ikke at sykepleierne som har jobben, eller de som har prosjektet synes det er bra, fordi de brenner jo for det, men at faktisk pasientene synes dette har noe for seg?

Lege 2: Da tenker du medisinsk? For det viser jo ofte at pasienten føler seg trygge, men du tenker helsegevinst?

Lege 1: Ja, og den tryggheten hva er egentlig det? For mine angstpasienter føler seg ofte trygge med en Sobril i lomma, men det betyr ikke at det er bra. Og det er litt det jeg tenker, at man skaper en illusjon av trygghet og forutsigbarhet som jeg er usikker på om har noe for seg. Vet vi noe om det nå?»

5.4 Logistisk informasjon

Den fjerde kategorien er logistiske informasjonsbehov. Dette omhandler kunnskap om detaljene rundt hvordan få jobben gjort. I dette studiet har jeg også valgt å tolke dette som informasjonsbehov vedrørende f.eks. strukturen i oppfølgingen, rollefordelingen og ansvar, tekniske detaljer og brukervennlighet, samt logistiske gevinster ved å ta i bruk medisinsk avstandsoppfølging.

5.4.1 Struktur

Behovet for mer detaljert informasjon om *struktur* og klarhet i selve oppfølgingen ble ofte tatt opp under intervjuene. Da spesielt med tanke på hva som skal gjøres av hvem, ansvarsfordelingen og fastlegens rolle i hvordan oppfølgingen gjennomføres.

Ved et legesenter ble dette diskutert på følgende måte.

«Lege 4: Det måtte jo være hva som måles, hvordan blir det fulgt opp.

Lege 2: og hvor ofte.

Lege 4: og hvem har ansvar for hva.

Intervjuer: Altså litt mer konkret detaljene rundt hva som følges opp, hvordan og når?

Lege 2: Og hva som forventes at vi skal gjøre, må vi vite ganske klart.»

Ved et annet legesenter ordla man seg som følger:

«Lege 1: Jeg tenker mer en pakke. Informasjon, alt du trenger. Det trenger ikke å være noe utstyr og sånt, men hva vi skal gjøre – liste.

Intervjuer: Liste, i forhold til hva din rolle er?

Lege 1: Hva vi skal informere om og hva som skal til for å den pasienten videre.

Intervjuer: Et konkret forløp da? Altså, dette er det som skal skje fra fastlegekontoret?

Lege 1: Ja.»

Det siste legesenteret som allerede driver med en form for medisinsk avstandsoppfølging, har selv tatt kontroll over akkurat dette aspektet.

«Lege 1: Der har vi vel begynt å prøve å få inn slike ressurskort. Det er egentlig ikke noe annet enn sånne skjemabaserte kort, altså årskontroller, sjekklister osv. Og det gjør jo ... her ute og kjører sjekklister på disse enkelte. Det har jo litt i forhold til avstandsoppfølgingen å gjøre, for vi vet jo mer hva de krever og synes er viktig osv. Så vi blir jo mer spisset i spørsmålsstillingen med sjekklister.»

5.4.2 Gevinst

Et behov om informasjon rundt logistiske gevinster ble også etterlyst av et legekontor. Da med tanke på innsparing av tid og ressurser for fastlegen og pasienten selv.

«Men for den enkelte fastlege og for pasienten, om det er tidsbesparende. Når man tenker litt sånn på tiden man skal legge ned i dette her, hvis man i stedet hadde brukt tiden på gamlemåten.»

5.4.3 Brukervennlighet

At det skulle være «enkelt» var et tema som gikk igjen ved 2 av intervjuene. Da ettersom flere uttrykte bekymring over at medisinsk avstandsoppfølging skulle bli teknisk komplisert og vanskelig gjennomførbart fra fastlegens perspektiv. Dette har jeg her valgt å kode som brukervennlighet. Ved det ene legesenteret, ønsket man en enkelhet i henvisningsprosessen som tilsvarte hva man er vant med fra kjente systemer.

«Intervjuer: I forhold til henvisningsprosessen, har dere noen spørsmål der?

Lege 1: Enkelt er viktig.

Intervjuer: At det skal være enkelt ja.

Lege 2: Ja, det må være enkelt. Svært enkelt.

Lege 1: Sånn som adresseregisteret (Likt vanlige henvisninger via NHN), henviser til sånn og sånn også tidligere sykdommer også ferdig.

Intervjuer: Så du ønsker at det skal være like enkelt som å henvise ellers?

Lege 1: Ja. Det gjør vi jo ganske ofte, så det ligger i fingrene. Men ikke noe mer enn det, så blir det kalt inn til møte eller et eller annet sånn.»

Ved det andre legesenteret var behovet at teknologien skulle være enkel, pålitelig og fungere raskt og effektivt.

«Lege 3: At teknologien fungerer. Det du nevnte også, at de kan teste med en egen smarttelefon, koble seg opp og se at det faktisk, når de er inne på en time, fungerer.

Intervjuer: At du kan stole på systemet?

Lege 3: At du kan stole på systemet ja. Det er kjempeviktig.»

Et annet sitat fra samme legesenter understreker viktigheten av systemets effektivitet og enkelhet.

«Lege 3: Du skulle hatt en rød knapp for å komme på.

Lege 1: Ja, en rød knapp, ferdig og så er vi der. Men for å si det sånn, at den Zenicor (software) er sånn. Der, 30 sekunder, trykk på knappen, så er man der. Også må det være der.»

5.4.4 Teknisk utstyr og tjenester

Alle 3 legesentrene kom med forslag til hva de mente ville være gode tilskudd og behov som gikk ut over det som medisinsk avstandsoppfølging opprinnelig ble beskrevet som i forkant av intervjuet. En av legesentrene rettet fokuset mot et behov for tolk ved den teledisinske sentralen for å ivareta de med kommunikasjonsproblemer grunnet språkvansker.

«Jeg tenkte på en ting til. Med utenlandske pasienter, siden jeg nå har noen av dem. De er jo faktisk noen av dem som kunne hatt nytte av dette her, men da kreves det jo at man har tilgang på tolk ved den teledisinske sentralen. For diabetes og ting som er vanskelig å følge opp sånn annenhver måned kunne ha nytte av litt hyppigere oppfølging, gitt at de forstår hva som blir sagt. For der er kommunikasjonen litt vanskelig og de misforstår hele tiden, og det er mye lettere å fange det opp hvis man har et sånt system som dette her.»

Ved et annet legesenter ble rask levering av det tekniske utstyret løftet frem som et behov. Lang behandlingstid og utlevering av utstyr fra den kommunale forvaltningen ble problematisert da fastlegene opplevde dette som en demotiverende faktor for pasienten. Dette til den grad at legesenteret heller foretrakk å bruke pasientens eget utstyr (smartphone mm.).

«Lege 3: Det er også en trend med Bring Your Own Device, altså folk har jo smarttelefon nå. Så det er for omstendelig med dette å utlevere nettbrettene fra kommunen, det tar 10 uker. Vi har hatt en del pasienter som vi egentlig har vært klare til å inkludere, men så har det vært en omstendelig prosess i kommunen slik at det har tatt for lang tid. Da glipper det og de mister motivasjonen, så blir det ikke noe av det.

Intervjuer: Så hvilket utstyr pasienten har tilgang på er kanskje relevant?

flere av legene sier seg enige og nikker»

Til slutt ble også videokonsultasjoner diskutert som behov ved et av legesentrene. Selv om dette er ved siden av den medisinske avstandsoppfølgingen, har man allikevel valgt å inkludere dette under denne kategorien.

«Lege 3: ...Altså, du må ikke misforstå, det der er et veldig fint prosjekt det der med avstandsoppfølging. Men du kan tenke helhetlig, et fleksibelt system, hvor du har forskjellige nivå på hvor plaget disse pasientene er, så tror jeg nok veldig mange av disse gjengangerne kunne man nok ha tatt på videokonsultasjon. Da tenker vi kanskje på en litt annen gruppe en KOLS og sånne ting.

Intervjuer: Da tenker du typisk på psykiske lidelser?

Lege 3: Ja.

Lege 2: Oppfølging av sykemelding. Jeg har noen som er langvarig sykemeldt, som kommer inn hver måned og vet at de skal komme inn hver måned i et år nesten, de fleste av dem. Egentlig kunne det vært mye kjappere å ta dem bare som en kjapp videokonsultasjon. Når folk kommer inn, så tar det mye lengre tid, ser jeg for meg. Det går litt fortere med, som ved telefon, man bruker ikke like lang tid.»

5.5 Sosial innflytelse

Den siste kategorien omhandler sosial innflytelse. Dette dreier seg om de forventninger, holdninger og overbevisninger som blant annet finnes hos kollegaer og pasienter rundt fastlegene. Under analysen av intervjuene, ble det sett flere tegn til delte bekymringer hos fastlegene. Disse bekymringene gjaldt flere forskjellige temaer og presenteres under i sine respektive inndelinger.

5.5.1 Det menneskelige

Ved et av legesentrene, ble det observert en bekymring rundt at det gjennom tiltak som medisinsk avstandsoppfølging og den stadig økende digitaliseringen av helsesektoren, skal ende med at den menneskelige faktoren i behandlingen forsvinner. Den «varme hånden». Et eksempel på dette fra intervjuet er som følger.

«Da tenker jeg at vi kommer jo ikke utenom den menneskelige kontakten, uansett. Det som hjemmesykepleien representerer for pasientene og hva det gir av helse. Hvis hjemmesykepleien da skal erstattes av et nettbrett, så er jeg i utgangspunktet litt skeptisk til det for noen pasienter. Særlig kanskje de eldste.»

Et annet eksempel som virker til å harmonere blant fastlegene som gruppe og setter temaet på spissen, lyder som følger.

«Blodtrykkmåling hjemme er jo sånn at hvis man sier mål blodtrykket ganger 6, så må jo pasienten gjøre det selv. Så må jo pasienten rapportere det inn. Da kan man godt si at hvis det har vært et mål og det har vært en bestilling, så sparer man det. Men man går jo da glipp av en faktor som er ekstremt viktig, som du er inne på.

Lege 2: Kanskje ikke blodtrykkmålingen er så himla viktig, men det at noen ser til personen, ser hvordan de har det, snakker litt med dem, kjenner dem fra før av. Det har en veldig stor effekt i seg selv det.

Intervjuer: De blir jo sett av telemedisinsk sentral, på skjerm. Og det er jo mulighet der for å ha en dialog. Selv om den varme hånden kanskje ikke er der, så er det jo mulighet for en dialog.

Lege 1: Man kan jo legge inn en plasthånd da.

Latter rundt bordet

Lege 5: Hvordan går det med vår alderdom når det bare er roboter og skjermer overalt.

Lege 2: Da er vi sosialt understimulerte.

Lege 5: Vi må sørge for å beholde gode vennskap.

Lege 2: Vi må lage sånne bokollektiv.

Lege 1: Og vi skal nekte å ha inn datamaskiner.

Igjen, latter rundt bordet»

5.5.2 Feilmålinger og negative effekter hos pasienten

Videre uttrykte også fastlegene en bekymring rundt feilmålinger og negative effekter hos pasienten ved hyppige målinger. En lege fortalte om sine erfaringer med tekniske feil og virkningene av dette.

«Lege 1: Anekdotisk, så vil jeg jo si at jeg har jobbet på intensivavdelingen, med høyspesialiserte sykepleiere, og blitt vekket midt på natten over parametere som er helt riv ruskende gale fordi man leser av en monitor og ikke ser pasienten. Jeg tenker jo det at dette er en utfordring.

«Pasienten har blodtrykk 80/90», «Ja, men det finnes jo ikke liksom. Hvordan er pasienten da?», «Pasienten sitter i sengen og spiser frokost.». Dere er med på tanken? Dette skjer jo. «Pasienten har metning på 60.», «Ja, metningsmåleren ligger i senga.». Altså, jeg har så mange eksempler på

hvordan det tekniske svikter oss. Så vi som er «old school», og har blitt gamle nok til å kunne si at vi er gamle...»

En annen lege kommenterte at noen pasienter kan ha negative virkninger av hyppige målinger. Det uttrykkes da en bekymring rundt at hyppige målinger kan føre til en økt helseangst hos noen pasienter med kroniske lidelser.

«Alle kronikere vil ikke ha glede av dette her. Jeg tror at seleksjonsprosessen må være seg litt bevisst. De som har en psykososial sårbarhet for økt helseangst, f. eks. Og det blir jo da en utfordring. Og da tror jeg kanskje fastlegens kunnskap om pasienten er det viktigste, fordi noen bør ikke få det. Og jeg mistenker, dessverre, en del av kollegene våre å ikke være seg bevisst nok dette.»

5.6.3 Rolledeling og kompetanse

Det foreligger også mange bekymringer knyttet til roller rundt pasienten og kompetansen til både responscenteret og pasienten selv. En lege ved et legesenter uttrykker her sin bekymring for at silotankegang skal føre til et fragmentert og vanskelig pasientforløp.

«Lege 3: Som vi ikke vet om har noe effekt... Men vi er jo inne i klassisk silotenkning her, sant? For det kommer helt an på hvordan dette er lagt opp. Hvis det er sånn at du har en enhet som tar seg av KOLS og en enhet som tar seg av seg psykiatri og en enhet som tar seg av diabetes og en for hjertesvikt.. Hva hvis du har en KOLS med hjertesvikt, diabetes og angst? Hvordan håndterer du det da?»

En annen lege ved et annet legesenter går inn på pasientens egen kompetanse og hvordan kvalitetssikringen blir i forhold til om pasienten evner å gjøre gode målinger eller ikke.

«Det er ingen tvil om at det stiller jo en del krav også til pasientene her, kognitivt, ikke sant? Her er jo snakk om litt tekniske apparaturer, at de skal gjøre hjemmemålinger selv, sammenlignet med når de kommer her til kvalifisert personell som har sin utdanning og hvor det er veldig kvalitetssikret, at man er sikker på at ting gjøres på riktig måte. Så er det en usikkerhetsfaktor i det, tenker jeg. Men det er jo mye vi ikke kjenner til med dette her selvfølgelig, og hva slags opplæring pasientene får.»

Usikkerhet over fastlegens egen rolle blir også uttrykt, til den grad at en av legene faktisk spør.

«Lege 1: Kan det erstatte oss?»

5.6.4 Merarbeid

Et moment som i alle intervjuene ble tatt opp, var frykten for merarbeid. Alle de 3 legesentrene hadde bekymringer knyttet til om medisinsk avstandsoppfølging ville øke deres totale arbeidsbyrde. En lege uttrykket seg som følger.

«Lege 2: Det hadde jo vært veldig fint å vite at dette har noe for seg i forhold til hvor mye tid vi bruker på dette her. For tiden er jo knapp, sånn at man prioriterer ganske hardt hva man bruker tiden på og ikke.»

En annen lege ved et legesenter setter det hele på spissen i følgende diskusjon.

«Lege 2: Nå sitter jeg og tenker at hvis jeg skulle plukke ut noen pasienter, så skulle jeg henvist dem, så skulle vi hatt et møte med alle dem. Jeg kan ikke se for meg at det skal gå an, sånn som min arbeidshverdag er. Når tid skal dette skje?

Lege 1: Ta det på søndag!

Lege 2: Ja, men det er nesten sånn. Og hvilken nytte har det? For meg å bli begeistret for dette, så måtte jeg tenkt at dette virkelig var en hjelp i min hverdag. At det gjør min hverdag enklere, at jeg kan kanskje spare min tid.»

Selv legesenteret som allerede drev med sin egen variant av medisinsk avstandsoppfølging og hadde innført primærhelseteam, stilte seg skeptisk til en medisinsk avstandsoppfølging i kommunal regi.

«Lege 3: Da har vi mye mer hånden på rattet og eierskap til det, i forhold til hvis det er en kommunal sentral ved Lund som skal sitte og sende oss, teppebomber oss, med PLO-meldinger osv.

Lege 1: Og det er vi også litt redd for da, ikke sant? Her får vi faktisk kontroll over meldingsutvekslingen også. Vi bestemmer hvor mye vi skal ha, hvor ofte vi skal ha og hvordan vi skal bruke det. Hvor målet da er personalreduserende aktivitet. Men at vi beholder den medisinskfaglige kvaliteten, og kanskje til og med øker den.»

5.6.5 Økonomi

Et siste viktig tema det ble uttrykt bekymringer overfor, handlet om de økonomiske aspektene av medisinsk avstandsoppfølging. Både lønnsomheten, usikkerheten rundt den økonomiske bærekraften i denne typen oppfølging og eventuelle investeringer i teknisk utstyr kommenteres. Om lønnsomheten, etterspørres dette direkte ved et av legesentrene, noe som i etterkant fører til en lengre avsporing angående temaet. Avsporingen dreide seg primært rundt takstbruk ved medisinsk avstandsoppfølging.

«Lege 3: En liten assosiasjon, i forhold til avstandsoppfølging. Økonomien i det, vet man noe om det?

Lege 2: Ja, det vil jeg vite om.»

Legesenteret som allerede er godt i gang med primærhelseteam og avstandsoppfølging, og dermed i større grad er kjent med landskapet rundt dette, bekymrer seg for bærekraften i denne typen oppfølging.

«Lege 1: Altså Nasjonalt Velferdsteknologi Program, som en forlengelse av TELMA (telemedisin Agder). Og det er jo fordi man oppretter jo da en telemedisinsk sentral også har man ansatt folk der, og i Porsgrunn så har man til og med leger der, og man sak sitte å ta imot masse beskjeder fra pasienter frem og tilbake. Du øker jo faktisk antall målinger. Altså, jeg kan ikke se for meg at det der er bærekraftig.»

Til slutt ble det også fremmet bekymringer rundt potensielle tekniske investeringer.

«Lege 1: Rent sånn datateknisk, hvordan.. Vi har ikke «stæsj» til det nå her, hvordan skal det løses? Er det vi som skal..?»

Intervjuer: I prosjektet så er det prosjektmidler som kan hjelpe. Men ja, det er også et spørsmål som jeg ikke har svar på nå. Sånn rent for hvert enkelt legekontor.

Lege 1: Hadde du gidet å ta det momentet med videre? For det er kjempeviktig i rekrutteringsprosessen å vite hva ligger det i investeringer i teknisk utstyr for oss.»

6.0 Diskusjon og fortolkning av funn

I denne delen av oppgaven diskuteres og tolkes funnene av undersøkelsen. Oppgavens formål har vært å bidra med kunnskap til hvordan IKT best mulig kan understøtte fastlegens rolle som koordinator av medisinsk avstandsoppfølging og oppgavens forskningsspørsmål har vært

«Hvilke informasjonsbehov har fastleger i forbindelse med medisinsk avstandsoppfølging?»

For å besvare dette forskningsspørsmålet har det vært utført semistrukturerte gruppeintervjuer med 3 fastlegesentre der det har blitt brukt en egenutviklet intervjuguide basert på (Gorman, 1995) sine 5 kategorier for legers kliniske informasjonsbehov. Den videre inndelingen av diskusjonen vil følge disse kategoriene.

6.1 Persondata

Under denne kategorien ble det funnet 3 meningsbærende enheter som reflekterte fastlegens informasjonsbehov rundt persondata. Disse var *etterlevelse*, *mobilitet* og *eksisterende tilbud*.

Etterlevelse er en viktig faktor i alle former for oppfølging. Generelt i prosjektene som har tatt for seg medisinsk avstandsoppfølging til nå, har umotiverte pasienter vært selektert vekk ved hjelp av flere forskjellige mekanismer – blant annet at de selv må være aktivt deltagende i å ønske denne oppfølgingen. Om etterlevelse etter pasienten er startet opp med oppfølgingen, skriver (Su et al., 2016) at avstandsmålinger kombinert med personlige interaksjoner med helsepersonell kan være med å styrke en slik etterlevelse. Det påpekes videre av (Joana Cruz, Brooks, & Marques, 2014b) at for høy målingsfrekvens og dårlig brukervennlighet i systemet kan bidra til frafall. Disse ovennevnte faktorene kan være relevante for å styre etterlevelse hos pasienten når den medisinske avstandsoppfølgingen først er i gang. Det kan utfra dette videre tenkes at et godt samarbeid mellom pasienten, responscenteret og fastlegen rundt en egenbehandlingsplan, samt et system med god brukervennlighet, vil kunne direkte styrke pasientens etterlevelse i oppfølgingen.

Mobilitet nevnes også som viktig informasjon om den enkelte pasient. Jo mindre mobil pasienten er, jo større verdi kan slike løsninger ha for pasienten. Ikke bare vil pasienten spare tid og energi på å komme seg til fastlegen, men det kan også være et stort potensial i samfunnsøkonomiske besparelser i form av blant annet transportkostnader.

Angående *eksisterende tilbud*, faller dette til en viss grad utenfor studiens avgrensning da hensikten var å se på medisinsk avstandsoppfølging via et responscenter. Legesenteret som rapporterte dette informasjonsbehovet, hadde allerede tatt i bruk egne telemedisinske løsninger der de selv mottok og vurderte målingene og data. De fungerer dermed som sitt eget responscenter. Dermed har de en noe annen forutsetning enn de to andre legesentrene. Det understrekes allikevel at det å augmentere eksisterende tilbud med egne telemedisinske løsninger er av særdeles interesse med tanke på at legesenteret selv rapporterer at de øker kvaliteten av sitt tilbud og sparer ressurser ved å gjøre dette.

6.2 Populasjonsstatistikk

Under denne kategorien ble det funnet en overordnet meningsbærende enhet: *identifisere risikopasienter*. Denne ble ytterligere inndelt i 3 underordnede meningsbærende enheter: *hyppige kontakter, nylig utskrevet og mulige kandidater*.

Å *identifisere risikopasienter*, også kjent som risikostratifisering, har i de norske prosjektene vært gjort med åpne og overordnede retningslinjer. I det pågående nasjonale prosjektet for medisinsk avstandsoppfølging er kriteriene at pasientene skal ha en kronisk sykdom med en moderat til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Selv om dette kravet ytterligere kan spisses inn på kommunalt nivå, blir mye av skjønnsvurderingen overlatt til den som skal rekruttere pasienten (hjemmesykepleien, fastlegen, pasienten selv mm.). For fastlegenes del kan slike krav være frustrerende lite spesifikke, noe som blir nevnt under senere kategorier. Det etterlyses av samtlige legekantor en oversikt over de risikopasienter som befinner seg på den enkelte fastleges pasientliste. Dette kan per i dag gjøres med rapportfunksjoner i noen av de elektroniske pasientjournalssystemene, men da hovedsakelig på bakgrunn av diagnosekoder.

Videre nevnes også slik risikostratifisering i Direktoratet for e-helse sin rapport fra 2019 om utviklingstrender i e-helse og i dagens elektroniske pasientjournaler (EPJ) (Direktoratet for e-helse, 2019b). Siden det er allerede fokus på risikostratifisering som et viktig IKT-verktøy, kan det være at dette vil løftes opp gjennom EPJ-løftet. EPJ-løftet er en samling av delprosjekter som omhandler heving av kvaliteten i dagens elektroniske pasientjournaler (Direktoratet for E-helse, 2019). Samlet sett er det med andre ord en positiv utvikling innenfor dette området. Det kan forventes at et EPJ som har gode muligheter for risikostratifisering vil utgjøre en stor forskjell for hvordan slike prosjekter som medisinsk avstandsoppfølging gjennomføres. Dette ettersom det da vil være lettere å vurdere kandidatene på et nasjonalt nivå med tanke på nytteverdi av oppfølging, samt sette opp klarere inklusjonskriterier for klinikere som rekrutterer og bruker oppfølgingen. Det vil også potensielt kunne være muligheter for beslutningsstøtte innad i EPJ for dette, da i form av at systemet kan foreslå for klinikerens å iverksette medisinsk avstandsoppfølging basert på pasientens risikoprofil.

6.3 Medisinsk kunnskap

Under denne kategorien ble det funnet to meningsbærende enheter: *inklusionskriterier* og *dokumentert effekt*.

Under *inklusionskriterier* kommer det frem at samtlige av fastlegene etterlyste klare retningslinjer og inklusionskriterier å forholde seg til. De var også redde for overforbruk dersom kriteriene var for åpne. Åpne og brede inklusionskriterier kan tenkes å bidra til forvirring blant fastlegene som ofte opererer med mer konkrete kriterier for behandling og henvisninger. En mulighet er at det kan føre til at fastlegene velger å ikke henvide til et slikt tilbud. En annen potensiell konsekvens er at fastlegene, i mangel på andre tilbud, henviser svært mange pasienter til et slikt tilbud - noe som vil være forenlig med deres bekymring for et eventuelt overforbruk. Et slikt overforbruk beskrives dog ikke konkret i litteraturgrunnlaget for oppgaven.

Under *dokumentert effekt* vises det til at fastlegene stilte seg skeptiske til manglende evidens for effekt av behandling for gitte pasientgrupper. Dette til tross med at de ble presentert for det kunnskapsgrunnlaget som er fremlagt tidligere i oppgaven. De etterlyste et evidensgrunnlag som viste klare positive effekter på relevante pasientgrupper. Videre stilte de seg kritiske til den opplevde tryggheten hos pasientene, noe som har vært et sentralt fremhevet funn i litteraturen. Det ble uttrykket en bekymring for at denne tryggheten i mange situasjoner kunne være en falsk trygghet. I verste fall, fryktet de at økte målinger kunne utløse en helseangst hos pasientene. I flere av studiene som utgjør oppgavens litteraturgrunnlag, er det forsøkt å måle endringer i pasientenes helserelaterte livskvalitet med forskjellige skjema. En av de konkrete variablene i disse skjemaene er måling av engstelighet. Da studiene ikke viste noen signifikant forskjell mellom pasientenes engstelighet i tradisjonell behandling kontra medisinsk avstandsoppfølging (Gregersen et al., 2016; Lilholt et al., 2017), er det vanskelig å argumentere for en slik fremprovosert helseangst med basis i litteraturen. Heller ikke i sluttrapporten for de norske prosjektene ble det funnet noen signifikant endring i angst dimensjonen fra EQ-5D skjemaet til tross for funnene av økt trygghet (Helsedirektoratet, 2018a).

Selv om fastlegenes skepsis er forståelig fra et behandlingsperspektiv, kan det paradoksalt nok argumenteres for at deres skepsis også kan jobbe mot dem. Deres deltagelse vil være nødvendig for å prøve ut medisinsk avstandsoppfølging og dermed samle mer data for å videre bidra til et bedre empirisk grunnlag for fremtidig vurdering. Det er også relevant, for de som ønsker å implementere medisinsk avstandsoppfølging i sin kommune, å vite at de blir nødt til å forberede seg på en empirisk diskurs med sine fastleger. Her vil det være nyttig å stille opp med en god oversikt over mest mulig objektiv empiri (f.eks. reduksjon i HbA1c hos diabetikere) i tillegg til den subjektive empirien (i.e. økt trygghet) som allerede finnes.

6.4 Logistisk informasjon

Under denne kategorien ble det funnet fire meningsbærende enheter: *struktur, gevinst, brukervennlighet* samt *teknisk utstyr og tjenester*.

En *struktur* er viktig i alle behandlingsforløp. Fastlegene savnet i intervjuene en klar oversikt over deres rolle og oppgaver. Dette kan skyldes flere årsaker, da kanskje først og fremst dårlig kommunikasjon fra både kommunalt og sentralt hold om hva medisinsk avstandsoppfølging innebærer for fastlegen. En manglende klar struktur kan fremstå som useriøst eller rotete. I slike tilfeller kan det tenkes at de heller velger det som er kjent og kjært.

Gevinst for fastlege og pasient i form av tid og ressurser ble tatt opp. Da fastlegene tross alt er selvstendig næringsdrivende i tillegg til å være behandlere, kan det i fremtidig implementering være viktig å appellere til det forretningsmessige aspektet av medisinsk avstandsoppfølging. Fokus på pasientrettede gevinster vil også være gunstig. Da spesielt med tanke på de pasientene i distriktet, hvor lang reisetid kan være et problem.

Brukervennlighet fra fastlegens perspektiv var poengtert som viktig, da med tanke på det tekniske og i selve henvisningsprosessen. Fra tidligere er fastlegene vant med å henvise gjennom tjenestebasert adressering via NHN (Norsk helsenett). Dette kunne potensielt også vært tatt i bruk for medisinsk avstandsoppfølging for å bedre integrere tilbudet opp mot etablerte prosedyrer. Når det kommer til det tekniske, ville det kunne være fordelaktig for kommunene å stille med intensiv teknisk support under den første perioden med fastlegens bruk av medisinsk avstandsoppfølging. Dette vil kunne føre til økt trygghet hos fastlegen og dermed lavere terskel for å ta i bruk tilbudet. (Brewster et al., 2013) skriver at dårlige erfaringer tidlig i implementeringsprosessen kan føre til at helsepersonell får en lavere aksept for videre bruk.

Teknisk utstyr og tjenester handler om fastlegenes ønsker og påpekninger rundt tilleggsløsninger. Tolk ved responscenteret blir etterspurt for å ivareta de språksvake pasientene, noe som burde være mulig å legge til rette for i etterkant av implementering. Det vil uansett være viktig med en bevisstgjørelse av de språksvake med kronisk sykdom i fremtidige prosjekter og implementeringer. Angående utlevering av teknisk utstyr fra kommunen, ble dette problematisert av et av legesentrene grunnet lang leveringstid. Her ble det i stedet løftet frem et ønske om å bruke pasientenes eget utstyr så langt det lar seg gjøre. BYOD (Bring Your Own Device) har lenge vært aktuelt og selv om kommunen har egne hensyn å ta rundt dette, vil for eksempel pasientens egen smarttelefon være en enkel og billig kanal for å levere deler av en medisinsk avstandsoppfølging. Det tillater også en rask oppstart. Bruk av dette vil også enkelt kunne integrere det siste punktet som nevnes, nemlig videokonsultasjoner. Dessverre er ikke BYOD uten sine egne problemer, noe prosjektet GodHelseHjemme fikk erfare da de blant annet opplevde store problemer med to-faktor autentisering (sikkerhetsnivå 4) (Helsedirektoratet, 2018a).

6.5 Sosial innflytelse

Under denne kategorien ble det funnet fem meningsbærende enheter: *det menneskelige, feilmålinger og negative effekter hos pasienten, rollefordeling og kompetanse, merarbeid og økonomi*. Alle disse meningsbærende enhetene representerer forskjellige bekymringer og holdninger som ble delt på tvers innad i fokusgruppene og i mange tilfeller mellom fokusgruppene.

Det menneskelige ble frontet som en bekymring. Da bekymringen for at skjermen skulle erstatte den metaforiske «varme hånden» og at dette ville føre med seg negative effekter for pasienten. Det ble argumentert av legene at der hjemmesykepleien er inne i bildet, ville pasientene også få regelmessig sosialt stimuli i form av hjemmesykepleiens besøk. At dette i noen grad skulle forsvinne, eller spares inn, ble sett på som bekymringsverdig av fastlegene. Denne frykten for en reduksjon i direkte kontakt med pasientene gjenfinnes som et kjent problem i litteraturen (Brewster et al., 2013; Rasmussen et al., 2015). Et viktig punkt med medisinsk avstandsoppfølging er at det sikter på å hindre at pasienter skal utvikle behovet for helsetjenester som for eksempel hjemmesykepleien. Altså er det ikke slik at medisinsk avstandsoppfølging sikter på å direkte erstatte hjemmesykepleien eller være i konkurranse med denne, men heller å gi pasienten en økt egenmestring. Likevel vil det nok for noen pasienter bli en flytende overgang til hjemmesykepleien eller andre tjenester ettersom deres kroniske sykdom forverres. Da vil en integrering mellom tjenestene, både praktisk og teknologisk, være av interesse. Ved en videre implementering av medisinsk avstandsoppfølging, vil det være viktig å trygge fastlegene på denne bekymringen.

Feilmålinger og negative effekter hos pasienten ble påpekt som en bekymring av fastlegene. Da spesifikt med tanke på feilmålinger som et resultat av tekniske feil eller manglende kompetanse hos den som måler. Også denne bekymringen gjenfinnes i litteraturen (Brewster et al., 2013). Videre ble det uttrykket en bekymring for at noen pasienter kunne bli så opptatt av målingene at de utviklet en «helseangst», noe som er diskutert tidligere. Angående feilmålinger, vil det være viktig for pasientene med god opplæring under oppstart og videre kontroller i løpet av oppfølgingen for å motvirke slike feilmålinger.

Rundt *rollefordeling og kompetanse* kommer det frem flere bekymringer. Disse dreier seg til dels om en bekymring for silotankegang hos responscenteret, da med tanke på at responscenteret vil kunne få problemer med å håndtere multimorbide pasienter der målinger og klinikk passer dårlig inn i de mer typiske sykdomsbildene pasienter med kun en av de kroniske sykdommene vanligvis presenterer. For å ivareta dette, vil det for helsepersonell ved responscenteret selvsagt være nødvendig å opprettholde en helhetlig tilnærming. Videre var også fastlegene bekymret for pasientenes egen kompetanse til å følge opp seg selv og gjøre korrekte målinger spesielt med tanke på det tekniske. Som diskutert over vil god opplæring være viktig, samt god selektering av kandidater i forhold til deres kognitive forutsetninger. Til slutt spør også en fastlege om denne oppfølgingen kan erstatte fastlegene. Denne bekymringen tolkes til å handle om fastlegens egen rolle og trusselen mot fastlegens etablerte identitet, noe som nevnes av (Brewster et al., 2013). Denne opplevde trusselen bør også adresseres ved implementering.

Merarbeid var et omdiskutert tema og samtlige av legesentrene var bekymret for at medisinsk avstandsoppfølging var synonymt med økt arbeidsmengde. Videre var også det ene legesenteret, som allerede drev med flere telemedisinske løsninger på egen hånd, også bekymret for at medisinsk avstandsoppfølging i kommunal regi ville føre til en økt arbeidsmengde. I en presset arbeidssituasjon, som nevnt tidligere i oppgaven, vil sannsynligvis det å kunne vise til at medisinsk avstandsoppfølging er avlastende for den enkelte fastlege være essensielt i en fremtidig implementeringssituasjon. Foreløpig peker dessverre det nåværende datagrunnlaget i den motsatte retning. I sluttrapporten for de norske prosjektene har man hittil ikke sett noen signifikant endring i antall fastlegebesøk ved bruk av avstandsoppfølging (Helsedirektoratet, 2018a). Dette betyr at den medisinske avstandsoppfølgingen i tillegg til vanlig praksis og kan derfor bety en økt arbeidsbelastning totalt sett for fastlegene. Det kan settes spørsmål ved om dette ville vært annerledes dersom fastlegene deltok mer aktivt under prosjektene.

Økonomi ble fremhevet under intervjuene. Da bekymringer knyttet til legesenterets økonomiske konsekvenser av å ta i bruk medisinsk avstandsoppfølging. Dette både knyttet til eventuelle investeringer i utstyr og til påvirkning på inntjening. Videre avklaring av investeringskostnader for det enkelte fastlegekontor, samt en avklaring av takstene som kan brukes opp mot denne type oppfølging, vil være av betydning. Her har myndighetene en mulighet til å stimulere adaptasjonen av medisinsk avstandsoppfølging ved hjelp av takstene. Bekymringene omfattet også manglende tiltro til at slik oppfølging var samfunnsøkonomisk bærekraftig da fastlegene mente at det totale antallet kontakter og målinger økte, uten å se noen tilsvarende reduksjon på andre parametere. Dette utfra sluttrapporten for de norske prosjektene (Helsedirektoratet, 2018a).

6.6 Styrker og svakheter ved studien

Det er et par styrker ved studien som bør poengteres. Det at forfatteren selv jobbet som fastlege da studiet ble skrevet, kan ha medført til en mer nyansert vinkling enn om forfatteren ikke var en del av samme yrkesgruppe. Videre har også dette medført til innpass ved flere legesentre, noe som har gitt et utvalg med stor variasjon.

Studien har dessverre også flere svakheter. Metodisk mangler det et grundig og tidlig strukturert litteratursøk som oppgaven burde vært bygget på. I stedet har det vært tyngre bruk av nyere offentlige rapporter fra blant annet Helsedirektoratet. Selv om informasjonen fra disse er gyldig og aktuell, er de allikevel sekundær og tertiærkilder som best bør unngås ved vitenskapelig arbeid. For å utbedre denne svakheten, har kildene til rapportene vært gjennomgått og brukt inn mot oppgaven. Forfatterens bakgrunn som fastlege kan også innvirke negativt på oppgaven, da i form av at førkunnskap og førforståelse som kan ha virket forstyrrende på datainnsamlingen og analysen. Videre har intervjuguiden ikke vært testet ut tilstrekkelig i forkant av gjennomføring. Selv om dette også til dels er begrenset av oppgavens tidsramme, ville det optimalt sett vært bedre om intervjuguiden hadde vært testet og forbedret over flere iterasjoner i forkant av intervjuene. Kodingen av intervjuene kunne også vært bedre optimalisert, da dette slik det står nå er gjort etter først induktiv koding og deretter kodet etter Gormans kategorier. Ideelt kunne kodene vært delt inn grundigere etter klarere meningsenheter før man gikk videre med den endelige kodingen etter det teoretiske rammeverket.

7.0 Konklusjon

I denne studien var det ønskelig å bidra med kunnskap om hvordan IKT best mulig kan understøtte fastlegenes tiltenkte rolle som koordinator i medisinsk avstandsoppfølging. Mitt forskningsspørsmål har i denne anledning vært

«Hvilke informasjonsbehov har fastleger i forbindelse med medisinsk avstandsoppfølging?»

Fastlegenes informasjonsbehov rundt pasientdata handlet om å vite mer om pasientens mobilitet, evne til etterlevelse og eksisterende tilbud. Vedrørende populasjonsstatistikk, ønsket de å få bedre oversikt over sine risikopasienter. Om medisinsk kunnskap ble det etterlyst klarere inklusjonskriterier og en bedre dokumentert effekt av avstandsoppfølgingen. De logistiske informasjonsbehovene dreide seg rundt behovet for en klar og oversiktlig struktur der fastlegene forsto sin egen rolle i oppfølgingen. I tillegg ble også behovet for informasjon rundt logistisk gevinst for pasient og fastlege vektlagt, samtidig som informasjon rundt løsningenes brukervennlighet var viktig. Til slutt kom det under punktet sosial innflytelse frem flere bekymringer som fastlegene presenterte, da hovedsakelig knyttet til negative effekter av medisinsk avstandsoppfølging samt økonomiske bekymringer og frykten for merarbeid.

Når det kommer til hvordan IKT kan understøtte de ovennevnte behovene, vil dette først og fremst være gjennom fastlegenes elektroniske pasientjournaler. I nærliggende fremtid vil dette for eksempel kunne være gjennom en risikostratifisering av sin listepopulasjon. Videre forskning vil være nødvendig for å utforske hvordan hvert enkelt av ovennevnte informasjonsbehovene i større detalj kan understøttes gjennom bruk av IKT.

8.0 Litteraturliste

- Brewster, L., Mountain, G., Wessels, B., Kelly, C., & Hawley, M. (2013). Factors affecting frontline staff acceptance of telehealth technologies: a mixed-method systematic review. <https://doi.org/10.1111/jan.12196>
- Cruz, J., Brooks, D., & Marques, A. (2014). Home telemonitoring effectiveness in COPD: A systematic review. *International Journal of Clinical Practice*, 68(3), 369–378. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12345>
- Cruz, Joana, Brooks, D., & Marques, A. (2014a). Home telemonitoring in COPD: A systematic review of methodologies and patients' adherence. *International Journal of Medical Informatics*, 83(4), 249–263. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.01.008>
- Cruz, Joana, Brooks, D., & Marques, A. (2014b). Home telemonitoring in COPD: A systematic review of methodologies and patients' adherence. *International Journal of Medical Informatics*, 83(4).
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*.
- Den Norske Legeforening. (2018). FASTLEGEORDNINGEN I KRISE – HVA SIER TALLENE, (83).
- Direktoratet for e-helse. (2019a). Fastleger i Kristiansand. Retrieved April 18, 2019, from <https://minhelse.helsenorge.no/bytte-fastlege?fylke=10&kommuner=1001>
- Direktoratet for e-helse. (2019b). *Utviklingstrekk 2019 -Beskrivelser av drivere og trender relevant for e-helse*.
- Direktoratet for E-helse. (2019). EPJ-løftet. Retrieved April 16, 2019, from <https://ehelse.no/epj-loftet>
- Gorman, P. N. (1995). Information needs of physicians. *Journal of the American Society for Information Science*, 46(10), 729–736. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4571\(199512\)46:10<729::AID-ASIS3>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4571(199512)46:10<729::AID-ASIS3>3.0.CO;2-2)
- Gorst, S. L., Armitage, C. J., Brownsell, S., & Hawley, M. S. (2014). Home Telehealth Uptake and Continued Use Among Heart Failure and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: a Systematic Review. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(3), 323–336. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9607-x>
- Gregersen, T. ., Green, A., Frausing, E., Ringbæk, T., Brøndum, E., & Ulrik, C. S. (2016). Do telemedical interventions improve quality of life in patients with COPD? A systematic review. *International Journal of COPD*, 11(1), 809–822. <https://doi.org/10.2147/COPD.S96079>
- Grustam, A. S., Severens, J. L., Nijnatten, J. Van, Koymans, R., Vrijhoef, H., & Panaxea, B. V. (2014). Cost-Effectiveness of Telehealth Interventions for Chronic Heart Failure Patients: A Literature Review, (February). <https://doi.org/10.1017/S0266462313000779>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Meld. St. 29 (2012–2013), 29. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). Oppdragsbrev - Tilleggsoppdrag 3 - Evaluering av fastlegeordningen, 6.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. *St.Meld. Nr. 47 (2008–2009)*, 47(47), 150. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2015). Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, 16. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018a). Effekter av avstandsoppfølging. Retrieved from https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/2018_Sluttrapport_-_1.0_-_Effekter_av_avstandsoppfoelging.pdf
- Helsedirektoratet. (2018b). Fastlegers tidsbruk Rapport til Helsedirektoratet. Retrieved from https://helsedirektoratet.no/Documents/180222_Rapport_Fastlegers_tidsbruk.pdf

- Helsedirektoratet. (2019). Oppsummering underveis om utprøving av medisinsk avstandspøfølging i primærhelsetjenesten.
- J., H., T., C., J., B., M., K., A., R., C., S., ... Newman, S. (2012). An organisational analysis of the implementation of telecare and telehealth: the whole systems demonstrator. *BMC Health Services Research*, 12, 403. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med7&NEWS=N&AN=23153014%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed14&NEWS=N&AN=366406395>
- Lilholt, P. H., Udsen, F. W., Ehlers, L., & Hejlesen, O. K. (2017). Telehealthcare for patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease: Effects on health-related quality of life: Results from the Danish '€ TeleCare North' cluster-randomised trial. *BMJ Open*, 7(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014587>
- Mittman, B. S., Tonesk, X., & Jacobson, P. D. (1992). Implementing Clinical Practice Guidelines: Social Influence Strategies and Practitioner Behavior Change.
- Moser, I., & Thygesen, H. (2014). Prosjekteriets dilemma: Mellom avgrenset prosjekt og muligheter for læring i teleomsorg og velferdsinnovasjon. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, (21), 57–75. <https://doi.org/10.7146/TFSS.v0i21.19821>
- Nicolucci, A., Muscas, F., Chiriatti, A., Gensini, G., & Cercone, S. (2015). A Randomized Trial on Home Telemonitoring for the Management of Metabolic and Cardiovascular Risk in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 17(8), 563–570. <https://doi.org/10.1089/dia.2014.0355>
- NOU. (2011). *Innovasjon i omsorg*.
- Pedone, C., & Lelli, D. (2015). Systematic review of telemonitoring in copd: An update. *Pneumologia i Alergologia Polska*, 83(6), 476–484. <https://doi.org/10.5603/PiAP.2015.0077>
- Rasmussen, O. W., Lauszus, F. F., & Loekke, M. (2015). Telemedicine compared with standard care in type 2 diabetes mellitus: A randomized trial in an outpatient clinic, (October). <https://doi.org/10.1177/1357633X15608984>
- Sæther, A. S., & Nærø, A. F. (2017). Kampen om fastlegene.
- SSB. (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*.
- SSB. (2018). Kortere pasientlister , lengre arbeidsdager ?, 1–13.
- Su, D., Zhou, J., Kelley, M. S., Michaud, T. L., Siahpush, M., Kim, J., ... Pagán, J. A. (2016). Does telemedicine improve treatment outcomes for diabetes? A meta-analysis of results from 55 randomized controlled trials. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 116(402), 136–148. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.04.019>
- Wennberg, J. E., Barnes, B. A., & Zubkoff, M. (1982). Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Social Science and Medicine*, 16(7), 811–824. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90234-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90234-9)
- Widmer, R. J., Collins, N. M., Collins, C. S., West, C. P., Lerman, L. O., & Lerman, A. (2015). Digital health interventions for the prevention of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 469–480. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.12.026>
- Wildevuur, S. E., & Simonse, L. W. L. (2015). Information and communication technology-enabled person-centered care for the “big five” chronic conditions: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3). <https://doi.org/10.2196/jmir.3687>

Vedlegg I - intervjuguide

Intervjuguide

Kort intro for å forklare litt om prosjektet. Fortelle litt om hva medisinsk avstandsoppfølging er og hvordan det fungerer.

<http://www.telma.no/om-prosjektet/informasjon-for-helsepersonell/>

Fortelle om databehandling. Innhente samtykke.

Gitt følgende målgruppe (hentet fra nasjonale inklusjonskriterier mtp prosjektet):

Pasienter med kroniske sykdommer, med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelser på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. I tillegg skal de kunne ta i bruk og ha nytte av telemedisinsk oppfølging.

Følgende diagnosegrupper kan være aktuelle:

- Diabetes
- KOLS
- Hjerte-karsykdommer
- Psykiske lidelser
- Kreft.

Når det kommer til å rekruttere pasienter til en slik oppfølging, hva trenger du å vite ?

- Om den enkelte pasient
- Om egen pasientliste
- Om medisinsk avstandsoppfølging
- Om henvisningsprosess
- Andre ting ?

Hvordan tenker du/dere at informasjonsteknologi kan hjelpe dere å innhente denne informasjonen ?

- Hjelp til å trekke ut informasjon fra pasientlisten ?
- Hjelp til å trekke ut informasjon fra EPJ ?
- Oversiktlig informasjon om hvordan henviser og hva medisinsk avstandsoppfølging er ?

Informasjon for helsepersonell

Medisinsk avstandsoppfølging innebærer at helsepersonell følger opp pasienter som sender inn egenregistrerings skjema og målinger via et nettbrett til telemedisinsk sentral. Det gjennomføres videosamtaler mellom helsepersonell og pasienten etter behov, hvor pasienten får blant annet veiledning og rådgivning om sin helsetilstand.

Målinger som sendes inn vil utløse ulike fargekodete alarmer som hjelper telemedisinsk sentral til å prioritere henvendelser og tiltak. Alarmene utløses i forhold til definerte alarmgrenser. Ved hjelp av videokommunikasjon kan pasient og sykepleier samarbeide om tiltak som skal gjennomføres.

Hensikten er å avdekke forverring av sykdom så tidlig som mulig for å hindre ytterligere forverring av sykdom og funksjon, skape trygghet og mestring i å håndtere egen sykdom. Oppfølgingen er også ment å kunne være en erstatning for andre tjenester for en del brukere.

Oppfølgingen vil driftes av kommunehelsetjenesten

Tilbudet er for kronisk syke med moderat til høy sjanse for forverring, reinnleggelse mm. Da spesielt de med KOLS, DM 2, hjertesvikt, psykiske lidelser mm. Pasientene blir tildelt et nettbrett og relevant måleutstyr (SpO2, blodtrykksmåler, vekt, blodsuktermåler mm.).

Oppfølging av pasienter

I oppfølgingen vil pasientene bli bedt om å svare på spørsmål som gjelder deres sykdom og sende inn målinger via oksygen måler, blodsukker måler, temperatur eller vekt. Ved å svare bekreftende eller benektende på spørsmålene vil det ved innsending utløse alarm ved telemedisinsk sentral som vil gi føringer vedrørende oppfølgingen. Det blir lagt inn grenseverdier på forhånd. Disse er definert av medisinsk ansvarlig lege ved sykehus eller fastlege.

Pasientforløpet

Prosjektet har som mål å utforske og prøve ut nye tjenestedesign, inkludert prosedyrer for rekruttering av pasienter til telemedisinsk oppfølging fra både sykehus, fastlege og kommunehelsetjeneste. Prosjektet startet med oppfølging av pasienter høsten 2017. Sykepleier på telemedisinsk sentral har rutiner og verktøy for behandling og oppfølging av de ulike sykdommene. Pasientene som får tilbud om telemedisinsk oppfølging, følges opp for forebygging og mestring av sykdommen eller ved forverringer av sykdom.

Samarbeid med fastlege

Det er fastlegen som har det medisinske ansvaret for pasienter som bor hjemme. Sykepleierne ved sentralene vil følge retningslinjene som er satt for oppfølging av de aktuelle sykdomsgruppene og ta kontakt med fastlege dersom behov og dersom ikke pasientene selv

Vil du delta i forskningsprosjektet «Fastlegers informasjonsbehov ved den telemedisinske rekrutteringsprosessen»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få bedre innsikt i hvilket informasjonsbehov fastleger den telemedisinske rekrutteringsprosessen og hvordan IKT kan understøtte denne. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette mastergradsprosjektet har som formål å utforske informasjonsbehovet til fastleger ved henvisning og rekruttering av pasienter til telemedisinsk oppfølging. Problemstillingen i prosjektet er som følger: «Hvilke informasjonsbehov har fastleger ved den telemedisinske rekrutteringsprosessen og hvordan kan IKT understøtte dette?» Opplysningene som samles inn her, skal ikke brukes til andre formål.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget er trukket fra fastlegekontorer i Agderregionen. Først gjennom forespørsel gjennom en generell email, deretter gjennom svar på direkte forespørsel. Målet har vært å få 3 fastlegekontor til å delta i prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden som blir benyttet er et semistrukturert gruppeintervju av 3 fastlegekontorer i Agder. Intervjuet registreres med elektronisk lydopptaker. Varigheten på intervjuet er på ca. 30 minutter.

Det er frivillig å delta Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. 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.

- Sondre Sverd Rekdal og veileder Margunn Aanestad vil ha tilgang til opplysningene om hvilke fastlegekontor som har blitt valgt ut og lydopptakene derfra.
- Datamaterialet blir lagret på en harddisk og slettet etter prosjektet er ferdigstilt. Harddisken vil være beskyttet med passord.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2019. Etter dette vil opplysningene slettes.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller 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 Universitetet i Agder 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:

- Universitetet i Agder ved Sondre Sverd Rekdal på mail sondrerekdal@gmail.com eller veileder Margunn Aanestad på mail margunn@ifi.uio.no
- Vårt personvernombud: personvernombud@uia.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Margunn Aanestad

Student
Sondre Sverd Rekdal

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «fastlegers informasjonsbehov ved den telemedisinske rekrutteringsprosessen», 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, ca. mai 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg III – transkriberte intervjuer

Intervju ved legesenter 15.01.19

Deltagere: 3 spesialister i allmennmedisin, 3 leger i spesialisering i allmennmedisin.
Totalt 6 fastleger.

Til å begynne med informeres det kort om hva medisinsk avstandsoppfølging er og hva mastergradsprosjektet går ut på.

Intervjuer: Når det kommer til å bruke medisinsk avstandsoppfølging, hva trenger man som fastlege å vite for å ta i bruk dette? Så lar jeg dette stå litt åpent først, det er et stort spørsmål. Tanken her er at vi får en diskusjon og der er gøy å høre hva folk har av tanker og meninger og spørsmål, så lar vi det flyte litt.

Lege 1: Kan jeg svare på spørsmålet?

Intervjuer: Ja.

Lege 1: Det første jeg har behov for å vite er om det har noe for seg. Det tenker jeg må være relevant og det er jo kanskje det man ikke vet enda.

Intervjuer: Evidens, tenker du på?

Lege 1: Ja, for at medisinsk avstandsoppfølging har noe for seg. Jeg er grunnleggende skeptisk til «big data» og masse digitalisering av helse som ikke kan digitaliseres, tenker jeg da. Fordi det er for analogt. Så jeg lurer på, har det noe for seg? Å gå rundt med en døgkontinuerlig blodtrykkmåling, SpO2.. Vet dere at det gir pasienten livskvalitet og livsglede?

Intervjuer: Tenker du da på effekt?

Lege 1: Ja. Jeg er jo litt kritisk da. Spørsmålet er jo for å utforske informasjonsbehovet til fastleger. Jeg er mer interessert i det man skal forske på, om det har noe for seg. Ikke informasjonsbehovet for hvordan vi skal gjøre det teknisk, for det er på en måte neste steg. Vi sa jo nei til TELMA her i byen fordi vi var usikre på om dette har noe for seg. Også ble det jo allikevel det da.

I lys av det, har dere noe sånn: «Ja, dette er kjempebra» - ikke at sykepleierne som har jobben, eller de som har prosjektet synes det er bra, fordi de brenner jo for det, men at faktisk pasientene synes dette har noe for seg?

Lege 2: Da tenker du medisinsk? For det viser jo ofte at pasienten føler seg trygge, men du tenker helsegevinst?

Lege 1: Ja, og den tryggheten hva er egentlig det? For mine angstpasienter føler seg ofte trygge med en Sobril i lomma, men det betyr ikke at det er bra. Og det er litt det jeg tenker, at man skaper en illusjon av trygghet og forutsigbarhet som jeg er usikker på om har noe for seg. Vet vi noe om det nå?

Intervjuer: Per nå så vet vi pasienter føler seg tryggere med den type oppfølging, også er det mye anekdotiske bevis at pasienter får mer mestring rundt sin egen sykdom. Det tar vekk litt av redselen for sykdommen og de får hjelp til å gradvis mestre sykdommen. At de kan kontrollere dette blodtrykket eller dette blodsukkeret for å se at alt er greit og på den måten mestre sykdommen. Det er mye det det går i. Men det mangler denne konkrete evidensen for å se at dette har en effekt.

Lege 1: Er det det som er målet å finne ut av? Her handler det om fastlegers informasjonsbehov. Handler dette om vår rolle i et sånt prosjekt? Det handler jo egentlig om pasientens outcome i et sånt prosjekt.

Intervjuer: Mitt prosjekt går på hva man trenger å vite som fastlege for å ta i bruk dette. Det er det jeg forsker på. Men fra nasjonalt hold ønsker de selvfølgelig å se på effekt og det er store prosjekter som går nå for å prøve å finne ut av dette her. Universitetet i Oslo er bl.a. involvert og det er stor ståhei.

Lege 3: Så det er ikke data på redusert morbiditet og mortalitet ved bruk av dette, men det er data på subjektive opplevelse av trygghet, omsorg og mestring. Er det riktig?

Intervjuer: Det er riktig.

Lege 3: Så da skal vi ta dette i bruk uten å vite om det har noen konsekvens for folkehelsen. Innenfor de premissene vi skal diskutere, så kan vi si at det er et forskningsprosjekt å finne ut av om det gir noe redusert sykelighet eller dødelighet. Og hva trenger vi da å vite.

Lege 1: I og med at det er din oppgave, hadde det nok vært mye bedre for deg å kunne si at «og dette har noe for seg.». For skal du ha med deg 100 fastleger, som i utgangspunktet sier «nei» som default fordi vi sier nei til alt, så hadde det vært så fint å bare vite «for dette har vist sånn og sånn». Og da tenker jeg litt mer enn en subjektiv opplevelse av trygghet. Harde endepunkter er en ting, men livet er jo mye mer enn harde endepunkter. Så det er jeg enig i.

Lege 2: Det hadde jo vært veldig fint å vite at dette har noe for seg i forhold til hvor mye tid vi bruker på dette her. For tiden er jo knapp, sånn at man prioriterer ganske hardt hva man bruker tiden på og ikke. Hvis det for eksempel fører til færre sykehusinnleggelses, så kan det jo absolutt ha noe for seg. Selv om de kanskje ikke i sum blir friskere. Så det er jo mange måter å måle dette her på.

Intervjuer: Litt for å dirigere dette inn på litt mindre kategorier. Hva slags behov for informasjon tenker dere at dere har i forhold til den enkelte pasient? Hvis man nå går ut ifra at man skulle tatt dette i bruk.

Lege 4: Det måtte jo være hva som måles, hvordan blir det fulgt opp...

Lege 2: og hvor ofte.

Lege 4: og hvem har ansvar for hva.

Intervjuer: Altså litt mer konkret detaljene rundt hva som følges opp, hvordan og når?

Lege 2: Og hva som forventes at vi skal gjøre, må vi vite ganske klart.

Lege 1: For dette dreier seg om rekrutteringsprosessen?

Intervjuer: Ja, hovedsakelig det å få pasienten inn og i gang med medisinsk avstandsoppfølging.

Lege 3: Som vi ikke vet om har noe effekt... Men vi er jo inne i klassisk silotenkning her, sant? For det kommer helt an på hvordan dette er lagt opp. Hvis det er sånn at du har en enhet som tar seg av KOLS og en enhet som tar seg av seg psykiatri og en enhet som tar seg av diabetes og en for hjertesvikt.. Hva hvis du har en KOLS med hjertesvikt, diabetes og angst? Hvordan håndterer du det da? Og hvordan forholder man seg til de forskjellige parameterne? Er en metningsreduksjon et uttrykk for en forverring som skal ha en intervensjon eller er en opplevd følelse av mer angst noe som skal ha mer intervensjon, eller er det et resultat av at de begynner å bli hypoksiske eller får en større svikt? Og hvordan skal du koordinere disse forskjellige telemetriske målingene og oppfølgningene ved multimorbiditet, som er det som er det vanlige? Det tenker jeg kan bli vanskelig.

Intervjuer: I TELMA har de foreslått å ha en innkjøringsperiode på 2 uker hvor man ser på hva som er normalen og jobber litt ut fra det. Men det er godt poeng.

Lege 1: Innkjøringsperiode for pasienten?

Intervjuer: Ja, for pasienten. Sånn at de måler over 2 uker.

Lege 1: De parameterne som er relevante?

Intervjuer: Ja.

Lege 1: Du sa kroniske, altså langvarig, eldre mennesker sikkert da. Og det er opplagt at silotenkning skal være til hinder for at det skal fungere enda bedre. Kommer dere til å integrere alt i en enhet?

Intervjuer: Det vil jo være et telemedisinsk senter som styrer dette.

Lege 1: Som håndterer dette?

Intervjuer: Ja.

Lege 3: Det må være det første. Vi må vite at det er en enhet som tar alle de forskjellige parameterne innenfor alle de forskjellige kategoriene.

Lege 1: Da vil jo veldig sjeldent sykepleierkompetanse være tilstrekkelig til å kunne håndtere det. Altså, du skal ha spesialsykepleiere innenfor felt: KOLS, hjerte, diabetes.

Lege 2: Og spesialtelemedisinsk sykepleier.

Lege 1: Jeg bare tenker at den som det blir ringt inn til må jo også kunne håndtere det. For hvis jeg nå må forholde meg til at «nå er SpO2 under 92 igjen», «ja, det er den jo.» - «For det er den jo hos deg.» Jeg kjenner jo mine pasienter som har blodsukker som er sånn «crazy». «Oi, hva gjør vi med det?». Blir det kanskje flere innleggelse av dette?

Lege 2: Man må vite hva man skal gjøre med disse målingene.

Lege 1: Det er litt det vi lurte på.

Intervjuer: Da er jo tanken at det skal være en plan. For eksempel, hvis han nå begynner å harke opp grønt slim og SpO2 faller og pulsen er over 100, da er det i følge planen sånn at han skal komme inn til en legetime. Det er lagt opp en plan.

Lege 1: En algoritme rett og slett, som er bedre enn de fleste av oss. Det er de jo ofte.

Intervjuer: Og den algoritmen skal jo fastlegen ha godkjent og sagt at dette er fornuftig.

Lege 1: For den enkelte pasienten?

Intervjuer: For den enkelte pasienten.

Lege 1: Igjen, jeg går tilbake til oppgaven. I rekrutteringsprosessen, det handler om at hver enkelt pasient som rekrutteres, der skal vi altså lage en konkret plan for den enkelte etter en teoretisk innkjøringsperiode hvor man ser at dette er utgangspunktet. Det er jo litt sånn *lager en plystrelyd, som for å insinuere at opplegget er tullete*.

Intervjuer: Da er det jo sånn at TELMA, i hvert fall her, vil prøve å komme med et forslag som man ser over.

Lege 2: For det vil i så fall jeg gjerne ha, så jeg slipper å sitte å lage disse planene selv.

Intervjuer: Helt enig med deg.

Lege 2: For ellers ser jeg jo for meg at det ikke helt kommer til å skje. (å lage en plan fra bunnen av). For å være helt ærlig.

Latter rundt bordet

Lege 3: Det innebærer jo at man må ha et møte om hver pasient fordi at vi kjenner pasientene og vi vet hvilke parametere som vanligvis er det som slår ut.

Lege 2: Det er jo kanskje ikke egentlig så dumt.

Lege 3: Og hva du skal faktisk overse, f. eks. metning under 92 for det tolererer hun (den teoretiske pasienten) jo greit. Eller du vet at HbA1C alltid ligger over 8,5 fordi det er ikke noen compliance overhode. Så du må på en måte skreddersy i forhold til den enkelte da, i hvert fall hvis det er multimorbiditet. Og det krever at man da faktisk må ha et møte. Du har en sånn LMG (les: legemiddelgjennomgang) gjennomgang på vitalia, faktisk. Du må ha et møte med hver pasient og telemedisinsk sentral sammen for å få det pakket sammen.

Lege 1: Over nett da selvfølgelig, det må være på skype. (Sagt med sarkastisk tone og et smil)

Latter rundt bordet

Lege 2: Det er en grense for hvor mange pasienter vi har hver som dette, som vil ha dette her. Men det jeg er litt undrende til er, får disse eldre menneskene til å bruke dette her?

Intervjuer: Det trenger ikke å være eldre mennesker og et av inklusjonskriteriene er jo at de skal kunne ta i bruk og ha nytte av det.

Lege 2: Jeg vet om mange som ikke greier det. Som kunne hatt nytte av en sånn type oppfølging, men som ikke mestrer det.

Lege 1: Hva er innsalget? Da tenker jeg på pasienten da, se bort ifra legen som sier nei, så sier pasienten «Hva er innsalget?» - Hvorfor skal pasientene våre være med på dette her? Hva skal vi si? Har du noen tanker om det?

Intervjuer: Hovedsalgspunktet er jo at de skal ta kontroll over eget liv og mestre egen sykdom. Og vite hva som er greit og hva som ikke er greit.

Lege 1: Det er jo ikke å mestre egen sykdom, det å kunne måle sine egne parametere. Det er det som er utfordringen. Da snur man det jo helt på hodet, for det er jo ikke mestring. Å kontinuerlig måle seg selv, er jo ikke en mestringsstrategi. Heller det motsatte, vil mange hevde.

Intervjuer: Og de legger opp til at dette per nå, skal være midlertidig. At det ikke skal være et livslangt forløp. Det er heller ikke bare målinger, men også samtaler med telemedisinsk senter hvor

man, f. eks. ved diabetes, får kostholdsveiledning og hjelp til småjusteringer i forhold til blodsukker og den slags.

Lege 2: Har de sett noe på helsegevinstene ved å drive å måle hele tiden?

Intervjuer: De negative virkningene?

Lege 2: Ja.

Intervjuer: Det er vel også noe som må sees mer på.

Lege 2: For det er jo noen pasienter som helst ikke bør drive å måle hele tiden, hvor det er helt fint å la være.

Lege 1: Men eierforhold til sykdommen kan man vel kanskje påvirke. Det er ordlyden da. Å si at de får bedre mestring, tenker jeg er at det blir snudd på hodet. Men å si at de får eierforhold til det. For noen er jo fremmede for sin egen sykdom og lever i neglekt. Og det er klart at hvis man kunne koblet på dem. Jeg tror kanskje hjertesvikt, KOLS og diabetes er egnet. Jeg tror ikke hypertonicere (de med høyt blodtrykk) er så egnede. Det å gå rundt å måle trykket, for det går jo opp og ned. Det tenker jo det er litt sånn skummelt. Diabetikerne kan med fordel øve seg på å forholde seg til det.

Intervjuer: Eierforhold er vel absolutt ordet å bruke. Det er nok bedre enn mestring. For å ta det videre: I forhold til egen pasientliste, og det å ha oversikt, hvilken informasjon opplever dere at dere trenger der, som dere ikke får i dag?

Lege 2: Hva mener du nå?

Intervjuer: Nå spør jeg litt i forhold til helheten av deres pasientpopulasjon. Hvilken informasjon trenger dere der for å ta i bruk dette? Som f. eks. oversikt over hvem som kan være aktuelle.

Lege 1: Utvalgsriterier? Er det det du spør om?

Intervjuer: Ja. Nå skal jeg prøve å ikke lede her. I forhold til deres liste, ser dere for dere at dere kunne trenge hjelp til å få noe informasjon derfra for å ta i bruk dette?

Lege 2: Fra lista vår?

Lege 1: Sånn teknisk sett hvordan velge ut fra lista?

Intervjuer: Ja, for eksempel.

Lege 1: Kan vi gjøre det i vårt system?

Lege 3: Data-uttrekk på diagnoser? Ja, det tror jeg vi kan gjøre.

Lege 2: Det er jo likevel nok så uspesifikt, men da har man jo luket ut en del mennesker.

Lege 3: Jeg vil jo si at jeg vet helt sånn tydelig vet hvilke av mine pasienter som egentlig kunne ha godt av den oppfølgingen. Altså, hvis jeg får listen med de 30 hjertesvikt diagnosene, eller hvor mange jeg har, så ser jeg hvem det er som er aktuelle. Så kan det godt hende at det er noen som aldri er i kontakt med meg fordi at de er under det mer høyspesialiserte og stort sett på sykehus, men de som er i den vanlige kvernen vil jeg bare ved å se navnene, i hvert fall når man har hatt listen en stund, kunne si at de kunne kanskje dra nytte av det. Og da er det ikke sikkert at det vil være på grunn av objektive kriterier på hvor faktisk fysisk dårlige de er, eller psykisk dårlige, men hvordan de håndterer det. Hvordan du vet, sånn intuitivt i samtaler, hvordan de håndterer det. At disse vil kunne ha nytte av den tryggheten. Eller her ender det fort med at de er dødsdårlige når de tar kontakt, så her kunne det kanskje være noe å hente på å ha daglig kontakt. Men at det er en sånn individuell fastlegevurdering rett og slett.

Lege 2: Da tenker jeg at vi kommer jo ikke utenom den menneskelige kontakten, uansett. Det som hjemmesykepleien representerer for pasientene og hva det gir av helse. Hvis hjemmesykepleien da skal erstattes av et nettbrett, så er jeg i utgangspunktet litt skeptisk til det for noen pasienter. Særlig kanskje de eldste.

Lege 1: Har det vært snakk om det noen gang?

Intervjuer: Det er jo ikke konkret snakk om å erstatte hjemmesykepleien med et nettbrett, men tanken er at det skal kunne erstatte noen tjenester.

Lege 2: Jeg kan ikke tenke meg at de skal innføre dette her uten at de har en tanke om at de skal spare på noe, samfunnsøkonomisk. Ellers ville de jo aldri brukt penger på dette her. De gjør det ikke bare av sitt hjertes godhet fordi de vil pasientene vel. Dessverre. Så det må jo være en eller annen samfunnsøkonomisk gevinst i dette. Og det vil jo type kunne være å spare inn antall

hjemmesykepleiebesøk. Og hos noen vil jo det være absolutt fornuftig, mens hos andre så er det kanskje ikke sånn medisinsk tvingende nødvendig men pasientene kan bli dårlig ved å ikke ha så mye kontakt med folk.

Lege 1: Blodtrykksmåling hjemme er jo sånn at hvis man sier mål blodtrykket ganger 6, så må jo pasienten gjøre det selv. Så må jo pasienten rapportere det inn. Da kan man godt si at hvis det har vært et mål og det har vært en bestilling, så sparer man det. Men man går jo da glipp av en faktor som er ekstremt viktig, som du er inne på.

Lege 2: Kanskje ikke blodtrykksmålingen er så himla viktig, men det at noen ser til personen, ser hvordan de har det, snakker litt med dem, kjenner dem fra før av. Det har en veldig stor effekt i seg selv det.

Intervjuer: De blir jo sett av telemedisinsk sentral, på skjerm. Og det er jo mulighet der for å ha en dialog. Selv om den varme hånden kanskje ikke er der, så er det jo mulighet for en dialog.

Lege 1: Man kan jo legge inn en plasthånd da.

Latter rundt bordet

Lege 5: Hvordan går det med vår alderdom når det bare er roboter og skjermer overalt.

Lege 2: Da er vi sosialt understimulerte.

Lege 5: Vi må sørge for å beholde gode vennskap.

Lege 2: Vi må lage sånne bokollektiv.

Lege 1: Og vi skal nekte å ha inn datamaskiner.

Igjen, latter rundt bordet

Lege 2: Neida, men noen vil jo absolutt ha nytte av dette her. Men kanskje ikke nødvendigvis den eldste delen av befolkningen.

Lege 4: Hvem er det som skal velge hvem som skal komme inn på telemedisinsk oppfølging?

Intervjuer: I utgangspunktet er det tiltenkt at fastlegene skal være en av de som kan peke ut hvilke pasienter som er aktuelle, men det er også sånn at pasienter selv kan ta kontakt med forvaltningen og be om dette her hvis de selv tenker at de er aktuelle.

Lege 2: Ikke sykehusene?

Intervjuer: Sykehusene har også hatt mulighet. Sånn som i KOLS, så har lungepoliklinikken plukket opp et par den veien.

Lege 1: Rent sånn datateknisk, hvordan.. Vi har ikke «stæsj» til det nå her, hvordan skal det løses? Er det vi som skal..?

Intervjuer: I prosjektet så er det prosjektmidler som kan hjelpe. Men ja, det er også et spørsmål som jeg ikke har svar på nå. Sånn rent for hvert enkelt legekontor.

Lege 1: Hadde du gidde å ta det momentet med videre? For det er kjempeviktig i rekrutteringsprosessen å vite hva ligger det i investeringer i teknisk utstyr for oss.

Intervjuer: Egentlig ikke så mye. Du skal egentlig kunne få en PLO og se målingene via internettbrowseren.

Lege 1: Så for oss blir det PLO dialog, ikke skjermkontakt?

Intervjuer: Og til nød en telefon.

Lege 2: Så for oss, kanskje ikke så veldig stor endring fra sånn som det er i dag?

Intervjuer: Det er jo litt opp til det enkelte fastlegesenteret hva de vil gjøre, men det trenger ikke å være så store endringer. I forhold til selve den medisinske avstandsoppfølgingen og detaljene rundt det, føler dere at det var greit forståelig? Er det noe mer dere trenger å vite i forhold til det?

Lege 1: Rent teknisk hvordan det foregår?

Intervjuer: Ja, logistikken.

Lege 1: Ja, jeg synes fortsatt det er uklart, omfanget av det for pasienten for eksempel. I hvilken grad man skal legge en plan som pasienten skal forplikte seg til. Er det sånn at «nå skal du hver dag kl 12:00... å nei, nå kan jeg ikke gå på kafebesøk sammen med Gudrun for jeg skal sitte hjemme å måle blodtrykket.» - er det sånn? Eller er det mer sånn «Å nei, jeg har glemt det i 2 uker... ja ja, sånn var det.» Er det avhengig av compliance hos pasienten?

Intervjuer: De vil nok bli oppringt og påminnet. Så er det nok sånn at hvis de glemmer det i 2 uker, så er det jo sånn at de kan flyte litt mer. De trenger ikke akkurat å måle kl 12:00, det går greit å vente til etter kafebesøket. Sånne ting.

Lege 1: Åja. Så det er forventet en daglig i seg selv.

Intervjuer: Men det å vite litt mer om hvordan det fungerer. Det kunne du ønske å høre litt mer om?

Lege 1: Ja. Det er jo sånn at vi skal jo være med å selge det inn. Ikke bare plukke ut og selektere, men også hva vi skal selge inn. Og når vi da ikke vet noe om endepunkter, hverken på noe vis, så tenker jeg at det er litt nyttig å vite nok til å vite hva pasienten skal være med på. Hva det er de skal drive og gjennomgå?

Intervjuer: Det er jo et veldig godt poeng. Selve henvisningsprosessen, er det noe dere trenger å vite der?

Lege 3: Det som fremgår sånn helt tydelig, er at hvis myndighetene skal ha en snøballs sjanse i et visst sted til å få fastlegene med på dette så må de kunne: 1) Skissere nytteeffekt, ikke anekdotisk, men med tall eller beskrivelser – altså narrativt. Data. Og så må de kunne si noe konkret om hva som er cutoff for intervensjon fra fastlegen eller andre enheter. Helt konkret. Hvis ikke så, «moi» (fransk for meg) for eksempel, kommer overhode ikke til å ta dette i bruk før... Så kan de godt si «Nei dette vet vi ikke fela om, men vi har lyst til å teste det ut som et forskningsprosjekt». Supert, det er greit. Men da må vi ha bakgrunn for forskningsprosjektet og hvorfor det er nyttig å gjennomføre forskningsprosjektet. Og igjen, så må de si noe veldig konkret om cutoff for intervensjon, tror jeg. Det er informasjonsbehovet i hvert fall jeg ville ha i den telemedisinske rekrutteringsprosessen. Hvis ikke så vil jeg ikke være med, hvis ikke jeg blir pålagt av staten.

Intervjuer: Helt til slutt, hvordan tenker dere at selve IKT kan hjelpe dere å få dekket mange av disse behovene som vi har snakket om nå? Det dere trenger å få vite, hvordan kan dere få hjelp av IKT?

Lege 1: Rent teknisk?

Intervjuer: ja, rent teknisk.

Lege 1: Det at ting fungerer er jo kjempeviktig. PLO fungerer jo. Så hvis vi skal bruke PLO meldinger, så er jo det på plass. Men hvis vi skal sette opp en rigg med noe sånn telemedisinsk kontakt, så må vi jo få hjelp til det - hvis vi skal inn i et forskningsprosjekt. Hvis ikke det er et forskningsprosjekt, hvis det er en del av vår egen fremtidige nettbaserte løsning, så kanskje vi må ordne det selv. Sånn som det har vært historisk.

Intervjuer: Tenker du økonomien bak det, eller tenker du support?

Lege 1: Jeg tenker bare rent teknisk.

Intervjuer: I forhold til dette med å trekke informasjon ut av EPJ, eller i forhold til det å få oversikt over pasientlisten og den slags, risikopasienter.. Er det noe dere opplever at dere trenger hjelp til, IKT-messig?

Lege 2: Ja. Det kan vi godt få hjelp til. Jeg tenkte på en ting til. Med utenlandske pasienter, siden jeg nå har noen av dem. De er jo faktisk noen av dem som kunne hatt nytte av dette her, men da kreves det jo at man har tilgang på tolk ved den telemedisinske sentralen. For diabetes og ting som er vanskelig å følge opp sånn annenhver måned kunne ha nytte av litt hyppigere oppfølging, gitt at de forstår hva som blir sagt. For der er kommunikasjonen litt vanskelig og de misforstår hele tiden, og det er mye lettere å fange det opp hvis man har et sånt system som dette her.

Lege 3: Det er en sånn teknologioptimisme i forhold til håndtering av multimorbiditet her. Hvor, på en måte, disse objektive parameterne skal definere grad av «innsjukning». Det er klart, en O2-metning på 75% - da er jo pasienten rimelig syk. Men på en annen måte, hvis de da er betydelig tachypneiske og er blå på leppene og er engstelige, så er jo det et vel så godt klinisk tegn på at de er syke. Det å basere seg på tekniske parametere, som så går inn til en vurdering, som da gir en PLO uten av vi noen sinne får sett eller tatt på pasienten for å vurdere klinisk tilstandsbilde, det er i beste fall ufullstendig. Da holder det ikke med PLO, da må du egentlig se pasienten, snakke med pasienten, hvis den cutoff'en er der. Så på et eller annet tidspunkt, så må du kanskje ha inn et bilde, og være i dialog med pasienten.

Lege 1: Anekdotisk, så vil jeg jo si at jeg har jobbet på intensivavdelingen, med høyspesialiserte sykepleiere, og blitt vekket midt på natten over parametere som er helt riv ruskende gale fordi man leser av en monitor og ikke ser pasienten. Jeg tenker jo det at dette er en utfordring. «Pasienten har blodtrykk 80/90», «Ja, men det finnes jo ikke liksom. Hvordan er pasienten da?», «Pasienten sitter i sengen og spiser frokost.». Dere er med på tanken? Dette skjer jo. «Pasienten har metning på 60.», «Ja, metningsmåleren ligger i senga.». Altså, jeg har så mange eksempler på hvordan det tekniske svikter oss. Så vi som er «old school», og har blitt gamle nok til å kunne si at vi er gamle...

latter rundt bordet

Lege 1: Men som du skjønner, så har vi jo en sånn, «oi, her er vi redde for å miste kontakten med pasienten, og miste det grepet...». Men så må vi jo ikke gå med bind foran øynene og tenke at det kan ikke ha noe for seg, så jeg tenker jo la oss utfordre det forskningsmessig. Vi må utforske TELMA, vi må utforske PHT (primærhelseteam), men vi må tenke at det er et forskningsprosjekt og se hva kan vi få ut av det som her kan være bra? Og vi har allerede påpekt alt som ikke kan være bra med det og noe av det kommer til å stemme. Men det er klart, det kan jo være at man finner noen som vil ha glede av det. Jeg tror noen av disse pasientgruppene, men ikke alle. Alle kronikere vil ikke ha glede av dette her. Jeg tror at seleksjonsprosessen må være seg litt bevisst. De som har en psykososial sårbarhet for økt helseangst, f. eks. Og det blir jo da en utfordring. Og da tror jeg kanskje fastlegens kunnskap om pasienten er det viktigste, fordi noen bør ikke få det. Og jeg mistenker, dessverre, en del av kollegene våre å ikke være seg bevisst nok dette.

Intervjuer: Tusen hjertelig takk for deres tid, det var veldig interessant å høre.

Intervju med legesenter 23.01.19

5 leger, 4 av dem allmennlegespesialister, 1 sykepleier fra primærhelseteam, psykiatrisk sykepleier.

Intervjuet begynner med en kort introduksjon av oppgaven, informasjon om hva medisinsk avstandsoppfølging er og problemstillingen til masteroppgaven. Det informeres også om samtykke til lydopptak og hva dette innebærer (se informasjonskriv).

Intervjuer: Da tenker jeg vi begynner rett på sak, så jukser jeg litt og har en intervjuguide her som jeg greide å glemme tidligere. Ja, nå som dere har fått høre litt i forhold til hva medisinsk avstandsoppfølging er og hva man går ut med. Dere har jo litt erfaring med dette her, i forhold til at dere har primærhelseteam og dere har erfaring med å følge pasientene. Så lurer jeg litt på det i forhold til det å komme i gang med medisinsk avstandsoppfølging, hva trenger du som fastlege å vite. Da kan vi la det overordnede spørsmålet der henge litt, men da tenker jeg for eksempel om den enkelte pasient. Hva trenger man som fastlege å vite for å bruke avstandsoppfølging, i forhold til den enkelte pasient?

Lege 1: Da skal ikke jeg begynne, for jeg er veldig positiv

Intervjuer: Positiv er bra, men det er veldig gøy å høre deres meninger. Så er jo poenget at det skal være litt diskusjon og at alle skal få sagt sin mening. Så jeg lar dere ta ordet.

Lege 1: ... (sykepleier og en av lederne ved senteret), du har jo masse du skulle sagt om det.

Sykepleier/leder: Nei.

Lege 2: Kanskje nyttig å vite hvor compliant (hvor god pasienten er til å gjøre som hen blir fortalt) de pasientene er, tenker jeg i hvert fall. Fordi hvis de sporadisk vil følge opp noen ting, men ikke andre, så vet man jo aldri hvor man har dem.

Lege 3: Det var eksklusjonskriteriet, ikke sant? Hvis det er rus/psykiatri, så er jo de ofte ikke i stand til å følge opp. Det er ikke noe vits å gi dem dyrt utstyr hvis de ikke bruker det.

Intervjuer: Hva tenker du om at det er en av de diagnosegruppene de sikter seg inn på?

Lege 3: Ja, men det er klart at det er et stort spekter i psykiatri, så er det mange som har lettere tilstander. De kan godt benytte seg av det. Men hvis det er mer tyngre psykiatri, så er de ofte for syke. Så de må være sånn halvsyke. Nok trykk, men de må ikke være av de aller sykeste. For det vil ikke fungere.

Intervjuer: Det passer jo veldig godt med de inklusjonskriteriene som er satt i forhold til risiko for forverring.

Lege 3: Også må man velge noen pasientgrupper og diagnosegrupper. Noe av det er mer somatikk, så det er jo hjertesvikt, KOLS, diabetes. Også kommer psykiatri da.

Intervjuer: Så langt er det sett god effekt med de metastudiene som er gjort på mer global basis. Da er det jo KOLS og diabetes, mest diabetes. Da en reduksjon i HbA1c hos diabetikere, men utover det så er det lite hard evidens. Flere ting om den enkelte pasient?

sykepleier/leder: Vi har diskutert da, i forhold til de som bor i PU-bolig (bolig for psykisk utviklingshemmede). Hva heter det nå?

Lege 1: Det heter at de bor i bofellesskap.

Sykepleier/leder: Der tenker vi at det kan være nyttig.

Intervjuer: Ja. Så litt kanskje i forhold til hvilke sosiale faktorer, bosituasjon og den slags?

Lege 1: Vi har flere boliger og det er forskjellig tyngde på pleie og omsorg i dem. Så vi har da blant annet en nå oppe på Ronatoppen hvor det er ganske tungt. Personellfaktoren er høy og pasientene er syke. De er sengeliggende og veldig dårlig fungerende. Og det vi ser da er jo at hvis de har for eksempel POC, altså Point Of Care utstyr: CRP, urinstix, blodtrykksapparater osv. Og vi får det til et direkte grensesnitt, sånn som vi har med Zenicor (software) EKG apparat som vi kan ha der ute. De setter på tomlene på pasienten fordi de er urolige eller et eller annet sånt noe, vi får det rett inn på

vår PC her. Da sparer de en tur til legevakten, de sparer en utrykning – enten fra PHT-sykepleier (primærhelseteam) eller fra legevakt osv. Vi får det der og da. For det vi trenger er litt enkle ting som blodtrykk, CRP, urinstix osv. Har de det på plassen, og det skal vi få ut, og vi får det opp, det er nyttig. Da er jeg helt sikker på at vi klarer å vise at det er forskjell mellom den PU-boligen vi har der og den de har på Tinnheia. I forhold til ressursbruk, i forhold til at vi får det enklere, vi kan gi kjappere svar osv. Jeg ser helt klart at det er en kjempefordel.

Intervjuer: Bruker dere video da også?

Lege 1: Der kan vi også ha video. Vi har testet det ut og det funker.

Sykepleier/leder: Nå blir jo jeg brukt til det, i primærhelseteam. Så går jo jeg ut. Og vi har videokonsultasjoner. Vi viser bare såret, jeg kan jo ta EKG..

Lege 3: Men du kan jo ta vanlige blodprøver også?

Sykepleier/leder: Jeg kan ta dem (prøvene) opp her og ta en diff.telling og en CRP her. Så går jeg jo bare og kjøper på apoteket, hvis det er stengt skriver jeg bare ut i våres (system), og kjøper medisin og kjører ned til boligen – for de må ofte ha det flytende. Gir jeg det, for de kan ikke få tak i medisiner på ettermiddagen f. eks., og hvis de har 150-200 i CRP. Så sparer vi ganske mye og setter i gang behandling. Og det har du anledning når du er i dette teamet, for da går sykepleieren ut å gjør dette. Men hvis ikke de andre legekantorene, over alt ellers, hvis ikke du har en sykepleier som går ut å gjør det, så er det jo praktisk at de som jobber der kan gjøre det selv. Og bare rapportere inn til oss svar.

Lege 1: Da sparer vi til og med en PHT-sykepleier som rykker ut. Hvis de faktisk kan gjøre det selv også. Det er jo sånn vi har tenkt at vi også slipper, PHT, så vi sparer til og med oss selv. Ved å bruke den metoden der. For dette er jo ikke sånn sett faglærte folk, men de er oppegående nok til å kunne ta en urinstix og stikke den inn i maskinen, og hvis den da automatisk, sånn som vi har det her med lifeinabox (software), da får vi den rett på nettsiden, ikke sant? Men det systemet der finnes også i skyen.

Intervjuer: Lifeinabox er?

Lege 1: Hva er det det heter for noe? Integreert meldingssystem for laboratorietjenester.

Intervjuer: Som dere bruker til å kommunisere med?

Lege 1: Ja. Og da er det klart at hvis de har det der, akkurat det samme som vi har her med diff.teller og hele pakka, rett opp i skyen, rett på vår skjerm. Og vi kan faktisk sitte og ha pasienten på video samtidig som de snur og viser at han ser sånn og sånn ut. Det er klart det sparer de. De trenger sengeheis og de trenger tre personer for å få pasienten til legevakten, de trenger spesialbil, you name it.

Intervjuer: Hvis jeg drar det litt tilbake til det som er informasjonsbehovet ditt når du skal vurdere å starte i gang med dette. Vi var inne på compliance og du har sagt dette med video, evnen til å kunne se dem og vurdere dem klinisk, mer behov for målinger og sånt som på en måte er litt innad i dette her. Er det noen flere ting dere tenker at er viktig å vite for dere i forhold til den enkelte pasient?

Lege 1: Vi var inne på det med å følge opp, men også det at de rundt kan følge opp. At det er et system og nettverk rundt dem som kan bidra. Eller at devicen i seg selv er så god. Da tenker vi også på diabetes. Der tenker vi på freestyle libre (software). Nå snakket jeg med Abbott i forrige uke og den freestyle libre, den kan vi få inn og den har blitt sånn at når du setter på den sensoren og samkjører med mobilen. Så senser den via mobilen og går rett til netttjeneste i skyen, så får jeg den på skjermen.

Intervjuer: Og freestyle libre er en kontinuerlig blodsuktermåling?

Lege 1: Ja, i prinsippet men ikke så kontinuerlig som kontinuerlig. Litt sånn halvveis.

Intervjuer: Altså hyppige punktvis målinger?

Lege 1: Du får hvert femte minutt, hvis man skanner fire ganger daglig. Da får vi hele den på fire uker og da kan Hildegunn sitte med den nedlastningen, altså vår diabetesveileder, samtidig som du har vedkommende på video. Det vil si pasienten slipper å komme, å ta blodprøver, kan ha veiledning. Alt skjer på avstand. Spart.

Lege 3: Det er også en trend med Bring Your Own Device, altså folk har jo smarttelefon nå. Så det er for omstendelig med dette å utlevere nettbrettene fra kommunen, det tar 10 uker. Vi har hatt en del pasienter som vi egentlig har vært klare til å inkludere, men så har det vært en omstendelig prosess i kommunen slik at det har tatt for lang tid. Da glipper det og de mister motivasjonen, så blir det ikke noe av det.

Intervjuer: Så hvilket utstyr pasienten har tilgang på er kanskje relevant?

flere av legene sier seg enige og nikker

Sykepleier/leder: Og det at det ikke er for lang saksbehandlingstid. 6 uker til 2 måneder, så kan du glemme det. Man må ha det når man trenger det.

Intervjuer: Så man må ha det når man trenger det. Hva er ventetiden, er altså viktig å vite.

Lege 1: Vi har jo skjelt (sett med skepsis) til piloten i forhold til NVP som viser at alle er fornøyde.

Legene er fornøyde, pasientene er fornøyde, men det viser ingen nedgang i bruk av helsepersonell.

Intervjuer: NVP er?

Lege 1: Altså Nasjonalt Velferdsteknologi Program, som en forlengelse av TELMA. Og det er jo fordi man oppretter jo da en telemedisinsk sentral også har man ansatt folk der, og i Porsgrunn så har man til og med leger der, og man sak sitte å ta imot masse beskjeder fra pasienter frem og tilbake. Du øker jo faktisk antall målinger. Altså, jeg kan ikke se for meg at det der er bærekraftig. Og da, som jeg har sagt til de i NVP, er det eneste som er bærekraftig, i telemedisin osv, det er at fastlegekontoret tar seg av den biten der. Helst via primærhelseteam eller sykepleier, og får ordnet det og integrert det. Hvem skal ha det? Hvem skal inkluderes? Hvem skal ikke ha det? Hvis ikke så blir det et overforbruk. Jeg er overbevist.

Intervjuer: Hvis vi går litt videre og ser på akkurat dette med oversikt over listen, i forhold til bruk av medisinsk avstandsoppfølging. F.eks. det med å plukke ut kandidater og sånt. Hva er det dere trenger å vite der?

Lege 1: Altså, vi har jo diagnosespesifikke uttrekk i dag, sånn at vi bruker jo CGM og har eget opplegg for å trekke ut. Vi kan trekke ut alle KOLS-pasienter, vi kan trekke ut alle diabetespasienter, så vi vet at vi har 100 med KOLS og vi har 250 med diabetes, vi har 80 med slag osv. Vi har jo gradert dem og kan gå aktivt på dem, så kan jeg spørre Tor Erling «hva tenker du om de pasientene der?», «Nei, de er så friske så de trenger ikke noe. Kanskje den.» osv. Så dermed gjør vi et uttrekk, også gjør vi et klinisk skjønn – disse er aktuelle. Så vi har jo verktøyet til å sette dette i sving på en fornuftig måte.

Intervjuer: For dere bruker ikke noe utover det? Det er ikke noe medrave eller noe annet inne i bildet?

Lege 1: Vi har jo Medrave også, men CGM er bedre.

Intervjuer: CGM er bedre? Interessant. Er det noe mer utover bare den diagnosen? For dere får jo kun opp etter diagnosegrupper i CGM, forsto jeg det som.

Lege 1: Nei, også kan vi koble det med antall medisiner de bruker, koble det på 2 og 3 diagnoser, koble de i forhold til om de har vært her siste året, hvor mange ganger de har vært her siste året, om de ikke har vært her siste året. Pluss alder over sånn og sånn. Så det er mange måter å trekke dem ut på hvis en vil. Pluss at vi gjør sånn som at da Elisabeth trekker ut de epikrisene.

Intervjuer: Så dere opplever at dere at dere har den informasjonen dere trenger for å finne disse risikopasientene?

Flere av legene sier seg enig og nikker rundt bordet

Lege 3: Du kjenner de jo. De du kjenner godt, vet du jo i bakhodet hvem som kunne passe inn. Så du kan jo inkludere de fortløpende når de er til kontroller.

Lege 1: Også trekker jeg de ut og viser dem – «hvem av disse tenker du?».

Lege 3: Også må du selge det litt inn til pasienten, sånn at de vil det selv. Så du kan ta det på en vanlig time.

Intervjuer: Så dere, som brukere av CGM, opplever at dere har både nok data, og sammen med klinisk skjønn, til å plukke ut disse risikopasientene.

Lege 3: Ja.

Intervjuer: og opplever ikke at dere trenger noe hjelp, sånn IKT-messig, til det?

Lege 1: Vi plukket ut disse til 660 pasientene. Du så jo fort hvem som var lure og ikke lure å trekke inn. «den trenger vi ikke, den trenger vi ikke, de passer inn».

Lege 4: Det er veldig god hjelp å få en sånn liste. Å ha en risikogruppe-liste.

Lege 1: Og pluss at da Elisabeth trekker ut epikriser og ser på alle som er skrevet ut fra sykehus gjennom perioden og dermed så ser du på en måte; «innlagt for rus» eller «selvmordsforsøk» osv. Så får vi de ut, eller Elisabeth napper dem ut og gir de til legen, så har vi ekstra oppfølging der – hvis det er nødvendig.

Intervjuer: For da tar dere de som er skrevet ut nå i det siste og ser om det er noen hyppige utskrivelser?

Lege 1: Ja, kontinuerlig. Og følger dem opp.

Intervjuer: Kult. I forhold dette med medisinsk avstandsoppfølging, altså selve opplegget, er det noe der trenger å vite mer om i forhold til det? Har dere noen informasjonsbehov opp i forhold til medisinsk avstandsoppfølging? I forhold til det logistiske for eksempel.

Lege 1: Nei, altså vi er jo i en litt sær posisjon. Vi får egentlig lov til å dirigere litt selv. For jeg har jo sagt tydelig ifra at KOLS-pasienter, det er ikke aktuelt. For der tror vi det er et overforbruk. Så vi har diskutert litt her, litt sammen med Hildegunn osv. Hvem er aktuelle? Og da fant vi jo at PU, altså bofellesskap, der vil vi klare å inkludere og vise at det er en forskjell. Og disse med freestyle libre eller CGM (continuous glucose monitoring), de vil jo også kunne klare å vise en tydelig forskjell på at det vil funke.

Intervjuer: Diabetikere og PU?

Lege 1: Ja, de skiller seg klart ut. Der tenker vi det har en effekt.

Intervjuer: Jeg vet ikke hvor mange minutter jeg har igjen, men jeg skal prøve å være rask. I forhold til dette med henvisning og sånt. Nå er jo dere i en særposisjon, som du påpekte, at dere tar deres egne pasienter og velger selv hvem dere vil følge. På den nasjonale basisen, så er tanken at kommunen skal stå for oppfølgingen. Er dette med å henvise og sånn, er det noe uklarhet der? Litt i forhold til hvordan dette skal foregå? Det vil jo bestemmes på den enkelte kommunes nivå.

Lege 1: Det går i hvordan man skal gjøre det. Vi har jo sett det, som du sier med TELMA. Vi tar en inklusjon og tenker at den er grei, også sender vi henvisning til TELMA, også finner vi ut at den var ikke så grei, også får de ikke utstyr før etter 10 uker osv. Så akkurat det har vi ikke sånn veldig stor tro på.

Lege 3: Nei og i Arendal der har jo nesten ikke legene rekruttert noen pasienter til TELMA. Det er jo bare sykehjem, sykepleiere som er ansatte i kommunehelsetjenesten som har sett noen som de tror er aktuelle også har de fått de inkludert inn. Så det er litt annerledes enn i Kristiansand.

Lege 1: Kombinasjonen av lokale uttrekk og klinisk skjønn, som hver enkel lege tar, det er der vi har mest å hente. Og det er ikke sikkert det blir så innmari mange pasienter, men det blir veldig spisset. I forhold til at her tenker vi at vi har noe å vinne. Det er ikke tilfeldig. Ut ifra gitte kriterier.

Intervjuer: Og som du sa med at dere kontinuerlig sjekker de som er skrevet ut og sjekker om de er risikopasienter.

Lege 1: Da har vi en fortløpende kontroll, tenker jeg.

Lege 3: Da har vi mye mer hånden på rattet og eierskap til det, i forhold til hvis det er en kommunal sentral ved Lund som skal sitte og sende oss, teppebomber oss, med PLO-meldinger osv.

Lege 1: Og det er vi også litt redd for da, ikke sant? Her får vi faktisk kontroll over meldingsutvekslingen også. Vi bestemmer hvor mye vi skal ha, hvor ofte vi skal ha og hvordan vi skal bruke det. Hvor målet da er personalreduserende aktivitet. Men at vi beholder den medisinskfaglige kvaliteten, og kanskje til og med øker den.

Intervjuer: Er det andre ting, som vi ikke har gått igjennom nå, som kunne være viktige informasjonsbehov som man sitter med som fastlege når man skal ta i bruk dette her?

Lege 3: At teknologien funker. Det du nevnte også, at de kan teste med en egen smarttelefon, koble seg opp og se at det faktisk, når de er inne på en time, fungerer.

Intervjuer: At du kan stole på systemet?

Lege 3: At du kan stole på systemet ja. Det er kjempeviktig.

Intervjuer: Ja, for du sa jo det med at man må vente 10 uker. Også vet man ikke helt om ting funker og sånn og sånn.

Lege 3: Så må de ha inn folk fra Siemens, også må de sjekke at utstyret er oppe og går. Det er rom for feil.

Lege 1: Bare den enkle greia når jeg hadde pasienter her som skulle til TELMA. Så sitter de og jobber her med dette nettbrettet også videre. Så er det ingen som har fortalt dem at de fleste pasienter som er 65+, de er tørre på fingrene. De har nedsatt elektrostatisitet i tommelen. Så det er klart at det er jo ingenting som virker på nettbrettet da.

Lege 3: Ja, de hadde problemer med det. De trodde det var noe galt med nettbrettene.

Lege 1: «Nei det er ikke noe galt med nettbrettene, det er noe galt med fingrene selvfølgelig.»

Intervjuer: Ja det er et veldig godt poeng.

Lege 1: Så enkelt, men det er ingen som har gått inn i problemstillingen og tenkt på det.

Intervjuer: Litt sånn til å avslutte med. Nå er jo litt av dette også om hvordan IKT kan understøtte disse informasjonsbehovene som man sitter med. Nå har jo dere et flott system for å f. eks. velge ut pasienter og finne disse pasientene som er aktuelle. Det virker som det er knyttet veldig til CGM og denne uttrekksmetoden som dere har. Er det noe mer dere tenker at, her kunne IKT hjulpet dere med og fått frem informasjonsbehov i forhold til den enkelte pasient, liste, hvordan ting fungerer eller skal fungere?

Lege 1: Der har vi vel begynt å prøve å få inn slike ressurskort. Det er egentlig ikke noe annet enn sånne skjemabaserte kort, altså årskontroller, sjekklister osv. Og det gjør jo Anne her ute og kjører sjekklister på disse enkelte. Det har jo litt i forhold til avstandsoppfølgingen å gjøre, for vi vet jo mer hva de krever og synes er viktig osv. Så vi blir jo mer spisset i spørsmålsstillingen med sjekklister.

Intervjuer: For jeg så at dere har på nettsiden kategorisert «ruspasienten» f.eks, eller ditt og datt. De forskjellige typer pasientene. «Trøtte skoleelever», «skrøpelige eldre» osv. og dere hadde egne sjekklister for det. Det er litt sånn du tenker?

Lege 1: Ja.

Intervjuer: Det er jo kjempegøy.

Lege 1: Så er det litt mer her da, i forhold til pasientene. Som enda utvides, med lab-pakker osv. som sykepleier styrer.

Intervjuer: Et forløp da?

Lege 1: Ja. Jeg synes jo det er litt kult da. Vi har vel ca 100 KOLS-pasienter med diagnose også fra spesialist som vi bare har kjørt Nexium (syrenøytraliserende medisin) på i 8 uker og de har ikke KOLS, de har refluks.

Latter rundt bordet

Lege 1: Det er litt fordi at Anne går igjennom sjekklistene. Går gjennom refluks, går gjennom sinusitt, går gjennom rhinitt, går gjennom hele pakka og bruker en time på det og avklarer hva som stemmer.

Intervjuer: Har dere lyst til å legge til noen ting til slutt? Ingen som brenner inne med noe?

Lege 3: Tror ikke det.

Lege 1: I utgangspunktet slet vi fælt med å finne hvem kan det være nyttig for med avstandsoppfølging.

Sykepleier/leder: Jeg synes det er vanskelig, fremdeles.

Lege 1: Jeg leste nettopp en artikkel i går hvor telemedisin, det er jo gammelt som heia egentlig. Man har holdt på med det siden 1990. Og alle er jo superfornøyde, men det er ikke blitt implementert noe sted i verden, på en ordentlig måte. Klinikker er fornøyde med det, klinikere er fornøyde med det, pasienter er fornøyde med det, men det blir ikke tatt i bruk.

Lege 3: Hva er grunnen til det?

Lege 1: Jeg tror det er grensesnittet. Hvorfor ble telefonen så populær? Jo, for det er jo bare å ta den opp også er du i kontakt. Det er du ikke hvis du skal drive med dette her.

Intervjuer: At det ikke er enkelt?

Lege 1: Nei, sånn som at du skulle opp her nå og koble på nettet osv. Da gidder ikke klinikerne det, det tar for lang tid, det er for mye styr.

Lege 3: Du skulle hatt en rød knapp for å komme på.

Lege 1: Ja, en rød knapp, ferdig og så er vi der. Men for å si det sånn, at den Zenicor er sånn. Der, 30 sekunder, trykk på knappen, så er man der. Også må det være der.

Psykiatrisk sykepleier: Det må være der. For det er hele greien, det må være der på tiden. Du må holde tiden. Altså, schedule er schedule. Punktum. Jeg venter 30 sekunder også går jeg av, da er de ikke der. Har vi avtale kl 10:00, så har vi avtale kl 10:00..

Lege 3: Da må de være klar altså.

Lege 1: Ja, det er en del sånne ting.

Intervjuer: Tusen hjertelig takk.

Intervju ved legesenter 30.01.19

Deltagere: 2 spesialister i allmennmedisin og 1 allmennlege i spesialisering.

Totalt 3 leger.

Intervjuet starter med gjennomgang av medisinsk avstandsoppfølging, masteroppgavens hensikt og samtykke til lydopptak, samt informasjon om databehandling.

Sondre: Da begynner jeg med å gjenta det overordnede spørsmålet. Når det kommer til å bruke medisinsk avstandsoppfølging og å rekruttere pasienter inn. Som jeg sa i stad, det er flere instanser dette kan komme fra. Tidligere har sykehus rekruttert pasienter inn til TELMA for eksempel, som har vært en form for avstandsoppfølging her i byen. Så har du sykepleiere og de i kommunehelsetjenesten som også har rekruttert noen. Men det har vært veldig lite fra fastlegene. Igjen, når det kommer til å bruke og rekruttere til medisinsk avstandsoppfølging, hvilke informasjonsbehov tenker du at du sitter med som fastlege. Altså, hva trenger du å vite som fastlege for å bruke dette her? Det er det overhengende spørsmålet.

Lege 1 (Harald): For å rekruttere?

Sondre: For å rekruttere og bruke.

Lege 1: Jeg tenker mer en pakke. Informasjon, alt du trenger. Det trenger ikke å være noe utstyr og sånt, men hva vi skal gjøre – liste.

Sondre: Liste, i forhold til hva din rolle er?

Lege 1: Hva vi skal informere om og hva som skal til for å den pasienten videre.

Sondre: Et konkret forløp da? Altså, dette er det som skal skje fra fastlegekontoret?

Lege 1: Ja.

Sondre: Noen andre som har noen øyeblikkelige tanker?

Lege 2 (Rosie): Ja, jeg sliter litt fremdeles med å finne ut hvilke av mine pasienter dette kan være nyttig for. Om noen andre kan plukke dem ut, sykehus f. eks., at denne personen har behov for dette. Så kan jeg følge dette videre. Skal jeg finne dette og ha ansvar for dette selv?

Sondre: I forhold til inklusjonskriterier da f. eks.? Hvem skal inkludere og hvordan skal de inkluderes?

Lege 2: Ja.

Sondre: Du da, har du noen tanker?

Lege 3: Nei, jeg tenker litt sånn som Rosie. Dette her med pasientpopulasjonen. Hva slags kriterier man legger til grunn når man skal velge ut kandidater, altså pasienter, som skal inn i dette her og hva slags nytteverdi de har av å være i et sånt opplegg med avstandsoppfølging. Det er ingen tvil om at det stiller jo en del krav også til pasientene her, kognitivt, ikke sant? Her er jo snakk om litt tekniske apparaturer, at de skal gjøre hjemmemålinger selv, sammenlignet med når de kommer her til kvalifisert personell som har sin utdanning og hvor det er veldig kvalitetsikkert, at man er sikker på at ting gjøres på riktig måte. Så er det en usikkerhetsfaktor i det, tenker jeg. Men det er jo mye vi ikke kjenner til med dette her selvfølgelig, og hva slags opplæring pasientene får.

Sondre: Ja. Så i forhold til dette med målingene, om de er pålitelige nok disse målingene som gjøres. Og pasientens evner. Det er jo en av inklusjonskriteriene i det nasjonale prosjektet at de skal kunne gjøre nytte av den teknologien som er i prosjektet, sånn i forhold til det kognitive tenker jeg på. Og det å bruke målingene.

Jeg kan spørre litt mer spisset i forhold til disse informasjonsbehovene. Hvis det er snakk om den enkelte pasient som dere vurderer. Hva er det dere trenger å vite der, i forhold til å ta i bruk dette? Nå snakket du om kognitive evner, for eksempel. Eller det å evne og kunne måle og ta i bruk dette her.

Lege 3: Ja, for ganske få år tilbake, så heiste man jo dette flagget med pasientmedvirkning, ikke sant? Det med å få pasientene ut, at de kommer på legekontoret, ikke sant? Men dette er jo da en gruppe pasienter som ikke er så mobile, ser jeg for meg, som vil ha størst nytte av det. La oss si han som

sitter i rullestol med amputerte ben, folk som ikke er så mobile, for akkurat den typen pasienter så kan nok dette være et veldig fint tilbud.

Lege 1: Ja, det er sant det. Pasientene vi skulle ha sett, men ikke ser.

Sondre: Det er et veldig godt poeng, dette med mobilitet, i forhold til hvor enkelt eller vanskelig det er å komme seg til fastlegekontoret og komme til time. Er det flere ting dere tenker på, i forhold til den enkelte pasient?

Lege 3: Men når du sier den enkelte pasient, det er erfaringsgrunnlaget som dere har nå, du nevnte at det var gjort noen undersøkelser, du nevnte HbA1c. Hvor stort grunnlag har man her i Norge, i hvor stort omfang er det testet ut?

Sondre: Det er flere prosjekter som har gått i Oslo, også er det noen som har gått i Trondheim. Jeg lurer på om det er Trondheim som har hatt ett.

Lege 3: Ja, det skjønner jeg jo. Altså, de er jo i teten.

latter rundt bordet

Sondre: Ja, Trønderne er fine de. Så i Norge har man jo dessverre ikke sett så mye effekt som man kanskje håpte. Man har jo sett i forhold til KOLS, diabetes og alle disse her. Da har man fulgt i 1 år og fikk egentlig lite signifikant forskjell i forhold til reinnleggelser og den salgs altså.

Lege 2: Så nå skal de gjøre det enda mer og håpe at de får et annet resultat?

ny runde med latter rundt bordet

Sondre: Nå skal de prøve i en stor skala og i tillegg ha en kontrollgruppa som de hadde forrige gang.

Lege 2: Ja, det var det du sa ja.

Sondre: Så det er fremdeles forskning, men ja.

Lege 2: For nå blir det en RCT?

Sondre: Ja, nå blir det en RCT.

Lege 2: For det må det jo være masse fallgruver med.

Sondre: Ja, å ha en kontrollgruppe hvor inklusjonskriteriene er medium til høy risiko for forverring av en kronisk tilstand er jo en utfordring som du sier. Vi kan gå litt videre. Når det gjelder sin egen pasientpopulasjon, eller pasientlista, så snakket du litt om dette med Medrave og den slags. Hvilke informasjonsbehov tenker du at du har i forhold til listen, for å ta i bruk dette? Hva trenger du å vite om selve pasientlista di for å kanskje finne de pasientene som kunne være aktuelle, som kan være risikopasienter?

Lege 3: Jeg tenker litt sånn som det du nevnte Harald, altså at den gruppen pasienter som er lite mobile. Disse som da psykisk, eller har fysiske sperrer, som gjør at de da ikke greier å oppsøke legekantoret. Den litt gjemte gruppa. Akkurat der tror jeg at når man ser over pasientlista si, så finner du nok en del pasienter hvor du tenker at dette kan være midt i blinken, ikke sant? At de kan ha et system hvor de da kan sitte hjemme å måle. Jeg tenker vel, for vi kjenner jo ikke så godt til dette innholdet i dette prosjektet, men akkurat for den gruppe der så kunne jeg vel tenke meg at man kunne funnet sånn 5-6 pasienter som kunne ha vært interessant å testet i et sånt system.

Sondre: Så det å få litt oversikt over mulige kandidater. For da får man jo mulighet til å utøve skjønn.

Lege 2: At du plukker ut diagnoser da. Eller de som bruker medisiner, typisk KOLS. Å kunne plukke ut de pasientene.

Sondre: Nå var jeg jo på dette andre legesenteret hvor de da gjorde diagnoseuttrekk fra sitt journalsystem. Og da gikk legene over å så, i forhold til hvilke navn som var midt i blinken. Hvis man skal si det som du sa det Per Kristian.

Lege 1: Jeg tenker jo også at personlige vurderinger også er veldig relevant, av de du ser veldig ofte.

Sondre: da tenker du?

Lege 1: Akuttforverring. De har et stort behov for kontroller. Og dette kan jo minke det behovet da.

Sondre: At det å se, i sin populasjon, hvem som er hyppig til kontroller?

Lege 1: Ja sånn personlig, de du ser veldig ofte. Det er mange av de som egentlig kunne hatt en avstandsoppfølging og kanskje unngått noen av besøkene her.

Lege 2: Jeg har tenkt det samme. Det er de som er inne hele tida. Det gjelder kanskje like mye psykiatri. Å kunne ha en kjapp videokonsultasjon, da kunne du spart mye tid.

Lege 3: Jeg tenkte også litt på det samme. The missing link. At det systemet med avstandsoppfølging, det kan kanskje være for en utsatt gruppe med KOLS-pasienter, folk som er lite mobile, som ikke kommer seg til legekantoret. Men så har du også en annen mellomgruppe som du nok kan betjente veldig bra. En sier jo ofte at det enkle er ofte det beste. Jeg tenker på det som helsenettet har. Jeg ringte i forrige uke og sjekket dette med å koble opp sånn videokonsultasjonsmulighet for hver enkelt av oss. Det koster 400 kr i måneden. Så på fredag, så er det en kar som ringer og som skal demonstrere det. Altså, du må ikke misforstå, det der er et veldig fint prosjekt det der med avstandsoppfølging. Men du kan tenke helhetlig, et fleksibelt system, hvor du har forskjellige nivå på hvor plaget disse pasientene er, så tror jeg nok veldig mange av disse gjengangerne kunne man nok ha tatt på videokonsultasjon. Da tenker vi kanskje på en litt annen gruppe en KOLS og sånne ting.

Sondre: Da tenker du typisk på psykiske lidelser?

Lege 3: Ja.

Lege 2: Oppfølging av sykemelding. Jeg har noen som er langvarig sykemeldt, som kommer inn hver måned og vet at de skal komme inn hver måned i et år nesten, de fleste av dem. Egentlig kunne det vært mye kjappere å ta dem bare som en kjapp videokonsultasjon. Når folk kommer inn, så tar det mye lengre tid, ser jeg for meg. Det går litt fortere med, som ved telefon, man bruker ikke like lang tid.

Sondre: Det er jo et veldig godt poeng.

Lege 3: Den taksten som han sa vi kunne bruke, 2ae (her menes 2ae), hvor stor er den?

Sondre: 2ae tilsvarer en vanlig konsultasjonstakst.

Lege 2: Det er ikke en egen videokonsultasjonstakst?

Sondre: Det er en elektronisk konsultasjon.

Lege 2: Det overrasker meg, hvorfor skal ikke det være like bra som en vanlig konsultasjon da?

Sondre: Det tilsvarer en vanlig konsultasjonstakst.

Lege 2: 2ae? Nei, men det gjør ikke det.

Rundt bordet : Jo.

Sondre: 1be er den du tenker på.

Lege 2: 2ae, er det det samme som 2ad?

Sondre: Ja, man betaler like mye.

Lege 3: En liten assosiasjon, i forhold til avstandsoppfølging. Økonomien i det, vet man noe om det?

Lege 2: Ja, det vil jeg vite om.

Sondre: Ja, godt spørsmål. Jeg kan jo kort besvare det, det er litt utenfor min problemstilling, men det er jo et informasjonsbehov sånn sett. Økonomien rundt det er jo i forhold til at hvis man skal starte medisinsk avstandsoppfølging, vil det jo kreve et samarbeidsmøte mellom pasient, telemedisinsk sentral og deg. Da er det jo 14 takst.

Lege 2: Så det blir litt sånn som møte med kommunen eller hjemmesykepleien.

Sondre: Og hvis det er noen form for samarbeidsmøter i forbindelse med forverringer og den slags, så er det jo fort at det kan bli et tverrfaglig samarbeidsmøte.

Lege 2: Men den 2ae taksten, tilbake på den – nå sporer jeg helt av. Det kan du ikke kombinere med 605, det kan du ikke kombinere med noe annet nå. Det begrenser det veldig. Da gidder jeg ikke bruke mer enn 5 minutter på en videokonsultasjon.

Sondre: Ja, og det er jo et dilemma med den taksten sånn som det står nå.

Lege 2: Så det er jo litt idiotisk.

Lege 3: Men det var interessant det du sa om tverrfaglige samarbeidsmøter i det systemet ditt, eller avstandsoppfølging da, med takst 14 og sånn. Det er jo bra.

Sondre: Så det kan jo være noe å hente der. Konkret dette rundt medisinsk avstandsoppfølging, nå sa du litt rundt dette med økonomien i det og dette med det man trenger å vite som fastlege rundt selve den medisinske avstandsoppfølgingen. Du var jo inne på det Harald, i forhold til at du ville vite

litt om forløpet. Om hva som skjer hos deg, hva som skjer videre. Har dere noen tanker rundt det? I forhold til hva man trenger å vite rundt den medisinske avstandspfølgingen?

Lege 1: Sparer man så mye penger på det, sånn samfunnsøkonomisk? Hvis det er innkjøp av en I-pad, prøveutstyr og den biten. Det er jo ganske mange konsultasjoner hos meg før det spares inn.

Sondre: I forhold til nytte tenker du? Hva er effekten og besparelser.

Lege 1: Ja.

Sondre: Noen flere ting dere tenker på?

Lege 1: Det er ikke så mye som foregår oppe i hodet her nå.

Sondre: Dere har hatt en lang da, jeg har full forståelse for det.

Lege 2: Hva har andre sagt?

Sondre: I forhold til dette med nytte, så har andre også vært inne på dette med besparelser og om det faktisk hjelper pasienten. Og dette med empirien i det. Har vi empiri for at det hjelper pasienten? Og det går jo litt på det samme som du snakker om nå. Er det nyttig?

Lege 1: Kan det erstatte oss?

Sondre: Det er vel ingen ambisjoner om å erstatte fastlegen tror jeg.

Lege 2: Det var jo meget stygt sagt.

Lege 1: Men jeg ser ikke helt at det skal bespare så mange sykehusinnleggelser egentlig.

Sondre: For å kommentere på det, så har man jo i de prosjektene som har vært så langt sett at det ikke har vært noen reduksjon i kontakter med helsevesenet, kontakt med fastlegen og legevakten, innleggelser, den slags. Så det er jo en tanke.

Lege 2: Kanskje det vil øke.

Lege 1: KRY-legene (nettleger) f. eks. sier jo ofte «du får kontakte fastlegen».

Sondre: Du får mange som har vært hos dem?

Lege 1: 3 har jeg fått nå i hvert fall, på en uke.

Lege 2: Bra, så får de lære seg. Så må de betale dobbelt.

latter rundt bordet

Lege 1: Det er jo klart at når du gjør tester og følge opp over langt tid, så får du mye data. Hvem skal gå gjennom den dataen?

Sondre: Ja, det er et godt spørsmål. Hvem skal gå gjennom dataen.

Lege 1: Og er det verdifull data?

Sondre: Det er jo tiltenkt at den telemedisinske sentralen skal ta den delen, men du vil jo også ha tilgang til den dataen. Og det kan være bra, eller kan være for mye informasjon.

Lege 1: Og hvem skal vurdere eventuelle tiltak?

Sondre: Det skal jo lages en plan, hvor det endelige blir «kontakt med fastlegen». Hvis man ikke har noen videre tiltak. Også kan man triagere det med gul, grønn rød. Og hvis det er noen tvil om hvilke tiltak som skal gjøres, så er det jo ofte fastlegen som det er tiltenkt det skal gå til.

Lege 1: Jeg har ikke helt troa.

Latter rundt bordet

Sondre: I forhold til henvisningsprosessen, har dere noen spørsmål der?

Lege 1: Enkelt er viktig.

Sondre: At det skal være enkelt ja.

Lege 2: Ja, det må være enkelt. Svært enkelt.

Lege 1: Sånn som adresseregisteret (Likt vanlige henvisninger via NHN), henviser til sånn og sånn også tidligere sykdommer også ferdig.

Sondre: Så du ønsker at det skal være like enkelt som å henvise ellers?

Lege 1: Ja. Det gjør vi jo ganske ofte, så det ligger i fingrene. Men ikke noe mer enn det, så blir det kalt inn til møte eller et eller annet sånn.

Sondre: altså at det er en automatikk i resten, sånn at det blir enkelt?

Lege 1: Ja. Men vi må jo møte opp på disse møtene?

Sondre: Ja, de møtene må i hvert fall skje. Er det andre ting, andre informasjonsbehov eller ting dere trenger å vite rundt denne medisinske avstandsoppfølgingen, i forhold til pasienten, pasientlisten, logistikken rundt det? Vi har jo vært inne på forskjellige områder her. Noe dere sitter igjen med?

Lege 1: Kanskje noen kriterier. Hvis det er vi som skal vurdere om de skal være med eller ikke.

Sondre: Inklusjonskriterier?

Lege 1: Ja. F. eks. «må ha diabetes, HbA1c over det og det, så-så mange forsøk på å få det ned, endring av medisiner uten effekt.».

Sondre: Noe litt mer håndfast og konkret?

Lege 1: Ja. Litt sånn flow-skjema liksom. Sånn sånn sånn.

Sondre: Smukk smukk, ja.

Lege 2: Algoritme.

Lege 1: Ja.

Lege 2: Even more algorithms!

Sondre: og det er jo det man tenker, at fastlegen lager en sånn algoritme. Du ser alt det som skjer under.

Lege 1: Det burde vært en standardisert algoritme.

Lege 2: Nå sitter jeg og tenker at hvis jeg skulle plukke ut noen pasienter, så skulle jeg henvist dem, så skulle vi hatt et møte med alle dem. Jeg kan ikke se for meg at det skal gå an, sånn som min arbeidshverdag er. Når tid skal dette skje?

Lege 1: Ta det på søndag!

Lege 2: Ja, men det er nesten sånn. Og hvilken nytte har det? For meg å bli begeistret for dette, så måtte jeg tenkt at dette virkelig var en hjelp i min hverdag. At det gjør min hverdag enklere, at jeg kan kanskje spare min tid eller at det vil være lønnsomt økonomisk. Og når en ikke helt kan se det. Jeg ser bare at dette kanskje blir mer jobb for meg – flere å forholde seg til og flere møter.

Sondre: Det var et veldig godt poeng. Å vite at det er tidsbesparende, at det hjelper deg. At det ikke lager merarbeid.

Lege 2: Alle fastleger nå, vi sitter lange lange dager og uker. Vi har masse vi skal gjøre i helgene, også papirarbeid. Da må det redusere noe av dette.

Sondre: At det er besparende.

Lege 3: Det er veldig viktig det er samfunnsøkonomisk besparende, det vil jo prosjektets videre analyser vise om det er. Men for den enkelte fastlege og for pasienten, om det er tidsbesparende. Når man tenker litt sånn på tiden man skal legge ned i dette her, hvis man i stedet hadde brukt tiden på gamlemåten. Men det er umulig når vi sitter her nå, for det er så lite vi vet om dette. For det er jo litt i oppstartingsfasen. Tør jeg spørre, hva er den nasjonale planen? Hvor lenge skal man drive utprøving før det eventuelt blir satt i..?

Sondre: Før det blir lagt på is tenker du? *latter*

Lege 3: Det er jo en spennende fase man er inne i nå, men hvor langt frem går denne prøveperioden?

Sondre: Et godt spørsmål. Nå husker jeg ikke helt konkret, men nå mener jeg det er et par år. Jeg tror det er frem til 2020 eller 2021. Sånn avslutningsvis, er det noen av disse informasjonsbehovene, ting dere trenger å vite, som dere tenker at IKT kan hjelpe dere med? Som teknologien kan hjelpe dere med? Da tenker jeg f. eks. på dette med å finne risikopasienter i listepopulasjonen. Medrave ble nevnt. Er det noe der dere tenker? At IKT kunne hjulpet dere på et vis?

Lege 2: Det må være for å plukke ut relevante pasienter. Jeg har ikke full oversikt. Det er sikkert mange pasienter som kunne være aktuelle som jeg ikke kommer på her og nå. Så det å kunne plukke ut pasienter etter diagnose, medisiner.

Sondre: Å få hjelp til å synliggjøre de som kunne være mulige kandidater. I stedet for å gå gjennom en liste på 1000 stykk, så får man kanskje 10-20 mulige.

Lege 2: Ellers så tror jeg ikke det er så mye. Eller hva?

Sondre: Nei, nei. Jeg bare spør spørsmålene jeg.

Lege 2: Men det er hvordan IKT kan hjelpe med informasjonsbehov, ikke hvordan det kan hjelpe når det er i gang?

Sondre: Ja, i forhold til de tingene man trenger å vite for at dette her skal funke. Det kan være for eksempel for å trekke ut informasjon i fra selve journalen eller i forhold til henvisningsprosessen. Du var jo litt inne på det Harald, at det skulle være enkelt og greit. Trykke på en knapp, ferdig.

Lege 1: Jeg tenker IKT ikke nødvendigvis er en så stor del av det.

Sondre: Det synes jeg jo også er et godt svar, sånn sett.

Lege 1: Det blir jo en vurdering. Jeg ser ikke at de kan dra ut så mye data med blodtrykk og puls, som vi skriver på forskjellige måter alle sammen, også at de kan gjøre noe eller dra ut noe mer data eller diagnoser enn det som er fast. Altså, du kan finne diabetespasienter, men da må du gå gjennom de 50 eller 60 eller 70 du har og vurdere personlig.

Sondre: Så det du sier er at til syvende og sist, så blir det en skjønnsvurdering?

Lege 1: Det blir en skjønnsvurdering ja. For du får jo dataen opp, også «er det en kandidat egentlig?».

Lege 2: Det er det nødt til å være, en skjønnsvurdering til syvende og sist.

Lege 1: Så ja, du kan hjelpes med å finne kanskje noe du ikke har funnet, men jeg tror ikke det har så mye å si.

Sondre: Kjempe. Da tenker jeg at med mindre det er noen som sitter og brenner inne med noe nå, så tenker jeg vi avslutter.